Extracto del Libro*

ABORTO

Y EUTANASIA

DILEMAS SOBRE EL DERECHO A LA VIDA

ALGUNAS PREGUNTAS Y RESPUESTAS ESENCIALES

*Con autorización de los autores

Ver libro completo

ÍNDICE | PINCHA EN EL TÍTULO DE CADA PREGUNTA PARA ACCEDER A ELLA

- 8. ¿Toda vida humana merece ser vivida? 13. ¿Cuándo comienza la vida humana? 17. ¿Hay un único ser humano durante todo el desarrollo embrionario, desde la concepción hasta el nacimiento? 19. ¿Existe comunicación entre el niño por nacer y su madre? 22. ¿Qué es un aborto? 25. ¿Cómo se hace un aborto? 26. ¿Cuáles son las principales causas por las que una mujer quiere abortar? 28. ¿Oué es un embarazo vulnerable? 31. ¿Hay evidencia de que una mujer que aborta sufre algún tipo de trauma después de hacerlo? 32. ¿Existen programas de apoyo a mamás con embarazo vulnerable? 34. ¿Aumentan los abortos una vez que se aprueban leyes que lo permiten? 37. ¿Es malo abortar incluso cuando está permitido por la ley? 42. ¿Qué es el llamado "aborto terapéutico"? 45. ¿Era necesaria la ley de aborto para que los médicos salvaran la vida de una madre en caso de enfermedad grave? 47. ¿Pueden existir seres humanos inviables o incompatibles con la vida? 50. ¿Qué son los cuidados paliativos perinatales?
 - 53. ¿Cuál es la forma más humana de enfrentar un embarazo por

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

ÍNDICE | PINCHA EN EL TÍTULO DE CADA PREGUNTA PARA ACCEDER A ELLA

- 55. ¿Es el aborto un derecho de la mujer para disponer de su cuerpo?
- 56. ¿Es el aborto un avance de la civilización y del reconocimiento de los derechos de la mujer?
- 58. ¿Hay mujeres en la cárcel por realizarse abortos?
- 60. ¿Cuántos abortos clandestinos o ilegales se estiman al año en Chile?
- 62. ¿Es abortiva la "píldora del día después"?
- 69. ¿Cuándo termina la vida humana?
- 71. ¿Cuál es la diferencia entre matar y dejar morir desde el punto de vista ético?
- 75. ¿Qué es la eutanasia?
- 77. ¿Se comete eutanasia cuando se da cumplimiento a una orden de no reanimar?
- 78. ¿Qué son y cuál es la validez de las "voluntades anticipadas"?
- 81. ¿Qué es el suicidio asistido?
- 84. ¿Existen dolores intratables?
- 86. ¿Puede tomar una decisión libre un paciente con dolor?
- 91. ¿Puede el suicidio o la eutanasia justificarse como una fuente de sentido de vida, por motivos éticos o religiosos?
- 97. ¿Qué es la medicina paliativa?
- 100. ¿Existen en Chile programas de cuidados paliativos?
- 101. ¿En qué consiste la Ley de Cuidados Paliativos?
- 116. ¿Tiene derecho a objetar de conciencia el medico para no realizar un aborto o una eutanasia?

8 | ¿Toda vida humana merece ser vivida?

MARÍA ALEJANDRA CARRASCO DOCTORA EN ETLOSOFÍA

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.

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

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



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?

Ese es 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

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?

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

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 v 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.

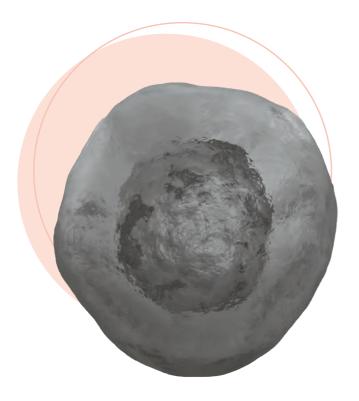
Los seres vivos comenzamos a existir por causa de nuestros progenitores, de manera sexuada o asexuada. Los seres humanos, al igual que los animales llamados superiores, tenemos una progenitora hembra y otro macho, y cada uno de ellos aporta la mitad del material genético que necesitamos para desplegar 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.

Acontecerán después todos aquellos cambios que constituirán nuestro desarrollo

"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".

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 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 en su desarrollo, no lo cambiarán radicalmente hasta su muerte. Es por ello que un ser humano es ser humano desde su concepción hasta su muerte.



¹⁸ Para profundizar en los contenidos puede consultarse: Thomas W. Sandler, *Langman. Embriología Médica*, 14⁸ 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.

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 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 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.

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. 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

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

(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).

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 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. 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

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 v 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. 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.

³³Kazuhiko 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-psiquiatria*, 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.

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 Las causas por las que se realiza pueden ser

busca eliminar directamente al embrión o feto. 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.



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 22 un aborto directo. A esta misoprostol, que es un análogo de las prostaglandinas, que genera contracciones uterinas y modificaciones cervicales que inducen el aborto. También se pueden usar drogas que compitan con las hormonas propias v 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 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.

"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".

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 maneia como una inducción del parto o cesárea según sean las circunstancias obstétricas de la paciente. En este caso, v dado que el feto después de la inducción del parto puede nacer vivo. en algunos países se realiza una invección intra-cardíaca de cloruro de potasio antes de inducir el parto, de tal manera de producir un paro cardíaco v muerte fetal antes de la interrupción del embarazo.

"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".

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



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.

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	Declara intención de aborto		
total (n = 3134	total	No	Si	
	(n = 3134)	(n = 2648)	(n = 486)	
	10,1		44,4	< 0,001
	1,9	1,8	2,1	0,897
Ocultar embarazo por temor ^c (%)	14,1	12,9	20,4	0,001
Expectativas de vidad (%)	5,5	2,3	22,8	< 0,001
Problemas psicológicosº (%)	31,4		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:

[:] Ocultar embarazo por temor a reacción de padres o pareia:

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

e: Incluye abuso de drogas o alcohol;

^{†:} z-test.

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".

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.

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:

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

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.



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

FRANCISCA DECEBAL-CUZA Y NICOLÁS RODRÍGUEZ MÉDICOS PSIOUIATRAS

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

de psicopatología previa, antecedentes de violencia en la relación de pareja o la ausencia de otros hijos. a respuestas severas de duelo, incluso después de varios años del trauma⁵⁸, pudiendo presentar tasas de estrés postraumático depresión cercanas al 30%

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".

vulnerabilidad social^{59, 60, 61, 62, 63}

a un aborto, que tanto psiquiatras como

muchas mujeres para las cuales un aborto

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

Would Steinberg et al., Abortion and Mental Health , Obstetrics & Gynecology 123, no. 2 (2014): 263-70.
 Vignetta Charles, "Abortion and Long-Term Mental Health Outcomes: A Systematic Review of the Evidence." Contraception 78, no. 6 (2008): 436-50.
 Corinne H. Rocca et al., "Decision Rightness and Emotional Responses to Abortion in the United States: A Longitudinal

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 CVilté Daugirdaité 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

and Reproductive Loss: A Systematic Review", Journal of Pregnancy 2015 (2015): 1–14.

3º 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.

3º 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.

5º 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.

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.

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

ANTONIA MUÑOZ MÉDICO GINECÓLOGA

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.

A nivel mundial, existen

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 eiemplo, 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

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.



ÍNDICE

Es difícil evaluar el

comportamiento

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

epidemiológico de los casos de aborto provocado en los países que cambian sus leves, 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

"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".

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".

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.



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. <u>Cumplir la ley no es sinónimo de actuar</u> moralmente bien.

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

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).



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

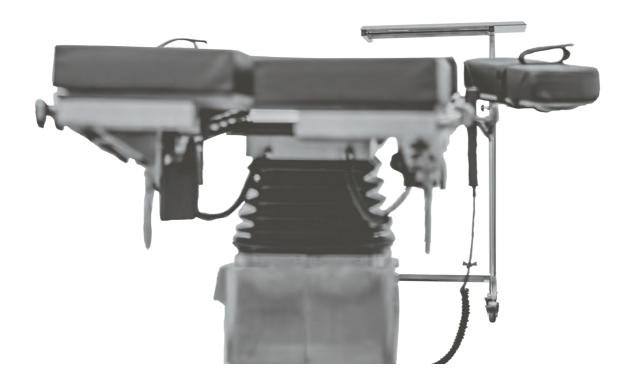
SEBASTIÁN ILLANES

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 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 un sinónimo de 'aborto 47 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".

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".



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 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 prematurez 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

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.

47 | ¿Pueden existir seres humanos inviables 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 sobrevida 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, 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 de sobrevida más allá del pronóstico realizado. La certeza diagnóstica absoluta nunca será posible de alcanzar. Y aunque se consiguiera, optar por el aborto nunca será la solución para 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 tiene o hace.

"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".

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".

"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 del dolor físico, el sufrimiento de la madre

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

La obstetricia, disciplina médica que cuida a la díada 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.

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.

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.

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

esemientaria, como se detaria
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 aborto oco con el
objetivo de discernir si existe
en esos argumentos alguna
iustificación 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 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

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 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, va 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 décadas el aborto libre como derecho constitucional.

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

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.

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

es el derecho a la vida.

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 al niño inocente.

⁹⁰ Cámara de Diputadas y Diputados, "Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales", Mensaje Presidencial № 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.

de acuerdo a su sentido unitivo y procreativo, lleva a la plenitud y sosiego sexual de la considerar un acto sexual como digno de las personas es que se eierza voluntariamente. con el sentido de la sexualidad humana. pero la trasgresión de la voluntariedad es 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 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 preovulatorios del ciclo de la mujer actúa de esa forma, impidiendo la fecundación, por lo tanto
- 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 cimenta todos sus otros derechos.

Es difícil entonces dar una respuesta. <u>Hay una</u> 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 <u>no</u> 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 <u>apoyar a esa mujer en</u> 28 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 entrogarlo 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.

⁹³ Cfr. artículos 361 v 362 del Código Penal.

Ara 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 de abuso", Revista Diálogos (PUC), año 8 Nº 14 (2019): 28-31.

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

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.

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 irremediablemente al filo de fenómenos como el de la pendiente respaladiza.

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

"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 <u>la vida</u> 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.



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 resquarda, 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 v 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.

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.

- Desde la fecundación, hay una vida humana que debe ser protegida sin condiciones. La Convención Americana sobre Derechos Humanos, en su artículo 4º Nº 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.
 - 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.

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.

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.

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)

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

- 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
- 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
- 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 recluidos 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".

⁹⁸ Una de las circunstancias eximentes que podrían ser consideradas en el contexto de un aborto procurado es la que consagra el Artículo 10, № 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, № 5, del Código Penal: "Son circunstancias atenuantes: 5.º La de obrar por estímulos tan poderosos que naturalmente hayan producido arrebato y obeccación".

¹⁰⁰ La Tercera, 3 de Enero de 2015. Disponible en https://www. latercera.com/noticia/seis-personas-condenadas-por-abortoen-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-39son-menores-de-edad/.

¹º³ Solicitud de acceso a la información requerida a Gendarmería de Chile, con Código Identificador AKO06T0023435, de fecha 27 de mayo de 2022, enmarcada en el ámbito de aplicación de la Ley №20.285, "Sobre Acceso a la Información Pública".

60 | ¿Cuántos abortos clandestinos o ilegales se estiman al año en Chile?

ELARD KOCH

DOCTOR EN CIENCIAS BIOMÉDICAS

epidemiología y prevención del aborto provocado o inducido, es contar con estimaciones de magnitud empíricamente plausibles, especialmente para diseñar 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 año 106. Sin embargo, una revisión de estas

metodologías mostró que poseen escasa o

nula reproducibilidad y están sometidas a

Un aspecto no menos relevante en la

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 abortoª	Abortos clínicos esperados ^b	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".

[&]quot;: Datos publicados por el Ministerio de Salud de Chile.

^b: 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.

c: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).

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,

descansan en información de estadísticas vitales disponibles con estimadores objetivos y evitan el uso de amplificadores de validez desconocida¹¹¹.

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	Población fértil	Factor corrección	Factor corrección	Abortos provocados	Abortos provocados	Tasa por 1.000	IC 95%†				
	(España) ^b	(Chile) ^c	Fecundidad ^d	Edade	(crudos)	(ajustados) ^f	mujeres	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			

^{°:} Se refiere al año de la tasa oficial publicada por el INE de España utilizada como estándar.

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.

^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.

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, pudiera 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.

¿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

¹¹⁴ Patricio 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.



69 ¿Cuándo termina la vida humana?

IVÁN PÉREZ MÉDICO INTERNISTA Y MAGÍSTER EN BIOÉTICA

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 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 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 persona cuando ésta ya ha sucedido.

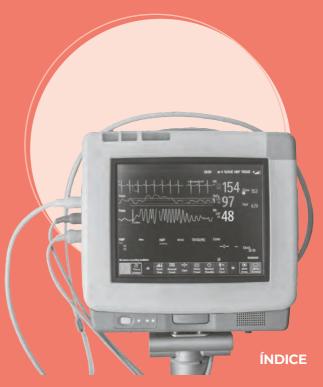
Esta pregunta, relacionada con el misterio de

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 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 y coordinador del individuo, noción que ha sido puesta en duda por algunos autores¹²⁶; en la actualidad, no se contrapone con el clásico criterio cardiopulmonar, ya que la debido a la muerte de las neuronas por falta de 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".



¹²⁸ 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 o 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.

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 'deia 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) v 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).

75 | ¿Qué es la eutanasia?

LUCA VALERA

DOCTOR EN BIOÉTICA

CRISTIÁN BORGOÑO

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

Por otro lado, los elementos fundamentales para la definición de eutanasia son:

si el paciente manifestó voluntad en contra

de dicha acción.

- 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

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.

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—insoportable.

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 novoluntaria), 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

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.

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

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.

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

"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 BORGOÑO
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.



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 no 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 hava 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 pacientes, por una parte, y por otra, a evitar la aplicación de tratamientos o medidas terapéuticas que podrían resultar fútiles o eventualmente conducir a lo que se conoce como empecinamiento o encarnizamiento 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

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.

81 | ¿Qué es el suicidio asistido?

El suicidio asistido (o suicidio médicamente

asistido) es la acción producida por un

LUCA VALERA DOCTOR EN BIOÉTICA

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 vueltos 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".



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.

84 | ¿Existen dolores intratables?

ALEJANDRA FLORENZANO MÉDICO INTERNISTA Y MAGÍSTER EN FILOSOFÍA

Algunos pacientes en <u>cuidados paliativos</u> 97 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 <u>"sedaciór paliativa"</u>.

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 disponible 165. 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

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".

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) 501 502

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.

Med 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).
Paulina Taboada R., "El Derecho A Morir Con Dignidad", Acta bioeth. Jonline 16(1) (2000): 89-101.

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. 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:

"(...) 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 médicopaciente, 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, 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 del médico. El problema se plantea en la antesala del dolor insoportable y previamente a la posibilidad de una sedación paliativa. Frente a la perspectiva de un sufrimiento insoportable, es posible que el enfermo imagine que lo mejor es 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 os de este libro. Aquí sólo cabe

"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".

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.

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.



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.

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 v 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).

"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".

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 cuidadores 184.

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:

- aliviar el dolor y otros síntomas angustiantes;
 - afirmar la vida y considerar la muerte como un proceso normal;
- no intentar acelerar ni retrasar la muerte;
 - integrar los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente;
 - 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 e 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.

¹⁸⁴ Definición consensuada de ciudadanos paliativos, Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, https:// cuidadospaliativos.org/definicion-consensuada-de-cuidadosnaliativos/

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://

100 | ¿Existen en Chile programas de cuidados paliativos?

CAROLINA AGUILERA MÉDICO URGENCIÓLOGA ALEJANDRA FLORENZANO MÉDICO INTERNISTA Y MAGÍSTER EN FILOSOFÍA

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 transmisibles 196, 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 mundial.

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 AUGE")—, a través del ingreso del "Alivio del Dolor por Cáncer Avanzado y

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 Nº 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

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.



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/pallia-tive-care-atlas/en/. 198 Tiana Pastranaet al., Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica ALCP. 1a edición. Houston: IAHPC Press. https://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/10/atlas/Atlas%20de%20Cuidados%20Paliativos%20 en%20Latinoamerica.pdf.

¹⁹⁹ Guía Clínica AUGE "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: IAHPC 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 Nº 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)

100 (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 mandatar 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.

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.

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 eiercicio 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 iustificado 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 obieción 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 obietor 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 intrínseço 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.

"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 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 en Imago Hominis", Quartalschrift des Instituts für Medizinische Anthropologie und Bioethik. Wien, Vol. VII/Nr. 1, (2000): 49-58. Trad. José María Barrio Maestre.