

ABORTO

Y EUTANASIA

DILEMAS SOBRE EL
DERECHO A LA VIDA

Aborto y Eutanasia. Dilemas sobre el derecho a la vida.

Tapa rústica:

ISBN: 978-956-9218-33-0

Tapa dura:

ISBN: 978-956-9218-34-7

Registro de Propiedad Intelectual N° 2024-A-1482

Primera edición, marzo de 2024

2200 ejemplares

© **Instituto Res Publica**

Holanda Interior 331, Providencia

www.respublica.cl

Diseño y diagramación: Josefa Quezada

Impresión: Andros Impresores

Hecho en Santiago, Chile / Printed in Santiago, Chile

Derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la portada, puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna por ningún medio sin permiso previo del editor.

**Aborto y Eutanasia.
Dilemas sobre el derecho a la vida.**



Santiago de Chile

EDITORES:

Jorge Acosta
Francisca Reyes-Arellano

AUTORES:

Jorge Acosta Acosta, Carolina Aguilera Medina, Jaime Arancibia Mattar,
Jorge Becker Valdivieso, Tomás Bengolea López, Mauricio Besio Rollero,
Cristián Borgoño Barros, María Alejandra Carrasco Barraza,
Francisca Decebal-Cuza Galeb, Carmen Domínguez Hidalgo,
María Alejandra Florenzano Valdés, Gonzalo García Palominos,
Joaquín García-Huidobro Correa, Sebastián Illanes López, Julio Isamit Díaz,
Luis Jensen Acuña, Elard Koch Cabezas, José Francisco Lagos Garrido,
Gonzalo Letelier Widow, Paulo López Soto, Jorge Martínez Barrera,
Alejandro Miranda Montecinos, Antonia Muñoz Espina, Jorge Neira Miranda,
Iván Pérez Hernández, Paulina Ramos Vergara, Francisca Reyes-Arellano,
Constanza Richards Yañez, Nicolás Rodríguez Del Real, Ignacio Sánchez Díaz,
Manuel Santos Alcántara, Beatriz Shand Klagges,
Bernardita Silva Echeverría, Paulina Taboada Rodríguez, Luca Valera,
Patricio Ventura-Juncá del Tobar, Felipe Widow Lira.

Índice

	PÁGINA
PALABRAS DE PRESENTACIÓN	14
AGRADECIMIENTOS	15
PRÓLOGO	16
CAPÍTULO 1	22
EL VALOR DE LA VIDA HUMANA	
01 ¿Quién es persona?	24
02 ¿Es el concepto de persona biológico, jurídico, filosófico o religioso?	26
03 ¿Qué conceptos filosóficos nos permiten comprender que la vida humana comienza con la concepción y termina con la muerte natural?	28
04 ¿Qué es la vida y por qué tiene un especial valor la vida humana?	30
05 ¿Qué distingue a la vida humana de otras vidas?	32
06 ¿Es persona todo individuo de la especie humana?	34
07 ¿Es la vida humana un bien disponible?	36
08 ¿Toda vida humana merece ser vivida?	38
09 ¿Cuál es la diferencia entre “acto humano” y “acto del hombre”?	40
10 ¿Qué diferencia un acto bueno de uno malo?	42
11 ¿Todo acto malo es injusto, y toda injusticia es criminal?	44
12 ¿Qué es el principio del doble efecto?	46

CAPÍTULO 2

PÁGINA
48

EL INICIO DE LA VIDA HUMANA Y EL ABORTO.

DILEMAS ÉTICOS, MÉDICOS Y JURÍDICOS

13	¿Cuándo comienza la vida humana?	50
14	¿Es el cigoto una célula como cualquier otra?	52
15	¿Cuál es la diferencia entre óvulo, espermio y cigoto?	54
16	¿Cuáles son las características del desarrollo embrionario que manifiestan la existencia de un ser humano desde la concepción?	56
17	¿Hay un único ser humano durante todo el desarrollo embrionario, desde la concepción hasta el nacimiento?	58
18	¿El que está por nacer es solo un montón de células?	60
19	¿Existe comunicación entre el niño por nacer y su madre?	62
20	¿Cuál es la diferencia entre cigoto, embrión, feto y recién nacido?	64
21	¿Está mal hablar de niño no nacido?	66
22	¿Qué es un aborto?	68
23	¿La mayor parte de los embarazos diagnosticados se abortan espontáneamente?	70
24	¿La mayor parte de los embarazos clínicamente detectables se abortan espontáneamente?	71
25	¿Cómo se hace un aborto?	72
26	¿Cuáles son las principales causas por las que una mujer quiere abortar?	74
27	¿Qué rol cumplen la religión, la filosofía o la ética en el tema del aborto?	76
28	¿Qué es un embarazo vulnerable?	78
29	¿Es lo mismo un embarazo no deseado que un embarazo no planificado?	80
30	¿Es el aborto una ayuda para las madres con un embarazo vulnerable?	82
31	¿Hay evidencia de que una mujer que aborta sufre algún tipo de trauma después de hacerlo?	84
32	¿Existen programas de apoyo a mamás con embarazo vulnerable?	86
33	¿Existe una relación entre mortalidad materna y leyes restrictivas de aborto?	88
34	¿Aumentan los abortos una vez que se aprueban leyes que lo permiten?	90
35	¿De qué se trata el caso <i>Roe vs Wade</i> ?	92
36	¿Cuáles son las consecuencias de la revocación de <i>Roe vs Wade</i> ?	94
37	¿Es malo abortar incluso cuando está permitido por la ley?	96
38	¿Es restrictiva la ley de aborto en tres causales?	98
39	¿En Chile existe una despenalización o una legalización del aborto?	100
40	¿Puede una menor de edad pedir que se le practique un aborto?	102
41	¿Se justifica que una menor de edad pueda abortar aunque no tenga el consentimiento de sus padres?	104

	PÁGINA	
42	¿Qué es el llamado “aborto terapéutico”?	106
43	¿Cómo se relaciona el principio del doble efecto con el aborto?	108
44	¿Es el llamado “aborto terapéutico” un caso en que se aplica el principio del doble efecto?	110
45	¿Era necesaria la ley de aborto para que los médicos salvaran la vida de una madre en caso de enfermedad grave?	112
46	¿Se puede, en el actual estado de desarrollo de la ciencia médica, salvar la vida de la madre sin recurrir al aborto?	114
47	¿Pueden existir seres humanos inviables o incompatibles con la vida?	116
48	¿Qué son las anomalías congénitas de mal pronóstico vital (ACMPV)?	118
49	¿Tiene dolor la madre de un niño con ACMPV?	120
50	¿Qué son los cuidados paliativos perinatales?	122
51	¿Cómo se aplican en la práctica los cuidados paliativos perinatales?	124
52	¿Se justifica despenalizar el aborto en caso de violación?	126
53	¿Cuál es la forma más humana de enfrentar un embarazo por violación?	128
54	¿Por qué la despenalización del aborto en caso de violación no protege a la mujer?	130
55	¿Es el aborto un derecho de la mujer para disponer de su cuerpo?	132
56	¿Es el aborto un avance de la civilización y del reconocimiento de los derechos de la mujer?	134
57	¿En qué países está prohibido el aborto?	136
58	¿Hay mujeres en la cárcel por realizarse abortos?	138
59	¿Cuántas hospitalizaciones por aborto ocurren al año en Chile?	140
60	¿Cuántos abortos clandestinos o ilegales se estiman al año en Chile?	142
61	¿Se ocultan abortos por apendicitis?	144
62	¿Es abortiva la “píldora del día después”?	146
63	¿Qué otros medicamentos, además de la “píldora del día después”, pueden ser abortivos?	148
64	¿Qué es el misoprostol?	150
65	¿Es correcto abortar cuando se está frente a una situación extremadamente dramática?	152
66	¿Es mejor abortar que tener una familia pobre y numerosa?	154
67	¿Se puede obligar a tener un hijo no deseado a una familia pobre?	156
68	¿Es mejor abortar que dar en adopción?	158

CAPÍTULO 3

PÁGINA
160

EL TÉRMINO DE LA VIDA HUMANA Y LA EUTANASIA.

DILEMAS ÉTICOS, MÉDICOS Y JURÍDICOS

69	¿Cuándo termina la vida humana?	162
70	¿Cómo se determina la muerte de una persona?	164
71	¿Cuál es la diferencia entre matar y dejar morir desde el punto de vista ético?	166
72	¿Qué es una enfermedad en estado terminal?	168
73	¿Cuáles son las enfermedades neurológicas graves por las que se podría solicitar eutanasia?	170
74	¿Existe la obligación de mantener la vida de un paciente por cualquier medio?	172
75	¿Qué es la eutanasia?	174
76	¿Puede haber eutanasia por omisión?	176
77	¿Se comete eutanasia cuando se da cumplimiento a una orden de no reanimar?	178
78	¿Qué son y cuál es la validez de las “voluntades anticipadas”?	180
79	¿Qué rol cumplen la religión, la filosofía o la ética en el tema de la eutanasia?	182
80	¿Es siempre patológica la ideación suicida?	184
81	¿Qué es el suicidio asistido?	186
82	¿Es correcto ayudar a morir a alguien que lo pide y que además exime de la culpa a quien lo realice?	188
83	¿Existe un dolor físico y un dolor psíquico?	190
84	¿Existen dolores intratables?	192
85	¿Qué significa el concepto de “dolor total”?	194
86	¿Puede tomar una decisión libre un paciente con dolor?	196
87	¿Cómo se relaciona el principio del doble efecto con la eutanasia?	198
88	¿Se puede forzar a permanecer con vida a un paciente con dolores intolerables?	200
89	¿Tiene sentido una vida marcada por el dolor y el sufrimiento?	202
90	¿Puede la eutanasia llegar a ser un remedio para el dolor o la desesperanza?	204
91	¿Puede el suicidio o la eutanasia justificarse como una fuente de sentido de la vida, por motivos éticos o religiosos?	206

	PÁGINA
92 ¿Qué es la proporcionalidad terapéutica?	208
93 ¿Existen medios que sean siempre obligatorios para conservar la vida?	210
94 ¿Es obligatorio utilizar medios extraordinarios para conservar la vida?	212
95 ¿Qué es el encarnizamiento terapéutico?	214
96 ¿Cómo realizar un juicio de proporcionalidad terapéutica en pacientes con enfermedades neurológicas?	216
97 ¿Qué es la medicina paliativa?	218
98 ¿Cuáles son los desafíos de los cuidados paliativos?	220
99 ¿Son efectivos los cuidados paliativos?	222
100 ¿Existen en Chile programas de cuidados paliativos?	224
101 ¿En qué consiste la Ley de Cuidados Paliativos?	226
102 ¿Cómo se puede aliviar el dolor en pacientes que reciben cuidados paliativos?	228
103 ¿Es éticamente correcto el uso de morfina u otros sedantes para paliar el dolor?	230
104 ¿Qué es la sedación paliativa?	232
105 ¿La regulación de la eutanasia se puede traducir en una desvalorización de la vida? ¿Puede existir una regulación restrictiva de la eutanasia?	234
106 ¿Sería mala la eutanasia incluso si estuviera permitida por la ley?	236
107 Si existieran prácticas eutanásicas en Chile, ¿se justificaría legalizarlas?	238
108 ¿En qué países es legal la eutanasia?	240
109 ¿Se debe autorizar legalmente la eutanasia para las personas que no pueden pagar los cuidados paliativos?	242

CAPÍTULO 4

PÁGINA
244

DILEMAS COMPARTIDOS ENTRE ABORTO Y EUTANASIA

110	¿Son la eutanasia o el aborto un acto de autonomía del sujeto libre?	246
111	¿Basta que la decisión de abortar o practicar la eutanasia sea libre para considerarla justa?	248
112	¿Son la eutanasia o el aborto un acto de compasión?	250
113	¿Son la eutanasia o el aborto un acto malo? ¿Siempre?	252
114	Desde el punto de vista de la ética médica, ¿está el médico siempre obligado a hacer lo que le solicita su paciente?	254
115	Desde el punto de vista jurídico, ¿está el médico siempre obligado a hacer lo que le solicita su paciente?	256
116	¿Tiene derecho a objetar de conciencia el médico para no realizar un aborto o una eutanasia?	258
117	¿Tiene derecho una institución de salud a la “libertad de ideario” que le permita oponerse a realizar abortos o a practicar la eutanasia?	260
118	¿Son el aborto y la eutanasia problemas principalmente religiosos?	262
119	¿Deberían los creyentes imponer sus convicciones a los no creyentes en estas materias?	264
120	¿Pueden estar prohibidos el aborto y la eutanasia en una sociedad verdaderamente pluralista?	266
121	¿Son el aborto o la eutanasia derechos humanos?	268
122	Desde la perspectiva del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, ¿existe una obligación de los Estados para garantizar el aborto o la eutanasia?	270
123	¿Es lo mismo despenalizar el aborto o la eutanasia que legalizarlos?	272
124	¿Son el aborto o la eutanasia un homicidio?	274
125	¿Necesita Chile una ley de aborto libre?	276
126	¿Necesita Chile una ley de eutanasia?	278
127	¿Cómo promover una cultura de la vida?	280

LOS AUTORES

284

Los últimos siglos están marcados por disputas de serias implicancias políticas y sociales, pero también morales y culturales. Mientras que el común de los asuntos políticos pueden resolverse buscando consensos prácticos y perfectibles, otras cuestiones tocan aspectos sensibles de la existencia humana y de la forma en que nos relacionamos. Si en algún minuto del pasado esas diferencias se trazaban en el campo de la política y la economía, hoy nos enfrentamos a serios dilemas antropológico-éticos que nos obligan a recordar y repensar quién es el ser humano, qué significa ser persona y por qué debemos proteger especialmente la dignidad de todos y cada uno de nosotros.

La promoción del derecho a la vida humana desde su concepción hasta la muerte natural es, quizás, el más noble desafío de nuestra época. Porque del mismo modo que su reconocimiento está especialmente vinculado a sucesos de los últimos siglos —fin de la esclavitud, el drama de los totalitarismos— también hemos sufrido grandes derrotas en el proceso. Hoy en occidente, el derecho a la vida no tiene garantía real. La aceptación y difusión del aborto y la eutanasia han debilitado seriamente la conciencia sobre el valor de la dignidad de la persona.

En el Instituto Res Publica y la Fundación ChileSiempre tenemos un claro e irrestricto compromiso con la vida humana, desde su concepción hasta la muerte natural, y desde Siempre por la Vida —que forma parte de ChileSiempre— hemos promovido activamente la cultura de la vida y motivado el compromiso de los jóvenes en la consolidación de este derecho.

Para defender la cultura pro-vida en el espacio público, es necesario tener claridad respecto de los conceptos. El presente libro, que nos enorgullecemos de presentar, contiene una serie de claves desde las perspectivas médica, filosófica y jurídica, para defender la dignidad de la persona con los mejores argumentos. Esperamos que sea un aporte significativo para que, los que creemos que todo ser humano merece protección incondicional, podamos enfrentar los debates y persuadir a los demás de la grandeza de este ideal que compartimos.

Palabras de Presentación

TERESA LE BLANC

PRESIDENTA
FUNDACIÓN CHILESIEMPRE

JOSÉ FRANCISCO LAGOS

DIRECTOR EJECUTIVO
INSTITUTO RES PUBLICA

Agradecimientos

JORGE ACOSTA

FRANCISCA REYES-ARELLANO

EDITORES

En primer lugar queremos agradecer la enorme generosidad que ha tenido cada uno de los 37 autores de este libro. Hace varios meses, gentilmente se sumaron a esta obra colectiva. El lector, en cada una de las respuestas, podrá notar la dedicación y el esfuerzo que permitieron que estos expertos pudieran responder en pocas palabras de forma sencilla, clara y contundente a aquellas interrogantes que comúnmente abundan en los debates de la opinión pública sobre el aborto y la eutanasia.

Por otro lado, quisiéramos agradecer al Instituto Res Publica, a la Fundación ChileSiempre y a su proyecto Siempre por la Vida, los que siempre entregaron todo su apoyo a esta iniciativa. Especialmente a Alejandro San Francisco, Julio Isamit, José Francisco Lagos, Tomás Bengolea, Teresa Le Blanc, Constanza Schneider, Bernardita Silva y tantos otros amigos que siempre han sido incombustibles en entregar toda su colaboración. Junto a ellos fue posible pensar y hacer realidad este texto que, sin lugar a dudas, ayudará enormemente al trabajo en la formación de jóvenes y difusión de las ideas que fundan una sociedad justa, que protege la vida de cada ser humano.

También queremos reconocer la importantísima ayuda en la preparación de este proyecto. A Ignacio Salazar, por su valiosísima colaboración en el inicio de este proyecto. A Jaime Tagle, por su inagotable ayuda, tanto en la unificación bibliográfica como en las revisiones y lectura final del texto. A Josefa Quezada y su equipo de diseñadoras, que han permitido tener un libro que entrega el contenido de forma didáctica y cercana a nuestros lectores.

Por último, quisiéramos agradecer a nuestras familias por su apoyo incondicional en cada batalla. Su amoroso respaldo siempre ha sido un aliciente que permite sobrellevar cualquier dificultad y hacer nuestro trabajo con la alegría de contar con ellos en cada instante.

Prólogo

Siempre por la Vida es un movimiento de jóvenes creado hace 15 años, al alero de la Fundación ChileSiempre y con el apoyo del Instituto Res Publica. Desde su origen, el lema ha sido “desde la concepción hasta la muerte natural”. Precisamente esos conceptos son los que hemos promovido incansablemente en todos los frentes. En ese sentido, esta es una iniciativa largamente anhelada por quienes hemos sido parte de este grupo, porque estamos convencidos de que mientras más personas conozcan los hechos biológicos, las prácticas médicas, las reflexiones antropológicas, los argumentos filosóficos, las deliberaciones bioéticas y las bases del derecho, entonces, serán cada vez más quienes estén motivados con promover el respeto a la vida de cada ser humano, sin importar sus características individuales.

Es por esto que decidimos hacer un libro muy didáctico, con lenguaje sencillo, con respuestas brevísimas a varias de las preguntas más habituales que surgen en torno al aborto y la eutanasia. Esta obra está dirigida a toda persona que desee saber un poco más de las razones por las que se debe estar a favor de la vida, siempre. Para alcanzar ese objetivo, hemos contado con la enorme generosidad de más de una treintena de autores, expertos con una destacadísima labor profesional en filosofía, medicina, derecho, bioética y muchas otras disciplinas, quienes han respondido en forma magistral cada una de las preguntas de este libro.

Sin duda que, con respecto al inicio y final de la vida, existe una multiplicidad de dilemas bioéticos. En esta oportunidad nos hemos concentrado en los dos más discutidos en el debate público de las últimas décadas. Precisamente, debido a la especial fragilidad en la que se encuentra el ser humano en aquellos momentos, poco antes de comenzar y poco después terminar su existencia, es que muchas de las dificultades a las que se enfrenta y los principios que iluminan su resguardo, están íntimamente relacionados y pueden ser

abordados en conjunto. Considerando aquello, hemos elaborado el primer y el último capítulo de este texto. El capítulo 1 aborda el valor de la vida humana, el concepto de persona, los dilemas en torno a él, la libertad y la moralidad de los actos humanos. Por su parte, en el capítulo 4, profundizaremos en los dilemas compartidos entre aborto y eutanasia, es decir, preguntas en torno a la autonomía, la compasión, la objeción de conciencia, las convicciones religiosas, los derechos humanos y la cultura provida.

A su vez, los capítulos centrales, tratan el detalle particular de cada situación. El capítulo 2 desarrolla el inicio de la vida humana y las primeras etapas del desarrollo, aspectos generales sobre el aborto y otros específicos como las distintas causales, las legislaciones, su promoción como supuesto derecho y su no criminalización, la epidemiología y los fármacos abortivos, así como el embarazo vulnerable, la salud mental, las situaciones complejas y la prevención del aborto. Por otro lado, en el capítulo 3, se trata el término de la vida humana, la condición del paciente gravemente enfermo, definiciones de conceptos generales sobre la eutanasia, el suicidio asistido y las legislaciones, así como respuestas en torno a temas como el dolor, el sentido de la vida, la proporcionalidad terapéutica y los cuidados paliativos.

Algunos conceptos relevantes a destacar

Es posible constatar que, durante todo el libro que el lector posee ahora en sus manos, nos referimos a la persona como un ‘alguien’, para distinguirlo claramente de lo que denominamos como ‘algo’. Esta importante precisión responde a la convicción de que no existen fundamentos para dividir a la humanidad en dos grupos: los hombres —seres humanos— y las personas, relegando la titularidad de derechos y protección de su dignidad sólo a estos últimos. Dicha *praxis* no hace más que desconocer la unidad sustancial que comprende a

la persona, con su dimensión corporal y espiritual. Por ello nos preguntamos ¿quién es persona? y no ¿qué es ser persona?, pues creemos firmemente que no existen razones para discriminar en este sentido, es más, no existiría fundamento alguno que permita catalogar a alguien como un mero ser humano, mas no una persona, como algunos han pretendido sostener sobre la idea del ser con ‘conciencia del propio yo’. Para mayor comprensión del daño que supone para la sociedad distinguir entre bandos de primera y segunda categoría, basten sólo algunos ejemplos históricos de las lamentables consecuencias que conlleva esta lógica.

Otro concepto en el que nos parece importante profundizar es el de aborto procurado, que muchas veces es sinonimizado con el de aborto provocado. Si bien, este último es el más escuchado en el debate público, la intencionalidad deliberada de generar un aborto queda mejor descrita cuando se utiliza el vocablo “procurado”, ya que en el aborto intencional no sólo “se produce o causa algo”, sino que se “hacen diligencias o esfuerzos para que suceda”. Si bien en este libro se utilizarán indistintamente ambos términos, nos parecía preciso hacer notar la necesidad de avanzar en la caracterización del concepto, para que se describa de mejor manera la realidad que comprende.

A lo largo del presente libro se hace referencia en numerosas ocasiones al concepto de homicidio, el cual es preciso delimitar para efectos de comprender que algunas acciones, si bien culminan con la muerte de una persona, no necesariamente deben ser calificadas como homicidio, con la connotación moral que eso conlleva.

Cabe en primer lugar señalar que el homicidio está comprendido dentro de aquellas normas morales que la tradición clásica califica como ‘absolutas’, vale decir, aquellas cuyos preceptos

no admiten excepción —independiente del contexto—, dado que se trata de mandatos que prohíben acciones juzgadas como siempre malas.

Pese a no existir una pregunta exclusivamente dedicada a abordar el problema del homicidio, el lector podrá encontrar diversas referencias a esta acción en varias preguntas desarrolladas por los autores. Para efectos de permitir una mayor comprensión del tema, hemos decidido considerar al aborto procurado como una hipótesis de homicidio, pues se cumplen las dos condiciones centrales que comprenden el alcance de su prohibición: “dar muerte de manera directa o intencional a una persona inocente”.

En cuanto a lo que la ley prescribe, mucho podría decirse al respecto, sin embargo, aquellos comentarios no son objeto del presente texto. No obstante, hemos querido transmitir a lo largo de todo el libro, la idea central de que lo dispuesto por la ley no necesariamente es reflejo de justicia. Hoy por hoy esta máxima cobra especial relevancia, pues para la sociedad moderna, la ley ha sido víctima de un positivismo extremo, cuyas consecuencias nos llevan a pensar que una disposición jurídica será justa, no necesariamente si se adecúa a la naturaleza o razón humanas, sino más bien, si ella ha atendido a los aspectos procedimentales que los propios ciudadanos han acordado.

Esta idea exacerbada de que la ley debe ajustarse a un procedimiento determinado y ser fruto de un acuerdo de voluntades, ha conllevado a que muchas de las actuales disposiciones normativas no sean un verdadero reflejo de justicia, pues de su aplicación no es posible desprender una verdadera protección de la dignidad humana. Tal es el caso de la ley n.º 21.030, conocida popularmente como “aborto por causales”.

Una de las decisiones editoriales fue no explicar detalladamente dicha normativa, por dos razones

prácticas. Por un lado, es relativamente sencillo acceder a su contenido en la didáctica página web de la Biblioteca del Congreso Nacional. Por otro, más de fondo, creemos que agrega muchísimo más valor salir a responder a sus argumentos en favor del aborto en cada una de las situaciones dramáticas a las que se puede enfrentar una mamá con un embarazo vulnerable. Aquello está ampliamente abordado en este libro, profundizando en un subcapítulo para cada causal: para salvar la vida de la madre, por enfermedad grave del niño por nacer y en caso de violación.

En ese sentido, es trascendental dar a conocer el concepto de que el aborto puede ser prevenido, a la luz de las causas por las cuales están pensando en él —como una posible solución a sus problemas— aquellas mamás que cursan un embarazo vulnerable. Existen estudios con datos de mujeres chilenas que muestran la enorme violencia, miedo, abandono y pérdida de expectativas de vida que sufren. Lo que no sólo cuestiona la tesis de aborto como decisión libre y autónoma de la mujer, sino que además obliga a la sociedad a seguir fomentando y apoyando el trabajo de los distintos programas de prevención del aborto, que permitirán salvar miles de vidas, acompañando a aquellas mujeres que estén en momentos de especial complejidad. Este es, sin duda, uno de los mayores desafíos de nuestra sociedad.

En último término, es posible que al lector le extrañe la ausencia de un tema que, si bien, no es objeto directo del presente libro, sí guarda relación con algunos de los tópicos que en él se abordan. Se trata del abandono terapéutico, el cual, pese a no contar con un espacio dedicado exclusivamente a su tratamiento, aparece continuamente mencionado entre las diversas reflexiones que, tan lúcidamente nos brindan los autores, especialmente en aquellas que dicen relación con los dilemas que se presentan al final de la vida. En este sentido, quisiéramos rescatar el valor que supone una adecuada

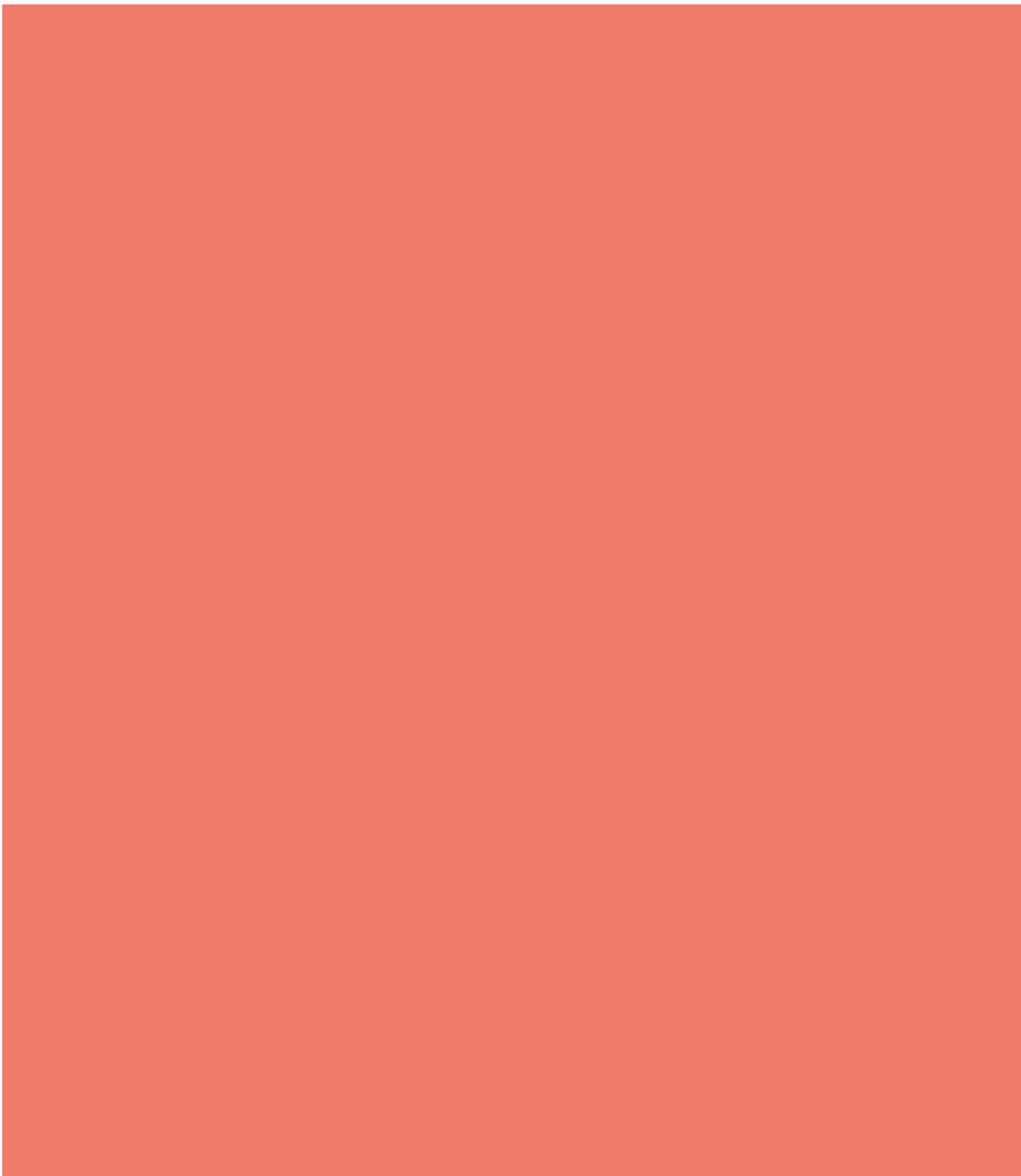
comprensión de la proporcionalidad terapéutica, pues ella protege a la persona de sufrir, no sólo de un ensañamiento en la aplicación de las medidas terapéuticas, con el fin de prolongar artificialmente su vida, sino también de caer en el abandono, señal de que la vida humana ha perdido todo valor. A este respecto vale la pena recordar la máxima que señala: “Curar cuando se puede, aliviar a veces, consolar o acompañar, siempre”.

Finalmente, con iniciativas como esta, creemos que es posible aclarar varias dudas que —frente a eslóganes simplistas— pueden terminar confundiendo a importantes sectores de la población. Esta obra pretende contribuir a asentar una cultura de valoración de la persona por lo que es y no por lo que tiene, quiere ser un aporte en la construcción de una sociedad verdaderamente humana, una donde los derechos de quienes se encuentran en una especial situación de vulnerabilidad, como la madre embarazada y su hijo por nacer o el paciente gravemente enfermo y su familia, puedan ser protegidos en cada momento y no estén amenazados por su propia sociedad, que los mire como desechables y prescindibles por un aparente bienestar. Por el contrario, estamos convencidos de que una sociedad más humana será aquella donde se brinde especial protección a los más débiles. Por eso seguiremos trabajando, siempre por la vida.

JORGE ACOSTA

FRANCISCA REYES-ARELLANO

EDITORES







Capítulo 1

El valor de la vida humana

1 | ¿Quién es persona?

MARÍA ALEJANDRA CARRASCO
DOCTORA EN FILOSOFÍA

Como nadie discute que todas las personas tienen dignidad y derechos, debemos definir qué significa ser persona para determinar quiénes son.

La definición más conocida es la de Boecio: “sustancia individual de naturaleza racional”¹. Más allá de tecnicismos, lo esencial es que para ser persona se requiere ser un subsistente de naturaleza racional, es decir, existir actualmente y pertenecer a una especie de seres racionales.

Tener “naturaleza racional” o pertenecer a una clase de individuos a la que le corresponde la racionalidad es lo que permite determinar quién es persona porque es lo que posibilita la autoconciencia y la autodeterminación o, en otras palabras, ser un “yo”. La persona se autoposee², es —según expresión de Robert Spaemann— un “ser que posee su ser”³:

07... es dueña de sí misma.

Un ejemplo lo aclarará. Otros seres vivos tienen una determinada naturaleza y esa naturaleza los domina, en el sentido de que todas las operaciones que realizan y el momento en que las realizan son las que su naturaleza dicta. El perro tiende a comer carne y no puede decidir ser vegano ni hacer dieta. El perro, cada perro individual, está completamente identificado con su naturaleza canina, y por ello todos los perros actúan de un modo similar. En cierto sentido los perros “son” su naturaleza. Con los seres racionales es distinto. Los seres humanos, por

ejemplo, también sentimos hambre, también nos gusta la carne y también tendemos a ella cuando tenemos apetito. Pero a diferencia del perro, antes de actuar nosotros podemos evaluar esa tendencia, y decidir satisfacerla, no satisfacerla y cómo satisfacerla. Mi naturaleza (la tendencia del hambre, en este caso) no me domina completamente, yo soy un “yo” que puedo dar un paso atrás y dirigir mi naturaleza hacia donde yo decida. Eso es la autoposesión, y es lo que la facultad racional posibilita y la razón por la que los individuos de naturaleza racional son “personas”.

Por otro lado, es importante recalcar que todos los subsistentes (o ejemplares o individuos) que pertenezcan a una especie racional, son personas. La especie humana, por ejemplo, es racional, por lo que podemos concluir con certeza que todos los seres humanos son personas. Si se descubriera vida en Marte,

06

“‘Persona’ es un término que describe una realidad: un ser que, por su naturaleza racional, se autoposee: es dueña de sí misma”.

y se comprobara que esos marcianos que quizás parecían amebas son racionales, entonces esos marcianos son personas, con dignidad y derechos. Si los gorilas fueran efectivamente racionales, como algunos científicos y etólogos arguyen, entonces serían, cada uno de ellos, tan persona como quien está escribiendo y quien está leyendo este texto. Ser o no persona no está reservado a una única especie ni busca discriminar arbitrariamente entre ellas. "Persona" es un término que describe una realidad: un ser que, por su naturaleza racional, se autoposee.

07 ¿Es la vida humana un bien disponible?
(Página 36)

06 ¿Es persona todo individuo de la especie humana?
(Página 34)



¹ Boecio, *Liber de persona et duabus naturis*: ML, LXIV, 1343. Textualmente señala: "Persona est rationalis naturae individua substantia".

² La autoposesión implica, en primer lugar, ser una intimidad libre; esto es, tener la capacidad de diseñar en mi intimidad mi propio proyecto de vida, poder elegir libremente los fines e ideales a los que quiero tender. En segundo lugar, la autoposesión también implica ser causa de sí mismo en el nivel de la praxis; esto es, ser dueño de las propias acciones. Naturalmente si yo soy dueña de mis acciones, debo también responder por ellas.

³ Robert Spaemann, *Personas: Acerca de la distinción entre algo y alguien* (Pamplona: Eunsa, 2000).

2 | ¿Es el concepto de persona biológico, jurídico, filosófico o religioso?

MARÍA ALEJANDRA CARRASCO
DOCTORA EN FILOSOFÍA

“El concepto de persona designa una realidad, un sujeto que existe con independencia de su reconocimiento por los demás, cuya existencia y valor no dependen de la interpretación jurídica, religiosa o filosófica.

Toda persona ‘es lo que es’, al margen de lo que las demás personas crean de ella. No es un constructo legal, social ni cultural”.

Si definimos persona como “sustancia individual de naturaleza racional” o como “un ser que tiene su ser”, estamos claramente hablando en un lenguaje más filosófico. Pero que el lenguaje sea abstracto no implica que la realidad que designa también lo sea. En este caso, de hecho, se da exactamente lo contrario: “persona” indica, muestra, un subsistente, un individuo concreto que, si es humano, está compuesto de carne y hueso, tiene nombre propio, padre, madre y pueblo.

En efecto, la persona humana se realiza y se manifiesta en un organismo biológico. Como las personas humanas pertenecemos a la especie humana, somos todos seres humanos. Entonces, todos los seres humanos somos personas, aunque no todas las personas sean necesariamente humanas (pues pueden existir otros seres de naturaleza racional en el universo).

Ahora bien, cuando se define al “ser humano” por su genoma, mentamos un concepto biológico, nos referimos a una realidad empíricamente verificable. Pero “persona” no alude al genotipo sino a la “naturaleza racional” de los individuos que pertenecen a ciertas especies. Esa “naturaleza racional”, a diferencia de las realidades orgánicas, no es directamente observable y solo se conoce a través de sus manifestaciones. Sin

embargo, como sabemos que la “naturaleza” la comparten todos los miembros de una especie, cuando se comprueba que en alguno de los ejemplares se manifiesta la racionalidad, se debe concluir que todos los ejemplares de la especie poseen la misma naturaleza racional. Si no estuviera en su naturaleza, ningún individuo de esa especie podría expresar dicha racionalidad.

En consecuencia, si bien el concepto de persona no es biológico, para los seres humanos la biología es esencial por dos razones. (i) Nuestro ser personal se realiza y manifiesta en un organismo biológico, y (ii) reconocemos a una persona humana al reconocer a un ser humano (miembro de la especie humana).

El concepto de persona no es religioso. Proviene, de hecho, del teatro griego, en que se nombraba así a la máscara que utilizaban los actores para caracterizar a algún personaje y a través de la que pasaba el sonido. Posteriormente, ya en nuestra era, la noción fue tomada por la teología para esclarecer y explicar el dogma de la Santísima Trinidad (“Tres personas y un único Dios”). Sin embargo, el concepto rápidamente trascendió del ámbito académico hacia el uso habitual en la cultura, y se convirtió en un término que desde hace muchos siglos utilizamos en la vida diaria para designar a los individuos humanos.

Finalmente, “persona” tampoco es un concepto de origen jurídico. Existe, sin duda, la noción jurídica de persona, pero esta es una acepción derivada y análoga (por ejemplo, algunas personas podrían asociarse para un fin concreto y responder ante la ley como una única entidad, constituyendo una “persona jurídica”). También es muy importante el aspecto jurídico para la noción de persona en cuanto al reconocimiento formal que se le da en la legislación de cada país. Sin embargo,

01 ¿Quién es persona?
(Página 24)

121 ¿Son el aborto o la eutanasia derechos humanos?
(Página 268)

a pesar de que los ordenamientos jurídicos pueden variar en el tiempo, variar entre los países y según quién ostente el poder, la realidad de la persona (el “subsistente de naturaleza racional”) sigue siendo la misma. Lo que la ley hace es reconocer (o no reconocer, si es una mala ley), una realidad

121 que ya existe, pues a diferencia de la noción jurídica de persona, la “persona” propiamente no es un constructo legal, social ni cultural⁴.

En suma, el concepto de persona designa una realidad, una sustancia o sujeto que existe con independencia de su reconocimiento por los demás, con características biológicas particulares —si es una persona humana— y cuya existencia y valor no dependen de la interpretación jurídica, religiosa o filosófica que se haga. Toda persona “es lo que es”, al margen de lo que las demás personas crean de ella.

⁴ El Código Civil chileno, en sus artículos 74 y 75, señala que la ley debe proteger la vida del que está por nacer. Con esto se está reconociendo que antes de nacer ya existe “alguien” digno de protección.

3 | ¿Qué conceptos filosóficos nos permiten comprender que la vida humana comienza con la concepción y termina con la muerte natural?

Siguiendo la escuela de Aristóteles, el filósofo, partiendo de verdades sencillas, reflexiona hasta remontarse a verdades más profundas sobre la realidad completa.

Todas las cosas del mundo son y *son algo*. Este ‘ser algo’ se denomina *sustancia*, la cual está determinada por una serie de *accidentes*. Con la palabra *sustancia*, entonces, se designa una cosa que tiene una cierta subsistencia en sí misma, una base de estabilidad que le da el ser. Ahora, los accidentes son todas las propiedades que no existen en sí, sino en otro, determinándolo, y se puede hacer toda una clasificación de ellos: cantidad, calidad, extensión, acción, etc. En los seres vivos, los accidentes permiten que exista un antes y un después, es decir, permiten el cambio, ya que el puro cambio en cuanto tal (sin un sustrato) es impensable.

Las cosas entonces son, son algo, pero también cambian,

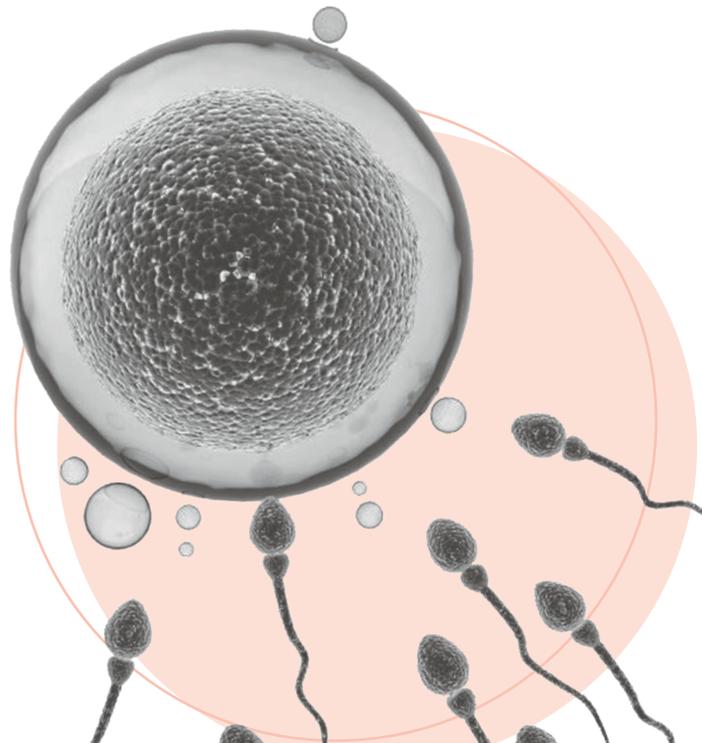
distinción absolutamente elemental respecto al conocimiento del mundo natural. El cambio compromete a la realidad sustancial-accidental en ambos constituyentes, es decir, hay cambios a nivel accidental y cambios a nivel sustancial. El cambio accidental es aquel en que una misma cosa modifica su apariencia, cantidad, calidad, relación con el espacio, con el tiempo, etc. Respecto a la sustancia, que es aquello que permanece estable, podemos afirmar que ella también experimenta cambios, los cuales se denominan cambios sustanciales, que son absolutamente radicales. Los cambios sustanciales tienen dos polos, es decir, la *generación* y la *corrupción*. Generación es la venida al ser, la llegada a la existencia, el nacimiento de un viviente, y la corrupción sería la desaparición del ser, la muerte del viviente. Ambos cambios ocurren al interior de procesos, siendo eso sí absolutamente instantáneos, tanto en lo que se refiere a la venida al ser (o

concepción), como a la retirada del ser, que en el caso de los vivientes es la muerte. Esto se ejemplifica con la sentencia popular de que nadie puede estar medio muerto o medio vivo, o se está muerto o se está vivo.

En conclusión, los únicos cambios sustanciales en la vida de un ser humano son la concepción y la muerte. Entre esos dos extremos, más allá de los innumerables cambios accidentales que experimente, la identidad de la persona se mantiene constante en el tiempo, siendo valiosa y digna durante todo el arco de su existencia.

JORGE NEIRA
MÉDICO GINECÓLOGO Y MAGÍSTER EN BIOÉTICA

“Los únicos cambios sustanciales en la vida de un ser humano son la concepción y la muerte. Entre esos dos extremos, más allá de los innumerables cambios accidentales que experimente, la identidad de la persona se mantiene constante en el tiempo, siendo valiosa y digna durante todo el arco de su existencia”.



4 | ¿Qué es la vida y por qué tiene un especial valor la vida humana?

Es interesante abordar algunas definiciones acerca de la vida, para ofrecer una mirada amplia e interdisciplinaria. Para Aristóteles, la vida es un conjunto de etapas que reflejan una permanente actividad, y Tomás de Aquino destaca el movimiento que la caracteriza, “son vivientes aquellos seres que se mueven a sí mismos”. Para Ortega y Gasset, “la vida es una serie de colisiones con el futuro; no es una suma de lo que hemos sido, sino de lo que anhelamos ser”. En la biología, el término vida se refiere a lo que distingue en sus funciones a los organismos, al reino animal y vegetal. La bioquímica la define como el estado que alcanza la materia por estructuras moleculares específicas, con capacidad para desarrollarse, mantenerse en un ambiente, reconocer, responder a estímulos y reproducirse, permitiendo la continuidad de la especie.

05. La vida humana existe desde la fecundación, aquí se desencadena una serie de procesos biológicos continuos; es decir, un verdadero *big bang* biológico que no se detendrá hasta la muerte natural de cada ser. Por otra parte, en las artes visuales y la música, la vida brota y se presenta para resaltar la belleza. Es decir, donde hay emoción hay arte, donde hay arte hay vida, y donde hay vida hay esperanza. Y nuestra recordada Violeta Parra es lúcida en su cantar que agradece la vida: “Gracias a la vida que me ha dado tanto; me dio dos luceros, que cuando los abro, perfecto distingo lo negro del blanco”.

La dignidad y la vida humana suponen el reconocimiento de su igualdad en respeto y derechos. La primera reflexión que podemos hacer a este respecto es que la dignidad humana es una propiedad intrínseca de toda persona, independiente de sus capacidades y etapas de su vida, lo que nos lleva a suponer reconocer su igualdad y libertad en toda circunstancia. Así, los más frágiles y vulnerables requieren una mayor protección y apoyo. En una sociedad

01

28

“La dignidad humana es una propiedad intrínseca de toda persona, independiente de sus capacidades y etapas de su vida. Los más frágiles y vulnerables requieren una mayor protección y apoyo”.

IGNACIO SÁNCHEZ
MÉDICO PEDIATRA – RECTOR UC

que quiere avanzar hacia el desarrollo integral, el valor de la vida debe estar en el centro de la dignidad de la persona. La vida humana es gratuidad, es un acto de generosidad, un proyecto y una responsabilidad. La defensa y protección de la vida humana es un objetivo que los pueblos y las culturas han concebido y realizado de modos diferentes. Por esto, la defensa de la vida es algo que va más allá de las creencias de cada uno.

En ese sentido, es valiosa la reflexión de Albert Schweitzer sobre el asunto, quien nos dice: “El bien es mantener la vida, propiciarla y desarrollarla. El mal es destruir la vida, inhibirla o negarla”. Para los que tenemos la gracia de la fe y creemos en un Dios, en un mundo que trasciende y se proyecta, la vida adquiere otro significado. Es la protección de la dignidad de la persona, que comienza en la gestación, lo que nos mueve en su defensa, “la vida ha de considerarse como algo sagrado, ya que desde su mismo origen exige la acción creadora de Dios”⁵.

- 05 ¿Qué distingue a la vida humana de otras vidas? (Página 32)
- 13 ¿Cuándo comienza la vida humana? (Página 50)
- 01 ¿Quién es persona? (Página 24)
- 28 ¿Qué es un embarazo vulnerable? (Página 78)
- 127 ¿Cómo promover una cultura de la vida? (Página 280)
- 118 ¿Son el aborto y la eutanasia problemas principalmente religiosos? (Página 262)
- 27 ¿Qué rol cumplen la religión, la filosofía o la ética en el tema del aborto? (Página 76)
- 79 ¿Qué rol cumplen la religión, la filosofía o la ética en el tema de la eutanasia? (Página 182)

⁵ Pablo VI, *Encíclica Humanae Vitae*, 13, Sitio Oficial de Ciudad del Vaticano https://www.vatican.va/content/paul-vi/es/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_25071968_humanae-vitae.html.

5 | ¿Qué distingue a la vida humana de otras vidas?

FRANCISCA REYES-ARELLANO
ABOGADA
Y MAGÍSTER EN BIOÉTICA

Hoy en día, muchas discusiones bioéticas se desarrollan en torno al concepto de vida. Así, en este libro encontramos dos claros ejemplos de dilemas éticos que se presentan tanto al comienzo como al final de la vida: el aborto y la eutanasia. Ahora bien, es importante profundizar nuestro conocimiento antropológico respecto de este concepto. En otras palabras, reconocer el alcance de qué significa estar vivo.

En este sentido, podemos afirmar que “la vida causa el funcionamiento del organismo como un todo, y no solo de alguna de sus partes”⁶. En otras palabras, podemos también reconocer a la vida por sus operaciones características⁷, aquellas expresiones propias de los seres vivientes. No obstante, si pensamos por un momento en la realidad que nos rodea, nos percatamos de que no existe un único grado de vida, y todavía más, esta se manifiesta en las más múltiples formas y acciones.

Habitualmente se han reconocido y agrupado tres grados de vida: la vida vegetativa, la vida sensitiva y la vida intelectual. Cada uno de estos grados opera como una suerte de escalón diferenciado cuyo nivel de interioridad es cada vez mayor y en el cual es posible distinguir operaciones cada vez más complejas.

De esta manera, la vida vegetativa se caracteriza por subordinarse al bien de la especie, concentrando las funciones de

nutrición, crecimiento y reproducción. Por otro lado, la vida sensitiva avanza hacia un nivel de interioridad mucho más profundo, incorporando las operaciones de conocimiento y apetito sensible, vale decir, la capacidad de relacionarse con el mundo a través de los sentidos (conocimiento sensible), y de

“Conocer intelectualmente y poder inclinarnos hacia aquello que hemos conocido (apetito intelectual) otorga al ser humano una capacidad mucho mayor de proyectar su interioridad, aún más allá de lo simplemente captado por los sentidos”.

inclinarse o rehuir de aquello que es conocido (apetito sensible). Esto se lleva a cabo a través de la locomoción, función que otorga mayor autonomía a las especies biológicas que se encuentran dentro de este grado vital.

Finalmente, lo propio de la vida intelectual, que es la vida humana en su expresión más plena, añade a todas las funciones anteriores, la facultad de conocer intelectualmente, es decir, conocer de manera abstracta, y junto con ello, de poder inclinarnos hacia aquello que hemos conocido (apetito intelectual). Esto otorga al ser humano una capacidad mucho mayor de proyectar su interioridad, aún más allá de lo simplemente captado por los sentidos.

01

Lo anterior tiene muchas implicancias en las varias dimensiones de la vida humana. Por ejemplo, en cuanto a la reproducción, cabe señalar que en este grado de vida se presenta una diferencia fundamental respecto de los anteriores. De hecho, ella es llamada procreación cuando hablamos de la especie humana, pues se trata de una actividad con capacidad de ser mediada por la inteligencia y voluntad, no supeditada exclusivamente a la supervivencia de la especie, en la cual se presenta un profundo nivel de vinculación emocional.

01 ¿Quién es persona?
(Página 24)

⁶ Cristóbal Orrego, *Filosofía: conceptos fundamentales* (Santiago: Ediciones UC, 2016), 260.

⁷ Roger Vernaux, *Filosofía del hombre* (Barcelona: Herder, 1988), 18.



6 | ¿Es persona todo individuo de la especie humana?

MARÍA ALEJANDRA CARRASCO
DOCTORA EN FILOSOFÍA

Todo individuo que pertenezca a una especie de naturaleza racional es persona porque la facultad racional posibilita que sea dueño de sí, que se autoposea. La respuesta a la pregunta “¿Quién es persona?” demostró que esta noción no está restringida a una única especie en el sentido de que solo los miembros de esa especie (por ejemplo, los humanos) son personas, y los de otras especies no. El carácter de persona se vincula a la naturaleza racional de los individuos, la que podría perfectamente pertenecer a una especie extraterrestre u otra. Sin embargo, por ahora, de lo que sí estamos seguros es que la especie humana es de naturaleza racional. Por eso concluimos con certeza que todos los seres humanos son personas.

01.

Pero no todos los humanos son racionales... Algunos todavía no lo son, otros ya no lo son, y otros nunca lo serán. Y si la racionalidad es la que nos permite autoposearnos, autodeterminarnos, ser un “yo”, ¿por qué a esos individuos sin razón habría que llamarlos “persona” y concederles dignidad y derechos? La respuesta es que ser “persona” no es una cualidad que se adquiera y que se pueda perder, sino lo que uno intrínsecamente “es”⁸.

Para explicarlo mejor, comencemos por la dignidad, ese valor absoluto que en toda persona reconocemos y que obliga a los demás a respetarla como un fin. Ese valor, ¿se otorga al individuo por lo que hace? ¿por

lo que tiene? ¿por sus relaciones? ¿por su nacionalidad, cultura, estado de salud? No. Ese valor, que desde que se abolió la esclavitud se reconoce en toda legislación y costumbres, se le otorga por ser “tal individuo”. La palabra “subsistente” se refiere precisamente a eso: el subsistente es el individuo al que generalmente identificamos con un nombre propio: Camila, Pedro⁹. La dignidad es propia del subsistente. Camila es digna porque es Camila, no porque es inteligente ni porque es joven ni porque es linda. Y como Camila es la misma Camila desde que empezó a existir y seguirá siéndolo hasta su muerte, mantendrá su dignidad toda su vida. Perderá su juventud,

“Ser ‘persona’ no es una cualidad que se adquiera y que se pueda perder, sino lo que uno intrínsecamente ‘es’. La dignidad es propia del subsistente”.

quizás su inteligencia, quizás su belleza, pero no su dignidad, pues seguirá siendo Camila, una persona.

Si me llega un video en el que aparezco durmiendo, naturalmente digo “ahí yo estoy durmiendo”. Es claro que mi racionalidad no está actualizada mientras duermo (es decir, no está siendo ejercida *en ese momento*; no es ese un instante en el que esté autoconsciente), no me autopoSEO ni autodetermino actualmente, no sabía que me estaban filmando, pero sí me autoidentifico: esa soy “yo”. Si veo un video de la ecografía de mi madre, o el que tomaron mientras yo nacía, también digo: soy “yo”. Soy el mismo subsistente desde que empecé mi carrera biológica. He ido actualizando y perdiendo capacidades (como todos los seres que se desarrollan a lo largo del tiempo), pero sigo siendo “yo”, el mismo ser con la misma naturaleza, el mismo nombre propio: soy una persona cuando mi facultad racional está actualizada y también cuando no lo está. Y como siempre soy una persona, siempre tengo dignidad. Similarmente, todos los que son persona, con independencia de la fase de la vida o de su estado actual, permanecen siempre siendo personas y mantienen siempre su dignidad¹⁰.

01 ¿Quién es persona?
(Página 24)

⁸ Alfonso Gómez-Lobo, *Los bienes humanos. Ética de la ley natural* (Santiago: Mediterráneo, 2006).

⁹ Santo Tomás hablaba de “un nombre propio general”. Es decir, todos aquellos seres de naturaleza racional a los que les podemos dar un nombre propio (en filosofía se diría “todos los subsistentes de naturaleza racional”) se llaman “persona”.

¹⁰ María Alejandra Carrasco, *Problemas contemporáneos de antropología y bioética* (Santiago: IES, 2011). Así, cuando fui embrión yo ya era persona; ahora que soy una adulta sana y en vigilia soy persona; cuando duermo soy persona, y a los 95 años con demencia senil, también seguiré siendo persona.



7 | ¿Es la vida humana un bien disponible?

MARÍA ALEJANDRA CARRASCO
DOCTORA EN FILOSOFÍA

“La vida no es una cualidad más que se tiene y se deja de tener, sino que somos ‘vivientes’. De la vida, uno no se puede ‘separar’, pues sin vida se deja de ser”.

Desde una perspectiva intuitiva y de la vida cotidiana, sólo se puede disponer legítimamente de algo si se tiene el poder y la autoridad para hacerlo, lo que implica, en algún sentido, encontrarse en una situación de superioridad respecto de ese algo, es decir, tener dominio o ser dueño de ello. Pues bien, si asumimos la igualdad de todos los seres humanos, ninguno tendría la autoridad para disponer legítimamente de la vida de otro. Así, una primera conclusión es que la vida de otro ser humano no es nunca un bien disponible para un tercero¹¹.

Pero mi propia vida, ¿es, para mí, disponible? Un bien disponible es aquel del que yo me puedo enajenar (de mi casa, de mis derechos de autor, de mis privilegios nobiliarios). De la vida, en cambio, uno no se puede “separar”, pues sin vida se deja de ser. Dicho de otro modo: la vida no es una cualidad más que se tiene y se deja de tener, sino que somos “vivientes”. Pedro, por ejemplo, puede estar enfermo; pero si deja de estar enfermo, sigue

siendo Pedro. Pedro puede ser chileno; pero analíticamente al menos puede separarse de su nacionalidad, dejar de ser chileno, y seguirá siendo Pedro. Pero Pedro, en cuanto ser vivo, si deja de estar vivo, deja de ser Pedro: empieza a ser un cadáver en descomposición. Conceptualmente, entonces, es contradictorio pensar que la vida sea un bien disponible; aunque sí se entiende por qué hay personas que así lo creen¹². Nos damos cuenta de que la vida es un “bien” porque nos importa, por eso cuidamos de ella, de la nuestra y de la de los demás. Asimismo, este cuidado ha sido consagrado como derecho humano fundamental, y todas las legislaciones modernas, al menos en los países libres, la protegen ante amenazas de terceros.

El Estado protege la vida porque la vida es un bien. Sin embargo, hay casos particulares, en que la vida no parece tan buena. Hay personas con circunstancias dramáticas que pueden sufrir mucho sin posibilidad de mejora y que no

89... quieren seguir viviendo. Ellos dicen que la vida es un derecho y no un deber, y claman por terminar con su vida. Es verdad que no es un deber, ya que si lo fuera habría que sancionar a todos los que murieran. En eso tienen razón.

¿Pero qué significa el derecho a la vida? Significa que la sociedad, representada en el Estado, estima que la vida de cada ser humano es un bien y por ello se compromete a protegerla de terceros. Es el derecho a que no me maten. ¿Y yo puedo matarme si quiero? Si esa pregunta se refiere a “la capacidad de hacerlo”, hay muchas maneras de suicidarse y de hecho la gente lo hace. Pero si la sociedad y el Estado protegen la vida porque estiman que es un bien¹³, obviamente no van a facilitar o promover el suicidio de las personas. Al contrario, si de verdad valoran la vida, invertarán los recursos necesarios para que esas personas dejen de tener ese sufrimiento insoportable que las empuja a querer morir.

97

En suma, podemos concluir (1) la vida es un bien, (2) por eso existe el derecho a la vida (derecho a que “no me maten”); (3) no existe el deber de vivir; (4) el bien de la vida es fácticamente disponible (la gente se puede suicidar); (5) pero jurídica y moralmente indisponible (el Estado se contradice si promueve o facilita el suicidio).

Entonces, como no se le puede exigir al Estado que haga exactamente lo contrario de lo que justifica su existencia, el Estado jamás tendrá el deber de proporcionar los medios para que las personas acaben con su vida.

89 ¿Tiene sentido una vida marcada por el dolor y el sufrimiento? (Página 202)

97 ¿Qué es la medicina paliativa? (Página 218)

¹¹ En otras palabras, no podemos ser dueños ni disponer de “Juan”, como lo soy de mí lápiz.

¹² En general personas que se definen como liberales y enfatizan el valor de la autonomía, defienden la idea de que somos autónomos para disponer de la propia vida. Estas personas, por desgracia, no comprenden bien la noción de autonomía, que cuando se exagera se convierte en exactamente su contrario. Piensan, primero, que “autonomía” es hacer lo que cada uno quiera. Eso es un error, pero incluso si fuera así, como en el mundo real prácticamente todas las acciones requieren de la cooperación de otros, hacer mi voluntad implicaría obligar a los demás a hacer mi voluntad, quiéranlo ellos o no lo quieran.

¹³ Esta es exactamente la razón por la que tanto nuestra legislación como la de la mayoría de los países del mundo castigan el “auxilio al suicidio”. Paradójicamente esta es también la razón por la que ya no se castiga el “intento de suicidio”, pues si se hiciera se estaría incentivando a que los potenciales suicidas se aseguraran del éxito de su acción.



8 | ¿Toda vida humana merece ser vivida?

MARÍA ALEJANDRA CARRASCO
DOCTORA EN FILOSOFÍA

Cuando un caballo se quiebra una pata, u otro animal queda mal herido y no hay manera de calmar su dolor, lo que se hace es matarlo. El sentido de la vida del animal se agota en su desarrollo y bienestar físico, en la obtención del placer corporal que es toda la felicidad que ellos pueden alcanzar. Los animales irracionales son seres sensibles, y por lo tanto para ellos "felicidad" solo puede ser "placer sensible", no existe otro tipo de felicidad a la que ellos puedan aspirar.

05

Cuando hablamos de la persona humana, subsistente de naturaleza racional, ella también busca el bienestar y placer físico, y también sufre con las limitaciones y el dolor físico. Sin embargo, como la persona es también un ser racional, tiene también la capacidad de encontrar su plenitud y gozo en otro tipo de satisfacciones como, por poner algunos ejemplos, el logro de metas, sentirse útil para la sociedad, una relación de amor, el conocimiento intelectual, etc. En otras palabras, como somos

01

seres de naturaleza racional, podemos aspirar a muchos más bienes que hacen que nuestra vida sea, para nosotros mismos, satisfactoria; es decir, que nos parezca que merece ser vivida¹⁴.

Sin embargo, también por ser racionales y vivir autoconscientemente la vida, no basta con que algo sea objetivamente un bien humano para que dé sentido a *mi vida*; y ni siquiera con que yo *sepa* que es un bien humano. Una persona deprimida, por ejemplo, puede estar bien de salud, con una linda familia, saberse útil para muchos, y *sentir* que su vida no merece la pena. Otro, que tras un accidente le amputan las cuatro extremidades, puede sentir que su vida ya no vale. Pero estas situaciones, a pesar de su intensidad, podrían ser transitorias. Es muy frecuente, especialmente cuando en las circunstancias más dramáticas hay apoyo profesional y sobre todo mucho cariño, que las personas sepan redescubrir el significado de sus vidas, sepan darle un nuevo sentido y volver a sentir que ellas sí merecen ser vividas.

97

99

Y si la persona no vuelve a encontrar un sentido, ¿esa vida no merece ser vivida? Volvamos al comienzo: ¿Toda vida animal (el caballo) merece ser vivida? No. Cuando tiene un sufrimiento físico insoportable e insuperable, habría que matarlo porque ya no podrá ser feliz. ¿Y cuando el ser humano es el que está sufriendo de ese modo? La persona humana tiene la posibilidad de alcanzar una diversidad de otros bienes que, aunque algunos se le hayan



“Incluso cuando una persona no le ve sentido a su vida, podemos afirmar que ella sigue siendo valiosa en sí misma. El problema es la falta de sentido, no la vida. Si la persona no vale por sí misma, ¿por qué habría de valer su bienestar, su salud o sus capacidades?”.

vuelto imposibles, otros sí pueden darle un gran gozo y plenitud. ¿Pero si esa persona no los quiere, o no cree que su vida valga sin los bienes que perdió?

Es ese el punto. Cuando está sufriendo quiere morir, y es lógico. Ni siquiera es capaz de imaginar la posibilidad de un cambio. Los de afuera, no involucrados, que hemos visto muchos casos dramáticos, muchas personas que han sentido que su vida no merece la pena y después han salido adelante y han vuelto a ser felices; y algunos pocos casos de personas que no han salido adelante; ¿podemos determinar qué vida merece vivirse y cuál no? ¿Alguien es capaz de determinar quién, de entre los que ahora sufren, es incapaz de volver a sentirse amado; de volver a sentir amor? Solo conociendo el futuro (algo que está fuera del alcance humano) se podría

- 05 ¿Qué distingue a la vida humana de otras vidas? (Página 32)
- 01 ¿Quién es persona? (Página 24)
- 97 ¿Qué es la medicina paliativa? (Página 218)
- 99 ¿Son efectivos los cuidados paliativos? (Página 222)
- 89 ¿Tiene sentido una vida marcada por el dolor y el sufrimiento? (Página 202)

indicar qué vida nunca volverá a tener sentido. Incluso cuando una persona no le ve sentido a su vida, podemos afirmar que ella sigue siendo valiosa en sí misma. El problema es la falta de sentido, no la vida.

En todo caso, sería injusto quitarle a una persona la posibilidad de recuperar el sentido de su vida.

Lo dicho hasta aquí se refiere a las personas con autoconciencia y racionalidad actual. Solo se ha reflexionado sobre si la vida merece ser vivida desde la primera persona singular. Por otro lado, si nos referimos a la vida de personas con discapacidad intelectual, la respuesta a si aquella vida ‘vale la pena’, es más fácil: el peso de la prueba está en la justificación que dé quien establezca cuáles vidas serían valiosas y cuáles no. Porque si la persona no vale por sí misma, ¿por qué habría de valer su bienestar, su salud o sus capacidades?

89

¹⁴ Alfonso Gómez-Lobo, *Los bienes humanos. Ética de la ley natural* (Santiago, Mediterráneo, 2006).

9 | ¿Cuál es la diferencia entre "acto humano" y "acto del hombre"?

En nuestras vidas, podemos identificar de manera más o menos clara, dos tipos de situaciones que, de seguro todos hemos vivido. Se trata de algunas acciones que elegimos realizar, y otras que simplemente nos ocurren. Por ejemplo, podemos notar la diferencia entre decidir salir con nuestros amigos y que nuestro pelo crezca. En este segundo tipo de acciones se encuentran principalmente aquellas que constituyen expresiones biológicas, en las cuales no puede intervenir nuestra voluntad.

En cambio, lo propiamente humano es realizar acciones voluntarias, es decir, acciones que estén gobernadas por nuestra razón, libertad y voluntad. A este tipo de actos se les ha denominado habitualmente como "actos humanos", mientras que las expresiones biológicas, que no están mediadas por la voluntad, se conocen como "actos del hombre". "Ambas actividades son muy importantes, pero unas –los actos humanos– son exclusivas nuestras, mientras que las otras las tenemos en común con el resto de los animales"¹⁵.

Los actos humanos se caracterizan porque en ellos existe un conocimiento formal del fin¹⁶, vale decir, el sujeto agente (quien actúa) conoce aquello para lo cual realiza la acción, no se trata de algo espontáneo.

Desde la perspectiva moral, solo podemos ser responsables de los actos humanos,

pues en ellos nos proponemos un fin y, a la vez, elegimos los medios más adecuados para alcanzarlo. Así, por ejemplo, si tenemos hambre, podemos libremente decidir entre diferentes alternativas de comida dependiendo de nuestras condiciones de salud, dieta, entre otras; o si deseamos pasar un ramo con buenas notas, podemos voluntariamente elegir entre estudiar arduamente para las evaluaciones, o copiar a nuestros compañeros. En cualquiera de estos casos, estos actos quedarán sujetos a juicios de valoración moral que aplicarán criterios para resolver acerca de su bondad o maldad (en términos morales).

Ahora bien, esto no quiere decir que los actos del hombre no tengan finalidad alguna, sino que sencillamente poseen finalidades que no han sido propuestas por nosotros. De esta manera, aunque nuestro corazón lata por alguna finalidad biológica, o nuestro cuerpo secreta adrenalina, nosotros no tenemos injerencia directa ni posibilidad de ejercer nuestra libertad sobre aquellos sucesos, lo que determina que estos no queden estrictamente sujetos bajo nuestra responsabilidad.

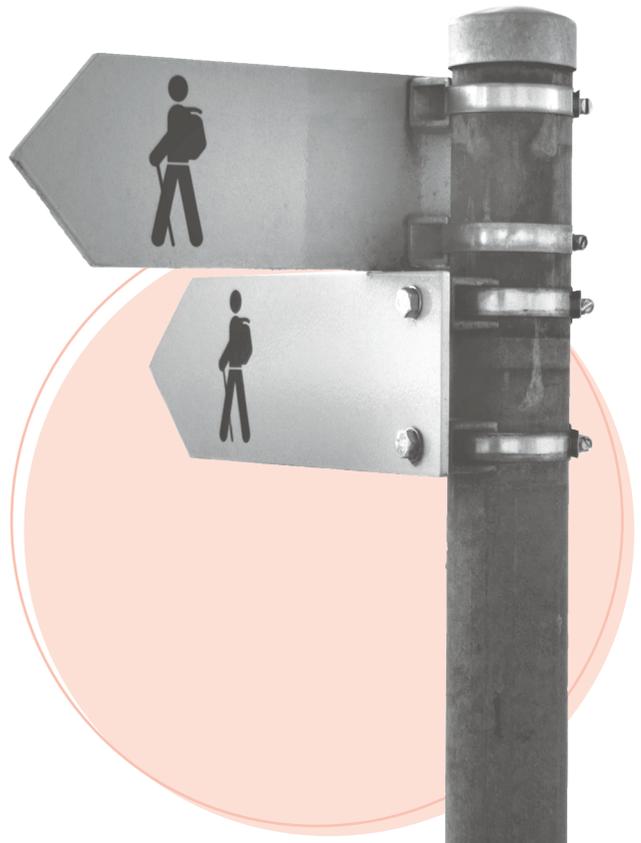
¹⁵ Joaquín García-Huidobro, *El Anillo de Giges* (Santiago, Instituto Res Publica, 2016), 55.

¹⁶ Si el lector desea profundizar en las características de la acción voluntaria, puede consultar: Ángel Rodríguez Luño y Arturo Bellocq, *Ética general* (Pamplona: EUNSA, 2014).

FRANCISCA REYES-ARELLANO
ABOGADA
Y MAGÍSTER EN BIOÉTICA

“Los actos humanos se caracterizan porque quien actúa conoce aquello para lo cual realiza la acción, no se trata de algo espontáneo. Son exclusivos nuestros, mientras que los actos del hombre los tenemos en común con el resto de los animales”.

10 ¿Qué diferencia un acto bueno de uno malo?
(Página 42)



10 | ¿Qué diferencia un acto bueno de uno malo?

FELIPE WIDOW
DOCTOR EN FILOSOFÍA Y DERECHO

09 Cuando una persona decide un curso de acción, suele plantearse preguntas como: ¿estoy obrando bien? ¿es justo lo que hago? ¿no estaré siendo egoísta? ¿esta es una decisión racional o pasional? El hacerse una pregunta es indicativo de que la medida de la rectitud moral no es meramente subjetiva: si de mí depende lo que es bueno o malo ¿para qué perder el tiempo en esta reflexión? Además, no se trata de preguntas meramente individuales, sino colectivas, sociales, comunes. Por ello, si alguien propone una justificación pretendidamente racional de un fraude, o de un acto de pedofilia, o de una borrachera profunda y continua, no le diremos, simplemente, “esa es tu propia verdad moral, pero no la mía”, sino “esa acción es mala y no debes hacerla, cualquiera sea tu convicción moral”. Pero estas respuestas suponen una premisa fundamental e inevitable (aunque hoy desprestigiada): ha de haber una regla moral objetiva. Sólo tal regla nos permite discernir entre un acto bueno y un acto malo, propio o ajeno.

Por supuesto, es imposible abordar aquí, en toda su extensión y complejidad, la cuestión de la regla moral esencial y común a todos los hombres (lo que se ha llamado: *ley moral natural*), pero sí es posible señalar cuál es el principio fundamental de esa regla (criterio básico para discernir un acto bueno de uno malo): son buenos aquellos actos que se ordenan al bien humano integral, bien que

es esencialmente espiritual (es decir, que supone la realización de lo más elevado y perfecto que hay en la persona) y común (siempre se da en comunicación con el bien de los demás). Pero este bien, fin último de la vida humana, no puede quedarse en el plano de una mera intención remota y vaga,

“Son buenos aquellos actos que se ordenan al bien humano integral, bien que es esencialmente espiritual (es decir, que supone la realización de lo más elevado y perfecto que hay en la persona) y común (siempre se da en comunicación con el bien de los demás)”.

sino que debe verificarse en cada intención concreta que nos mueve y, sobre todo, en toda elección, según sus circunstancias. La rectitud moral, consecuentemente, se revela exigente: para que un acto sea bueno se requieren estas tres condiciones: que lo que se busque mediante él sea coherente con el bien humano integral —mío y de los demás— (i.e., una buena intención); que la acción elegida se dirija, por sí misma, a la realización de un bien particular proporcionado a aquel bien integral (i.e., un buen objeto moral o una buena finalidad de la acción); que las circunstancias, por último, no impongan ningún obstáculo o impedimento a la perfecta ordenación de la acción elegida a ese bien humano completo, espiritual y común.

Y es malo un acto, en cambio, si falla cualquiera de estas tres condiciones. Así, por ejemplo, aunque tenga la recta intención de auxiliar económicamente al necesitado, no puedo hacerlo con el dinero que en justicia debo a mis empleados. O, al revés, tampoco actúo bien si doy limosna con el solo fin de pavonearme ante un tercero. Y aun si la intención es recta —auxiliar al necesitado—, y elijo una acción proporcionada —dar limosna con mi dinero—, podría ser que una circunstancia —por ej., que la limosna causará una terrible humillación al necesitado— impida la bondad del acto.

09 ¿Cuál es la diferencia entre “acto humano” y “acto del hombre”?
(Página 40)



11 | ¿Todo acto malo es injusto, y toda injusticia es criminal?

113

En otra respuesta se explica por qué el aborto y la eutanasia son actos siempre malos, en sentido moral. Pero esto no es lo mismo que decir que son actos injustos o criminales, ni que deberían estar prohibidos por la legislación positiva. Una sociedad que persiguiera jurídicamente cualquier defecto moral sería un infierno. ¿Cuál es, entonces, la medida que nos permite reconocer un acto malo como injusto? ¿Y cuándo decimos que un acto injusto es un crimen?

Lo distintivo de la justicia es que tiene por objeto realizar directamente el bien debido a otro: un acto es primaria y propiamente justo cuando da a otro su derecho, aquello que reconocemos como un bien de la persona que está al frente de nosotros y que debe ser realizado por nuestra conducta. Esta última consideración, de un bien debido a otro, es fundamental: no estamos obligados jurídicamente (por justicia) a hacer a los demás todo el bien posible, sino sólo aquel bien que, porque tenemos una deuda (en sentido amplio) con el destinatario de nuestra acción, es exigible en justicia (y, en general, exigido por la ley). Esto es muy claro en ciertos ejemplos elementales: si contrato un servicio, es exigible jurídicamente que pague el precio proporcional acordado por ellos; y, aunque mi vecino me resulte antipático, es exigible jurídicamente que respete su vida e integridad física y psicológica.

Pero el fundamento último de la exigibilidad de la justicia es la condición de persona de aquél con que me relaciono. Lo que en último término está en juego es el reconocimiento de su dignidad y mérito: cuando no pago el salario debido a un empleado, implícitamente lo reduzco a la condición de esclavo; cuando me apropio de lo ajeno, implícitamente niego la libertad que el otro tiene para disponer de sus bienes. Un acto malo tiene la calidad de injusto, en consecuencia, cuando niega a otro un bien debido y, de este modo, atenta implícita o explícitamente contra la dignidad por la cual ese otro se constituye en sujeto de derecho. La gravedad de una injusticia, de

“Lo distintivo de la justicia es que tiene por objeto realizar directamente el bien debido a otro. Aquello que reconocemos como un bien de la persona que está al frente de nosotros”.

FELIPE WIDOW
DOCTOR EN FILOSOFÍA Y DERECHO

hecho, se mide por el grado en que desprecia o destruye la dignidad personal. Por ello son más graves los delitos contra la vida y la libertad que aquellos que atentan, por ejemplo, contra la propiedad. De aquí que, aunque el robo de obras de arte perpetrado por los nazis es injusto, a nadie se le ocurriría comparar su malicia con la de Auschwitz: la magnitud y profundidad de la deshumanización allí obrada es una feroz negación de la dignidad personal de las víctimas.

07

Crimen, en su sentido más universal, es una palabra que reservamos para designar aquellas conductas que más gravemente atentan contra la justicia, y más profundamente destruyen las bases del orden social. El aborto y la eutanasia —porque en ellos está en juego el bien que debemos a otro—, se constituyen en injusticias que deben ser evitadas por el orden jurídico humano. Pero no son cualesquiera injusticias, sino que se inscriben entre aquellas conductas que de un modo expreso y directo deshumanizan a las personas contra las que se cometen, negando gravemente su misma condición de sujeto de derecho. Son crímenes cuya legitimación destruye profundamente el orden social, porque borra de plano el más elemental principio de su constitución: el igual reconocimiento de la dignidad de todos sus miembros.

06

113 ¿Son la eutanasia o el aborto un acto malo? ¿Siempre?
(Página 252)

07 ¿Es la vida humana un bien disponible?
(Página 36)

06 ¿Es persona todo individuo de la especie humana?
(Página 34)



12 | ¿Qué es el principio del doble efecto?

ALEJANDRO MIRANDA
DOCTOR EN DERECHO

El principio del doble efecto es un principio de razonamiento práctico que sirve para determinar si es o no lícito realizar una acción de doble efecto, es decir, una acción que produce, a la vez, efectos buenos y malos. La existencia de este tipo de acciones nos resulta evidente por la experiencia. Así, es frecuente que de una acción dirigida a conseguir uno o más bienes se sigan, además, uno o más efectos malos.

El fenómeno de las acciones de doble efecto se verifica en todos los ámbitos de la vida y en distintos niveles de importancia. Un campo en el que se puede apreciar claramente es el de la medicina: los medicamentos y los procedimientos médicos suelen producir efectos secundarios adversos, que el médico no busca, pero sí prevé con mayor o menor seguridad. En algunos casos el efecto malo es de tan poca entidad que la ejecución de la acción no origina problema alguno. En otros casos el efecto malo tiene mayor magnitud, de manera que puede ser necesario, a lo menos, deliberar sobre la conveniencia o inconveniencia de realizar la acción. En un tercer tipo de casos el efecto malo reviste una importancia suficiente como para que surja de modo claro la cuestión acerca de la licitud o ilicitud de realizar la acción. Puede servir como ejemplo el caso de una mujer embarazada que padece una enfermedad cuyo tratamiento implica como efecto probable, o incluso seguro, la muerte del que está por nacer.

“Es un principio de razonamiento práctico que sirve para determinar si es o no lícito realizar una acción de doble efecto, es decir, una acción que produce, a la vez, efectos buenos y malos”.

El principio del doble efecto procura, entonces, responder esta pregunta: ¿qué condiciones deben cumplirse para que se justifique realizar una acción de doble efecto? Su formulación es la siguiente:

Es lícito realizar un acto del cual se siguen dos efectos, uno bueno y uno malo, siempre que se cumplan simultáneamente los siguientes requisitos:

- 1º, que el acto sea en sí mismo lícito;
- 2º, que solo el efecto bueno sea fin del acto;

- 3º, que el efecto malo no se elija como medio para conseguir el bueno;
- 4º, que el acto sea necesario para alcanzar el efecto bueno; y
- 5º, que el efecto bueno sea proporcionalmente importante en relación con el malo.

El primer requisito exige que el acto no sea ya ilícito por otras consideraciones éticas independientes del efecto malo que se está analizando. El segundo exige que el efecto malo no sea buscado por el agente ni como fin principal del acto ni tampoco como fin secundario o suplementario. El tercer requisito es una concreción del principio “el fin no justifica los medios”, pues exige que la voluntad no se dirija al efecto malo ni siquiera si se lo busca como medio para conseguir un buen fin. El cuarto exige que no exista una manera menos perjudicial —y razonablemente eficaz— de alcanzar el efecto bueno (pues, si existe esa vía, se debe optar por ella). El quinto requisito exige que, cuanto mayor sea el mal que la acción va a provocar, tanto mayor debe ser el bien que esa acción permite alcanzar. Este juicio de proporcionalidad debe tomar en cuenta (a) la importancia de los efectos buenos y malos considerados en sí mismos (p. ej., que el bien de las personas es superior al bien de los seres no personales), (b) la importancia de esos efectos en relación con el agente (p. ej., que en igualdad de otras condiciones un padre está más obligado a evitar un mal para su hijo que para un extraño) y (c) la probabilidad de la ocurrencia de los diversos efectos¹⁷.

- 45 ¿Era necesaria la ley de aborto para que los médicos salvaran la vida de una madre en caso de enfermedad grave? (Página 112)
- 43 ¿Cómo se relaciona el principio del doble efecto con el aborto? (Página 108)
- 44 ¿Es el llamado “aborto terapéutico” un caso en que se aplica el principio del doble efecto? (Página 110)



¹⁷ Un estudio completo de este principio, que incluye su justificación filosófica, puede verse en Alejandro Miranda, *El principio del doble efecto* (Hildesheim: Olms, 2014).



Capítulo 2

El inicio de la vida humana y el aborto. Dilemas éticos, médicos y jurídicos

13 | ¿Cuándo comienza la vida humana?

MAURICIO BESIO

MÉDICO GINECÓLOGO Y MAGÍSTER
EN FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

Vivimos en un mundo cambiante donde nada permanece en el tiempo. Lo que constituye la realidad que nos muestran los sentidos se va alterando con el transcurrir temporal. En este mundo cambiante podemos distinguir dos tipos de cambios: los que —aunque son muy evidentes en los seres vivos y en nosotros como humanos— no nos comprometen radicalmente, pues a lo largo de la vida crecemos, nos desarrollamos y luego envejecemos, pero somos los mismos en nuestra esencia: con o sin pelo, esté corto o largo, más delgados o más jóvenes, e incluso cuando niños, hemos sido siempre la misma persona. El otro cambio sí es radical: es la aparición y desaparición a la existencia.

03.

Los seres vivos comenzamos a existir por causa de nuestros progenitores, de manera sexuada o asexuada. Los seres humanos, al igual que los animales llamados superiores, tenemos una progenitora hembra y otro macho, y cada uno de ellos aporta la mitad del material genético que necesitamos para desplegar a través de toda nuestra vida las potencialidades, incluidas todas ya en la primera unidad de nuestra existencia, que es el cigoto unicelular. Al juntarse entonces un espermatozoide con un óvulo se tiene el primer cambio radical: aparecemos a la existencia.

14.

18.

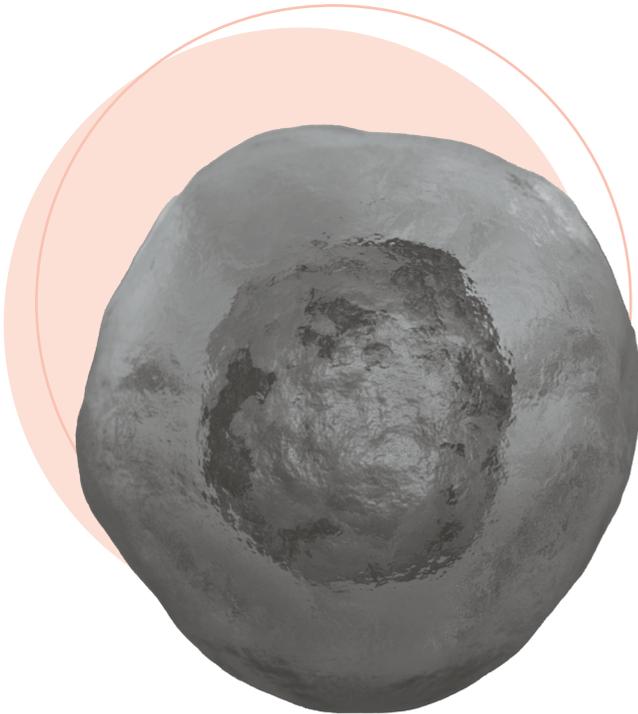
“Al juntarse entonces un espermatozoide con un óvulo se tiene el primer cambio radical; aparecemos a la existencia. Acontecerán después todos aquellos cambios que constituirán nuestro desarrollo y envejecimiento, esto hasta que nos ocurra el segundo cambio radical que será nuestra muerte”.

Acontecerán después todos aquellos cambios que constituirán nuestro desarrollo

y envejecimiento, esto hasta que nos ocurra el segundo cambio radical que será nuestra muerte.

Ese cambio que constituye nuestra aparición a la vida acontece cuando las dos células

15. aportadas por nuestros progenitores se unen. En algún momento, cuando el espermatozoide ya deja de ser espermatozoide y el óvulo deja de ser óvulo, allí se constituye y allí comienza un nuevo sujeto humano (concepción). Desde ese punto, todos los cambios que le sucederán
20. en su desarrollo, no lo cambiarán radicalmente
69. hasta su muerte. Es por ello que un ser humano
17. es ser humano desde su concepción hasta su muerte¹⁸.



03. ¿Qué conceptos filosóficos nos permiten comprender que la vida humana comienza con la concepción y termina con la muerte natural? (Página 28)
14. ¿Es el cigoto una célula como cualquier otra? (Página 52)
18. ¿El que está por nacer es solo un montón de células? (Página 60)
15. ¿Cuál es la diferencia entre óvulo, espermio y cigoto? (Página 54)
20. ¿Cuál es la diferencia entre cigoto, embrión, feto y recién nacido? (Página 64)
69. ¿Cuándo termina la vida humana? (Página 162)
17. ¿Hay un único ser humano durante todo el desarrollo embrionario, desde la concepción hasta el nacimiento? (Página 58)

¹⁸ Para profundizar en los contenidos puede consultarse: Thomas W. Sandler, *Langman. Embriología Médica*, 14ª Edición (Barcelona:Wolters Kluwer, 2019); Mauricio Besio, "Inicio de la Vida Humana. La necesidad de una reflexión filosófica", *Revista médica de Chile* 125(1997): 1508-1516.

14 | ¿Es el cigoto una célula como cualquier otra?

PATRICIO VENTURA-JUNCA
MÉDICO PEDIATRA NEONATÓLOGO

MANUEL SANTOS
MÉDICO GENETISTA
Y DOCTOR EN CIENCIAS BIOLÓGICAS

El cigoto no es una célula como cualquier otra. **Corresponde al primer estado de desarrollo de un nuevo ser humano.** Es una célula que resulta de la fusión de un espermatozoide y un óvulo, que tiene su propia información genética (genoma) contenida en sus 46 cromosomas, diferente al genoma que aporta el padre a través del espermatozoide (23 cromosomas) y la madre a través del óvulo (23 cromosomas). Es un nuevo organismo que contiene intrínsecamente todas las condiciones para seguir un desarrollo progresivo y continuo como lo destacan embriólogos, biólogos moleculares y genetistas. Esta condición única del cigoto se denomina totipotencialidad, que significa que tiene la capacidad de desarrollar la totalidad del organismo. **Esto demuestra que el cigoto tiene todo lo necesario para considerarlo un nuevo ser humano.**

13

01

03

18

caracteriza por la capacidad de automantenerse (autopoiético), con un programa definido y continuo. **Por esta razón el nuevo ser humano es persona desde que comienza su vida. No hay ningún evento en el desarrollo biológico que pueda justificar un nuevo comienzo, solo hay una explicitación progresiva de las capacidades que tiene**

el cigoto desde el comienzo de la vida. Si hoy nos reconocemos como personas, entonces lo somos desde el inicio de nuestra vida.

Esto ya era señalado en el siglo XIX por Ernst Haeckel. **La biología molecular y del desarrollo hoy actualizan esta información científica. A este respecto mencionamos**

“El cigoto tiene todo lo necesario para considerarlo un nuevo ser humano. Es un nuevo organismo que contiene intrínsecamente todas las condiciones para seguir un desarrollo progresivo y continuo. Corresponde al primer estado de desarrollo. No hay ningún evento en el desarrollo biológico que pueda justificar un nuevo comienzo”.

El cigoto corresponde a un organismo que se

lo que dice uno de los libros más destacados de Biología Molecular editado por H. Lodish y H. Berk: "Todo ser humano comienza como un cigoto, el cual, alberga todas las instrucciones necesarias para construir un cuerpo humano conteniendo alrededor de 100 trillones (10^{14}) de células, una hazaña asombrosa"¹⁹. En esta misma línea, en el libro sobre Biología del desarrollo editado por Scott Gilbert se refiere a este tema en el Capítulo 7, titulado *La fecundación: El comienzo de un nuevo organismo*, en que expresa:

*"La fecundación es el proceso en que dos células sexuales (gametos) se fusionan para crear un nuevo individuo con potencial genético derivado de ambos progenitores"*²⁰.

Un organismo de la especie humana es por definición un ser humano, ya que existe, y existe como miembro de la especie humana. El concepto de organismo humano es propio del lenguaje de la biología; por otra parte, el concepto de ser humano se refiere a lo mismo, pero en el lenguaje de la filosofía.

02

Algunos biólogos y bioeticistas hacen una diferencia entre el inicio de un nuevo organismo humano y cuando este comienza a ser persona, para argumentar la licitud del aborto y de la investigación con embriones²¹. Se trata de una pregunta filosófica y biológica. La biología demuestra que, desde este punto de vista, no sucede nada nuevo durante el desarrollo que signifique un cambio radical, como el que ocurre en la fusión del óvulo y el espermatozoide, en que comienza un nuevo organismo humano, que es lo mismo que decir un nuevo ser humano. Este debate ha sido abordado por diversos filósofos y bioeticistas. Entre ellos destaca la argumentación del célebre filósofo y bioeticista chileno Alfonso Gómez-Lobo²², quien refuta con sólidos hechos y razonamientos las debilidades de estas posiciones²³.

06

- 13 ¿Cuándo comienza la vida humana? (Página 50)
- 17 ¿Hay un único ser humano durante todo el desarrollo embrionario, desde la concepción hasta el nacimiento? (Página 58)
- 01 ¿Quién es persona? (Página 24)
- 03 ¿Qué conceptos filosóficos nos permiten comprender que la vida humana comienza con la concepción y termina con la muerte natural? (Página 28)
- 18 ¿El que está por nacer es solo un montón de células? (Página 60)
- 02 ¿Es el concepto de persona biológico, jurídico, filosófico o religioso? (Página 26)
- 06 ¿Es persona todo individuo de la especie humana? (Página 34)

¹⁹ Harvey Lodish, *Molecular Cell Biology* (New York: W H Freeman & Co, 2016), 7.

²⁰ Scott Gilbert, *Developmental Biology* (7th Edition Massachusetts: Sinauer Associates, 2003), 185.

²¹ Mary Anne Warren, "On the Moral and Legal Status of Abortion", *Monist*; Vol. 57 (1973): 43-61.

²² Alfonso Gómez-Lobo, "Inviolability at Any Age", *J Law Med Ethics*, Vol. 17 (2007), 311-320.

²³ Alfonso Gómez-Lobo, "Continuando el diálogo sobre la vida: Embriones e individualidad", *Revista Mensaje*, 55(551): (2006): 45-47.

15 | ¿Cuál es la diferencia entre óvulo, espermio y cigoto?

En la historia de la biología durante siglos no se conoció qué eran los gametos y cómo se producía la fecundación. Solo era evidente que el nacimiento de un nuevo individuo surgía de una relación sexual, pero quedaban muchas preguntas que filósofos y biólogos no podían contestar con evidencias empíricas. ¿Cuál era el aporte de la mujer y del hombre? ¿Por qué los hijos tenían semejanza con los padres? ¿Existe una semilla masculina y otra femenina? ¿Si es así, como se unen? ¿Cómo se explica que nazcan varones y mujeres?

La invención del microscopio por Zacharias Jansen, a fines del siglo XVI, permitió el descubrimiento de los gametos y la observación de la fecundación en anfibios y mamíferos. El espermatozoide fue descubierto en 1677, por Anton van Leeuwenhoek y el óvulo por el embriólogo Ernst Von Baer en 1827. Las primeras observaciones sobre la fecundación fueron descritas en el siglo XIX por varios investigadores, la formación de una nueva célula resultado de la fusión de los gametos femenino y masculinos que hoy conocemos como cigoto²⁴.

Los gametos son las células reproductivas de los organismos sexuados. El óvulo (que más precisamente se denomina ovocito) es la célula que genera la mujer en la formación de sus gametos (gametogénesis). El espermatozoide es el gameto masculino que se genera en los varones.

“El cigoto corresponde al producto de la fecundación de un ovocito por parte de un espermatozoide. Por tanto, óvulo, espermio y cigoto son claramente diferentes. Estamos frente a un nuevo organismo, un nuevo miembro de la familia humana”.

La gametogénesis en la mujer comienza en su desarrollo fetal y ahí se detiene. Se reanuda en la pubertad cuando la mujer comienza con su ciclo menstrual. En el día 14 de este ciclo la mujer ovula. El ovocito, si no es fecundado, se elimina con la menstruación. Solo en caso de que ocurra la fecundación, el ovocito sigue su maduración meiótica con sus 23 cromosomas. La unión con el espermatozoide, con sus 23 cromosomas, resulta en la formación del

PATRICIO VENTURA-JUNCÁ
MÉDICO PEDIATRA NEONATÓLOGO
MANUEL SANTOS
MÉDICO GENETISTA
Y DOCTOR EN CIENCIAS BIOLÓGICAS

14... cigoto, un nuevo individuo de la especie humana con 46 cromosomas.

El espermatozoide, a diferencia de lo que ocurre con el ovocito en la mujer, se forma en la gametogénesis masculina a partir de la pubertad, y se produce una célula que también tiene 23 cromosomas. Tanto en la gametogénesis masculina como femenina, hay un proceso en que las células precursoras de los gametos se dividen de una forma especial, denominada meiosis, en que una célula se divide de tal manera que queda con solo 23 cromosomas. Estas células, los gametos, se denominan células haploides, en contraste con el resto de las células del organismo que contienen 46 cromosomas (dos pares de 23 cromosomas) y se denominan diploides.

17... El cigoto corresponde al producto de la fecundación de un ovocito por parte de un espermatozoide. El cigoto contiene un genoma de 46 cromosomas (23 del padre y 23 de la madre) que es distinto al del óvulo y al del espermatozoide. Es una célula diploide. Por tanto, óvulo, espermio y cigoto son claramente diferentes²⁵. Estamos frente a un nuevo organismo, un nuevo miembro de la familia humana.

13... la familia humana.

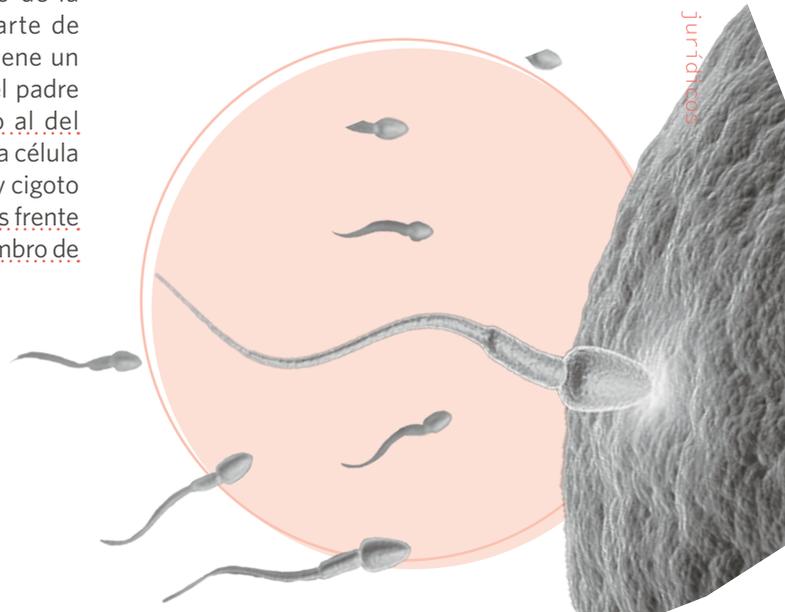
14 ¿Es el cigoto una célula como cualquier otra? (Página 52)

17 ¿Hay un único ser humano durante todo el desarrollo embrionario, desde la concepción hasta el nacimiento? (Página 58)

13 ¿Cuándo comienza la vida humana? (Página 50)

²⁴ Para profundizar este tema se sugiere consultar el excelente libro: Joseph Needham, *A History Of Embryology* (Cambridge: Cambridge University Press, 2015).

²⁵ Patricio Ventura-Juncá et al., "El comienzo de la vida de un nuevo ser humano desde la perspectiva científica biológica y sus implicaciones bioéticas", en *El embrión Humano*, ed. Manuel Ramos, Agustín Herrera y Manuel Santos (Ciudad de México: Tirant lo Blanche, 2019), 200.



16 | ¿Cuáles son las características del desarrollo embrionario que manifiestan la existencia de un ser humano desde la concepción?

El venir a la existencia es producto de la unión de dos células muy especializadas del

13. viviente humano como son sus gametos. En algún momento después aparece una originalidad que no estaba en las células que le dieron origen y que a partir de ese instante experimentará un continuo de modificaciones —accidentales—, donde será la misma sustancia —sujeto, en caso de un viviente— desplegando los accidentes que caracterizan la trayectoria de desarrollo, y donde el próximo cambio radical será la muerte.

Esta es la cuestión, ningún cambio accidental tiene la jerarquía para reclamar una modificación de la sustancia, por tanto, una vez que es concebido el ser humano, su condición de ser original, irrepetible e insustituible, se mantiene inalterable en sus diferentes etapas, a través de todas las modificaciones accidentales y sólo se pierde con la muerte. Este continuo de desarrollo, solo por razones pedagógicas, recibe distintas denominaciones en cada una de sus etapas, para facilitar su

20. análisis: cigoto, mórula, blástula, embrión, feto, recién nacido, infante, adolescente, adulto, persona mayor; conservando inalterable la misma dignidad en todas las fases del curso

06. de vida.

Los seres sexuales son realidades complejas, no se generan en su apogeo,

sino que se desarrollan gradualmente, existiendo un incremento, una plenitud donde se expresan las operaciones que le son propias, para finalmente menguar, lo que puede representarse en un arco cuyos extremos están apoyados en la generación y la corrupción. Los extremos son los que debemos analizar porque son los espacios donde se pueden vulnerar los derechos del

“Durante todo el desarrollo embrionario, es evidente que hay un control único, coordinado, gradual y continuo del mismo, que revela que se mantiene la identidad del sujeto de modo invariable a través de todo el proceso”.

JORGE NEIRA
MÉDICO GINECÓLOGO
Y MAGÍSTER EN BIOÉTICA

08. viviente por el simple hecho de que no está en condiciones de hacerlos respetar, pero el hecho irrevocable es que para llegar a la plenitud se tuvo que respetar todo el proceso de crecimiento desde la generación. La pluma de nuestro premio Nobel de Literatura de 1963 lo plasma magistralmente: “No olvides que la causa de Tu presente es Tu pasado, así como la causa de Tu futuro será Tu presente”²⁶.

17. Durante todo el desarrollo embrionario, es evidente que hay un control único, coordinado, gradual y continuo del mismo, que revela que se mantiene la identidad del sujeto de modo invariable a través de todo el proceso.

En conclusión, el ser humano lo es desde la fecundación y lo deja de ser con la muerte. En los extremos del arco del desarrollo, cuando es más indefenso, o si se enferma, amerita el mayor cuidado.

- 13. ¿Cuándo comienza la vida humana? (Página 50)
- 20. ¿Cuál es la diferencia entre cigoto, embrión, feto y recién nacido? (Página 64)
- 06. ¿Es persona todo individuo de la especie humana? (Página 34)
- 08. ¿Toda vida humana merece ser vivida? (Página 38)
- 17. ¿Hay un único ser humano durante todo el desarrollo embrionario, desde la concepción hasta el nacimiento? (Página 58)



²⁶ No culpes a nadie, Pablo Neruda, en Página Cultural Asturiana: <https://www.xuliocs.com/Esquisa/pabloneruda.html>.

17 | ¿Hay un único ser humano durante todo el desarrollo embrionario, desde la concepción hasta el nacimiento?

JORGE ACOSTA
MÉDICO

“Desde el momento mismo de la concepción hay un sujeto único que ‘dirige’ todo el proceso. Esto quiere decir que hay un único ser humano, idéntico a través de todo el desarrollo y que sigue siendo la misma persona hasta el día de su muerte”.

Nuestra vida empieza mucho antes de nacer, a partir de la concepción, es decir, desde el momento en que se unen los gametos masculino y femenino, para formar el cigoto ¹³...o primera célula. Allí comienza nuestra existencia y con ella el desarrollo biológico inicial de todo ser humano, conocido como desarrollo embrionario.

Resulta interesante comparar dicho desarrollo con el que observamos en la vida extrauterina. Luego del nacimiento, podemos identificar fácilmente que cada persona vive un desarrollo único, continuo, con distintas etapas que son dependientes unas de otras para el avance del proceso de crecimiento y madurez. Con el paso del tiempo, constatamos que el recién nacido se transformará sucesivamente en lactante, niño, adolescente, adulto y adulto mayor.

Ninguno de nosotros es idéntico, física ni mentalmente, en cada momento de nuestra existencia: al nacer éramos muy distintos de lo que somos ahora, leyendo este libro y, de seguro también lo seremos en cada década venidera. No hemos sido –ni seremos– exactamente iguales, pero siempre seguiremos siendo la misma persona a lo largo de toda ¹⁴...nuestra vida.

De esa misma manera, aunque no lo podamos observar directamente al ojo desnudo (mas



sí gracias a los avances de la ciencia), el desarrollo embrionario tiene características que, sin lugar a dudas, nos muestran que desde el momento mismo de la concepción hay un sujeto único que “dirige” todo el proceso. Esto quiere decir que hay un único ser humano, idéntico a través de todo el desarrollo, desde la concepción hasta el nacimiento y, también después de aquel, que sigue siendo la misma persona hasta el día de su muerte.

20

Las características del desarrollo embrionario a que nos referimos son:

(i) Coordinación: es decir, todo el desarrollo tiene un control único, dirigido desde la información contenida en el genoma (también único, distinto del padre y de la madre), y que se expresa según los estímulos que llegan constantemente desde el ambiente extracelular.

19

La información genética de todos nosotros, que se origina en el cigoto, se encuentra completa e invariablemente presente en cada célula de nuestro organismo, en todas las etapas de nuestro desarrollo, antes y después de nacer. Este control único, supone un sujeto único.

(ii) Continuidad: así como describimos las etapas de crecimiento de la vida extrauterina (inherentemente continuas entre recién nacido y adulto mayor), también existen distintas etapas, sucesivas, que describen los distintos momentos del desarrollo embrionario: cigoto, mórula, blastocisto, gástrula, embrión, feto. Cada etapa termina cuando empieza la siguiente, es más, cada situación particular del desarrollo embrionario (por ejemplo, cuando aparecen los primeros esbozos de los miembros y de los órganos) es parte de una cadena ininterrumpida de hechos que es consecutiva en el tiempo. Esto supone que el sujeto que está al inicio (cigoto), a través de los distintos procesos

13 ¿Cuándo comienza la vida humana? (Página 50)

14 ¿Es el cigoto una célula como cualquier otra? (Página 52)

01 ¿Quién es persona? (Página 24)

20 ¿Cuál es la diferencia entre cigoto, embrión, feto y recién nacido? (Página 64)

19 ¿Existe comunicación entre el niño por nacer y su madre? (Página 62)

03 ¿Qué conceptos filosóficos nos permiten comprender que la vida humana comienza con la concepción y termina con la muerte natural? (Página 28)

(desarrollo intra y extrauterino), y al final de cada proceso, es siempre el mismo individuo, aunque se modifique superficialmente su apariencia.

03

(iii) Gradualidad: las etapas descritas, no sólo están “contiguas” unas de otras, sino que avanzan en complejidad: requieren de la inmediatamente anterior para suceder y, luego, sirven de sustrato para la siguiente. Cada una aportando una parte adicional, todas ordenadas en la misma dirección. La forma definitiva del niño por nacer se alcanza gradualmente, siempre a partir de un número mayor o menor de formas más simples²⁷.

²⁷ Para estas tres características del desarrollo embrionario, véase: Angelo Serra, “Dalle nuove frontiere della biologia e della medicina nuovi interrogativi alla filosofia, al diritto e alla teologia”, en *Nuova genetica ed embriopoiesi umana, Vita e Pensiero* (Milano: Università Cattolica del Sacro Cuore, 1990).

18 | ¿El que está por nacer es solo un montón de células?

PATRICIO VENTURA-JUNCÁ
MÉDICO PEDIATRA NEONATÓLOGO
MANUEL SANTOS
MÉDICO GENETISTA
Y DOCTOR EN CIENCIAS BIOLÓGICAS

Todos los organismos vivos están compuestos por una unidad anatómica fundamental: la célula. Los seres humanos estamos formados por trillones de células, que forman los diferentes órganos. Cada célula tiene un núcleo y un citoplasma en el que se encuentran diversas estructuras denominadas organelos. Uno de ellos, la mitocondria es el encargado de generar la energía para todos los procesos que realiza la célula. El material genético contenido en el Ácido Desoxirribonucleico (ADN), se encuentra localizado en el núcleo celular (en los cromosomas) y en las mitocondrias. El contenido de todo el ADN –incluyendo todos los genes– se denomina genoma.

¿Cómo diferenciar una célula viva aislada, o que se mantiene en el laboratorio como un cultivo de células, de un organismo vivo? Un organismo es un ser vivo integrado, con las condiciones

para irse desarrollando progresivamente hasta su estado adulto o definitivo y que tiene la capacidad de interactuar con el entorno, nutrirse y reproducirse en un organismo semejante. Así... por... ejemplo... un espermatozoide... es... una célula... viva... pero... que... no... tiene... las... características... de... un... organismo... que... hemos... mencionado. El organismo humano está compuesto de células, tejidos y órganos que funcionan integradamente en vías de la supervivencia y desarrollo. Uno puede extraer una célula de un tejido y cultivarla en el laboratorio: aquí tendríamos un grupo de células, pero no un organismo.

Respondiendo a la pregunta, debemos señalar que esta cuestión se refiere fundamentalmente a la etapa del desarrollo embrionario que va desde la fecundación hasta la implantación (7 días aproximadamente, después de la fecundación). Es una pregunta importante.

¿Cómo responderla? ¿A qué disciplina le corresponde abordarla e investigarla? ¿Es la filosofía o la teología? No. Este es un tema científico. Es la Biología, disciplina donde se estudia el inicio del desarrollo de los seres vivos, a la que le corresponde responder esta pregunta. ¿Es un tema nuevo? No. En 1876 Ernst Haeckel, un gran médico y biólogo evolucionista, materialista, escribió a este respecto:

“La fecundación por concepción sexual consiste, esencialmente en la coalescencia y la fusión de dos células diferentes. Si bien debemos considerar al espermatozoide como una célula tan real como el óvulo, y el proceso de la concepción como la fusión de ambos, debemos considerar a la célula resultante como un organismo nuevo e independiente. La mezcla de ambas células es el germen del niño o el nuevo organismo concebido”²⁸.

Sin embargo, hay que señalar que algunos biólogos y especialistas en fertilización

“El organismo humano está compuesto de células, tejidos y órganos que funcionan integradamente en vías de la supervivencia y desarrollo. Uno puede extraer una célula de un tejido y cultivarla en el laboratorio: aquí tendríamos un grupo de células, pero no un organismo. Desde las primeras horas después de la concepción, las células tienen ya una orientación hacia el camino que seguirán en el desarrollo”.

in vitro²⁹ pensaban que el embrión –en esta etapa– era solo un grupo de células sin ninguna orientación, la que solo ocurriría en la implantación del embrión en el endometrio, proceso que ocurre aproximadamente 7 días después de la fecundación. Estas posiciones no se conciben con el conocimiento científico actual, ni con el consenso entre biólogos de muy diferente posición filosófica, en cuanto al respeto que merece la vida en sus primeros días. Basta con revisar algunos artículos y libros de Biología.

Un ejemplo de lo anterior está reflejado en la prestigiosa revista científica *Nature*, en el artículo de H. Pearson titulado *Tu destino desde el primer día*³⁰, donde se comentan los

15 ¿Cuál es la diferencia entre óvulo, espermio y cigoto? (Página 54)

19 ¿Existe comunicación entre el niño por nacer y su madre? (Página 62)

descubrimientos de Magdalena Zernicka-Goetz. Estos demostraron que, desde las primeras horas después de la concepción, las células tienen ya una orientación hacia el camino que seguirán en el desarrollo. Unas tienden a la formación del trofoblasto, que es como el envoltorio para proteger y dar nutrición al embrión (citotrofoblasto y sincitiotrofoblasto), y otras van a formar las células embrionarias (masa celular interna o embrioblasto). En la masa celular interna se encuentran las células madres (estaminales o nodrizas), que son células pluripotenciales (no totipotenciales), indiferenciadas, de las que se desarrollarán los diferentes tejidos del organismo en forma gradual y predecible. Sobre este importante hallazgo, Pearson comenta que: “Hace cinco años, esta declaración habría sido una herejía. Se pensaba que los embriones de mamíferos eran solo una bola informe de células y que solo en la implantación en la pared del útero, las células comenzarían a tener una cierta orientación y un determinado destino”³¹.

²⁸ Ernst Haeckel, *The evolution of man* (Londres: Watts & Co, 1912), <https://www.gutenberg.org/files/8700/8700-h/8700-h.htm#chap01> (Consultado el 20-08-2022), 76-77.

²⁹ La fertilización o fecundación ocurre naturalmente en el oviducto (Trompa de Falopio) de la madre. Cuando esta se realiza en forma artificial en un laboratorio se le denomina fertilización in vitro, se constituye un embrión fuera del cuerpo de la madre y se trata luego de implantarlo en el útero de una mujer (no necesariamente la madre). Originalmente es una técnica que se ofreció a parejas infértiles.

³⁰ Disponible en Helen Pearson, “Your destiny, from day one”, *Nature*, Vol. 418 N° 4 (2002), 14-15.

³¹ *Ibid.*

19 | ¿Existe comunicación entre el niño por nacer y su madre?

PATRICIO VENTURA-JUNCÁ
MÉDICO PEDIATRA NEONATÓLOGO
MANUEL SANTOS
MÉDICO GENETISTA
Y DOCTOR EN CIENCIAS BIOLÓGICAS

La comunicación del niño que está por nacer con su madre es permanente desde la fecundación al nacimiento. Tiene diversas formas según la etapa de desarrollo del

17. nuevo organismo humano. La fecundación ocurre en la mujer en las trompas de Falopio, desde donde el cigoto emigra hasta el útero, para comenzar la implantación y seguir su desarrollo. Esta etapa demora alrededor de siete días, en que comienza la implantación en el útero. ¿Hay comunicación del ser humano en esta etapa con su madre? Durante mucho tiempo, se conocía poco de este período en que el embrión todavía no está unido a su madre en el endometrio del útero. Este desconocimiento llevó a pensar que hasta aquí solo se tenía un cúmulo de células sin ninguna orientación característica ni actividad especial.

18. Hoy sabemos que desde la fecundación existe un complejo intercambio de señales entre el embrión recién concebido y su madre. Estas señales son diversos tipos de sustancias como factores moleculares, citocinas y factores de crecimiento que tienen importancia para favorecer la implantación y el crecimiento del embrión. Se puede decir que los factores enviados por la madre modulan el desarrollo del embrión, y los enviados por el embrión preparan el endometrio materno para la implantación y actúan sobre el sistema inmunológico de la madre para evitar el rechazo, ya que el embrión es un organismo

15. distinto, con diferente genoma que el de la madre. De no ser así, el sistema inmune de la madre reconocería como extrañas las células del hijo y las atacaría como lo hace habitualmente con los trasplantes, sustancias y microorganismos exógenos (bacterias, virus). Con razón se puede decir que éste es el primer diálogo madre-hijo, como se ha mencionado en artículos científicos^{32,33}.

Después de la implantación, la relación con la madre se da a través del trofoblasto, que es la membrana de células que rodea al embrión (masa celular interna o embrioblasto) en sus primeras etapas de desarrollo. El trofoblasto es responsable de la nutrición del embrión y es indispensable para lograr la implantación en el útero. Sus células aportan la parte fetal de la placenta, que comienza a formarse con la implantación en la segunda semana de gestación, completándose alrededor del tercer o cuarto mes. La placenta es el principal órgano responsable de la comunicación entre la madre y el hijo. A través de esta, la madre le proporciona la nutrición y oxigenación al embrión o feto, impide que le lleguen sustancias nocivas y funciona como órgano excretor de los residuos del feto. Es un órgano propio del embarazo que lo forman la madre y el hijo.

“La comunicación de la madre con el niño que está por nacer es continua e integral. Abarca desde aspectos moleculares, nutricionales y hasta los niveles de afectividad”.

Cada vez sabemos más sobre la comunicación de la madre con el hijo. Un aspecto relativamente nuevo, y de trascendencia en medicina, es el conocimiento que tenemos sobre la influencia que tienen los estilos de vida sanos de la embarazada, en especial de su nutrición. Hoy se sabe, además, que es importante la estabilidad psicológica de la madre. El estrés durante el embarazo puede predisponer en el niño, y futuro adulto, a tener dificultades de adaptación y alteraciones psicológicas³⁴. Estos hechos demuestran el carácter relacional que tiene el ser humano en todas las etapas de su vida. El entorno desde un comienzo influye en el desarrollo y la condición de salud a lo largo de la vida³⁵. Esto tiene sus fundamentos en lo que hemos descrito como epigenética. Hoy se ha acuñado la expresión: “los orígenes en el desarrollo de la salud y la enfermedad”, demostrando la importancia que tiene este enfoque, en el cual hay un dinámico desarrollo en investigación y nuevos conocimientos. Es toda una nueva orientación de la biología y de la medicina, con un gran énfasis en la importancia del entorno y las relaciones en el desarrollo a lo largo de la vida, en especial en las etapas tempranas. Todos estamos relacionados con todo y con todos. Hay una forma de solidaridad y de interrelaciones universales, que van desde el ámbito molecular hasta el entorno afectivo,

- 17 ¿Hay un único ser humano durante todo el desarrollo embrionario, desde la concepción hasta el nacimiento? (Página 58)
- 18 ¿El que está por nacer es solo un montón de células? (Página 60)
- 15 ¿Cuál es la diferencia entre óvulo, espermio y cigoto? (Página 54)

social, físico y cultural. Es el concepto de Ecología Integral que nos interpela a tomar conciencia de nuestra responsabilidad con respecto a la calidad de nuestras relaciones³⁶.

En conclusión, la comunicación de la madre con el niño que está por nacer es continua e integral. Abarca desde aspectos moleculares, nutricionales y hasta los niveles de afectividad, todo –en gran parte– condicionado por el entorno³⁷.

³² Andreas Herrler et al., “Embryo-maternal signaling: how the embryo starts talking to its mother to accomplish implantation”, *Reprod Biomed online* 6 (2003), 244-256.

³³ Kazuhiko Imakawa et al., “Pre-implantation conceptus and maternal uterine communications: molecular events leading to successful implantation”, *J Reprod Dev*, 50(2) (2004): 55-69.

³⁴ Rocío Cáceres et al., “Efectos neurobiológicos del estrés prenatal sobre el nuevo ser”, *Revista chilena neuro-psiquiatría*, 55(2) (2017): 103-113.

³⁵ Raúl Ventura-Juncá y María Luisa Herrera, “Epigenetic alterations related to early-life stressful events”, *Acta Neuropsychiatr*, Oct;24(5) (2012): 255-65.

³⁶ Patricio Ventura-Juncá, (ed) *Ecología Integral y Bioética*, (Santiago: Ediciones Universidad Finis Terrae, 2017).

³⁷ Para profundizar en los contenidos puede consultarse: Patricio Ventura-Juncá y Manuel Santos, “The beginning of life of a new human being from the scientific biological perspective and its bioethical implications”, *Biological Research*, 44 (2011): 201-207; Maureen Condic, “Life: defining the beginning by the end”, *First Things*, 133 (2003): 50-54; Maureen Condic, “When Does Human Life Begin? The Scientific Evidence and Terminology Revisited”, *The University Of St. Thomas Journal Of Law & Public Policy*, 8(1) (2013): 44-81.

20 | ¿Cuál es la diferencia entre cigoto, embrión, feto y recién nacido?

Esta pregunta es importante para clarificar las confusiones que se dan a menudo, si no se tienen conceptos básicos del desarrollo prenatal.

- 15** El cigoto es la célula que resulta de la fusión del óvulo con el espermatozoide. Se trata de un nuevo organismo que tiene la información necesaria para desarrollarse hasta un ser humano adulto.
- 14** En este proceso continuo y previsible, se denomina embrión al ser humano en las etapas tempranas de desarrollo, desde la fecundación hasta la octava semana de gestación. De ahí en adelante, se denomina feto, hasta el momento del nacimiento en que pasa a llamarse recién nacido o neonato. Los primeros 28 días de vida se denominan período neonatal. De acuerdo con esto se puede distinguir un período embrionario, fetal y neonatal, etapas que se refieren a un mismo ser humano.
- 17**

- 18** Las células del cigoto se van dividiendo y diferenciando progresivamente en los diferentes tejidos del organismo. ¿Cómo ocurre esto? Este es uno de los grandes avances de la biología moderna. Todas las células del organismo tienen el mismo genoma, esto quiere decir que las células de la piel, del pulmón, del páncreas y de todos los tejidos tienen los mismos genes. ¿Cómo se explica que sean tan diferentes en su aspecto y en sus funciones? Esto se comprende porque el desarrollo y diferenciación progresiva del cigoto está operado por un sistema que controla qué genes se expresan (se manifiestan) en las distintas

células de los diversos tejidos. Esto es lo que se denomina epigenética: la estructura de los genes no cambia, pero la epigenética controla que un gen se exprese o esté silenciado. Es así, por ejemplo, que en el páncreas los genes que tienen la capacidad de producir insulina, se expresan, pero aquellos que en la piel producen queratina, están silenciados, y los que en el cerebro producen neurotransmisores también están silenciados. El que todas las células del organismo tengan los mismos genes que tenían

“Cigoto, embrión y feto son conceptos diferentes, si bien todos hacen referencia al futuro niño que está por nacer en su etapa prenatal. La diferencia es que se refieren a las distintas etapas del desarrollo que ocurre desde la fecundación hasta el nacimiento”.

PATRICIO VENTURA-JUNCA
MÉDICO PEDIATRA NEONATÓLOGO
MANUEL SANTOS
MÉDICO GENETISTA
Y DOCTOR EN CIENCIAS BIOLÓGICAS

desde el comienzo, en el cigoto, demuestra la continuidad que hay en el desarrollo y el admirable control que tiene la epigenética para que se vaya desarrollando la diferenciación celular a lo largo del desarrollo desde el cigoto, pasando por el embrión, el feto, el niño y el adulto. Esta es una comprobación, a nivel de la biología molecular, de la descripción de Haeckel sobre el proceso de la fecundación y la continuidad del desarrollo. Esto provee la fundamentación biológica de que somos los mismos desde el comienzo, con la capacidad, o como dice Lodish, con las instrucciones para que se desenvuelva todo el organismo y sus funciones. En lenguaje filosófico reconocemos que desde el inicio somos seres humanos en acto y poseemos capacidades y facultades que se encuentran en potencia, como son la racionalidad, la capacidad de decidir y otras. Estas se van desarrollando progresivamente a lo largo de los primeros años de vida. El reconocer a los seres humanos como personas y por ende con una dignidad intrínseca y única como lo expresa la Declaración Universal de Derechos Humanos de la ONU (1948) implica que somos personas desde el comienzo de nuestra existencia hasta el final de nuestra vida.

En resumen, las palabras cigoto, embrión y feto son conceptos diferentes, si bien todos hacen referencia al futuro niño que está por nacer en su etapa prenatal. La diferencia, como hemos explicado, es que se refieren a las distintas etapas del desarrollo que ocurre desde la fecundación hasta el nacimiento³⁸.

- 15 ¿Cuál es la diferencia entre óvulo, espermio y cigoto? (Página 54)
- 14 ¿Es el cigoto una célula como cualquier otra? (Página 52)
- 17 ¿Hay un único ser humano durante todo el desarrollo embrionario, desde la concepción hasta el nacimiento? (Página 58)
- 18 ¿El que está por nacer es solo un montón de células? (Página 60)
- 06 ¿Es persona todo individuo de la especie humana? (Página 34)
- 03 ¿Qué conceptos filosóficos nos permiten comprender que la vida humana comienza con la concepción y termina con la muerte natural? (Página 28)
- 121 ¿Son el aborto o la eutanasia derechos humanos? (Página 268)
- 01 ¿Quién es persona? (Página 24)
- 21 ¿Está mal hablar de niño no nacido? (Página 66)

³⁸ Para profundizar en los contenidos puede consultarse: Keith Moore T. V. N. Persaud Mark Torchia, *The Developing Human: Clinically Oriented Embryology*, Fourth Ed. (Philadelphia: W. B. Saunders, 1988), 13-35. Manuel Santos y Patricio Ventura-Juncá, "Conceptos básicos de Genoma y Epigenoma humano" en *Ecología Integral y Bioética*, ed. Patricio Ventura-Juncá (Santiago: Ediciones Universidad Finis Terrae, 2017), 55. Ricardo Moreno, "Aspectos moleculares y fisiológicos de la fecundación en mamíferos" en *Ecología Integral y Bioética*, ed. Patricio Ventura-Juncá (Santiago: Ediciones Universidad Finis Terrae, 2017), 75.

21 | ¿Está mal hablar de niño no nacido?

“No hay problema en referirse al ser humano in utero como ‘niño no nacido’, ‘el que está por nacer,’ hijo y otras denominaciones más coloquiales. Eso no quita que además podemos hablar del ser humano —durante su vida intrauterina— utilizando términos científicos”.

Claramente no está mal. Entre otras cosas, la legislación chilena tiene una ley que incluye la celebración del “día del que está por nacer” (25 de marzo). No hay problema en referirse al ser humano *in utero* como ‘niño no nacido’, ‘el que está por nacer’, hijo y otras denominaciones más coloquiales como guagua o bebé. Eso no quita que además podemos hablar del ser humano —durante su vida intrauterina— utilizando términos científicos, como por ejemplo: cigoto, mórula, blastocisto, embrión o feto. Estas denominaciones buscan entender la embriología humana en sus diferentes etapas, pero siempre se refieren a un individuo de nuestra especie, que se formó obviamente por la fecundación de gametos humanos y que va avanzando en su vida hasta nacer. Luego se ocupan otros términos, como son: recién nacido, lactante, infante, adolescente, adulto y adulto mayor, hasta fallecer de causas naturales, terminando así el continuo de la vida iniciado en la fecundación. Así ocurre naturalmente el proceso, si no es interrumpido por enfermedades, accidentes, actos violentos o, a veces desgraciadamente, por suicidio.

Los términos que ocupemos obviamente se referirán al contexto en que se usen. No es lo mismo tratar el tema en una clase de medicina, que en un almuerzo familiar, o durante una consulta médica al hablar con una embarazada.

JORGE BECKER
MÉDICO GINECÓLOGO MATERNO FETAL

20 ¿Cuál es la diferencia entre cigoto, embrión, feto y recién nacido?
(Página 64)

17 ¿Hay un único ser humano durante todo el desarrollo embrionario, desde la concepción hasta el nacimiento?
(Página 58)

13 ¿Cuándo comienza la vida humana?
(Página 50)



22 | ¿Qué es un aborto?

SEBASTIÁN ILLANES

MÉDICO GINECÓLOGO MATERNO FETAL

El aborto puede ser definido como la interrupción del desarrollo embrionario o fetal durante el embarazo, causando la muerte del que está por nacer. Este concepto se puede especificar aún más, dependiendo de las circunstancias clínicas, la edad gestacional a la que ocurra o la intencionalidad que exista en su ejecución.

En cuanto a las circunstancias clínicas que lo rodeen, el aborto puede clasificarse en 'espontáneo' y 'provocado'. El aborto espontáneo es la pérdida de un embrión o feto que se produce de manera natural. Este término sólo se puede aplicar cuando ocurre antes de las 20 semanas de gestación, ya que posterior a eso pasará a ser un parto prematuro. Este tipo de aborto (espontáneo) puede ser a su vez 'retenido', cuando se diagnostica un embrión o feto muerto *in útero* mediante ecografía; 'incompleto', cuando la expulsión de restos gestacionales ha sido parcial; o 'completo' cuando ha sido total. En contraposición a los abortos espontáneos están los abortos provocados o inducidos (o procurados), también llamados 'directos', en donde existe una intervención voluntaria, cuya intención es causar directamente la muerte biológica del embrión o feto, para la posterior eliminación de los restos fetales. El aborto inducido, a su vez, puede tener algunas especificaciones, dependiendo de si es con asistencia médica y también de las circunstancias sociales o legales que lo rodean. El aborto provocado o inducido busca eliminar directamente al embrión o feto. Las causas por las que se realiza pueden ser de diferente naturaleza, tales como: abortos

“El aborto puede ser definido como la interrupción del desarrollo embrionario o fetal durante el embarazo, causando la muerte del que está por nacer. En cuanto a las circunstancias clínicas que lo rodeen, el aborto puede clasificarse en ‘espontáneo’ y ‘provocado’”.

- 47. eugenésicos (por malformaciones fetales), por motivos psicológicos, sociales, etcétera. En los primeros, la acción del aborto no mejora
- 42. la enfermedad, sino que elimina al enfermo. En los otros, se termina con la vida de un ser humano inocente y no con los problemas
- 31. psicológicos o sociales.

- Una situación distinta ocurre en el 'aborto indirecto', que se da en circunstancias clínicas específicas, donde se pone fin al embarazo por estar en peligro la vida de la madre. Producto de este acto, como efecto no deseado y sólo tolerado, muere el embrión o feto. Esto sucede habitualmente en mujeres que se encuentran en peligro de muerte por tener una enfermedad que es agravada por el embarazo o por tener un embarazo patológico propiamente tal. En ambas situaciones, los protocolos de manejo clínico contemplan la posibilidad de poner fin al embarazo como una alternativa para salvar la vida de la madre. En todos estos casos, el fallecimiento del niño por nacer se produce de manera indirecta y no buscada, como consecuencia de la aplicación de un tratamiento curativo sobre la madre.

- 23 ¿La mayor parte de los embarazos diagnosticados se abortan espontáneamente? (Página 70)
- 24 ¿La mayor parte de los embarazos clínicamente detectables se abortan espontáneamente? (Página 71)
- 25 ¿Cómo se hace un aborto? (Página 72)
- 47 ¿Pueden existir seres humanos inviábiles o incompatibles con la vida? (Página 116)
- 42 ¿Qué es el llamado "aborto terapéutico"? (Página 106)
- 31 ¿Hay evidencia de que una mujer que aborta sufre algún tipo de trauma después de hacerlo? (Página 84)
- 43 ¿Cómo se relaciona el principio del doble efecto con el aborto? (Página 108)
- 44 ¿Es el llamado "aborto terapéutico" un caso en que se aplica el principio del doble efecto? (Página 110)
- 12 ¿Qué es el principio del doble efecto? (Página 46)
- 45 ¿Era necesaria la ley de aborto para que los médicos salvaran la vida de una madre en caso de enfermedad grave? (Página 112)
- 46 ¿Se puede, en el actual estado de desarrollo de la ciencia médica, salvar la vida de la madre sin recurrir al aborto? (Página 114)



23 | ¿La mayor parte de los embarazos diagnosticados se abortan espontáneamente?

LUIS JENSEN
MÉDICO GINECÓLOGO
Y MAGÍSTER DE BIOÉTICA

“Sólo se abortan espontáneamente el 15% de los embarazos diagnosticados. La mayoría siguen su curso natural”.

24... diagnosticados. La mayoría de estas pérdidas ocurren durante el primer trimestre de gestación y actualmente se acepta que más del 80% de las causas que explican estos abortos espontáneos son errores genéticos que se producen en las primeras etapas de las divisiones celulares y se explican por el azar, es decir, son errores aleatorios de ese embarazo y no cambian la probabilidad de lo que sucederá en el siguiente embarazo. Es por esto que actualmente sólo se hace un estudio más en profundidad para determinar alguna causa específica si ocurren tres abortos espontáneos.

24 ¿La mayor parte de los embarazos clínicamente detectables se abortan espontáneamente?
(Página 71)

“El 50% de todos los embriones se aborta en forma espontánea. Se ha mal utilizado dicho argumento para aseverar que existiría una justificación emanada de los hechos de la naturaleza para verificar lo ‘normal o correcto’ del aborto en los primeros estadios

24 | ¿La mayor parte de los embarazos clínicamente detectables se abortan espontáneamente?

JORGE ACOSTA
MÉDICO

Es valioso hacer una diferencia entre los abortos espontáneos que son detectados (de **22** embarazos efectivamente diagnosticados) **23** y los abortos espontáneos que, no siendo diagnosticados en la práctica, podrían ser descubiertos a través de estudios clínicos aunque no hayan alcanzado a ser percibidos por la mamá embarazada. En la literatura, habitualmente se hace referencia al conocido texto *Langman. Embriología Médica* que en su prefacio describe que el “50% de todos los embriones se aborta en forma espontánea”³⁹.

En algunos foros públicos, se ha mal utilizado dicho argumento para aseverar que siendo tan frecuente el aborto espontáneo de embriones, existiría una justificación emanada de los hechos de la naturaleza para verificar lo ‘normal o correcto’ del aborto en los primeros estadios del desarrollo humano. Así, se intenta validar el aborto inducido, sustentado en la escasa importancia que tendría el embrión. Se ha dicho que si fuera verdaderamente valiosa la vida humana en esas etapas, no debería registrarse una mortalidad tan abultada.

del desarrollo. Este argumento utilitarista es pobre”.

22 ¿Qué es un aborto?
(Página 68)

23 ¿La mayor parte de los embarazos diagnosticados se abortan espontáneamente?
(Página 70)

06 ¿Es persona todo individuo de la especie humana?
(Página 34)

08 ¿Toda vida humana merece ser vivida?
(Página 38)

Este argumento utilitarista es pobre, porque sería como aseverar que la vida de los niños hubiera tenido un menor valor en los siglos pasados, cuando existieron –en todo el mundo– altas tasas de mortalidad infantil. Muy por el contrario, ni entonces ni ahora, han dejado de ser igual de valiosas las vidas de esos niños que las de todos y cada uno de los seres humanos. Esta realidad se constata universalmente, sin importar su probabilidad de fallecer ni su etapa de desarrollo, ni ninguna otra circunstancia, en sí misma accidental.

³⁹ Thomas W. Sandler, *Langman. Embriología Médica*, 14ª Edición (Barcelona:Wolters Kluwer, 2019), 10.

25 | ¿Cómo se hace un aborto?

SEBASTIÁN ILLANES
MÉDICO GINECÓLOGO MATERNO FETAL

La manera en cómo se realiza un aborto dependerá de la edad gestacional que tenga el embrión o feto al momento de decidirse la interrupción. Si este embarazo es menor de 12 semanas, se pueden administrar drogas como el **64** misoprostol, que es un análogo de las prostaglandinas, que genera contracciones uterinas y modificaciones cervicales que inducen el aborto. También se pueden **63** usar drogas que compitan con las hormonas propias y necesarias del embarazo,

como la mifepristona que ocupa los receptores de la progesterona⁴⁰, impidiendo que esta actúe. La mifepristona en combinación con el misoprostol tiene una altísima eficacia en procurar **22** un aborto directo. A esta edad gestacional también se pueden utilizar métodos de aspiración por vacío o métodos de dilatación mecánica del cuello uterino con posterior legrado⁴¹, aunque estos últimos pueden asociarse a tasas más altas de complicaciones.

Si el embarazo es mayor de 12 y hasta las 22 semanas, también se usa misoprostol (solo o en combinación con mifepristona). Sin embargo, es necesario tomar en consideración otras variables, ya que por el tamaño del feto se pueden producir algunas complicaciones.

Cuando el embarazo tiene más de 22 semanas y ya existe viabilidad fetal, se maneja como una inducción del parto o cesárea según sean las circunstancias obstétricas de la paciente. En este caso, y dado que el feto después de la inducción del parto puede nacer vivo, en algunos países se realiza una inyección intra-cardíaca de cloruro de potasio antes de inducir el parto, de tal manera de producir un paro cardíaco y muerte fetal antes de la interrupción del embarazo.

“La manera en cómo se realiza un aborto dependerá de la edad gestacional que tenga el embrión o feto al momento de decidirse la interrupción. Se pueden administrar drogas, se pueden utilizar métodos de aspiración por vacío o métodos de dilatación mecánica del cuello uterino con posterior legrado”.

“Cuando el embarazo tiene más de 22 semanas y ya existe viabilidad fetal, en algunos países se realiza una inyección intra-cardíaca de cloruro de potasio antes de inducir el parto, de tal manera de producir un paro cardíaco y muerte fetal antes de la interrupción del embarazo”.

64 ¿Qué es el misoprostol? (Página 150)

63 ¿Qué otros medicamentos, además de la “píldora del día después”, podrían ser abortivos? (Página 148)

22 ¿Qué es un aborto? (Página 68)



⁴⁰ La progesterona es una hormona producida por el ovario en la segunda fase del ciclo menstrual y su principal efecto es provocar cambios en el endometrio para que se pueda implantar el embrión. Preparados artificiales de estas hormonas forman la base de la anticoncepción hormonal, que administrados exógenamente alteran el funcionamiento del ciclo ovárico y menstrual, para evitar un embarazo.

⁴¹ El legrado es el procedimiento médico-quirúrgico que consiste en un vaciamiento mecánico del útero con una cucharilla. Coloquialmente es conocido como “raspado”.

26 | ¿Cuáles son las principales causas por las que una mujer quiere abortar?

ELARD KOCH

DOCTOR EN CIENCIAS BIOMÉDICAS

Las razones o motivaciones que una mujer pueda tener para abortar electivamente un embarazo es un tema importante desde el punto de vista preventivo, particularmente si se quieren implementar medidas de apoyo para mujeres embarazadas en situación vulnerable. El tema es arduo de investigar dado el estigma de la situación y las dificultades

para obtener respuestas en las entrevistas de mujeres que buscan realizarse un aborto. Esta complejidad inherente aumenta en países con leyes menos permisivas respecto a su práctica. En países con leyes más permisivas, los estudios han puesto de manifiesto que la mayoría de los abortos inducidos ocurren en situaciones de vulnerabilidad de las mujeres

TABLA 1. SITUACIONES DE VULNERABILIDAD EN MUJERES QUE CURSAN EMBARAZOS NO PLANEADOS SEGÚN LA INTENCIÓN DE PRACTICARSE UN ABORTO.

	Población total (n = 3134)	Declara intención de aborto		
		No (n = 2648)	Si (n = 486)	
Coerción ^a (%)	10,1	3,7	44,4	< 0,001
Abuso sexual ^b (%)	1,9	1,8	2,1	0,897
Ocultar embarazo por temor ^c (%)	14,1	12,9	20,4	0,001
Expectativas de vida ^d (%)	5,5	2,3	22,8	< 0,001
Problemas psicológicos ^e (%)	31,4	36,9	1,9	< 0,001
Abandono de la pareja (%)	7,0	7,9	1,9	0,009
Abandono o expulsión del hogar (%)	17,0	20,1	0,4	< 0,001
Asistencia para dar en adopción (%)	8,0	9,4	-	-
Dudas sobre embarazo (%)	1,2	1,4	-	-
Otras causas (%)	4,0	3,5	6,2	0,245

^a: Coerción para abortar por parte de padre, madre, ambos padres o pareja;

^b: Violación, incesto o abuso sexual reiterado;

^c: Ocultar embarazo por temor a reacción de padres o pareja;

^d: Incluye no interrumpir estudios, temor a ser madre soltera, razones socioeconómicas y proyecto de vida;

^e: Incluye abuso de drogas o alcohol;

^f: z-test.

29... que enfrentan un embarazo no planeado, particularmente expuestas a situaciones de violencia, relaciones abusivas, coerción, abuso de sustancias, etc. A menudo, se produce una ‘sindemia’ o conjunción de factores, dentro de los cuales la exposición, a uno o varios abortos electivos, es un factor más en una cadena de eventos de la vida adversos. En el caso de Chile, el estudio más reciente y con un tamaño de muestra considerable⁴² evaluó el tema en una cohorte de 3134 mujeres cursando embarazos no planificados en un programa de apoyo a situaciones de vulnerabilidad.

A través de entrevistas semi-estructuradas y un análisis de contenido subsecuente de las entrevistas, se identificaron 486 mujeres que estaban buscando o tenían la intención de realizarse un aborto y 2648 mujeres sin evidencia —o sin intención clara— de querer interrumpir su embarazo. En ambas

“En más del 85% de los casos, fueron tres los factores principales para buscar un aborto: la coerción por parte de la pareja, padres o amistades (el más frecuente); interferir con las propias expectativas de vida; y mantener oculto el embarazo por miedo o temor a la reacción de terceros”.

32 ¿Existen programas de apoyo a mamás con embarazo vulnerable? (Página 86)

28 ¿Qué es un embarazo vulnerable? (Página 78)

29 ¿Es lo mismo un embarazo no deseado que un embarazo no planificado? (Página 80)

cohortes, se trataba de mujeres jóvenes (22 años en promedio) con embarazos no planeados; el 50% estaba utilizando algún método anticonceptivo al momento de la concepción. A diferencia de la cohorte que no buscaba un aborto, las mujeres con intención de abortar exhibían mayor nivel educativo y se encontraban —en su mayoría— en el primer trimestre del embarazo. En cuanto a los perfiles de vulnerabilidad obtenidos de las entrevistas, se identificó un perfil claramente diferenciador entre las mujeres que buscaban un aborto y aquellas mujeres embarazadas que no lo consideraban (Tabla 1).

En más del 85% de los casos, fueron tres los factores que controlaban la intención o motivación principal para buscar un aborto: el factor más frecuente (44,4%) fue la coerción por parte de la pareja, padres o amistades; luego, interferir con las propias expectativas de vida (22,8%); y después, mantener oculto el embarazo por miedo o temor a la reacción de terceros (20,4%). Interesantemente, el abuso o violación sexual rondó el 2% en ambas cohortes de embarazos no planeados (con o sin intención de aborto), sin diferencias significativas entre las cohortes.

⁴² Cfr. Elard Koch, “The Epidemiology of Abortion and Its Prevention in Chile”, *Issues Law Med.* Spring; 30 (1) (2015): 71-85.

27 | ¿Qué rol cumplen la religión, la filosofía o la ética en el tema del aborto?

GONZALO LETELIER
DOCTOR EN DERECHO

El aborto es, en primer lugar, un problema ético que, a causa de su gravedad y relevancia pública, exige una regulación jurídica que lo sancione. La ética, a su vez, es una parte de la filosofía, aquella que los clásicos llamaban filosofía práctica.

11

El problema moral del aborto consiste, en primer término, en determinar de qué tipo de acto se trata, para juzgar, en consecuencia, sobre su licitud en absoluto y sobre su eventual permisibilidad en alguna circunstancia.

10

Para juzgar sobre un acto en concreto, el razonamiento ético o filosófico requiere de una previa comprensión de la naturaleza de la conducta que se discute y de sus efectos. Estas premisas no son propias del conocimiento filosófico, sino que corresponden a otras ciencias más particulares. En este caso, es necesario determinar desde la biología qué es exactamente aquello sobre lo cual se actúa en un aborto y, desde la medicina, de qué manera se produce concretamente el efecto que lo constituye como tal; es decir, qué es, en sentido estrictamente biológico, el embrión o feto humano y de qué manera se produce su muerte en aquellos procedimientos que denominamos aborto. Este tipo de conocimiento no es suficiente para resolver el problema moral, pero aporta las premisas de hecho para elaborar este juicio.

25

14

Los problemas fundamentales, de los cuales depende la respuesta que se dé al problema del aborto —qué es ser persona; qué es (y qué no es) un homicidio; cuál es la diferencia moral entre matar directamente e indirectamente; en qué consiste un acto intrínsecamente malo y por qué nunca puede justificarse— son cuestiones rigurosamente filosóficas. Es decir, el aborto es un problema filosófico, ético y jurídico (en ese orden); solo secundariamente es un problema médico, de la conciencia subjetiva de cada uno, o de otra clase.

01

124

12

La función que se reconozca a la religión en este problema depende del modo en que se entienda la relación entre fe y razón. Es necesario, sin embargo, hacer una precisión previa: quienes parten del prejuicio de que no existe más realidad que la materia y, en consecuencia, relegan toda fe al ámbito de unas convicciones personales públicamente irrelevantes, no solo excluirán de entrada del debate público cualquier referencia remotamente religiosa sino que, casi siempre, considerarán además como “religioso” cualquier tipo de argumento que presuponga la noción de persona y su titularidad natural de derechos. Estas nociones, sin embargo, no son religiosas, sino filosóficas, y si aparecen en el discurso religioso es solamente porque la fe presupone la razón.

118

119

En los hechos, las convicciones religiosas se refieren inmediatamente a lo más relevante de la vida de la persona (su destino eterno y, en consecuencia, cómo debe vivir), por lo que es absurdo pretender que no tengan algún tipo de manifestación en el ámbito público. Sin embargo, también es verdad que sus principios brotan de una cierta revelación que solo puede ser aceptada por fe y, por lo tanto, no son demostrables. En consecuencia, el argumento religioso no permite concluir sino a quien suscribe y acepta ese dato de fe. La pregunta, entonces, es qué función puede tener la fe y la religión en un debate que vincula a todos, incluidos aquellos que no aceptan esa fe o religión.

120

Una de las principales funciones de la fe en este tipo de debates es aquello que Benedicto XVI denominó la “purificación de la razón”. El argumento religioso permite, aun a aquellos que no tienen fe, recordar los límites de la razón humana, que está llamada a reconocer –y no a determinar– lo bueno y lo malo, e iluminar, desde sus propias conclusiones pero de modo estrictamente racional, los errores o imprecisiones en los que cae una razón abandonada a sí misma.

Quien tiene fe, sabe, por ejemplo, que el hombre posee una cierta dignidad que le es connatural desde el primer instante de su existencia y que nunca es lícito quitarle la vida a alguien; desde esta certeza, será capaz de identificar, de modo rigurosamente racional, el error estrictamente filosófico de cualquier argumento que concluya lo contrario, llegando antes, y sin mezcla de error, a ciertas verdades que la sola razón natural descubre con gran esfuerzo y de modo impreciso⁴³.

- 11 ¿Todo acto malo es injusto, y toda injusticia es criminal? (Página 44)
- 10 ¿Qué diferencia un acto bueno de uno malo? (Página 42)
- 25 ¿Cómo se hace un aborto? (Página 72)
- 14 ¿Es el cigoto una célula como cualquier otra? (Página 52)
- 01 ¿Quién es persona? (Página 24)
- 124 ¿Son el aborto o la eutanasia un homicidio? (Página 274)
- 12 ¿Qué es el principio del doble efecto? (Página 46)
- 118 ¿Son el aborto y la eutanasia problemas principalmente religiosos? (Página 262)
- 119 ¿Deberían los creyentes imponer sus convicciones a los no creyentes en estas materias? (Página 264)
- 120 ¿Pueden estar prohibidos el aborto y la eutanasia en una sociedad verdaderamente pluralista? (Página 266)

⁴³ Así, por ejemplo, solo en 1948 y después de la traumática experiencia de las Guerras Mundiales, la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Asamblea General de las Naciones Unidas reconoce una serie de principios relativos a la dignidad de la persona humana, la familia y la vida social que el cristianismo venía proclamando desde su fundación.

28 | ¿Qué es un embarazo vulnerable?

ANTONIA MUÑOZ
MÉDICO GINECÓLOGA

“Una mujer afectada por una serie de circunstancias físicas, psicológicas o sociales, que no le permiten sobrellevar su embarazo con normalidad, aumenta su riesgo de querer abortar. El acompañamiento multidisciplinario a mujeres con embarazo vulnerable, permite aumentar su bienestar biopsicosocial y el nacimiento de su hijo”.

El concepto de embarazo vulnerable se utiliza para describir que una mujer embarazada está siendo afectada por una serie de circunstancias físicas, psicológicas o sociales, que no le permiten sobrellevar su embarazo con normalidad, aumentando su riesgo de querer abortar, lo que algunos llaman “interrupción voluntaria de su embarazo”. Por esta razón, debemos detectar qué mujeres están viviendo un embarazo vulnerable y brindarles un acompañamiento multidisciplinario especial durante su gestación.

Se han identificado distintas situaciones de vulnerabilidad que hacen que las madres embarazadas deseen la interrupción de su embarazo:

- 46... 1) Causas físicas: enfermedad materna, enfermedad fetal grave, malformaciones
- 48... congénitas fetales o alguna enfermedad propia del embarazo.
- 31... 2) Causas psicológicas: patologías mentales (trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad),
- 26... abuso de sustancias, coerción de la familia o de la pareja, y miedo a la reacción de la familia o de la pareja.
- 29... 3) Causas sociales: falta de apoyo (por ejemplo, madres solteras, embarazos adolescentes);
- 66... problemas relativos a recursos económicos,
- 52... embarazos secundarios de abuso sexual,
- 65... violencia intrafamiliar, alteración de proyectos
- 67... de vida, entre otras. 68

El acompañamiento multidisciplinario a mujeres con embarazo vulnerable les permite sobrellevarlo de mejor manera, disminuyendo el riesgo de aborto, aumentando su bienestar biopsicosocial y permitiendo el nacimiento de su hijo.

32

- 30 ¿Es el aborto una ayuda para las madres con un embarazo vulnerable? (Página 82)
- 46 ¿Se puede, en el actual estado de desarrollo de la ciencia médica, salvar la vida de la madre sin recurrir al aborto? (Página 114)
- 48 ¿Qué son las anomalías congénitas de mal pronóstico vital (ACMPV)? (Página 118)
- 31 ¿Hay evidencia de que una mujer que aborta sufre algún tipo de trauma después de hacerlo? (Página 84)
- 26 ¿Cuáles son las principales causas por las que una mujer quiere abortar? (Página 74)
- 29 ¿Es lo mismo un embarazo no deseado que un embarazo no planificado? (Página 80)
- 66 ¿Es mejor abortar que tener una familia pobre y numerosa? (Página 154)
- 52 ¿Se justifica despenalizar el aborto en caso de violación? (Página 126)
- 65 ¿Es correcto abortar cuando se está frente a una situación extremadamente dramática? (Página 152)
- 67 ¿Se puede obligar a tener un hijo no deseado a una familia pobre? (Página 156)
- 68 ¿Es mejor abortar que dar en adopción? (Página 158)
- 32 ¿Existen programas de apoyo a mamás con embarazo vulnerable? (Página 86)



29 | ¿Es lo mismo un embarazo no deseado que un embarazo no planificado?

JORGE ACOSTA
MÉDICO

“Que un embarazo llegue en un momento que no había sido planificado, no es lo mismo que considerarlo como no deseado. Una cosa es la oportunidad en que ocurre la gestación y otra el deseo de tener un hijo. Aunque sea un imprevisto, no significa necesariamente que deba ser considerado como indeseable”.

Ciertamente no es lo mismo. Si bien es habitual que el concepto “embarazo no deseado” sea ampliamente utilizado como sinónimo de “embarazo no planificado”, en ellos radica una diferencia fundamental que bien vale la pena distinguir.

En primer lugar, es importante reconocer que el embarazo depende de diversos factores biológicos que escapan de la voluntad directa de la mujer y el hombre. De hecho, una pareja sin ningún tipo de problema de fertilidad puede demorar hasta un año en concebir un hijo. Por lo tanto, aunque un embarazo esté absolutamente planificado (y por ende, deseado), no es posible establecer previamente que se producirá en un momento exacto, por la mera voluntad de la pareja. Siempre existirá una incertidumbre inherente a este proceso.

Ahora bien, que un embarazo llegue en un momento que no había sido planificado, no es lo mismo que considerarlo como no deseado. Una cosa es la oportunidad en que ocurre la gestación y otra el deseo de tener un hijo. Aunque sea un imprevisto, no significa necesariamente que deba ser considerado como indeseable.

Esta distinción trascendental queda especialmente clara cuando se analizan en detalle los hechos acaecidos en una situación como esta: se trata de la llegada de un nuevo ser humano, un hijo, que es concebido en un momento inesperado. Los padres podrían haber “deseado” que hubiera sucedido en otra oportunidad, pero aquello no equivale a que no deseen tener a su hijo o que no lo amen.

Lo no deseado es, entonces, la circunstancia en que ocurre el embarazo, pero no su hijo, quien comienza su vida luego de la concepción. Esta diferenciación es importantísima para poder hacerse cargo, más adecuadamente, de la realidad de gestaciones cuya oportunidad no es apropiada. Un ejemplo paradigmático es el embarazo adolescente.

13

28

El año 2017, se registraron más de 17 mil embarazos en menores de 19 años, lo que representa un casi un 8% de los nacimientos. Según los datos de la 8ª Encuesta Nacional de la Juventud (2015), el 14% de la población joven ha experimentado un embarazo adolescente, afectando principalmente a mujeres de niveles socioeconómicos bajos.

La edición siguiente de dicha medición, realizada en 2019, señala que un 17% de jóvenes reportan haber vivido un embarazo no planificado. El mayor porcentaje se concentra en los grupos socioeconómicos bajos (21,6%) en comparación con los grupos medios (15,3%) y altos (7,1%). Según lo que ha identificado la entidad gubernamental, más del 50% de los jóvenes que señalan haber vivido un embarazo no planificado, declaran que este hecho habría ocurrido en la adolescencia.

Como lo muestran los datos, una política pública respetuosa de la dignidad de la persona humana, debería estar orientada a prevenir los embarazos en la adolescencia, enfrentando decididamente las causas que lo producen. Deberían promoverse políticas focalizadas en los grupos más vulnerables, mejorando significativamente la educación y fortaleciendo el apoyo familiar.

32

Por el contrario, actuar *ex post*, no sólo termina con la vida de aquel niño en gestación, cuya existencia ya se ha iniciado, también perpetúa las injusticias que conducen a mantener altas tasas de embarazos en menores de edad.

30

06 ¿Es persona todo individuo de la especie humana? (Página 34)

13 ¿Cuándo comienza la vida humana? (Página 50)

28 ¿Qué es un embarazo vulnerable? (Página 78)

32 ¿Existen programas de apoyo a mamás con embarazo vulnerable? (Página 86)

30 ¿Es el aborto una ayuda para las madres con un embarazo vulnerable? (Página 82)



30 | ¿Es el aborto una ayuda para las madres con un embarazo vulnerable?

28. Muchas mujeres que viven un embarazo vulnerable creen que realizar un aborto provocado es la solución a sus problemas, pues consideran que las circunstancias que hacen vulnerable su embarazo mejorarán una vez que el embarazo haya terminado. Sin embargo, es importante comprender qué significa realizar un aborto y que su realización tiene implicancias relevantes a considerar.

22. El aborto provocado consiste en realizar alguna técnica médica o procedimiento quirúrgico para interrumpir de manera directa el embarazo antes de la viabilidad fetal (es decir, antes que el feto tenga posibilidades de sobrevivir fuera del útero, con un adecuado cuidado neonatal) generando en consecuencia la muerte del hijo en gestación. Por lo anterior, abortar es una decisión muy difícil de tomar

para cada mujer, que podría tener consecuencias físicas, psicológicas y sociales, y por supuesto, conlleva el término de la vida del niño en gestación. Por otro lado, la realización del aborto no asegura mejorar la calidad de vida de las mujeres con embarazos vulnerables.

32. Por el contrario, el cuidado multidisciplinario de estas mujeres con embarazos vulnerables, junto con un equipo de médicos

“Muchas mujeres que viven un embarazo vulnerable creen que realizar un aborto provocado es la solución a sus problemas. No obstante, la realización del aborto no asegura mejorar la calidad de vida. La situación de vulnerabilidad no parece estar centrada en el embarazo mismo o en el hijo en gestación, sino en situaciones externas o psicosociales que afectan el embarazo”.

ANTONIA MUÑOZ
MÉDICO GINECÓLOGA

ginecólogos, especialistas en medicina materno fetal, matronas, psicólogos, neonatólogos, genetistas, asistentes sociales y acompañantes espirituales, logran aumentar el bienestar biopsicosocial de estas pacientes, mejorando las situaciones de vulnerabilidad inicial. Por otro lado, le permite a muchas mujeres mantener sus embarazos y dar nacimiento a ese hijo en gestación.

Existe un estudio⁴⁴ realizado en 3.134 mujeres chilenas embarazadas en situación de vulnerabilidad, que revela que cuando se les entrega un acompañamiento integral, la mayoría de ellas cambian su decisión de abortar. En este mismo estudio, las mujeres con embarazo vulnerable reconocen que la situación de vulnerabilidad no parece estar centrada en el embarazo mismo o en el hijo en gestación, sino en situaciones externas o psicosociales que afectan el embarazo.

26

28 ¿Qué es un embarazo vulnerable? (Página 78)

25 ¿Cómo se hace un aborto? (Página 72)

31 ¿Hay evidencia de que una mujer que aborta sufre algún tipo de trauma después de hacerlo? (Página 84)

22 ¿Qué es un aborto? (Página 68)

32 ¿Existen programas de apoyo a mamás con embarazo vulnerable? (Página 86)

26 ¿Cuáles son las principales causas por las que una mujer quiere abortar? (Página 74)

⁴⁴ Cfr. Elard Koch, "Abortion Prevention Programs in Chile. Conference At the United Nations". Disponible en YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=5m9tYs8MYQM> (Consultado el 21-08-2022).



31 | ¿Hay evidencia de que una mujer que aborta sufre algún tipo de trauma después de hacerlo?

FRANCISCA DECEBAL-CUZA
Y NICOLÁS RODRÍGUEZ
MÉDICOS PSIQUIATRAS

Respecto de la literatura disponible sobre los efectos psíquicos del aborto en el largo plazo, es menester señalar que no existe evidencia de beneficios en la salud mental. Existen estudios que concluyen que hay daño^{45, 46, 47, 48} y estudios que concluyen que no hay daño^{49, 50, 51}. En el corto plazo, en cambio, se describe que las mujeres que abortan pueden reportar un alivio inicial, posiblemente asociado a que el embarazo se ve como un problema que es “resuelto” al abortar.

Al querer profundizar en los efectos psicológicos duraderos del aborto en las mujeres, resulta fundamental considerar que existen importantes limitaciones metodológicas inherentes al tema. En primer lugar, la imposibilidad técnica de efectuar estudios prospectivos con grupo control, por lo que las conclusiones disponibles suelen limitarse a estudios retrospectivos o estudios observacionales, difíciles de

comparar entre ellos debido al uso de herramientas de medición que pueden ser muy disímiles.

Otros aspectos relevantes a considerar son la baja tasa de reclutamiento de dichos estudios (las más altas reportadas no llegan al 40% de la población susceptible de ingresar a los protocolos, lo que quiere decir que si diez mujeres se realizaron un aborto en un determinado centro, más de seis de ellas se negarán a participar en el estudio que evalúe los efectos psicológicos del procedimiento) y la escasez de seguimientos en el largo plazo que evalúen exhaustivamente la presencia de patología mental.

Aún así, la literatura científica disponible, así como la realidad clínica que vemos, permiten concluir que aquellas pacientes que abortan suelen tener un peor nivel de funcionamiento psicológico comparadas

con aquellas que no tienen el antecedente de haberse realizado un aborto. Además, existen factores que predicen mayor riesgo de presentar consecuencias psíquicas post aborto, como son la presencia de psicopatología previa, antecedentes de violencia en la relación de pareja o la ausencia de otros hijos. Del mismo modo, en el caso de malformaciones fetales, existen numerosos estudios de buena calidad^{52, 53, 54, 55, 56, 57} que indican que el aborto constituye un evento vital emocionalmente traumático, que conduce a respuestas severas de estrés postraumático y reacciones intensas de duelo, incluso después de varios años del trauma⁵⁸, pudiendo presentar tasas de estrés postraumático cercanas al 50% y de depresión cercanas al 30% a los cuatro meses.

Existe también un riesgo mayor de desarrollar un

“No existe evidencia de beneficios en la salud mental sobre los efectos psíquicos del aborto en el largo plazo”.

trastorno mental después de un aborto cuando éste se da en un contexto de vulnerabilidad social^{59, 60, 61, 62, 63}.

28

Con frecuencia se habla del “Síndrome Post Aborto”. Aún cuando desde un punto de vista estrictamente nosológico⁶⁴ no existe como entidad (así como tampoco existe un síndrome post guerra o un síndrome post tortura), esto no significa que no exista riesgo de desarrollar un trastorno psicológico o psiquiátrico debido a la realización de un aborto. Negar esta realidad invisibiliza el sufrimiento de miles de mujeres que padecen durante décadas las consecuencias psíquicas de haberse sometido a un aborto, que tanto psiquiatras como psicólogos vemos en nuestras atenciones clínicas, y cuyas voces rara vez son escuchadas y validadas.

Lo anterior tampoco desconoce que hay muchas mujeres para las cuales un aborto parece tener nula o mínima repercusión psicológica y que tienen evoluciones de largo plazo satisfactorias.

Por último, nos parece importante destacar que se ha visto que mujeres a las que se le ha negado el aborto, reportan en el largo plazo emociones mayormente positivas de que dicho procedimiento no se haya materializado⁶⁵.

48 ¿Qué son las anomalías congénitas de mal pronóstico vital (ACMPV)? (Página 118)

28 ¿Qué es un embarazo vulnerable? (Página 78)

⁴⁸ Julia Steinberg et al., “Abortion and Mental Health”, *Obstetrics & Gynecology* 123, no. 2 (2014): 263-70.

⁴⁹ Vignetta Charles, “Abortion and Long-Term Mental Health Outcomes: A Systematic Review of the Evidence.” *Contraception* 78, no. 6 (2008): 436-50.

⁵⁰ Corinne H. Rocca et al., “Decision Rightness and Emotional Responses to Abortion in the United States: A Longitudinal Study”, *Plos one* 10, no. 7 (2015).

⁵¹ M. Antonia Biggs, et al., “Five-Year Suicidal Ideation Trajectories among Women Receiving or Being Denied an Abortion”, *American Journal of Psychiatry* 175, no. 9 (2018): 845-52.

⁵² CViltė Daugirdaitė et al., “Posttraumatic Stress and Posttraumatic Stress Disorder after Termination of Pregnancy and Reproductive Loss: A Systematic Review”, *Journal of Pregnancy* 2015 (2015): 1-14.

⁵³ V. Davies et al., “Psychological Outcome in Women Undergoing Termination of Pregnancy For Ultrasound-Detected Fetal Anomaly in the First and Second Trimestres: A Pilot Study”, *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 25, no. 4 (2005): 389-92.

⁵⁴ A. Kersting et al., “Trauma and Grief 2-7 Years after Termination of Pregnancy Because of Fetal Anomalies – a Pilot Study”, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 26, no. 1 (2005): 9-14.

⁵⁵ M. J. Korenromp et al., “Long-Term Psychological Consequences of Pregnancy Termination for Fetal Abnormality: A Cross-Sectional Study”, *Prenatal Diagnosis* 25, no. 3 (2005): 253-60.

⁵⁶ M. J. Korenromp et al., “A Prospective Study on Parental Coping 4 Months after Termination of Pregnancy for Fetal Anomalies”, *Prenatal Diagnosis* 27, no. 8 (2007): 709-16.

⁵⁷ Marguerite Maguire et al., “Grief after Second-Trimester Termination for Fetal Anomaly: A Qualitative Study”, *Contraception* 91, no. 3 (2015): 234-39.

⁵⁸ Anette Kersting et al., “Psychological Impact on Women after Second and Third Trimester Termination of Pregnancy Due to Fetal Anomalies versus Women After Preterm Birth—A 14-Month Follow up Study”, *Archives of Women's Mental Health* 12, no. 4 (2009): 193-201.

⁵⁹ Anne Nordal Broen et al., “Reasons for Induced Abortion and Their Relation to Women's Emotional Distress: A Prospective, Two-Year Follow-up Study”, *General Hospital Psychiatry* 27, no. 1 (2005): 36-43.

⁶⁰ Vincent M. Rue et al., “Induced abortion and traumatic stress: a preliminary comparison of American and Russian women”, *Med Sci Monit*, 10(10) (2004):SR5-16. Epub.

⁶¹ Hanna Söderberg et al., “Emotional Distress Following Induced Abortion”, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 79, no. 2 (1998): 173-78.

⁶² R. Rizzardo et al., “Personality and Psychological Distress in Legal Abortion, Threatened Miscarriage and Normal Pregnancy”, *Psychotherapy and Psychosomatics* 56, no. 4 (1991): 227-34.

⁶³ National Collaborating Centre for Mental Health, *Induced abortion and mental health: A systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors* (London: Academy of Medical Royal Colleges, 2011).

⁶⁴ La nosología es la parte de la medicina que clasifica y describe las enfermedades.

⁶⁵ Corinne H. Rocca et al., “Emotions over Five Years after Denial of Abortion in the United States: Contextualizing the Effects of Abortion Denial on Women's Health and Lives”, *Social Science & Medicine* 269 (2021): 113567.

⁴⁵ David Fergusson et al., “Does Abortion Reduce the Mental Health Risks of Unwanted or Unintended Pregnancy? A Re-Appraisal of the Evidence”, *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 47, no. 9 (2013): 819-27.

⁴⁶ Priscilla Coleman, “Abortion and Mental Health: Quantitative Synthesis and Analysis of Research Published 1995-2009”, *British Journal of Psychiatry* 199, no. 3 (2011): 180-86.

⁴⁷ Carlo Bellieni et al., “Abortion and Subsequent Mental Health: Review of the Literature”, *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 67, no. 5 (2013): 301-10.

32 | ¿Existen programas de apoyo a mamás con embarazo vulnerable?

ANTONIA MUÑOZ
MÉDICO GINECÓLOGA

A nivel mundial, existen diversos programas y políticas públicas de acompañamiento a mujeres con embarazos vulnerables, que buscan cuidarlas de manera interdisciplinaria durante su gestación y solucionar las distintas situaciones de vulnerabilidad que las afectan. Dentro de estos programas destacan los centros de cuidado, líneas telefónicas de ayuda, casas de acogida y acompañamiento para madres con embarazos difíciles.

En nuestro país también se apoya de diversas

formas a mamás con embarazos vulnerables. Tanto en el sector público como privado, existen unidades de atención a pacientes embarazadas, que al detectar una paciente con un embarazo de este tipo, le ofrecen un acompañamiento especial interdisciplinario, según la causa de vulnerabilidad. Por ejemplo, todas las pacientes con enfermedades maternas, fetales o propias del embarazo que se atienden con la matrona en su consultorio, son derivadas a su hospital para ser evaluadas por médicos ginecólogos y especialistas en medicina materno fetal.

Se les ofrece atención psicológica y asistencia social. De esta forma, se les ofrece el tratamiento y seguimiento adecuado, mejorando su calidad de vida, disminuyendo los riesgos asociados a la enfermedad y con ello la mortalidad de la mamá y de su hijo.

Asimismo, existen distintos programas que se encargan de acompañar a mujeres con problemas psicosociales, dentro los cuales destacan tres: primero, el Programa "Acoge una Vida" de la Fundación Chile Unido, que busca contener y acompañar a mujeres con

“Tanto en el sector público como privado, existen diversos programas de acompañamiento a mujeres con embarazos vulnerables, que buscan cuidarlas de manera interdisciplinaria durante su gestación y solucionar las distintas situaciones de vulnerabilidad que las afectan”.

embarazos no planificados en situación de vulnerabilidad psicosocial, desde la gestación hasta que su hijo cumpla un año de vida. Se entrega esta ayuda social a lo largo de todo el país, mediante una atención telefónica gratuita a través del Fono Vida (800 572 800) para las madres y sus familiares. Este programa ha permitido que un 85% de las mujeres que estaban en riesgo de abortar, luego de recibir el apoyo de la Fundación, opten por la vida de su hijo. Del 15% restante, según cifras de la Fundación, un 5% aborta y un 10% tiene un desenlace desconocido respecto al término de su embarazo.

En segundo lugar, el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) ofrece un Programa de Atención y Apoyo a Madres Adolescentes (AMA) que busca “contribuir a la inclusión social de embarazadas y madres adolescentes a través del desarrollo de su proyecto de vida que integre las dimensiones personal, maternal y familiar”. El programa se implementa en diez regiones del país, llegando a alrededor de tres mil adolescentes al año y se lleva a cabo a través de talleres psicoeducativos, encuentros semanales, intervenciones individuales y visitas

28 ¿Qué es un embarazo vulnerable? (Página 78)

50 ¿Qué son los cuidados paliativos perinatales? (Página 122)

domiciliarias a adolescentes embarazadas o con hijos pequeños. Los pilares son el proyecto de vida, la reinserción escolar y la prevención de un segundo embarazo en la adolescencia. Además, la iniciativa trabaja la corresponsabilidad, la salud de la madre adolescente, y el desarrollo y crianza infantil.

Por último, está el Programa de Cuidados Paliativos Perinatales Acompañar es UC que acompaña a las parejas que viven embarazos vulnerables, porque su hijo viene con una enfermedad congénita terminal. Se le ofrece un acompañamiento interdisciplinario de cuidados paliativos durante el periodo perinatal, cuyo fin es aliviar el dolor de la madre, respetar la vida y el instante de la muerte del hijo, abarcando los aspectos físicos, médicos, emocionales, espirituales y sociales.



33 | ¿Existe una relación entre mortalidad materna y leyes restrictivas de aborto?

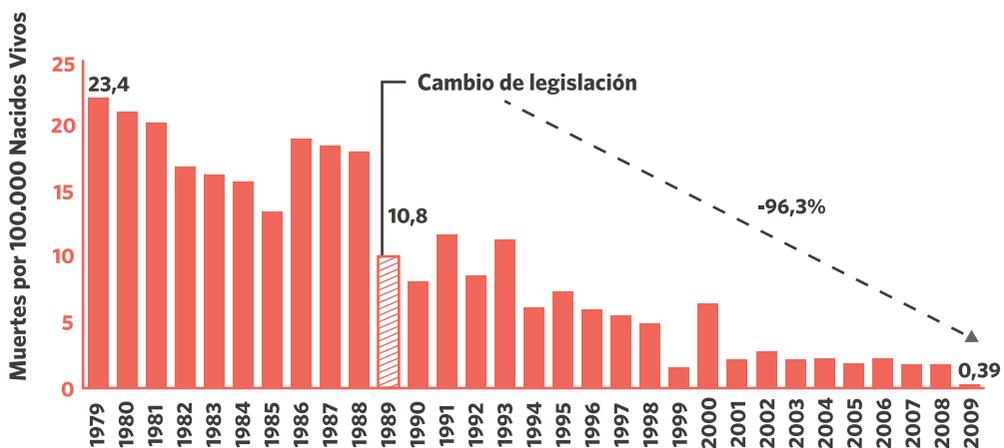
ELARD KOCH

DOCTOR EN CIENCIAS BIOMÉDICAS

La investigación epidemiológica es bastante concluyente respecto a si una mayor o menor permisividad de las legislaciones del aborto influye en un aumento o disminución de la mortalidad materna. La respuesta es que en términos prácticos, su efecto es nulo. Hay dos experimentos naturales de población que han estudiado detalladamente esta cuestión, controlando por múltiples variables o factores de confusión. El primer estudio evaluó la mortalidad materna en una serie temporal continua de 50 años en Chile, evaluando entre otros factores el efecto de la derogación de una ley que permitía el aborto por razones terapéuticas⁶⁶. A través de técnicas de regresión segmentada, el estudio confirmó que la mortalidad materna global y la específica por aborto experimentaron una reducción continua en los últimos 50 años, al punto que la muerte por aborto de cualquier tipo llegó a ser un fenómeno excepcional en términos

epidemiológicos (riesgo de 1 en 4 millones de mujeres en edad fértil o 0,4 por 100.000 nacidos vivos para cualquier tipo de aborto excluyendo embarazo ectópico). Luego de la derogación de la ley que permitía el aborto por razones terapéuticas, en 1989, las muertes por aborto continuaron disminuyendo, desde 10,8 hasta 0,39 por 100.000 nacidos vivos (Gráfico 1), lo cual, como materia de hecho científico, desafió la idea de que el paso a una legislación menos permisiva conducía a mayor mortalidad materna. Un segundo experimento natural publicado en *BMJ Open*⁶⁷ evaluó el efecto de las diferentes leyes del aborto en 32 estados mexicanos, confirmando el estudio previo en Chile. En ambos estudios, se mostró que los cambios en las leyes de aborto en un sentido u otro, tenían un efecto estadísticamente nulo sobre la mortalidad materna global y específica por aborto.

GRÁFICO 1. MORTALIDAD POR ABORTO EN CHILE, EVALUANDO EL EFECTO DEL CAMBIO DE LEGISLACIÓN DEL ABORTO.



“La mortalidad materna global y la específica por aborto experimentaron una reducción continua en los últimos 50 años, al punto que la muerte por aborto de cualquier tipo llegó a ser un fenómeno excepcional en términos epidemiológicos (riesgo de 1 en 4 millones de mujeres en edad fértil)”.

Ambos estudios fueron consistentes en señalar que los factores que incidieron en la tendencia de la mortalidad materna a la baja, fueron: la reducción de la fecundidad (de 5 a 1,8 hijos por mujer en 50 años en el caso de Chile), con el acceso creciente a métodos de planificación familiar desde finales de los años 60⁶⁸, el incremento de la escolaridad femenina (de 3,5 a 12 años promedio en 50 años en Chile), expansión progresiva de la atención obstétrica de emergencia, acceso precoz al control del embarazo (virtualmente del 100% en Chile actualmente), cuidados hospitalarios post-aborto y unidades de cuidados especializados para el embarazo de alto riesgo⁶⁹. En el caso de México, se observó que la violencia contra la mujer tenía un efecto regresivo sobre la mortalidad materna. Es de notar que el

45 ¿Era necesaria la ley de aborto para que los médicos salvaran la vida de una madre en caso de enfermedad grave? (Página 112)

incremento de la educación mostró efectos sinérgicos, aumentando el uso de los servicios de salud materna prenatal disponible en los países y modulando el impacto de las otras variables, particularmente disminuyendo la fecundidad y el número total de hijos así como provocando un envejecimiento o retraso de la maternidad (Koch 2014)⁷⁰. En su conjunto, estos 7 factores explicaron más del 80% de las muertes maternas. Un tercer estudio⁷¹ intentó refutar el experimento natural conducido en México⁷², pero tuvo que ser retractado por serias deficiencias metodológicas, incluyendo una interpretación engañosa de los coeficientes de regresión o tamaños de efecto en el sentido opuesto al real⁷³.

⁶⁶ Elard Koch et al., “Women’s education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007”, *PLoS One*, ;7(5) (2012).

⁶⁷ Elard Koch et al., “Abortion legislation, maternal healthcare, fertility, female literacy, sanitation, violence against women and maternal deaths: a natural experiment in 32 Mexican states”, *BMJ Open*, Feb 23;5(2) (2015).

⁶⁸ Benjamin Viel, “Results of a family planning program in the western area of the city of Santiago”, *Am J Public Health Nations Health*, ; 59 (1969): 1898-1909.

⁶⁹ Elard Koch, “Impact of reproductive laws on maternal mortality: the Chilean natural experiment”, *Linacre Q*, May;80(2) (2013): 151-60.

⁷⁰ Elard Koch et al., “Women’s education level, contraceptive use and maternal mortality estimates”, *Public Health*, Apr;128(4) (2014): 384-387.

⁷¹ Blair G. Darney et al., “Retraction notice to “Maintaining rigor in research: flaws in a recent study and a reanalysis of the relationship between state abortion laws and maternal mortality in Mexico” [Contraception 95/1 (2017) 105-111]” *Contraception*, Jan;99(1)(2019): 71.

⁷² Elard Koch et al., “Abortion legislation, maternal healthcare, fertility, female literacy, sanitation, violence against women and maternal deaths: a natural experiment in 32 Mexican states” *BMJ Open* Feb 23;5(2) (2015).

⁷³ Elard Koch et al., “Review, replication, and re-analysis of a recent study on the impact of abortion law on maternal mortality in Mexico - Maintaining rigor and research integrity” *Contraception*, 18 (2018).

34 | ¿Aumentan los abortos una vez que se aprueban leyes que lo permiten?

Es difícil evaluar el comportamiento epidemiológico de los casos de aborto provocado en los países que cambian sus leyes, legalizándolo. Primero hay que recordar que el concepto de aborto se refiere a la pérdida de la gestación antes del período de viabilidad fetal. Existen abortos espontáneos, causados por patologías propias del embarazo y abortos provocados. El reporte epidemiológico de los abortos espontáneos y provocados se suele mezclar y confundir en los reportes entregados por los hospitales. En países en que el aborto provocado es ilegal, existe un sub-registro de los casos. Los datos del aborto clandestino no tienen necesariamente un registro tan preciso, por su propia naturaleza. En ese sentido, sólo se registran los casos de abortos que llegan al sistema sanitario. Actualmente se cree que muchas mujeres que se realizan un aborto provocado lo llevan a cabo

22

“La interpretación de los mismos datos epidemiológicos puede llevar a conclusiones que sean contradictorias si no se subclasifica según el tipo de aborto (espontáneo, provocado, por causales o libre), así como por eventuales conflictos de interés que puedan tener sus autores”.

64

usando un medicamento llamado Misoprostol, que genera un sangrado uterino abundante, con la consecuente pérdida del embarazo. No todas las pacientes que tienen un aborto provocado consultan al hospital, y las mujeres que consultan por síntomas de aborto, son atendidas y asistidas por el médico ginecólogo. Muchas veces los médicos ginecólogos que atienden a pacientes con abortos

en el servicio de urgencia, no logran identificar que el aborto fue provocado, pues los síntomas y signos son similares a los abortos espontáneos. Aún cuando muchos médicos sospechen que el aborto haya sido provocado, algunos de ellos podrían no registrarlo como tal, con la intención de no generarle a la paciente problemas legales. Todo esto hace que el registro sea poco confiable y difícil de calcular.

ANTONIA MUÑOZ
MÉDICO GINECÓLOGA

Aquello genera que la evidencia sea poco confiable y controversial, existiendo interpretación diferente de los datos epidemiológicos según las posturas a favor o en contra de la legalización del aborto provocado.

Por ejemplo, un informe de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), realizado por el Dr. Anibal Faúndes, ginecólogo a favor de la legalización del aborto, muestra que “la despenalización del aborto no aumenta la tasa de abortos, como se suele suponer”, y agrega: “en algunos países hay un aumento inicial después de la despenalización, pero es imposible determinar si es un aumento real o el resultado de un subregistro cuando el aborto es criminal, y un mayor registro después de que el aborto se legaliza y no hay razón legal para esconderse”.

22 ¿Qué es un aborto?
(Página 68)

64 ¿Qué es el misoprostol?
(Página 150)

Tanto en países europeos como en América Latina, los datos de los Ministerios de Salud nacionales advierten que tras la legalización hay un leve aumento de interrupciones voluntarias del embarazo, que luego se estabiliza y disminuye. En un estudio del año 2005, realizado por el *Allan Guttmacher Institute*, un reconocido centro pro aborto, se explican los casos de Uruguay, Francia, Italia, Estados Unidos, Canadá, Rumania y el de Ciudad de México. Allí se observa lo ocurrido con la tasa de aborto después de su legalización en las últimas décadas, mostrando que en la mayoría de ellos la tasa de aborto se ha va reduciendo unos pocos años después de la legalización. Hay algunas excepciones, como España y el Reino Unido en que, al contrario, la tasa ha aumentado.

En suma, la interpretación de los mismos datos epidemiológicos puede llevar a conclusiones que sean contradictorias si no se subclasifica según el tipo de aborto (espontáneo, provocado, por causales o libre), así como por eventuales conflictos de interés que puedan tener sus autores.



35 | ¿De qué se trata el caso *Roe vs Wade*?

JULIO ISAMIT
ABOGADO

La historia constitucional estadounidense está marcada por profundas controversias y muchas veces, contradicciones. El historiador británico Paul Johnson se cuestionaba, en las primeras páginas de su tradicional texto *Estados Unidos: la historia*, cómo un país con tanto afán por la justicia podía sobrevivir con el mal de la esclavitud. Haciendo patente así la contradicción entre su Declaración de Independencia —que reconocía como una verdad evidente que todos los hombres son creados iguales⁷⁴— con la realidad de que en muchos Estados, algunos seres humanos eran considerados como cosas y no como personas.

06

Similar contradicción tiene lugar respecto a la discusión del aborto, porque el mismo país cuya Declaración de 1776 reconoce como derechos inalienables la vida, la libertad y la búsqueda de la felicidad⁷⁵, terminó protegiendo al aborto como un derecho constitucional.

121

El 22 de enero 1973, en una de las sentencias más importantes de la historia (*Roe vs Wade*), la Corte Suprema de Estados Unidos abrió las puertas al aborto en el sistema legal a lo largo y ancho del país, con independencia de la mayoría política, social o cultural que existiera en cada Estado.

Vale la pena recordar que *Roe vs Wade* se sustentó en la solicitud de Norma McCorvey —quien bajo el apodo de Jane Roe— demandó al estado de Texas alegando haber sido violada, por lo que solicitó se le realizara un aborto. En

ese entonces, Texas solo permitía el aborto en caso de riesgo de vida de la madre, no en caso de violación ni mucho menos por la sola voluntad. En 1970 sus abogadas presentaron el caso ante el tribunal local, el que aún fallando a favor de Jane Roe, se negó a establecer una restricción en contra de las leyes sobre el aborto. Con el proceso aún en curso, Jane Roe dio a luz a su hija, quien fue entregada en adopción.

68

“El mismo país cuya Declaración de Independencia reconoce como derechos inalienables la vida, la libertad y la búsqueda de la felicidad, terminó protegiendo al aborto como un derecho constitucional. Casi 50 años después, la Corte Suprema revierte el fallo *Roe vs Wade*”.

La decisión judicial local fue sucesivamente apelada hasta llegar años después a la Corte Suprema. La mayoría de sus jueces —por 7 votos contra 2— al pronunciarse sobre la objeción de constitucionalidad de la legislación de Texas resolvió que dicha limitación vulneraba la Constitución, en cuanto al debido proceso, invadiendo la intimidad de las mujeres⁷⁶.

55

Así se fundamentó un “derecho constitucional al aborto” en EEUU: las mujeres, en virtud de su intimidad, pueden abortar y los estados no pueden limitar esa decisión, salvo circunstancias médicas particulares. Esto fue ratificado, casi treinta años después, en el caso de *Planned Parenthood vs Casey*⁷⁷ en 1992. Esto hasta el 24 de junio de 2022, cuando la Corte Suprema revierte el fallo *Roe vs Wade*.

36

Esto último se produjo porque la decisión judicial no resolvió la división social al respecto, ni dio por cerrado el debate político. En el mundo pro vida, se constató un fuerte despliegue de los más diversos grupos de la sociedad civil: ONGs, editoriales, movimientos universitarios, fundaciones de jóvenes e iglesias, entre otras iniciativas. Todos ellos contribuyeron a mantener el debate abierto —a pesar de la imposición judicial inicial—, para generar una mayoría pro vida en muchos lugares del país e incluso un despliegue político que permitió alcanzar una conformación de la Corte Suprema más proclive a las ideas de la dignidad y la libertad humana.

127

06 ¿Es persona todo individuo de la especie humana? (Página 34)

121 ¿Son el aborto o la eutanasia derechos humanos? (Página 268)

68 ¿Es mejor abortar que dar en adopción? (Página 158)

55 ¿Es el aborto un derecho de la mujer para disponer de su cuerpo? (Página 132)

36 ¿Cuáles son las consecuencias de la revocación de *Roe vs Wade*? (Página 94)

127 ¿Cómo promover una cultura de la vida? (Página 280)

⁷⁴ Declaración de Independencia de Estados Unidos. 1776.

⁷⁵ Ídem.

⁷⁶ “Las leyes estatales de aborto penal, como las involucradas aquí, que exceptúan de la criminalidad solo un procedimiento para salvar la vida en nombre de la madre sin tener en cuenta la etapa de su embarazo y otros intereses involucrados, violan la Cláusula del debido proceso de la Decimocuarta Enmienda, que protege el derecho a la privacidad contra la acción del Estado, incluido el derecho calificado de una mujer a interrumpir su embarazo” (traducción propia). Para ver la sentencia completa: Justia US Supreme Court, “*Roe v. Wade*, 410 U.S. 113 (1973)”, US Supreme Court, <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/410/113/>.

⁷⁷ “Después de considerar las cuestiones constitucionales fundamentales resueltas por *Roe*, los principios de integridad institucional y la regla de *stare decisis*, llegamos a esta conclusión: la decisión esencial de *Roe v. Wade* debe conservarse y reafirmarse una vez más” (traducción propia). Para ver la sentencia completa: Legal Information Institute, “*Planned Parenthood of Southeastern Pa. v. Casey* (91-744), 505 U.S. 833 (1992)”, Cornell Law School <https://www.law.cornell.edu/supct/html/91-744.ZO.html>.

36 | ¿Cuáles son las consecuencias de la revocación de *Roe vs Wade*?

JULIO ISAMIT
ABOGADO

El 24 de junio de 2022 tuvo lugar un nuevo fallo histórico —y no menos controversial que *Roe vs Wade*— con el que la tradición constitucional americana marcó otro hito. La Corte Suprema dictó sentencia en el caso *Dobbs vs Jackson*⁷⁸, en que por 6 votos a 3, una mayoría de sus jueces revocó el fallo precedente, *Roe vs Wade*, desarticulando la interpretación sobre la que se construyó el supuesto derecho constitucional al aborto y devolviendo a cada Estado la atribución de permitir, limitar o restringir dicha práctica.

Dicha resolución establece explícitamente que la Constitución estadounidense no contempla garantía alguna a un derecho al aborto y que en caso de regulación del mismo, esta debe ser realizada por las autoridades políticas estatales, es decir, a nivel local y no federal.

El fallo quedó expresado en los siguientes términos:

“La Constitución no confiere un derecho al aborto; *Roe v. Wade*, 410 U.S. 113, y *Planned Parenthood of Southeastern Pa. v. Casey*, 505 U.S. 833, son anulados; la autoridad para regular el aborto se devuelve al pueblo y a sus representantes elegidos”⁷⁹.

Es importante constatar que la Corte Suprema no prohibió el aborto, como algunos han querido entender, sino que solamente devolvió la facultad a los Estados para legislar —legítima y democráticamente— una materia de particular interés político, social y cultural. Asimismo, subsiste la posibilidad de que el Congreso de cada estado regule la materia. Sin perjuicio de eso, en ambos casos queda abierta la posibilidad de eventuales cuestionamientos a la constitucionalidad de la normativa aprobada, que nuevamente podrían terminar en la Corte Suprema.

El importante cambio de paradigma que ha vivido

Estados Unidos no es la meta final de ningún movimiento pro vida, por más exitosa que haya sido la experiencia americana. La verdadera meta de cualquier iniciativa pro vida debe ser la integral protección de la vida humana desde la concepción hasta la muerte natural, con el adecuado resguardo que la comunidad política deba otorgarle, y la creación de las oportunidades necesarias para que esa persona tenga la mejor vida posible.

El ejemplo de lo ocurrido en Estados Unidos nos recuerda la importancia de no dar ninguna batalla por perdida y que vale la pena defender la dignidad humana con independencia de cualquier tiempo, lugar o circunstancia. Tanto es así que en las semanas siguientes, en 25 estados de la Unión entraron en vigencia normas que limitan —de forma más o menos restringida— el aborto en sus respectivas jurisdicciones. En Chile, durante décadas la ley

“Se establece explícitamente que la Constitución estadounidense no contempla garantía alguna a un derecho al aborto. El ejemplo de lo ocurrido en Estados Unidos nos recuerda la importancia de no dar ninguna batalla por perdida y que vale la pena defender la dignidad humana con independencia de cualquier tiempo, lugar o circunstancia”.

protegió de forma irrestricta la vida del que está por nacer. Durante ese mismo periodo, la opinión pública transitó de manera lenta pero permanente a posiciones contrarias, aunque sin llegar a extremos como el apoyo a un aborto libre. Sin embargo, estas mayorías circunstanciales no deben inhibir o desalentar una voz y trabajo firme que, con el valor y decisión del ejemplo de otras latitudes, promueva sus ideas hasta alcanzar sus mismos triunfos y mayorías culturales.

127

- 35 ¿De qué se trata el caso *Roe vs Wade*? (Página 92)
- 121 ¿Son el aborto o la eutanasia derechos humanos? (Página 268)
- 03 ¿Qué conceptos filosóficos nos permiten comprender que la vida humana comienza con la concepción y termina con la muerte natural? (Página 28)
- 127 ¿Cómo promover una cultura de la vida? (Página 280)

⁷⁸ El caso surge de la impugnación por parte de la clínica abortista *Jackson Women’s Health Organization* contra la *Gestational Age Act* del Estado de Mississippi, que restringía el aborto tras las 15 semanas de gestación. Para ver más: Jeffrey Hannan, “Dobbs v. Jackson Women’s Health Organization and the likely end of the *Roe v. Wade* era”, *Duke Journal Of Constitutional Law & Public Policy*, v. 17 (2022): 281-302.

⁷⁹ El texto original dice: “The Constitution does not confer a right to abortion; *Roe* and *Casey* are overruled; and the authority to regulate abortion is returned to the people and their elected representatives” para ver sentencia: *Justia US Supreme Court*, “Dobbs v. Jackson Women’s Health Organization, 597 U.S. ____ (2022)”, *US Supreme Court*, <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/597/19-1392/>.



37 | ¿Es malo abortar incluso cuando está permitido por la ley?

GONZALO LETELIER
DOCTOR EN DERECHO

“El aborto directo siempre es malo y no debe realizarse nunca, más allá de lo que diga la ley civil.

Es perfectamente posible que la ley permita actos malos; y si el acto permitido, como en este caso, es tan grave que resulta directamente intolerable, aquella ley que lo permita será simplemente injusta y debe ser rechazada y combatida”.

Sí, el aborto directo siempre es malo y no debe realizarse nunca, más allá de lo que diga la ley civil. La ley no es ni el único ni el más importante de los criterios para determinar la moralidad de los actos, de manera que es perfectamente posible que la ley permita actos malos; y si el acto permitido, como en este caso, es tan grave que resulta directamente intolerable, aquella ley que lo permita será simplemente injusta y debe ser rechazada y combatida.

Lo normal es que, como miembros de una comunidad política, tengamos un deber moral de obedecer las leyes que rigen la vida social, pues de esta obediencia depende directamente el orden y la paz social. Sin embargo, las leyes no mandan todo lo bueno ni prohíben todo lo malo, sino solo lo estrictamente necesario para la convivencia civil. Por esta razón, el respeto a las leyes vigentes es condición necesaria, pero no suficiente para la consecución del bien común social. Incluso si todas nuestras leyes fueran justas, podríamos afirmar con los clásicos romanos que “no todo aquello que está permitido por la ley es moralmente bueno”. Es lo que sucede, por ejemplo, cuando se usan resquicios legales para conseguir beneficios propios a costa de la estricta justicia. Aunque pueda contribuir a hacerlo, la función de la ley no es dirigir la conciencia de los individuos, sino posibilitar y ordenar la vida social y para esto, se limita a exigir el mínimo que hace posible la convivencia. En

concreto, entonces, es perfectamente posible cumplir escrupulosamente todas las leyes vigentes y aún así no ser una persona buena y justa. Cumplir la ley no es sinónimo de actuar moralmente bien.

10

Pero no solo es posible actuar mal obedeciendo a la ley, sino que, a veces, las mismas leyes pueden ser injustas. La ley puede hacer obligatorias ciertas conductas que, en principio, eran moralmente indiferentes, pero no pueden hacer bueno lo malo ni malo lo bueno.

La mayor parte de nuestras conductas en el ámbito social se pueden realizar de muchas maneras diversas; la ley las regula, mandando o prohibiendo, porque es necesario acordar alguno de esos modos concretos para evitar conflictos y confusiones. Es lo que sucede, por ejemplo, respecto del conducir por la derecha o por la izquierda o respecto de la regulación de la edificación urbana. En estos casos, la ley hace bueno o malo algo que en principio era indiferente.

Respecto de aquellas cosas que son buenas o malas en sí mismas, en cambio, la ley no determina su licitud, sino que simplemente la reconoce públicamente, de manera que nadie pueda alegar ignorancia y todos puedan saber cuáles son las penas asociadas a su realización. En este contexto, los actos injustos deben ser prohibidos.

Puede suceder, sin embargo, que la persecución penal de algunos actos injustos termine causando más daño a la sociedad que su misma realización. En esos casos, el legislador tolera esas conductas, sin justificarlas o autorizarlas, sino simplemente omitiendo perseguirlas para evitar males mayores. Algunos han intentado justificar de este modo la legislación vigente en Chile en materia de aborto, distinguiendo entre autorización o legitimación y mera despenalización. Pero aún si este fuera el caso —y no lo es, pues la ley chilena no solo despenaliza sino que garantiza

11

¿Todo acto malo es injusto, y toda injusticia es criminal? (Página 44)

127

¿Cómo promover una cultura de la vida? (Página 280)

10

¿Qué diferencia un acto bueno de uno malo? (Página 42)

113

¿Son la eutanasia o el aborto un acto malo? ¿Siempre? (Página 252)

58

¿Hay mujeres en la cárcel por realizarse abortos? (Página 138)

26

¿Cuáles son las principales causas por las que una mujer quiere abortar? (Página 74)

el acceso al aborto como un derecho— la distinción no es aplicable cuando se trata de actos gravemente injustos.

El aborto es malo porque consiste en causar directamente la muerte de un inocente; es decir, porque es un homicidio, un acto intrínsecamente malo, que no es susceptible de justificación alguna bajo ninguna circunstancia. Lo que corresponde, en consecuencia, es utilizar todos los instrumentos legales para impedirlo y castigarlo (por supuesto, esta persecución penal debe referirse a los victimarios y no a las víctimas; es decir, a quienes realizan los abortos y no a las madres desesperadas que recurren a este porque no creen tener más opción).



38 | ¿Es restrictiva la ley de aborto en tres causales?

SEBASTIÁN ILLANES

MÉDICO GINECÓLOGO MATERNO FETAL

La ley de aborto en tres causales se hizo con la pretensión de resolver diferentes situaciones clínicas complejas: (i) cuando existe peligro de muerte para la mujer relacionado o agravado por el embarazo, (ii) cuando el feto tiene una condición patológica grave incompatible con la vida extrauterina o (iii) en caso de violación. Antes de analizar cuán restrictiva es la aplicación de esta ley en el país, hay que evaluar sus diferentes objetivos y con ese prisma ver si es restrictiva.

45 ... por el embarazo, (ii) cuando el feto tiene una condición patológica grave incompatible

47 ... con la vida extrauterina o (iii) en caso de violación.

52 ... Antes de analizar cuán restrictiva es la aplicación de esta ley en el país, hay que evaluar sus diferentes objetivos y con ese prisma ver si es restrictiva.

El objetivo que tiene la ley en la primera causal sería disminuir la mortalidad materna, permitiendo la interrupción precoz del embarazo en aquellas mujeres con riesgo de muerte presente o futuro (asociado al parto o puerperio⁸⁰). Sin embargo, el manejo de patologías complejas del embarazo está estandarizado en guías de manejo clínico aprobadas por los organismos científicos competentes, basadas en la mejor evidencia disponible de la literatura médica. Estas guías plantean, sin lugar a dudas, la posibilidad de interrupción del embarazo frente a peligro grave de la vida de la madre. En ellas, se pondera el riesgo vital de los dos pacientes, de modo que siempre que se pueda, se intentará salvar la vida de ambos.

33 ... El objetivo que tiene la ley en la primera causal sería disminuir la mortalidad materna, permitiendo la interrupción precoz del embarazo en aquellas mujeres con riesgo de muerte presente o futuro (asociado al parto o puerperio⁸⁰).

44 ... Sin embargo, el manejo de patologías complejas del embarazo está estandarizado en guías de manejo clínico aprobadas por los organismos científicos competentes, basadas en la mejor evidencia disponible de la literatura médica. Estas guías plantean, sin lugar a dudas, la posibilidad de interrupción del embarazo frente a peligro grave de la vida de la madre.

46 ... En ellas, se pondera el riesgo vital de los dos pacientes, de modo que siempre que se pueda, se intentará salvar la vida de ambos.

Desde hace varias décadas, en Chile las muertes maternas no ocurren por falta de intervención médica, sino por complejidades propias de las patologías. La mayoría de las condiciones maternas susceptibles de manejo

clínico tienen un riesgo potencial que es difícil evaluar de manera precisa precozmente en el embarazo. Al no poder calcular de manera exacta ese riesgo quedará siempre como riesgo potencial el cual no es posible de manejar de manera restrictiva, ya que dependerá de la percepción de riesgo que tenga la paciente o el médico a cargo. En otras palabras, la posibilidad de interrupción precoz del embarazo frente a un riesgo a futuro implica la posibilidad de calcular de manera objetiva ese riesgo, y eso no es posible para la gran mayoría de las enfermedades asociadas a mortalidad materna. Se puede ejemplificar la imposibilidad de que esta ley sea restrictiva tratando de contestar estas dos preguntas muy simples: ¿cuál es el riesgo de muerte aceptable para que la madre continúe su embarazo? ¿quién decide cuál es ese riesgo aceptable?

43 ... Como es evidente, esto es muy variable de paciente a paciente, y depende de una serie de factores que es imposible soslayar con una ley restrictiva.

Con respecto a la segunda causal que considera la posibilidad de abortar el embrión o feto que padece una malformación letal o incompatible con la vida extrauterina, la ley pretendía hacerse cargo de un drama real, el sufrimiento de una madre y su familia frente a un hijo con una malformación. Sin embargo, si se concede que es causa suficiente el sufrimiento de la madre o de la familia frente a un hijo con malformaciones congénitas,

48 ... la ley pretendía hacerse cargo de un drama real, el sufrimiento de una madre y su familia frente a un hijo con una malformación.

49 ... Sin embargo, si se concede que es causa suficiente el sufrimiento de la madre o de la familia frente a un hijo con malformaciones congénitas,

“La ley de aborto en tres causales se hizo con la pretensión de resolver diferentes situaciones clínicas complejas. Hay que evaluar sus diferentes objetivos y con ese prisma, se puede ejemplificar la imposibilidad de que esta ley sea restrictiva”.

sería razonable extender la aplicación de la segunda causal a otros impedimentos para el normal desarrollo de la vida de ese individuo. Por lo tanto, en la práctica hoy en día se esta ofreciendo el aborto directo a pacientes con diagnósticos de malformaciones, que no siendo letales, producirán graves trastornos y sufrimiento a la madre y ese hijo, lo que en la práctica claramente excede el espíritu con que se promulgó esta ley.

Con respecto a la tercera causal, el objetivo de la ley es que las mujeres que han sido violadas no carguen con el drama de tener al hijo del violador. La ley no establece referencia alguna a medios de prueba para confirmar la violación, lo que hace en la práctica imposible que la aplicación de esta causal sea restrictiva, ya que para que fuera restringida solo a casos de violación se debería probar que realmente esta existió, lo que no es posible con la forma en que está formulada la ley actualmente.

45 ¿Era necesaria la ley de aborto para que los médicos salvaran la vida de una madre en caso de enfermedad grave? (Página 112)

47 ¿Pueden existir seres humanos inviábiles o incompatibles con la vida? (Página 116)

52 ¿Se justifica despenalizar el aborto en caso de violación? (Página 126)

33 ¿Existe una relación entre mortalidad materna y leyes restrictivas de aborto? (Página 88)

44 ¿Es el llamado “aborto terapéutico” un caso en que se aplica el principio del doble efecto? (Página 110)

46 ¿Se puede, en el actual estado de desarrollo de la ciencia médica, salvar la vida de la madre sin recurrir al aborto? (Página 114)

43 ¿Cómo se relaciona el principio del doble efecto con el aborto? (Página 108)

48 ¿Qué son las anomalías congénitas de mal pronóstico vital (ACMPV)? (Página 118)

49 ¿Tiene dolor la madre de un niño con ACMPV? (Página 120)

31 ¿Hay evidencia de que una mujer que aborta sufre algún tipo de trauma después de hacerlo? (Página 84)

53 ¿Cuál es la forma más humana de enfrentar un embarazo por violación? (Página 128)

⁸⁰ El puerperio es el período de los 28 días después del parto.

39 | ¿En Chile existe una despenalización o una legalización del aborto?

En Chile existe una legalización y una despenalización limitada. La norma prohibitiva general que reza “está prohibido matar a un no nacido”, y que sigue teniendo vigencia (y es protegida por el artículo 342 y siguientes del Código Penal), fue limitada excepcionalmente por la Ley N° 21.030 de 2017, sobre interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, en lo

referido a determinados actos médicos. Esta ley modificó el art. 119 del Código Sanitario para autorizar excepcionalmente al médico (legalizando la conducta), y en casos limitados (tres causales), la interrupción del embarazo. Al mismo tiempo, incorporó una cláusula en el delito de autoaborto o aborto realizado por la mujer del artículo 344⁸¹ que reconoce estas autorizaciones. La

cláusula es la frase “fuera de los casos permitidos por la ley”, lo que hace aplicable la normativa de la ley 21.030 a este caso. De esta forma, la ley legalizó limitadamente la conducta de interrupción del embarazo en los médicos y despenalizó limitadamente el autoaborto en el caso de las mujeres, cuando su aborto es “legal” según el nuevo artículo 119 del Código Sanitario.



JAIME ARANCIBIA Y GONZALO GARCÍA
ABOGADOS Y DOCTORES EN DERECHO

“En Chile existe una legalización y una despenalización limitada. La norma prohibitiva general que reza ‘está prohibido matar a un no nacido’, y que sigue teniendo vigencia, fue limitada excepcionalmente por la Ley N° 21.030, sobre interrupción voluntaria del embarazo en tres causales”.

38 ¿Es restrictiva la ley de aborto en tres causales? (Página 98)

58 ¿Hay mujeres en la cárcel por realizarse abortos? (Página 138)

⁸¹ Artículo 344 del Código Penal: “La mujer que, fuera de los casos permitidos por la ley, causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, será castigada con presidio menor en su grado máximo. Si lo hiciere por ocultar su deshonra, incurrirá en la pena de presidio menor en su grado medio”.

40 | ¿Puede una menor de edad pedir que se le practique un aborto?

CARMEN DOMÍNGUEZ H.
ABOGADA Y DOCTORA EN DERECHO

Una menor de edad sí puede pedir que se le **22**... practique un aborto, siempre que se encuentre amparada por alguna de las tres causales que contempla el artículo 119 del Código Sanitario. Entre las mujeres menores de dieciocho años, este artículo distingue entre las mayores y menores de catorce, para señalar cómo deben prestar su consentimiento.

En el caso de que la mujer que solicita un aborto tenga menos de catorce años, además de su consentimiento, requiere de la *autorización* de su representante legal y, en caso de contar con más de uno, de solamente uno de ellos, a elección de la niña. Ahora bien,

41... si el o los representantes legales se niegan o no son habidos, la niña tiene que solicitar

al juez que constate la existencia de la causal, asistida por un integrante del equipo de salud. Una vez presentada la solicitud, el tribunal tiene 48 horas para resolver, verbalmente y sin forma de juicio, con los antecedentes que le proporcione el equipo de salud y oyendo tanto a la niña como al representante legal, en caso de que éste haya denegado su autorización. Además, si lo considera procedente, puede oír también a un integrante del equipo de salud que le asista.

Ahora bien, en el caso anterior, si en opinión del médico existen antecedentes para estimar que la autorización del representante legal de la menor puede traer consecuencias perniciosas para la integridad de esta, tales como maltrato psíquico o físico, abandono, entre otras que



detalla la ley, puede solicitar una autorización judicial sustitutiva. Para ello el médico debe dejar constancia de su opinión por escrito. En este caso, el procedimiento para pedir la autorización sustitutiva es reservado y solamente se admitirá la oposición del representante legal que hubiera denegado la autorización. Esta resolución es apelable.

Por otro lado, si la mujer es menor de dieciocho, pero mayor de catorce años, puede solicitar el aborto, pero con el requisito de haber *informado* previamente a su representante legal, pero si tiene más de un representante, solamente deberá informar al que ella señale. Ahora bien, al igual que en el caso anterior, si a juicio del equipo de salud existen antecedentes que permitan deducir razonablemente que informar al representante legal puede traer consecuencias perniciosas a la integridad de la adolescente, bastará con que se informe al adulto familiar que ella indique y, en caso de no haberlo, al adulto responsable que señale.

Además de los requisitos ya mencionados, en los casos en que la niña o adolescente que solicita el aborto sea menor de 18 años, el jefe del establecimiento o clínica en que se haya solicitado debe denunciar los hechos y notificar al Servicio de Protección Especializada (antiguo Servicio Nacional de Menores) en caso de que se trate de una violación. 52 53

- 22 ¿Qué es un aborto? (Página 68)
- 41 ¿Se justifica que una menor de edad pueda abortar aunque no tenga el consentimiento de sus padres? (Página 104)
- 52 ¿Se justifica despenalizar el aborto en caso de violación? (Página 126)
- 53 ¿Cuál es la forma más humana de enfrentar un embarazo por violación? (Página 128)

“En el caso de menores de 18 años que solicitan un aborto, el jefe del establecimiento debe denunciar los hechos y notificar al Servicio de Protección Especializada (antiguo Servicio Nacional de Menores) en caso de que se trate de una violación”.

41 | ¿Se justifica que una menor de edad pueda abortar aunque no tenga el consentimiento de sus padres?

JORGE ACOSTA
MÉDICO

Cualquier acto que realice alguna persona se produce en tanto expresión de su voluntad, la que se encuentra sustentada en la libertad que todo ser humano posee para autodeterminarse.

05

La voluntad, para manifestarse rectamente, necesita de la formación y la madurez que se obtiene con los años. Un niño puede ejercer su libertad al querer gritarle a otro cuando no quiere compartir un juguete, pero al crecer, el adolescente aprende que, para obtener lo que desea de otra persona, gritar no es la mejor forma para alcanzarlo.

Aquella formación racional y maduración biológica, permiten reconocer que los niños y los adolescentes van avanzando progresivamente en su autonomía para tomar decisiones correctas, que les permitan orientar su voluntad al bien real y no a un bien aparente. En suma, están aprendiendo a ser libres y tomar buenas decisiones. Están entendiendo que aquellas traen consecuencias de las cuales se deben hacer cargo, porque a mayor autonomía y libertad, se requiere mayor responsabilidad.

09

Ahora bien, es preciso entender que el razonamiento es un proceso de continuo desarrollo. No aparece súbitamente a las 00.00 horas del día en que cumplimos la mayoría de edad y se puede seguir perfeccionando durante toda la vida. No obstante, desde el punto de vista normativo, cada país fija un cierto momento en que —por convención— ya debiese alcanzarse el mínimo suficiente de autonomía que permita a cualquier persona

hacerse cargo de su propia existencia y ejercer su libertad sin requerir el consentimiento de sus padres.

Hasta antes de eso, los padres tienen el derecho y el deber de tomar las decisiones importantes relativas a sus hijos, ya que son las personas que mejor pueden cuidar de ellos y representar fielmente sus mejores intereses, sabiendo que los menores de edad se encuentran en un estado de vulnerabilidad que merece protección. Es decir, los padres siempre deben ejercer aquel rol velando por resguardar el bien superior de sus hijos. El Estado no puede estar por sobre este derecho-deber de los padres, ya que aquello desnaturalizaría el rol de la familia, cuya entidad e integrantes son anteriores al Estado. Por tanto, el Estado debe estar al servicio de las personas y las familias, y no al revés.

Bajo esta estructuración descrita, es entendible que la sociedad colabore con los padres en su rol educador y protector de los hijos. En otras palabras, está muy bien que el Estado no le permita a los menores de edad casarse, viajar fuera del país, fumar o tomar alcohol⁸². La protección a veces se ha extremado, llegando incluso a limitar que los menores puedan comer alimentos altos en grasa, sal y azúcar en los establecimientos de educación parvularia, básica y media⁸³.

La contradicción se presenta cuando el Estado no respeta la protección que ejercen los padres sobre los derechos de sus hijos. Vale

decir, cuando el Estado asume un rol que no le corresponde y se extralimita. ¿Cómo va a ser razonable que un menor de 14 años no pueda comprar un Súper 8 en el colegio, pero que pueda abortar sin el consentimiento de sus padres? Evidentemente se constata un **40** contrasentido que exhibe nítidamente que no se puede pretender reemplazar el criterio de los padres por el del Estado.

Al permitir legalmente que una menor de edad pueda abortar, aunque no tenga el consentimiento de sus padres, **113** no se convierte aquel acto en algo bueno. Por otro lado, estamos frente a una vulneración de derechos —de los padres y de los hijos— que no tiene justificación. Se argumentaba que la decisión de la menor estaba por sobre la necesidad del consentimiento de los padres, pero aquello no puede ser sustentado. No está dentro del ámbito de acción del Estado realizar esa evaluación y es una verdadera injusticia privar a los adolescentes del apoyo de sus padres frente a una situación así de dramática. Probablemente, en un momento tan complejo como ese, sea donde más se necesitan los unos a los otros.

⁸² La nueva Ley 21.363, de agosto de 2021, obliga a toda persona a mostrar su carnet de identidad al momento de comprar alcohol, independiente de su apariencia. Por eso, probablemente ha visto que es solicitado hasta a los adultos mayores.

⁸³ Ley 20.606, conocida popularmente como la “Ley Súper 8”.

05 ¿Qué distingue a la vida humana de otras vidas? (Página 32)

09 ¿Cuál es la diferencia entre “acto humano” y “acto del hombre”? (Página 40)

40 ¿Puede una menor de edad pedir que se le practique un aborto? (Página 102)

113 ¿Son la eutanasia o el aborto un acto malo? ¿Siempre? (Página 252)

“Al permitir legalmente que una menor de edad pueda abortar, aunque no tenga el consentimiento de sus padres, no se convierte aquel acto en algo bueno. Por otro lado, estamos frente a una vulneración de derechos -de los padres y de los hijos- que no tiene justificación”.



42 | ¿Qué es el llamado "aborto terapéutico"?

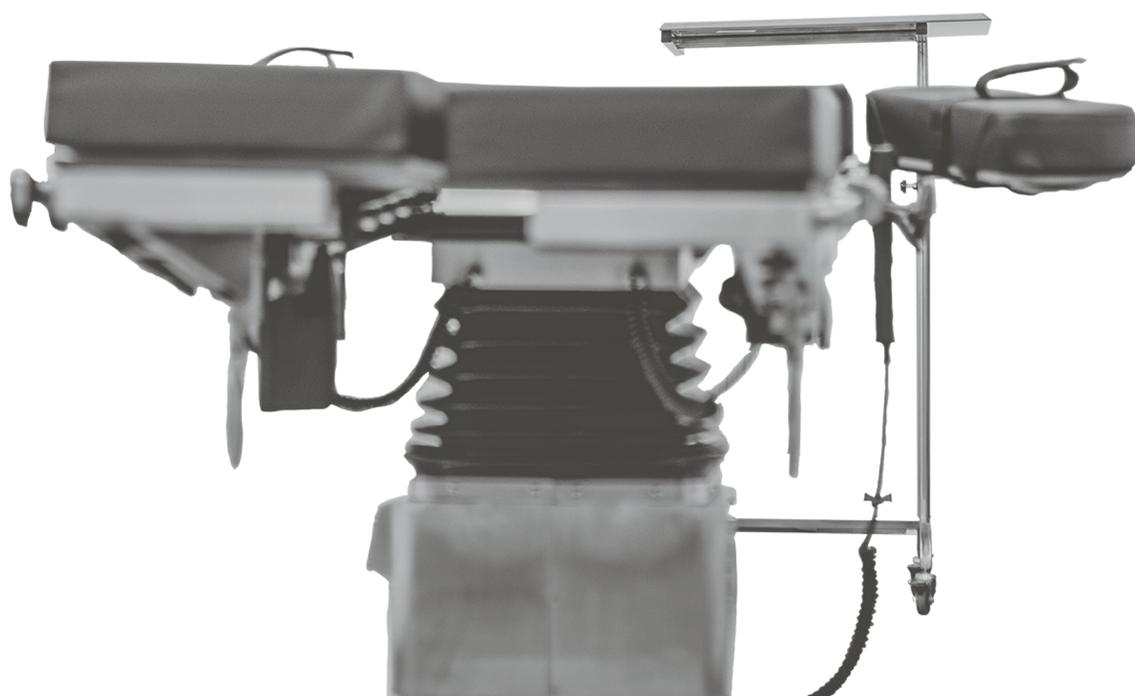
SEBASTIÁN ILLANES

MÉDICO GINECÓLOGO MATERNO FETAL

Este término se acuñó primariamente para señalar la necesidad de interrumpir el embarazo cuando existía peligro de muerte para la mujer relacionado o agravado por el embarazo y como un sinónimo de 'aborto indirecto'. Posteriormente y con el advenimiento del diagnóstico de malformaciones fetales mediante la ecografía,

a mediados de los años ochenta en Chile, el término de aborto terapéutico se amplió a la posibilidad de realizar 'abortos directos' en fetos con diagnóstico de malformaciones con una alta probabilidad de muerte intrauterina, o una vez nacido. Es por esto que el concepto de aborto terapéutico es extremadamente equívoco, ya que mezcla el aborto

indirecto, en el caso de riesgo vital materno, que es algo necesario y esperado con el aborto directo (inducido o provocado), en el caso de abortos de fetos malformados, algo que no persigue ningún fin terapéutico para el individuo enfermo. Es por esto que el término de aborto terapéutico no debiera ser ocupado.



“El concepto de aborto terapéutico es extremadamente equívoco, ya que mezcla el aborto indirecto, en el caso de riesgo vital materno, que es algo necesario y esperado, con el aborto directo (inducido o provocado), en el caso de abortos de fetos malformados, algo que no persigue ningún fin terapéutico para el individuo enfermo”.

- 44 ¿Es el llamado “aborto terapéutico” un caso en que se aplica el principio del doble efecto? (Página 110)
- 48 ¿Qué son las anomalías congénitas de mal pronóstico vital (ACMPV)? (Página 118)
- 47 ¿Pueden existir seres humanos inviábiles o incompatibles con la vida? (Página 116)
- 43 ¿Cómo se relaciona el principio del doble efecto con el aborto? (Página 108)
- 22 ¿Qué es un aborto? (Página 68)

43 | ¿Cómo se relaciona el principio del doble efecto con el aborto?

ALEJANDRO MIRANDA
DOCTOR EN DERECHO

La muerte de una persona no nacida es un mal que nunca se justifica provocar intencionalmente. Provocar la muerte de una persona no nacida, ya sea como fin en sí misma o como medio para conseguir otro fin, implica negar el valor intrínseco de esa persona, reducirla a la condición de mero instrumento y, en definitiva, tratarla injustamente. Pero no es lo mismo provocar un mal intencionalmente (es decir, como fin o como medio) que realizar una acción de la que ese mal se sigue como efecto colateral o indirecto, aunque se trate de un efecto previsto con certeza. Como se vio en la pregunta “¿Qué es el principio del doble efecto?”, este principio establece que, cumpliéndose ciertos requisitos, se justifica realizar una acción de la que previsiblemente se sigue un mal.

Por lo mismo, el principio del doble efecto nos permite trazar una distinción moral y jurídicamente relevante entre (a) aquellas acciones en las que se mata intencionalmente a la persona por nacer y (b) aquellas acciones intencionalmente ordenadas a conseguir un bien (como salvar la vida de la madre), que además producen, como efecto colateral previsto, la muerte de la persona por nacer. A estas acciones se las puede llamar, respectivamente, aborto directo (o intencional) y muerte indirecta o no intencional de la persona no nacida, ocurrida como consecuencia de una terapia.

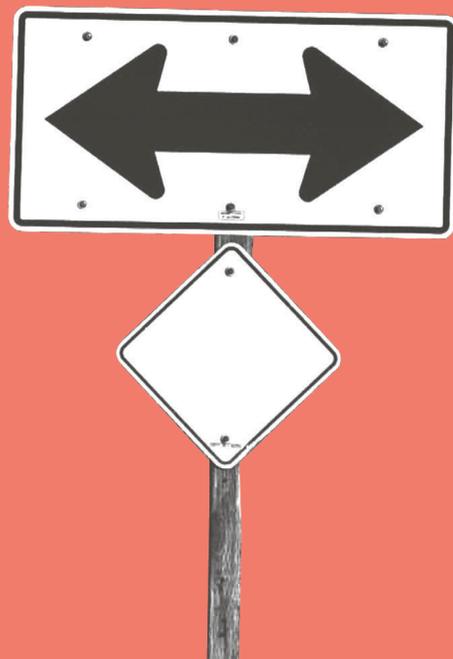
La aplicación del principio del doble efecto permite concluir que el aborto directo está siempre prohibido. A su vez, permite concluir

“El principio del doble efecto nos permite trazar una distinción moral y jurídicamente relevante entre (a) aquellas acciones en las que se mata intencionalmente a la persona por nacer y (b) aquellas acciones intencionalmente ordenadas a conseguir un bien (como salvar la vida de la madre), que además producen, como efecto colateral previsto, la muerte de la persona por nacer”.

que la muerte no intencional del no nacido puede justificarse en algunos casos, a saber, cuando se sigue de una acción en sí misma lícita y necesaria para conseguir un bien proporcionalmente importante. Como el mal que está en juego es la privación de la vida de una persona (el no nacido), el bien buscado debe ser equivalente en significación, como la salvación de la vida de otra persona (la madre).

Supóngase, por ejemplo, que a una mujer con pocas semanas de embarazo se le detecta un cáncer cervical (es decir, en el cuello del útero) que solo puede ser tratado mediante una histerectomía (extirpación del útero). Y supóngase también que, para que el procedimiento sea eficaz, debe realizarse en forma urgente y no puede diferirse para después del parto. En tales circunstancias, el principio del doble efecto permite justificar la histerectomía, aun cuando esta tenga como efecto seguro la muerte de la persona no nacida. Primero, si se considera en sí misma (es decir, con abstracción de la muerte del hijo), la histerectomía de un útero canceroso es, sin duda, un procedimiento médico lícito. Segundo, el fin que se busca con la acción es únicamente la cura del cáncer o la salvación de la vida de la madre. Tercero, la muerte de la persona no nacida no es elegida como medio, pues la madre no se cura del cáncer en virtud de la muerte del hijo (y también se sometería a la operación si no estuviera embarazada). Cuarto, no existe una manera menos perjudicial de detener el cáncer. Y, quinto, el efecto bueno intentado es proporcionalmente importante en relación con el efecto malo previsto.

- 37 ¿Es malo abortar incluso cuando está permitido por la ley? (Página 96)
- 07 ¿Es la vida humana un bien disponible? (Página 36)
- 12 ¿Qué es el principio del doble efecto? (Página 46)
- 25 ¿Cómo se hace un aborto? (Página 72)
- 44 ¿Es el llamado “aborto terapéutico” un caso en que se aplica el principio del doble efecto? (Página 110)
- 42 ¿Qué es el llamado “aborto terapéutico”? (Página 106)
- 22 ¿Qué es un aborto? (Página 68)
- 46 ¿Se puede, en el actual estado de desarrollo de la ciencia médica, salvar la vida de la madre sin recurrir al aborto? (Página 114)



44 | ¿Es el llamado “aborto terapéutico” un caso en que se aplica el principio del doble efecto?

ALEJANDRO MIRANDA
DOCTOR EN DERECHO

- La expresión “aborto terapéutico” es ambigua en su significado. Por eso, para responder adecuadamente esta pregunta es necesario efectuar una precisión terminológica. Si por “aborto terapéutico” se entiende un aborto directo o intencional realizado por razones terapéuticas, entonces no puede justificarse por el principio del doble efecto, pues sería un acto en el cual el efecto malo se elige como medio para conseguir el bueno. En cambio, si se entiende por “aborto terapéutico” la muerte indirecta o no intencional del no nacido producida como resultado de una terapia en sí misma lícita y necesaria para conseguir un bien proporcionalmente importante, entonces, según se vio en otra pregunta, puede justificarse por aplicación del principio del doble efecto.

Se debe tener en cuenta, con todo, que la expresión “aborto terapéutico” se ha usado mayoritariamente para referirse a la primera clase de acción arriba descrita, es decir, al aborto intencional motivado por razones terapéuticas, que no puede permitirse según el principio del doble efecto. En este punto, alguien podría preguntarse: “Si en los dos casos la muerte del no nacido se va a producir como un efecto seguro de la acción, ¿qué importa el modo en que se produzca?”. Con otras palabras, la pregunta sería: “¿Es moralmente relevante distinguir si la muerte fue un efecto intentado o fue solo un efecto colateral?”. La respuesta es que la distinción entre procurar la muerte como medio para conseguir un fin y tolerar la muerte como efecto colateral, sí es moralmente relevante. Y la razón es que la ética no es meramente una

“Si por ‘aborto terapéutico’ se entiende un aborto intencional realizado por razones terapéuticas, entonces no puede justificarse por el principio del doble efecto. En cambio, si se entiende como la muerte no intencional del no nacido producida como resultado de una terapia en sí misma lícita y necesaria para conseguir un bien proporcionalmente importante, entonces, puede justificarse por aplicación de este principio”.

cuestión de resultados, sino más bien del modo en que la voluntad humana se relaciona con ciertos bienes fundamentales.

113

Así, destruir intencionalmente una vida humana inocente como medio para salvar otra implica subordinar el ser completo de una persona al bien de otra. El valor de la persona cuya vida es destruida como medio para un fin es reducido al de un bien puramente instrumental, y de ese modo se la degrada. Por eso, quien trata a una persona como mero medio tiene una voluntad injusta. Pero la voluntad desordenada de quien trata a una persona como mero medio no se encuentra ni podría encontrarse en quien tolera la muerte de una persona como un efecto colateral de una acción lícita, necesaria y proporcionada. Esto se debe a que, aunque es siempre posible evitar los males intencionales (ya que la intención es un acto interior que, como tal, está necesariamente en poder de la voluntad), no es siempre posible evitar ciertos males como efectos colaterales de lo que se elige hacer. En efecto, hay casos en los que, sin importar cuál sea el curso de acción que se elija seguir, se producirá como efecto colateral algún mal que en principio se debía evitar. Por consiguiente, no puede existir un deber absoluto de evitar malos efectos colaterales, porque ese deber sería imposible de cumplir.

Como objeción a lo que se acaba de decir podría quizá alegarse que, frente a un caso de efectos colaterales inevitables, prima el deber de evitar los males que uno causa, antes que el deber de impedir los males producidos por otras causas. Eso implicaría, por ejemplo, que, si el médico solo puede salvar la vida de la madre con una acción que producirá como efecto colateral la muerte del hijo, su deber es abstenerse de intervenir. Pero esta sería una objeción débil, pues supondría atribuir a la causalidad física una relevancia moral que ella no posee. Desde el punto de vista ético (y jurídico), sin embargo, un resultado puede ser correctamente caracterizado como “efecto” de una omisión. Las distinciones éticamente significativas no son las referidas a la causalidad física, sino a la voluntariedad, pues los actos humanos son moral y jurídicamente evaluables en la medida en que son voluntarios.

10

09

- 42 ¿Qué es el llamado “aborto terapéutico”?
(Página 106)
- 25 ¿Cómo se hace un aborto?
(Página 72)
- 12 ¿Qué es el principio del doble efecto?
(Página 46)
- 43 ¿Cómo se relaciona el principio del doble efecto con el aborto?
(Página 108)
- 113 ¿Son la eutanasia o el aborto un acto malo? ¿Siempre?
(Página 252)
- 10 ¿Qué diferencia un acto bueno de uno malo?
(Página 42)
- 09 ¿Cuál es la diferencia entre “acto humano” y “acto del hombre”?
(Página 40)



45 | ¿Era necesaria la ley de aborto para que los médicos salvaran la vida de una madre en caso de enfermedad grave?

LUIS JENSEN

MÉDICO GINECÓLOGO
Y MAGÍSTER DE BIOÉTICA

“No era necesario legalizar el aborto por esta causal. La mortalidad materna se ha mantenido en descenso en forma continua desde los años 60”.

38... No era necesario legalizar el aborto por esta causal. Sin embargo, fue la primera que se propuso, porque presenta un escenario evidentemente dramático que genera una fuerte respuesta emotiva. En Chile, antes de esta ley, la mayoría no estaba a favor del aborto, pero al hacer la pregunta referida al caso de peligro de la vida de la madre, se revertía la opinión. Aquí hay un componente comunicacional que apunta a la emotividad.

Desde la perspectiva médica se presentó en todas las instancias la evidencia de la realidad chilena: sin tener ley de aborto, la mortalidad materna se ha mantenido en descenso en forma continua desde los años 60. La derogación del “aborto terapéutico” a fines de los 80 no tuvo

33... ningún efecto en la curva. En el momento de la discusión sobre la legalización del aborto, las exitosas cifras chilenas sólo eran superadas en toda América por Canadá.

Es evidente que los médicos desde siempre hemos hecho lo mejor posible para salvar la vida de una madre cuando cursa una enfermedad grave durante su gestación. Esto es así porque existe una formación de médicos competentes y servicios de salud eficientes, que a pesar de las carencias conocidas por todos, es capaz de actuar correctamente frente a los casos graves. Estas pacientes son habitualmente derivadas en forma expedita a la unidad de cuidados intensivos correspondiente, y el



equipo multidisciplinario a cargo generalmente ha contado con los elementos requeridos para confirmar la gravedad de la madre, compensar lo necesario y actuar. Esto está protocolizado para las diferentes enfermedades que conllevan un riesgo vital, lo cual se denomina la *lex artis*, es decir, el estado del arte de la práctica médica que se lleva a cabo, por definición ampliamente aceptado. Por eso, si algún médico no realiza el tratamiento o la intervención previsto por dicha *lex artis*, tendría que dar muchas “explicaciones”.

No corresponde aquí detallar cada una de las situaciones patológicas en que se puede encontrar la madre y las acciones terapéuticas a realizar, pero el hecho concreto es que si el embarazo sigue adelante en aquellos casos, la muerte de la madre y del hijo es evidente. Por lo tanto, el tratamiento adecuado es “interrumpir el embarazo”, entendiendo por eso inducir el parto, sabiendo que el feto por su prematuridad probablemente no pueda sobrevivir. Esto es distinto del aborto provocado porque si la técnica permitiera salvar la vida ambos pacientes, se haría. Aquí no hay ninguna acción cuyo objetivo sea terminar con la vida del no nacido. En contraste, el aborto fracasa cuando el niño por nacer sobrevive.

Esto es complejo de entender, más aún porque la ley habla de la “interrupción voluntaria del embarazo” y no de aborto. Se buscó dejar de utilizar la expresión ‘aborto’, que en ese entonces generaba un amplio rechazo en nuestra sociedad y se introdujo el acto médico de “interrupción del embarazo” intentando utilizarlo como sinónimo de aborto. No se consideró que la interrupción del embarazo correctamente entendida, amparada en la *lex artis*, en el caso de riesgo vital de la madre, es ella misma una terapia. Es decir, es algo bueno en sí mismo: una cesárea, un vaciamiento del útero, una terapia oncológica, por mencionar algunas. Ese es el acto médico y que puede tener una consecuencia no buscada, no querida, pero que hay que aceptar: la alta probabilidad

- 38 ¿Es restrictiva la ley de aborto en tres causales? (Página 98)
- 33 ¿Existe una relación entre mortalidad materna y leyes restrictivas de aborto? (Página 88)
- 43 ¿Cómo se relaciona el principio del doble efecto con el aborto? (Página 108)
- 46 ¿Se puede, en el actual estado de desarrollo de la ciencia médica, salvar la vida de la madre sin recurrir al aborto? (Página 114)
- 44 ¿Es el llamado “aborto terapéutico” un caso en que se aplica el principio del doble efecto? (Página 110)
- 22 ¿Qué es un aborto? (Página 68)
- 12 ¿Qué es el principio del doble efecto? (Página 46)
- 25 ¿Cómo se hace un aborto? (Página 72)

de muerte del feto aunque se hagan todos los esfuerzos por salvarlo. La evaluación ética de este proceder es conocida como el doble efecto: de una acción buena, se produce una consecuencia mala. En el aborto, en cambio, la primera acción es matar al feto y de esta se espera una consecuencia buena: salvar a la madre.

12
25

46 | ¿Se puede, en el actual estado de desarrollo de la ciencia médica, salvar la vida de la madre sin recurrir al aborto?

LUIS JENSEN

MÉDICO GINECÓLOGO
Y MAGÍSTER DE BIOÉTICA

En otra respuesta queda claro cuál es el acto médico para salvar la vida de la madre y que no tiene como objetivo matar al feto, que sí es el fin de la acción abortiva. Son casos extremos y por lo tanto poco frecuentes. Hay una tradición médica que en Chile ha confirmado su buena práctica y su eficacia, por lo tanto no era necesaria una ley que legalizara el aborto para ejercer una buena medicina.

45
25

Hay otras situaciones médicas de la mujer que el embarazo puede agravar, llegando a poner en riesgo la vida de la madre, especialmente si no se diagnostican y tratan a su debido tiempo. Si la embarazada no asiste a sus controles habituales de embarazo se puede llegar a una situación dramática. La pandemia del COVID-19 nos mostró el impacto que han tenido la edad y las enfermedades de base (comorbilidades como obesidad, tabaquismo, hipertensión, diabetes, etc.) en la gravedad de la enfermedad, la prolongación de la hospitalización, complejidad de su manejo y en último término, la muerte. Algo similar ocurre con el embarazo y, en todas las regiones del país hay unidades especializadas en el diagnóstico, tratamiento y prevención de complicaciones cuando la madre es portadora de alguna de estas condiciones de riesgo. Existen unidades de alto riesgo obstétrico en todos los hospitales de alta complejidad con unidades obstétricas.

El desarrollo de la medicina en cuanto a capacidad diagnóstica, intervenciones quirúrgicas menos invasivas, más seguridad en la anestesia, más posibilidades de soporte en unidades de tratamiento intensivo, medicamentos más

“El desarrollo de la medicina ha permitido el tratamiento multidisciplinario y la compensación de enfermedades graves que antes llevaban a la muerte.

También el desarrollo de la neonatología permite apoyar a recién nacidos cada vez más prematuros para que salgan adelante y en una enorme proporción sin secuelas”.

específicos y con menos efectos colaterales, han permitido a la vez el tratamiento multidisciplinario y la compensación de enfermedades graves que antes llevaban a la muerte.

Un elemento central ha sido también el desarrollo de la neonatología, que permite apoyar a recién nacidos cada vez más prematuros para que salgan adelante y en una enorme proporción sin secuelas. Esto hace que, al enfrentarse a la madre y al hijo como dos pacientes, se encuentre el mejor momento, centro asistencial y equipo de salud para obtener el mejor resultado posible para ambos. En Chile se cuenta actualmente con una red de salud estatal y privada que permite esta derivación de pacientes a centros altamente especializados, con profesionales competentes en salud materno fetal.

Es muy importante este concepto de diagnóstico y manejo precoz de patologías que potencialmente pueden llegar a poner en riesgo la vida, ya que está la tendencia a incorporar estos casos en la primera causal de la ley 21.030. Esto constituye un grave error porque se transforma al aborto, que es matar al feto intencionalmente, en una supuesta herramienta terapéutica para sanar a la madre o mejorar su calidad de vida.

Finalmente, hay algunos que han extrapolado la inadecuada interpretación “terapéutica” del aborto a la salud mental de la mujer, cuando el embarazo se vive como una amenaza para su bienestar. En esta situación mejorar la salud de la mujer no depende del apoyo técnico señalado, sino que se necesita un soporte psico-social competente para llegar a término con los dos pacientes: madre e hijo.

- 45 ¿Era necesaria la ley de aborto para que los médicos salvaran la vida de una madre en caso de enfermedad grave? (Página 112)
- 25 ¿Cómo se hace un aborto? (Página 72)
- 38 ¿Es restrictiva la ley de aborto en tres causales? (Página 98)
- 42 ¿Qué es el llamado “aborto terapéutico”? (Página 106)
- 44 ¿Es el llamado “aborto terapéutico” un caso en que se aplica el principio del doble efecto? (Página 110)
- 43 ¿Cómo se relaciona el principio del doble efecto con el aborto? (Página 108)
- 31 ¿Hay evidencia de que una mujer que aborta sufre algún tipo de trauma después de hacerlo? (Página 84)
- 30 ¿Es el aborto una ayuda para las madres con un embarazo vulnerable? (Página 82)



47 | ¿Pueden existir seres humanos inviábiles o incompatibles con la vida?

JORGE NEIRA
MÉDICO GINECÓLOGO
Y MAGÍSTER EN BIOÉTICA

Como decía Tertuliano, “ya es un hombre aquel que lo será”. Por lo tanto, no puede haber seres humanos incompatibles con la vida, es una contradicción lógica, no pueden existir seres humanos que por definición están vivos y no vivos a la vez: o se está vivo o se está muerto. Lo que sí puede existir son seres humanos con una expectativa de vida más corta, limitada a la vida intrauterina o en sus primeras etapas después de nacer, así como pueden

existir seres humanos que viven prolongadamente y que mueren superando el promedio de supervivencia de la sociedad donde se desarrollan.

En relación con lo anterior, es más correcto señalar que se trata de seres humanos con una expectativa de vida breve, más que expresarse diciendo que hay seres humanos “incompatibles con la vida”, particularmente cuando se trata de un niño por nacer que padece

anomalías congénitas de mal pronóstico vital (ACMPV), sean estas letales o no letales, pero muy graves. En esos casos estamos ante un ser humano enfermo, pero ante un ser humano a fin de cuentas, tan valioso como cualquier otro.

No podemos pensar que un niño por nacer que padece una ACMPV es menos valioso que un adulto sano, porque el hecho de que vaya a morir en un tiempo



breve no lo hace esencialmente distinto de los demás, ya que es una certeza que todos moriremos. La condición humana es finita, aunque a veces nos cueste especialmente aceptar esa condición. En todo caso, el valor de la vida no se mide por su duración. Toda vida es valiosa, porque cada persona es digna, original,

63. única e irrepetible y, por tanto, irremplazable.

A lo anterior hay que sumar el dato de que, en ocasiones, a pesar de todos los avances que la ciencia médica ha experimentado en los últimos años, se pueden dar errores en los diagnósticos clínicos. Entre otras cosas, no es prudente optar por eliminar la vida de un niño por nacer sobre la base de un diagnóstico de ACMPV, puesto que se conocen testimonios

59. de sobrevivida más allá del pronóstico realizado. La certeza diagnóstica absoluta nunca será

38. posible de alcanzar. Y aunque se consiguiera,

113. optar por el aborto nunca será la solución para

65. estos casos tan dramáticos.

Por último, podemos señalar que es precisamente en casos de enfermedades graves cuando más claramente aparece el valor intrínseco de cada persona, puesto que es ahí cuando, quizá más que nunca, se valora a una persona por lo que es y no por lo que

04. tiene o hace.

48. ¿Qué son las anomalías congénitas de mal pronóstico vital (ACMPV)? (Página 118)

06. ¿Es persona todo individuo de la especie humana? (Página 34)

08. ¿Toda vida humana merece ser vivida? (Página 38)

50. ¿Qué son los cuidados paliativos perinatales? (Página 122)

38. ¿Es restrictiva la ley de aborto en tres causales? (Página 98)

113. ¿Son la eutanasia o el aborto un acto malo? ¿Siempre? (Página 252)

65. ¿Es correcto abortar cuando se está frente a una situación extremadamente dramática? (Página 152)

04. ¿Qué es la vida y por qué tiene un especial valor la vida humana? (Página 30)

“No podemos pensar que un niño por nacer que padece una anomalía congénita de mal pronóstico vital es menos valioso que un adulto sano, porque el hecho de que vaya a morir en un tiempo breve no lo hace esencialmente distinto. El valor de la vida no se mide por su duración. Toda vida es valiosa, porque cada persona es digna, original, única e irrepetible”.

48 | ¿Qué son las anomalías congénitas de mal pronóstico vital (ACMPV)?

JORGE BECKER

MÉDICO GINECÓLOGO MATERNO FETAL

En 2016, la Sociedad Chilena de Pediatría publicó un consenso⁸⁴ donde denominó a este grupo de enfermedades como “anomalías congénitas de mal pronóstico vital” (ACMPV), eliminando el concepto de anomalías letales o incompatibles con la vida extrauterina, pues si bien son enfermedades congénitas no tratables, según los conocimientos médicos actuales, su sobrevida es variable y no siempre ocurre la muerte del individuo afectado inmediatamente después de nacer.

Se pueden dividir en dos grupos: malformaciones fetales muy graves y síndromes genéticos que habitualmente se asocian a malformaciones de diversa gravedad pero donde el mal pronóstico está dado por el síndrome en sí mismo.

Dentro del primer grupo, el ejemplo más clásico es la anencefalia, situación en que no se desarrollan los huesos del cráneo quedando el cerebro expuesto al líquido amniótico durante todo el embarazo, lo que le produce un daño muy severo y no tratable que finalmente lleva a la muerte del individuo, habitualmente en las primeras horas o días de vida (95% de los casos). Sin embargo, hay reportes de sobrevida hasta de dos años. Otras malformaciones de mal pronóstico vital son la holoprosencefalia alobar, algunas enfermedades graves de los huesos de un grupo llamado displasias esqueléticas, algunas malformaciones renales como la agenesia renal bilateral donde la persona nace sin riñones y algunas enfermedades o malformaciones que impiden el desarrollo

adecuado de los pulmones. En este último grupo la sobrevida es muy corta, ocurriendo la muerte habitualmente dentro de la primera hora después del nacimiento.

Dentro del segundo grupo, las más conocidas son las llamadas trisomías letales como son los síndromes de Edwards (trisomía del cromosoma

“Si bien se trata de enfermedades congénitas no tratables, según los conocimientos médicos actuales, su sobrevida es variable y no siempre ocurre la muerte del individuo afectado inmediatamente después de nacer”.

18) y de Patau (trisomía del cromosoma 13), las que también tienen una sobrevida que suele ser corta con una mortalidad alta en el primer mes de vida, aunque se sabe de algunos individuos han vivido décadas.

Desde el punto de vista médico, las personas que nacen con estas enfermedades o síndromes se podrían comparar con la situación de un

- 72** enfermo terminal, es decir con una patología fuera del alcance médico y con una sobrevida probablemente corta, pero incierta. Por tanto,
- 50** la aplicación de cuidados paliativos puede ayudar a reducir el sufrimiento mientras dure la enfermedad. Así mismo, se debe hacer una labor de acompañamiento al grupo familiar
- 51** al que pertenece el paciente, en este caso, un niño que aún no nace o que tiene poco tiempo de nacido⁸⁵.

72 ¿Qué es una enfermedad en estado terminal?
(Página 168)

50 ¿Qué son los cuidados paliativos perinatales?
(Página 122)

51 ¿Cómo se aplican en la práctica los cuidados paliativos perinatales?
(Página 124)

⁸⁴ Rosa Pardo et al., "Consenso de la Rama de Genética de la Sociedad Chilena de Pediatría sobre las anomalías congénitas de mal pronóstico vital (ACMPV)", *Revista Chilena de Pediatría*; 87(5) (2016): 422-431.

⁸⁵ Para profundizar en el tema de la anomalías congénitas con mal pronóstico vital, puede verse: DJC Wilkinson et al., "Fatally flawed? A review and ethical analysis of lethal congenital malformations", *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119, (2012): 1302-1308.



49 | ¿Tiene dolor la madre de un niño con ACMPV?

Si consideramos el concepto clásico de dolor como una sensación física, las malformaciones fetales no producen dolor en la madre. No existe un mecanismo biológico mediante el cual, un feto portador de malformaciones haga sentir dolor físico a su madre. De hecho, si no fuera por la ecografía, la embarazada no sabría jamás que su hijo viene enfermo hasta después del parto, como ocurría antes del uso masivo de la ecografía, iniciado en Chile en la década de los '80, o cuando hay un embarazo no controlado (situación muy poco frecuente en Chile).

Por razones obvias, cuando se hace el diagnóstico prenatal de una anomalía congénita de mal pronóstico vital, la madre siente tristeza y gran desazón porque siempre espera tener un hijo sano y la noticia de tener un niño con una enfermedad no tratable es muy duro para ella, pero eso no produce dolor corporal.

Cuando hay malformaciones graves, el enfermo es el hijo y no la madre, que en general tendrá un embarazo bastante normal desde el punto de vista de enfermedades obstétricas, lo que no quita considerar la parte emocional en el

“Si consideramos el concepto clásico de dolor como una sensación física, las malformaciones fetales no producen dolor en la madre. En general tendrá un embarazo bastante normal desde el

punto de vista de enfermedades obstétricas, lo que no quita considerar la parte emocional en el seguimiento de las mujeres que viven esta situación durante su embarazo y post parto”.

JORGE BECKER
MÉDICO GINECÓLOGO MATERNO FETAL

50... seguimiento de las mujeres que viven esta situación durante su embarazo y post parto, porque sin duda lo pasan muy mal. Es difícil entender que los hijos mueran antes que los padres, porque en general, naturalmente ocurre lo contrario, eso explica obviamente el dolor emocional o espiritual que sienten las embarazadas que pasan por esta situación y que también afecta a su círculo familiar más cercano.

50 ¿Qué son los cuidados paliativos perinatales? (Página 122)

51 ¿Cómo se aplican en la práctica los cuidados paliativos perinatales? (Página 124)



50 | ¿Qué son los cuidados paliativos perinatales?

“En la medicina paliativa perinatal el paciente con una enfermedad avanzada es el niño que está por nacer, que limitará su vida al período perinatal. A lo anterior se agrega el sufrimiento de la madre y la familia. Esta disciplina se enfrenta a un desafío máximo: velar por la salud del feto, así como cautelar la salud psicológica y espiritual de la madre y su entorno familiar”.

⁹⁷ La OMS define los cuidados paliativos⁸⁶ como “los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia”.

El concepto perinatal se refiere a la etapa que va desde las 22 semanas de gestación hasta los 28 días de vida⁸⁷. Los cuidados paliativos perinatales entonces se enfocan entre la vida intrauterina y los primeros días del desarrollo extrauterino, lo cual les confiere una característica muy específica y única. El hecho de la proximidad entre el nacimiento y la muerte impacta intensa y profundamente a los padres y la familia.

Así surge el concepto de cuidados paliativos perinatales o medicina paliativa perinatal, en donde el paciente con una enfermedad avanzada es el niño que está por nacer, que padece una anomalía congénita de mal pronóstico vital que limitará su vida al período perinatal. A lo anterior se agrega, más allá

⁴⁸ del dolor físico, el sufrimiento de la madre

JORGE NEIRA
MÉDICO GINECÓLOGO
Y MAGÍSTER EN BIOÉTICA

85 y la familia que algunos han denominado 'dolor total'⁸⁸.

La obstetricia, disciplina médica que cuida a la diáda madre-hijo⁸⁹, se enfrenta a un desafío máximo: velar por la salud del embrión o feto, así como contener y cautelar la salud psicológica y espiritual de la madre y su entorno familiar.

51 El duelo perinatal es de alta complejidad, por la proximidad entre el inicio de la vida y la muerte. No existe una solución fácil. Cualquier programa de cuidados paliativos perinatales debe estar cimentado en la contención emocional de la familia y en la comunicación articulada con un equipo interdisciplinario.

97 ¿Qué es la medicina paliativa? (Página 218)

48 ¿Qué son las anomalías congénitas de mal pronóstico vital (ACMPV)? (Página 118)

49 ¿Tiene dolor la madre de un niño con ACMPV? (Página 120)

85 ¿Qué significa el concepto de "dolor total"? (Página 194)

51 ¿Cómo se aplican en la práctica los cuidados paliativos perinatales? (Página 124)

⁸⁶ El espíritu de los cuidados paliativos está bien descrito en las siguientes palabras de Cicely Saunders, fundadora del movimiento HOSPICE: "Tú me importas por ser tú, importas hasta el último momento de tu vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no solo para ayudarte a morir en paz, sino también a vivir hasta el día en que mueras".

⁸⁷ Perinatal ampliado, el período perinatal abreviado comprende de las 28 semanas de gestación a los 7 días de vida.

⁸⁸ Término acuñado por Cicely Saunders.

⁸⁹ La obstetricia es la única disciplina médica que cuida dos pacientes simultáneamente en una misma unidad física.

51 | ¿Cómo se aplican en la práctica los cuidados paliativos perinatales?

A través de la medicina paliativa perinatal ⁵⁰ se aplican los cuidados respectivos a madre e hijo, cumpliendo los hitos definidos por la OMS en nuestros dos pacientes. Esta disciplina se apoya en tres puntos fundamentales: contención psicológica, emocional y espiritual; acompañamiento y comunicación; y trabajo en equipo.

Primero, la contención psicológica, emocional y espiritual. La pérdida de un bien apreciable ya sea alguien o algo, y todos los procesos que se desencadenan posteriormente es una de las tantas definiciones de duelo. El duelo perinatal es la consecuencia de la pérdida del sujeto que se desarrolla en el útero o ¹⁷ en la vida extrauterina inmediata, lo cual le confiere una característica de alta complejidad por la proximidad entre la vida y la muerte, y además, por lo inesperado del suceso. Cuando la familia recibe la noticia de la enfermedad congénita grave del hijo por nacer, se trastoca toda su estructura, y se inicia el tránsito por las etapas del duelo definidas por Kübler-Ross: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. El manejo precoz y bien orientado en la esfera psicológica, emocional y espiritual permitirá llegar a la aceptación, respetando los tiempos y necesidades emocionales de los padres, sin criterios rígidos. El apoyo de los ritos religiosos, son espacios de paz, esperanza y de trascendencia para ascender en valores humanos que no entrega la medicina positivista. De esta forma, se permite que

los sufrientes puedan encontrar sus propias herramientas para dar un sentido a lo vivido y continuar en paz su trayectoria de vida.

En segundo lugar, es muy importante el acompañamiento y la comunicación. El

“A través de la medicina paliativa perinatal se aplican los cuidados respectivos a madre e hijo: dos pacientes. Esta disciplina se apoya en tres puntos fundamentales: contención psicológica, emocional y espiritual; acompañamiento y comunicación; y trabajo en equipo”.

JORGE NEIRA
MÉDICO GINECÓLOGO
Y MAGÍSTER EN BIOÉTICA

acompañamiento, esa disponibilidad que salta las barreras del tiempo y espacio para cultivar la comunicación mediante el diálogo y la escucha activa, es una fuente terapéutica de insospechados resultados, es el vehículo que favorece como pocos la posibilidad del diálogo curativo. Esto implica ponerse en presencia de la persona sufriente, para encontrarse en la verdad, el afecto, la libertad y la confianza.

Ante las anomalías congénitas, la verdad es la condición primaria del arte terapéutico. Deben hacerse todos los esfuerzos a nivel profesional e institucional para acceder a la certeza diagnóstica de las anomalías congénitas, puesto que la incertidumbre ante la condición del feto revictimiza a la familia.

Otra dimensión de este diálogo es el afecto, que surge en el equipo tratante espontáneamente frente a la intensidad de las emociones vividas, lo que consolida un estrecho vínculo médico-paciente que se prolonga por mucho tiempo.

Otro aspecto es la libertad, entendida no solamente como impedimento externo que coarte el accionar, sino como autodeterminación, haciendo uso de la razón, que se inclina hacia el bien. De esta manera, la madre que desea libremente respetar la vida de su criatura enferma, y cuidarla —por amor— hasta su muerte natural.

- 50 ¿Qué son los cuidados paliativos perinatales? (Página 122)
- 17 ¿Hay un único ser humano durante todo el desarrollo embrionario, desde la concepción hasta el nacimiento? (Página 58)
- 05 ¿Qué distingue a la vida humana de otras vidas? (Página 32)

Por último, está el trabajo en equipo. El equipo se construye en el día a día, al enfrentar desafíos de todo orden, en los cuales se debe tener presente que no se trata de “un caso repleto de fallas orgánicas”, sino del cuidado de la díada madre-hijo con sus diversas aristas desde la interdisciplinariedad.



52 | ¿Se justifica despenalizar el aborto en caso de violación?

La ley 21.030 permitió el aborto de embarazos producto de una violación. No obstante, frente a esta situación dramática, sin duda existen formas más humanas de enfrentarla, como se detalla

⁵³ en otra parte de este libro. En ese sentido, para contribuir a un análisis más acabado de esta compleja realidad es importante revisar las razones entregadas en el proyecto de ley que permitía y garantizaba este tipo de aborto⁹⁰, con el objetivo de discernir si existe en esos argumentos alguna justificación atendible.

En primer lugar, se arguyó un incumplimiento de “obligaciones internacionales contraídas por Chile”, al existir recomendaciones de organismos de Naciones Unidas que solicitaban que existiera una normativa que permitiera el aborto. En todos ⁵⁶ se recomendaba legalizar el aborto en caso de violación.

Frente a aquello, es importante hacer dos consideraciones. Por un lado, no existe ningún tratado internacional —ratificado por los países miembros— que reconozca un

¹²¹ supuesto derecho al aborto, sólo existen organizaciones burocráticas de Naciones Unidas que han levantado la causa del aborto como propia, haciendo una interpretación particular de los tratados vigentes. De hecho, ni la

¹²² Declaración Universal de Derechos Humanos de Naciones Unidas ni la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José), mencionan la palabra aborto. Por otro lado, aunque así fuera y existiera en el futuro alguna norma internacional que considerara al aborto como un derecho humano, estaría en la práctica generando un contrasentido, ya que permitiría amparar el término de la vida de un ser humano inocente aludiendo, incomprensiblemente, a derechos inalienables de todos los seres humanos. Esto sería una evidente contradicción en los términos.

Otro argumento entregado por la burocracia internacional⁹¹ fue que la prohibición del aborto “puede llevar a las mujeres a la búsqueda de abortos

inseguros e ilegales, con los consiguientes riesgos para su vida y su salud, así como por el hecho de que los abortos clandestinos sean la causa principal de mortalidad materna”. Dicha aseveración muestra el desconocimiento de la realidad nacional que tenían los funcionarios que realizaron esa recomendación, ya que Chile tiene la tasa de mortalidad materna más baja de toda América Latina, sólo superada por Canadá en el resto del continente y similar a la de Estados Unidos, un país en el que —hasta hace poco— existió por varias ³³ décadas el aborto libre como derecho constitucional. ³⁵ ³⁶

Por otro lado, también se aludió como justificación que no permitir a la mujer decidir sobre la continuidad del embarazo constituía “una nueva negación de su voluntad” de igual entidad que el vejamen del que fue víctima, ya que sería equivalente a “imponerle una obligación estatal por un acto en esencia abrogatorio de su dignidad”. Se remata diciendo que: “El trauma de la violencia sexual no puede ser agravado

JORGE ACOSTA
MÉDICO

por el Estado, obligando siempre y en toda circunstancia a mantener el embarazo contra la voluntad de la mujer”.

Luego de un análisis más detenido de estos tres puntos —que pueden parecer razonables a primera vista— es posible notar que existe una confusión en los términos y las responsabilidades que se asignan.

Primero, no se puede considerar el respeto a la vida de un ser humano inocente como un acto subordinado de la mera voluntad. Es decir, no está dentro del ámbito de la libertad de ninguna persona, terminar con la vida de otra.

111

Un segundo aspecto, tiene relación con la tergiversación de la responsabilidad estatal. Al no permitir el aborto, no se está “imponiendo una obligación”⁹² a la mujer, sino que se está protegiendo el primer derecho humano, que es el derecho a la vida.

55

Por último, compartiendo que el trauma de la violencia sexual no puede ser agravado por el Estado, también debemos acordar que no se debiera adicionar a aquello, incluso con garantía estatal, un nuevo acto violento —como el aborto— contra otro inocente. Por el contrario, debiese hacerse cumplir una pena ejemplar al verdadero culpable del delito, es decir, al violador. No se puede pretender terminar con una injusticia, cometiendo otra injusticia, como condenar a pena de muerte

113

53 ¿Cuál es la forma más humana de enfrentar un embarazo por violación? (Página 128)

56 ¿Es el aborto un avance de la civilización y del reconocimiento de los derechos de la mujer? (Página 134)

121 ¿Son el aborto o la eutanasia derechos humanos? (Página 268)

122 Desde la perspectiva del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, ¿existe una obligación de los Estados para garantizar el aborto o la eutanasia? (Página 270)

33 ¿Existe una relación entre mortalidad materna y leyes restrictivas de aborto? (Página 88)

35 ¿De qué se trata el caso *Roe vs Wade*? (Página 92)

36 ¿Cuáles son las consecuencias de la revocación de *Roe vs Wade*? (Página 94)

110 ¿Son la eutanasia o el aborto un acto de autonomía del sujeto libre? (Página 246)

111 ¿Basta que la decisión de abortar o practicar la eutanasia sea libre para considerarla justa? (Página 248)

55 ¿Es el aborto un derecho de la mujer para disponer de su cuerpo? (Página 132)

113 ¿Son la eutanasia o el aborto un acto malo? ¿Siempre? (Página 252)

⁹⁰ Cámara de Diputadas y Diputados, “Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales”, Mensaje Presidencial N° 1230-362, del 31 de enero de 2015, <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=10315>.

⁹¹ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales (Chile: 36° período de sesiones, 25 de agosto de 2006, CEDAW/C/CHI/CO/4), Párrafos 19 y 20.

⁹² Sobre este argumento en específico, es recomendable revisar el artículo Jorge Fábrega, “El aborto y los límites de la autonomía”, *Estudios Públicos*, 128 (2012): 70-73. En él, se responde a Judith J. Thomson y su “dilema del violinista”. Dicho dilema se ha utilizado para equiparar la prohibición del aborto a la imposición de una obligación.

53 | ¿Cuál es la forma más humana de enfrentar un embarazo por violación?

MAURICIO BESIO

MÉDICO GINECÓLOGO

Y MAGÍSTER EN FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

Para responder a esta pregunta, tenemos que tener claro qué se entiende por una violación. En el Código Penal se describen claramente las características y circunstancias que constituyen los elementos centrales de este delito⁹³.

Todo abuso sexual es un atentado a la dignidad de las personas. La sexualidad humana, ejercida de acuerdo a su sentido unitivo y procreativo, lleva a la plenitud y sosiego sexual de la pareja humana. La condición más básica para considerar un acto sexual como digno de las personas es que se ejerza voluntariamente. Son varias otras las condiciones para cumplir con el sentido de la sexualidad humana, pero la trasgresión de la voluntariedad es el atropello más brutal, ya que se violenta una de las facultades más elevadas de una persona. Una mujer que es forzada, intimidada, engañada o es víctima del aprovechamiento por alguna condición de vulnerabilidad o por su incapacidad para comprender el alcance de una relación sexual, se convierte en una víctima. Una víctima que sufre, entonces, todas las consecuencias de la violación de su intimidad y libertad personal. Es toda la sociedad la que tiene que intentar disminuir las consecuencias de la agresión, tanto físicas, como psicológicas y espirituales. Junto a ello se le debe dar reparación judicial para protegerla y otorgarle la justicia que merece de una manera que evite re-victimizarla.

Una de las consecuencias de una violación puede ser un embarazo. Si tratamos de imaginar lo que significa estar embarazada producto

de una agresión brutal; portar el hijo de un agresor, sentir el miedo y la vergüenza de explicar esto a su entorno, a profesionales de la salud, al sistema judicial; y lo que significa para ella soportar un embarazo, parto y crianza de un hijo; podemos quizá intuir algo de su sufrimiento.

Debemos entonces, si ocurre una violación, intentar evitar por medios adecuados y no abortivos, que se produzca un embarazo. Debemos ofrecer las medidas para evitar que se produzca una fecundación, incluida la anticoncepción de emergencia. Sabemos que el levonorgestrel utilizado en los días pre-ovulatorios del ciclo de la mujer actúa de esa forma, impidiendo la fecundación, por lo tanto, no es abortivo usado en esas condiciones. Pero no es lícito utilizar métodos que podrían afectar la vida de un ser humano ya generado. Intentando comprender la situación de la mujer en cuanto víctima, no debemos olvidar que ese ser generado es un individuo humano, una persona desde que apareció a la existencia, y su eliminación significa un atentado a su derecho más fundamental, que cimienta todos sus otros derechos.

Es difícil entonces dar una respuesta. Hay una mujer que ha sido víctima de una agresión, con un embarazo producto de ella. Hay una mujer que ha sido vulnerada en su dignidad, intimidad y libertad sexual, que tiene que sufrir todas las consecuencias de esa vulneración. Por otro lado, está la vida de un ser humano totalmente vulnerable e inocente en la forma

“Todo abuso sexual es un atentado a la dignidad de las personas.

Una mujer que ha sido víctima de una agresión, con un embarazo producto de ella, ha sido vulnerada en su dignidad, intimidad y libertad sexual. Por otro lado, está la vida de un ser humano totalmente vulnerable e inocente en la forma en que apareció a la existencia, al que no se le puede negar el derecho a vivir. No se puede resolver una injusticia cometiendo otra injusticia, de la que resulte una nueva víctima”.

en que apareció a la existencia, al que no se le puede negar el derecho a vivir. No se puede resolver una injusticia cometiendo otra injusticia, de la que resulte una nueva víctima.

Se debe procurar apoyar a esa mujer en cada uno de los aspectos que la afectan, acompañándola en todo el proceso que inicia. También hay que apoyarla y agradecerle la generosidad de aceptarlo como hijo, o la generosidad de darle la posibilidad de vivir y entregarlo en adopción.

Nunca debemos abandonarla si decide no continuar con el embarazo. Si una mujer, en estas circunstancias, decide abortar significa que no hemos sido capaces de apoyarla, acompañarla y de darle la fortaleza para permitir que ese niño o niña viva⁹⁴.

- 62 ¿Es abortiva la “píldora del día después”? (Página 146)
- 13 ¿Cuándo comienza la vida humana? (Página 50)
- 63 ¿Qué otros medicamentos, además de la “píldora del día después”, pueden ser abortivos? (Página 148)
- 06 ¿Es persona todo individuo de la especie humana? (Página 34)
- 01 ¿Quién es persona? (Página 24)
- 65 ¿Es correcto abortar cuando se está frente a una situación extremadamente dramática? (Página 152)
- 113 ¿Son la eutanasia o el aborto un acto malo? ¿Siempre? (Página 252)
- 52 ¿Se justifica despenalizar el aborto en caso de violación? (Página 126)
- 28 ¿Qué es un embarazo vulnerable? (Página 78)
- 32 ¿Existen programas de apoyo a mamás con embarazo vulnerable? (Página 86)
- 68 ¿Es mejor abortar que dar en adopción? (Página 158)

⁹³ Cfr. artículos 361 y 362 del Código Penal.

⁹⁴ Para profundizar en los contenidos puede consultarse: Mauricio Besio, “Hacia una Sexualidad Plena; Una mirada antropológica y ética”, en ed. E. Guzmán, *Selección en temas en ginecoobstetricia*, Tomo II (Santiago: Ediciones Publimpacto, 2007): 669-685; Mauricio Besio y Antonia Muñoz, “Acompañar en el dolor del abuso”, *Revista Diálogos* (PUC), año 8 N° 14 (2019): 28-31.

54 | ¿Por qué la despenalización del aborto en caso de violación no protege a la mujer?

Desde la perspectiva de la política criminal, autorizar el aborto en caso de violación difícilmente puede traducirse en un esfuerzo por proteger la integridad de la mujer, pues lejos de promover un abordaje integral para la situación de extrema vulnerabilidad que supone ese embarazo, la despenalización solo se limita a ofrecer una salida que, si bien puede ser amparada al alero de la autonomía de la mujer, en realidad no hace más que ofrecer una vía de escape rápida, cuyas consecuencias en el largo plazo no suelen ser ponderadas adecuadamente.

53

28

55

123

En la hipótesis de la despenalización, se conjugan todos los elementos que hacen de este, un escenario que dificulta la persecución penal de quien cometió el delito, pues la ley no consagra un requerimiento expreso de denunciar la violación por parte de la víctima⁹⁵.

31

En definitiva, a la experiencia traumática de la violación se añade el trauma del aborto. Junto con ello, el victimario cuenta con condiciones excepcionales de impunidad, dado que al consagrar legalmente las condiciones en las cuales se permitiría autorizar el aborto con motivo de una violación, la responsabilidad

“En la hipótesis de la despenalización, se conjugan todos los elementos que hacen de este, un escenario que dificulta la persecución penal de quien cometió el delito, pues la ley no consagra un requerimiento expreso de denunciar la violación por parte de la víctima.

El victimario cuenta con condiciones excepcionales de impunidad, dado que al consagrar legalmente las condiciones en las cuales se permitiría autorizar el aborto con motivo de una violación, la responsabilidad del violador quedaría relegada a un segundo plano”.

FRANCISCA REYES-ARELLANO
ABOGADA
Y MAGÍSTER EN BIOÉTICA

del violador quedaría relegada a un segundo plano.

Por otro lado, una arista que también se debe tener en cuenta, guarda relación con aquellos embarazos causados con ocasión de violaciones reiteradas, en el contexto de situaciones de violencia intrafamiliar o abuso sexual reiterado. Dada la configuración legal que propone la despenalización, descubrir este tipo de vulneraciones se torna especialmente complejo, puesto que la prestación médica que supone el aborto, no conlleva necesariamente la recopilación de evidencia que permita identificar al autor del delito de violación, sino solo de los hechos que constituyen el embarazo y la edad gestacional.

Teniendo en cuenta lo anterior, de ninguna manera se puede pensar que al autorizar el aborto en caso de violación, las víctimas quedarán más protegidas. Por el contrario, ellas solo recibirán una prestación médica que tiene por objeto acabar con la vida del no nacido, mas no proteger verdaderamente la integridad física y psíquica de la mujer frente al trauma del delito padecido.

28 ¿Qué es un embarazo vulnerable? (Página 78)

55 ¿Es el aborto un derecho de la mujer para disponer de su cuerpo? (Página 132)

123 ¿Es lo mismo despenalizar el aborto o la eutanasia que legalizarlos? (Página 272)

31 ¿Hay evidencia de que una mujer que aborta sufre algún tipo de trauma después de hacerlo? (Página 84)

22 ¿Qué es un aborto? (Página 68)

22

⁹⁵ La ley 21.030, en su artículo 1º número 2º —que incorpora el artículo 119 bis del Código Sanitario—, estipula que: “En el proceso penal por el delito de violación, la comparecencia de la víctima a los actos del procedimiento será siempre voluntaria y no se podrá requerir o decretar en su contra las medidas de apremio contenidas en los artículos 23 y 33 del Código Procesal Penal”.

55 | ¿Es el aborto un derecho de la mujer para disponer de su cuerpo?

FRANCISCA REYES-ARELLANO
ABOGADA
Y MAGÍSTER EN BIOÉTICA

En general, suele tener gran aceptación la idea de que las personas pueden disponer de una parte o de todo su cuerpo, lo que se apoya en una suerte de dominio o propiedad que tendríamos, fundado en la autonomía y autodeterminación propia de los seres racionales. Lo anterior, puede llevarnos a legitimar acciones tales como el suicidio o la eutanasia, llevando al extremo la concepción de libertad de elección de la persona.

111

Ahora bien, cabe hacer algunas precisiones al respecto, y es que la autonomía, si bien suele resaltar la libertad de elección individual, también puede adoptar ribetes que muchas veces ponen en serio peligro el respeto por la dignidad humana. De esta manera, debemos afirmar que no cualquier decisión libre puede necesariamente ser amparada bajo el pretexto de la autonomía, pues al constituirla como estándar moral, quedamos irremediabilmente al filo de fenómenos como el de la pendiente resbaladiza.

110

Tal sería el caso si consagráramos el aborto como un derecho de la mujer para disponer de su cuerpo, pues en primer lugar, nos encontramos con el inconveniente de que, en estricto rigor, el feto no forma parte del cuerpo de la mujer, sino que se trata de una persona cuya autonomía debe ser considerada como elemento de ponderación aparte. En este sentido, afirmar un derecho de la mujer sobre el cuerpo del feto sería tanto como afirmar que aún es posible que algunos seres humanos puedan convertirse en propiedad de otros, pues esa sería la única

14 17

06

“La autonomía, si bien suele resaltar la libertad de elección individual, también puede adoptar ribetes que muchas veces ponen en serio peligro el respeto por la dignidad. La vida humana no es un bien susceptible de apropiación o disposición, tal como podríamos hacer con otros bienes, como un auto o un celular, los cuales son indudablemente disponibles”.

razón que nos permitiría disponer sobre ellos (sus cuerpos o sus vidas). Sería una situación semejante a la esclavitud.

Por otro lado, la autonomía y la libertad encuentran como límites, todo cuanto pudiese afectar el fundamento de su ejercicio. Así, si consideramos a la vida como condición necesaria para el ejercicio de la libertad, esta última no podría ser utilizada para la destrucción de la primera.

Finalmente, podemos afirmar que la vida humana no es un bien susceptible de apropiación o disposición, tal como podríamos hacer con otros bienes, como un auto o un celular, los cuales son indudablemente disponibles. Debemos abandonar la lógica patrimonial y disposicional que suele acompañar a las discusiones en torno al aborto y la eutanasia, pues no hace más que reducir la vida o el cuerpo a meros objetos de dominio, susceptibles de ser incluso destruidos en caso de ser necesario.

111 ¿Basta que la decisión de abortar o practicar la eutanasia sea libre para considerarla justa? (Página 248)

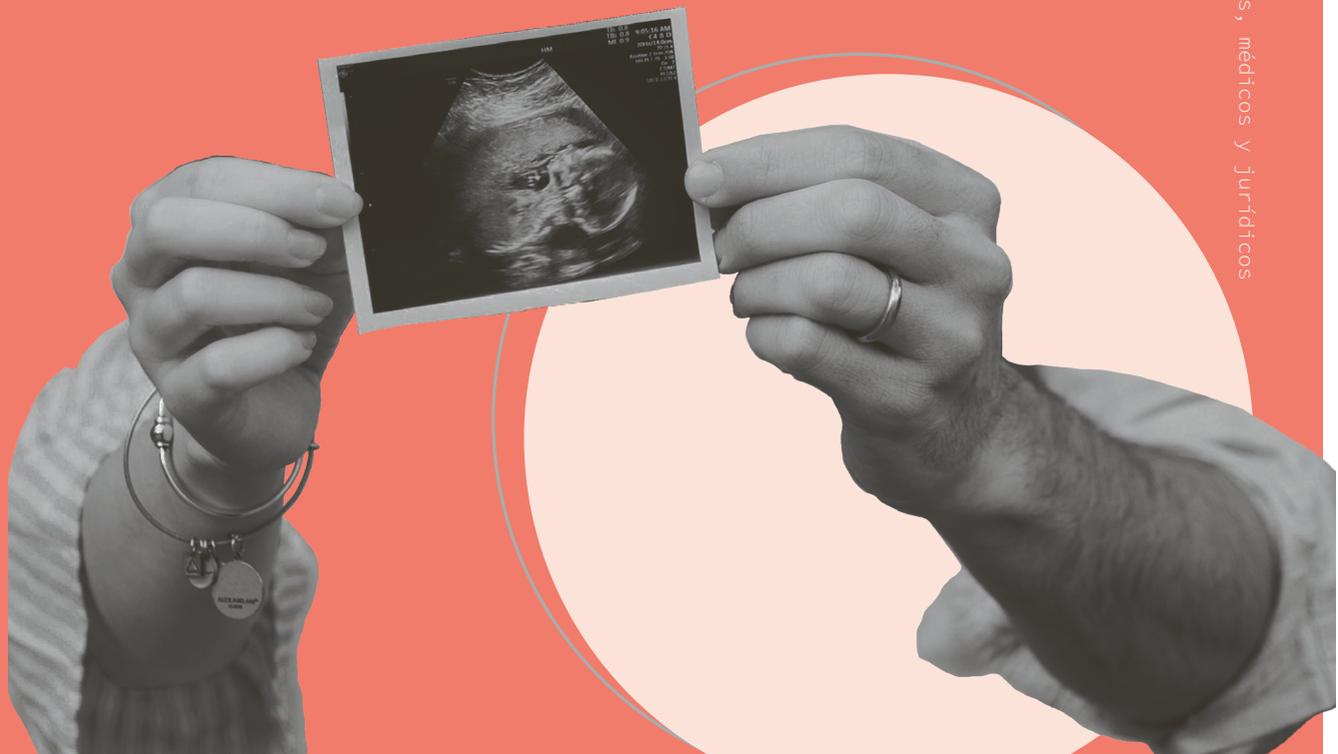
110 ¿Son la eutanasia o el aborto un acto de autonomía del sujeto libre? (Página 246)

14 ¿Es el cigoto una célula como cualquier otra? (Página 52)

17 ¿Hay un único ser humano durante todo el desarrollo embrionario, desde la concepción hasta el nacimiento? (Página 58)

06 ¿Es persona todo individuo de la especie humana? (Página 34)

07 ¿Es la vida humana un bien disponible? (Página 36)



56 | ¿Es el aborto un avance de la civilización y del reconocimiento de los derechos de la mujer?

PAULINA RAMOS

ABOGADA

Y DOCTORA EN DERECHO

CONSTANZA RICHARDS

ABOGADA Y MAGÍSTER

EN CIENCIAS JURÍDICAS

“Un avance en la protección de la mujer debe considerar si refuerza, o al menos resguarda, su condición más esencial de cara a la comunidad: la capacidad de gestar y transmitir la vida. Aquello que otros ven como un signo de opresión y limitación constituye, en realidad, su mayor fortaleza y el aporte de carácter realmente vital a la sociedad humana que, con absoluta preeminencia, da la mujer: su capacidad de crear, transmitir y desarrollar vínculos”.

Los partidarios del aborto libre o sin causales, lo justifican como una necesaria reivindicación social de la mujer para decidir con libertad sobre su cuerpo y su proyecto de vida. La vida del niño es presentada en oposición a la de la mujer, y como la representación práctica de una historia cultural de opresión sobre ella.

55

El problema es que el niño en gestación no es parte del cuerpo de la mujer. Hay dos sujetos: la mujer y el no nacido, si bien en distinta etapa de desarrollo de su ciclo vital.

14

Desde la fecundación, hay una vida humana que debe ser protegida sin condiciones. La Convención Americana sobre Derechos Humanos, en su artículo 4º N° 1, lo garantiza al disponer que el derecho a la vida debe protegerse a partir del momento de la concepción y que nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

13

07

122

08

De allí que parecería contraria a los derechos humanos cualquier ley que establezca una cierta condición de pre humano, o similar, como estatus inferior al que está por nacer, y que solo protegiera la vida del gestado a partir de un determinado tiempo, necesariamente fijado en forma arbitraria, como pueden ser las 14 semanas de gestación. Al promulgarse una ley de estas características, el ser humano en sus primeras etapas de desarrollo dejaría de ser considerado digno en sí mismo y sería, en cambio, meramente ponderado en virtud del valor que tiene para otro, en este caso su propia madre.

121

06

Para evaluar si la legalización del aborto es un avance o un retroceso de la civilización hay que atender a si es una institución respetuosa de la vida y la libertad de la mujer en todo su ciclo vital, porque difícilmente podría considerarse como desarrollo o progreso aquello que tiende a destruir lo que nos constituye más íntimamente. Ni la vida ni la libertad se respetan verdaderamente cuando se asigna un supuesto derecho de autodeterminación a la gestante que implique desconocer el derecho a la vida del engendrado, quien también puede ser una mujer.

110

Por otra parte, un avance en la protección de la mujer debe considerar si refuerza, o al menos resguarda, su condición más esencial de cara a la comunidad: la capacidad de gestar y transmitir la vida. Aquello que otros ven como un signo de opresión y limitación constituye, en realidad, su mayor fortaleza y el aporte de carácter realmente vital a la sociedad humana que, con absoluta preeminencia, da la mujer: su capacidad de crear, transmitir y desarrollar vínculos⁹⁶.

El aborto es una decisión difícil y compleja. Los embarazos que se dan en contextos de profunda vulnerabilidad exigen promover, aprobar e implementar iniciativas de apoyo integral a la mujer y sus hijos. No se le puede abandonar para que asuma sola la carga que conllevan la violencia y las dificultades. La consagración del aborto —en una lógica similar a lo que es la eutanasia para el enfermo— está lejos de ser un reconocimiento a la mujer, constituye más bien un abandono de la sociedad mediante el cual, so pretexto de estar enalteciendo su autonomía, se le carga con toda la responsabilidad de decidir la terminación de una vida inocente que florece en su seno. Sea cual sea la denominación o estatus que se le dé al *nasciturus*, nadie niega que, si se le deja crecer, seguiremos estando ante un ser humano tan digno, autónomo y capaz como los mismos que permiten su muerte.

17

55 ¿Es el aborto un derecho de la mujer para disponer de su cuerpo? (Página 132)

14 ¿Es el cigoto una célula como cualquier otra? (Página 52)

13 ¿Cuándo comienza la vida humana? (Página 50)

07 ¿Es la vida humana un bien disponible? (Página 36)

122 Desde la perspectiva del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, ¿existe una obligación de los Estados para garantizar el aborto o la eutanasia? (Página 270)

08 ¿Toda vida humana merece ser vivida? (Página 38)

121 ¿Son el aborto o la eutanasia derechos humanos? (Página 268)

06 ¿Es persona todo individuo de la especie humana? (Página 34)

110 ¿Son la eutanasia o el aborto un acto de autonomía del sujeto libre? (Página 246)

28 ¿Qué es un embarazo vulnerable? (Página 78)

32 ¿Existen programas de apoyo a mamás con embarazo vulnerable? (Página 86)

17 ¿Hay un único ser humano durante todo el desarrollo embrionario, desde la concepción hasta el nacimiento? (Página 58)

⁹⁶ Véase: Mariana Canales, "Mujer y sociedad. Las corrientes feministas en el debate público chileno", Informe IES. Disponible en: <https://www.ieschile.cl/2020/08/informes-ies-mujer-y-sociedad/>. Desde una perspectiva filosófica, se recomienda: Edith Stein, *La mujer. Su naturaleza y misión*. (Burgos: Monte Carmelo, 1998).

57 | ¿En qué países está prohibido el aborto?

JORGE ACOSTA
MÉDICO

Uno de los argumentos más escuchados durante la discusión de la ley de aborto por causales, era que Chile pertenecía a un pequeño grupo de países que tenían completamente prohibido todo tipo de aborto, lo que no permitía siquiera salvar la vida de la madre mientras estuviera embarazada o no le entregaba la suficiente seguridad jurídica a los equipos médicos tratantes para actuar oportunamente resguardando su vida.

45

46

Los hechos demuestran que esto último no es correcto, y así se explica en otras partes de este libro, pero ¿era verdad que sólo en Chile y otros cuatro países en el mundo existía una restricción absoluta al aborto? Esta pregunta es relevante, porque ese fue uno de los datos más popularmente aludidos en el debate de ese entonces. Incluso, fue parte de la justificación descrita en el proyecto que luego se transformaría en la ley 21.030. Ahí

38

se dijo que la legislación nacional sólo era comparable a la de Nicaragua, El Salvador, Malta y El Vaticano.

Es evidente la utilización táctica de incluir a la Santa Sede, con la implícita intención de mostrar que sólo son argumentos de carácter meramente religioso los que utilizan quienes consideran que toda sociedad debe proteger la vida de cada ser humano desde la concepción.

118

Existen muchas razones adicionales a las justificaciones de fe, las que permiten desacreditar la crítica anterior. No obstante, sigue llamando la atención que se sostuviera que el caso chileno fuera tan excepcional en el contexto mundial.

119

Efectivamente, es complejo establecer una comparación entre las legislaciones de los distintos países y, además, que dicho análisis

“Si bien el argumento de fondo es débil (no porque muchos lo hagan, significa que aquello realizado es correcto en sí mismo) resulta interesante saber que la aseveración tampoco era cierta, ni lo sigue siendo. Así mismo, es importante notar que el aborto es un tema en disputa en el mundo y que no se encuentra irremediabilmente zanjado”.

comparativo siempre esté en una constante actualización. No obstante, existen organismos internacionales que han realizado esta labor desde hace varios años. Uno de ellos es el *Center for Reproductive Rights*, una institución de la sociedad civil estadounidense, fundada hace 30 años, con una clara posición pro aborto. Desde el año 1998 comenzó a realizar *The World Abortion Laws Map*, que “categoriza el estatus legal del aborto en un continuo desde restricciones severas hasta la liberalización relativa. Está actualizado en tiempo real, reflejando cambios en las legislaciones nacionales”, según informa en su página web oficial⁹⁷.

Al revisar dicho mapa, se podía observar que al momento de la discusión legislativa del aborto por causales en nuestro país, habían otros 65 países que estaban categorizados igual que Chile, es decir en el nivel I, donde se encontraban aquellos que tenían totalmente prohibido el aborto o sólo permitían salvar la vida de la madre. En América Latina, compartían la misma categoría Brasil, Paraguay, Venezuela, México y Panamá, por nombrar algunos. En el resto del mundo destacaban Irlanda, Egipto, Indonesia y Filipinas.

Al día de hoy, la categorización es distinta, ya que se separaron los primeros niveles entre “prohibido completamente” y “para salvar la vida de la madre”. En la primera, se encuentran 15 países, en la segunda otros 35, incluido Chile.

En suma, si bien el argumento de fondo es débil (no porque muchos lo hagan, significa que aquello realizado es correcto en sí mismo) resulta interesante saber que la aseveración tampoco era cierta, ni lo sigue siendo. Así mismo, es importante notar que el aborto es un tema en disputa en el mundo y que no se encuentra irremediabilmente zanjado. Así como hay países que han retrocedido implementando legislaciones pro aborto, como Irlanda y Chile; también hay otros que

han avanzado en la protección de los más débiles, como Estados Unidos y la revocación del aborto como derecho constitucional que consagró su Corte Suprema al invalidar el caso *Roe vs Wade*.

45 ¿Era necesaria la ley de aborto para que los médicos salvaran la vida de una madre en caso de enfermedad grave?
(Página 112)

46 ¿Se puede, en el actual estado de desarrollo de la ciencia médica, salvar la vida de la madre sin recurrir al aborto?
(Página 114)

38 ¿Es restrictiva la ley de aborto en tres causales?
(Página 98)

118 ¿Son el aborto y la eutanasia problemas principalmente religiosos?
(Página 262)

119 ¿Deberían los creyentes imponer sus convicciones a los no creyentes en estas materias?
(Página 264)

127 ¿Cómo promover una cultura de la vida?
(Página 280)

35 ¿De qué se trata el caso *Roe vs Wade*?
(Página 92)

36 ¿Cuáles son las consecuencias de la revocación de *Roe vs Wade*?
(Página 94)

⁹⁷ Center for Reproductive Rights, “The World’s Abortion Laws”, <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/>.

58 | ¿Hay mujeres en la cárcel por realizarse abortos?

JORGE ACOSTA
MÉDICO

Con cierta frecuencia se argumenta en la discusión pública que deben aprobarse en Chile distintos tipos de leyes de aborto (por causales, por límite de edad gestacional, libre y sin restricciones, etc.) para evitar que las mujeres sean encarceladas por provocarse uno.

Frente a esa aseveración parece razonable hacerse cargo de tres aspectos principales. En primer lugar, preguntarse cuáles son las razones y circunstancias por las que una mujer podría estar pensando en abortar. Por otro lado, saber si dichos contextos pueden influir en las decisiones judiciales, es decir, si pudieran servir de eximentes o atenuantes de responsabilidad penal. Y por último, conocer si en la práctica existen o no mujeres privadas de libertad por acciones abortivas.

El primer punto ha sido abordado en estudios que han analizado la realidad de las mamás

26... chilenas. Los resultados muestran que 9 de

cada 10 mujeres que piensan en abortar, lo hacen contra su voluntad: por medio de la coerción, porque sufren violencia, movidas por el miedo o por la pérdida de expectativas de vida. Esto grafica que es comprensible que no se desee agravar esa situación de fragilidad

28... manifiesta, con una condena a prisión. De la misma manera, suscita empatía la idea de enfrentar decididamente las causas de

fondo, que llevan a las madres con embarazos vulnerables a pensar en abortar; para prevenirlos

32... y no promoverlos.

Ahora bien, conocidas las difíciles condiciones

en las que una mujer evalúa realizarse un aborto, es comprensible que aquellas puedan estar consideradas dentro de las razones eximentes⁹⁸ o atenuantes⁹⁹ de responsabilidad que contempla el Código Penal. Allí se describen aquellas circunstancias que hacen 'no responsables' a los sujetos, es decir, que a pesar de cometer el delito no serán penados (eximentes) o aquellas situaciones que disminuyen la responsabilidad de la persona que comete el delito, es decir, se le asignará una pena menor a la que corresponde (atenuantes).

Al contrastar la teoría antes descrita con la realidad nacional, pareciera que se cumple en los hechos.

En enero de 2015, La Tercera¹⁰⁰ publicó que "según los registros de Gendarmería (...), actualmente en Chile hay seis personas, todos varones, que se encuentran cumpliendo condenas por haber practicado un aborto. La mayoría tiene, además, otros delitos asociados de mayor gravedad, que les adicionan años de cárcel".

Al año siguiente, el mismo medio publicó una revisión de casos entre 2011 y 2016 que concluyó que: "Sólo un tercio de los casos de aborto que llega a tribunales termina en condena"¹⁰¹. En el resto, o existe sobreseimiento o la fiscalía decide no perseverar.

Por último, en diciembre de 2021, El Mostrador¹⁰² publicó una investigación que reveló que: "la

cantidad de mujeres que han recibido una sentencia definitiva condenatoria, son 11. Vale decir, 2,4% mujeres han sido condenadas por delitos relacionados con interrupción voluntaria del embarazo en el país". Esto desde la entrada en vigencia de la Ley 21.030, en septiembre de 2017, hasta octubre de 2021.

Frente a esta última afirmación, con el objeto de dilucidar cuál es el actual panorama en nuestro país, se consultó a Gendarmería de Chile, a través de una solicitud de información por Ley de Transparencia¹⁰³. La respuesta de la institución fue concordante con lo señalado en 2015 a La Tercera, pues confirmó que los internos reclusos al 30/4/2022, que dentro de sus causas mantienen delitos relacionados a 'aborto' son sólo 8 personas (7 condenados y 1 imputado), todos hombres, con múltiples delitos de gran connotación, cumpliendo condenas entre 5 años y cadena perpetua.

Es decir, no existen mujeres cumpliendo alguna condena en las cárceles chilenas por el delito de aborto.

Por todo lo anterior, es prudente sostener que no se necesita una ley de aborto (de ningún tipo) para evitar que las mujeres vayan a la cárcel. Por el contrario, una política respetuosa de la dignidad de la madre y del niño por nacer, debiera estar orientada a prevenir el aborto y la violencia contra la mujer, es decir para resguardar los derechos de aquellos más vulnerables.

“No existen mujeres cumpliendo alguna condena en las cárceles chilenas por el delito de aborto. Conocidas las difíciles condiciones en las que una mujer evalúa realizarse uno, es comprensible que aquellas puedan estar consideradas dentro de las razones eximentes o atenuantes de responsabilidad penal. No se necesita una ley de aborto (de ningún tipo) para evitar que las mujeres vayan a la cárcel”.

26 ¿Cuáles son las principales causas por las que una mujer quiere abortar? (Página 74)

28 ¿Qué es un embarazo vulnerable? (Página 78)

32 ¿Existen programas de apoyo a mamás con embarazo vulnerable? (Página 86)

⁹⁸ Una de las circunstancias eximentes que podrían ser consideradas en el contexto de un aborto procurado es la que consagra el Artículo 10, N° 9, del Código Penal: “Están exentos de responsabilidad criminal. 9.º El que obra violentado por una fuerza irresistible o impulsado por un miedo insuperable”.

⁹⁹ Así mismo, dentro de las atenuantes también podría ser considerado el Artículo 11, N° 5, del Código Penal: “Son circunstancias atenuantes: 5.º La de obrar por estímulos tan poderosos que naturalmente hayan producido arrebatos de obcecación”.

¹⁰⁰ La Tercera, 3 de Enero de 2015. Disponible en <https://www.latercera.com/noticia/seis-personas-condenadas-por-aborto-en-chile-cumplen-penas-en-la-carcel/>.

¹⁰¹ La Tercera, 22 de Agosto de 2016. Disponible en <https://www.clinicasdechile.cl/noticias/aborto-uno-de-tres-casos-que-llegan-juzgados-termina-en-condena/>.

¹⁰² El Mostrador, 09 de Diciembre de 2021. Disponible en <https://www.elmostrador.cl/braga/2021/12/09/perseguidas-por-abortar-366-mujeres-han-sido-imputadas-por-aborto-sin-causales-39-son-menores-de-edad/>.

¹⁰³ Solicitud de acceso a la información requerida a Gendarmería de Chile, con Código Identificador AK006T0023435, de fecha 27 de mayo de 2022, enmarcada en el ámbito de aplicación de la Ley N°20.285, “Sobre Acceso a la Información Pública”.

59 | ¿Cuántas hospitalizaciones por aborto ocurren al año en Chile?

ELARD KOCH

DOCTOR EN CIENCIAS BIOMÉDICAS

Las hospitalizaciones por aborto de cualquier tipo han disminuido en las estadísticas oficiales chilenas¹⁰⁴. Por ejemplo, en 1965 los egresos hospitalarios por cualquier tipo de aborto (espontáneo o provocado) fueron 56.130, es decir, 18,6% sobre el total de nacidos vivos ese año, ocupando casi un tercio de las camas obstétricas disponibles en aquella época¹⁰⁵. En la actualidad, los egresos por aborto rondan los 27.000 por año, esto es, un 12% sobre el total de nacidos vivos, ocupando 9% de las camas obstétricas

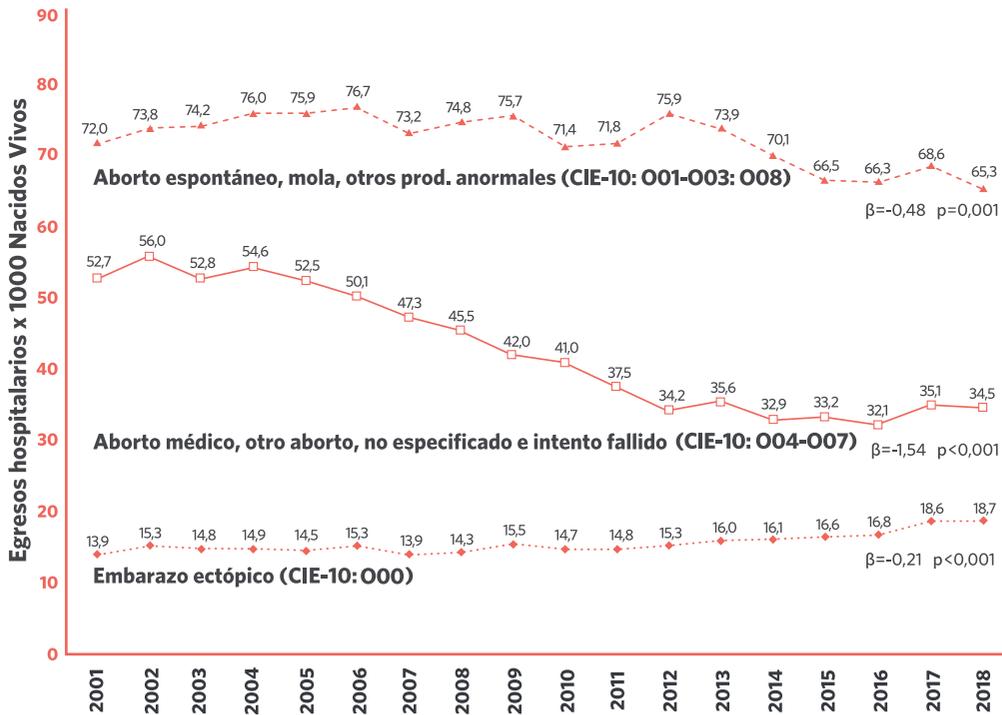
disponibles. En la década 2001-2011, pese a que las hospitalizaciones obstétricas —incluyendo partos— permanecieron relativamente constantes (30% del total de egresos en mujeres), se observó una importante disminución en las tasas de hospitalización por aborto, que ha acompañado una caída acelerada de la fecundidad y de los embarazos en Chile, más acentuada en la última década.

“Las hospitalizaciones por aborto de cualquier tipo han disminuido en las estadísticas oficiales chilenas. En la década 2001-2011, se observó una importante disminución en las tasas de hospitalización por aborto, que ha acompañado una caída acelerada de la fecundidad y de los embarazos en Chile, más acentuada en la última década”.

¹⁰⁴ Elard Koch, "The Epidemiology of Abortion and Its Prevention in Chile", *Issues Law Med.* Spring; 30 (1) (2015): 71-85.
¹⁰⁵ Rolando Armijo y Mariano Requena, "Epidemiologic aspects of abortion in Chile", *Public Health Rep*; 83(1) (1968):41-48.

- 22 ¿Qué es un aborto? (Página 68)
- 60 ¿Cuántos abortos clandestinos o ilegales se estiman al año en Chile? (Página 142)

GRÁFICO 2. TENDENCIA DE LAS HOSPITALIZACIONES POR DISTINTOS TIPOS DE ABORTO EN CHILE.



Morbilidad por aborto en Chile según estadísticas oficiales de egresos hospitalarios por diferentes tipos de aborto, 2001 - 2018. En los códigos de egreso 005, 006 y 007 (línea sólida), se sospechan complicaciones por abortos provocados. La tendencia anual fue calculada a través de coeficientes β estimados por regresión simple. Fuente: Datos oficiales del Ministerio de Salud, Departamento de Estadísticas en Salud (DEIS).

60 | ¿Cuántos abortos clandestinos o ilegales se estiman al año en Chile?

ELARD KOCH

DOCTOR EN CIENCIAS BIOMÉDICAS

Un aspecto no menos relevante en la epidemiología y prevención del aborto provocado o inducido, es contar con estimaciones de magnitud empíricamente plausibles, especialmente para diseñar

32...estrategias preventivas proporcionales. Un trabajo de 1990, basado en encuestas de opinión subjetivas con factores de expansión, estimó en Chile cifras tan abultadas como 160.000 abortos clandestinos por año¹⁰⁶. Sin embargo, una revisión de estas metodologías mostró que poseen escasa o nula reproducibilidad y están sometidas a

sesgos de selección, memoria e ideología de los sujetos entrevistados, especialmente en el cálculo de un factor multiplicador que amplifica el número de egresos por aborto observados en instituciones de salud¹⁰⁷.

Aunque no se puede conocer con exactitud el número de abortos provocados en la clandestinidad, es posible realizar algunas aproximaciones epidemiológicas objetivas, reproducibles e independientes del operador. La tabla 2 presenta resultados de un método residual¹⁰⁸, que estima el número de abortos

TABLA 2. ESTIMACIÓN DE ABORTOS PROVOCADOS ILEGALES EN CHILE, MEDIANTE MÉTODO RESIDUAL DE HOSPITALIZACIONES POR COMPLICACIONES DE ABORTOS DE CAUSA INDETERMINADA.

Año	Nacidos vivos observados [†]	Hospitalización por aborto [‡]	Abortos clínicos esperados [‡]	Exceso de abortos [‡]	Abortos provocados según tasa de complicaciones ψ				
					(%) [‡]	50%	40%	30%	20%
2001	248.651	34.479	29.319	5.160	15,0	10.321	12.901	17.201	25.802
2002	241.027	34.968	28.420	6.548	18,7	13.097	16.371	21.828	35.742
2003	236.223	33.968	27.853	5.644	16,8	11.288	14.110	18.813	28.219
2004	232.588	33.835	27.425	6.410	18,9	12.821	16.026	21.368	32.052
2005	232.092	33.184	27.366	5.818	17,5	11.636	14.545	19.393	29.090
2006	233.104	33.145	27.485	5.660	17,1	11.319	14.149	18.865	28.298
2007	242.054	32.532	28.541	3.991	12,3	7.983	9.978	13.304	19.957
2008	248.366	33.423	29.285	4.138	12,4	8.276	10.345	13.794	20.690
Media	239.263	33.633	28.212	5.421	16,1	10.843	13.553	18.071	27.106

[†]: Basado en datos de nacidos vivos corregidos por el Instituto Nacional de Estadísticas, INE (2010) "Estadísticas Vitales, Informe anual 2008".

[‡]: Datos publicados por el Ministerio de Salud de Chile.

[‡]: Estimado aplicando las probabilidades de concepción viables y aborto clínico. Las probabilidades utilizadas son de 0,67 para nacido vivo y 0,079 para aborto clínico.

[‡]: Estimado como la diferencia entre hospitalizaciones por aborto observadas y esperadas.

[‡]: Proporción estimada de hospitalizaciones relacionada con abortos provocados.

^{*}: Número total absoluto de abortos provocados estimados según diferentes tasas de complicaciones desde 20% (2 de cada 10) hasta 50% (5 de cada 10) aplicadas al residuo en exceso de hospitalización por aborto.

provocados utilizando los nacidos vivos, probabilidades de concepción viable y aborto clínico, y egresos hospitalarios para diferentes tasas de complicaciones. Mientras mayor sea el exceso de hospitalizaciones por aborto observado y menor sea la tasa de complicaciones del método abortivo, mayor será el estimado de abortos provocados. Por ejemplo, considerando tasas de falla 30% a 40% con el uso auto-administrado de misoprostol¹⁰⁹ se estiman en promedio entre 13.553 y 18.071 abortos provocados por año, con una tasa de 16,1% de todas las hospitalizaciones por aborto en Chile (Tabla 2).

64

Otro método más simple y accesible, es la estandarización epidemiológica indirecta, combinando tasas de poblaciones conocidas. En la tabla 3, se han utilizado como estándar, las tasas de España para los primeros 5 años de estadística completa¹¹⁰, corregidas por las diferencias de fecundidad global y edad de la población femenina chilena expuesta a riesgo para el año 2010. Se proveen intervalos de confianza de 95% para cada punto de estimación. En promedio, se estiman 18.240 abortos provocados por año con una tasa de 4,65 por cada 1000 mujeres en edad fértil. Ambos métodos llegan a resultados parecidos,

32 ¿Existen programas de apoyo a mamás con embarazo vulnerable? (Página 86)

64 ¿Qué es el misoprostol? (Página 150)

descansan en información de estadísticas vitales disponibles con estimadores objetivos y evitan el uso de amplificadores de validez desconocida¹¹¹.

¹⁰⁶ S. Singh et al., "Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos", *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*; N°especial: 3-13. Guttmacher Institute (1994):3-13.

¹⁰⁷ Elar Koch et al., "Sobrestimación del aborto inducido en Colombia y otros países latinoamericanos", *Ginecol Obstet Mex*; 80(5) (2012):360-372.

¹⁰⁸ Elard Koch et al., "Abortion legislation, maternal healthcare, fertility, female literacy, sanitation, violence against women and maternal deaths: a natural experiment in 32 Mexican states", *BMJ Open*; Feb 23;5(2) (2015).

¹⁰⁹ S.W. Ngai et al., "Vaginal misoprostol alone for medical abortion up to 9 weeks of gestation: efficacy and acceptability", *Hum Reprod*; 15(5) (2000):1159-1162. Y también: N.T. Ngoc et al., "Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for second-trimester abortion: a randomized controlled trial", *Obstet Gynecol*; 118(3) (2011):601-608.

¹¹⁰ Elard Koch et al., "Sobrestimación del aborto inducido en Colombia y otros países latinoamericanos", *Ginecol Obstet Mex*; 80(5) (2012):360-372.

¹¹¹ Elard Koch et al., "Deficiencias en la estimación de abortos para latinoamérica: Respuestas de los autores a Singh y Bankole", *Ginecol Obstet Mex*; 80(11) (2012):740-747.

TABLA 3. ESTIMACIÓN DE ABORTOS EN CHILE A TRAVÉS DE MÉTODO DE ESTANDARIZACIÓN INDIRECTA, AJUSTADA POR FECUNDIDAD Y EDAD EN CHILE.

Modelo ^a	Tasa estándar (España) ^b	Población fértil (Chile) ^c	Factor corrección Fecundidad ^d	Factor corrección Edad ^e	Abortos provocados (crudos)	Abortos provocados (ajustados) ^f	Tasa por 1.000 mujeres	IC 95%†	
								Inferior	Superior
1 (1987)	2,0193	3.923.514	1,2199	0,0331	7.923	9.927	2,53	2,48	2,58
2 (1988)	3,1066	3.923.514	1,2408	0,0297	12.189	15.486	3,94	3,88	4,01
3 (1989)	3,6086	3.923.514	1,2670	0,0262	14.158	18.309	4,67	4,59	4,73
4 (1990)	4,3547	3.923.514	1,2880	0,0227	17.086	22.394	5,71	5,63	5,78
5 (1991)	4,8572	3.923.514	1,3037	0,0195	19.057	25.216	6,43	6,34	6,50
Media	3,6035	3.923.514	1,2639	0,0262	14.138	18.240	4,65	4,581	4,716

^a: Se refiere al año de la tasa oficial publicada por el INE de España utilizada como estándar.

^b: Tasa por 1000 mujeres en edad fértil.

^c: Población fértil estimada para 2010 según censo 2002.

^d: Calculado como recíproco de la diferencia en la tasa de fecundidad global entre Chile para el año 2010 y España entre 1987 y 1991.

^e: Calculado como factor proporcional de diferencia entre la población femenina en edad fértil de España y Chile.

^f: Número absoluto de abortos luego de ajuste por fecundidad y edad.

[†]: Intervalos de confianza de 95% para la tasa de abortos provocados por 1000 mujeres en edad fértil.

61 | ¿Se ocultan abortos por apendicitis?

JORGE BECKER

MÉDICO GINECÓLOGO MATERNO FETAL

Esta es una de las grandes falsedades que se han dicho en la discusión sobre la legalización del aborto, convirtiéndose casi en un “mito urbano”, que repiten muchas personas sin tener conocimiento real de la situación.

A esto se suma que dentro del “mito”, se habla de que este fenómeno ocurriría mayoritariamente en las clínicas privadas y que las mujeres pobres mueren por miles al hacerse abortos en forma clandestina e insalubre, porque no tienen acceso a hacerse “abortos-apendicitis” en la salud privada.

59. ...insalubre, porque no tienen acceso a hacerse “abortos-apendicitis” en la salud privada.

Respecto del tema, lo primero es aclarar que la mortalidad materna global en Chile es extraordinariamente baja y similar a la de varios países que se consideran desarrollados actualmente¹¹². En segundo lugar, desde hace más de 20 años, mucho antes que hubiese ley de interrupción

“Esta es una de las grandes falsedades que se han dicho en la discusión sobre la legalización del aborto, que se repiten sin tener conocimiento real de la situación. A esto se suma el mito que las mujeres pobres mueren por miles al hacerse abortos en forma clandestina e insalubre, porque no tienen acceso a hacerse ‘abortos-apendicitis’ en la salud privada”.

del embarazo por causales en el país, la mortalidad por aborto de cualquier tipo ha tenido una disminución realmente significativa, cercana al 80%, lo que en números absolutos significa 2 a 3 mujeres que fallecen al año a consecuencia de complicaciones de un aborto, ya sea espontáneo, atendido médicamente en un centro hospitalario, o hecho de manera clandestina. Por lo tanto, es de falsedad absoluta que las mujeres pobres fallecen

en gran cantidad por hacerse abortos ilegales en condiciones inseguras. Esas cifras son del Ministerio de Salud y han sido entregadas formalmente tanto en la Cámara de Diputados como en el Senado, en todas las instancias de discusión de proyectos respecto de aborto legal, además de contar con publicaciones científicas que explican estos hechos con detalle.

Volviendo a la pregunta inicial, la verdad es que

pretender hacer pasar abortos “disfrazados” de apendicitis, denota un profundo desconocimiento de cómo funciona un hospital o una clínica. Es tal la cantidad de controles que tiene un paciente en un centro hospitalario, público o privado, que hace muy difícil la ocurrencia de lo planteado.

Solo como ejemplo: ¿qué pasaría si un ginecólogo llega a un pabellón, con la intención de hacer un aborto ilegal, diciendo que va a operar a la paciente de apendicitis? Eso es imposible de hacer en la práctica: saltarían demasiadas alarmas en el sistema, partiendo por el hecho de que los ginecólogos no operan apendicitis. Cualquier persona que trabaje en un pabellón quirúrgico, entiende lo que se acaba de explicar. Todo el personal médico y no médico vería que hay algo extraño. Luego de la “operación” la paciente debería quedar hospitalizada por algunas horas, pero obviamente causaría extrañeza tener a una mujer operada de apendicitis sin ninguna cicatriz en el abdomen.

25

Pretender que todo el personal del pabellón, más todo el personal del turno donde ingresa la paciente, más los que siguen durante su hospitalización y el personal administrativo que procesa el alta, esté coludido, es sencillamente imposible. Tendría que haber una especie de confabulación donde hubiese personal de todos los estamentos, para inventar apendicitis en pacientes que realmente se estuvieran haciendo abortos “escondidos”.

Por otro lado, en el área pública y privada existe la misma incidencia de pacientes con apendicitis, lo que descarta el mito de que en las clínicas privadas está lleno de pacientes haciéndose abortos como apendicitis.

Sin embargo, hay que reconocer que sí se pueden hacer abortos ilegales en un centro hospitalario, y la forma de hacerlo es

- 59 ¿Cuántas hospitalizaciones por aborto ocurren al año en Chile? (Página 140)
- 25 ¿Cómo se hace un aborto? (Página 72)
- 22 ¿Qué es un aborto? (Página 68)

inventando que hay un aborto espontáneo o retenido, cuando en realidad el embrión está vivo. Para impedir esta situación, desde hace ya varios años, en todos los centros hospitalarios, el diagnóstico de aborto habitualmente debe ser corroborado por más de un ginecólogo, con el fin de evitar este problema.

¹¹² Claudio Vera et al., “Desaceleración en la reducción de mortalidad materna en Chile impide alcanzar el 5º Objetivo de Desarrollo del Milenio”. *Ars Medica Revista de Ciencias Médicas* 44 (1) (2019): 13-20.



62 | ¿Es abortiva la “píldora del día después”?

“No hay evidencia directa que permita establecer que el levonorgestrel usado como anticoncepción de emergencia tenga, o no tenga, un efecto postconcepcional (abortivo). Sin embargo, existe evidencia indirecta que sugiere que puede tenerlo”.

La llamada “anticoncepción de emergencia” es una acción que intenta prevenir un embarazo después de una relación sexual donde, o bien no existió algún método anticonceptivo o haya fallado algún método de barrera, como un preservativo.

El levonorgestrel, es el fármaco más utilizado como “píldora del día después”, y respecto del cual existe menos evidencia directa para afirmar o negar un efecto abortivo. Todos los estudios demuestran que si se utiliza en los días previos a la ovulación, la ovulación no ocurre. Sin embargo, podría tener también efectos postconcepcionales, pero es difícil su demostración directa.

Las evidencias indirectas sobre un posible efecto abortivo de este fármaco son dos:

1. Se sabe por un estudio serio¹¹³ la probabilidad que tiene una mujer de embarazarse, según el día del ciclo menstrual en que se encuentre. Si comparamos los embarazos, en los distintos días del ciclo luego de la ovulación, se registra una menor cantidad de ellos en aquellas mujeres que han usado levonorgestrel, respecto de aquellas que no lo han hecho. Se puede deducir, entonces, un efecto postconcepcional.
2. El levonorgestrel usado como anticoncepción de emergencia tiene

MAURICIO BESIO
MÉDICO GINECÓLOGO
Y MAGÍSTER EN FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

alrededor de un 80% de eficacia, si se usa hasta 3 días después de la relación sexual. Sin embargo, continúa teniendo una eficacia significativa varios días después. Ese hecho es muy difícil de explicar solamente por un efecto de inhibición de la ovulación¹¹⁴.

No hay evidencia directa que permita establecer que el levonorgestrel usado como anticoncepción de emergencia tenga, o no tenga, un efecto postconcepcional (abortivo). Sin embargo, existe evidencia indirecta que sugiere que puede tenerlo.

63 ¿Qué otros medicamentos, además de la “píldora del día después”, pueden ser abortivos?
(Página 148)

¹¹³AJ Wilcox et al, “Timing of sexual intercourse in relation to ovulation effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, an sex of the baby”, *New England Journal of Medicine*, 333 (1995): 1517-1521.

¹¹⁴Patricio Ventura-Juncá et al., “Informe para el Tribunal Constitucional sobre los aspectos científicos y éticos del uso del levonorgestrel como anticonceptivo de emergencia” *ARS MEDICA Revista De Ciencias Médicas*, 5(16) (2008): 5-25.



63 | ¿Qué otros medicamentos, además de la “píldora del día después”, pueden ser abortivos?

Existen experiencias con diversos métodos anticonceptivos de emergencia. Se pueden clasificar en farmacológicos y mecánicos. Dentro de los farmacológicos, que coloquialmente se conocen como “píldora del día después”, encontramos combinaciones de hormonas, como estrógenos con progestágenos¹¹⁵ (método de Yuzpe), un progestágeno sólo (levonorgestrel), Mifepristona, Acetato

de Ulipristal y algunos antiinflamatorios (meloxicam). Como método mecánico se utiliza la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU) post relación sexual.

Los mecanismos de acción de los métodos anticonceptivos de emergencia pueden ser varios: inhibición de la ovulación; alteración de la migración de los espermios; alteración del funcionamiento del cuerpo lúteo; alteración

de la implantación; alteración del desarrollo del cigoto; y la pérdida de embrión ya implantado. Tanto la alteración de la migración de los espermios como la inhibición de la ovulación son mecanismos pre-concepcionales. Impiden que entren en contacto el óvulo con los espermatozoides. Los demás mecanismos sí actúan después de la concepción.

Es muy difícil comprobar cuál o cuáles de esos efectos son

“Dentro de todos los métodos existentes hay algunos que claramente tienen un efecto post concepcional (abortivo), ya que su mecanismo de acción conocido es actuar después de la fecundación.

Es justamente por esto que son los más efectivos, pero a su vez, los que tienen más implicancias éticas negativas debido al daño directo que producen en el cigoto o embrión”.

MAURICIO BESIO
MÉDICO GINECÓLOGO
Y MAGÍSTER EN FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

los que realmente impiden que se concrete un embarazo, ya que son todos eventos que suceden al interior del cuerpo de la mujer, en períodos de tiempo muy cortos y además dependientes del día del ciclo menstrual en el cual se aplican. Por eso es muy difícil diseñar trabajos que puedan directamente determinar los mecanismos de acción que operaron en cada caso. Junto con la dificultad metodológica, existen dificultades éticas para realizarlos, no solo porque habría que dejar a un gran número de mujeres con placebo (que siempre se administra en una parte del grupo estudiado, para probar la efectividad de un nuevo fármaco, y compararlo con otras personas a las que sí se les entrega) sino que, principalmente, porque habría que exponer la vida de embriones, corriendo el riesgo de que el método estudiado tenga un resultado abortivo.

Es fácil deducir que algunos de esos mecanismos de acción no tienen el riesgo de provocar la pérdida de un cigoto o embrión que ya se haya generado, en cambio otros sí. Si el método actúa evitando la ovulación, o impidiendo el paso o la migración de los espermatozoides por el aparato genital de la mujer, sería un mecanismo que no afecta la vida de ningún ser humano. Sin embargo, si actuara después de la concepción, impidiendo por ejemplo su implantación en el útero o provocando su desprendimiento, claramente sería abortivo.

62 ¿Es abortiva la “píldora del día después”?
(Página 146)

13 ¿Cuándo comienza la vida humana?
(Página 50)

14 ¿Es el cigoto una célula como cualquier otra?
(Página 52)

Dentro de todos los métodos existentes hay algunos que claramente tienen un efecto post concepcional (abortivo), ya que su mecanismo de acción conocido es actuar después de la fecundación, como son la inserción de un DIU o algunos medicamentos como la mifepristona y el acetato de Ulipristal. Es justamente por esto que son los más efectivos, pero a su vez, los que tienen más implicancias éticas negativas debido al daño directo que producen en el cigoto o embrión.

14

¹¹⁵ Los estrógenos y la progesterona son hormonas producidas por los ovarios. Los estrógenos se producen principalmente en la primera fase del ciclo menstrual y uno de sus efectos es hacer proliferar la capa interna del útero (endometrio). La progesterona la produce el ovario en la segunda fase del ciclo menstrual y su principal efecto es provocar cambios en el endometrio para que se pueda implantar el embrión. Preparados artificiales de estas hormonas forman la base de la anticoncepción hormonal, que ahora administrados exógenamente alteran el funcionamiento del ciclo ovárico y menstrual, para evitar un embarazo.

64 | ¿Qué es el misoprostol?

MAURICIO BESIO
MÉDICO GINECÓLOGO
Y MAGÍSTER EN FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

El misoprostol o misotrol es un análogo sintético de una prostaglandina. Las prostaglandinas son sustancias producidas por el organismo, similares a las hormonas y que tienen diversos efectos en los tejidos u órganos. Ejemplo de ellos son la presión arterial, la contracción de los músculos lisos y la respuesta inflamatoria. Al tener el útero una capa de musculatura lisa, las prostaglandinas actúan con efectos en la menstruación, también estimulando las contracciones de parto y provocando la maduración del cuello uterino, que a la vez favorece la dilatación del mismo.

El misoprostol es usado en muchos países como un fármaco muy útil en obstetricia y ginecología. Sus propiedades para estimular las contracciones uterinas y maduración del cuello uterino sirven a los médicos para provocar el inicio de un parto, cuando existe indicación médica para ello. También facilita la dilatación del cuello uterino cuando se requiere realizar un raspado uterino o procedimientos de histeroscopia¹¹⁶ y vaciamientos uterinos en casos de embriones o fetos muertos *in utero*.

Estos efectos, la maduración del cuello uterino y la provocación de contracciones uterinas, han sido también aprovechados para provocar abortos. En efecto, así como sirven a los médicos para inducir los partos y facilitar el vaciamiento del útero en abortos retenidos¹¹⁷, también se utiliza para la inducción de abortos (con embrión o fetos vivos).



La facilidad de su uso, sus bajas posibilidades de complicaciones —aunque no está exento de ellas, incluso con muertes maternas por su mal uso— lo han convertido en el medio más utilizado para los abortos clandestinos. Esta clandestinidad y bajas complicaciones impiden conocer con exactitud el número de abortos clandestinos provocados por este medicamento¹¹⁸.

60

“El misoprostol es un análogo sintético de una prostaglandina, cuyos efectos son la maduración del cuello uterino y la provocación de contracciones uterinas. Así como sirve a los médicos para inducir los partos y facilitar el vaciamiento del útero en abortos retenidos, también se utiliza para la inducción de abortos (con embrión o fetos vivos)”.

25 ¿Cómo se hace un aborto?
(Página 72)

60 ¿Cuántos abortos clandestinos o ilegales se estiman al año en Chile?
(Página 142)

¹¹⁶ La histeroscopia es un procedimiento por el cual se introduce un instrumento óptico a través del cuello uterino. Se utiliza para fines diagnósticos como también terapéuticos, ya que además de permitir observar la cavidad uterina posibilita ciertos procedimientos curativos. Las prostaglandinas al facilitar la dilatación del cuello uterino, permiten una introducción fácil del instrumento a través del cuello uterino.

¹¹⁷ Hablamos de aborto retenido cuando sucede la muerte de un embrión o feto dentro del útero. Cuando no sucede su expulsión espontánea es necesario provocar contracciones uterinas y dilatación del cuello uterino para lograr que ello ocurra.

¹¹⁸ Para profundizar en los contenidos puede consultarse: Enrique Echeverría et al., “Cinco años de experiencia con misoprostol intravaginal para la inducción de parto. Uso de una nueva presentación farmacéutica en supositorios”, *Rev. chil. obstet. ginecol*, 67(2) (2002): 125-128. Alejandro Varona et al., “Misoprostol en la interrupción temprana del embarazo en pacientes adolescentes”, *Rev. Cubana Obstet Ginecol*, 36(1) (2010): 97-108.

65 | ¿Es correcto abortar cuando se está frente a una situación extremadamente dramática?

Ni aún en una situación extremadamente dramática es éticamente correcto privar

113 de la vida a otro.

La vida es un derecho que debe ser reconocido a todo ser humano porque es condición esencial de su

61 calidad de persona. Incluso para aquellos que le niegan al embrión la calidad de persona, para quienes que se la reconocen arbitrariamente a partir de cierta edad gestacional o que sólo se la conceden cuando cumple con

ciertas condiciones físicas o psíquicas, la calidad de miembro de la especie humana del embrión no le puede ser negada. En efecto, la naturaleza se impone y es previa a cualquier definición convencional de la ley.

14 **121**

En situaciones dramáticas de tipo económico o psíquico lo que se debe procurar es pedir auxilio al entorno más próximo y, si ello no es factible, debe recurrirse a las entidades de salud públicas u otras instituciones

estatales de protección social que pueden orientar en cómo obtenerla. Existen también entidades privadas que auxilian a las mujeres embarazadas en situaciones complejas o de vulnerabilidad (p. ej. Fundación Chile Unido¹¹⁹). Para el caso de embarazos de criaturas con anomalías congénitas de mal pronóstico vital **48** existe un programa especial (Acompañar es de la Red de Salud de la Universidad Católica de Chile¹²⁰).

50

Y si, incluso ello no es posible, pensar entonces en la alternativa de dar a la criatura en adopción. Algunas entidades que pueden orientar en la alternativa de dar en adopción (p. ej. Fundación San José para la adopción¹²¹ o Fundación chilena para la adopción¹²²).

La adopción siempre será la mejor alternativa para la mujer que no puede hacerse cargo de la crianza del niño por nacer, porque le otorga a éste último la oportunidad de vivir.

68



CARMEN DOMÍNGUEZ H.
ABOGADA Y DOCTORA EN DERECHO

“Ni aún en una situación extremadamente dramática es éticamente correcto privar de la vida a otro. La vida es un derecho que debe ser reconocido a todo ser humano porque es condición esencial de su calidad de persona. En efecto, la naturaleza humana se impone y es previa a cualquier definición convencional de la ley”.

113 ¿Son la eutanasia o el aborto un acto malo? ¿Siempre? (Página 252)

01 ¿Quién es persona? (Página 24)

14 ¿Es el cigoto una célula como cualquier otra? (Página 52)

121 ¿Son el aborto o la eutanasia derechos humanos? (Página 268)

32 ¿Existen programas de apoyo a mamás con embarazo vulnerable? (Página 86)

48 ¿Qué son las anomalías congénitas de mal pronóstico vital (ACMPV)? (Página 118)

50 ¿Qué son los cuidados paliativos perinatales? (Página 122)

68 ¿Es mejor abortar que dar en adopción? (Página 158)

¹¹⁹ Ver página <https://www.chileunido.cl/>.

¹²⁰ Ver página <https://www.ucchristus.cl/especialidades-y-servicios/programas/programa-de-cuidados-paliativos-perinatales>.

¹²¹ Ver página <https://fundacionsanjose.cl/>.

¹²² Ver página <https://www.fadop.cl/>.

66 | ¿Es mejor abortar que tener una familia pobre y numerosa?

JOAQUÍN GARCÍA-HUIDOBRO
DOCTOR EN FILOSOFÍA
Y EN DERECHO

Una primera respuesta, que es válida, aunque insuficiente, lleva a decir que aprobar el aborto en ese caso esconde un supuesto implícito: las vidas en familias pobres y numerosas no valen tanto como aquellas que vienen al mundo en familias ricas. Justificar el aborto de esa manera supone un modo clasista de razonar, que además está teñido de individualismo, porque nos permite desentendernos de esas personas con el expediente de decirles: “arréglenselas ustedes mismas, nosotros ya les hemos abierto la alternativa del aborto; no vengan a molestar nuestra tranquilidad con su pobreza”.

Sin embargo, el hecho de que la pobreza no sea un argumento válido para justificar el aborto ni ninguna otra lesión de la dignidad humana no debe hacernos perder de vista la realidad humana que está detrás

de este problema que da origen a acalorados debates. “Ninguna mujer aborta por gusto”, decía tiempo atrás una persona que ha dedicado buena parte de su vida a acompañar a quienes pasan por momentos difíciles por un embarazo no deseado o que derechamente se han sometido a un aborto. Hay aquí una dimensión trágica que no se puede soslayar. A veces se la tapa con un pañuelo verde y un discurso emancipador, y entonces se la presenta como una gran conquista. En otras ocasiones se pierde de vista ese carácter de tragedia porque se defiende sólo la vida no nacida, sin preocuparse de esas vidas ya nacidas que también están en una condición vulnerable: para comenzar la de esa mujer que pasa por una situación angustiosa, que está sola y es víctima de presiones de todo tipo. Sería una auténtica hipocresía una oposición al aborto que solo

se preocupara de las vidas en gestación y fuera indiferente al destino de tantas personas que apenas sobreviven, en medio de condiciones muy adversas.

La cuestión del aborto no puede ser independiente de aquella más amplia que apunta al tipo de sociedad que queremos construir. Dicho con otras palabras, si en el aborto está involucrada la persona entera de la mujer y también esa otra existencia que lleva en su vientre, entonces resulta injusto decirle solo a uno de ellos: “este es un problema tuyo”, y desentenderse del otro mientras uno afirma satisfecho, según los casos, que ha defendido la libertad de la mujer o la vida del feto.

El gran desafío, entonces, es mirar a todas las partes involucradas. En esta materia, la ceguera, o al menos la miopía, no es sólo patrimonio de quienes promueven

“Justificar el aborto de esa manera supone un modo clasista de razonar, que además está teñido de individualismo, porque nos permite desentendernos de esas personas, como si las vidas en familias pobres y numerosas no valieran tanto como aquellas que vienen al mundo en familias ricas”.

55 el aborto con el discurso de los derechos individuales. También por el lado conservador hay actitudes que no se corresponden con una postura “pro vida” integral.

Más que directamente con la pobreza o el número de hijos, el aborto real, no el que resulta objeto de discusión en los seminarios, se vincula estrechamente con la falta de esperanza, con la sensación de que no existe

- 08 ¿Toda vida humana merece ser vivida? (Página 38)
- 56 ¿Es el aborto un avance de la civilización y del reconocimiento de los derechos de la mujer? (Página 134)
- 28 ¿Qué es un embarazo vulnerable? (Página 78)
- 55 ¿Es el aborto un derecho de la mujer para disponer de su cuerpo? (Página 132)
- 127 ¿Cómo promover una cultura de la vida? (Página 280)
- 26 ¿Cuáles son las principales causas por las que una mujer quiere abortar? (Página 74)

26 otra salida. Por eso no basta simplemente con decir que “no”, ni menos proponer que se vaya a una determinada clínica u hospital para tener un aborto seguro, pagado por el Estado o por aquel varón que no quiere asumir ninguna responsabilidad y alivia su conciencia al financiar esa “intervención”.



67 | ¿Se puede obligar a tener un hijo no deseado a una familia pobre?

JOAQUÍN GARCÍA-HUIDOBRO

DOCTOR EN FILOSOFÍA Y EN DERECHO

Muchas personas viven en nuestro país en condiciones muy deplorables. La pregunta es si precisamente el aborto es la respuesta que vamos a ofrecerles para mejorar sus condiciones de vida. El aborto se vincula con la falta de esperanza, con la idea de que se está en un callejón sin salida y no hay otra alternativa que esa. Aquí surgen muchas preguntas. De partida, qué apoyos damos a las mujeres embarazadas, particularmente ante la increíble irresponsabilidad masculina. El aborto esconde muchas veces un machismo larvado, aunque en ocasiones también es descaradamente notorio. Se trata de una práctica que le permite a los varones despojarse de cualquier responsabilidad. El caso más extremo es el de la violación: para el violador, el escenario perfecto es que su víctima, además de todos los daños que ha sufrido, se decida a abortar: quedará libre incluso de la responsabilidad de pagar alimentos.

En todo caso, no basta con decir “no al aborto”. Ese es un mínimo. Es necesario trabajar al menos en dos vías. La primera es el apoyo a la mujer embarazada. Resulta muy cómodo dejarle el problema a ella y limitarse a decirle: “decida”. La segunda implica agilizar muy significativamente los mecanismos de adopción.

En el plano jurídico, que es uno de los aspectos involucrados, hay que hacer una distinción muy relevante: una cosa es qué se hace ante una mujer que, en una situación desesperada,

ha recurrido al aborto, y otra muy distinta si instalamos la industria del aborto, sea en manos privadas o como parte del cometido del Estado. La legislación chilena, aún antes de la introducción del aborto en tres causales, le permitía al juez hacerse cargo de esas situaciones dramáticas. Así, es perfectamente posible que el juez no sancione a la mujer, pero sí se castigue a quienes no se hallan en esa situación limítrofe, como es el caso de quienes practican abortos. Cuando se legaliza el aborto, en cambio, aunque sea en casos específicos, se produce la tendencia a considerarlo implícita o explícitamente, como un derecho de la mujer, lo que engendra la obligación de satisfacerlo. El Estado y el sistema jurídico, que tienen su sentido primero en la protección del más vulnerable, se transforman en algo completamente distinto. Mantener la prohibición del aborto significa reconocer que la vida humana inocente no constituye un bien disponible.

En todo caso, el tema es tan delicado que no se resuelve agitando pañuelos verdes, ni tampoco gritándole “asesinas” a las mujeres que se disponen a entrar a una clínica abortista. Aunque parezca raro, ambas posturas tienen rasgos en común, entre ellos el transformar el aborto en una cuestión individual, sea porque se lo entiende como el ejercicio de un derecho de la mujer, sin atender a que hay otra parte involucrada, o porque se entiende bajo el prisma de la culpabilización de la mujer, a quien se deja sola en una situación de abandono y vulnerabilidad.

“Muchas personas viven en condiciones muy deplorables. La pregunta es si precisamente el aborto es la respuesta que vamos a ofrecerles para mejorar sus condiciones de vida. El aborto se vincula con la falta de esperanza, con la idea de que se está en un callejón sin salida y no hay otra alternativa que esa”.

- 113 ¿Son la eutanasia o el aborto un acto malo? ¿Siempre? (Página 252)
- 26 ¿Cuáles son las principales causas por las que una mujer quiere abortar? (Página 74)
- 54 ¿Por qué la despenalización del aborto en caso de violación no protege a la mujer? (Página 130)
- 32 ¿Existen programas de apoyo a mamás con embarazo vulnerable? (Página 86)
- 68 ¿Es mejor abortar que dar en adopción? (Página 158)
- 58 ¿Hay mujeres en la cárcel por realizarse abortos? (Página 138)
- 39 ¿En Chile existe una despenalización o una legalización del aborto? (Página 100)
- 37 ¿Es malo abortar incluso cuando está permitido por la ley? (Página 96)
- 55 ¿Es el aborto un derecho de la mujer para disponer de su cuerpo? (Página 132)
- 07 ¿Es la vida humana un bien disponible? (Página 36)
- 121 ¿Son el aborto o la eutanasia derechos humanos? (Página 268)
- 28 ¿Qué es un embarazo vulnerable? (Página 78)

68 | ¿Es mejor abortar que dar en adopción?

CARMEN DOMÍNGUEZ H.
ABOGADA
Y DOCTORA EN DERECHO

Para contestar esta pregunta lo primero que debe recordarse es que en Chile el aborto provocado sigue siendo, por regla general, un delito sancionado por la ley. No existe, por tanto, una posibilidad amplia para la mujer que está embarazada de decidir el destino de la criatura, sino restringida a las tres causales de riesgo de vida de la madre, patología del embrión incompatible con la vida extrauterina independiente, de carácter letal y, la tercera, embarazo proveniente de violación¹²³.

No obstante, ni aún en esos tres casos existe libertad de la madre para elegir el destino de la criatura. Primero, pues en principio si se aplican esas causales como corresponde a la interpretación estricta de la ley penal, sólo es posible invocarlas cuando ellas se encuentren plenamente acreditadas.

Segundo, porque en las causales de riesgo de vida de la madre y de patología del embrión se requiere certeza absoluta del diagnóstico, lo que es muy difícil de conseguir y, aún en ciertos casos, jamás podrá ser afirmado categóricamente por un médico. Dadas las circunstancias que en ellas se dan es casi imposible dar en adopción a la criatura porque el procedimiento para hacerlo es largo y complejo. Por lo demás, es probable que un niño con una anomalía congénita de mal pronóstico vital no pueda ser dado en adopción pues probablemente fallecerá al poco tiempo de nacer.

Tercero, en el caso de la violación, que es en realidad la única hipótesis en que cabe plantearse la opción formulada en la pregunta, nunca puede ser mejor impedirle vivir a alguien que permitirle nacer y desarrollarse, pues hacer el mal no puede ser nunca justificado. Aunque la ley haya permitido el aborto en este caso, esa autorización no transforma en ética ni en justa esa decisión. Nunca debe olvidarse que la ley no es siempre sinónimo de justicia ni de moral, pues existen normas profundamente injustas, como precisamente es la que despenalizó el aborto provocado.

En efecto, atribuirse el poder para decidir sobre la vida ajena es un acto de suprema injusticia con otro que, por su debilidad, no puede hacer nada para impedir su muerte.

La cultura actual, impulsada por los medios de comunicación, ha presentado la elección del aborto como una forma de reivindicación de la igualdad de la mujer en cuanto implica reconocerle la propiedad sobre su cuerpo. Permitirle abortar es, por ello, una posibilidad para que ella decida qué quiere para su vida y que no deba cargar con la responsabilidad de llevar adelante el embarazo que, por el contrario, no le es impuesta al padre de la criatura.

Sin embargo, esa afirmación está lejos de ser correcta. La criatura no es nunca propiedad de la madre sino una vida en gestación autónoma,

- 14... que tiene su propio destino vital. Considerarla como una cosa (tal cual lo defienden muchas personas) es biológicamente falso, pues está demostrado que ahí se inicia la vida humana (todos los libros de embriología serios así lo afirman). Además, es ontológicamente imposible que algo pueda mutar de naturaleza por el solo paso de un día y sin ningún otro factor que intervenga, como quieren afirmar quienes consideran que debe dársele al embrión protección sólo desde que tiene más de 14 días o de un determinado momento del desarrollo fetal. Es, igualmente, irracional que lo que no era una vida protegible hasta el día 14, lo sea desde el 15, por un simple convencionalismo o decisión arbitraria.

Por todo lo anterior, la única opción posible para una mujer embarazada es llevar a término el embarazo y, en caso de no poder hacerse cargo de la criatura, sea por causas emocionales, psicológicas o económicas, darlo en adopción permitiéndole vivir. La adopción es, en esos casos, un acto de caridad al permitirle a otro ser vivir y llegar a constituirse en la mejor persona que está llamada a ser.

“Nunca puede ser mejor impedirle vivir a alguien que permitirle nacer y desarrollarse, pues hacer el mal no puede ser nunca justificado. La adopción es un acto de caridad al permitirle a otro ser vivir y llegar a constituirse en la mejor persona que está llamada a ser”.

- 38 ¿Es restrictiva la ley de aborto en tres causales? (Página 98)
- 48 ¿Qué son las anomalías congénitas de mal pronóstico vital (ACMPV)? (Página 118)
- 07 ¿Es la vida humana un bien disponible? (Página 36)
- 113 ¿Son la eutanasia o el aborto un acto malo? ¿Siempre? (Página 252)
- 11 ¿Todo acto malo es injusto, y toda injusticia es criminal? (Página 44)
- 56 ¿Es el aborto un avance de la civilización y del reconocimiento de los derechos de la mujer? (Página 134)
- 55 ¿Es el aborto un derecho de la mujer para disponer de su cuerpo? (Página 132)
- 110 ¿Son la eutanasia o el aborto un acto de autonomía del sujeto libre? (Página 246)
- 14 ¿Es el cigoto una célula como cualquier otra? (Página 52)
- 16 ¿Cuáles son las características del desarrollo embrionario que manifiestan la existencia de un ser humano desde la concepción? (Página 56)
- 13 ¿Cuándo comienza la vida humana? (Página 50)
- 17 ¿Hay un único ser humano durante todo el desarrollo embrionario, desde la concepción hasta el nacimiento? (Página 58)
- 65 ¿Es correcto abortar cuando se está frente a una situación extremadamente dramática? (Página 152)

¹²³ Cfr. artículo 119 del Código Sanitario.



Capítulo 3

El término de la vida humana y la eutanasia. Dilemas éticos, médicos y jurídicos

69 | ¿Cuándo termina la vida humana?

IVÁN PÉREZ
MÉDICO INTERNISTA
Y MAGÍSTER EN BIOÉTICA

Esta pregunta, relacionada con el misterio de la muerte, ha acompañado al hombre desde siempre y responderla en pocos párrafos es una osadía. *La vida humana, así como la vida de los animales y las plantas, termina con la*

65... *muerte. La muerte es el cese irreversible de la vida y ocurre en un instante en el que se verifica un cambio sustancial en el ser. Así como hay un instante en que comienza cada*

13... *vida humana, también existe el instante en que termina. En consecuencia, tanto el inicio como el término de la vida no son procesos, sino eventos instantáneos, cuyo momento exacto de ocurrencia no podemos determinar con precisión a través mediciones empíricas; aún con todo el avance de la ciencia y la medicina, diagnosticamos la muerte de una*

70... *persona cuando ésta ya ha sucedido.*

Afirmar que alguien ha fallecido demanda seguridad absoluta por las implicancias éticas, médicas y jurídicas que implica. Desde los albores de la humanidad y hasta avanzado el siglo XX este asunto no fue problema, ya que el sentido común y la experiencia permiten asegurar que alguien inconsciente, sin respuesta a estímulos dolorosos, con ausencia de latidos cardíacos y sin respiración espontánea (signos negativos de vida) está muerto; mayor certeza aún si a lo anterior se agrega frialdad, color lívido, rigidez corporal o, en etapas más avanzadas, signos de descomposición de los tejidos (signos positivos de muerte)¹²⁴.

Sin embargo, la aparición de los ventiladores artificiales y el desarrollo de las unidades de cuidado intensivo hizo evidente otra realidad: que pacientes con daño total e irreversible del encéfalo (cerebro + cerebelo + tronco cerebral) podían considerarse muertos, ya que esa condición clínica marca el punto de no retorno para la desorganización y desintegración total del individuo. La “muerte encefálica” (*brain death*), permite la extracción de órganos con fines de trasplante y la suspensión de la ventilación mecánica, en la convicción que estos individuos ya han fallecido. Asimismo, obligó a profundizar la definición de muerte y entenderla como el “cese permanente del funcionamiento del organismo como un todo”¹²⁵, es decir, muerte es el momento en que se pierde la integración y coordinación de los distintos órganos y sistemas de un individuo —se pierde la “unidad”— aún cuando algunas células y tejidos sigan funcionando de manera aislada por algún tiempo (horas, días). Este criterio neurológico de muerte asume que el encéfalo es el órgano integrador y coordinador del individuo, noción que ha sido puesta en duda por algunos autores¹²⁶; este nuevo parámetro, ampliamente aceptado en la actualidad, no se contrapone con el clásico criterio cardiopulmonar, ya que la detención de la circulación sanguínea implica necesariamente daño encefálico irreversible, debido a la muerte de las neuronas por falta de oxígeno. El desafío es, evidentemente, aplicar de manera rigurosa las pruebas confirmatorias de la muerte encefálica¹²⁷.

La vida humana termina con la muerte del individuo, que es una sola. En la actualidad podemos diagnosticarla tanto por el parámetro cardiopulmonar como por el criterio neurológico.

“La muerte es el ‘cese irreversible de la vida’ y ocurre en un instante en el que se verifica un cambio ‘sustancial’ en el ser. Tanto el inicio como el término de la vida no son procesos, sino eventos instantáneos, cuyo momento exacto de ocurrencia no podemos determinar con precisión a través mediciones empíricas; aún con todo el avance de la ciencia y la medicina, diagnosticamos la muerte de una persona ‘cuando ésta ya ha sucedido’”.

05 ¿Qué distingue a la vida humana de otras vidas? (Página 32)

13 ¿Cuándo comienza la vida humana? (Página 50)

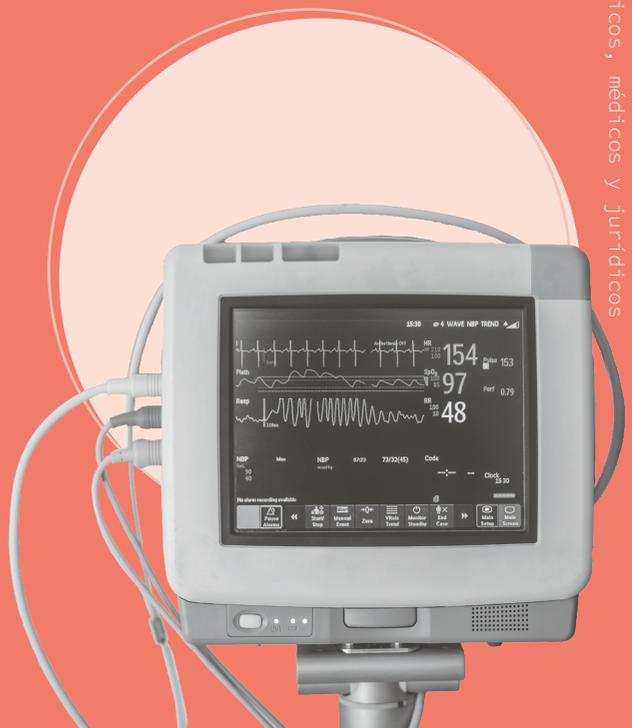
70 ¿Cómo se determina la muerte de una persona? (Página 164)

¹²⁴ Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago, “Diagnóstico de Muerte”, *Rev Med Chile* 132 (2004): 95-107.

¹²⁵ James L. Bernat et al., “On the Definition and Criterion of Death”, *Ann Intern Med*; 94(3) (1981): 389-394.

¹²⁶ D. Alan Shewmon, “Brain Death: A Conclusion in Search of a Justification”, *Hastings Center Report* 48(6) (2018): 22-25.

¹²⁷ La muerte encefálica se confirma si se cumplen tres criterios clínicos: presencia de coma, sin respuesta a ningún estímulo; ausencia de los reflejos que se integran a nivel del tronco cerebral; y apnea, es decir, ausencia de movimientos respiratorios espontáneos. Cada criterio se corrobora por medio de la aplicación rigurosa de un protocolo por un médico especialista.



70 | ¿Cómo se determina la muerte de una persona?

BEATRIZ SHAND
MÉDICO NEURÓLOGA

MAGÍSTER EN BIOÉTICA Y FILOSOFÍA

“Contamos con dos criterios para el reconocimiento de la muerte de la persona. El tradicional paro cardiorrespiratorio irreversible y la muerte encefálica.

La muerte de ningún órgano aislado, por relevante que este sea, puede considerarse equivalente a la muerte de la persona. La muerte de la persona, el cese de su vida, es el fin de su existencia como organismo vivo. Se ha propuesto como la ‘pérdida del funcionamiento integrado del organismo como un todo’”.

En la actualidad contamos con dos criterios para el reconocimiento de la muerte de la persona. El primero es el criterio tradicional: paro cardiorrespiratorio¹²⁸ irreversible, que se reconoce por la detención cardiaca y respiratoria, con total falta de respuesta (coma, sin ninguna reacción); el segundo es el criterio neurológico para la determinación de la muerte, también llamado muerte cerebral o muerte encefálica. Este último criterio corresponde al reconocimiento de la muerte del ser humano a través de la constatación del cese total e irreversible de las funciones encefálicas¹²⁹ (cerebro, cerebelo y troncoencéfalo¹³⁰). Se caracteriza clínicamente por la tríada de coma¹³¹, ausencia de reflejos neurológicos de troncoencéfalo y ausencia de ventilación espontánea.

El criterio tradicional de determinación de la muerte de la persona ha sido intuitivamente aceptado en todas las culturas. Se construye sobre síntomas y signos negativos (ausencia de signos de vida) y es seguido en pocas horas o días de signos cadavéricos (es decir, signos propios de la desintegración corporal). En cambio, el criterio neurológico de reconocimiento de la muerte ha sido reconocido desde los años 70 y ha estado rodeado de mayor controversia.

Para poder reflexionar al respecto, es necesario hacer algunas consideraciones preliminares respecto del significado de la muerte. En primer lugar, es necesario reconocer que la muerte de la persona es una situación completamente opuesta a la de la vida. Entendemos por muerte la ausencia de la vida: sería ilógico plantear la coexistencia de ambas en una misma persona. Cuando decimos que una persona “se está muriendo”, en realidad nos referimos a una persona viva, que —dada la fragilidad de sus condiciones físicas— se acerca inevitablemente a ese momento único que es la muerte¹³². Allí se separa la vida de la persona humana (que es evidenciada cotidianamente como la de un organismo vivo) del proceso de desintegración propio de un cadáver.

04

04 ¿Qué es la vida y por qué tiene un especial valor la vida humana? (Página 30)

69 ¿Cuándo termina la vida humana? (Página 162)

En segundo lugar, es importante aclarar que la muerte que los médicos diagnostican, en este escenario, es la muerte de la persona humana, en tanto organismo vivo y no la muerte de alguna de sus partes. La muerte de ningún órgano aislado, por relevante que este sea, puede considerarse equivalente a la muerte de la persona. La muerte de la persona, el cese de su vida, es el fin de su existencia como organismo vivo. Desde un punto de vista filosófico, la muerte se ha propuesto como la “pérdida del funcionamiento integrado del organismo como un todo”.

69

En este punto, es importante hacer una última precisión: aún cuando la muerte de la persona es una sola, es completamente aceptable que pueda reconocerse de distintas maneras. Éstas serán válidas en la medida que sean concordantes con una correcta interpretación de lo que significa estar muerto.

En este sentido, la muerte encefálica ha sido aceptada como criterio de muerte del individuo en tanto se entiende que el cese total e irreversible de las funciones encefálicas

(cerebro, cerebelo y tronco) es el primer signo de que el organismo ha dejado de funcionar de manera integrada¹³³. Es decir, el organismo vivo, la persona, ha dejado de existir como tal. Es importante mencionar que el criterio clásico de muerte (reconocimiento de la muerte por paro cardiorrespiratorio irreversible), también apunta a la pérdida de la integración funcional: el organismo deja de integrarse por las funciones de oxigenación y nutrición de los tejidos, funciones que son sostenidas por el sistema cardiovascular.

¹²⁸ El paro cardiorrespiratorio se reconoce a través de los siguientes signos clínicos: pérdida brusca de la conciencia, ausencia de pulso y respiración, cianosis, arreactividad total.

¹²⁹ “Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. A definition of irreversible coma”, *JAMA* 205 (1968):337-340.

¹³⁰ Cerebro, cerebelo y troncoencéfalo son los tres elementos del sistema nervioso central, necesarios para el funcionamiento del mismo.

¹³¹ El coma es definido por el diccionario de la RAE como “estado psicológico que se caracteriza por la pérdida de la conciencia, la sensibilidad y la capacidad motora voluntaria”.

¹³² La vida es un concepto debatido en filosofía y ciencias empíricas, sin embargo acá nos referimos a ella como el fenómeno propio de los organismos de la naturaleza que se expresa en el automovimiento, en la capacidad de integrar sus partes desde sí mismo y de comunicarse con el entorno desde esa mismidad.

¹³³ Antonio M. Batro et al., “Why the Concept of Brain Death is Valid as a Definition of Death Statement by Neurologists and Others and Response to Objections”, *Excerpt of scripta varia. The Pontifical Academy of Sciences*, 110 (2007): 5-14.

71 | ¿Cuál es la diferencia entre matar y dejar morir desde el punto de vista ético?

LUCA VALERA
DOCTOR EN BIOÉTICA
CRISTIÁN BORGOÑO
DOCTOR EN BIOÉTICA
PAULO LÓPEZ
DOCTOR EN TEOLOGÍA MORAL

Todos vamos a morir, es un destino ineludible: la muerte es un hecho, una certeza. De esto se desprende que dejar morir no es equivalente a matar, pues en el primer caso la vida sigue su curso natural (que conlleva inevitablemente la muerte), mientras que en el segundo caso existe una intervención deliberada que pone fin a la vida de un tercero. Cuando se 'deja morir' no hay ningún acto humano que tenga por objeto causar la muerte, mientras que cuando se mata sí lo hay. Por eso, en sentido estricto, no puede haber una equivalencia entre matar y dejar morir, puesto que la muerte, en última instancia, es inevitable. En este sentido, un correcto "dejar morir" no se configura como un fracaso de la medicina: significa aceptar la condición finita humana. Así, dejar morir no es lo mismo que abandonar, en este contexto: significa, más bien, retirar todas aquellas terapias y tratamientos fútiles y desproporcionados en pos de una muerte serena del paciente. El principio que sostiene dichas prácticas es el siguiente: cuando no se puede curar, siempre se puede cuidar.

Por otra parte, podemos considerar que el precepto moral que prohíbe matar a un inocente es universal, o sea, no admite excepciones. Si el sufrimiento de una persona fuera motivo suficiente para hacer una excepción a este precepto, podríamos correr el riesgo de aplicar este criterio a otras situaciones, como lamentablemente

ha ocurrido a lo largo de la historia universal. O afirmamos que nunca se puede matar a un inocente, o tendríamos que considerar que sólo algunas vidas son valiosas, o que hay seres humanos de primera y de segunda categoría. Para fundamentar la paz social y la estabilidad de una comunidad política es necesario reconocer el valor del precepto universal que manda respetar irrestrictamente toda vida humana, más allá de cualquier otra consideración.

Por lo anterior, matar directamente a un inocente nunca podrá justificarse. La pregunta, entonces, exige ser planteada en otros términos, es decir, si puede o no permitirse lo que, en términos genéricos, es una muerte prematura: ¿se puede (éticamente) adelantar o acelerar la muerte de una persona? Para poder responder a esta pregunta, hay que hacer algunas distinciones sobre las dos acciones (matar y dejar morir). Para eso es importante referirse a algunos criterios fundamentales para evaluar las acciones: el fin de la acción, la causa del acto (o del hecho) y las circunstancias de ello. Si evaluásemos, en efecto, solamente las consecuencias de estos dos actos (es decir, la muerte, en ambos casos), no se podrían entender los matices que nos iluminan para evaluar moralmente las dos acciones. Tratemos de analizar y definir a las dos acciones a la luz de estos criterios, enfocándonos en el ámbito biomédico.

Matar es aquella acción por la que intencionalmente se pone fin a la vida de una persona. Esto, en el contexto biomédico, se realiza a través de algún fármaco, que constituye el medio de la acción (circunstancias). En este sentido, la causa de la muerte es el acto de un tercero, que tiene el fin de acabar con la vida de otro, y lo hace con alguna sustancia adecuada para eso.

Por otro lado, el dejar morir se configura como aquella limitación (o adecuación) del esfuerzo terapéutico por la que el médico retira algunos medios o terapias porque ya no son eficaces o son desproporcionadas a la situación clínica del paciente. Como se puede notar, la causa de la muerte, en este último caso, no es la acción de un tercero, sino la enfermedad misma: el paciente muere por su enfermedad, al contrario del caso de la eutanasia.

En este sentido, las dos acciones (matar y dejar morir) no se pueden equiparar (como erróneamente han hecho algunos bioeticistas y moralistas, como, por ejemplo, James Rachels¹³⁴), ya que se trata de dos realidades distintas, que implican responsabilidades distintas (una cosa es matar una persona, otra es aceptar la condición finita del hombre).

En resumen: si las dos acciones son distintas, también la evaluación moral de las dos tiene que ser distinta. No podemos decir que exista un matar que sea bueno, porque “matar a un inocente” es intrínsecamente malo. En cambio, sí podemos afirmar que es bueno dejar morir, entendiendo por esto la aceptación de la muerte natural, evitando el encarnizamiento terapéutico.

¹³⁴ Cfr. James Rachels, “Active and Passive Euthanasia”, en *Biomedical Ethics and the Law*, ed. James M. Humber y Robert F. Almeder (Boston : Springer , 1979).

- 09 ¿Cuál es la diferencia entre “acto humano” y “acto del hombre”? (Página 40)
- 74 ¿Existe la obligación de mantener la vida de un paciente por cualquier medio? (Página 172)
- 93 ¿Existen medios que sean siempre obligatorios para conservar la vida? (Página 210)
- 97 ¿Qué es la medicina paliativa? (Página 218)
- 113 ¿Son la eutanasia o el aborto un acto malo? ¿Siempre? (Página 252)
- 90 ¿Puede la eutanasia llegar a ser un remedio para el dolor o la desesperanza? (Página 204)
- 89 ¿Tiene sentido una vida marcada por el dolor y el sufrimiento? (Página 202)
- 08 ¿Toda vida humana merece ser vivida? (Página 38)
- 06 ¿Es persona todo individuo de la especie humana? (Página 34)
- 07 ¿Es la vida humana un bien disponible? (Página 36)
- 10 ¿Qué diferencia un acto bueno de uno malo? (Página 42)
- 92 ¿Qué es la proporcionalidad terapéutica? (Página 208)
- 94 ¿Es obligatorio utilizar medios extraordinarios para conservar la vida? (Página 212)
- 82 ¿Es correcto ayudar a morir a alguien que lo pide y que además exime de la culpa a quien lo realice? (Página 188)
- 95 ¿Qué es el encarnizamiento terapéutico? (Página 214)

72 | ¿Qué es una enfermedad en estado terminal?

En la literatura se usan como sinónimos los términos persona con *enfermedad en estado terminal*, *situación terminal* o *enfermo terminal*, siendo este último el que quizá mejor se aproxime al significado que tiene esta condición para el paciente. Según el glosario elaborado por el Ministerio de Salud neozelandés una enfermedad terminal es “una condición progresiva que no tiene cura, de la cual se puede esperar razonablemente cause la muerte de la persona en un futuro previsible”¹³⁵.

Es muy relevante diferenciar claramente esta condición de otras como “enfermo grave o crítico” y “enfermo crónico”, en particular para una adecuada toma de decisiones terapéuticas. No serían enfermos terminales, por tanto, aquellos pacientes en estado crítico (por ejemplo: una persona politraumatizada grave hospitalizada en cuidados intensivos), ya que con los avances de la medicina es posible que algunos de ellos se recuperen y se reintegren a la vida normal. Del mismo modo, tampoco los son aquellos individuos con enfermedades crónicas (por ejemplo: pacientes con hipertensión arterial o diabetes mellitus) ya que aun cuando éstas fueran provocando daño orgánico o dejando secuelas permanentes, son susceptibles de tratamientos que modifican o retardan la evolución; por lo mismo, su pronóstico de sobrevida se estima en años o décadas.

“Para calificar a un paciente como terminal se requiere el cumplimiento de tres condiciones: a) ser portador de una enfermedad grave; b) de carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo y; c) no ser susceptible de un tratamiento conocido que modifique el pronóstico de muerte, o bien, los recursos terapéuticos utilizados han dejado de ser eficaces”.

IVÁN PÉREZ
MÉDICO INTERNISTA
Y MAGÍSTER EN BIOÉTICA

El Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago puntualiza que, para calificar a un paciente como terminal se requiere el cumplimiento de las siguientes tres condiciones: a) ser portador de una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto; b) la enfermedad o condición diagnosticada debe ser de carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en un plazo relativamente breve (en general se estima en 3-6 meses); y c) en el momento del diagnóstico, la enfermedad o condición patológica no es susceptible de un tratamiento conocido y de eficacia comprobada que permita modificar el pronóstico de muerte próxima, o bien, los recursos terapéuticos utilizados han dejado de ser eficaces¹³⁶. Esta última exigencia es interesante porque las posibilidades terapéuticas para determinadas enfermedades han variado con el tiempo. Es así como hasta bien entrado el siglo XX, los pacientes con insuficiencia renal¹³⁷ avanzada podían catalogarse como enfermos terminales, ya que fallecían en semanas o pocos meses por síndrome urémico; esto se modificó con el advenimiento de la hemodiálisis y el trasplante.

Reconocer a un enfermo como terminal implica privilegiar los tratamientos sintomáticos integrales (cuidados paliativos) y el deber de evitar el ensañamiento terapéutico (uso de medidas fútiles).

97 ¿Qué es la medicina paliativa? (Página 218)

95 ¿Qué es el encarnizamiento terapéutico? (Página 214)

94 ¿Es obligatorio utilizar medios extraordinarios para conservar la vida? (Página 212)

¹³⁵ Ministry of Health, "New Zealand Palliative Care Glossary". Wellington Ministry of Health (2015), <https://pallipedia.org/terminal-condition/>.

¹³⁶ Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago. "El enfermo terminal," *Revista Médica Chile* 128 (2000): 547-52.

¹³⁷ La insuficiencia renal es la condición patológica en la cual la función de ambos riñones se encuentra bajo los niveles normales, impidiendo la excreción de toxinas propias del metabolismo en la sangre. Una insuficiencia renal en etapa terminal puede llevar a lo que se conoce como síndrome urémico. En esa condición se requiere una terapia de diálisis o hemodiálisis para reemplazar la función renal, y permitir así recuperar la salud de la persona.



73 | ¿Cuáles son las enfermedades neurológicas graves por las que se podría solicitar eutanasia?

Las enfermedades neurológicas en las cuales se centran los debates bioéticos en general son de tres tipos:

En primer lugar, enfermedades con daño extenso y probablemente irreversible de las capacidades cognitivas (también conocidas como funciones cerebrales superiores). Es el caso de condiciones como el estado vegetativo o estado de mínima conciencia. En estos casos, en virtud del tiempo de evolución o de la causa de la enfermedad, la condición del paciente puede ser posible o probablemente irreversible. Esto plantea la cuestión de

hasta dónde debe llegar el esfuerzo terapéutico para mantener la vida de la persona y si es o no lícito eliminar deliberadamente la vida de la persona afectada. Esta decisión siempre se llevará a cabo por parte de los representantes del paciente, quienes podrán o no tener directrices anticipadas dejadas por el mismo. Debe tenerse presente que la licitud moral de estas manifestaciones de voluntad plantea problemas.

En segundo lugar, enfermedades con compromiso grave de la movilidad de la persona.

Es el caso de las secuelas de un trauma medular que produce una desconexión del sistema nervioso central a nivel cervical, dejando una persona cognitivamente sana pero con incapacidad completa de movilidad desde el cuello hacia abajo. También puede producirse en casos de personas con enfermedades neurodegenerativas que afectan principalmente el sistema neuromotor (por ej. Esclerosis Lateral Amiotrófica). En este tipo de casos la discusión usualmente se centra en la solicitud del paciente.

Por último, enfermedades

“Las enfermedades neurológicas en las cuales se centran los debates bioéticos en general son de tres tipos: (a) enfermedades con daño extenso y probablemente irreversible de las capacidades cognitivas; (b) enfermedades con compromiso grave de la movilidad de la persona y; (c) enfermedades con mal pronóstico vital o funcional”.

BEATRIZ SHAND
MÉDICO NEURÓLOGA
MAGÍSTER EN BIOÉTICA Y FILOSOFÍA

con mal pronóstico vital o funcional. Existen condiciones genéticas (por ej. Enfermedad de Huntington), o enfermedades neurodegenerativas en las cuales se puede saber con anticipación que la persona presentará un déficit cognitivo o motor progresivo (o ambos) y por lo tanto una persona podría anticipar su rechazo a esa condición posterior y exigir la muerte como salida a esas circunstancias. También se plantea la cuestión de anticipar cuáles son las medidas que se consideran proporcionadas o no para las siguientes etapas de la enfermedad y dejar directrices anticipadas al respecto.

96

92

93

¿Existen medios que sean siempre obligatorios para conservar la vida?
(Página 210)

113

¿Son la eutanasia o el aborto un acto malo? ¿Siempre?
(Página 252)

78

¿Qué son y cuál es la validez de las “voluntades anticipadas”?
(Página 180)

114

Desde el punto de vista de la ética médica, ¿está el médico siempre obligada a hacer lo que le solicita su paciente?
(Página 254)

115

Desde el punto de vista jurídico, ¿está el médico siempre obligado a hacer lo que le solicita su paciente?
(Página 256)

82

¿Es correcto ayudar a morir a alguien que lo pide y que además exime de la culpa a quien lo realice?
(Página 188)

90

¿Puede la eutanasia llegar a ser un remedio para el dolor o la desesperanza?
(Página 204)

96

¿Cómo realizar un juicio de proporcionalidad terapéutica en pacientes con enfermedades neurológicas?
(Página 216)

92

¿Qué es la proporcionalidad terapéutica?
(Página 208)



74 | ¿Existe la obligación de mantener la vida de un paciente por cualquier medio?

PAULINA TABOADA
MÉDICO INTERNISTA
Y DOCTORA EN FILOSOFÍA

La enseñanza tradicional establece que el deber moral de mantener la vida de un paciente mediante la implementación de intervenciones médicas se funda en la certeza moral de que ese apoyo puede

93 reportarle beneficios reales, en términos de recuperar la salud o prevenir una muerte evitable. Por tanto, cuando se ha llegado a la razonable convicción de que las intervenciones médicas no son capaces de revertir el curso natural de una condición clínica que conduce inevitablemente a una muerte

72 próxima (enfermo terminal), no existe obligación moral de mantener la vida mediante el

94 uso de la tecnología.

De hecho, existe un deber moral de no implementar o retirar aquellas intervenciones médicas que no reportan un beneficio clínico real al paciente y que incluso le causan daño o sufrimiento innecesario. Su aplicación representa un mal moral, porque no

respetar el deber médico fundamental de no dañar. Ya en el Juramento Hipocrático se afirma: “lo primero, no dañar”. La conducta éticamente correcta en este

tipo de situaciones sería abstenerse de implementar o suspender las intervenciones desproporcionadas, extraordinarias o inadecuadas a la condición clínica del

“El deber moral de mantener la vida de un paciente mediante intervenciones médicas se funda en la certeza de que ese apoyo puede reportarle beneficios reales. Cuando se ha llegado a la razonable convicción de que las intervenciones médicas no son capaces de revertir el curso natural de una condición clínica que conduce inevitablemente a una muerte próxima, no existe obligación moral de mantener la vida mediante el uso de la tecnología”.

97... paciente, cuidando de nunca abandonar al paciente (deber de no-abandono).

Aún en aquellos casos en los que el recurso a la medicina pudiese servir para prolongar un poco la vida, una persona podría estar eximida del deber moral de utilizarlo, si existen condiciones que se lo impidan (“imposibilidad física o moral”)¹³⁸. Los estudiosos de la ética han identificado diversas causas de imposibilidad, que excusan a una persona de utilizar intervenciones médicas que podrían prolongar su vida. Entre las causas de ‘imposibilidad física’ se mencionan, por ejemplo, que la medida no esté disponible; que no pueda ser utilizada; que las condiciones físicas del enfermo sean incompatibles con su uso; etcétera¹³⁹. Como causas de “imposibilidad moral” se han señalado: un esfuerzo demasiado grande, un dolor excesivo; un costo extraordinario o un temor invencible¹⁴⁰.

Por tanto, cuando una terapia no ofrece beneficios razonables o supone al menos un elemento de imposibilidad física o moral para el paciente, no existe obligación moral de utilizarla. Su implementación podría ser incluso moralmente ilegítima, si efectivamente no ofrece beneficio razonable y causa sufrimientos innecesarios al paciente. La adecuación del esfuerzo terapéutico busca mantener sólo aquellas medidas que guarden una relación de debida proporción entre el esfuerzo de su implementación y el resultado previsible (proporcionalidad terapéutica).

No obstante, excepcionalmente podría considerarse éticamente correcto seguir manteniendo con vida a un paciente mediante la aplicación de intervenciones médicas, aun sabiendo que su condición clínica es irreversible, si existen razones humanitarias o de otra índole que lo justifiquen. Así, cuando conservar con vida a un paciente le permita cumplir con otros deberes importantes, ya sean personales, familiares, legales,

93 ¿Existen medios que sean siempre obligatorios para conservar la vida? (Página 210)

72 ¿Qué es una enfermedad en estado terminal? (Página 168)

94 ¿Es obligatorio utilizar medios extraordinarios para conservar la vida? (Página 212)

95 ¿Qué es el encarnizamiento terapéutico? (Página 214)

97 ¿Qué es la medicina paliativa? (Página 218)

92 ¿Qué es la proporcionalidad terapéutica? (Página 208)

espirituales y/o religiosos. Por ejemplo, si mantenerlo con vida permite que alcance a llegar a despedirse de él un familiar que vive lejos; o hace posible que un sacerdote o agente pastoral venga a darle asistencia espiritual; o que un abogado lo asista en la documentación de asuntos relacionados con la herencia, etc.

¹³⁸ Francisco de Vitoria, *Relecciones Teológicas. Relecciones de la Templanza*, o.c. p. 449.

¹³⁹ Maurizio Calipari, *Curarse y hacerse curar. Entre el abandono del paciente y el encarnizamiento terapéutico* (Buenos Aires: Educa, 2007), 160.

¹⁴⁰ Cf. Daniel Cronin, “Conserving human life”, en *Conserving human life* ed. Russell Smith (Massachusetts, Pope John XXIII Medical-Moral Research and Educational Center, 1989), 98 - 112. Cf. también Maurizio Calipari, *Curarse y hacerse curar. Entre el abandono del paciente y el encarnizamiento terapéutico* (Buenos Aires: Educa, 2007), 158 - 166.

75 | ¿Qué es la eutanasia?

LUCA VALERA
DOCTOR EN BIOÉTICA

CRISTIÁN BORGÑO
DOCTOR EN BIOÉTICA

PAULO LÓPEZ
DOCTOR EN TEOLOGÍA MORAL

“Los elementos fundamentales para la definición de eutanasia son: a) el hecho de que se caracterice como una acción directa, que tiene el fin manifiesto de provocar la muerte; b) el sujeto de la acción es un médico, quien lleva a cabo la acción de provocar la muerte del paciente; c) la causa de la muerte es el acto mismo del médico y no la enfermedad que padece y; d) La motivación de la acción es una supuesta y mal entendida compasión frente al sufrimiento del paciente”.

La eutanasia es una acción producida por un médico u otro miembro del equipo de salud, con la intención de provocar directamente la muerte de un paciente, con el propósito de aliviar su sufrimiento. Si dicha acción se realiza con el consentimiento del paciente (o del representante legal, en el caso en que existan voluntades anticipadas de tratamiento), se habla de eutanasia voluntaria. Al revés, cuando el paciente no ha manifestado ninguna voluntad, se llama eutanasia involuntaria. Por último, se habla de eutanasia contra voluntaria si el paciente manifestó voluntad en contra de dicha acción.

Por otro lado, los elementos fundamentales para la definición de eutanasia son:

a) El hecho de que se caracterice como una acción directa, que tiene el fin manifiesto de provocar la muerte del paciente.

b) El sujeto de la acción es un médico, quien lleva a cabo la acción de provocar la muerte del paciente. La responsabilidad de esta acción, entonces, es principalmente del médico (o del miembro del equipo de salud que cumple la acción): por eso las leyes de eutanasia usualmente despenalizan este comportamiento. Es especialmente grave, en este sentido, que la persona que lleva a cabo dicha acción sea un médico, pues se trata de un acto contrario a los fines propios de la medicina (“cuidar siempre, curar cuando se puede, matar nunca”).

c) La causa de la muerte es el acto mismo del médico y no la enfermedad que padece

71... el paciente. Esto significa que, sin esa intervención eutanásica, el paciente no habría muerto en ese instante, sino que probablemente después de un tiempo. En algunos países (por ejemplo, Holanda y Bélgica) se puede solicitar la eutanasia también en casos de enfermedades psíquicas o de situaciones donde se configure (por decisión personal o de un tercero) una deplorable calidad de vida. En ese caso es más evidente que la causa de la muerte es el acto del médico: de lo contrario, el paciente no habría muerto.

82... d) La motivación de la acción es una supuesta y mal entendida compasión frente al sufrimiento del paciente. De hecho, se intenta justificar la eutanasia por sus partidarios como la acción “piadosa” de poner término a un sufrimiento —físico o existencial— insostenible.

110... El punto de partida, en el caso de la eutanasia voluntaria, es la autonomía del paciente, quien decide optar por esta solución para poner término a su sufrimiento. Dicha autonomía se expresa: i) a través del consentimiento, en el caso en que la persona esté consciente en el momento en que solicita la eutanasia; ii) a través de declaraciones anticipadas de tratamiento —lo que en otros países se llama *living will* o testamento vital— que son validadas por el representante legal del paciente. Una dificultad adicional se genera cuando el paciente no es capaz de consentir y no ha expresado su voluntad de forma escrita: allí, en muchos casos, se ha recurrido a presumidas declaraciones del paciente (piénsese, por ejemplo, en el caso de Eluana Englaro¹⁴¹ en Italia o Terri Schiavo¹⁴² en Estados Unidos) para que sus representantes pudieran solicitar la eutanasia.

Tal como adelantamos, existen otras tipologías de eutanasia (involuntaria y no-voluntaria), que no contemplan la expresión de la libre voluntad del paciente por el que se pide la eutanasia: de hecho, si en un caso (la eutanasia involuntaria) no se puede

90... ¿Puede la eutanasia llegar a ser un remedio para el dolor o la desesperanza? (Página 204)

78... ¿Qué son y cuál es la validez de las “voluntades anticipadas”? (Página 180)

76... ¿Puede haber eutanasia por omisión? (Página 176)

69... ¿Cuándo termina la vida humana? (Página 162)

106... ¿Sería mala la eutanasia incluso si estuviera permitida por la ley? (Página 236)

114... Desde el punto de vista de la ética médica, ¿está el médico siempre obligado a hacer lo que le solicita su paciente? (Página 254)

71... ¿Cuál es la diferencia entre matar y dejar morir desde el punto de vista ético? (Página 166)

108... ¿En qué países es legal la eutanasia? (Página 240)

82... ¿Es correcto ayudar a morir a alguien que lo pide y que además exime de la culpa a quien lo realice? (Página 188)

112... ¿Son la eutanasia o el aborto un acto de compasión? (Página 250)

110... ¿Son la eutanasia o el aborto un acto de autonomía del sujeto libre? (Página 246)

reconstruir la voluntad del paciente, en el otro (la contra voluntaria o no-voluntaria) se contraviene, derechamente, la voluntad del paciente de continuar con su vida.

¹⁴¹ Ernesto Vidal, “Diez preguntas sobre el “Caso” Englaro: constitucionalismo, derechos, principios, pluralismo y relativismo”, *Persona y Derecho* 61 (2009): 143-145.

¹⁴² Fernando Novoa, “La historia de Terri Schiavo”, *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* 45 (3) (2007): 232-234.

76 | ¿Puede haber eutanasia por omisión?

Considerando la respuesta a la pregunta ¿Cuál es la diferencia entre matar y dejar morir

71 desde el punto de vista ético?, así como la

75 definición de eutanasia, hay que introducir una diferencia entre eutanasia por acción y por omisión. Dicha distinción destaca el rol del médico en el acto eutanásico: si en un caso (eutanasia por acción), el médico provoca la muerte del paciente a través de una inyección o suministro de alguna droga, en el otro (eutanasia por omisión), el médico retira los

medios terapéuticos proporcionados

93 y adecuados a la condición clínica del paciente, con el fin de provocar su muerte.

Hay otros casos en que el médico retira los medios terapéuticos: la limitación (o

92 adecuación) del esfuerzo terapéutico. Esta última, sin embargo, es radicalmente distinta

74 de la eutanasia por omisión: la limitación del esfuerzo terapéutico no consiste solamente en el retirar algunos medios o terapias desproporcionadas y/o inútiles, sino en empezar otra tipología de cuidado, como

97 los cuidados paliativos, por ejemplo, con el fin

102 de aliviar el sufrimiento y no de provocar la muerte del paciente. Los matices en bioética son fundamentales, y hacen la diferencia. Si bien en los casos de la eutanasia por omisión, el abandono terapéutico y la limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico la consecuencia es la misma (a saber, la muerte

del paciente), las acciones son radicalmente distintas. Y las diferencias las hacen el fin de la acción, la causa y las circunstancias de ella.

10

Con un esquema:

- Eutanasia:
causa de la muerte = acción del médico;
medios usados = drogas;
intención del médico = matar;
- Abandono terapéutico:
causa de la muerte = enfermedad del paciente;
medios usados = ninguno (suspensión);
intención del médico = no cuidar;
- Limitación/adecuación del esfuerzo terapéutico:
causa de la muerte = enfermedad del paciente;
medios usados = otros medios (suspensión de los medios terapéuticos y uso de los paliativos u otros);
intención del médico = cuidar y aliviar sufrimiento.

LUCA VALERA
DOCTOR EN BIOÉTICA
CRISTIÁN BORGÑO
DOCTOR EN BIOÉTICA
PAULO LÓPEZ
DOCTOR EN TEOLOGÍA MORAL

“La distinción recae sobre el rol del médico en el acto eutanásico: si en un caso (eutanasia por acción), el médico provoca la muerte del paciente a través de una inyección o suministro de alguna droga, en el otro (eutanasia por omisión), el médico retira los medios terapéuticos proporcionados y adecuados a la condición clínica del paciente, con el fin de provocar su muerte”.

- 71 ¿Cuál es la diferencia entre matar y dejar morir desde el punto de vista ético? (Página 166)
- 75 ¿Qué es la eutanasia? (Página 174)
- 93 ¿Existen medios que sean siempre obligatorios para conservar la vida? (Página 210)
- 92 ¿Qué es la proporcionalidad terapéutica? (Página 208)
- 74 ¿Existe la obligación de mantener la vida de un paciente por cualquier medio? (Página 172)
- 97 ¿Qué es la medicina paliativa? (Página 218)
- 102 ¿Cómo se puede aliviar el dolor en pacientes que reciben cuidados paliativos? (Página 228)
- 10 ¿Qué diferencia un acto bueno de uno malo? (Página 42)



77 | ¿Se comete eutanasia cuando se da cumplimiento a una orden de no reanimar?

La orden de no reanimar es el rechazo a una determinada forma de terapia, en este caso, la estimulación del sistema cardiocirculatorio para restaurar la función cardíaca. Por lo mismo, su valoración moral dependerá de la justificación de la terapia, es decir, si en el caso concreto se trata o no de un medio ordinario y proporcionado para conservar la propia vida. La orden de

93

no reanimar en sentido estricto es un acto médico, que requiere la deliberación conjunta con el paciente y su familia (como cualquier terapia) y que necesita del convencimiento técnico de la futilidad de la terapia de reanimación. En este sentido, el juicio sobre la oportunidad de la orden de reanimar es un criterio técnico (clínico), no ético.

114

Debe recordarse que la reanimación es una terapia que contrarresta un proceso patológico, el paro cardiorrespiratorio, que conduce a la muerte en pocos minutos. Por lo anterior, ordinariamente, el paro cardiorrespiratorio es consecuencia de la enfermedad que aqueja al paciente y no de una patología en sí misma, salvo

70

“La orden de no reanimar es el rechazo a una determinada forma de terapia, en este caso, la estimulación del sistema cardiocirculatorio para restaurar la función cardíaca. Por lo mismo, su valoración moral dependerá de la justificación de la terapia, es decir, si en el caso concreto se trata o no de un medio ordinario y proporcionado para conservar la propia vida. La orden de no reanimar en sentido estricto es un acto médico. El juicio sobre la oportunidad de la orden de reanimar es un criterio técnico (clínico), no ético”.

LUCA VALERA
DOCTOR EN BIOÉTICA
CRISTIÁN BORGÑO
DOCTOR EN BIOÉTICA
PAULO LÓPEZ
DOCTOR EN TEOLOGÍA MORAL

el caso de arritmias cardíacas primarias, que normalmente se presentan de modo súbito e imprevisto y fuera del contexto asistencial, por lo que difícilmente se darán en un contexto de explícita negativa a la reanimación.

El eventual problema moral solo se plantearía respecto de la solicitud de la orden de no reanimar que un paciente pudiera plantear injustificadamente, a través de la redacción de voluntades anticipadas. En este sentido, una eventual aprobación legal de la eutanasia (y, con ella, de las voluntades anticipadas) podría generar problemas con respecto a la pronta reanimación del paciente, modificando el criterio médico usado actualmente.

Así, no hay coincidencia entre la orden de no reanimar y la eutanasia, siempre que el criterio usado para evaluar una posible reanimación sea un criterio clínico y no el simple respeto de las posibles voluntades expresadas anticipadamente por el paciente.

- 93 ¿Existen medios que sean siempre obligatorios para conservar la vida? (Página 210)
- 114 Desde el punto de vista de la ética médica, ¿está el médico siempre obligado a hacer lo que le solicita su paciente? (Página 254)
- 70 ¿Cómo se determina la muerte de una persona? (Página 164)
- 78 ¿Qué son y cuál es la validez de las “voluntades anticipadas”? (Página 180)
- 106 ¿Sería mala la eutanasia incluso si estuviera permitida por la ley? (Página 236)
- 75 ¿Qué es la eutanasia? (Página 174)



78 | ¿Qué son y cuál es la validez de las “voluntades anticipadas”?

En los últimos años se ha incrementado el uso y la discusión en torno a las denominadas “voluntades anticipadas”, especialmente dentro del contexto del cuidado médico. Estas pueden ser definidas como ciertas directrices o instrucciones otorgadas por una persona respecto de aquellos cuidados o tratamientos a los cuales quiere o no ser sometida, cuando ella ya no sea competente para expresar por sí misma su voluntad.

Entre las formas más frecuentes en que suelen ser adoptadas este tipo de voluntades, están los testamentos vitales y los poderes de representación¹⁴³. Las órdenes de reanimar suelen ser entendidas como un ejemplo del primer caso, no obstante, ellas deben responder a un juicio clínico adoptado prudencialmente, por sobre la mera voluntad del paciente. Por otro lado, en el caso de los poderes de representación, podemos encontrar la posibilidad de que la voluntad de una persona sea sustituida por un tercero, el cual podrá adoptar decisiones en nombre de quien lo haya designado como su representante. En ambos casos, la validez depende del grado de competencia que tiene la persona que otorga el documento. Así, se debe procurar que esta se encuentre plenamente informada acerca de su estado de salud, la progresión de su enfermedad, los tratamientos a los cuales puede acceder y las consecuencias de su posible rechazo.

“Son ciertas directrices o instrucciones otorgadas por una persona respecto de aquellos tratamientos a los cuales quiere o no ser sometida, cuando ella ya no sea competente para expresar por sí misma su voluntad. No resultan aplicables en cualquier circunstancia, por ejemplo, no pueden ser utilizadas como mecanismo para rechazar un tratamiento que acelere artificialmente el proceso de muerte”.

FRANCISCA REYES-ARELLANO
 ABOGADA
 Y MAGÍSTER EN BIOÉTICA

Las voluntades anticipadas como derecho de elección no resultan aplicables en cualquier circunstancia, ya que estas no pueden ser utilizadas como mecanismo para, por ejemplo, rechazar un tratamiento que acelere artificialmente el proceso de muerte¹⁴⁴. Tampoco se podrá hacer uso de este derecho cuando exista un grave riesgo para la salud pública, lo que podría ocurrir si alguien afectado por una patología altamente contagiosa pretende rechazar su tratamiento o intervención.

Finalmente, frente a la pregunta acerca del valor que estas voluntades podrían tener dentro de la práctica médica, las respuestas más frecuentes apuntan a la protección de la autonomía y autodeterminación de los

110... pacientes, por una parte, y por otra, a evitar la aplicación de tratamientos o medidas

94... terapéuticas que podrían resultar fútiles o eventualmente conducir a lo que se conoce como empecinamiento o encarnizamiento

95... terapéutico.

En nuestro actual modelo asistencial, la toma de decisiones compartidas es una práctica cada vez más habitual, pues busca dejar atrás el antiguo paternalismo médico, privilegiando que los pacientes estén cada vez mejor informados sobre sus condiciones de salud. Todo esto, por supuesto, debe realizarse con miras a adoptar las decisiones mejor

77... ¿Se comete eutanasia cuando se da cumplimiento a una orden de no reanimar?
 (Página 178)

110... ¿Son la eutanasia o el aborto un acto de autonomía del sujeto libre?
 (Página 246)

94... ¿Es obligatorio utilizar medios extraordinarios para conservar la vida?
 (Página 212)

95... ¿Qué es el encarnizamiento terapéutico?
 (Página 214)

orientadas hacia el bienestar de la persona, por lo que no deben perderse de vista los aspectos relacionados con la dignidad humana, el respeto por los familiares de la persona que padece la enfermedad, y la debida protección para que exista una decisión verdaderamente libre e informada.

¹⁴³ Cfr. Allen Buchanan, "Advance Directives and the Personal Identity Problem", *Philosophy & Public Affairs* 17, no 4 (1988): 277-302.

¹⁴⁴ En el caso chileno, así lo consagra el artículo 16 de la ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

79 | ¿Qué rol cumplen la religión, la filosofía o la ética en el tema de la eutanasia?

GONZALO LETELIER
DOCTOR EN DERECHO

75 La eutanasia es, en primer lugar, un problema ético. De hecho, su aspecto más esencial y objetivo es bastante sencillo, precisamente porque toca el mismo centro del problema moral: ¿es posible justificar un acto en principio indeseable (como el matar a alguien) en virtud de sus efectos, la intención subjetiva de quienes participan en él o las circunstancias concretas en las que se realiza? Buena parte de este libro apunta precisamente a justificar una respuesta negativa: provocar directamente la muerte de alguien es un acto intrínsecamente malo y ninguna circunstancia o intención puede cambiar esto. Se trata de una conclusión rigurosamente moral.

El problema real de la persona sufre, sin embargo, es a todas luces más complejo. Esto no significa que haya que relativizar el principio, pero sí que es necesario hacerse cargo del drama de la muerte, haciendo posible y razonable un curso de acción

que respete la dignidad del enfermo y de su familia. En este sentido, el aporte de la filosofía y de la religión es esencial. Aquel que ve a quien ama padecer un dolor intolerable y sin sentido, no se abstendrá de desear su muerte en virtud de una mera prohibición. La misma ética prohíbe el mal solamente en razón de un cierto bien al que este se opone. La solución al problema de la eutanasia, por lo tanto, no puede reducirse a comprender la maldad del matar, sino que radica en una comprensión profunda de la bondad del vivir, que es precisamente aquello que exige, a su vez, una cierta dignidad en el morir. Sócrates, durante la larga reclusión anterior a su condena a muerte, pudo afirmar que la filosofía es una preparación para la muerte; no porque morir sea bueno, sino porque el modo en que se padece un mal es siempre un reflejo de los bienes que se aman, y estos bienes son objeto de la filosofía: la profunda verdad del amor de

los amigos, que son capaces de com-padecerse en mi sufrimiento físico (es decir, sufrirlo conmigo), revelando, asimismo, la fragilidad de nuestra condición humana y la grandeza de nuestro destino.

La fe religiosa, por su parte, es capaz de elevar ese sufrimiento a un horizonte de trascendencia, permitiendo incluso asociarlo al sufrimiento de un Dios que ha asumido esa miseria humana, colaborando así en la obra de la redención de muchos.

Si la ética resuelve el problema negativo de la prohibición del homicidio, la reflexión filosófica y la fe son capaces de superar, hasta hacerlo superfluo, el precepto negativo y manifestar, en medio del dolor, la asombrosa dignidad del destino del hombre.

“La solución al problema de la eutanasia no puede reducirse a comprender la maldad del matar, sino que radica en una comprensión profunda de la bondad del vivir, que es precisamente aquello que exige, a su vez, una cierta dignidad en el morir. Si la ética resuelve el problema negativo de la prohibición del homicidio, la reflexión filosófica y la fe son capaces de superar, hasta hacerlo superfluo, el precepto negativo y manifestar, en medio del dolor, la asombrosa dignidad del destino del hombre”.

- 75** ¿Qué es la eutanasia? (Página 174)
- 90** ¿Puede la eutanasia llegar a ser un remedio para el dolor o la desesperanza? (Página 204)
- 82** ¿Es correcto ayudar a morir a alguien que lo pide y que además exime de la culpa a quien lo realice? (Página 188)
- 88** ¿Se puede forzar a permanecer con vida a un paciente con dolores intolerables? (Página 200)
- 113** ¿Son la eutanasia o el aborto un acto malo? ¿Siempre? (Página 252)
- 86** ¿Puede tomar una decisión libre un paciente con dolor? (Página 196)
- 06** ¿Es persona todo individuo de la especie humana? (Página 34)
- 118** ¿Son el aborto y la eutanasia problemas principalmente religiosos? (Página 262)
- 89** ¿Tiene sentido una vida marcada por el dolor y el sufrimiento? (Página 202)
- 07** ¿Es la vida humana un bien disponible? (Página 36)
- 08** ¿Toda vida humana merece ser vivida? (Página 38)

80 | ¿Es siempre patológica la ideación suicida?

BEATRIZ SHAND
MÉDICO NEURÓLOGA
MAGÍSTER EN BIOÉTICA Y FILOSOFÍA

El comportamiento suicida constituye un problema complejo, con múltiples causas, factores de riesgo y elementos relacionados. Se reconocen en este sentido factores predisponentes y factores gatillantes¹⁴⁵.

Los factores predisponentes corresponden a rasgos individuales (biológicos o sociales) que hacen más probable la idea suicida; tales como: alteraciones de neurotransmisores^{146,147}, (bajos niveles de serotonina¹⁴⁸ en el líquido cefalorraquídeo¹⁴⁹), predisposiciones genéticas, trastornos afectivos, el alcoholismo y las psicosis —especialmente la esquizofrenia¹⁵⁰—, y el antecedente familiar de suicidio.

“Desde una perspectiva clínica, la ideación suicida se considera siempre un síntoma a tratar. La idea de depreciación de la propia vida, al punto de buscar la autodestrucción, la mayoría de las veces forma parte de cuadros afectivos graves y está también presente en personas con trastornos complejos de la estructura del pensamiento y de la personalidad”.



Los factores gatillantes, corresponden a situaciones vitales que se asocian con el comportamiento suicida de manera directa, entre estas están: el duelo reciente, el divorcio, la pérdida de vínculos, la jubilación, la viudez reciente y enfermedades crónicas tales como la epilepsia, el cáncer, la esclerosis múltiple y el SIDA.

Es un tema debatido si el suicidio debe considerarse siempre una conducta patológica o puede ser en algunos casos, influido por los contextos culturales, es decir, una conducta libremente elegida por una persona mentalmente sana (un ejemplo de ello sería el suicidio de los soldados al perder la guerra o, en este mismo contexto, los atentados por voluntarios *kamikaze*).

Desde una perspectiva clínica, la ideación suicida se considera siempre un síntoma a tratar. La idea de depreciación de la propia vida, al punto de buscar la autodestrucción, la mayoría de las veces forma parte de cuadros afectivos graves y está también presente en personas con trastornos complejos de la estructura del pensamiento y de la personalidad¹⁵¹.

El abordaje de esta ideación tiene relación con la exploración de todos estos cuadros y la protección de la persona para evitar la concreción de la conducta suicida. Desde la perspectiva de la salud pública, el suicidio es considerado igualmente un mal a evitar y las pérdidas de vidas humanas un fracaso de los sistemas de prevención y recuperación de la salud mental¹⁵².

91 ¿Puede el suicidio o la eutanasia justificarse como una fuente de sentido de la vida, por motivos éticos o religiosos? (Página 206)

07 ¿Es la vida humana un bien disponible? (Página 36)

¹⁴⁵ Departamento de Salud Mental Subsecretaría de Salud Pública, *Programa Nacional de Prevención del Suicidio*, Octubre, 2013. Disponible en http://web.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevenccion.pdf.

¹⁴⁶ El diccionario de la RAE los define como sustancia que “transmite los impulsos en la sinapsis nerviosa”.

¹⁴⁷ Múltiples estudios demuestran que en personas con ideas suicidas existe un correlato neurobiológico que predispone a tal ideación. Por ejemplo, bajos niveles de neurotransmisores relacionados con la depresión o disfunción de distintas áreas cerebrales. Para profundizar este tema puede revisarse el siguiente artículo: Ana Gutiérrez-García et al., “El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos”, Primera parte. *Salud mental*, 31(4) (2008): 321-330.

¹⁴⁸ “Sustancia presente en el intestino, la sangre y el cerebro, que actúa como vasoconstrictor y neurotransmisor”, según la RAE. Una alteración en los niveles de serotonina se relaciona a enfermedades psiquiátricas como la depresión o la ansiedad.

¹⁴⁹ “Líquido incoloro, transparente y ligeramente alcalino, en el que están sumergidos los centros nerviosos de los vertebrados, y que llena también los ventrículos del encéfalo ejerciendo sobre ellos una acción protectora”, según la RAE.

¹⁵⁰ La esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica grave en la cual se produce desconexión de la realidad, síntomas anímicos, cognitivos y episodios de alucinaciones, entre otras manifestaciones.

¹⁵¹ Las personas con trastornos de personalidad pueden vivir sentimientos de vacío y aislamiento social en la mayor parte de su vida y tener dificultades para establecer una historia personal plena o superar circunstancias difíciles.

¹⁵² Al respecto recomiendo revisar el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, citado al comienzo.

81 | ¿Qué es el suicidio asistido?

LUCA VALERA
DOCTOR EN BIOÉTICA

El suicidio asistido (o suicidio médicamente asistido) es la acción producida por un paciente, con la ayuda de un médico, quien proporciona al paciente los medios para poner término a su vida, con la intención de aliviar su sufrimiento. Cabe destacar que las diferencias con la eutanasia, en este caso, son pocas. De hecho, la gran diferencia consiste en el sujeto que realiza el acto de poner término a la vida del paciente. Aquí es el paciente mismo, con la ayuda de algún miembro del equipo de salud. La responsabilidad del médico, en esta situación, es distinta al caso de la eutanasia: aquí coopera al suicidio, mientras que en el caso de la eutanasia es el sujeto principal de la acción. La cooperación del médico y de las demás personas que intervienen en el proceso, en todo caso, es próxima e inmediata por lo que recibe la misma valoración moral de la acción principal.

Estados como Suiza se han vuelto famosos por la presencia de “clínicas” o instituciones en las que se practica el suicidio asistido (piénsese en “Exit”, “Dignitas” o “Eternal Spirit”), y que “acogen” pacientes de todo el mundo (sobre todo, de Europa): esto ha generado el así llamado “turismo de la muerte”, que ha propiciado un beneficio financiero muy alto para estas clínicas (se habla de entre 5.500 y 9.500 euros por cada suicidio)¹⁵³.

Un punto interesante, con referencia al suicidio asistido, es la moralidad del suicidio

mismo, que se refiere a la disponibilidad de nuestras vidas. ¿Podemos disponer libremente de nuestra vida? Si esta pregunta se refiere a una posibilidad *de facto*, sí, podemos, es decir, es un fin que podemos alcanzar sin problemas. La pregunta, entonces está más bien dirigida a la moralidad de una acción como esa, que pone término a mi existencia: ¿puedo disponer libremente de mi cuerpo, como si fuera una cosa que no tiene ninguna relación con mi persona? La respuesta a esta pregunta, evidentemente, depende de la idea que tengamos de nuestra vida y de las relaciones con los demás. Si considero que mi vida es solo algo material, que no tiene ningún sentido o dimensión espiritual, evidentemente el suicidio se configura solamente como un hecho que interrumpe un cierto proceso biológico. Sin embargo, si consideramos que la vida va más allá de la pura materia —y de mí mismo, en cuanto soy un ser relacional— entonces el suicidio se presenta como una trágica interrupción del proceso de autorrealización y perfeccionamiento que pasa necesariamente por mi cuerpo. El suicidio sería, así, una “interrupción del sentido”, porque mi vida ya no tiene ningún sentido.

“El suicidio asistido es la acción producida por un paciente, con la ayuda de un médico, quien proporciona al paciente los medios para poner término a su vida, con la intención de aliviar su sufrimiento. Cabe destacar que las diferencias con la eutanasia, en este caso, son pocas. De hecho, la gran diferencia consiste en el sujeto que realiza el acto de poner término a la vida del paciente. Aquí es el paciente mismo, con la ayuda de algún miembro del equipo de salud. La cooperación del médico y de las demás personas que intervienen en el proceso, en todo caso, es próxima e inmediata por lo que recibe la misma valoración moral de la acción principal”.

- 82 ¿Es correcto ayudar a morir a alguien que lo pide y que además exime de la culpa a quien lo realice? (Página 188)
- 75 ¿Qué es la eutanasia? (Página 174)
- 10 ¿Qué diferencia un acto bueno de uno malo? (Página 42)
- 108 ¿En qué países es legal la eutanasia? (Página 240)
- 07 ¿Es la vida humana un bien disponible? (Página 36)
- 89 ¿Tiene sentido una vida marcada por el dolor y el sufrimiento? (Página 202)

¹⁵³ Christine Bartsch et al., “Assisted Suicide in Switzerland: An Analysis of Death Records From Swiss Institutes of Forensic Medicine”, *Deutsches Arzteblatt international*, 116(33-34) (2019): 545-552.



82 | ¿Es correcto ayudar a morir a alguien que lo pide y que además exime de la culpa a quien lo realice?

JORGE MARTÍNEZ
DOCTOR EN FILOSOFÍA

“El uso habitual del verbo ‘ayudar’ remite a un fin que se asocia más bien con algo bueno. Sin embargo, matar a una persona inocente no es un fin bueno en ninguna circunstancia. Un médico no puede acceder a pedidos contrarios a los fines de la medicina, así como no puede acceder, por ejemplo, a pedidos de mutilación de un órgano sano sin justificación terapéutica”.

“Ayudar a morir” es un eufemismo que exige una explicación detenida del término “ayudar”. Si bien es cierto que la primera acepción de este verbo alude al hecho de prestar colaboración en alguna tarea independientemente de cuál sea ésta¹⁵⁴, el uso habitual del verbo “ayudar” remite a un

fin que se asocia más bien con algo bueno. Sin embargo, matar a una persona inocente no es un fin bueno en ninguna circunstancia.

En el ámbito de los razonamientos morales existen ciertos principios que no admiten excepciones en ningún caso, pues al hecho de

que no admiten excepción en términos absolutos, se agrega el riesgo de la pendiente resbaladiza en caso de su quebrantamiento¹⁵⁵. Esto se ve claramente en aquellos países donde el aborto ha sido permitido. Se comienza despenalizando y se concluye con la autorización general sin necesidad de invocar causas, como ha podido comprobarse en España. Como consecuencia esperable de esto, la pendiente resbaladiza lleva a referirse a los problemas al final de la vida, con la previsible conclusión de que es moralmente correcto acabar con la vida de un enfermo terminal. Sin embargo, el respeto incondicional por esos imperativos morales es incluso una salvaguarda de los mismos derechos humanos, el primero de los cuales es el de la vida biológica, fundamento de todos los otros¹⁵⁶. Quitada la solidez de este principio, ninguno de los otros puede ya sostenerse coherentemente.

La colaboración con la muerte de una persona inocente, cuando esto implica, por ejemplo, administrarle un fármaco que acabe con su vida, no disminuye su gravedad porque el receptor de la acción lo haya pedido. Si la persona que “ayuda” a morir ejecuta su acto por pedido de quien desea morir, la acción

- 10 ...no deja de ser moralmente ilícita, ya que se quebranta el principio de no matar ni colaborar con la muerte de una persona inocente. Y esto sin mencionar que se trata de un homicidio doloso si quien presta esa “ayuda” lo hace con toda libertad, discernimiento y propósito explícito de dar muerte. “Ayudar” a morir puede entenderse también como un suicidio
- 81 ...médicamente asistido, y éste nunca puede ser considerado una “cura” o un “tratamiento”, sino una contradicción en los términos. Un médico no puede acceder a pedidos contrarios
- 114 ...a los fines de la medicina, así como no puede acceder, por ejemplo, a pedidos de mutilación de un órgano sano sin justificación terapéutica¹⁵⁷.

Dicho esto, no puede haber nada que destituya a la vida de su puesto de fundamento de todos los demás bienes, pero también de los males. Así como consideraríamos irracional atentar contra la propia vida invocando que somos demasiado felices o que nos ha ido muy bien, también lo es invocar razones de fracaso o de dolor para acabar con ella. Es decir, lo bueno

- 80 ...o lo malo de la vida no se confunden con la vida misma, sino que son accidentes de ella. Así como la causa de la felicidad no es la vida, así tampoco la vida es la causa de los sufrimientos, sino los dolores (psicológicos
- 83 ...o físicos), y sobre ellos debe focalizarse la
- 97 ...atención terapéutica o paliativa. Podemos ser testigos de un hecho horrible, por ejemplo, pero eso no sería razón para solicitar que se nos extirpen los ojos con el fin de no volver a ver esas cosas.

07 ¿Es la vida humana un bien disponible? (Página 36)

123 ¿Es lo mismo despenalizar el aborto o la eutanasia que legalizarlos? (Página 272)

121 ¿Son el aborto o la eutanasia derechos humanos? (Página 268)

10 ¿Qué diferencia un acto bueno de uno malo? (Página 42)

81 ¿Qué es el suicidio asistido? (Página 186)

114 Desde el punto de vista de la ética médica, ¿está el médico siempre obligado a hacer lo que le solicita su paciente? (Página 254)

80 ¿Es siempre patológica la ideación suicida? (Página 184)

83 ¿Existe un dolor físico y un dolor psíquico? (Página 190)

97 ¿Qué es la medicina paliativa? (Página 218)

¹⁵⁴ Diccionario de la Lengua Española, “Ayudar”, Real Academia Española <https://dle.rae.es/ayudar>.

¹⁵⁵ Los argumentos del tipo “pendiente resbaladiza”, también llamados de “efecto dominó”, son argumentos que presuponen que, si se da el hecho A, necesariamente se dará el B. Aunque en teoría este tipo de argumentos no parecen tener un sólido sustento lógico, en los hechos concretos sí parecen darse.

¹⁵⁶ Ver Alfonso Gómez-Lobo, *Los bienes humanos. Ética de la ley natural* (Santiago: Mediterráneo, 2006), 29-33.

¹⁵⁷ Ver Alfonso Gómez-Lobo y John Keown, *Bioética y los bienes humanos* (Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile, 2018), 128-134.

83 | ¿Existe un dolor físico y un dolor psíquico?

BEATRIZ SHAND

MÉDICO NEURÓLOGA

MAGÍSTER EN BIOÉTICA Y FILOSOFÍA

Existen numerosas definiciones de dolor. Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), se define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial”¹⁵⁸. El dolor es entonces, primariamente una experiencia sensitiva.

Desde un punto de vista clínico, se han propuesto distintas formas de clasificación del dolor de acuerdo al origen del mismo, a la respuesta a los medicamentos, a la duración en el tiempo, etc.

El dolor siempre tiene un correlato en la conciencia y un significado alarmante. Está presente en todos los animales para orientar la conducta en un sentido opuesto al del estímulo que lo provoca. En el ser humano, dada la complejidad de los fenómenos mentales, la relación estímulo-dolor-conducta evitativa no es siempre unidireccional. La interpretación psicológica que hacemos del dolor y la presencia o ausencia de atenuantes, pueden modular significativamente la respuesta humana al mismo.

El dolor físico es una de las causas de lo que podría llamarse dolor psíquico o sufrimiento.

El sufrimiento corresponde a una expresión emocional negativa frente a una condición dolorosa. Puede expresarse exteriormente como tristeza, inquietud, impaciencia, desvelo, falta de interés en la vida, etc.

“En algunos pacientes, especialmente al final de la vida, puede presentarse una sumatoria de causas de dolor psíquico, que incluyen el dolor físico, además de otros factores causantes de dicho padecimiento; tales como: experimentar la pérdida de capacidades y el deterioro de roles o vínculos y la experiencia de pérdida de sentido de la propia existencia. Aun cuando la misma persona es incapaz de reconocer su propio valor, la medicina debe ofrecer herramientas para que logre recuperar la percepción de éste”.

Aun cuando el dolor físico puede provocar sufrimiento, en el ser humano existen muchas causas distintas de sufrimiento: la experiencia de abandono, traición, entre otras experiencias humanas, provocan sufrimiento no mediado por la presencia de un estímulo nociceptivo¹⁵⁹.

En algunos pacientes, especialmente al final de la vida, puede presentarse una sumatoria de causas de dolor psíquico, que incluyen el dolor físico, además de otros factores causantes de dicho padecimiento; tales como:

- 84... experimentar la pérdida de capacidades y el deterioro de roles o vínculos y la experiencia
- 89... de pérdida de sentido de la propia existencia.
- 85... A este último escenario, Cicely Saunders lo denomina “dolor total” y su abordaje es una
- 97... de las mayores tareas de la medicina paliativa.

Los profesionales de la salud deben tener la sensibilidad suficiente para hacer sentir a cada paciente como “único, importante como ser, con una enfermedad específica pero con diferentes pero válidas formas de reacción”¹⁶⁰ y muchas veces pueden constituirse ellos mismos como un atenuante de la experiencia dolorosa, al poner al servicio del paciente no solamente la pericia técnica, sino también una actitud humana y empática frente a la persona sufriente.

De esta manera, la medicina paliativa ofrece el reconocimiento del valor de la persona en toda circunstancia, inclusive en aquellas precarias y dolorosas o cuando la muerte

- 08... es próxima. Aun cuando la misma persona es incapaz de reconocer su propio valor, la medicina debe ofrecer herramientas para que
- 82... logre recuperar la percepción de éste. Este concepto ha sido desarrollado por algunos autores como “terapia de la dignidad”¹⁶¹.

84... ¿Existen dolores intratables? (Página 192)

89... ¿Tiene sentido una vida marcada por el dolor y el sufrimiento? (Página 202)

85... ¿Qué significa el concepto de “dolor total”? (Página 194)

97... ¿Qué es la medicina paliativa? (Página 218)

08... ¿Toda vida humana merece ser vivida? (Página 38)

82... ¿Es correcto ayudar a morir a alguien que lo pide y que además exime de la culpa a quien lo realice? (Página 188)

¹⁵⁸ Srinivasa N. Raja et al., “The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises”, *Pain* 161(9) (2020):1976-1982.

¹⁵⁹ Es decir, estímulo capaz de producir activación de las vías neurológicas de dolor.

¹⁶⁰ Pablo Amenabar, “Reflexiones sobre el dolor y sufrimiento humano”. *Ars Médica, Revista De Ciencias Médicas* 15(2) (2016): 215-220.

¹⁶¹ Cristián Santamaría et al., “Sentido de la dignidad al final de la vida: una aproximación empírica”, *Med Paliat* 21(4) (2014):141-152.

84 | ¿Existen dolores intratables?

ALEJANDRA FLORENZANO
MÉDICO INTERNISTA
Y MAGÍSTER EN FILOSOFÍA

Algunos pacientes en cuidados paliativos pueden presentar síntomas particularmente difíciles de tratar, en que se requiere un esfuerzo adicional y evaluación especializada para identificar la terapia que logre mitigarlos dentro de un plazo razonable, constituyendo un desafío para el equipo de salud. Estos han sido llamados “síntomas difíciles”. A diferencia de lo anterior, se han llamado “síntomas refractarios”, aquellos que no logran ser controlados adecuadamente, a pesar de esfuerzos de terapia sucesivos o si la respuesta no se logra alcanzar en un plazo razonable de tratamiento, o bien cuando la aparición de efectos adversos ha limitado su uso¹⁶². Entre los síntomas más frecuentemente reportados como “refractarios” en pacientes en el final de su vida, están el *delirium* (confusión mental), la falta de aire, el dolor y algunos otros¹⁶³.

Muchos reportes médicos muestran los “síntomas refractarios o intratables” como algo frecuente, entre otras cosas, por incluir pacientes con síntomas intensos o difíciles, sin mediar un adecuado tratamiento por equipos especializados. Pero especialistas de centros de referencia en cuidados paliativos, como el Centro MD Anderson en Texas (USA) reportan que, con manejo experto, el dolor se comporta rara vez como síntoma refractario; con lo cual el “dolor intratable” sería un problema clínico muy raro¹⁶⁴.

Ahora bien, en el caso excepcional de síntomas que persistan siendo refractarios, a pesar de este manejo especializado, la medicina

paliativa cuenta aún con un recurso para aliviar al paciente, el que se denomina “sedación paliativa”.

Para finalizar, hay que señalar que el “dolor intratable” se ha propuesto, inadecuadamente, como una condición que justifica la eutanasia en países extranjeros. Es alarmante ver que en países donde la eutanasia es legal, los síntomas intratables se reportan como muy frecuentes, en contraste con la rara ocurrencia informada por centros expertos, según se mencionó. En Holanda, por ejemplo, reportes posteriores a la legalización de la eutanasia (informe de la Comisión Remmelick, 1991), mostraron que el 47% de los pacientes que solicitaron eutanasia, lo hizo aludiendo dolor intratable. En la opinión de los médicos que acogieron la solicitud de eutanasia de dichos pacientes, un 17% de las solicitudes ocurrió existiendo terapia para el dolor aún disponible¹⁶⁵. Es decir, no constituían verdaderos casos de “dolor intratable”, sino, simplemente de dolor “no tratado”. Estos datos muestran cómo la legalización de la eutanasia ha conducido a sub-tratamiento del paciente en estado de salud terminal. Lo que podría explicarse por el cambio de foco que genera la aceptación de la eutanasia, desde “cómo aliviar el sufrimiento del paciente mientras vive”, a “en qué caso acabar con la vida del paciente terminal que sufre”.

Afortunadamente, en Chile se ha avanzado significativamente en garantizar los cuidados paliativos universales y gratuitos a nivel

100 101 legislativo y sanitario, lo cual constituye la real respuesta que necesitamos para cuidar a los pacientes con dolores de difícil alivio.

“Con manejo experto, el dolor se comporta rara vez como síntoma refractario; el ‘dolor intratable’ sería un problema clínico muy raro. Es alarmante ver que en países donde la eutanasia es legal, los síntomas intratables se reportan como muy frecuentes, lo que podría explicarse por el cambio de foco que genera la aceptación de la eutanasia, desde ‘cómo aliviar el sufrimiento del paciente mientras vive’, a ‘en qué caso acabar con la vida del paciente terminal que sufre’”.

97 ¿Qué es la medicina paliativa? (Página 218)

104 ¿Qué es la sedación paliativa? (Página 232)

90 ¿Puede la eutanasia llegar a ser un remedio para el dolor o la desesperanza? (Página 204)

108 ¿En qué países es legal la eutanasia? (Página 240)

72 ¿Qué es una enfermedad en estado terminal? (Página 168)

07 ¿Es la vida humana un bien disponible? (Página 36)

100 ¿Existen en Chile programas de cuidados paliativos? (Página 224)

101 ¿En qué consiste la Ley de Cuidados Paliativos? (Página 226)

¹⁶² Nathan I. Cherny et al., “European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care”, *Palliat Med* 23(7) (2009): 581-593.

¹⁶³ Marco Maltoni et al., “Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review”, *J Clin Oncol.* Apr 20;30(12) (2012):1378-1383.

¹⁶⁴ Paul W. Walker, “Clinical Aspects of Palliative Sedation for Refractory Symptoms”, en *Sedation at the End of Life: An Interdisciplinary Approach. Philosophy and Medicine* ed. Paulina Taboada (Dordrecht, the Netherlands: Springer, 2015).

¹⁶⁵ Paulina Taboada R., “El Derecho A Morir Con Dignidad”, *Acta bioeth.* [online] 6(1) (2000): 89-101.

85 | ¿Qué significa el concepto de "dolor total"?

ALEJANDRA FLORENZANO
MÉDICO INTERNISTA
Y MAGÍSTER EN FILOSOFÍA

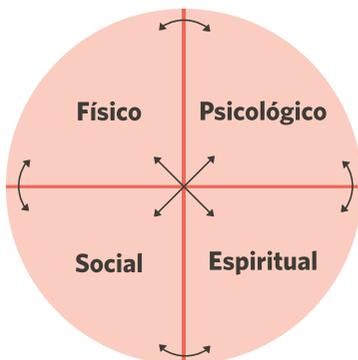
Si bien el alivio del dolor es uno de los fines propios de la medicina desde sus orígenes, en las últimas décadas han surgido nuevos recursos para aliviar a los pacientes que presenten dolores difíciles de tratar, y especialidades médicas dirigidas a su alivio, como la medicina del dolor y, especialmente, la medicina paliativa. Estas han permitido, por un lado, hacer más efectivo el alivio del dolor, protocolizando su manejo con analgésicos (fármacos para tratar el dolor) o acudiendo a otras medidas excepcionales que permiten controlar síntomas difíciles. Pero, sobre todo, los cuidados paliativos han recuperado para la medicina moderna la comprensión del dolor como multidimensional, en la noción de "dolor total", acuñada por Cicely Saunders.

El dolor total del paciente con una enfermedad seria, está compuesto por aspectos físicos, psicológicos, espirituales y sociales, que interactúan unos con otros. Todos le generan sufrimiento y, al quedar desatendidos, dificultan el alivio de su dolor físico, o bien, llevan a una sobre-medicación de este.

Por ejemplo, la pérdida de esperanza (ámbito psicológico, espiritual), puede hacer que un paciente perciba con mayor intensidad el dolor físico, por el significado personal que él le atribuye, volviéndolo además irritable y reacio a recibir visitas. Una adecuada atención a su dolor, implicará atenderlo en cada una de dichas dimensiones, y no debe traducirse simplemente en un aumento de analgésicos.

La atención de cada dominio del dolor total, es realizada de mejor modo por equipos multidisciplinares con formación especializada. En la gran mayoría de los casos, dichas estrategias permiten controlar los síntomas inicialmente considerados difíciles. Esto deja en evidencia que el éxito en controlar un síntoma depende no sólo de la severidad del síntoma, sino de la calidad de la atención y tratamiento que se le ofrezca al paciente.

FIGURA 1. EXPERIENCIA DE DOLOR TOTAL: MODELO INTERACTIVO¹⁶⁶



¹⁶⁶ Traducido desde el original en inglés, en: Nicolas Schönfeld, "Palliative care in thoracic oncology", *Breathe* (9) (2012): 124-131.

“El dolor total del paciente con una enfermedad seria, está compuesto por aspectos físicos, psicológicos, espirituales y sociales, que interactúan unos con otros. Todos le generan sufrimiento y, al quedar desatendidos, dificultan el alivio de su dolor físico, o bien, llevan a una sobre-medicación de este. La atención de cada dominio del dolor total, es realizada de mejor modo por equipos multidisciplinarios con formación especializada. En la gran mayoría de los casos, dichas estrategias permiten controlar los síntomas inicialmente considerados difíciles”.

- 84 ¿Existen dolores intratables? (Página 192)
- 97 ¿Qué es la medicina paliativa? (Página 218)
- 99 ¿Son efectivos los cuidados paliativos? (Página 222)
- 83 ¿Existe un dolor físico y un dolor psíquico? (Página 190)
- 90 ¿Puede la eutanasia llegar a ser un remedio para el dolor o la desesperanza? (Página 204)
- 86 ¿Puede tomar una decisión libre un paciente con dolor? (Página 196)



86 | ¿Puede tomar una decisión libre un paciente con dolor?

En los casos de dolor **84** insoportable que sólo cede frente a determinado tipo de medicamentos, el paciente no está en condiciones de decidir libremente debido a su posible estado de sedación. **103** Sin embargo, antes de caer en un estado de inconsciencia inducido por potentes analgésicos, es muy posible que los sufrimientos puedan impedir un razonamiento con toda la lucidez esperable, y por lo tanto existe el riesgo de que el paciente no actúe con toda su libertad:

“Antes de caer en un estado de inconsciencia inducido por potentes analgésicos, es muy posible que los sufrimientos puedan impedir un razonamiento con toda la lucidez esperable, y por lo tanto existe el riesgo de que el paciente no actúe con toda su libertad”.

“(…) cabe sospechar que una persona que está enferma y sufriendo es mucho menos capaz de tomar decisiones autónomas que una persona que goza de buena salud. De allí que quienes favorecen la eutanasia voluntaria deban asumir el peso de enumerar una lista de salvaguardias para asegurarse de que la decisión fue efectivamente autónoma. Entre ellas figuran, por ejemplo, que haya una estrecha relación médico-paciente, que se exploren alternativas, que el paciente exprese en forma constante e

inalterable su deseo de morir, que el paciente considere intolerable su sufrimiento, etc. Un análisis crítico debería determinar si estas medidas efectivamente garantizan autonomía o si es posible que, pese a todo, el paciente actúe bajo presión psicológica o social”¹⁶⁷.

Ciertamente, esta circunstancia del dolor extremo es un eximente de responsabilidad, ya previsto en los cuerpos jurídicos y para la cual no es necesario crear una nueva figura legal. En esta situación interviene en gran medida la responsabilidad **114** del médico. El problema se plantea en la antesala del dolor insoportable y previamente a la posibilidad de una sedación paliativa. **104** Frente a la perspectiva de un sufrimiento insoportable, es posible que el enfermo imagine que lo mejor es **89** acabar con su vida. Sabemos, sin embargo, que el temor mayor de las personas en esta condición es la soledad y el sentirse una carga. Sobre este asunto se trata en otro lugar **08** de este libro. Aquí sólo cabe

JORGE MARTÍNEZ
DOCTOR EN FILOSOFÍA

reiterar la existencia de abundante bibliografía documental acerca de los motivos por los cuales alguien solicita la eutanasia, y que podrían sorprender a los defensores de esta práctica.

90

Los defensores de la eutanasia, no obstante, suelen argumentar que en los casos de grandes sufrimientos es necesario ofrecer al paciente la posibilidad de anticipar su muerte como una solución “rápida” al problema. Sin embargo, cabe preguntarse si esto no constituye una presión sobre el enfermo en la medida en que no se han evaluado honesta y seriamente otras alternativas.

07

- 84 ¿Existen dolores intratables? (Página 192)
- 103 ¿Es éticamente correcto el uso de morfina u otros sedantes para paliar el dolor? (Página 230)
- 114 Desde el punto de vista de la ética médica, ¿está el médico siempre obligado a hacer lo que le solicita su paciente? (Página 254)
- 104 ¿Qué es la sedación paliativa? (Página 232)
- 89 ¿Tiene sentido una vida marcada por el dolor y el sufrimiento? (Página 202)
- 08 ¿Toda vida humana merece ser vivida? (Página 38)
- 90 ¿Puede la eutanasia llegar a ser un remedio para el dolor o la desesperanza? (Página 204)
- 07 ¿Es la vida humana un bien disponible? (Página 36)



¹⁶⁷ Alfonso Gómez-Lobo, “Eutanasia y bienes humanos. Una contribución al debate actual”, en *Bioética desde los bienes humanos básicos. Homenaje a Alfonso Gómez-Lobo*, ed. Francisco León Correa (Santiago de Chile: Fundación Interamericana Ciencia y Vida - Universidad Central, 2015), 240.

87 | ¿Cómo se relaciona el principio del doble efecto con la eutanasia?

ALEJANDRO MIRANDA
DOCTOR EN DERECHO

12 El principio del doble efecto permite distinguir la eutanasia de otras acciones físicamente parecidas a ella, pero esencialmente diferentes desde el punto de vista moral y

75 jurídico. La eutanasia, y también el suicidio

81 asistido, se caracterizan por ser acciones que se realizan con intención de matar a la persona enferma. En ambas, la muerte es procurada como un medio para aliviar

90 el sufrimiento. Por esta razón, ninguna de estas acciones puede justificarse a la luz del principio del doble efecto: aunque en ambas se produce un efecto bueno —el alivio del sufrimiento—, el efecto malo es elegido precisamente como un medio para el logro del bueno. De hecho, los protocolos de eutanasia exigen el uso de fármacos que garanticen el efecto letal.

Muy distinto es el caso de los tratamientos

97 paliativos que incidentalmente pueden acelerar la muerte. Si bien estos tratamientos pueden tener cierta semejanza exterior con la eutanasia activa, difieren de ella en un aspecto fundamental. En estos tratamientos no se actúa con intención de matar al enfermo, pues la aceleración de la muerte no es un medio para el alivio del dolor, sino únicamente un efecto colateral de la acción de los fármacos que permiten aliviar el dolor. Así, por ejemplo, la morfina —un opiáceo

103 con virtudes analgésicas— puede producir también una depresión respiratoria en el paciente, lo que acelerará el proceso de muerte. Pero si el dolor no puede evitarse de

ninguna manera menos perjudicial, es lícito administrar la morfina a pesar de su efecto secundario, pues es razonable, en estas muy particulares circunstancias, preferir vivir menos tiempo sin padecer dolor antes que vivir un poco más pero con un dolor

84 insoportable.

Del mismo modo, el principio del doble efecto permite distinguir entre, por una

76 parte, la eutanasia pasiva y, por otra, la decisión de no iniciar o de interrumpir un tratamiento médico que, en relación con las circunstancias del paciente, puede juzgarse como desproporcionado. La similitud se debe a que todas esas conductas se realizan por medio de omisiones (por cierto, cuando la suspensión del tratamiento se lleva a cabo por medio de una acción positiva —p. ej., apagar un ventilador mecánico—, la semejanza es mayor con la eutanasia activa). Sin embargo, a diferencia de lo que sucede con la eutanasia pasiva —que consiste en

92 provocar intencionalmente la muerte del paciente por medio de omisiones—, en las otras situaciones no se omite el tratamiento con la intención de que el enfermo muera,

93 sino con la intención de evitar la carga desproporcionada que dicho tratamiento implica. Un tratamiento es desproporcionado cuando, consideradas todas las cosas, produce más perjuicio que beneficio. Por eso, a pesar de que algunos de estos tratamientos puedan prolongar en algo la vida, es lícito, y

94 en algunos casos hasta obligatorio, omitirlos.

74 en algunos casos hasta obligatorio, omitirlos.

“La eutanasia, y también el suicidio asistido, se realizan con intención de matar a la persona enferma. La muerte es procurada como un medio para aliviar el sufrimiento. Por esta razón, ninguna puede justificarse a la luz del principio del doble efecto: aunque en ambas se produce un efecto bueno —el alivio del sufrimiento—, el efecto malo es elegido precisamente como un medio para el logro del bueno”.

- 12 ¿Qué es el principio del doble efecto?
(Página 46)
- 75 ¿Qué es la eutanasia?
(Página 174)
- 81 ¿Qué es el suicidio asistido?
(Página 186)
- 90 ¿Puede la eutanasia llegar a ser un remedio para el dolor o la desesperanza?
(Página 204)
- 97 ¿Qué es la medicina paliativa?
(Página 218)
- 103 ¿Es éticamente correcto el uso de morfina u otros sedantes para paliar el dolor?
(Página 230)
- 84 ¿Existen dolores intratables?
(Página 192)
- 76 ¿Puede haber eutanasia por omisión?
(Página 176)
- 92 ¿Qué es la proporcionalidad terapéutica?
(Página 208)
- 93 ¿Existen medios que sean siempre obligatorios para conservar la vida?
(Página 210)
- 94 ¿Es obligatorio utilizar medios extraordinarios para conservar la vida?
(Página 212)
- 74 ¿Existe la obligación de mantener la vida de un paciente por cualquier medio?
(Página 172)

88 | ¿Se puede forzar a permanecer con vida a un paciente con dolores intolerables?

JOAQUÍN GARCÍA-HUIDOBRO

DOCTOR EN FILOSOFÍA Y EN DERECHO

Hace muchos años, el filósofo alemán Robert Spaemann pronosticó que “las nuevas formas de prolongación forzosa de la vida tendrían como inevitable consecuencia los llamamientos a favor de la eutanasia”, atendidos los costos que la tecnología impone sobre los sistemas de salud y los pacientes, y el peso psicológico que significaba pasar el periodo final de la vida rodeado de máquinas y lejos de los seres queridos. Es el llamado “encarnizamiento terapéutico”, que con razón nos provoca un fuerte rechazo. De ahí la importancia de hacer una clara distinción entre permitir que una persona muera y matarla. Muchos pedidos de eutanasia en realidad no son tales. En efecto, renunciar a tratamientos que son desproporcionados a la condición clínica del paciente es simplemente reconocer que... somos... mortales. Cosa distinta es procurar intencionalmente la muerte, por ejemplo, mediante la administración de una inyección letal, o porque no se le proporcionan algunos cuidados ordinarios, como

darle de beber si la persona no puede hacerlo por sí misma. En el primer caso, la persona muere, ya sea por un cáncer o por otra enfermedad; en el otro, alguien *la mata*. De ahí la importancia de distinguir entre matar y dejar morir. Sugiero reservar el uso de la palabra “eutanasia” solo al caso en que se elige como fin o como medio la muerte de alguien que sufre. A veces, sin embargo, se llama “eutanasia activa” a la muerte directa del paciente y “eutanasia pasiva” al hecho de dejar que muera.

¿Significa eso que, como no podemos darles muerte, vamos a dejar solas con su dolor a las personas que sufren una grave enfermedad y padecen angustia y fuertes dolores? Sería aberrante. Aquí entran en juego los cuidados paliativos. Muchas veces la medicina ya no puede curar, pero sí puede hacer mucho para ayudar a que las personas recorran esa última etapa de su vida de manera digna. En realidad, estos cuidados no son patrimonio del médico, sino que tienen un enfoque multidisciplinario en el diagnóstico y tratamiento,

que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias en las etapas terminales. Su lógica es exactamente opuesta a la que domina en el caso de la eutanasia, que representa, en realidad, un fracaso de la medicina.

En una declaración de la Sociedad Médica de Cuidados Paliativos de Chile, a propósito de la discusión sobre eutanasia, se explica que la suya es una tarea mucho más integral, donde “se entrega acompañamiento espiritual y psicológico tanto al paciente como a la familia”. En ningún caso, entonces, se trata al cuerpo humano del que sufre como un objeto. Por eso, concluyen, la “buena calidad de la muerte [...] no es solo exclusiva de la eutanasia o el suicidio asistido. Es como atender a un paciente que está con intento de suicidio por depresión y no ofrecerle medicamentos para tratar la patología”¹⁶⁸.

Ciertamente la solución de la eutanasia es más barata que los cuidados paliativos, pero eso no significa que sea mejor, ni mucho menos más humana.

- Para algunos, la prohibición de la eutanasia significa imponer a un individuo que sufre padecimientos indecibles, una concepción de la vida que para el enfermo carece ya de todo sentido. Pero cuando se prohíbe la eutanasia no estamos en presencia de una indebida imposición estatal. En efecto, nadie impone algo a una persona si no está facultado para darle lo que ella solicita (en este caso, la muerte). Y eso es precisamente lo que está en discusión: si existe la facultad legítima de corresponder a un pedido de este tipo, de modo que no cabe darlo por probado. Lo que se dice respecto del Estado, vale también para el médico: cuando no accede a una petición de eutanasia no está forzando a vivir a nadie, simplemente se niega a algo que es incompatible con el fundamento mismo de su profesión. En efecto, si hay bienes que no están sujetos a disposición, como es el caso de la vida humana, entonces nadie tiene la facultad de decidir sobre ellos. Plantear las cosas de otro modo significa, por así decirlo, alterar la carga de la prueba. En este sentido, no es casual que la Ley Fundamental alemana, el texto constitucional que se redactó después de la catástrofe que significó el nacionalsocialismo, comience precisamente por la declaración de que “la dignidad humana es intocable”¹⁶⁹. Se trata de una suerte de tabú, que está en la base de una sociedad genuinamente humana. Además, si se trata de un derecho garantizado, el Estado deberá administrar las medidas para su provisión y obligar a que se lleve a cabo lo necesario para asegurar el cumplimiento efectivo de ese supuesto derecho. De este modo, una ley semejante no evita, sino que promueve el intervencionismo estatal.

¹⁶⁸ Sociedad Médica de Cuidado Paliativos de Chile, Declaración del 18 de diciembre de 2020, El Mercurio, disponible en: <https://digital.elmercurio.com/2020/12/21/A/GC3T6LM6/light?gt=050001>.

¹⁶⁹ Ley Fundamental de Bonn, Art. 1.1, disponible en: <http://www.ub.edu/ciudadania/hipertexto/evolucion/textos/ca1946.htm#:~:text=1,la%20justicia%20en%20el%20mundo>.

- 95 ¿Qué es el encarnizamiento terapéutico? (Página 214)
- 71 ¿Cuál es la diferencia entre matar y dejar morir desde el punto de vista ético? (Página 166)
- 74 ¿Existe la obligación de mantener la vida de un paciente por cualquier medio? (Página 172)
- 93 ¿Existen medios que sean siempre obligatorios para conservar la vida? (Página 210)
- 75 ¿Qué es la eutanasia? (Página 174)
- 90 ¿Puede la eutanasia llegar a ser un remedio para el dolor o la desesperanza? (Página 204)
- 97 ¿Qué es la medicina paliativa? (Página 218)
- 102 ¿Cómo se puede aliviar el dolor en pacientes que reciben cuidados paliativos? (Página 228)
- 99 ¿Son efectivos los cuidados paliativos? (Página 222)
- 100 ¿Existen en Chile programas de cuidados paliativos? (Página 224)
- 120 ¿Pueden estar prohibidos el aborto y la eutanasia en una sociedad verdaderamente pluralista? (Página 266)
- 82 ¿Es correcto ayudar a morir a alguien que lo pide y que además exime de la culpa a quien lo realice? (Página 188)
- 07 ¿Es la vida humana un bien disponible? (Página 36)
- 121 ¿Son el aborto o la eutanasia derechos humanos? (Página 268)

89 | ¿Tiene sentido una vida marcada por el dolor y el sufrimiento?

FELIPE WIDOW
DOCTOR EN FILOSOFÍA Y DERECHO

En la historia del pensamiento y la cultura podemos encontrar una gran variedad de respuestas a la pregunta por el sentido de la vida. Sin embargo, esas respuestas podrían dividirse en dos grandes conjuntos: hay quienes vinculan el sentido de la vida con la naturaleza espiritual de la persona, y entienden

que sólo puede hallarse en esa dimensión, de racionalidad y libertad, por la que el hombre puede trascenderse a sí mismo; y hay, también, teorías y teóricos que encierran la vida humana en el ámbito puramente material, y niegan, con ello, que exista esa dimensión espiritual y trascendente.

“El valor y sentido de una vida no se identifica con el bienestar material que conlleva. Somos racionales y libres: ello nos exige reconocer que la vida personal es, en sí misma, un bien muy superior al bien material o sensible. Hemos sido hechos para la amistad, la justicia, la sabiduría, el don de sí. Esto es un hecho indesmentible que no puede ser transformado por ninguna autonomía individual, ni tampoco por la dificultad de una vida, a pesar de todo el dolor y el sufrimiento que lleve encima. Decirle a alguien que es mejor la muerte antes que soportar su dolor, es confirmar el supuesto de que es posible despojar a una vida de todo sentido”.

Hoy vivimos en una sociedad dominada por el materialismo, y éste tiene dos consecuencias muy relevantes en el modo en que se entiende el sentido de la vida y, con él, el sentido del dolor y el sufrimiento. En primer lugar, si no somos más que materia, entes biológicos más o menos complejos, pero en los que nada excede a esa biología, entonces resulta que el único bien es el placer y el único mal el dolor. En segundo término, si no hay bien inteligible o espiritual, entonces el bien humano no puede ser común: cada uno se tiene a sí mismo y nada más. De aquí resulta que el único sentido posible de la vida humana es el esfuerzo individual por maximizar el placer y evitar el dolor. Éste es el núcleo de la moral utilitarista —hoy dominante— y, por supuesto, en tales claves no tiene ningún sentido soportar un dolor, propio o ajeno, que no está asociado a una promesa de placer futuro o, al menos, que no tiene alguna fecha de caducidad. Consecuentemente, una vida

- 84... marcada por un dolor insuperable, y más aún
 72... si se halla en un momento terminal, aparece como una vida carente de todo sentido, a la que es mejor ponerle fin discretamente, no sólo para que cese el sufrimiento del individuo que padece, sino también para evitarle al entorno, a la familia y a la misma sociedad, la triste y pesada carga de esa agonía.

Pero la persona es algo más que un trozo de materia complejamente organizada, y el bien humano es más alto que el mero placer y no es el dolor el mayor de los males. Por ello, el valor y sentido de una vida no se identifica con el bienestar material que conlleva. Somos racionales y libres: capaces de conocer la naturaleza y elevarnos a Dios mediante la inteligencia, podemos querer el bien de otro y descubrir el amor de amistad, y todo ello nos exige reconocer que la vida personal es, en sí misma, un bien muy superior al bien material o sensible. Hemos sido hechos para la amistad, la justicia, la sabiduría, el don de sí. Esto es un hecho indesmentible que no puede ser transformado por ninguna autonomía individual, ni tampoco por la dificultad de una vida, a pesar de todo el dolor y el sufrimiento que lleve encima.

- 110... individual, ni tampoco por la dificultad de una vida, a pesar de todo el dolor y el sufrimiento que lleve encima.
 86...

84 ¿Existen dolores intratables? (Página 192)

72 ¿Qué es una enfermedad en estado terminal? (Página 168)

90 ¿Puede la eutanasia llegar a ser un remedio para el dolor o la desesperanza? (Página 204)

110 ¿Son la eutanasia o el aborto un acto de autonomía del sujeto libre? (Página 246)

86 ¿Puede tomar una decisión libre un paciente con dolor? (Página 196)

08 ¿Toda vida humana merece ser vivida? (Página 38)

79 ¿Qué rol cumplen la religión, la filosofía o la ética en el tema de la eutanasia? (Página 182)

Al contrario, ese mismo dolor es el que permite, muchas veces, que se exprese de un modo incomparable el valor de la vida personal: es que ya no hay utilidad que confunda, y así el don, el cuidado, la amorosa atención al que sufre, la paciencia de éste, la amistad desinteresada que une a los que están en medio del dolor, revelan que aquí hay algo más. Es que hay mucho más: hay una vida personal, que es el mayor bien que encontramos en la naturaleza, llena de dignidad y sentido aún en las más terribles circunstancias. ¿Es que no eran dignas, acaso, ni tenían sentido y valor las vidas de los prisioneros de Auschwitz? Decirle a alguien que es mejor la muerte antes que soportar su dolor, es confirmar el supuesto de que es posible despojar a una vida de todo sentido.

79...

90 | ¿Puede la eutanasia llegar a ser un remedio para el dolor o la desesperanza?

FELIPE WIDOW
DOCTOR EN FILOSOFÍA Y DERECHO

La progresiva promoción cultural y legislativa de ⁷⁵ la eutanasia encierra una paradoja: no hay otra sociedad que haya vivido más de espaldas a la muerte que la nuestra. La muerte es una palabra inenunciable y una realidad que hay que ocultar; su mención es motivo de pánico y angustia (la pandemia del COVID-19 da

buen prueba de ello); parece que todos los avances de la medicina deben dirigirse a derrotarla o, al menos, a retrasarla tanto cuanto sea posible... Y es esta misma sociedad, sin embargo, la que impulsa la mal llamada "buena muerte".

¿Cuáles son los motivos subyacentes de esta

paradoja? La verdad es que la eutanasia no aparece en nuestra sociedad como una respuesta compasiva ante el dolor ajeno, sino exactamente como lo contrario: es la incapacidad de enfrentar el dolor lo que lleva a la decisión de cortarlo en su raíz; ⁸⁶ puesto que sólo sufre el que vive, quitando esta condición haremos desaparecer de

“Es un eufemismo trágico y criminal. Una compasión artificial que no quiere ‘padecer con’. La compasión se trata de hacer propio el sufrimiento del otro, de asumir su carga tanto cuanto nos sea posible, de acompañarlo y darle sentido en su dolor, de revelar el valor de su vida sin importar las circunstancias difíciles. Éste es el único remedio real, no ya al dolor, sino a la desesperanza de una vida agotada por la vejez o la enfermedad. La causa de esa desesperanza no se halla en la propia vejez o enfermedad, sino en el hecho de haberles despojado de sentido. La eutanasia, en cambio, no hace más que confirmar ese despojo: ‘puesto que para ti no hay esperanza, es mejor acabar de una vez’”.

84... nuestra vista el insoportable dolor. Es una consecuencia práctica semejante a aquella por la que, en las sociedades más “exitosas”, casi han desaparecido los síndromes de Down, Edwards (trisomía 18) y otras discapacidades congénitas. ¿Es que los avances médicos y el gran desarrollo económico de esas sociedades les ha permitido encontrar curas a tan terribles males? No, es que sencillamente la presencia de personas con esas deficiencias es un contraste insoportable para la cómoda vida que ofrece el progreso material. Una vida que no puede aspirar a esa comodidad no sólo carece de sentido en sí misma, sino que amenaza con quebrantar el sentido que hemos dado a nuestras propias vidas. Por esto es que es necesario cortar de raíz esas enfermedades antes de que nos hagan sensible la contradicción con nuestro progreso y comodidad. De aquí que estas sociedades padecen un auténtico genocidio eugenésico.

Con la eutanasia sucede algo semejante: cuanto menos expuesto se halla el sufrimiento en nuestra cultura, cuanto más progresamos en nuestro bienestar material, cuanto más exitosa resulta la medicina para alejar de nosotros la enfermedad, entonces menos preparados estamos para hacernos cargo de esos momentos —la vejez, la enfermedad terminal— en que emerge la vida humana en toda su fragilidad. ¿Es, la eutanasia, el remedio que esta sociedad ha encontrado para el dolor y la desesperanza asociados a esa fragilidad? Llamarle remedio tiene tanto sentido como afirmar que el aborto eugenésico es el remedio de aquellos síndromes y discapacidades. Es un eufemismo trágico y, hay que decirlo, criminal. Por supuesto que no se trata de negar la posibilidad de que alguien esté subjetivamente movido por la compasión, pero es una falsa compasión. Es una compasión artificial construida por una sociedad que, precisamente, no quiere “padecer con”. Porque de esto se trata la compasión: de hacer propio el sufrimiento

75 ¿Qué es la eutanasia? (Página 174)

86 ¿Puede tomar una decisión libre un paciente con dolor? (Página 196)

84 ¿Existen dolores intratables? (Página 192)

06 ¿Es persona todo individuo de la especie humana? (Página 34)

08 ¿Toda vida humana merece ser vivida? (Página 38)

07 ¿Es la vida humana un bien disponible? (Página 36)

72 ¿Qué es una enfermedad en estado terminal? (Página 168)

112 ¿Son la eutanasia o el aborto un acto de compasión? (Página 250)

89 ¿Tiene sentido una vida marcada por el dolor y el sufrimiento? (Página 202)

del otro, de asumir su carga tanto cuanto nos sea posible, de acompañarlo y darle sentido en su dolor, de revelarle el valor de su vida sin importar las circunstancias difíciles por las que atraviese. Éste es el único remedio real, no ya al dolor, sino a la desesperanza de una vida agotada por la vejez o la enfermedad. Y lo es porque la causa de esa desesperanza no se halla en la propia vejez o enfermedad, sino en el hecho de haberles despojado de sentido. La eutanasia, en cambio, no hace más que confirmar ese despojo: “puesto que para ti no hay esperanza, es mejor acabar de una vez”.

89... La eutanasia, en cambio, no hace más que confirmar ese despojo: “puesto que para ti no hay esperanza, es mejor acabar de una vez”.

91 | ¿Puede el suicidio o la eutanasia justificarse como una fuente de sentido de la vida, por motivos éticos o religiosos?

Víctor Frankl planteaba que el sentido de la existencia humana se construye en la búsqueda concreta de valores creativos, experienciales o actitudinales. Según esta perspectiva, todos necesitamos darle sentido a nuestra existencia, de manera más o menos consciente, a través de la búsqueda cotidiana de estos valores.

Los valores creativos tienen que ver con nuestro quehacer (desde cocinar una cena deliciosa hasta construir una gran obra de arte o realizar nuestro trabajo bien hecho); los valores experienciales tienen relación con la capacidad de contemplar la belleza en diferentes circunstancias (Víctor Frankl la ejemplifica en la contemplación de un atardecer en los campos de concentración); los valores actitudinales se relacionan con la forma en que enfrentamos nuestra propia existencia, con las virtudes y con el ejercicio más alto de la libertad humana: elegir quién quiero ser, dadas las circunstancias concretas de mi vida.

Al final de la vida o en contextos de enfermedades graves o dolorosas muchas veces aparecen, en el propio paciente o en sus familiares cercanos, ideas de muerte. Estas ideas la mayor parte de las veces corresponden a síntomas de la esfera anímica (ansiedad o depresión), en el contexto del gran estrés físico y psicológico al que están sometidos (y que muchas veces no cuenta con una estructura de soporte o acompañamiento por parte del sistema de salud).

¿Puede en algunos casos proponerse la muerte, el suicidio o la eutanasia constituirse como un “valor actitudinal” y darle sentido a la existencia de la persona sufriente? Sin lugar a dudas que sí. Esto es fácil de reconocer en los testimonios de personas que, en el contexto de su enfermedad, establecen verdaderas cruzadas para buscar apoyo a su causa.

Aunque este mecanismo psicológico es perfectamente comprensible en el contexto del dolor y el sufrimiento al final de la vida, no valida en sí mismo la causa que persigue. Los valores —tal como la palabra lo sugiere— deberían apuntar a la excelencia humana y no a la destrucción o autodestrucción del ser humano. Podríamos decir que el suicidio es un falso valor, tal como podría serlo la venganza o el deseo de destrucción de otras personas en el contexto de las guerras religiosas. Ninguna guerra religiosa que aspire a la destrucción de otros seres humanos puede validarse —por noble y profunda que sea la causa que la motive— desde una antropología que reconozca el valor insustituible de cada persona humana. Tal vez la única excepción a esta norma es el martirio, es decir, el ofrecimiento de la propia existencia por motivos religiosos. En este punto debe aclararse que el martirio se produce no por una elección directa y deliberada de la muerte, sino por una aceptación de la misma como único camino para no negar los valores religiosos y espirituales de la persona, que usualmente confía en que su existencia continuará en una dimensión superior. Es decir, el martirio podría

BEATRIZ SHAND
MÉDICO NEURÓLOGA
MAGÍSTER EN BIOÉTICA Y FILOSOFÍA

considerarse aceptable como una experiencia de búsqueda de una vida superior a la actual, en caso de que las circunstancias lo exijan. Reconociendo los admirables testimonios de martirio que se han producido a lo largo de la historia en diferentes contextos, es del todo deseable que la tolerancia de la sociedad a las distintas visiones religiosas y la erradicación de la violencia hagan plausible que no existan nuevos mártires por razones religiosas (ni por ninguna otra causa).

80 ¿Es siempre patológica la ideación suicida? (Página 184)

86 ¿Puede tomar una decisión libre un paciente con dolor? (Página 196)

113 ¿Son la eutanasia o el aborto un acto malo? ¿Siempre? (Página 252)

08 ¿Toda vida humana merece ser vivida? (Página 38)

“Es fácil reconocer en los testimonios de personas que, en el contexto de su enfermedad, establecen verdaderas cruzadas para buscar apoyo a su causa de proponerse la muerte, el suicidio o la eutanasia. Aunque este mecanismo psicológico es perfectamente comprensible en el contexto del dolor y el sufrimiento al final de la vida, no valida en sí mismo la causa que persigue. Podríamos decir que el suicidio es un falso valor, tal como podría serlo la venganza o el deseo de destrucción de otras personas. Los valores deberían apuntar a la excelencia humana y no a la destrucción o autodestrucción del ser humano”.

92 | ¿Qué es la proporcionalidad terapéutica?

PAULINA TABOADA
MÉDICO INTERNISTA
Y DOCTORA EN FILOSOFÍA

La proporcionalidad terapéutica es el criterio ético que permite abordar racionalmente las decisiones clínicas acerca de la conveniencia de implementar o no implementar (es decir, omitir o suspender) ciertas intervenciones médicas. La decisión de no implementar o retirar intervenciones juzgadas como “desproporcionadas” (extraordinarias o inadecuadas) corresponde a la llamada

741... “adecuación del esfuerzo terapéutico”. En cambio, la omisión voluntaria de intervenciones consideradas “proporcionadas”, “ordinarias” o adecuadas, según lo indican las buenas prácticas clínicas (*lex artis*), representa una falta ética al cuidado debido a sí mismo o a las personas que nos han sido encomendadas.

Este criterio ético para distinguir entre intervenciones médicas obligatorias y no obligatorias se conoce hoy como *principio de proporcionalidad terapéutica*¹⁷⁰ y establece la existencia de una obligación moral de implementar las intervenciones médicas que guarden una relación de debida proporción entre los medios empleados y los resultados esperables¹⁷¹. Las intervenciones que no ofrecen un beneficio real se consideran “desproporcionadas” y no existe obligación

931... ética de implementarlas. Pueden llegar a ser incluso ilícitas, cuando sólo causan sufrimiento

941... innecesario al paciente. Cabe destacar que, en el contexto de la atención sanitaria, el concepto de beneficio debe referirse siempre al logro de los objetivos propios de la medicina,

“El ‘principio de proporcionalidad terapéutica’ establece la existencia de una obligación moral de implementar las intervenciones médicas que guarden una relación de debida proporción entre los medios empleados y los resultados esperables. Las intervenciones que no ofrecen un beneficio real se consideran ‘desproporcionadas’ y no existe obligación ética de implementarlas. Pueden llegar a ser incluso ilícitas, cuando sólo causan sufrimiento innecesario al paciente”.

es decir, al cuidado de la salud y la vida. Por tanto, la utilidad o inutilidad de una intervención no se refiere sólo a sus posibles efectos fisiológicos, sino a su capacidad de impactar positivamente la evolución global del paciente.

La elaboración de este criterio ético estuvo relacionada con los avances de la medicina, que obligaron a los estudiosos de la ética a preguntarse por los límites del deber moral de cuidar la salud y la vida. Apoyándose en la clásica distinción entre deberes morales “positivos” y “negativos”¹⁷², se propuso una distinción entre “medios ordinarios” y “extraordinarios” para la conservación de la salud y la vida¹⁷³. Esta enseñanza tradicional afirma que el deber moral “negativo” de “no matar” obliga siempre y en cualquier circunstancia, mientras que el deber moral “positivo” de conservar la salud y la vida admite ciertos límites, exigiendo implementar los “medios ordinarios”, pero no los “extraordinarios”.

Se consideran “ordinarias” aquellas intervenciones médicas que ofrecen una razonable esperanza de beneficio (en términos de probabilidad de preservar la

74 ¿Existe la obligación de mantener la vida de un paciente por cualquier medio? (Página 172)

93 ¿Existen medios que sean siempre obligatorios para conservar la vida? (Página 210)

94 ¿Es obligatorio utilizar medios extraordinarios para conservar la vida? (Página 212)

95 ¿Qué es el encarnizamiento terapéutico? (Página 214)

salud y la vida) y cuya implementación no suponga una imposibilidad física o moral para el individuo¹⁷⁴. Ambas condiciones deben cumplirse simultáneamente para que una intervención médica se considere “ordinaria” y, por tanto, moralmente obligatoria. Cuando una de estas dos condiciones no se cumple, la intervención se considera “extraordinaria” y su uso no es moralmente obligatorio. En suma, la relevancia moral del criterio de la proporcionalidad terapéutica estriba en la posibilidad de distinguir si el uso de una determinada intervención médica es: 1. obligatorio, 2. facultativo (opcional) o 3. éticamente ilegítimo, en una situación clínica particular.

¹⁷⁰ Maurizio Calipari, *Curarse y hacerse curar. Entre el abandono del paciente y el encarnizamiento terapéutico* (Buenos Aires: Educa, 2007).

¹⁷¹ Maurizio Calipari, “The principle of proportionality in therapy: foundations and applications criteria”, *NeuroRehabilitation* 19 (4) (2004): 391 - 397.

¹⁷² Santo Tomás de Aquino: *Summa Theologiae*, II- II, q. 64, a. 5.

¹⁷³ Daniel Cronin, “Conserving human life”, en *Conserving human life* ed. Russell Smith (Massachusetts, Pope John XXIII Medical-Moral Research and Educational Center, 1989), 1 - 145.

¹⁷⁴ Francisco de Vitoria, *Relecciones Teológicas (trad. del latín por Jaime Torrubiano)* (Buenos Aires: Ed. Enero, 1946).



93 | ¿Existen medios que sean siempre obligatorios para conservar la vida?

PAULINA TABOADA
MÉDICO INTERNISTA
Y DOCTORA EN FILOSOFÍA

La tradición moral afirma que existe la obligación de implementar los “medios ordinarios” para conservar la salud y la vida. Se entiende por “medios ordinarios” aquellos que ofrecen una razonable esperanza de beneficiar la salud y la vida del paciente, siempre y cuando no exista una imposibilidad física o moral para aplicarlos. También se les ha llamado medios “proporcionados” o adecuados a la condición clínica del paciente. Dicha “adecuación” está definida por lo que indican las buenas prácticas clínicas (*lex artis*).

92

Conviene precisar aquí que la distinción entre “medios ordinarios” y “extraordinarios” no se refiere primariamente al “medio” (considerado en sí mismo), sino al carácter moral que tiene el “uso del medio” en un caso particular. La distinción está centrada en la persona del enfermo y en la obligación moral de cuidar su salud y su vida¹⁷⁵. Por tanto, lo que se evalúa no es la intervención médica (aisladamente), sino la

“Se han identificado algunos cuidados considerados como ‘básicos’, que tienen algunas cosas en común: son medidas simples, orientadas al confort de la persona e imprescindibles para la mantención de la vida de todo ser humano (sano o enfermo). En esta categoría se suelen incluir aspectos relacionados con la higiene y el cuidado de la piel, la mantención de la temperatura, la oxigenación, la nutrición e hidratación (con o sin asistencia médica), e incluso hay quienes incluyen entre los ‘cuidados básicos’ la analgesia y la sedación paliativa”.

obligatoriedad moral de implementar esa intervención en un contexto determinado. Por consiguiente, no puede decirse que existan “medios” que son siempre obligatorios, mientras que otros no. No existe algo así como un listado “*a priori*” de intervenciones médicas que sean siempre moralmente obligatorias. La evaluación moral recae sobre el “uso del medio” en una circunstancia particular (aquí y ahora).

No obstante, la complejidad de la medicina contemporánea ha hecho necesario categorizar las distintas maneras de cuidar a las personas enfermas. Se han identificado así algunos cuidados considerados como “básicos”, en contraposición con intervenciones más complejas. Las medidas incluidas bajo el concepto de “cuidado básico” tienen algunas cosas en común: son medidas simples, orientadas al confort de la persona e imprescindibles para la mantención de la vida de todo ser humano (sano o enfermo). En esta categoría se suelen incluir aspectos relacionados con la higiene y el cuidado de la piel, la mantención de la temperatura, la oxigenación, la nutrición e hidratación (con o sin asistencia médica), e incluso hay quienes incluyen entre los “cuidados básicos” la analgesia y la sedación paliativa.

Una primera interpretación del concepto de “cuidado básico” lo asimila al concepto de “medida natural”, haciendo alusión a la existencia de necesidades comunes a todos los seres humanos, en cuanto organismos biológicos. Una segunda manera de interpretar el concepto de cuidado básico es a través de la referencia a las necesidades básicas de todo ser humano, en cuanto unidad biopsicosocial-espiritual. Desde esta perspectiva, los cuidados básicos serían aquellos que responden a necesidades que normalmente son cubiertas por el mismo individuo (adulto y autovalente) y que deberían ser “subsidiadas” en la medida en que el paciente no tenga las capacidades,

92 ¿Qué es la proporcionalidad terapéutica? (Página 208)

102 ¿Cómo se puede aliviar el dolor en pacientes que reciben cuidados paliativos? (Página 228)

104 ¿Qué es la sedación paliativa? (Página 232)

72 ¿Qué es una enfermedad en estado terminal? (Página 168)

ya sea porque aún no las ha desarrollado o porque las ha perdido. Esta manera de interpretar el concepto de cuidado básico incluye no sólo las necesidades biológicas del ser humano, sino también sus necesidades psico-sociales y espirituales.

Para los cuidados básicos se reconoce un cierto grado de obligatoriedad moral, afirmando que los pacientes tendrían derecho a recibirlos siempre, independientemente de su condición clínica. De hecho, el reconocimiento del derecho a recibir cuidados básicos ha ido adquiriendo cada vez más relevancia, particularmente en el cuidado de pacientes crónicos e irreversibles, en pacientes terminales o añosos. Se trata, entonces, del reconocimiento de un deber moral “positivo” de solidaridad entre todos los miembros de la familia humana y del deber moral “negativo” de no-abandonar a una persona cuyo cuidado nos ha sido encomendado.

¹⁷⁵ Maurizio Calipari, *Curarse y hacerse curar. Entre el abandono del paciente y el encarnizamiento terapéutico* (Buenos Aires: Educa, 2007), 166-167.

94 | ¿Es obligatorio utilizar medios extraordinarios para conservar la vida?

El deber de cuidar y conservar la vida no es absoluto, sino que admite límites circunstanciales (como todos los deberes “positivos”). Existe la obligación moral de recurrir a los medios “ordinarios” o “proporcionados” de conservación de la vida.

Por el contrario, no existe

obligación moral de utilizar medios “extraordinarios” o “desproporcionados”. Su implementación podría ser incluso éticamente ilícita, cuando no reportan ningún beneficio real al paciente y solo retrasan una muerte inevitable, provocando sufrimientos innecesarios. Este curso de acción

configura el denominado “ensañamiento terapéutico”, que es una conducta reñida con la ética.

No obstante, existen circunstancias en las que un paciente puede recurrir lícitamente al uso de medios extraordinarios para conservar la vida, aunque de

“El deber de cuidar y conservar la vida no es absoluto, sino que admite límites circunstanciales. Existe la obligación moral de recurrir a los medios ‘ordinarios’ o ‘proporcionados’ de conservación de la vida. Por el contrario, el uso de los medios ‘extraordinarios’ o ‘desproporcionados’ no obliga en conciencia a la persona enferma, ni al equipo de salud. Existen situaciones en las que el uso de medios extraordinarios puede ser incluso éticamente ilícito. No obstante, existen circunstancias en las que un paciente puede recurrir lícitamente al uso de medios extraordinarios para conservar la vida, aunque de forma opcional (no obligatoria)”.

PAULINA TABOADA
MÉDICO INTERNISTA
Y DOCTORA EN FILOSOFÍA

forma opcional (no obligatoria). Este podría ser el caso de pacientes que optan por recurrir a determinadas terapias que, aunque no tengan una eficacia clínica comprobada, podrían eventualmente reportarles algún beneficio en su caso particular (ej. la quimioterapia en cierto de tipo de cánceres muy agresivos, aunque no se pueda garantizar una respuesta completa al tratamiento).

También podría ocurrir que el uso de medios extraordinarios para conservar la vida se convierta en la conducta moralmente obligatoria, no en sí misma, sino sólo accidentalmente. Esto podría ocurrir cuando su uso represente la única manera de que el paciente pueda cumplir con otras obligaciones morales importantes, como los deberes de piedad, caridad o justicia, hacia Dios, la familia, la sociedad, etcétera¹⁷⁶. Por ejemplo, mantener conectada a ventilación mecánica a una madre embarazada en “muerte cerebral”, para posibilitar que el hijo en gestación alcance el inminente grado de madurez que le permitiría sobrevivir. Dada la importancia del valor que está en juego —la vida del hijo en gestación— sería lícito realizar un esfuerzo extraordinario para cuidarla y sostenerla, aunque no se pueda garantizar que efectivamente se logrará.

En este contexto, cabe recordar que el objetivo de la distinción entre medios ordinarios y extraordinarios es guiar las decisiones y conductas de los individuos en un campo tan delicado como es el cuidado de la salud y la

74 ¿Existe la obligación de mantener la vida de un paciente por cualquier medio? (Página 172)

93 ¿Existen medios que sean siempre obligatorios para conservar la vida? (Página 210)

92 ¿Qué es la proporcionalidad terapéutica? (Página 208)

95 ¿Qué es el encarnizamiento terapéutico? (Página 214)

01 ¿Quién es persona? (Página 24)

vida. Pero el cuidado de la salud y la vida se orientan hacia el logro del bien auténtico e **01** ...integral de la persona humana, que trasciende la vida física¹⁷⁷.

¹⁷⁶ Maurizio Calipari, *Curarse y hacerse curar. Entre el abandono del paciente y el encarnizamiento terapéutico* (Buenos Aires: Educa, 2007), 83.

¹⁷⁷ Ídem.

95 | ¿Qué es el encarnizamiento terapéutico?

PAULINA TABOADA
MÉDICO INTERNISTA
Y DOCTORA EN FILOSOFÍA

El encarnizamiento terapéutico —también llamado ensañamiento u obstinación terapéutica— es la implementación de intervenciones médicas que no ofrecen un beneficio real al paciente (en términos de preservar la salud y la vida) y que, además, le causan sufrimientos innecesarios. Se trata de conductas reñidas con la ética, pues no respetan el deber médico fundamental de no dañar (“lo primero, no dañar”). En situaciones como esa, la conducta éticamente correcta sería suspender, retirar o abstenerse de implementar aquellas intervenciones, sin abandonar por ello al paciente (deber de no-abandono)¹⁷⁸.

94

Hipócrates planteó que la primera obligación de un médico es no dañar. Este deber fundamental de la profesión médica está contenido explícitamente en el Juramento Hipocrático.

En la actualidad se conoce como principio de “no maleficencia” y obliga a no someter a un paciente a procedimientos e intervenciones inútiles, que sólo retardan el momento de la muerte natural, causando muchas veces sufrimientos innecesarios. Desde el punto de vista ético, lo correcto es la “adecuación del esfuerzo terapéutico”, que supone mantener sólo aquellas intervenciones que guarden la debida proporción entre el esfuerzo que exige su implementación y el resultado previsible (“proporcionalidad terapéutica”). Las medidas “desproporcionadas” o inadecuadas para la condición clínica del paciente son éticamente ilícitas cuando sólo causan sufrimientos innecesarios y no ofrecen un beneficio real. Por tanto, no deberían implementarse o deberían retirarse.

92

74

El cuidado de la salud y la vida son los dos fines primarios de la medicina. Pero eso no significa que se deba mantener la vida a costa de esfuerzos y sufrimientos desmedidos. Eso sería “empecinamiento terapéutico”. El cuidado y respeto por la vida física, también implica respetar la finitud de la vida humana y los límites de la medicina, aceptando la muerte como parte de la vida. Por tanto, en situaciones en que la condición clínica conduce irreversiblemente a la muerte próxima, la respuesta más adecuada es la implementación de cuidados paliativos, evitando mantener medidas inútiles o incluso dañinas para el paciente. El respeto por la dignidad de la persona implica buscar siempre el bien integral para cada paciente, adecuando los objetivos terapéuticos a su condición clínica.

97



“Es la implementación de intervenciones médicas que no ofrecen un beneficio real al paciente y que, además, le causan sufrimientos innecesarios. Se trata de conductas reñidas con la ética, pues no respetan el deber médico fundamental de no dañar (‘lo primero, no dañar’). En situaciones como esa, la conducta éticamente correcta sería suspender, retirar o abstenerse de implementar aquellas intervenciones, sin abandonar por ello al paciente (deber de no-abandono). Desde el punto de vista ético, lo correcto es la ‘adecuación del esfuerzo terapéutico’”.

- 94 ¿Es obligatorio utilizar medios extraordinarios para conservar la vida? (Página 212)
- 92 ¿Qué es la proporcionalidad terapéutica? (Página 208)
- 74 ¿Existe la obligación de mantener la vida de un paciente por cualquier medio? (Página 172)
- 97 ¿Qué es la medicina paliativa? (Página 218)

¹⁷⁸ Paulina Taboada, “Decisiones al final de la vida”, en *Manual de Medicina Intensiva*, ed. Max Andersen (Mediterráneo: Santiago de Chile, 2019), 457 - 465.

96 | ¿Cómo realizar un juicio de proporcionalidad terapéutica en pacientes con enfermedades neurológicas?

Con gran frecuencia surgen problemas éticos en medicina. Esta situación es particularmente relevante en el cuidado de pacientes neurológicos, en torno a los cuales muchos de los grandes debates bioéticos actuales han tenido su punto de partida. Las enfermedades neurológicas reúnen ciertas características que hacen más probable la aparición de problemas éticos: con frecuencia tienen riesgo vital, un curso progresivo, algunas son incurables, pueden afectar la esfera cognitiva, comprometiendo la capacidad de la persona de autogobernarse y tomar sus propias decisiones, o producen una discapacidad física importante, provocando la dependencia de terceros en el cuidado.

06

El manejo del paciente neurológico muchas veces exige la correcta aplicación del principio de proporcionalidad de tratamiento. Este principio bioético establece la obligatoriedad moral de aplicar los tratamientos o medidas proporcionadas a la condición del paciente, y la licitud de renunciar a tratamientos desproporcionados. Los tratamientos proporcionados son aquellos en los cuales existe una relación adecuada entre los medios empleados y los resultados esperables, considerando las condiciones físicas, psicológicas y morales del enfermo. Este principio se aplica mediante un juicio prudencial que debe valorar la eficacia y utilidad de una medida, con respecto a la onerosidad de la misma, y que incluye tanto la perspectiva del médico como la del paciente o sus representantes¹⁷⁹.

92

93

Con frecuencia, los pacientes con secuelas neurológicas graves, sean éstas cognitivas (tales como la Enfermedad de Alzheimer¹⁸⁰) o motoras (como el caso del paciente tetrapléjico post traumatismo raquímedular¹⁸¹ o con Esclerosis Lateral Amiotrófica¹⁸²), plantean a sus tratantes y familias problemas de proporcionalidad de los métodos diagnósticos y terapéuticos asociados a su enfermedad y a las complicaciones relacionadas a la misma. En estos escenarios, muchas veces el análisis se centra en el grado de compromiso neurológico y las probabilidades de recuperación del paciente.

Si recordamos que eutanasia es la muerte provocada por un tercero a un paciente que sufre una enfermedad incurable y con gran dolor físico o moral, con el pretendido objeto de aliviar su dolor o sufrimiento; podemos comprender que muchas enfermedades neurológicas se plantean como justificación para la misma.

75

73

Aún reconociendo que existen situaciones donde por causa de un daño neurológico extenso, la vida se torna en muchos aspectos precaria y dolorosa, debe evitarse el riesgo de caer en un proporcionalismo, en el cual el juicio de proporcionalidad se reduce a un análisis de costo/beneficio o de costo/utilidad, que termina estableciendo el juicio de calidad de vida del paciente como norma final de lo que es éticamente correcto. El análisis de la proporcionalidad reducido de esta manera, se aleja del principio que lo sustenta, olvidando

08

BEATRIZ SHAND
MÉDICO NEURÓLOGA
MAGÍSTER EN BIOÉTICA Y FILOSOFÍA

la obligación moral de proteger la vida y la salud, tanto propia como de quienes están a nuestro cuidado. Bajo una interpretación de la calidad de vida entendida simplemente bajo criterios de utilidad, se puede llegar a justificar —equivocadamente— la eutanasia de pacientes con daño neurológico.

90

Aún cuando es evidente que existe una relación entre la magnitud de un déficit neurológico y la calidad de vida, esta relación debe ser cuidadosa y prudentemente valorada. Estudios de calidad de vida, tales como los realizados en pacientes con síndrome del cautiverio —aquellos que se comunican con movimientos oculares solamente— muestran resultados que pueden ser impactantes: la percepción de los pacientes de su calidad de vida es mucho mejor que la esperada, y las solicitudes de eutanasia muy infrecuentes¹⁸³. Esto nos muestra la variabilidad que puede tener este concepto. Elementos tales como el soporte de cuidados paliativos o la presencia de un soporte emocional, pueden modificar significativamente la forma en que se vive una enfermedad y sus secuelas, y deben ser considerados siempre en los casos en que se realiza un juicio de proporcionalidad.

97

- 06 ¿Es persona todo individuo de la especie humana? (Página 34)
- 92 ¿Qué es la proporcionalidad terapéutica? (Página 208)
- 93 ¿Existen medios que sean siempre obligatorios para conservar la vida? (Página 210)
- 75 ¿Qué es la eutanasia? (Página 174)
- 73 ¿Cuáles son las enfermedades neurológicas graves por las que se podría solicitar eutanasia? (Página 170)
- 08 ¿Toda vida humana merece ser vivida? (Página 38)
- 90 ¿Puede la eutanasia llegar a ser un remedio para el dolor o la desesperanza? (Página 204)
- 97 ¿Qué es la medicina paliativa? (Página 218)

¹⁷⁹ En los casos en que el proceso de deliberación del juicio de proporcionalidad no alcance un consenso representativo de ambas partes, puede solicitarse el apoyo del Comité de Ética de la institución correspondiente. Cfr. Paulina Taboada, "El principio de proporcionalidad terapéutica en las decisiones de limitar tratamientos", *Boletín de la Escuela de Medicina PUC*, Vol.27,1 (1998): 17-23.

¹⁸⁰ Demencia senil progresiva y crónica.

¹⁸¹ Paciente con una parálisis que afecta a las cuatro extremidades producto de lesiones traumáticas que afectan diferentes estructuras de la columna vertebral.

¹⁸² Enfermedad progresiva de las neuronas que controlan el movimiento de los músculos voluntarios. Se desgastan o mueren y ya no pueden enviar mensajes a los músculos. Con el tiempo, se genera debilitamiento muscular, espasmos e incapacidad para mover el cuerpo. Cuando los músculos en la zona torácica dejan de trabajar, se vuelve difícil o imposible respirar.

¹⁸³ Steven Laureys et al., "The locked-in syndrome: what is it like to be conscious but paralyzed and voiceless?", *Progress in brain Research*, 150 (2005): 495-511.

97 | ¿Qué es la medicina paliativa?

ALEJANDRA FLORENZANO
MÉDICO INTERNISTA
Y MAGÍSTER EN FILOSOFÍA

Los cuidados paliativos son la asistencia activa y global (holística) de personas de todas las edades con sufrimiento grave relacionado con la salud debido a una enfermedad severa, y especialmente de quienes están cerca del final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores¹⁸⁴.

La medicina paliativa toma su nombre del latín *pallium* (manto o cubierta), porque se dirige a “aliviar” o “cubrir” el dolor y el sufrimiento causado por enfermedades serias. Si bien esto corresponde a un fin central de la medicina desde sus orígenes, fue impulsada formalmente por la Dra. Cicely Saunders (Inglaterra) desde 1950.

“Los cuidados paliativos son la asistencia activa y global (holística) de personas de todas las edades con sufrimiento grave relacionado con la salud debido a una enfermedad severa, y especialmente de quienes están cerca del final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores, incluyendo la identificación temprana, la evaluación impecable y el tratamiento del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual. Toma su nombre del latín pallium (manto o cubierta), porque se dirige a ‘aliviar’ o ‘cubrir’ el dolor y el sufrimiento causado por enfermedades serias”.

La Organización Mundial de la Salud estipula que los cuidados paliativos pertenecen al derecho humano a la salud, incluyendo la identificación temprana, la evaluación impecable y el tratamiento del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual¹⁸⁵.

Son brindados por un *equipo de salud multidisciplinario* y centrado en la persona, que apoya al paciente y su familia, desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo, con los siguientes propósitos¹⁸⁶:

- 102. ▪ aliviar el dolor y otros síntomas angustiantes;
- afirmar la vida y considerar la muerte como un proceso normal;
- 74. 71 92. ▪ no intentar acelerar ni retrasar la muerte;
- integrar los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente;
- 79. ▪ ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte;
- ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en su propio duelo;
- utilizar un enfoque de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluido el apoyo emocional en el duelo, cuando esté indicado;
- mejorar la calidad de vida, y eventualmente influir positivamente en el curso de la enfermedad.

Los cuidados paliativos no excluyen los tratamientos con intención curativa, de hecho, lo ideal es ofrecerlos en una fase inicial de la enfermedad, de modo complementario a estos tratamientos que buscan prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia.

99. ¿Son efectivos los cuidados paliativos? (Página 222)

83. ¿Existe un dolor físico y un dolor psíquico? (Página 190)

102. ¿Cómo se puede aliviar el dolor en pacientes que reciben cuidados paliativos? (Página 228)

74. ¿Existe la obligación de mantener la vida de un paciente por cualquier medio? (Página 172)

71. ¿Cuál es la diferencia entre matar y dejar morir desde el punto de vista ético? (Página 166)

92. ¿Qué es la proporcionalidad terapéutica? (Página 208)

79. ¿Qué rol cumplen la religión, la filosofía o la ética en el tema de la eutanasia? (Página 182)

¹⁸⁴ Definición consensuada de ciudadanos paliativos, Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, <https://cuidadospaliativos.org/definicion-consensuada-de-cuidados-paliativos/>.

¹⁸⁵ World Health Organization, "National cancer control programmes: policies and managerial guidelines", World Health Organization (2002). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42494>.

¹⁸⁶ Cuidados paliativos, Organización Mundial de la Salud, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

98 | ¿Cuáles son los desafíos de los cuidados paliativos?

ALEJANDRA FLORENZANO
MÉDICO INTERNISTA
Y MAGÍSTER EN FILOSOFÍA

Una amplia gama de enfermedades requiere cuidados paliativos¹⁸⁷. La mayoría de los adultos que los necesitan padecen enfermedades crónicas tales como enfermedades cardiovasculares (38,5%), cáncer (34%), enfermedades respiratorias crónicas (10,3%), VIH en etapa sida (5,7%) y diabetes (4,6%), entre otras. También los niños con enfermedades crónicas o serias los requieren, así como sus familias.

Según la OMS, se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos; el 78% de ellas viven en países de ingreso bajo o mediano. Globalmente, la OMS estima que solo el 14% de los pacientes que requieren cuidados paliativos, los reciben, por lo que el acceso universal a los cuidados paliativos ha sido establecido entre las prioridades sanitarias (OMS, 2014)¹⁸⁸. Se prevé que dicha necesidad crezca como consecuencia del aumento de las enfermedades no transmisibles¹⁸⁹ y del proceso de envejecimiento de la población.

Sin embargo, aún falta conciencia social sobre esta necesidad, y políticas públicas dirigidas a responder a ella, destinando recursos y formando profesionales de salud para entregar dichos cuidados. Algunas de las barreras que explican esto, entre autoridades, profesionales de la salud y la población, son:

- Desconocimiento del concepto de asistencia paliativa y de los beneficios de instaurarla oportunamente.

- Negación de la realidad de la muerte (por barreras culturales o sociales).
- Confusión entre el uso correcto de medicamentos para el dolor (opiáceos) y dependencia de fármacos.
- Confusión entre los cuidados paliativos y la eutanasia.

En este último punto, es relevante precisar que los cuidados paliativos *buscan aliviar el sufrimiento de la persona en situación terminal*¹⁹⁰, acudiendo a medios válidos y éticos. La eutanasia, en cambio, *busca provocar la muerte del paciente en situación terminal, para aliviar su sufrimiento*.

Pero, provocar la muerte de un paciente contradice completamente la ética médica, que manda aliviar el sufrimiento, pero no permite para ello, atentar contra la vida del sufriente. Por lo demás, existiendo cuidados y tratamientos eficaces para aliviar el sufrimiento, lo que corresponde es ponerlos a disposición de la población. Abrir la discusión pública a legalizar la eutanasia, en vez de garantizar los cuidados paliativos para toda la población, parece una salida fácil ante el desafío de aliviar el sufrimiento producido por enfermedades serias de tantos compatriotas.

“Se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos. Se prevé que dicha necesidad crezca como consecuencia del aumento de las enfermedades no transmisibles y del proceso de envejecimiento de la población. Sin embargo, aún falta conciencia social sobre esta necesidad, y políticas públicas dirigidas a responder a ella, destinando recursos y formando profesionales de salud para entregar dichos cuidados”.

- 109 ¿Se debe autorizar legalmente la eutanasia para las personas que no pueden pagar los cuidados paliativos? (Página 242)
- 99 ¿Son efectivos los cuidados paliativos? (Página 222)
- 103 ¿Es éticamente correcto el uso de morfina u otros sedantes para paliar el dolor? (Página 230)
- 97 ¿Qué es la medicina paliativa? (Página 218)
- 75 ¿Qué es la eutanasia? (Página 174)
- 82 ¿Es correcto ayudar a morir a alguien que lo pide y que además exime de la culpa a quien lo realice? (Página 188)
- 114 Desde el punto de vista de la ética médica, ¿está el médico siempre obligado a hacer lo que le solicita su paciente? (Página 254)
- 84 ¿Existen dolores intratables? (Página 192)
- 107 Si existieran prácticas eutanásicas en Chile, ¿se justificaría legalizarlas? (Página 238)
- 90 ¿Puede la eutanasia llegar a ser un remedio para el dolor o la desesperanza? (Página 204)

¹⁸⁷ Cuidados paliativos, Organización Mundial de la Salud, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

¹⁸⁸ OMS, “Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida”, *67.a Asamblea Mundial de la Salud* (2014), http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_31-sp.pdf.

¹⁸⁹ La Organización Mundial de la Salud (2016) define Enfermedades no transmisibles (ENT) o crónicas como afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta.

¹⁹⁰ Paciente en estado de salud terminal: es aquel portador de una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico, de carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en un plazo relativamente breve. No es susceptible de un tratamiento conocido y de eficacia comprobada que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o bien, los recursos terapéuticos utilizados han dejado de ser eficaces. Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago, “El enfermo terminal”, *Rev Med Chile* 128(5) (2000): 547-52.

99 | ¿Son efectivos los cuidados paliativos?

⁹⁷ Los cuidados paliativos son efectivos en muchos aspectos. Alivian el sufrimiento grave relacionado a enfermedades

¹⁰² serias, al proveer cuidado físico, psicosocial y espiritual a los pacientes y sus familias.

⁸⁵ Alivian el “dolor total”¹⁹¹ de los pacientes mediante un giro del modelo médico moderno, excesivamente

técnico, hacia un modelo de cuidado holístico centrado

⁰¹ en la persona. De este modo, mejoran la calidad de vida de los pacientes y de sus familias cuando afrontan problemas de orden físico,

⁸³ psicológico, social o espiritual inherentes a una enfermedad potencialmente mortal¹⁹².

También mejoran la calidad

de vida de los cuidadores. Favorecen que el paciente tenga una comprensión más precisa de su enfermedad y pronóstico, tomando mejores decisiones en relación a sus

⁸⁶ cuidados.

Hoy en día sabemos que la efectividad de los cuidados paliativos depende de que

“Los cuidados paliativos son efectivos, pero ello depende de que sean iniciados tempranamente. Alivian el sufrimiento grave relacionado a enfermedades serias, al proveer cuidado físico, psicosocial y espiritual a los pacientes y sus familias. De este modo, mejoran la calidad de vida y favorecen que el paciente tenga una comprensión más precisa de su enfermedad y pronóstico, tomando mejores decisiones en relación a sus cuidados.

Complementaria a los tratamientos con intención curativa, se ha visto que una asistencia paliativa temprana reduce las hospitalizaciones innecesarias”.

CAROLINA AGUILERA
MÉDICO URGENCIÓLOGA
ALEJANDRA FLORENZANO
MÉDICO INTERNISTA
Y MAGÍSTER EN FILOSOFÍA

sean iniciados tempranamente, ya que los pacientes que reciben cuidados paliativos iniciados al comienzo de enfermedades que amenazan la vida, reportan mejor calidad de vida y ánimo, e incluso algunos estudios muestran que mejora la sobrevida, aunque reciban tratamientos menos complejos¹⁹³.

Esto ha llevado a comprender los cuidados paliativos como complementarios a los tratamientos con intención curativa, y no excluyente con estos, en el modelo llamado “cuidados paliativos simultáneos”. Se ha visto también que una asistencia paliativa temprana reduce las hospitalizaciones innecesarias y el uso de los servicios de salud, de lo que se desprende un impacto positivo desde el punto de vista económico¹⁹⁴. Los cuidados paliativos ofrecen una alternativa efectiva y segura también para aquellos escenarios clínicos en los cuáles los pacientes tienen síntomas severos¹⁹⁵.



97 ¿Qué es la medicina paliativa? (Página 218)

102 ¿Cómo se puede aliviar el dolor en pacientes que reciben cuidados paliativos? (Página 228)

85 ¿Qué significa el concepto de “dolor total”? (Página 194)

01 ¿Quién es persona? (Página 24)

83 ¿Existe un dolor físico y un dolor psíquico? (Página 190)

86 ¿Puede tomar una decisión libre un paciente con dolor? (Página 196)

¹⁹¹ Dolor total: concepto que comprende el dolor del paciente en el final de su vida como multidimensional, incluyendo elementos físicos, psicológicos, sociales, emocionales y espirituales. Fue acuñado por la Dra. Cicely Saunders, fundadora de los cuidados paliativos, ver más en: BMJ, “Dame Cicely Saunders”, *BMJ* 2005;331:238 (2005).

¹⁹² Camila Zimmermann et al., “Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial”, *Lancet*. May 17;383(9930) (2014): 1721-1730.

¹⁹³ Jennifer S. Temel et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. Aug 19;363(8) (2010): 733-742.

¹⁹⁴ Sean Morrison et al., “Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs”, *Arch Intern Med*. Sep 8;168(16) (2008): 1783-1790.

¹⁹⁵ Tatsuya Morita, “Efficacy and safety of palliative sedation therapy: a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan”, *J Pain Symptom Manage* Oct;30(4) (2005): 320-328.

100 | ¿Existen en Chile programas de cuidados paliativos?

CAROLINA AGUILERA
MÉDICO URGENCIÓLOGA
ALEJANDRA FLORENZANO
MÉDICO INTERNISTA
Y MAGÍSTER EN FILOSOFÍA

97... La necesidad creciente e insatisfecha de cuidados paliativos (CP) a nivel mundial es una realidad ineludible, determinada, en gran medida, por el envejecimiento de la población, y por el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles¹⁹⁶, las que generan el 93% de la necesidad de CP en adultos. La Organización Mundial de la Salud estima que tan solo un 14% de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben, y que cerca del 80% de la necesidad global de CP se encuentra en países de bajos y medianos ingresos, situando la falta de acceso a los CP como un importante problema de equidad en la salud mundial¹⁹⁷.

En el caso de Chile contamos con un registro de prestación de CP desde 1990. Fueron pioneros algunos centros en Concepción, Coquimbo, Araucanía Sur y Santiago, quienes comenzaron de manera aislada a prestar servicios basándose en modelos extranjeros, realizando visitas domiciliarias y tomando a la familia como parte integral del tratamiento¹⁹⁸.

El Programa Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos (PAD y CP) emerge en 1994 del Programa Nacional de Cáncer del Ministerio de Salud. Desde entonces, el crecimiento de los CP en Chile ha sido constante. En 1999 existían 16 hospitales con servicios de CP. En abril del 2003, el PAD y CP fue incorporado al Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) —anteriormente conocido como Acceso Universal de Garantías Explícitas (“programa AUGÉ”)—, a través del ingreso del “Alivio del Dolor por Cáncer Avanzado y

102... Cuidados Paliativos” como “problema GES” y el desarrollo de una guía clínica asociada del MINSAL (2005)¹⁹⁹. En esta guía se explicita que el programa aplica a personas de cualquier edad con cáncer avanzado, confirmado por especialista y derivado a cuidados paliativos. Esto ha permitido garantizar plazos máximos para el acceso a confirmación diagnóstica y tratamiento. Hacia el 2003 ya funcionaban 28 unidades de CP vinculadas al GES.

Desde esa fecha, en el sistema sanitario chileno los CP estaban garantizados, pero únicamente para pacientes oncológicos. El año 2014, con motivo de la 67ª Asamblea Mundial de la Salud, la OMS recomendó extender los CP a aquellos pacientes que padezcan enfermedades crónicas avanzadas no oncológicas²⁰⁰. El año 2021, Chile dio un paso histórico, ya que el Congreso Nacional aprobó la Ley N.º 21.375 que consagra los CP y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves, cuyo objetivo es que todos aquellos pacientes que lo necesiten, y no solo las personas con cáncer puedan acceder a los CP.

El desarrollo de los CP a nivel internacional se ha evaluado categorizando los sistemas sanitarios en una escala de 4 grupos (desde el grupo 1, “sin actividad de CP conocida”, hasta el Grupo 4, “con integración preliminar inicial de los CP con otros servicios del sistema de salud”). La Asociación Latinoamericana de CP describe que solo Chile, Costa Rica y Uruguay alcanzan el nivel 4a, de “integración preliminar”²⁰¹. La etapa 4b, de integración avanzada, ha sido alcanzada sólo por un

98 109 8% de los países del mundo. Otros reportes concuerdan posicionando a Chile como líder en Latinoamérica y dentro de los 30 países con mejor desarrollo en CP²⁰². Hoy en Chile son cerca de 250 los equipos multidisciplinarios que proveen CP a lo largo del país, entregando atención biopsicosocial-espiritual con un buen estándar de calidad, y con adecuado acceso a medicamentos, donde el paciente lo requiera: sea a nivel hospitalario, ambulatorio o domiciliario²⁰³.

El nivel de CP en Chile se encuentra bien posicionado internacionalmente y es de esperar que la nueva Ley de CP Universales siga contribuyendo en los aspectos por mejorar, siendo las principales brechas por cubrir la formación especializada de los equipos de salud, el fortalecimiento de la atención domiciliaria y la continuidad de los horarios de atención para las urgencias en horario no hábil.



97 ¿Qué es la medicina paliativa? (Página 218)

99 ¿Son efectivos los cuidados paliativos? (Página 222)

102 ¿Cómo se puede aliviar el dolor en pacientes que reciben cuidados paliativos? (Página 228)

101 ¿En qué consiste la Ley de Cuidados Paliativos? (Página 226)

98 ¿Cuáles son los desafíos de los cuidados paliativos? (Página 220)

109 ¿Se debe autorizar legalmente la eutanasia para las personas que no pueden pagar los cuidados paliativos? (Página 242)

¹⁹⁶ Enfermedades no transmisibles (ENT) o crónicas: son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. (Organización Mundial de la Salud, 2016).

¹⁹⁷ World Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care at the end of life. World Health Organization (WHO), editor. London: World-wide Hospice Palliative Care Alliance and World Health Organization; 2014. En: <http://www.who.int/cancer/publications/palliative-care-atlas/en/>.

¹⁹⁸ Tiana Pastrana et al., Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica ALCP. 1a edición. Houston: IAHP Press. <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/10/atlas/Atlas%20de%20Cuidados%20Paliativos%20en%20Latinoamerica.pdf>.

¹⁹⁹ Guía Clínica AUGÉ "Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos", Serie Guías Clínicas MINSAL 2011. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c2723d1e04001011f011398.pdf>.

²⁰⁰ OMS: Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida (2014) http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_31-sp.pdf.

²⁰¹ Tania Pastrana et al. *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020* (Houston: IAHP Press, 2021).

²⁰² The Economist Intelligence Unit. The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world. Econ 2015;71.

²⁰³ ¿Cómo lograr Cuidados Paliativos Universales en Chile? Brechas y Desafíos. Centro UC Políticas Públicas: "Desarrollo de los Cuidados Paliativos en Chile", Dra. Laura Tupper, Julio, 2021 https://politicaspublicas.uc.cl/content/uploads/2021/07/CCPP-en-Chile_Politicas-Publicas-UC_07.07.2021.pdf.

101 | ¿En qué consiste la Ley de Cuidados Paliativos?

JORGE ACOSTA
MÉDICO

“Se definió que los Cuidados Paliativos tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas que enfrentan padecimientos relacionados con una enfermedad terminal o grave. La ley establece expresamente que: ‘la protección de la dignidad y autonomía de las personas que padecen una enfermedad terminal o grave, supone siempre respetar su vida y considerar a la muerte como parte del ciclo vital’. Aquello constituye un especial contrapunto a la eutanasia”.

La ley N° 21.375 que “consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves” fue promulgada el 14 de octubre de 2021 y comenzó plenamente su vigencia el 21 de marzo de 2022. Esta ley manifiesta que su finalidad es reconocer, proteger y regular, sin discriminación alguna, el derecho de las personas que padecen una enfermedad terminal (o grave) a una adecuada atención de salud.

Es importante hacer notar que se amplió la protección entregada por los cuidados paliativos a las personas con enfermedades graves, es decir, se incluyó a aquellos pacientes con condiciones de salud que les generan “sufrimientos físicos persistentes, intolerables e incurables”. Por esto, también se le ha denominado coloquialmente como “Ley de Cuidados Paliativos Universales”, ya que hasta antes de esta normativa sólo existía protección estatal exclusivamente para enfermos terminales derivados de patologías oncológicas, que eran atendidos a través del Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES).

En esta nueva normativa se incorpora la definición de enfermedad terminal a la legislación nacional. Se describe como una condición patológica, de carácter progresivo e irreversible, sin tratamiento específico curativo o que permita modificar su sobrevida (o bien, cuando los recursos terapéuticos utilizados han dejado de ser eficaces) y con una expectativa de vida inferior a doce meses.

Es dable destacar que no se establecen diferencias entre enfermos terminales oncológicos y no oncológicos.

También se definió que los cuidados paliativos tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas que enfrentan padecimientos relacionados con una enfermedad terminal o grave, mediante la prevención y alivio de tales padecimientos a través de la identificación temprana, la adecuada evaluación y el tratamiento de problemas de salud de orden físico o psicológico.

Un avance importante fue resaltar la posibilidad de otorgar cuidados paliativos mediante un modelo de atención domiciliaria, así como la extensión de su ámbito de acción al poder considerar otros aspectos prominentes, como la educación y el apoyo psicológico a los familiares y a los cuidadores (independientemente de si son familiares) durante el otorgamiento de cuidados paliativos al enfermo, inclusive con posterioridad a su muerte.

Por otro lado, se reconoció que toda persona que padece una enfermedad terminal o grave tiene derecho, además de los cuidados paliativos, a ser informada en forma oportuna y comprensible de su estado de salud, de su pronóstico, del manejo de sus síntomas, de las formas de autocuidado y de los posibles tratamientos que pueda realizarse, así como a ser acompañada por sus familiares o por la persona que designe. Igualmente, se le reconocen los derechos establecidos en la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes de los pacientes, en particular, en lo relativo al reforzamiento de su autonomía.

Otro de los puntos considerados como un avance relevante, fue mandar a las instituciones de educación superior (universidades, centros de formación técnica e institutos profesionales) que imparten carreras en el área de la salud, a incorporar contenidos sobre cuidados paliativos.

84 ¿Existen dolores intratables?
(Página 192)

100 ¿Existen en Chile programas de cuidados paliativos?
(Página 224)

72 ¿Qué es una enfermedad en estado terminal?
(Página 168)

97 ¿Qué es la medicina paliativa?
(Página 218)

102 ¿Cómo se puede aliviar el dolor en pacientes que reciben cuidados paliativos?
(Página 228)

83 ¿Existe un dolor físico y un dolor psíquico?
(Página 190)

110 ¿Son la eutanasia o el aborto un acto de autonomía del sujeto libre?
(Página 246)

01 ¿Quién es persona?
(Página 24)

07 ¿Es la vida humana un bien disponible?
(Página 36)

90 ¿Puede la eutanasia llegar a ser un remedio para el dolor o la desesperanza?
(Página 204)

Por último, es importante hacer notar que la ley establece expresamente en su artículo 4º que: "la protección de la dignidad y autonomía de las personas que padecen una enfermedad terminal o grave, supone siempre respetar su vida y considerar a la muerte como parte del ciclo vital". Aquello constituye un especial contrapunto a la eutanasia.

01

07

90

97

102

83

110

102 | ¿Cómo se puede aliviar el dolor en pacientes que reciben cuidados paliativos?

El dolor ha sido definido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) como “una experiencia sensorial y emocional

- 83** desagradable que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos, o que se describe en función de dicha lesión”. Incluye una sensación corpórea desagradable, y una experiencia emocional, por lo cual es siempre subjetivo y su intensidad debe ser reportada mediante instrumentos subjetivos, como la Escala Visual Análoga (EVA) en que el paciente señala la intensidad de su dolor del 1 al 10. El dolor experimentado por los pacientes al final de la vida es multidimensional, incluyendo elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, en el llamado **85** “dolor total”.

Ahora bien, el dolor es uno de los síntomas más frecuentes y graves experimentados por los pacientes que necesitan cuidados paliativos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 80% de los pacientes con sida o cáncer y el 67% de los pacientes con enfermedades

cardiovasculares, experimentarán dolor entre moderado e intenso al final de sus vidas²⁰⁴.

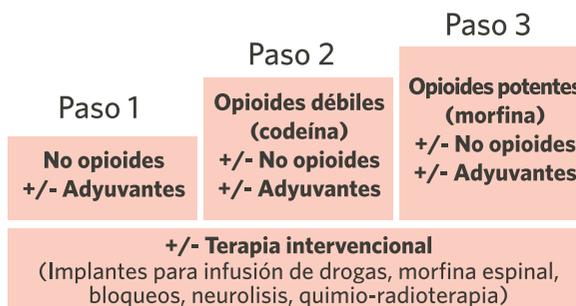
El alivio del dolor corresponde a uno de los fines de la medicina desde sus orígenes. Para su alivio adecuado, la OMS propone una escala de manejo del dolor progresiva, que incorpora analgésicos²⁰⁵ de potencia creciente, en respuesta a la intensidad del dolor (ver figura 2).

A grandes rasgos, existen fármacos analgésicos para tratar dolores leves (paracetamol, antiinflamatorios y otros) y aquellos más potentes, recomendados por la OMS para tratar dolores moderados a severos: los opioides²⁰⁶. Entre estos,

hay diversos tipos con características y potencias diversas, encontrándose la **103** morfina entre los más fuertes.

- 72** Ahora bien, en el caso del dolor de pacientes terminales, este suele ser intenso. Su manejo debe ser personalizado, multidimensional, y habitualmente requiere de analgésicos opiáceos. Dichos fármacos son a su vez muy efectivos para controlar otras molestias físicas frecuentes **99** al final de la vida, como la dificultad para respirar. La OMS propone que controlar esos síntomas en una etapa temprana, es una obligación ética acorde al fin de la medicina de aliviar el sufrimiento. Hay consenso internacional en que el alivio del dolor severo en pacientes terminales constituye un

FIGURA 2. ESCALA DE MANEJO DEL DOLOR OMS²⁰⁷.



ALEJANDRA FLORENZANO
MÉDICO INTERNISTA
Y MAGÍSTER EN FILOSOFÍA

- 84... imperativo moral, y en los últimos años se trabaja colaborativamente entre distintos países, para garantizar el acceso de dichos pacientes a los cuidados paliativos y a los analgésicos que requieren, incluyendo los opioides y en particular la morfina oral de liberación inmediata, cuya disponibilidad aún es baja²⁰⁸.

“El alivio del dolor corresponde a uno de los fines de la medicina desde sus orígenes. Para hacerlo adecuadamente se propone una escala de manejo del dolor progresiva. El dolor en pacientes terminales suele ser intenso, su manejo debe ser personalizado y multidimensional. Aliviar el dolor severo en pacientes terminales constituye un imperativo moral”.

- 83 ¿Existe un dolor físico y un dolor psíquico? (Página 190)
- 85 ¿Qué significa el concepto de “dolor total”? (Página 194)
- 103 ¿Es éticamente correcto el uso de morfina u otros sedantes para paliar el dolor? (Página 230)
- 72 ¿Qué es una enfermedad en estado terminal? (Página 168)
- 99 ¿Son efectivos los cuidados paliativos? (Página 222)
- 84 ¿Existen dolores intratables? (Página 192)
- 97 ¿Qué es la medicina paliativa? (Página 218)

²⁰⁴ Cuidados paliativos, Organización Mundial de la Salud, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

²⁰⁵ Analgésico: que calma o disminuye el dolor (RAE).

²⁰⁶ Opiode u opiáceo, derivados del opio.

²⁰⁷ Tomado de: Manual de Medicina Paliativa, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile, Repositorio UDG Virtual https://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/bitstream/123456789/935/3/Manual_Medicina_Paliativa_PUC.pdf.

²⁰⁸ Carlos Centeno et al., “White Paper for Global Palliative Care Advocacy: Recommendations from the PAL-LIFE expert advisory group of the Pontifical Academy for Life”, *J Palliat Med* Oct;21(10) (2018):1389-1397.

103 | ¿Es éticamente correcto el uso de morfina u otros sedantes para paliar el dolor?

ALEJANDRA FLORENZANO
MÉDICO INTERNISTA Y
MAGÍSTER EN FILOSOFÍA

Además de sus efectos benéficos de alivio del dolor y de la sensación de ahogo, los opioides —como la morfina— tienen efectos colaterales que deben prevenirse y vigilarse, como son las náuseas, somnolencia, enlentecimiento del tránsito intestinal, retención urinaria, entre otros. Por ello las dosis deben ajustarse con cuidado y en forma personalizada, para lograr el alivio de los síntomas con el menor grado de efectos secundarios no deseados. El efecto secundario de depresión del centro respiratorio es prácticamente inexistente al usarlos en forma crónica y con un adecuado ajuste de dosis, por lo cual no constituye en ningún caso una razón para evitar su uso.

Ahora bien, sabiendo que la somnolencia (sedación) es un efecto secundario que ocurre con frecuencia y de modo previsible al administrar opiáceos potentes, surge la pregunta ética: ¿es correcto privar a alguien de su conciencia sólo para aliviar un síntoma? Este punto ha sido muy reflexionado en la ética médica, concluyéndose que sí lo es. Su justificación ética se basa en el llamado “principio del doble efecto”²⁰⁹, que describe las condiciones para que sea moralmente aceptable una acción que producirá, previsiblemente, dos efectos: uno bueno y uno malo. En el caso del uso de opiáceos en un paciente terminal, la intención es aliviar el dolor. La acción es administrarle opioides en dosis suficientes para conseguir dicho

12

87

72

102



“Sabido que la somnolencia (sedación) es un efecto secundario que ocurre con frecuencia y de modo previsible al administrar opiáceos potentes, surge la pregunta ética: ¿es correcto privar a alguien de su conciencia sólo para aliviar un síntoma? Este punto ha sido muy reflexionado en la ética médica, concluyéndose que sí lo es. Su justificación ética se basa en el llamado ‘principio del doble efecto’, que describe las condiciones para que sea moralmente aceptable una acción que producirá, previsiblemente, dos efectos: uno bueno y uno malo”.

- 12 ¿Qué es el principio del doble efecto? (Página 46)
- 87 ¿Cómo se relaciona el principio del doble efecto con la eutanasia? (Página 198)
- 72 ¿Qué es una enfermedad en estado terminal? (Página 168)
- 102 ¿Cómo se puede aliviar el dolor en pacientes que reciben cuidados paliativos? (Página 228)
- 104 ¿Qué es la sedación paliativa? (Página 232)

efecto deseado, la analgesia efectiva, lo cual es en sí mismo una acción buena o neutra. La somnolencia o sedación del paciente, sería en este caso un “efecto secundario” malo, no deseado directamente, sino sólo tolerado. El efecto bueno se logra directamente por el uso del fármaco analgésico, y no a través de la sedación, y de hecho en lo posible, se intenta evitarla. El bien de aliviar el dolor en el final de la vida es proporcionado al eventual daño producido por la sedación. En este último punto, es muy relevante aclarar que esta justificación ética implica incluir al paciente en la decisión de recibir fármacos analgésicos que le producirán sueño, lo cual puede libremente rechazar. El alivio del dolor es un bien, pero en el escenario de fin de vida, hay muchos otros bienes que el paciente podría preferir priorizar, como sería, por ejemplo, el mantenerse despierto para estar con sus seres queridos, arreglar asuntos pendientes, reconciliarse o participar en ritos religiosos.

²⁰⁹ Manual de Medicina Paliativa, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile, Repositorio UDG Virtual https://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/bitstream/123456789/935/3/Manual_Medicina_Paliativa_PUC.pdf.

104 | ¿Qué es la sedación paliativa?

ALEJANDRA FLORENZANO
MÉDICO INTERNISTA
Y MAGÍSTER EN FILOSOFÍA

Esta es “la administración intencional de drogas requeridas para reducir la conciencia ⁷²... en un paciente terminal tanto como sea necesario para aliviar adecuadamente uno ¹⁰²... o más síntomas físicos refractarios”²¹⁰. Se trata de un recurso extraordinario, prescrito por el equipo de especialistas en cuidados ⁹⁷... paliativos, en aquellos casos en que no se logra el control adecuado de síntomas físicos con toda la terapia disponible.

Hay que diferenciar la “sedación paliativa”, de la sedación como efecto secundario del tratamiento del dolor con analgésicos ¹⁰³... opiáceos. La primera, de uso muy excepcional,

se plantea en pacientes terminales que persisten con síntomas refractarios, a pesar del ⁸⁴... tratamiento por equipos expertos. En esta se administran intencionalmente drogas sedantes (benzodicepinas, anestésicos, y otros), para reducir la conciencia en un paciente terminal tanto como sea necesario para aliviar adecuadamente sus síntomas físicos refractarios. Desde el punto de vista ético, es también una intervención médica éticamente aceptable, pero por otra razón. En este caso, la sedación se busca directamente, siendo justificada por el principio de totalidad²¹¹ y ⁹²... proporcionalidad médica, dado que se enfrenta una situación clínica lo suficientemente grave

“En la eutanasia se prescriben fármacos en dosis letales para provocar la muerte del paciente terminal, con la intención de aliviar su sufrimiento. En cambio, en la sedación paliativa, se administran los fármacos sedantes suficientes para mitigar un síntoma físico refractario, con la intención de aliviar al paciente mientras viva. Se trata de un recurso extraordinario, prescrito por el equipo de especialistas en cuidados paliativos, en aquellos casos en que no se logra el control adecuado de síntomas físicos con toda la terapia disponible”.

y sería (un síntoma intenso no controlable por otros medios), que convierte la reducción de conciencia, a pesar de ser un mal, en algo proporcionado²¹². Algo parecido a lo que justifica operar a un paciente en riesgo vital, en se le inflige una herida y expone a riesgos, por considerarse proporcionado a su situación.

Finalmente, hay que aclarar que la sedación paliativa es completamente distinta a la eutanasia en su procedimiento, resultado e intención²¹³. En la eutanasia se prescriben fármacos en dosis letales para provocar la muerte del paciente terminal, con la intención

- 75... de aliviar su sufrimiento. En cambio, en la sedación paliativa, se administran los fármacos sedantes suficientes para mitigar un síntoma físico refractario, con la intención de aliviar al paciente mientras viva. Hay estudios que muestran que en pacientes en que se implementa sedación paliativa logrando el control de los síntomas, la sobrevida de los pacientes no se ve afectada, lo cual comprueba que la intención de la acción no es acelerar la muerte²¹⁴. Pero, aunque la sobrevida se viera levemente afectada, este sería un efecto secundario no deseado, justificable por el principio de doble efecto.
- 12
87... Ahora, lo que es muy controvertido y, en general, no aceptado éticamente, es el uso de sedación paliativa, ya no ante síntomas físicos refractarios, sino ante síntomas psíquicos o "sufrimiento existencial".
- 83... En este caso lo indicado es acudir a otras herramientas de la psiquiatría, la psicología y el apoyo espiritual, ofrecida por equipos expertos en cuidados paliativos²¹⁵.

- 72 ¿Qué es una enfermedad en estado terminal? (Página 168)
- 102 ¿Cómo se puede aliviar el dolor en pacientes que reciben cuidados paliativos? (Página 228)
- 97 ¿Qué es la medicina paliativa? (Página 218)
- 103 ¿Es éticamente correcto el uso de morfina u otros sedantes para paliar el dolor? (Página 230)
- 84 ¿Existen dolores intratables? (Página 192)
- 92 ¿Qué es la proporcionalidad terapéutica? (Página 208)
- 75 ¿Qué es la eutanasia? (Página 174)
- 12 ¿Qué es el principio del doble efecto? (Página 46)
- 87 ¿Cómo se relaciona el principio del doble efecto con la eutanasia? (Página 198)
- 83 ¿Existe un dolor físico y un dolor psíquico? (Página 190)

²¹⁰ Paulina Taboada R., "Sedación Paliativa (Parte I): Controversias Sobre Términos, Definiciones y Aplicaciones Clínicas", *Acta Bioethica* 18, n.o 2 (2012): 155-162.

²¹¹ "Este principio puede formularse como «aquella norma moral, en virtud de la cual las diversas partes componentes de una entidad compleja permanecen subordinadas a la unidad integrada por ellas. Por consiguiente, las partes pueden ser manipuladas y modificadas e incluso, en la unidad sustancial, suprimidas según las exigencias del todo constituido por ellas». O en otra formulación: La parte existe para el todo y, por tanto, el bien de la parte queda subordinado al bien del todo. Consiguientemente, si una parte crea un mal al todo, puede sacrificarse, si no hay otro medio de evitar el mal que esa parte crea u ocasiona". José María Díaz Moreno. "El principio de totalidad y su aplicación: una notable aportación del P. Fernández Díaz-Nava en

defensa de la persona". *Miscelánea Comillas* 68, n.º 132 (2010): 57-58.

²¹² Alejandro Miranda, "The Field of Application of the Principle of the Double Effect and the Problem of Palliative Sedation", en *Sedation at the End of Life: An Interdisciplinary Approach. Philosophy and Medicine* ed. Paulina Taboada (Dordrecht, the Netherlands: Springer, 2015).

²¹³ Lars Johan Materstvedt et al., "Euthanasia and physician-assisted suicide: A view from an European Association for Palliative Care Ethics Task Force (EAPC) Ethics Task Force" *Palliat Med* 17 (2003): 97- 101, 102-179.

²¹⁴ Marco Maltoni et al., "Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review", *J Clin Oncol* Apr 20;30(12) (2012):1378-1383.

²¹⁵ Eric J. Cassell et al., "Intractable End-of-Life Suffering and the Ethics of Palliative Sedation", *Pain Med* 11 (2010): 435-438.

105 | ¿La regulación de la eutanasia se puede traducir en una desvalorización de la vida? ¿Puede existir una regulación restrictiva de la eutanasia?

Suele afirmarse que la tolerancia judicial, o bien, la regulación legal directa de prácticas como la eutanasia, conduce a una inevitable relativización de la vida humana en aquellos

106... países donde se establece. Esto porque, no obstante existir lineamientos legales y médicos que gozan de bastante precisión, en la práctica son interpretados de manera bastante extensiva y subjetiva.

El resultado se traduce en una abreviación intencional de la vida del paciente, fundado en el juicio que el profesional médico realiza

108... respecto de la vida de aquel. Atendida la forma en la cual quedó configurada la regulación jurídica en algunos países, la contravención de la ley no representa mayores dificultades para quienes faciliten el ejercicio de esta conducta.

En los hechos, se trate de una eutanasia realizada sin contar con la voluntad del

75... paciente, o bien, sin cumplir con los requisitos estipulados por la norma jurídica, dicho incumplimiento se constatará solo *ex post*, es decir, una vez que la muerte de la persona ya se ha verificado y, por tanto, el desenlace es irreversible.

Esto ha llevado a que en el día a día, la toma de decisiones al "final de la vida" en países

108... como Holanda o Bélgica, se transforme en un proceso exento de supervisión *de facto*, en el que es posible constatar irregularidades

tales como la administración de drogas letales con el explícito propósito de apresurar el fin de la vida del paciente, aún sin contar con el consentimiento expreso de aquel²¹⁶.

En efecto, la regulación *a posteriori* conduce inevitablemente a que toda la actividad fiscalizadora recaiga en órganos de control, cuyo acceso a la información es limitado y se sustenta principalmente sobre la base de la confianza depositada en el actuar médico.

En los hechos, dichas comisiones de control representan serios conflictos de interés con respecto al ejercicio de prácticas que pueden contravenir lo estipulado por la ley. Esto podría verse reflejado en la composición de quienes integran algunos de estos órganos, pues muchas veces se trata de férreos partidarios de la eutanasia.

Ello se traduce en que varias de las irregularidades constatadas a partir del control posterior, no prosperen como denuncias ante órganos persecutores de delitos, como el Ministerio Público.

A este respecto, resulta interesante analizar más detalladamente el caso holandés. En dicho país, pese a que la eutanasia y el

81... suicidio asistido se encontraban formalmente tipificados como un delito en el Código Penal, los paulatinos cambios en la percepción social de este tipo de situaciones desembocaron

FRANCISCA REYES-ARELLANO
 ABOGADA
 Y MAGÍSTER EN BIOÉTICA

en un extenso periodo de tolerancia jurisprudencial a partir de los años 70²¹⁷, es decir, pese a que las disposiciones legales permanecieran intactas, quienes en la práctica contravenían lo que la ley consagraba, gozaban de una total impunidad de hecho²¹⁸.

No es sino hasta el año 1993 que, cuando a propósito de una modificación introducida a la legislación que regulaba los funerales, se comienza a exigir formalmente que el médico complete un formulario declarando aquellos fallecimientos sobrevenidos a causa de una asistencia médica para morir o de una “interrupción activa de la vida”.

Finalmente y, tras una ardua discusión parlamentaria, el año 1998 se presenta una propuesta legislativa que modificaba diferentes cuerpos legales de dicho país. Esta es la ley que posteriormente se aprueba el año 2001 y entra en vigor el año 2002²¹⁹.

No es de extrañar que situaciones similares puedan ocurrir en aquellos países que autoricen legalmente alguna forma de eutanasia. Pues, en el fondo, se trata de una relativización del valor de la vida que, como hemos podido vislumbrar, pareciera no conllevar mayores consecuencias para aquellos que no la respetan. Esto se verifica cuando no se siguen o se contravienen los preceptos legales que, en teoría, debiesen proteger la vida de las personas vulnerables.

106 ¿Sería mala la eutanasia incluso si estuviera permitida por la ley?
(Página 236)

107 Si existieran prácticas eutanásicas en Chile, ¿se justificaría legalizarlas?
(Página 238)

08 ¿Toda vida humana merece ser vivida?
(Página 38)

75 ¿Qué es la eutanasia?
(Página 174)

70 ¿Cómo se determina la muerte de una persona?
(Página 164)

108 ¿En qué países es legal la eutanasia?
(Página 240)

71 ¿Cuál es la diferencia entre matar y dejar morir desde el punto de vista ético?
(Página 166)

81 ¿Qué es el suicidio asistido?
(Página 186)

²¹⁶ Paul J. van der Maas et al., *Euthanasia and other Medical Decisions Concerning the End of Life*, (Amsterdam: Elsevier, 1992), 5.

²¹⁷ Etienne Montero, *Cita con la Muerte. 10 años de eutanasia legal en Bélgica* (Madrid: Rialp, 2013).

²¹⁸ Se entenderá por impunidad de hecho la dictación sucesiva de sentencias que condenaban a quienes practicaban la eutanasia, o facilitaban su realización, estableciendo “penas simbólicas” (por ejemplo: una semana o un mes sin ejercer la profesión médica), las cuales finalmente quedaban sin ejecución.

²¹⁹ La ley holandesa que regula la eutanasia se titula: “Ley de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio”.

106 | ¿Sería mala la eutanasia incluso si estuviera permitida por la ley?

GONZALO LETELIER
DOCTOR EN DERECHO

La bondad o maldad de un acto no depende de lo que diga la ley. De hecho, el deber de obedecer a las leyes se funda precisamente en que presumimos que mandan cosas buenas. La maldad moral de la eutanasia no es algo que la ley pueda determinar o regular, sino algo que debe acoger y reconocer como un dato previo que se consigna y se declara.

La cuestión es particularmente importante dada la naturaleza especial del derecho, que no razona exactamente del mismo modo que la ética.

La ética tiene que ver con el valor moral de los actos libres de las personas, que son siempre concretos y singulares. Por lo mismo, el juicio de la ética no se limita a la moralidad intrínseca de un cierto tipo de actos, sino que considera también las circunstancias concretas de cada acción, incluyendo las disposiciones subjetivas de los agentes, la intención con la que actúan e incluso las disposiciones afectivas de quienes están involucrados en ella.

Limitándonos a lo más esencial y prescindiendo de toda circunstancia, la eutanasia consiste simplemente en matar a alguien; sobre esto no hay duda posible. De hecho, es algo que aceptan incluso quienes la defienden. Y el homicidio es un acto intrínsecamente malo, que no debe realizarse nunca. Pero la cuestión inversa —el deber de vivir— no es moralmente tan simple: no basta con no matar a quien está sufriendo, pues no solo hay que evitar el mal, sino que es necesario sobre todo hacer el bien, y hacerlo bien. Desde una perspectiva ética, el problema fundamental no es la prohibición de matar, sino la necesidad de lidiar concretamente con el sufrimiento de una persona que está muriendo y con el de su familia cuando han dejado de verle sentido a la vida.

Este problema, que es el verdadero problema, respecto al cual la eutanasia es simplemente una pésima —de hecho, la peor— solución, no puede ser resuelto por el derecho. Lo

que puedan decir las leyes, en este ámbito, es poco y muy superfluo: es la mera prohibición de matar.

El derecho, a diferencia de la ética, tiene que ver solamente con lo justo y lo injusto, e incluso esto solo en la estricta medida en que afecte a la convivencia social. En este contexto, solo importa la objetiva proporción entre una conducta y los bienes jurídicos protegidos por la ley; los afectos y las disposiciones subjetivas son prácticamente indiferentes. El derecho es

“Si es lícito matar por compasión, ya no es verdad que nunca se puede matar; significa que hay ‘homicidios justos’”.

frío; interviene cuando hay conflictos que no fue posible resolver antes y los dirige sin atender a las emociones ni a las tragedias personales que se ocultan bajo ellos. Es difícil pensar en algo menos adecuado para afrontar el drama humano del sufrimiento y de la muerte.

Por otra parte, que la ley permita la eutanasia no solo es injusto, sino que hace saltar en pedazos la consistencia del sistema jurídico completo. Es propio de la ley ser un precepto general, que aplica sin mayores distinciones un mismo principio común a una serie de casos semejantes. Como lo relevante no es la singularidad del caso, sino el principio general aplicable, el modo en que se entienda ese principio afecta a la totalidad de los casos semejantes. Si es lícito matar por compasión, ya no es verdad que nunca se puede matar; significa que hay “homicidios justos” y, en estricta coherencia, se abre la puerta a toda otra forma de homicidio susceptible de ser ocultada bajo el manto de la benevolencia. Pero allí donde se puede matar, ¿por qué no se podrá mutilar o esterilizar (siempre, por supuesto, por el bien de aquel a quien matamos, mutilamos o esterilizamos y el de la sociedad en su conjunto...)? La historia abunda en escalofriantes ejemplos de este razonamiento.

Pero además, finalmente, el derecho tiene la función social de modelar las costumbres y, en consecuencia, afecta profundamente la mentalidad general de una sociedad. En este sentido, que la ley permita la eutanasia no solo deja intacta la inmoralidad del acto, sino que distorsiona y desnaturaliza por completo el modo en que experimentamos socialmente el trance de la muerte propia o de nuestros seres queridos.

La muerte es un aspecto ineludible de la condición humana. Todos vamos a morir. Esta certeza es parte fundamental de lo que somos y el modo en que la asumimos condiciona nuestra manera de vivir. La eutanasia abre la posibilidad de transformarla en una

- 10 ¿Qué diferencia un acto bueno de uno malo? (Página 42)
- 11 ¿Todo acto malo es injusto, y toda injusticia es criminal? (Página 44)
- 69 ¿Cuál es la diferencia entre “acto humano” y “acto del hombre”? (Página 40)
- 75 ¿Qué es la eutanasia? (Página 174)
- 71 ¿Cuál es la diferencia entre matar y dejar morir desde el punto de vista ético? (Página 166)
- 90 ¿Puede la eutanasia llegar a ser un remedio para el dolor o la desesperanza? (Página 204)
- 113 ¿Son la eutanasia o el aborto un acto malo? ¿Siempre? (Página 252)

decisión propia (o, lo que es peor, ajena); permite que la muerte sea algo que se elige, algo aparentemente indoloro y aséptico, una especie de no-problema que puede ser omitido hasta el momento en que sea ineludible. La cuestión no será ya por qué y de qué modo vivir, sino simplemente no sufrir. Y así, ~~aduciendo que la búsqueda de sentido es siempre una tarea personal, se la termina transformando en algo opcional.~~ Quizá el problema más grave y profundo es este: la eutanasia permite olvidar la auténtica realidad de la muerte y vivir como si nunca fuéramos a morir. Las consecuencias de esta idea en la moral social son muy delicadas.

~~La eutanasia es un acto moralmente malo, porque haciendo mal a sus víctimas hace malo también a quien lo comete.~~ Lejos de hacerla permisible, su legalización extiende esos mismos efectos a la cultura de una sociedad.

107 | Si existieran prácticas eutanásicas en Chile, ¿se justificaría legalizarlas?

El sólo hecho de que una práctica ilícita sea ejecutada de manera permanente en una sociedad, máxime si se trata de la causación de muerte de una persona (un homicidio), no es razón suficiente para reconocerla como legítima de manera excepcional o como un ámbito de libertad individual de las personas.

aunque no necesariamente penales. En los casos planteados (prácticas eutanásicas), la relevancia de la prevención general, es decir, que el castigo cumpla una función disuasiva en la sociedad, en materia penal, se justifica por el valor del bien jurídico comprometido: la vida humana.

La ilicitud de una práctica permanente, exige medidas de mitigación o prevención,



JAIME ARANCIBIA Y GONZALO GARCÍA
ABOGADOS Y DOCTORES EN DERECHO

“El sólo hecho de que una práctica ilícita sea ejecutada de manera permanente en una sociedad, no es razón suficiente para reconocerla como legítima de manera excepcional”.

- 113 ¿Son la eutanasia o el aborto un acto malo? ¿Siempre? (Página 252)
- 106 ¿Sería mala la eutanasia incluso si estuviera permitida por la ley? (Página 236)
- 110 ¿Son la eutanasia o el aborto un acto de autonomía del sujeto libre? (Página 246)
- 75 ¿Qué es la eutanasia? (Página 174)
- 07 ¿Es la vida humana un bien disponible? (Página 36)

108 | ¿En qué países es legal la eutanasia?

FRANCISCA REYES-ARELLANO
ABOGADA
Y MAGÍSTER EN BIOÉTICA

Actualmente son siete los países que contemplan algún tipo de regulación legal con respecto a la eutanasia. En este sentido, resulta conveniente precisar que, de acuerdo al carácter de dicha regulación, el estatus legal de la eutanasia puede encontrarse bajo cuatro posibles “modalidades”: prohibición, regulación *a priori*, regulación *a posteriori* y legalización total.

105. ... legal de la eutanasia puede encontrarse bajo cuatro posibles “modalidades”: prohibición, regulación *a priori*, regulación *a posteriori* y legalización total.

La prohibición habitualmente se traduce en la tipificación de la eutanasia como un delito, cuya transgresión lleva asociada una pena o sanción. En este caso, imputable a quien lleve a cabo el procedimiento o facilite los medios para que este se realice. La regulación en cambio, suele consagrarse a través de la estipulación de condiciones o requisitos que deben verificarse, ya sea, para acceder al procedimiento eutanásico o una vez que este haya sido practicado. En el primer caso hablaremos de una regulación *a priori*, mientras que el segundo corresponde propiamente a una regulación *a posteriori*, consistente en la comprobación ulterior de las disposiciones establecidas por la ley.

Un ejemplo del primer tipo de regulación es el que se puede constatar en la ley española, cuyo artículo 5º consagra un listado de requisitos taxativos que debe cumplir la persona que desee recibir la “prestación de ayuda para morir”²²⁰. Entre ellos se cuentan como exigencias, poseer la nacionalidad española o residencia legal en España, haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, prestar consentimiento informado previo, entre otras.

71. ... recibir la “prestación de ayuda para morir”²²⁰. Entre ellos se cuentan como exigencias, poseer la nacionalidad española o residencia legal en España, haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, prestar consentimiento informado previo, entre otras.

Podemos vislumbrar manifestaciones de regulación *a posteriori* en legislaciones como las de Bélgica²²¹ u Holanda²²². Ambos países contemplan mecanismos de fiscalización encargados de verificar que las condiciones para optar a la eutanasia se hayan cumplido de acuerdo con los lineamientos establecidos por la ley.

106. ... por la ley.

Los primeros países en autorizar legalmente esta práctica fueron aquellos pertenecientes a lo que habitualmente se conoce como BENELUX, sigla conformada por la primera sílaba de los Estados que forman parte de este grupo: Belgium (Bélgica), Netherlands (Países Bajos, otra forma de denominar a Holanda) y Luxemburgo.

Desde que la eutanasia fue autorizada por sus países miembros, el modelo BENELUX se transformó en una referencia habitual para aquellos Estados que se proponían legislar en torno a este tema. Este modelo suele estar asociado también con otras acciones vinculadas con la eutanasia, como es el caso de los cuidados paliativos. Quienes son partidarios de esta particular “conjunción terapéutica”, suelen denominarla bajo el nombre de “cuidados integrales al final de la vida”. No obstante, resulta paradójico que la eutanasia sea considerada como una forma de cuidado integral, pues su objetivo es terminar de manera irreversible con la vida, mas no aliviar el dolor u otros padecimientos, por lo que no podríamos calificarla como una acción terapéutica.

97. ... de los cuidados paliativos. Quienes son partidarios de esta particular “conjunción terapéutica”, suelen denominarla bajo el nombre de “cuidados integrales al final de la vida”. No obstante, resulta paradójico que la eutanasia sea considerada como una forma de cuidado integral, pues su objetivo es terminar de manera irreversible con la vida, mas no aliviar el dolor u otros padecimientos, por lo que no podríamos calificarla como una acción terapéutica.

Luego de que Holanda se convirtiera en el primer país en legalizar la eutanasia el año 2002, otros países no tardaron en adoptar medidas similares. Tal es el caso de Bélgica, que legalizó la eutanasia y el suicidio asistido.⁸¹ tan solo algunas semanas después.

Años más tarde se incorporaron a esta tendencia Luxemburgo (2009), Colombia (2014) y Canadá (2016). Los últimos países en incorporar leyes que regulan expresamente esta práctica fueron España y Nueva Zelanda en el año 2021.

Cabe señalar que, pese a contemplar preceptos cuyo alcance original estaba estrictamente delimitado, en la actualidad la mayoría de las leyes de eutanasia han sufrido continuas modificaciones con miras a ampliar las indicaciones originalmente contempladas en la ley. Así, por ejemplo, en el caso belga se introdujo la posibilidad de que menores de 12 años —en situación de enfermedad terminal— puedan acceder a la eutanasia.

Como es posible vislumbrar, el estatus legal de la eutanasia en el mundo es aún tendiente a la penalización o prohibición de esta conducta. No obstante, es preciso tener en consideración que se trata de un asunto cuya regulación resulta especialmente compleja, teniendo en cuenta la propensión a ampliar progresivamente las condiciones estipuladas por la ley.

105 ¿La regulación de la eutanasia se puede traducir en una desvalorización de la vida? ¿Puede existir una regulación restrictiva de la eutanasia? (Página 234)

71 ¿Cuál es la diferencia entre matar y dejar morir desde el punto de vista ético? (Página 166)

82 ¿Es correcto ayudar a morir a alguien que lo pide y que además exime de la culpa a quien lo realice? (Página 188)

106 ¿Sería mala la eutanasia incluso si estuviera permitida por la ley? (Página 236)

97 ¿Qué es la medicina paliativa? (Página 218)

75 ¿Qué es la eutanasia? (Página 174)

81 ¿Qué es el suicidio asistido? (Página 186)

113 ¿Son la eutanasia o el aborto un acto malo? ¿Siempre? (Página 252)

²²⁰ Ley Orgánica 3/21, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Publicada en el Boletín Oficial del Estado el jueves 25 de marzo de 2021. Puede ser consultada en el siguiente link: <https://derechoamoris.org/wp-content/uploads/2021/03/BOE-A-2021-4628.pdf>.

²²¹ Ley del 28 de mayo de 2002 relativa a la eutanasia. Actualizada el 23 de marzo de 2020. Disponible en: https://derechoamoris.org/wp-content/uploads/2021/03/ley_eutanasia_BEL_ver2020.pdf.

²²² Ley de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y de auxilio al suicidio. Se puede consultar un Dossier sobre la eutanasia en Países Bajos en el siguiente link: <https://derechoamoris.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Paises-Bajos.pdf>.

109 | ¿Se debe autorizar legalmente la eutanasia para las personas que no pueden pagar los cuidados paliativos?

Autorizar legalmente la eutanasia para quienes no pueden pagar los cuidados paliativos sería la respuesta más cómoda, pero es una injusticia manifiesta, porque nos lleva a desentendernos de aquellas personas que están en una situación particularmente vulnerable. No podemos decir: "mientras no logremos un sistema amplio de cuidados paliativos debemos permitir la eutanasia", porque esa respuesta significará que ese momento no llegará nunca.

Pero hay más, porque no debemos perder de vista que la legalización de la eutanasia pone sobre los ancianos y enfermos la obligación implícita de justificarse ante el resto de la sociedad. En una situación social sana, nadie tiene que dar explicaciones por el simple hecho de existir. La introducción de la eutanasia rompe este equilibrio. En efecto, ¿por qué tendríamos que destinar nuestros impuestos a financiar sus cuidados paliativos cuando existe una salida más rápida y barata? "Quien, entre dos

posibilidades legales, elige una, es responsable de las consecuencias", dice Spaemann con realismo²²³. Es fácil imaginar las ofertas de los seguros de salud para que la gente haga uso de ese supuesto derecho. O la negativa a cubrir intervenciones costosas, que podrían ahorrarse si los afectados hacen uso de la posibilidad legal de pedir su muerte. Además, si la eutanasia es un derecho, entonces engendra responsabilidades para su titular, y bien podríamos decirle: "respetamos su

decisión de seguir con vida, pero usted deberá pagar los costos de seguir en la existencia". Como se ve, la admisión de la eutanasia no afecta sólo a unas pocas personas: ella tiene que ver con el tipo de sociedad que queremos construir.

La argumentación a favor de la eutanasia no ha cambiado mucho desde que Joseph Goebbels promovió en 1941 la película *Yo acuso*, del director Wolfgang Liebeneiner, donde una enferma de esclerosis múltiple pide a su marido que ponga fin a su vida. Primero se



JOAQUÍN GARCÍA-HUIDOBRO
DOCTOR EN FILOSOFÍA
Y EN DERECHO

- 08... establece que hay vidas que no tienen valor.²²⁴
En segundo lugar, se dice que en esos casos el
112... darles muerte es un acto compasivo. En tercer
110... término, se apela a la autonomía del sujeto.

Los seres humanos tienen derecho a morir con dignidad, y es necesario rechazar el tratamiento de los enfermos como meros objetos para prolongar su vida a toda

- 74... costa. Pero eso se hace con los cuidados de la medicina paliativa y no mediante la
07... eliminación voluntaria de las personas.

Proponer la eutanasia por “motivos económicos”, basados en la dificultad que tendrían algunas personas para acceder a los cuidados paliativos, es un modo de razonar que se ve facilitado por el amplio fenómeno de la caída de la natalidad y el envejecimiento de la población, que representa un evidente problema para los sistemas de salud. Ellos estaban diseñados para que una numerosa población joven cargue con las jubilaciones de un sector relativamente menor de la sociedad, pero ahora la pirámide poblacional se ha invertido y las personas mayores empiezan a ser vistas como una amenaza. En suma, también las razones económicas tienen un peso importante en las presiones para

- 107... legalizar la eutanasia.

²²³ Robert Spaemann, *Límites: acerca de la dimensión ética del actuar* (Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias, 2003), 395.

²²⁴ Wolfgang Liebeneiner, *Ich klage an*, 1941, <http://www.imdb.com/title/tt0033750/f>.

- 106 ¿Sería mala la eutanasia incluso si estuviera permitida por la ley? (Página 236)
- 97 ¿Qué es la medicina paliativa? (Página 218)
- 100 ¿Existen en Chile programas de cuidados paliativos? (Página 224)
- 101 ¿En qué consiste la Ley de Cuidados Paliativos? (Página 226)
- 75 ¿Qué es la eutanasia? (Página 174)
- 06 ¿Es persona todo individuo de la especie humana? (Página 34)
- 127 ¿Cómo promover una cultura de la vida? (Página 280)
- 113 ¿Son la eutanasia o el aborto un acto malo? ¿Siempre? (Página 252)
- 08 ¿Toda vida humana merece ser vivida? (Página 38)
- 112 ¿Son la eutanasia o el aborto un acto de compasión? (Página 250)
- 110 ¿Son la eutanasia o el aborto un acto de autonomía del sujeto libre? (Página 246)
- 74 ¿Existe la obligación de mantener la vida de un paciente por cualquier medio? (Página 172)
- 07 ¿Es la vida humana un bien disponible? (Página 36)
- 107 Si existieran prácticas eutanásicas en Chile, ¿se justificaría legalizarlas? (Página 238)



Capítulo 4

Dilemas compartidos entre aborto y eutanasia

110 | ¿Son la eutanasia o el aborto un acto de autonomía del sujeto libre?

Más allá de lo que algunos formadores de opinión pública puedan pensar acerca del significado de la *autonomía*, se trata de un concepto merecedor de un análisis exhaustivo²²⁵. Generalmente se asocia la autonomía con el ejercicio de la libertad, pero con el concepto de *libertad* también encontramos algunas dificultades a poco de profundizar el análisis.

Es posible identificar dos grandes grupos de significaciones. Uno de ellos, el que podríamos llamar “vulgar”, entiende a la *autonomía* como un derecho inalienable y soberano de la propia voluntad. Y la *libertad* es entendida, en este grupo de significación, como una facultad de obrar sin impedimentos, que debiera hallarse jurídicamente protegida y con el solo límite de las libertades de los demás. Esta última significación es la originada especialmente en los intelectuales políticos de la modernidad, especialmente en el padre teórico del Estado, Thomas Hobbes (1588-1679), quien la define, en su obra maestra *Leviatán*, como “ausencia de impedimentos externos, impedimentos que a menudo pueden arrebatarse a un hombre parte de su poder para hacer lo que le plazca, pero no pueden impedirle usar del poder que le queda, de acuerdo con lo que le dicten su juicio y razón”²²⁶.

En cuanto a la *autonomía*, hay cierto aire de familia con el concepto clásico de *autarquía*, empleado por Aristóteles en la *Ética Nicomáquea* y en la *Política*. Sin embargo, allí la *autarquía*

“El hecho de que un individuo tome una decisión en solitario o con la convicción subjetiva de que actúa bien, no es suficiente para afirmar que su acción ha sido verdaderamente libre o autónoma”.

no es entendida como una facultad individual de obrar solitariamente en conversación con uno mismo. Por el contrario, la *autarquía* indica una plenitud sociopolítica indisolublemente asociada a un ideal de perfección moral, *sólo* asequible en una comunidad política justa y buena²²⁷.

Así pues, ni la *autonomía* agota su extensión en la soberanía individual de la voluntad, ni la *libertad* es solamente una ausencia de impedimentos para hacer lo que a uno le plazca. Si la eutanasia y el aborto han de recurrir a la autonomía y a la libertad como sustentos teóricos, es preciso hacerse cargo

JORGE MARTÍNEZ
DOCTOR EN FILOSOFÍA

de que las significaciones vulgares de esos conceptos empobrecen el horizonte de análisis. En conclusión, el hecho de que un individuo tome una decisión en solitario o con la convicción subjetiva de que actúa bien, no es suficiente para afirmar que su acción ha sido verdaderamente libre o autónoma. En cualquier caso, es necesario preguntarse si es que basta que una decisión sea libre o autónoma para considerarla justa.

111

111 ¿Basta que la decisión de abortar o practicar la eutanasia sea libre para considerarla justa? (Página 248)

²²⁵ Gerald Dworkin ha identificado 12 significados distintos de "autonomía": Gerald Dworkin, *The Theory and Practice of Autonomy* (Cambridge: C.U.P., 1988), 6. Otros, como Ruth Faden y Thomas Beauchamp asocian este concepto al "consentimiento informado": Ruth Faden & Thomas Beauchamp, *A History and Theory of Informed Consent* (New York: O.U.P., 1986). Es bien conocida la importancia del concepto de "autonomía" en la filosofía moral kantiana, pero como señala Thomas E. Hill, *Dignity and Practical Reason in Kant's Moral Theory* (New York: Cornell University Press, 1992), 76 "lo único seguro sobre la autonomía en estos contextos contemporáneos es que significa cosas distintas para los diferentes autores." En todo caso, la observación de Dworkin es interesante: "Las únicas características que se mantienen constantes entre un autor y otro son que la autonomía es algo que pertenece a las personas y que es una cualidad que estaría bien poseer." Ver: Onora O'Neill, *Autonomy and Trust in Bioethics* (New York: C.U.P., 2005), 21-22; John Keown, *Euthanasia, Ethics and Public Policy* (New York: C.U.P., 2005), cap. 5. También: John Keown (compilador), *La eutanasia examinada. Perspectivas éticas, clínicas y legales* (México: FCE, 2004).

²²⁶ Thomas Hobbes, *Leviatán*, (Madrid: Editora Nacional, 1979), 228.

²²⁷ Sir Ernest Barker, *The Political Thought of Plato and Aristotle* (New York, Dover, s/f), 233; Margueritte Deslauriers & Pierre Destrée (editores), *The Cambridge Companion to Aristotle's Politics* (New York: C.U.P., 2013), 129-131.

111 | ¿Basta que la decisión de abortar o practicar la eutanasia sea libre para considerarla justa?

10. La moralidad de un determinado acto puede ser vista desde dos puntos de vista complementarios. Uno de ellos es el tipo de acto que es considerado moral, en comparación con otros que no podrían ser considerados como tales, sin que ello implique que sean “inmorales”. El tipo de actos llamados “morales” son los surgidos de una elección y decisión voluntarias.²²⁸
09. Elegir una corbata²²⁹, o golpear deliberadamente a un anciano por placer, tienen en común su “moralidad”: son actos elegidos y decididos por un sujeto en plena libertad. Digerir un alimento o volver la cabeza espontáneamente por un ruido, no son actos “morales”, puesto que no han sido elegidos ni decididos.

Ahora bien, respecto de los actos morales, ellos pueden especificarse en buenos o malos²³⁰. Sin entrar en el análisis detallado acerca de qué es un acto justo, asumiremos aquí que un acto justo es un acto moralmente bueno. Hay cierto tipo de actos “morales”, es decir, surgidos de una libre decisión humana, cuya moralidad se desprende exclusivamente

de ellos mismos, sin que sea necesario recurrir a las circunstancias en que tales actos se ejecuten. Entre esos actos cuya bondad o maldad no requiere de la consideración de las circunstancias se encuentran la práctica del aborto y la eutanasia. Ambos tienen la suficiente “entidad” práctica como para ser analizados independientemente de las circunstancias en que se dan. Vemos aquí una diferencia con otros actos que, aun siendo fruto de una elección y una decisión, es más difícil ver en ellos mismos la fuente de su bondad o maldad.

Por ejemplo: la elección de una vestimenta, dar un paseo u otros semejantes de baja densidad práctica. Es evidente que en este último tipo de actos no basta referirse sólo a ellos para determinar su bondad o maldad, sino que precisamos el concurso de las circunstancias en que se ejecutan para así determinar su especie como buenos o malos. Sin embargo, desde el momento en que el aborto y la eutanasia implican la intención deliberada de dar muerte a un individuo

“Desde el momento en que el aborto y la eutanasia implican la intención deliberada de dar muerte a un individuo humano inocente, son moralmente malas, y ninguna circunstancia podría hacer de ellas acciones moralmente aceptables”.

JORGE MARTÍNEZ
DOCTOR EN FILOSOFÍA

humano inocente, son moralmente malas, y ninguna circunstancia podría hacer de ellas acciones moralmente aceptables, casi del mismo modo en que ninguna circunstancia podría hacer moralmente válida una acción de pedofilia o terrorismo. Por eso no se puede decir que el aborto o la eutanasia sean buenos porque son libres. Precisamente, porque son libres, son llamados actos de tipo moral, y por lo tanto es posible calificarlos como buenos o malos. Así, la maldad o bondad del aborto y la eutanasia pueden determinarse de distinto modo en que determinamos la bondad o maldad de dar un paseo, por ejemplo. En este último caso, necesitamos recurrir a las circunstancias. En el primer caso, eso no es necesario, ya que ninguna circunstancia justifica el dar muerte a una persona inocente.

10 ¿Qué diferencia un acto bueno de uno malo?
(Página 42)

09 ¿Cuál es la diferencia entre “acto humano” y “acto del hombre”?
(Página 40)

²²⁸ Santo Tomás de Aquino efectúa una interesante distinción entre “actos humanos” y “actos del hombre”. Los primeros son los que surgen de una elección y una decisión, y también pueden ser llamados “actos morales”. Los segundos engloban a todos aquellos actos que no surgen de nuestras elecciones y decisiones, como los actos reflejos o metabólicos del cuerpo. Ver: *Suma de Teología*, Ia-IIae, Cuestión 1, Artículo 1 (Cuerpo del art.).

²²⁹ Elegir una corbata es un ejemplo un tanto trivial, pero tiene en común con un acto no trivial que es libre, es un acto fruto de una decisión, y por lo tanto susceptible de ser evaluado moralmente como bueno o como malo una vez que es realizado. Naturalmente, la bondad o maldad no tiene la misma gravedad en los distintos actos. En algunos actos, su bondad o maldad no requiere del auxilio de las circunstancias para determinar si son buenos o malos. En otros, sin el recurso a las circunstancias sería imposible saber si son buenos o malos. La nota siguiente aclara esto.

²³⁰ Hay ciertos actos que elegimos ejecutar y que a pesar de ello no podrían ser considerados ni buenos ni malos, sino indiferentes. Dar un paseo por un parque, por ejemplo. Sin embargo, desde el momento en que tales actos se ejecutan, ello requiere que dicha ejecución se haga bajo determinadas circunstancias, y cuando ellas intervienen, el acto ya no es indiferente. En sí mismo, pasear por un parque es moralmente indiferente, pero si yo paseo en el momento indebido, o en una compañía inapropiada, o por lugares vedados, el paseo deja de ser moralmente indiferente y se transforma en un acto malo. Por el contrario, si las circunstancias son las apropiadas, el acto es bueno. Ver para esto el magistral análisis de Tomás de Aquino, *Suma de Teología*, Ia-IIae, Cuestión 18: “Bondad y malicia de los actos humanos en general”.



112 | ¿Son la eutanasia o el aborto un acto de compasión?

La literatura sobre la compasión es copiosísima y muy variada. Encontramos ya un testimonio de reflexión filosófica acerca de la compasión en la *Retórica* de Aristóteles²³¹, en la *Suma de Teología* de Tomás de Aquino²³², y, ya más cercanos a nosotros en el tiempo, en los trabajos de Martha C. Nussbaum²³³ y André Comte-Sponville²³⁴, por citar algunos de los más conocidos²³⁵. Las definiciones incluso pueden ser contradictorias, aunque para nuestros fines es suficiente con referirnos a lo que ellas puedan tener en común. El rasgo que la mayoría

de los autores comparte es que la compasión es un sentimiento que nace al percibir el mal ajeno. No cualquier mal produce ese sentimiento, y sobre esto comienzan las divergencias entre los estudiosos.

Incluso considerar a la compasión como una virtud es un asunto que también tiene sus dificultades. A modo de ejemplo, señalemos que para Aristóteles la compasión se justifica cuando el mal por el cual nos compadecemos es “grave y penoso”, en “quien no lo merece”, y nos causa temor si podemos

“esperar padecerlo uno mismo o alguno de nuestros allegados”. Ciertamente, esos males “graves y penosos” son, según Aristóteles, “las muertes y ultrajes corporales, los malos tratos, la vejez, las enfermedades y la falta de alimento”. Aunque también merecen compasión “el ser arrancado de los amigos y compañeros, la fealdad (sic), la debilidad y la mutilación.” Las discusiones en torno a estos motivos de compasión llegan hasta el día de hoy. Lo que parece estar fuera de dudas es que por sí sola, la compasión no es una virtud. Ella, como cualquier otro sentimiento, debe estar ajustada por la razón para poder ser considerada una virtud. Esto no significa cultivar una indiferencia frente al mal ajeno. Transformar a la compasión en una virtud es particularmente dificultoso para el personal encargado de la salud ya se trate de médicos o auxiliares, ya se trate de la salud física o psicológica, pues una compasión librada a su suerte directamente impediría el ejercicio de la profesión. Se requiere pues,

“La eutanasia o el aborto practicados por compasión se asemejan más a una ejecución que a un cuidado, a una reacción instintiva o pasional antes que racional”.

JORGE MARTÍNEZ
DOCTOR EN FILOSOFÍA

el ejercicio de una *compasión prudencial*. Ésta podría definirse como un término medio entre la indiferencia y el desconsuelo paralizante. Sostener esto equivale a introducir una consideración racional en el sentimiento de compasión para moldearlo en el camino de la verdadera virtud. Esta consideración de la razón nos permite ver que invocar la compasión para justificar un acto de eutanasia (o un aborto), remite a una compasión en estado puro, sin el ‘filtro’ prudencial.

De este modo, tanto la eutanasia o el aborto practicados por compasión se asemejan más a una ejecución que a un cuidado, a una reacción instintiva o pasional antes que racional. Incluso podríamos entender esos actos como una auténtica crueldad. Y en lo relativo al personal sanitario, debemos recordar que la relación médico-paciente se organiza en torno

- 114 115** de un objetivo: el médico —en tanto tal— obra por el beneficio del enfermo, y el beneficio que necesita el enfermo es la salud, no la muerte. Este fin innegociable, que es nada menos que el fin de la medicina, se vuelve
- 72** más problemático en la enfermedad terminal, pero aun así nada justifica su derogación por
- 90** una compasión mal entendida²³⁶.

- 114** Desde el punto de vista de la ética médica, ¿está el médico siempre obligado a hacer lo que le solicita su paciente? (Página 254)
- 115** Desde el punto de vista jurídico, ¿está el médico siempre obligado a hacer lo que le solicita su paciente? (Página 256)
- 72** ¿Qué es una enfermedad en estado terminal? (Página 168)
- 90** ¿Puede la eutanasia llegar a ser un remedio para el dolor o la desesperanza? (Página 204)

²³¹ Aristóteles, *Retórica*. Edición del texto con aparato crítico, traducción, prólogo y notas de Antonio Tovar (Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1985), II, 8, 1385b 11 - 1386b 8.

²³² Tomás de Aquino, *Suma de Teología*, IIa-IIae, q.30, aa. 1-4.

²³³ Martha C. Nussbaum, *Upheavals of Thought. The Intelligence of Emotions* (New York: C.U.P., 2003), cap. 6.

²³⁴ André Comte-Sponville, *Pequeño tratado de las grandes virtudes* (Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello, 1996), cap. 8.

²³⁵ También es de mucho provecho el libro de Miguel García-Baró y Alicia Villar (coordinadores), *Pensar la compasión* (Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, 2008).

²³⁶ Leon Kass, “Neither for Love nor Money: Why Doctors Must not Kill”, *The Public Interest*, 94 (1989): 39. Ver también Leon Kass, “Regarding the End of Medicine and the Pursuit of Health”, *The Public Interest*, 40 (1975): 11- 42.



113 | ¿Son la eutanasia o el aborto un acto malo? ¿Siempre?

FELIPE WIDOW
DOCTOR EN FILOSOFÍA
Y DERECHO

Para responder esta pregunta, es necesario partir por algo tan elemental como definir el alcance de los nombres *eutanasia* y *aborto* (una de las más graves dificultades de las discusiones morales contemporáneas es la superficial ambigüedad con que se emplea el lenguaje, especialmente en el debate público). Y lo primero que hay que hacer es advertir que estos nombres no se refieren, simplemente, a la descripción de un resultado: el aborto no solamente es una acción de la que resulta la muerte de un niño no nacido, ni la eutanasia es meramente aquella de la que resulta la muerte de un enfermo o un anciano. Hay acciones que pueden tener este resultado y que no son, en sentido estricto, ni aborto ni eutanasia (como se verá, por ejemplo, cuando en este mismo libro se aborde la cuestión del principio de ¹⁰ *dooble efecto*).¹²

¿Y cuál es, entonces, ese sentido estricto del aborto y la eutanasia? Como se dice en

otra pregunta, los elementos que deben considerarse al determinar la rectitud moral de un acto humano son tres: la intención (el fin buscado en la acción), el objeto moral (la acción elegida) y las circunstancias. Pues bien, lo que los nombres *aborto* y *eutanasia* significan, cuando se los usa con precisión, son dos objetos morales, es decir, dos acciones elegidas según que por sí mismas se

orientan a la realización de un determinado efecto. Lo que hay que mirar, entonces, es si estos objetos morales son coherentes con el bien humano integral que, como se ha dicho, es la medida última de la rectitud o malicia de un acto humano.

El aborto, como objeto moral, es aquella acción que se elige porque es eficaz para producir la muerte del niño no

“La prohibición absoluta del aborto o la eutanasia es una exigencia ineludible de la afirmación de la igual dignidad de toda vida personal. Siempre es malo elegir matar al inocente. Si alguna vez lo justificamos, si la persona no tiene valor por sí, ¿por qué habría de tenerlo su bienestar o su autonomía?”.

nacido. Y la eutanasia, como objeto moral, es la acción que se elige por su eficacia para producir la muerte del enfermo o anciano que sufre. Podemos rodear estas acciones de circunstancias conmovedoras (¿puede alguien dudar de los dramas humanos que siempre acompañan un aborto o una eutanasia?) y motivarlas con fines llenos de humanidad (nadie negaría la bondad de la intención de aliviar el dolor ajeno), pero la pregunta relevante siempre será otra: ¿es lícito elegir una acción que por sí misma se dirige a producir la muerte de un inocente? Si respondemos afirmativamente, concedemos que la dignidad de la persona es un valor transable, sujeto a un cálculo que permite medir qué vidas valen la pena y cuáles no, y que hay especies de homicidio que se justifican con buenas intenciones y circunstancias dramáticas. Pero entonces admitimos que el fin justifica los medios y, con ello, negamos que el bien humano integral es la medida última de la rectitud moral.

En otras palabras, la prohibición absoluta del aborto o la eutanasia (como objetos morales) es una exigencia ineludible de la afirmación de la igual dignidad de toda vida personal. Siempre es malo elegir matar al inocente. Si alguna vez lo justificamos, es que hemos puesto el bienestar, la ausencia de dolor, la autonomía individual, o lo que sea, como un bien mayor que la propia persona. Pero si la persona no tiene valor por sí, ¿por qué habría de tenerlo su bienestar o su autonomía?

- 112 ...de circunstancias conmovedoras (¿puede alguien dudar de los dramas humanos que siempre acompañan un aborto o una eutanasia?) y motivarlas con fines llenos de humanidad (nadie negaría la bondad de la intención de aliviar el dolor ajeno),
- 82 ...es un valor transable, sujeto a un cálculo que permite medir qué vidas valen la pena y cuáles no, y que hay especies de homicidio que se justifican con buenas intenciones y circunstancias dramáticas. Pero entonces admitimos que el fin justifica los medios y, con ello, negamos que el bien humano integral es la medida última de la rectitud moral.
- 12 ¿Qué es el principio del doble efecto? (Página 46)
- 10 ¿Qué diferencia un acto bueno de uno malo? (Página 42)
- 112 ¿Son la eutanasia o el aborto un acto de compasión? (Página 250)
- 82 ¿Es correcto ayudar a morir a alguien que lo pide y que además exime de la culpa a quien lo realice? (Página 188)
- 07 ¿Es la vida humana un bien disponible? (Página 36)
- 08 ¿Toda vida humana merece ser vivida? (Página 38)
- 08 ...de tenerlo su bienestar o su autonomía?

114 | Desde el punto de vista de la ética médica, ¿está el médico siempre obligado a hacer lo que le solicita su paciente?

No está siempre obligado. Existen, al menos, tres razones que fundamentan esta respuesta. La primera de ellas se refiere a la naturaleza de la relación médico-paciente, entendida como el encuentro de dos personas, poseedoras de la misma dignidad y derechos, y que demanda un respeto recíproco. En la antigüedad predominó el paternalismo, en el cual el médico imponía su voluntad al paciente; hoy, el modelo prevalente de relación clínica es el de alianza terapéutica, en el cual el médico propone un plan diagnóstico-terapéutico que considera las necesidades y expectativas del enfermo; este último puede aceptar o rechazar la proposición. Algunos consideran que la relación clínica debería evolucionar a una modalidad en que el médico sea un técnico experto y acceda a cualquier solicitud de su paciente, sólo resguardando que se cumpla el consentimiento informado. Esta visión del actuar médico no considera la posibilidad de una objección profesional o de conciencia para acceder a dicha petición²³⁷, lo que nos lleva al segundo fundamento.

La profesión médica, como otras actividades humanas, sólo se entiende por relación a sus fines, que son el cuidado de la vida y la salud de las personas. Las metas de la medicina incluyen la prevención, curación y alivio de las enfermedades; también el acompañamiento integral de aquellos que no se pueden curar y enfrentan la muerte (cuidados paliativos,

97. acompañar al buen morir)²³⁸. El médico, así como otros profesionales de la salud, hace un compromiso público de no realizar actos que atenten contra los fines y metas de ella, aun cuando le fueran solicitados. En esto radica la confianza que la sociedad deposita en sus agentes sanitarios, a la manera de un contrato tácito ¿qué pasaría si los mismos que se han comprometido a cuidar de la salud y la vida, atentaran contra ellas? Podría llegarse a una situación en que pacientes gravemente enfermos o en condición terminal rechacen hospitalizarse por temor a que no se les administren los cuidados necesarios o se les aplique eutanasia sin su consentimiento.

“El médico, así como otros profesionales de la salud, hace un compromiso público de no realizar actos que atenten contra los fines y metas de la medicina, aun cuando le fueran solicitados”.

IVÁN PÉREZ

MÉDICO INTERNISTA Y MAGÍSTER EN BIOÉTICA

Finalmente, está la cuestión de la agencia moral y la responsabilidad. En todo acto humano libre, iluminado por la razón e imperado por la voluntad, es posible identificar un agente que detenta la responsabilidad ética de lo realizado; para reconocerlo basta preguntarse ¿quién hizo esto?²³⁹ En el caso de las acciones diagnósticas y terapéuticas, el médico es el único agente moral. Es así como en una relación fundada en la confianza y de tipo colaborativo, el médico propone al paciente la terapia más conveniente y este último, luego de aclarar sus dudas, puede aceptarla o rechazarla. Cuando se trata de intervenciones invasivas y/o de mayor riesgo, existe el documento de consentimiento informado, que consigna la participación del paciente en la decisión; no obstante, cuando el paciente (o quien lo represente) firma aceptando el tratamiento, no asume la responsabilidad por los resultados. Esta siempre le pertenece al médico y es indelegable.

116 ¿Tiene derecho a objetar de conciencia el médico para no realizar un aborto o una eutanasia? (Página 258)

97 ¿Qué es la medicina paliativa? (Página 218)

72 ¿Qué es una enfermedad en estado terminal? (Página 168)

09 ¿Cuál es la diferencia entre “acto humano” y “acto del hombre”? (Página 40)

²³⁷ Colegio Médico de Chile AG. *Código de Ética 2019*, Art 20. Disponible en http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/12/codigo-de-etica_FINAL.pdf consultado el 14 de marzo de 2021.

²³⁸ Hastings Center, “The Goals of Medicine, Setting New Priorities”. *The Hastings Center Report*; 26(6) (1996): S1-S27.

²³⁹ Alfonso Gómez-Lobo A. *Los bienes humanos. Ética de la ley natural* (Santiago de Chile: Mediterráneo, 2006), 71-81.



115 | Desde el punto de vista jurídico, ¿está el médico siempre obligado a hacer lo que le solicita su paciente?

“El médico, naturalmente, ha de prestar especial atención a lo que expresa el paciente, pero de allí no se deriva que pueda realizar acciones que son injustas y atentan en contra del sentido mismo de su profesión solo en virtud de que alguien se lo ha pedido”.

La respuesta está en el juramento hipocrático, que ha constituido la base del quehacer médico desde el siglo V a. C. hasta nuestros días: “No suministraré medicina mortal alguna a nadie, aunque me lo pidan, ni sugeriré tal consejo”²⁴⁰. El médico no es un mero ejecutor de órdenes ajenas, sino un profesional que está obligado por las reglas que definen su arte.

Hoy no faltan quienes buscan alterar este estado de cosas. Las razones son diversas, entre ellas debemos señalar la aplicación a todos los aspectos de la sociedad de los criterios que son válidos sólo para el mercado. Es necesario entender que el paciente no es un simple cliente, que “siempre tiene la razón”. No niego la importancia del mercado en el ámbito del intercambio de bienes transables; pero si su lógica se absolutiza y se pretende aplicarla a toda la realidad, lo que tendremos no será una *economía de mercado*, que está muy bien, sino una *sociedad de mercado*, que es algo completamente inhumano, porque en ella todos los bienes pasan a ser transables, mientras que es propio del mundo humano el que existan cosas que no están sujetas a cálculos de utilidad. El médico, naturalmente, ha de prestar especial atención a lo que expresa el paciente, pero de allí no se deriva que pueda realizar acciones que son injustas y atentan en contra del sentido mismo de su profesión sólo en virtud de que alguien se lo ha pedido.

JOAQUÍN GARCÍA-HUIDOBRO
DOCTOR EN FILOSOFÍA Y EN DERECHO

En ocasiones, se produce la situación contraria a la descrita por la pregunta y no es el paciente quien pide una intervención del médico. Por ejemplo, a veces ocurre que **la eutanasia se le aplica sin su voluntad e incluso contra su voluntad**. En efecto, en estos casos, la alteración de la lógica que está presente en el juramento hipocrático lleva a que el médico quede como titular de una facultad muy singular, la de determinar qué vidas son valiosas y cuáles, en cambio, no merecen ser vividas.

75

la eutanasia se le aplica sin su voluntad e incluso contra su voluntad. En efecto, en estos casos, la alteración de la lógica que está presente en el juramento hipocrático lleva a que el médico quede como titular de una facultad muy singular, la de determinar qué vidas son valiosas y cuáles, en cambio, no merecen ser vividas.

114

Desde el punto de vista de la ética médica, ¿está el médico siempre obligado a hacer lo que le solicita su paciente? (Página 254)

75

¿Qué es la eutanasia? (Página 174)

²⁴⁰ En: Juan Jaramillo Antillón, *Historia y filosofía de la medicina* (San José: Editorial Universidad de Costa Rica, 2005), 34.



116 | ¿Tiene derecho a objetar de conciencia el médico para no realizar un aborto o una eutanasia?

La objeción de conciencia del personal de salud para excusarse de realizar actos, que en el ejercicio de sus funciones profesionales, vulneren sus más íntimas convicciones sobre sí mismo y la realidad que lo rodea, está garantizada por el ordenamiento jurídico chileno. Como institución jurídica fue discutida y regulada por vez primera a propósito de la ley que despenaliza el aborto en tres casos: (i) la madre se encuentre en riesgo vital; (ii) inviabilidad del ser en gestación; y (iii) embarazo producto de una violación.

También se ha discutido nuevamente el sentido y alcance de la objeción de conciencia en el proyecto de ley que autoriza la eutanasia. Ésta constituiría una garantía de la libertad de conciencia, aunque otros van más lejos y la califican como derecho autónomo.

La libertad de conciencia es un derecho fundamental que cada persona tiene

por el sólo hecho de serlo. Ha sido identificada como la primera de todas las libertades, puesto que inhibir a un ser humano de actuar conforme a ella, es atentar, en definitiva, contra una de las manifestaciones más esenciales de la dignidad humana. Esta libertad es el fundamento de la objeción de conciencia, que debe estar garantizada en toda actividad.

El objetor, atendiendo a su fuero interno, se opone a cumplir un mandato legal. No se trata de un incumplimiento justificado en intereses personales o preferencias arbitrarias, tampoco en una oposición entre el orden moral, o religioso, por un lado, y el jurídico, por el otro, sino que el aparente conflicto se daría en el orden jurídico: entre una norma legal, la que impone una obligación, y otra norma legal, la que tutela la conciencia individual. No es un conflicto real. El derecho contempla la solución al hacer primar la conciencia,

y por ello, ampara esta aparente desobediencia al mandato normativo.

La objeción de conciencia se diferencia de la objeción profesional en cuanto esta última se funda en los fines de la profesión, y no solamente en un imperativo moral o religioso. Así, es esperable que el personal de salud no realice abortos o eutanasias en cuanto dichas prácticas son contrarias a los fines de la propia profesión. El médico objetor declara la contradicción entre la *lex artis* médica, que comprende los fines propios de la medicina, y el mandato legal, puesto que tanto el aborto como la eutanasia corresponden a acciones que se encuentran fuera de ellos²⁴¹. El médico no puede tornarse en simple auxiliar de la voluntad ajena²⁴².

Además, el valor intrínseco de la vida humana supone que existe un viviente (más allá de la cuestión metafísica, ética o jurídica de su *status*

PAULINA RAMOS
 ABOGADA Y DOCTORA EN DERECHO
 CONSTANZA RICHARDS
 ABOGADA
 Y MAGÍSTER EN CIENCIAS JURÍDICAS

“El aparente conflicto se daría en el orden jurídico: entre una norma legal, la que impone una obligación, y otra norma legal, la que tutela la conciencia individual. No es un conflicto real. El derecho contempla la solución al hacer primar la conciencia, y por ello, ampara esta aparente desobediencia al mandato normativo”.

de persona). Dejar entregado a la libertad de conciencia individual la decisión sobre la valoración de dicho viviente, lo convierte en una mera cuestión privada, sin trascendencia para lo público.

08

“Yo no daré a nadie veneno, si se me pide, ni tomaré la iniciativa de una sugerencia semejante” (Juramento Hipocrático). De allí que el acto médico compasivo esté orientado a aliviar el sufrimiento, nunca a terminar directa y deliberadamente con la vida del

114 Desde el punto de vista de la ética médica, ¿está el médico siempre obligado a hacer lo que le solicita su paciente? (Página 254)

115 Desde el punto de vista jurídico, ¿está el médico siempre obligado a hacer lo que le solicita su paciente? (Página 256)

06 ¿Es persona todo individuo de la especie humana? (Página 34)

08 ¿Toda vida humana merece ser vivida? (Página 38)

paciente. La gran discrepancia entre los fines de la medicina, con la obligatoriedad de prestaciones que no son propiamente parte de su ejercicio, que experimentan los profesionales de la salud —no sólo médicos—, lleva a preguntarse si la objeción de conciencia, en realidad, no debería ser ejercida más bien por quienes practican el aborto y la eutanasia, a pesar de lo que indica la *lex artis* de su oficio.

²⁴¹ Al respecto, resulta ilustrativa la observación del filósofo alemán, Hans Jonas: “[H]ay que constatar que en un extremo del espectro la antaño estricta definición de los objetivos médicos se ha relajado mucho, y hoy en día incluye servicios (especialmente quirúrgicos, pero también farmacéuticos) que no están “médicamente indicados”, como la contracepción, el aborto, la esterilización por motivos no médicos o el cambio de sexo, por no hablar de la cirugía plástica al servicio de la vanidad o las ventajas profesionales. Aquí el “servicio a la vida” se ha extendido, más allá de las viejas tareas de curar y aliviar, al papel de un “técnico de cabecera” general para variados fines de elección social o personal. Sin existir un estado patológico, hoy es suficiente para el médico que el cliente (=paciente) exija los servicios correspondientes y la ley los permita”. Hans Jonas, *Técnica, Medicina y Ética* (Barcelona: Paidós, 1997), 173.

²⁴² El ethos médico “encarna como ningún otro colectivo profesional el valor incondicional y la indisponibilidad de la vida humana en la conciencia social”. Hans Thomas, “Von Hippokrates zu Kevorkian: Wohin treibt das Arztethos in Imago Hominis”, *Quartalschrift des Instituts für Medizinische Anthropologie und Bioethik*. Wien, Vol. VII/Nr. 1, (2000): 49-58. Trad. José María Barrio Maestre.

117 | **¿Tiene derecho una institución de salud a la “libertad de ideario” que le permita oponerse a realizar abortos o a practicar la eutanasia?**

“Los ciudadanos tienen la libertad para crear organizaciones, y así lograr objetivos que no es posible alcanzar en forma individual. Aquellos establecimientos que poseen un ideario deben actuar según sus valores institucionales, pues de otro modo, la asociación misma carecería de valor para la sociedad al no perseguir los fines para los cuales fue establecida”.

En los Estados democráticos, se reconoce a toda persona el derecho de asociarse con otros en torno a fines comunes que determinen libremente conforme a su conciencia. Para ello se garantiza la autonomía de los cuerpos intermedios de la sociedad, los cuales pueden manifestarse y actuar en distintos ámbitos de la vida. Es decir, los ciudadanos tienen la libertad para crear organizaciones, y así lograr objetivos que no es posible alcanzar en forma individual. Así es como existen, por ejemplo, asociaciones gremiales, partidos políticos, clubes deportivos, hospitales privados, juntas de vecinos, iglesias, entre otras. Para alcanzar estos fines, el ordenamiento jurídico les reconoce nombre, rol único tributario, domicilio, nacionalidad, patrimonio, misión, e incluso en algunos casos responsabilidad penal. Se entiende, en todo caso, que no tienen conciencia, la que es comprendida como facultad propia del ser humano.

Si bien, en Chile el tribunal constitucional reconoce la “objección de conciencia” a los establecimientos de salud, en su fallo sobre la constitucionalidad de la ley N° 21.030 que despenalizó el aborto en tres causales, en el caso de las instituciones conviene usar el término “libertad de ideario” a “objección de conciencia”.

El derecho de asociación, en el caso de los establecimientos sanitarios particulares

PAULINA RAMOS
 ABOGADA
 Y DOCTORA EN DERECHO
 CONSTANZA RICHARDS
 ABOGADA
 Y MAGÍSTER EN CIENCIAS JURÍDICAS

—con o sin ideario— les permite establecer sus objetivos, decidir sus propios actos y con ello ofrecer las prestaciones sanitarias que consideren pertinentes en la consecución de sus fines propios. Aquellos que poseen un ideario deben actuar según sus valores institucionales, pues de otro modo, la asociación misma carecería de valor para la sociedad al no perseguir los fines para los cuales fue establecida.

De allí que en Chile a los establecimientos sanitarios privados, incluso sin ideario, les asiste el derecho de realizar las acciones que estimen convenientes. Les basta abstenerse de ofrecer otras que no responden a sus objetivos y valoraciones, sin que ello signifique intervenir en las atenciones de salud que ofrezcan otras instituciones.

La libertad de ideario institucional es el recurso que tiene una institución en el supuesto de que el Estado le imponga realizar determinadas prestaciones contrarias a los propósitos institucionales. No constituye una licencia para desobedecer la ley, antes bien, reconoce la libertad de conciencia que permite a la persona alcanzar objetivos que van más allá de su individualidad y la esencial sociabilidad humana como herramienta fundamental para alcanzarlos.

116 ¿Tiene derecho a objetar de conciencia el médico para no realizar un aborto o una eutanasia?
 (Página 258)

En el caso de los establecimientos sanitarios con ideario, o sea, erigidos en torno a valores que le dan identidad, obligarlos por la autoridad del Estado a realizar actos o prácticas contrarias a su ideario institucional, como el aborto o la eutanasia, sería además atentar contra los fundamentos de su existencia.

En tal sentido, la verdadera discusión recae, por una parte, en si el aborto y la eutanasia corresponden a una prestación de salud en términos estrictos y, por otra parte, en si la delegación de la función pública puede constituir un atentado contra la autonomía de los cuerpos intermedios.

118 | ¿Son el aborto y la eutanasia problemas principalmente religiosos?

JOSÉ FRANCISCO LAGOS

ABOGADO

Y MAGÍSTER EN ESTUDIOS POLÍTICOS

Los dilemas éticos y morales en la sociedad pueden tener relación con un análisis normativo de qué cosas son aceptadas o no por la sociedad. Sin embargo, en último término la moralidad de los actos encuentra su fundamento en la naturaleza del hombre más que en las reglas que acuerde una sociedad particular. Por otro lado, un conocido adagio dice que la ley o el Estado no debe promover todos los bienes ni prohibir todos los males, porque fácilmente se podría transformar en un Estado policial o incluso totalitario.

Sin embargo, a pesar de lo anterior, la sociedad constantemente define ciertos comportamientos o actos como deseables o indeseables, considerando algunos de ellos como moralmente aceptables o no. Esto muchas veces influye directamente en las convicciones más profundas de las personas, porque están relacionadas con hábitos, ideas, costumbres e historias de vida.

Es precisamente por eso, que en este tipo de dilemas, que tienen relación con la esencia misma de las personas, las religiones tienen algo que decir. La persona humana tiene una inclinación natural a la espiritualidad, a partir de la cual conforma sus valores o principios trascendentales. Estos se traducen en diversos comportamientos normativos, los que en algunas ocasiones se topan con aquellos que el Estado decide promover o prohibir.

En el caso del aborto y la eutanasia, ocurre que son temas que tienen relación directa con una visión integral o no materialista de la persona humana, en el sentido que se refieren a la existencia misma de ellas: el inicio y término de su vida. Definir los límites y las consecuencias de aquello es relevante, pues se trata de un asunto de máxima gravedad. Si se yerra en determinar el momento exacto del comienzo o fin de la vida, estaremos arbitrariamente disponiendo de la vida de individuos racionales y, por tanto, dotados de dignidad. Conocer desde cuándo y hasta cuándo ese ser existe, es crucial para determinar los límites éticos de los terceros frente a ellos.

13 ...o fin de la vida,

01 ...y, por tanto, dotados de dignidad.

Entendiendo que a las religiones les importan mucho estos temas, no es correcto afirmar que eso signifique que solamente se puede argumentar desde el punto de vista religioso. Por supuesto que esta clase de premisas serán muy relevantes para aquellos que compartan esa fe determinada, sin embargo, la discusión contemporánea no puede basarse únicamente sobre un conocimiento revelado. Más que un asunto de fe, se trata de una evaluación racional que encuentra su fundamento en la naturaleza humana, la cual es común a todas las personas —conocimiento al que todos pueden acceder mediante la razón— y que permite dar sustento a los derechos reconocidos por el Estado.

119 ...sobre un conocimiento revelado.

121 ...reconocidos por el Estado.

“En último término la moralidad de los actos encuentra su fundamento en la naturaleza del hombre más que en las reglas que acuerde una sociedad particular. La persona humana tiene una inclinación natural a la espiritualidad, a partir de la cual conforma sus valores o principios trascendentales. Sin embargo, no es correcto afirmar que eso signifique que solamente se puede argumentar desde el punto de vista religioso”.

Por otro lado, una discusión distinta es si los argumentos religiosos son válidos en el debate público. Ese punto vale la pena tenerlo en consideración y merece un desarrollo adicional, bastante bien abordado por algunos autores²⁴³. Entre los argumentos señalados destaca la libertad religiosa, que incorpora entre sus posibilidades la facultad de llevar a cabo actividades destinadas a difundir sus ideales y convicciones. Ello siempre conforme con la dignidad de la persona y respetando especialmente la libertad de quienes no comparten lo que se expone.

Un problema importante de la sociedad actual es asumir que toda alusión a un

13 ¿Cuándo comienza la vida humana?
(Página 50)

01 ¿Quién es persona?
(Página 24)

119 ¿Deberían los creyentes imponer sus convicciones a los no creyentes en estas materias?
(Página 264)

121 ¿Son el aborto o la eutanasia derechos humanos?
(Página 268)

120 ¿Pueden estar prohibidos el aborto y la eutanasia en una sociedad verdaderamente pluralista?
(Página 266)

comportamiento normativo, basada en la ética o la moral, equivale a una opinión o visión religiosa. Aquello constituye una de las mayores simplificaciones del debate que impiden una discusión a la altura de la materia que se discute.

El Estado y la sociedad establecen un comportamiento normativo —sobre lo que se debe o no se debe hacer— todos los días y en prácticamente todas las políticas públicas. Desde las decisiones más simples hasta las más complejas. Esto produce que las personas que tienen fe recurran a ella como fuente de información frente a la posible colisión entre las decisiones del gobierno de turno y las directrices normativas de su fe.

Es por lo anterior, que las religiones también tienen mucho interés en difundir sus ideas en la sociedad, porque hay una constante tensión entre lo normativo y lo contingente, que puede llevar a confusión a muchos de sus feligreses.

²⁴³ Paolo Tejada, “El Fundamento de la Libertad Religiosa”, en *Problemas de Derecho Natural*, ed. Alejandro Miranda y Sebastián Contreras (Santiago de Chile: Thomson Reuters, 2015), 593-611.

119 | ¿Deberían los creyentes imponer sus convicciones a los no creyentes en estas materias?

JOSÉ FRANCISCO LAGOS

ABOGADO

Y MAGÍSTER EN ESTUDIOS POLÍTICOS

Un primer aspecto importante a considerar es que la cuestión de la oposición al aborto y a la eutanasia no son materias exclusivamente religiosas, sino que es una discusión principalmente política y social sobre la valoración que la sociedad hace de los derechos de las personas.

118

Otro elemento importante es que aquellas personas que profesan una religión, pueden participar de la discusión pública como lo estimen conveniente, tal como lo hace cualquier otra, porque una exclusión a priori sería una discriminación arbitraria. Es entendible que muchas de las posiciones políticas que exponemos en el foro público estén nutridas por algunas de nuestras convicciones más profundas.

La deliberación pública relativa a la vida en común atañe a diversas materias que afectan a la sociedad. De aquello resulta el establecimiento de reglas y exigencias que condicionan nuestro comportamiento en ella, así como el respeto de los derechos de las demás personas que conviven en el mismo territorio.

Estas reglas y exigencias no se remiten exclusivamente a aquellas conductas que llevamos a cabo en el contexto de la vida pública, pues algunos de nuestros

comportamientos en la esfera privada también podrían tener un interés público en la medida que afectan a terceras personas.

En consecuencia, la sociedad constantemente impone normas para que podamos vivir en conjunto. Desde las cosas más nimias y esencialmente contingentes, como por ejemplo las reglas del tránsito, a otras mucho más relevantes como la prohibición de circulación en una cuarentena sanitaria. Comprendemos entonces, que pueden existir restricciones a nuestra libertad, en algunas circunstancias razonables, en función de proteger la adecuada armonía de la sociedad y el bien común. Este rol del Estado se torna especialmente relevante cuando se trata de proteger los derechos fundamentales de las personas, como el derecho a la vida.

Bajo el argumento de que los creyentes no pueden imponer sus convicciones a los demás, se esconden, al menos, dos trampas dialécticas que conducen a errores de razonamiento.

En primer lugar, se asume precipitadamente que los creyentes tienen la facultad de imponer sus convicciones morales a los no creyentes. Esto no es cierto, en principio por dos razones. Por un lado, en las sociedades democráticas, las convicciones de todas las personas confluyen en las entidades representativas

(poder legislativo y ejecutivo) a través de los diferentes procesos deliberativos, en los que existe la especial oportunidad de que las más diversas preferencias personales deban llegar a un consenso y construir mayorías que permitan dar forma a las obligaciones que como ciudadanos debemos cumplir.

Por otra parte, la razón más importante para desmentir que existe una supuesta coerción, de un grupo religioso sobre el resto, es considerar que la protección de la vida de todo ser humano inocente no puede quedar sujeta a la mera decisión de una mayoría circunstancial, porque son derechos que

emanan de la naturaleza humana y no de los acuerdos políticos. Por esto, si el resultado de una convención democrática conduce a leyes de aborto o eutanasia, lejos de resolver el falso dilema de la imposición de convicciones de un sector sobre otro, se instala en la sociedad una contradicción sustancial en torno al rol del Estado, cuyo deber primario es proteger los derechos de aquellos miembros más vulnerables de la comunidad.

Una segunda trampa consiste en asumir que solo quienes profesan una determinada fe poseen consigo una visión moral propia, es decir, tienen ciertas nociones sobre la bondad o maldad de algunas conductas (como el aborto y la eutanasia). Esto supone pensar que el resto actúa de manera “moralmente neutra”, es decir, creer que sus acciones son indiferentes en cuanto estarían exentas de un juicio moral (como podría estarlo la elección del sabor de un helado o el color de una corbata).

Lo que aquí no se reconoce es que tras esta posición se incurre en un error doble: por definición, al actuar moralmente no puede existir neutralidad y, si se pretende promover una aparente “neutralidad” como algo deseable, ello es —en el fondo— una convicción moral.

118 ¿Son el aborto y la eutanasia problemas principalmente religiosos? (Página 262)

121 ¿Son el aborto o la eutanasia derechos humanos? (Página 268)

10 ¿Qué diferencia un acto bueno de uno malo? (Página 42)

“La razón más importante para desmentir que existe una supuesta coerción, de un grupo religioso sobre el resto, es considerar que la protección de la vida de todo ser humano inocente no puede quedar sujeta a la mera decisión de una mayoría circunstancial, porque son derechos que emanan de la naturaleza humana y no de los acuerdos políticos”.

120 | ¿Pueden estar prohibidos el aborto y la eutanasia en una sociedad verdaderamente pluralista?

Lo primero es dilucidar de qué se habla cuando decimos que una sociedad es verdaderamente pluralista, entendida como aquella donde pueden coexistir diversas tendencias políticas, económicas, culturales, espirituales, entre otras. Si bien la definición es clara, las características o condiciones que debe cumplir una sociedad para ser catalogada como tal, están en constante disputa.

En lo que parece haber acuerdo, es que el concepto de pluralismo es considerado como un bien para la

sociedad, porque otorga diversidad a la vida en común y promueve el entendimiento entre personas que piensan distinto. Sin embargo, el pluralismo mal entendido puede ser utilizado en contra del bien común, incluso como un instrumento de censura. Tal es el caso de aquellas disposiciones que, al alero del pluralismo, prohíben algunas manifestaciones religiosas en la vía pública, como sucede en Francia o Italia.

Ahora bien, las distintas sociedades establecen límites a ese pluralismo, porque también se ponderan

otros bienes que merecen protección y promoción, como la vida, la libertad y la dignidad de todo ser humano. Por su especial entidad estos bienes no pueden verse amenazados por disposiciones cuya existencia se justifica meramente en la ampliación de la diversidad de una comunidad.

Lo que podría suceder si se transgreden estos límites es que, por ser pluralista, una sociedad democrática incorpore o empiece a tolerar a personas que promuevan un pensamiento nacionalsocialista o xenófobo,

“Una sociedad verdaderamente pluralista, es la que valora la diversidad de opiniones y de acciones, pero que también valora otros bienes esenciales, como los derechos y la dignidad de las personas. Perfectamente se pueden establecer limitaciones a esta diversidad, con el fin de proteger un objetivo más importante, como es el derecho a la vida”.

JOSÉ FRANCISCO LAGOS
ABOGADO
Y MAGÍSTER EN ESTUDIOS POLÍTICOS

u otras que quieran validar la violencia política (por ejemplo, a través de las armas o el terrorismo) en el espacio público. Aquello amparado en que el pluralismo debe incorporarlos a todos.

He aquí la cuestión de fondo. Tal como dijimos antes, consideramos que es bueno que exista pluralismo, pero enmarcado en los límites que constituyen los derechos y dignidad de las personas.

Entonces, cuando entendemos como una limitación al pluralismo las disposiciones que prohíben el aborto o la eutanasia, en realidad nos hallamos frente a un falso dilema. Esto porque, son discusiones que tienen que ver con los derechos más esenciales de las personas y amerita que en virtud de tales derechos, establezcamos algunas protecciones necesarias para que no sean vulnerados, lo que quedaría fuera del ámbito de acción del pluralismo.

Es por esto que, una sociedad verdaderamente pluralista, es la que valora la diversidad de opiniones y de acciones, pero que también valora otros bienes esenciales, como los derechos y la dignidad de las personas. Se sigue de lo anterior, que perfectamente se puedan establecer limitaciones a esta diversidad, con el fin de proteger un objetivo más importante, como es el derecho a la vida.



121 | ¿Son el aborto o la eutanasia derechos humanos?

FRANCISCA REYES-ARELLANO
ABOGADA
Y MAGÍSTER EN BIOÉTICA

Si atendemos al sentido primario u original del concepto de derecho humano, este debe ser comprendido como una pretensión o facultad que posee un individuo, la cual es inherente a su propia naturaleza, y que ha sido reconocida por diferentes cuerpos normativos (constitución, leyes o tratados) con el objeto de facilitar su protección legal.

De esta forma, los derechos nacen como un recurso para proteger a los ciudadanos, especialmente a los más débiles, quienes no tendrían más herramientas que refugiarse al alero del Derecho.

Es por esta razón, que los fundamentos de los derechos deben ser cualidades de máxima evidencia y entidad para la realidad humana. En otras palabras, los derechos deben estar sustentados sobre la base de aquello que nos parece evidente que —como sociedad—,

debemos proteger. Por ejemplo, la vida o la dignidad, no son en realidad derechos, sino realidades pre-jurídicas. Es decir, existen aun cuando no sean declaradas como derecho por parte de un ordenamiento jurídico. Como diría Pereira Menault, esto “no porque sean menos que los derechos, sino porque son más”²⁴⁴. No sería lo mismo si afirmamos que tenemos un derecho humano a la dignidad, la vida o la libertad, versus afirmar que somos libres, dignos o bien, que tenemos una vida, la cual debe ser respetada por los demás.

Siguiendo esta lógica, menos aún podríamos consignar como derechos humanos a aquellas pretensiones que atenten precisamente contra las realidades antes descritas (como el aborto y la eutanasia), pues ello sería dejarlos dentro del ámbito de disposición de los diferentes ordenamientos jurídicos, en este caso, internacionales. Ello significa que dejaríamos

“Los derechos nacen como un recurso para proteger a los ciudadanos, especialmente a los más débiles. No podemos denominar “derechos” a todas nuestras pretensiones, pues no todo aquello que deseamos puede ser objetivado como tal. Dado que la vida es una realidad pre-jurídica, no puede estar dentro del ámbito de competencia de los derechos. Se trata de un atributo que da cuenta de la existencia del ser humano, independiente de lo que una convención pueda determinar”.

recaer la facultad de decidir sobre realidades como la vida o la dignidad, en quienes ejerzan circunstancialmente el poder legislativo o gubernamental.

No podemos denominar “derechos” a todas nuestras pretensiones, pues no todo aquello que deseamos puede ser objetivado como tal. Dado que la vida es una realidad pre-jurídica, no puede estar dentro del ámbito de competencia de los derechos. Se trata de un atributo que da cuenta de la existencia del ser humano, independiente de lo que una convención pueda determinar. Es más, sin necesidad de consagrar expresamente un “derecho humano a la vida”, podemos constatar que es inherente a los demás la obligación de respetar esta realidad. Podríamos ilustrar esto con el caso del homicidio. Aún si no existieran normas que sancionen el homicidio, de ello no derivaría que considerásemos que podemos

07 ... disponer de la vida de los demás, dándoles muerte de manera intencional.

Al sostener que la vida no es propiamente un derecho, podría pensarse que actos como el aborto o la eutanasia serían lícitos, no obstante, dicha conclusión no tendría en cuenta lo antes expuesto, vale decir: que los fundamentos de los derechos son superiores a los derechos mismos. En conclusión, la vida se constituiría como un bien superior y a la vez, anterior a los derechos, razón por la cual no estaría sujeta a disposiciones normativas, todavía menos si se trata de pretensiones que buscan hacer exigible conductas orientadas a la eliminación de la vida misma. Ello sería

113 ... absolutamente contraproducente.

Ahora bien, que la vida no pueda ser un mero derecho, y por ello no se pueda afirmar en consecuencia que existen derechos humanos destinados a acabar con ella, no quiere decir que no existan derechos que deriven de la realidad pre-jurídica que significa la vida, vale decir, derechos tendientes a proteger

01 ¿Quién es persona?
(Página 24)

122 Desde la perspectiva del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, ¿existe una obligación de los Estados para garantizar el aborto o la eutanasia?
(Página 270)

07 ¿Es la vida humana un bien disponible
(Página 36)

37 ¿Es malo abortar incluso cuando está permitido por la ley?
(Página 96)

113 ¿Son la eutanasia o el aborto un acto malo? ¿Siempre?
(Página 252)

11 ¿Todo acto malo es injusto, y toda injusticia es criminal?
(Página 44)

esta realidad biológica, con independencia de la forma en que cada ordenamiento jurídico pueda posteriormente configurar el derecho a la vida como tal. Estos están orientados principalmente a la protección de este bien y de todo lo que en él se encuentra inmerso (integridad física y psíquica).

Esto explica que se consagren derechos tendientes a prohibir o desincentivar, a través de sanciones, todos aquellos actos que amenacen o conculquen directamente la vida o la integridad psíquica o emocional de una persona. De ellos proceden las penas

11 ... y sanciones contempladas para delitos como el homicidio, las lesiones e incluso, el daño a la honra.

²⁴⁴ Carlos Pereira Menaut, *Teoría Constitucional*, (Santiago: Editorial Jurídica ConoSur Ltda., 1998).

122 | Desde la perspectiva del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, ¿existe una obligación de los Estados para garantizar el aborto o la eutanasia?

Si nos remitimos a algunos de los instrumentos internacionales más relevantes en materia de derechos humanos, podremos constatar que no existe ningún instrumento, declaración o jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos que sea vinculante en el sentido de prever la existencia de un derecho al aborto o la eutanasia. Asimismo, no existe una obligación internacional que recaiga sobre los Estados para que estos se vean obligados a la despenalización de estas conductas.

121

Por el contrario, sí existen declaraciones y con ellas un compromiso expreso por parte de los Estados —y tal es el caso de Chile—, de prevenir las vulneraciones al derecho a la vida, considerado desde la concepción. El rol de los organismos internacionales es velar por una correcta proporción y armonía en el ejercicio de los derechos.

13

Despenalizar o legalizar conductas como el aborto o la eutanasia, podría llevar a los Estados a incurrir en desproporciones en relación con la protección de los derechos humanos y fundamentales.

123

Al hacer un breve recorrido por algunos de los instrumentos más emblemáticos en materia de derechos humanos, podemos constatar que, tempranamente, existe un reconocimiento a la dignidad intrínseca de todos los miembros de la familia humana como fundamento de los derechos²⁴⁵.

06

Todavía más, en varios de estos documentos se consagra expresamente el derecho a la vida²⁴⁶ y la necesidad de su protección legal por parte de los Estados. En el caso concreto de la Convención

Americana de Derechos Humanos, también conocida como Pacto de San José de Costa Rica (1969), este derecho se entiende protegido desde la concepción (artículo 4º).

17

Por otro lado, se fueron incorporando derechos que antes no se encontraban explícitos. Por ejemplo, inicialmente se reconocieron políticas demográficas y de control o planificación de la natalidad —centradas en el rol estatal, más que en el derecho personal— que luego se adoptaron como sustento para lo que se conoce como los “derechos sexuales y reproductivos”.

A partir de 1984, con la celebración de la Conferencia Internacional de Población de México, se reconoce a la planificación familiar como un derecho humano básico. Posteriormente, en 1993, durante la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, celebrada en Viena, Austria, se incorpora la expresa protección de los derechos humanos de la mujer y la niña. Por otro lado, en 1995, tras llevarse a cabo la 4ª Conferencia Mundial sobre la Mujer, en Beijing, se determinó que los derechos humanos de la mujer incluyen el derecho a tener control sobre su sexualidad.

55

De ahí en más, el concepto de “derechos sexuales y reproductivos” ha alcanzado gran popularidad y una expansión cada vez mayor. Pese a la progresiva incorporación de estos “derechos”, en ellos no ha sido contemplado el aborto. Posiblemente porque ello supondría una evidente contradicción con las disposiciones que sostienen que “nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente”²⁴⁷ o que el ejercicio de los derechos encuentra su límite en el respeto a los derechos de terceros. En la práctica,

56

FRANCISCA REYES-ARELLANO
 ABOGADA
 Y MAGÍSTER EN BIOÉTICA

en la actualidad no existen instrumentos internacionales que consagren expresamente el derecho al aborto.

La eutanasia, por su parte, no ha tenido el mismo desarrollo jurídico e institucional que el aborto. Su aparición en los cuerpos normativos de los países que han decidido regularla no ha gozado de uniformidad, y aún no existe ningún instrumento internacional que consagre el derecho a la muerte digna como una garantía de carácter legal. En este sentido, hay quienes la han categorizado como un "derecho humano emergente"²⁴⁸, es decir, uno de aquellos derechos que están más allá de los consagrados en los ordenamientos jurídicos nacionales o internacionales.

Hoy en día, existe gran activismo jurídico y social que tiene por objeto impulsar iniciativas en relación con la legalización de la eutanasia²⁴⁹, no obstante, elevar a la categoría de derecho humano el derecho a terminar con la propia vida, aunque pudiese ampararse al alero de la autonomía, resultaría enormemente contradictorio, pues los mismos tratados y declaraciones que consagran el respeto por la vida y la libertad, estarían disponiendo las condiciones para acabar con el fundamento de ellas.

- 121 ¿Son el aborto o la eutanasia derechos humanos? (Página 268)
- 13 ¿Cuándo comienza la vida humana? (Página 50)
- 123 ¿Es lo mismo despenalizar el aborto o la eutanasia que legalizarlos? (Página 272)
- 06 ¿Es persona todo individuo de la especie humana? (Página 34)
- 17 ¿Hay un único ser humano durante todo el desarrollo embrionario, desde la concepción hasta el nacimiento? (Página 58)
- 55 ¿Es el aborto un derecho de la mujer para disponer de su cuerpo? (Página 132)
- 56 ¿Es el aborto un avance de la civilización y del reconocimiento de los derechos de la mujer? (Página 134)
- 108 ¿En qué países es legal la eutanasia? (Página 240)
- 106 ¿Sería mala la eutanasia incluso si estuviera permitida por la ley? (Página 236)
- 110 ¿Son la eutanasia o el aborto un acto de autonomía del sujeto libre? (Página 246)

²⁴⁵ Lo expresa de esta manera la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966). Todos ellos consagran en sus preámbulos, el reconocimiento de la dignidad inherente a todos los seres humanos, así como sus derechos iguales e inalienables.

²⁴⁶ Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), artículo 3º; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), artículo 6º N.º 1; Convención sobre los Derechos del Niño (1989), artículo 6º.

²⁴⁷ Véase por ejemplo: Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 6º N.º1, Pacto de San José de Costa Rica, artículo 4º.

²⁴⁸ Lucas Correa Montoya, "Muerte digna. Lugar constitucional y núcleo esencial de un derecho humano emergente", *Opinión Jurídica* 20, n.º41 (2021): 127-54.

²⁴⁹ Véase por ejemplo la iniciativa "Derecho a morir", disponible en: <https://derechoamorir.org/>.

123 | ¿Es lo mismo despenalizar el aborto o la eutanasia que legalizarlos?

No es lo mismo. Cuando se utiliza el concepto “despenalizar”, técnicamente se hace alusión a la decisión de eliminar una conducta como delito o crimen que merece un castigo penal, ya sea porque la sociedad concibe que la infracción no alcanza la gravedad para merecer y necesitar de una pena, o porque mereciéndola, la pena no es la herramienta

adecuada o eficiente para alcanzar una debida prevención de la conducta. En consecuencia, cualquiera sea la razón para despenalizar, lo cierto es que la conducta despenalizada continúa siendo desvalorada o injusta por la sociedad, sólo que es preferible otros medios para evitarla.

11

“No es lo mismo despenalizar que legalizar. La conducta despenalizada continúa siendo desvalorada o injusta por la sociedad, sólo que es preferible otros medios para evitarla. En cambio, cuando se habla de legalizar el aborto o la eutanasia, se hace alusión a la introducción de una norma que considera que la conducta no es injusta sino que permitida por el derecho”.

JAIME ARANCIBIA Y GONZALO GARCÍA
ABOGADOS Y DOCTORES EN DERECHO

En cambio, cuando se habla de legalizar el aborto o la eutanasia, se hace alusión a la introducción de una norma que considera que la conducta no es injusta sino que permitida por el derecho de modo libre o cumpliendo ciertos requisitos. En conclusión, no es lo mismo despenalizar que legalizar.

11 ¿Todo acto malo es injusto, y toda injusticia es criminal?
(Página 44)



124 | ¿Son el aborto o la eutanasia un homicidio?

En palabras del bioquímico Erwin Chargaff, “la vida es la continua irrupción de lo impredecible”²⁵⁰, representa un misterio insondable que la ciencia humana sólo puede explicar en sus procesos, quizás replicarlos, pero no puede crear ningún fenómeno que iguale a la vida. De ahí que la actitud de reverencia ante la sacralidad de la vida no

08... puede admitir excepciones, puesto que, si se admiten excepciones en cualquier etapa del ciclo vital, se desconoce su carácter
07... indisponible.

A diferencia de lo que consideran algunos autores²⁵¹, la prohibición del homicidio no admite excepciones, sólo acepta la condición humana como un ser incapaz de controlarlo todo. Por lo tanto, en ciertos casos se verá enfrentado a tolerar consecuencias indeseadas, como la muerte del atacante en el caso de la legítima defensa. Lo importante es que nunca se desestima el valor de una vida humana por el sólo hecho de existir; la dignidad de la persona viene dada justamente por su capacidad de adecuar su comportamiento y

05... elecciones a fines superiores.

Ahora bien, desde el punto de vista jurídico-penal, la formulación de la pregunta exige hacer una distinción. El homicidio es el delito tipificado en el artículo 391 del Código Penal que castiga a todo “el que mate a otro”. De allí que, si entendemos la eutanasia como el acto por el

112... cual un médico, por una supuesta compasión, pone fin a la vida de un paciente a solicitud de éste, aquella conducta estaría comprendida en el tipo penal de homicidio.

De modo similar, el Código Penal en su artículo 342, tipifica el delito de aborto como la “acción que provoca en forma directa la muerte del *nasciturus*”, considerando como situaciones excepcionales las contempladas en la ley 21.030 de 2017, por esta misma excepcionalidad puede concluirse que, para el ordenamiento jurídico penal, si bien el aborto protege otros bienes jurídicos, además de la vida, también se subsume en la definición general de la conducta del tipo de homicidio, toda vez que el *nasciturus* también es un “otro”.

“La actitud de reverencia ante la sacralidad de la vida no puede admitir excepciones, puesto que, si se admiten excepciones en cualquier etapa del ciclo vital, se desconoce su carácter indisponible.

Poner fin a la vida de un paciente estaría comprendido en el tipo penal de homicidio”.

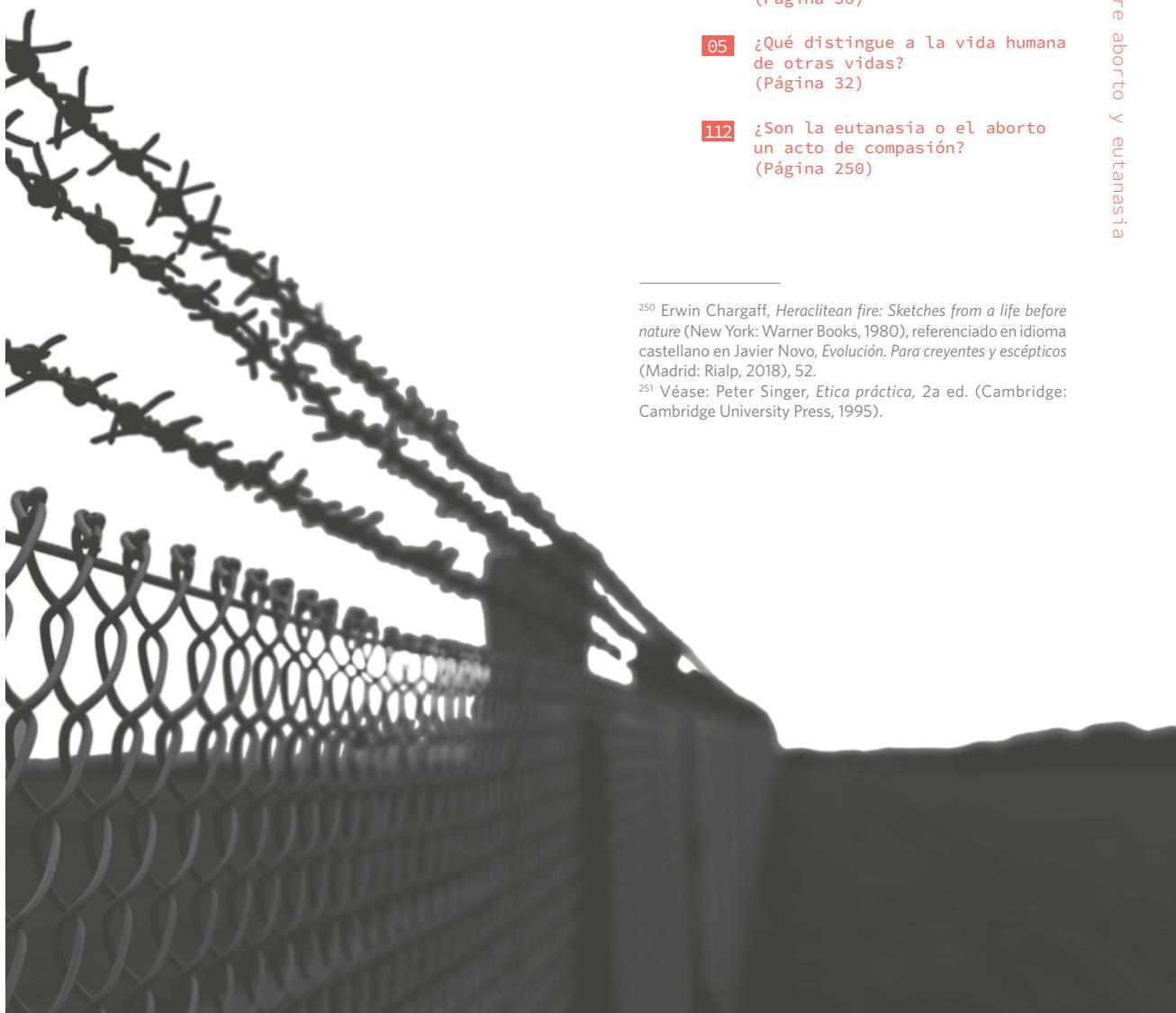
PAULINA RAMOS
ABOGADA
Y DOCTORA EN DERECHO

CONSTANZA RICHARDS
ABOGADA
Y MAGÍSTER EN CIENCIAS JURÍDICAS

- 08 ¿Toda vida humana merece ser vivida?
(Página 38)
- 07 ¿Es la vida humana un bien disponible?
(Página 36)
- 05 ¿Qué distingue a la vida humana de otras vidas?
(Página 32)
- 112 ¿Son la eutanasia o el aborto un acto de compasión?
(Página 250)

²⁵⁰ Erwin Chargaff, *Heraclitean fire: Sketches from a life before nature* (New York: Warner Books, 1980), referenciado en idioma castellano en Javier Novo, *Evolución. Para creyentes y escépticos* (Madrid: Rialp, 2018), 52.

²⁵¹ Véase: Peter Singer, *Ética práctica*, 2a ed. (Cambridge: Cambridge University Press, 1995).



125 | ¿Necesita Chile una ley de aborto libre?

“En una sociedad que quiere avanzar hacia el desarrollo integral, los más frágiles y vulnerables requieren una mayor protección y apoyo. Es por ello que una sociedad desarrollada se reconoce por respetar la vida, el primer derecho humano”.

La defensa y protección de la vida humana es un objetivo que los pueblos y las culturas han concebido y realizado de modos diferentes. La defensa de la vida es algo que va más allá de las creencias de cada uno. Lo que requiere Chile es proteger a sus habitantes, y dentro de ellos a los niños y especialmente a los que están por nacer. En una sociedad que quiere avanzar hacia el desarrollo integral, los más frágiles y vulnerables requieren una mayor protección y apoyo.

En este sentido, el niño que está por nacer requiere una especial preocupación, ya que es el más indefenso. Es una criatura que al nacer va a tener un destino trascendente, por lo que el derecho a la vida debe ser garantizado en nuestro país desde la fecundación hasta la muerte natural.

Es importante puntualizar que el aborto es un crimen que atenta contra la vida, por esto, es la sociedad la que retrocede. Debíamos proteger ambas vidas, la de la madre y la del niño por nacer. En este sentido, y hay que resaltarlo de manera especial, la madre en gestación requiere del compromiso decidido de la sociedad, así como de nuevas políticas públicas de salud que representen un real apoyo, que permitan apoyarla de manera significativa e integral en el estado de abandono y desesperanza que habitualmente se presenta al plantearse la alternativa del aborto en la madre.

Ese “alguien” en un embarazo, tiene un código genético diferente al de su madre, es una nueva

IGNACIO SÁNCHEZ
MÉDICO PEDIATRA – RECTOR UC

- 14 criatura que irá manifestando su vitalidad: crece, se mueve y madura. Es una persona con características propias, heredadas de sus padres, para constituirse en un ser humano, único e irrepetible. Proteger ambas vidas no es un tema de fe o de carácter religioso, es cuidar un derecho esencial. Una sociedad desarrollada se reconoce por respetar la vida, el primer derecho humano.

Las iniciativas parlamentarias que promueven el aborto libre atentan, precisamente, contra ese primer derecho: la vida. Se vulneran los derechos del ser humano más desvalido e inocente de todos, el que no se puede defender, el que está por nacer. Muchas veces, quienes impulsan aquellas iniciativas legales han expresado su voluntad de consagrar un aborto 'libre, gratuito y seguro', buscando instalar el aborto como un derecho de salud. Más que despenalizarlo, se pretende su legalización. Con esta misma estrategia se propuso la Ley 21.030, que aprobó el aborto en tres causales en el año 2017.

Al inicio y al final de nuestras vidas dependemos del cuidado de otros, lo que revela el carácter social y comunitario de nuestra existencia. Cuidemos a la madre y respetemos el derecho a vivir del niño que está por nacer, el más inocente y vulnerable de todos. Proteger a ambos es cuidar un derecho esencial y principal: la vida.

- 118 ¿Son el aborto y la eutanasia problemas principalmente religiosos? (Página 262)
- 124 ¿Son el aborto o la eutanasia un homicidio? (Página 274)
- 32 ¿Existen programas de apoyo a mamás con embarazo vulnerable? (Página 86)
- 14 ¿Es el cigoto una célula como cualquier otra? (Página 52)
- 27 ¿Qué rol cumplen la religión, la filosofía o la ética en el tema del aborto? (Página 76)
- 121 ¿Son el aborto o la eutanasia derechos humanos? (Página 268)
- 55 ¿Es el aborto un derecho de la mujer para disponer de su cuerpo? (Página 132)
- 123 ¿Es lo mismo despenalizar el aborto o la eutanasia que legalizarlos? (Página 272)
- 39 ¿En Chile existe una despenalización o una legalización del aborto? (Página 100)

126 | ¿Necesita Chile una ley de eutanasia?

IGNACIO SÁNCHEZ
MÉDICO PEDIATRA – RECTOR UC

Lo que requiere hoy nuestro país es cuidar la vida de todos sus habitantes, en particular de los que están en mayor riesgo. La vida es un bien superior, un derecho humano fundamental, indisponible, el cual se debe cuidar independientemente de las características del paciente. Por supuesto, lo anterior se debe hacer entregando todas las condiciones para acompañar de manera integral a esa persona en el dolor y el sufrimiento físico, psicológico y espiritual.

08. Por supuesto, lo anterior se debe hacer entregando todas las condiciones para acompañar de manera integral a esa persona en el dolor y el sufrimiento físico, psicológico y espiritual.

97. Evidentemente una ley que autorizara la eutanasia no es lo que requiere nuestro país.

En contraste, hay quienes argumentan que sería conveniente legalizar esa práctica, sobre la base de una mal entendida 'autonomía del paciente'. Esa posición pretende reducir el problema de la licitud de la eutanasia a la mera decisión de la persona, que de manera supuestamente informada, podría solicitar la eutanasia o la muerte asistida a un médico en condiciones previamente determinadas por la ley. En otras palabras, se considera

110. Esa posición pretende reducir el problema de la licitud de la eutanasia a la mera decisión de la persona, que de manera supuestamente informada, podría solicitar la eutanasia o la muerte asistida a un médico en condiciones previamente determinadas por la ley. En otras palabras, se considera

que basta que una decisión sea libre para considerarla justa. Adicionalmente, quienes defienden la primacía de la autonomía deben hacerse cargo de ciertas dificultades en su razonamiento, como por ejemplo, la efectiva libertad del paciente para tomar la decisión, o la eventual presión familiar y del entorno.

111. Adicionalmente, quienes defienden la primacía de la autonomía deben hacerse cargo de ciertas dificultades en su razonamiento, como por ejemplo, la efectiva libertad del paciente para tomar la decisión, o la eventual presión familiar y del entorno.

Llama la atención la estrategia de algunos proyectos de ley consistente en esconder el concepto de eutanasia, aunque en el fondo su objetivo es autorizarla. Muchas veces, esas iniciativas legales utilizan el eufemismo "muerte digna". No podemos olvidar que la eutanasia es el acto de provocar de manera intencionada la muerte de una persona, a solicitud de ésta, y debido a una enfermedad terminal e incurable. Si aquello se autoriza, entonces se está legalizando la eutanasia, más allá de cómo se le llame.

75. Si aquello se autoriza, entonces se está legalizando la eutanasia, más allá de cómo se le llame.

Además se debe considerar que, por definición, la eutanasia supone el actuar de un médico. Por ende, es pertinente recordar los fines de

“La medicina nunca se ha orientado a terminar con la vida del paciente y no parece razonable intentar cambiar sus objetivos a través de una ley. Lo que Chile necesita es una medicina que siga orientada a cuidar la vida de las personas”.

la medicina. Ésta se orienta a prevenir las enfermedades, promover la salud, asistir a los enfermos, aliviar el dolor y a cuidar a los incurables. La medicina nunca se ha orientado a terminar con la vida del paciente y no parece razonable intentar cambiar sus objetivos por ley. En cualquier caso, los pacientes y sus familiares deben conocer cuáles son los principios que rigen el actuar médico de los profesionales que serán sus tratantes.

114

Por otra parte, es fundamental considerar que un médico nunca actúa solo, sino formando parte de un equipo. En este sentido, cobra relevancia el ideario institucional de los hospitales y clínicas a los cuales los pacientes y sus familiares acudirán a solicitar las prestaciones de salud. En esos idearios se contienen los fundamentos que justifican la existencia de esas instituciones. De ejecutarse la eutanasia, será el acto médico el responsable final del término de la vida de su paciente y, evidentemente, sería una contradicción que se produjera en una institución cuyos principios incluyen el respeto irrestricto por la vida de todo ser humano.

117

Chile no necesita una ley de eutanasia, pero si llegase a haberla, debe respetarse claramente tanto la libertad de conciencia personal de los miembros del equipo de salud, como el ideario institucional para oponerse a realizar este acto, que no es parte de la medicina.

116

Lo que Chile necesita es una medicina que siga orientada a cuidar la vida de las personas. Este es nuestro desafío: promover una auténtica cultura provida.

127

08 ¿Toda vida humana merece ser vivida?
(Página 38)

97 ¿Qué es la medicina paliativa?
(Página 218)

110 ¿Son la eutanasia o el aborto un acto de autonomía del sujeto libre?
(Página 246)

111 ¿Basta que la decisión de abortar o practicar la eutanasia sea libre para considerarla justa?
(Página 248)

75 ¿Qué es la eutanasia?
(Página 174)

114 Desde el punto de vista de la ética médica, ¿está el médico siempre obligado a hacer lo que le solicita su paciente?
(Página 254)

117 ¿Tiene derecho una institución de salud a la “libertad de ideario” que le permita oponerse a realizar abortos o a practicar la eutanasia?
(Página 260)

116 ¿Tiene derecho a objetar de conciencia el médico para no realizar un aborto o una eutanasia?
(Página 258)

127 ¿Cómo promover una cultura de la vida?
(Página 280)

127 | ¿Cómo promover una cultura de la vida?

BERNARDITA SILVA

PRESIDENTA SIEMPRE POR LA VIDA (2020 - 2022)

TOMÁS BENGOLEA

PRESIDENTE CHILESIEMPRE (2019 - 2022)

En todo el mundo, las discusiones sobre el aborto y la eutanasia son algunos de los dilemas éticos y políticos más relevantes de nuestro tiempo. La defensa de la vida es una de las causas más nobles y justas que debemos liderar.

Desde Siempre por la Vida llevamos casi 15 años promoviendo una cultura de la vida, desde la concepción hasta la muerte natural, a lo largo de todo Chile. Lo hacemos a través de la formación de jóvenes, la activación de la sociedad civil en defensa de estos temas en la discusión social, la promoción del acompañamiento a mujeres con embarazos vulnerables y trabajando por ser agentes activos en el debate público.

Pese a que continuamente se han impulsado cambios e iniciativas -tristemente exitosas- que atentan gravemente contra los derechos fundamentales de la persona, resulta esencial no decaer en la convicción de promover y defender constantemente la dignidad de cada ser humano, sin importar sus características individuales. La injusticia de la legalización del aborto o la eutanasia duele, pero no debe desanimarnos ni paralizarnos. Cada uno debe comprometerse, desde sus posibilidades, siendo muy conscientes de que ésta es una batalla cultural de largo plazo y, por tanto, cada acción e iniciativa cuenta.

No debemos olvidar el sentido histórico tras esta causa. El proceso por el cual la humanidad ha transitado para el reconocimiento de la dignidad de la persona ha sido una continua

combinación de aciertos, desaciertos y graves errores. En Occidente tomó siglos acabar con prácticas condenables, como la esclavitud. Lo que hoy sería incomprensible, en ese entonces se defendía con toda naturalidad, utilizando argumentos muy similares a los que escuchamos actualmente. Se planteaba que la decisión de tener esclavos dependía de la mera voluntad popular y que no existiría una entidad, superior a dicha voluntad, que pudiera imponerse sobre aquella determinación soberana²⁵², algo así como: "Si no quiere tener esclavos, no tenga. Pero no le imponga sus convicciones al resto, que sí quiere tenerlos". En definitiva, se legitimaba que la vida de algunos seres humanos tuviese un valor sólo instrumental como sucede, de igual forma, en torno al aborto o la eutanasia.

Por otro lado, atendida la dificultad de estas temáticas, también debemos hacernos cargo de las realidades complejas que afectan a aquellas mamás que están pensando en abortar o bien, a aquellas personas que fruto de un gran sufrimiento físico, mental o existencial consideran que su vida ha perdido todo valor, encontrando en la eutanasia una alternativa para el alivio de este.

"La defensa de la vida es una de las causas más nobles y justas que debemos liderar. No debemos olvidar el sentido histórico. Ésta es una lucha cultural de largo plazo".

Al analizar las razones para promover el aborto o la eutanasia como las mejores respuestas frente a una situación dramática, se puede vislumbrar que en realidad se opta por soluciones que no responden adecuadamente a los problemas de fondo, pues sólo promueven una visión materialista del ser humano, alineada con una cultura del descarte de la persona vulnerable. En este libro se pueden encontrar los argumentos que refuerzan esta **visión integral u omnicompreensiva de la persona humana.**

01

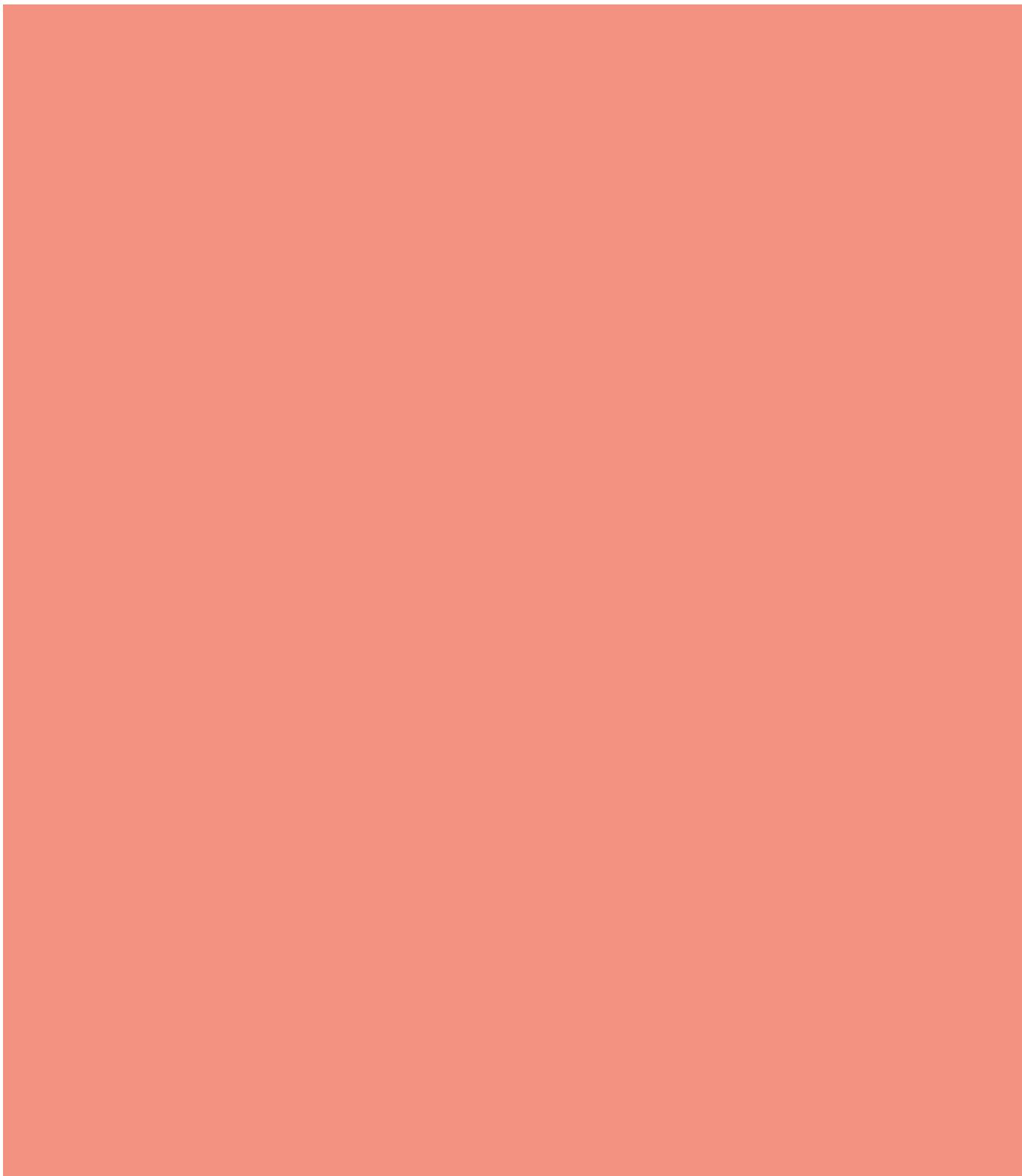
Contrario a lo que se podría pensar, hoy, en la era de los derechos humanos, las cartas de garantías constitucionales y los exigentes mecanismos de revisión de actos del poder político, no estamos exentos de injusticias tan graves como la esclavitud o el Holocausto, que en la actualidad adoptan formas como la **negación del derecho a la vida, del que está por nacer o de quien está en las postrimerías de su existencia.** Frente a esto, la promoción del derecho internacional y del sistema democrático no han sido un resguardo suficiente. **En nombre de la democracia y de los derechos humanos se tolera —e incluso garantiza como derecho— que la dignidad de la persona sea pisoteada.** Se trata, entonces, de un desafío histórico. Luchar por poner fin a los atropellos acometidos contra el primer derecho humano, que es el derecho a la vida. Sin duda es un propósito bueno y noble, cuyo compromiso es claro: promover una cultura pro vida en Chile y el mundo, con la convicción de que lo correcto es **resguardar siempre el valor intrínseco e insustituible de cada persona.**

06

²⁵² “(...) si el pueblo se opone a la esclavitud, elegirá representantes para ese cuerpo que, mediante una legislación poco amistosa, impedirá efectivamente que se introduzca en su seno. Si, por el contrario, están a favor de ello, su legislación favorecerá su extensión. Por lo tanto, no importa cuál sea la decisión de la Corte Suprema sobre esa cuestión abstracta, todavía el derecho de la gente a hacer un Territorio de Esclavos o un Territorio Libre es perfecto y completo (...).”

Para mayor profundización, revisar: Abraham Lincoln et al., *Los debates Lincoln-Douglas* (Chicago: Hall & McCreary; Dansville, Nueva York, FA Owen Publishing Co., 1918).

- 28 ¿Qué es un embarazo vulnerable? (Página 78)
- 32 ¿Existen programas de apoyo a mamás con embarazo vulnerable? (Página 86)
- 08 ¿Toda vida humana merece ser vivida? (Página 38)
- 37 ¿Es malo abortar incluso cuando está permitido por la ley? (Página 96)
- 106 ¿Sería mala la eutanasia incluso si estuviera permitida por la ley? (Página 236)
- 36 ¿Cuáles son las consecuencias de la revocación de *Roe vs Wade*? (Página 94)
- 07 ¿Es la vida humana un bien disponible? (Página 36)
- 26 ¿Cuáles son las principales causas por las que una mujer quiere abortar? (Página 74)
- 65 ¿Es correcto abortar cuando se está frente a una situación extremadamente dramática? (Página 152)
- 89 ¿Tiene sentido una vida marcada por el dolor y el sufrimiento? (Página 202)
- 90 ¿Puede la eutanasia llegar a ser un remedio para el dolor o la desesperanza? (Página 204)
- 01 ¿Quién es persona? (Página 24)
- 121 ¿Son el aborto o la eutanasia derechos humanos? (Página 268)
- 122 Desde la perspectiva del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, ¿existe una obligación de los Estados para garantizar el aborto o la eutanasia? (Página 270)
- 06 ¿Es persona todo individuo de la especie humana? (Página 34)





«LOS AUTORES»

Jorge Acosta Acosta/

Médico-cirujano de la P. Universidad Católica de Chile. Es co-fundador y fue Director Ejecutivo del Instituto Res Pública, fue Concejal de Santiago y Jefe de Gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Es Director del Programa de Salud y Bioética IRP y Médico Asesor del Instituto de Políticas Públicas en Salud de la Universidad San Sebastián (IPSUSS).

Carolina Aguilera Medina/

Médico Urgencióloga de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Staff del Equipo Cuidar_es (Cuidados Paliativos No Oncológicos Hospital Sótero del Río). Staff de Unidad de Emergencia Adulto del Hospital Sótero del Río. Docente Colaboradora en Sección de Medicina de Urgencia UC.

Jaime Arancibia Mattar/

Abogado, Ph.D. in Law Cambridge University, Profesor de Derecho Administrativo y Constitucional, Director del Departamento de Derecho Público de la Facultad de Derecho de la Universidad de los Andes.

Jorge Becker Valdivieso/

Médico-cirujano de la Universidad de Chile. Gineco-obstetra y subespecialista en Medicina Materno Fetal por la P. Universidad Católica de Chile. Subespecialista en Terapia Fetal Invasiva. Hospital Vall d'Hebron (Barcelona, España). Actualmente Jefe Unidad de Alto Riesgo Obstétrico en Hospital Regional de Talca y Profesor en Universidad Católica del Maule.

Tomás Bengolea López/

Conductor del programa "Nuevas Voces" en Radio Agricultura. Ex Presidente de la Fundación ChileSiempre. Elegido Joven Líder 2021 por el diario El Mercurio y la Universidad Adolfo Ibáñez. Estudiante de Derecho en la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Mauricio Besio Rollero/

Médico gineco-obstetra. Profesor Titular adjunto, Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Magíster en Fundamentación filosófica. Coordinador Programa de atención integral de víctimas de agresiones sexuales, Red de Salud UC-Christus. Miembro del Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile.

Cristián Borgoño Barros/

Doctor en Bioética por el Ateneo Pontificio Regina Apostolorum. Licenciado en Medicina por la Pontificia Universidad Católica de Chile. Profesor Asistente de la Facultad de Teología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

María Alejandra Carrasco Barraza/

Profesora Titular de la Facultad de Filosofía de la Universidad Católica de Chile. Se ha especializado y ha publicado en temas de ética normativa e historia de la filosofía, y es también investigadora asociada del Centro de Bioética de la P. Universidad Católica de Chile. Profesora de Antropología Filosófica de la Universidad de Los Andes.

Francisca Decebal-Cuza Galeb/

Médico Psiquiatra de Adultos de la Universidad de Chile. Magíster en Educación en Ciencias de la Salud. Psiquiatría Perinatal Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. Actualmente es psiquiatra perinatal del Programa de Apoyo al Embarazo de Alto Riesgo de la Clínica Universidad de los Andes.

Carmen Domínguez Hidalgo/

Abogada de la Universidad de Concepción. Doctora y Magíster en Derecho Comparado por la Universidad Complutense de Madrid. Profesora Titular de la P. Universidad Católica de Chile. Fundadora y Ex-directora del Centro UC de la Familia. Presidenta de la Red Internacional de Institutos de Familia (REDIUF) y del Consorcio Latinoamericano de Libertad Religiosa.

María Alejandra Florenzano Valdés/

Médico Internista, Académico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Magíster en Filosofía de la Pontificia Università della Santa Croce, Roma. Profesora clínica de medicina interna en el Hospital La Florida en Santiago, y miembro del Centro de Bioética UC.

Gonzalo García Palominos/

Abogado, Doctor en Derecho Penal, Universidad de Friburgo (Alemania), Profesor y Director del Departamento de Derecho Penal de Facultad de Derecho de la Universidad de los Andes.

Joaquín García-Huidobro Correa/

Doctor en Filosofía y en Derecho. Profesor en el Instituto de Filosofía de la Universidad de los Andes. Autor de dieciséis libros, entre otros: *Comunidad: la palabra que falta* (2020) y *Bencina y pasto seco. La crisis chilena en perspectiva* (1990-2020). Columnista político en el diario El Mercurio.

Sebastián Illanes López/

Médico gineco-obstetra, subespecialista en Medicina Fetal (Universidad de Bristol, UK). Magíster en Ciencias Médicas (Universidad de Chile). Profesor Titular Facultad de Medicina e Investigador Centro Investigación e Innovación Biomédica de la Universidad de los Andes. Staff equipo perinatal, Clínica Universidad de los Andes y Dávila.

Julio Isamit Díaz/

Abogado de la P. Universidad Católica de Chile. Director de Contenidos del Instituto Res Publica y académico de Derecho USS. Ex Ministro de Estado. Autor del libro *Educación, una transformación pendiente. Pingüinos, patines y gratuidad* y coautor de los libros *Tomás Moro. Ética, política y justicia social* y *Subsidiariedad. Justicia y Libertad*.

Luis Jensen Acuña/

Médico gineco-obstetra de la Universidad de Chile, Epidemiólogo Clínico de la Universidad de Pennsylvania USA, Magíster en Bioética de la P. Universidad Católica de Chile. Fundador de Porta Vitae. Miembro del Dicasterio para los Laicos, la Familia y la Vida, Vaticano, Roma.

Elard Koch Cabezas/

Epidemiólogo, Doctor en Ciencias Biomédicas, Magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile, Doctoral Fellow in Cardiovascular Epidemiology, Fundación Araucaria, School of Medicine, University of San Diego. Postdoctoral Fellow Women's Research Program, School of Medicine, University of North Carolina.

José Francisco Lagos Garrido/

Abogado de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Magíster en Estudios Políticos de la Universidad de los Andes. Es Director Ejecutivo del Instituto Res Publica. Profesor de Derecho Constitucional en la Universidad San Sebastián.

Gonzalo Letelier Widow/

Licenciado en Humanidades y en Educación y profesor de Filosofía de la Universidad Adolfo Ibáñez. Doctor en Derecho por la Universidad de Padua. Profesor y Director académico del Centro de Estudios Generales de la Universidad de los Andes.

Paulo López Soto/

Doctor en Teología Moral con mención en Bioética por la Accademia Alfonsiana de Roma, y Magíster en ética clínica por la Pontificia Universidad Católica de la Santa Cruz. Profesor del Instituto de Bioética de la U. Finis Terrae. Focos de interés e investigación: sexualidad humana y familia, conflictos del fin de la vida y cuidados paliativos.

Jorge Martínez Barrera/

Doctor en Filosofía por la Universidad Católica de Lovaina (Bélgica). Actualmente es Profesor en la Universidad Católica San Pablo, de Arequipa (Perú), Profesor en la Universidad Gabriela Mistral (Chile) y Profesor *pro tempore* del programa Master online on Interreligious Dialogue, impartido por la Facultad de Teología de Lugano (Suiza).

Alejandro Miranda Montecinos/

Profesor de Filosofía del Derecho, Universidad de los Andes, Chile. Miembro del Centro de Bioética de la misma institución. Licenciado en Derecho por la Pontificia Universidad Católica de Chile, Magíster en Investigación Jurídica y Doctor en Derecho por la Universidad de los Andes.

Antonia Muñoz Espina/

Médico-cirujano de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Especialista en Ginecología y Obstetricia de la Red de Salud UC-Christus. Es miembro del Centro de Bioética UC y Coordinadora del Programa de atención a víctimas de violencia sexual UC.

Jorge Neira Miranda/

Médico gineco-obstetra. Es Profesor Adjunto Asociado P. Universidad Católica de Chile. Magister Bioética P. Universidad Católica de Chile. Director del Programa “aCompañar_es” Red Salud UC-Christus. Perito forense del Programa “Levantar_es” de la P. Universidad Católica de Chile.

Iván Pérez Hernández/

Médico Internista, Magíster en Bioética, Fellow of the American College of Physicians (FACP), Profesor Clínico Asociado de la Facultad de Medicina P. Universidad Católica de Chile, presidente Comité de Ética Asistencial de la Red de Salud UC-Christus. Áreas de interés: docencia de pre y postgrado en bioética y medicina interna.

Paulina Ramos Vergara/

Abogada. Doctora en Derecho, Magíster en Ciencia Política; Ciencias Jurídicas; Derecho Constitucional; y Bioética de la P. Universidad Católica de Chile. Profesora asociada de la Escuela de Medicina UC. Integra el Centro de Bioética UC, el Instituto de Estudios Europeos y derechos humanos Universidad Católica de Salamanca, y diversos comités de ética.

Francisca Reyes-Arellano/

Abogada. Magíster en Bioética por la Pontificia Universidad Católica de Chile. Doctorado (c) en Filosofía de la Universidad de los Andes. Académica de las Facultades de Derecho y Medicina de la Universidad de los Andes y de la Escuela de Humanidades de la Universidad Gabriela Mistral. Abogada del Comité Ético Científico de la Universidad de los Andes.

Constanza Richards Yañez/

Abogado. Magíster en Ciencias Jurídicas de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Doctora (c) en Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Profesora de Filosofía del Derecho Universidad de Santiago de Chile.

Nicolás Rodríguez Del Real/

Médico Psiquiatra Adultos. Terapeuta Certificado Terapia EMDR. Máster en Trastorno de Personalidad Universidad Complutense de Madrid. Trabaja en la Unidad de Trauma y Disociación, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Ignacio Sánchez Díaz/

Rector de la Pontificia Universidad Católica de Chile y profesor titular de la Facultad de Medicina, es médico-cirujano y pediatra de la Universidad Católica, especialista en enfermedades respiratorias del niño por la Universidad de Manitoba, en Canadá. Preside el Capítulo Chileno de Universidades Católicas.

Manuel Santos Alcántara/

Médico cirujano, especialista en Genética Clínica. Doctor en Ciencias Biológicas con mención en Biología Celular y Molecular. Actualmente es Profesor Titular de la Universidad Finis Terrae y la Universidad de Santiago, y Director del Instituto de Bioética de la Universidad Finis Terrae.

Beatriz Shand Klagges/

Médico-cirujano. Neuróloga. Magíster en Bioética y Magíster en Filosofía por la Pontificia Universidad Católica de Chile. Actualmente pertenece a la Comunidad Interdisciplinaria Olga Wojtyła.

Bernardita Silva Echeverría/

Presidenta de Siempre por la Vida entre 2020 y 2022. Allí lideró la oposición a la legalización del aborto libre y promovió el derecho a la vida en el debate constitucional. Impulsó la Iniciativa Popular de Norma Constitucional por la vida que alcanzó 31.000 firmas.

Es alumna de Ingeniería Comercial de la P. Universidad Católica.

Paulina Taboada Rodríguez/

Médico Internista, Doctora en Filosofía. Miembro del Board of Directors del St. André International Center for Ethics and Integrity, USA. Fue profesora Asociada en la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile durante 25 años y Directora del Centro de Bioética de esa misma casa de estudios.

Luca Valera/

Profesor Universitario. PhD en Bioética (Università Campus Bio-Medico di Roma, Italia), es Profesor Adjunto del Centro de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Profesor Asociado del Departamento de Filosofía de la Universidad de Valladolid (España).

Patricio Ventura-Juncá del Tobar/

Médico-cirujano, especialista en pediatría y neonatología. Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, y de la Universidad Finis Terrae. Fue Director del Centro de Bioética UC, del Instituto de Bioética de la Universidad Finis Terrae y miembro del Consejo Directivo de la Pontificia Academia para La Vida.

Felipe Widow Lira/

Doctor en Filosofía por la Universidad Complutense de Madrid. Doctor en Derecho por la Pontificia Universidad Católica de Chile. Profesor asociado de la Facultad de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en la que se desempeña como profesor e investigador en Filosofía del Derecho y Doctrina Social de la Iglesia.

