

Vulnerabilidades y autonomías en salud: aborto y solicitud de adelantar la muerte

Vulnerabilities and autonomies in health: abortion and request to advance deaths

Lorena Etcheberry Rojas¹

RESUMEN

Presentamos algunos de los resultados de una investigación cualitativa que busca analizar los discursos del personal de salud de tres instituciones sanitarias de Santiago de Chile, sobre aborto y eutanasia -o más específicamente la solicitud de adelantar la muerte-, considerando que ambas problemáticas, abordadas integradamente, manifiestan situaciones donde las personas usuarias vivencian, en mayor medida, tanto una vulnerabilidad social como ontológica.

El interés radica en conocer cómo en estos contextos puede existir el reconocimiento autónomo, así como dar cuenta de ciertas prácticas clínicas, tales como el paternalismo médico, la limitación del esfuerzo terapéutico, la confidencialidad, entre otros, que merman dicha capacidad.

Los resultados y conclusiones del estudio apuntan a un panorama que no es homogéneo discursivamente, donde si bien existe reconocimiento de la autonomía de las personas usuarias, se la concibe de distintas maneras, vinculándola a las éticas de la justicia y de los cuidados, donde no sólo emerge una autonomía liberal/individual, sino también una autonomía relacional/colectiva. Aquello tiene directa relación con el carácter político de estas materias al momento de establecer que tanto aborto como eutanasia son posibilidades de ejercicios de derechos, autonomías y construcción de ciudadanías.

Palabras clave: Género; Autonomías, vulnerabilidades, limitación del esfuerzo terapéutico, paternalismo médico.

ABSTRACT

We present some of the results of a qualitative research that seeks to analyze the speeches of health personnel from three health institutions in Santiago de Chile, on abortion and euthanasia -or more specifically the request to hasten death-, considering that both problems, addressed in an integrated way, manifest situations where users experience, to a greater extent, both social and ontological vulnerability.

The interest lies in knowing how autonomic recognition can exist in these contexts, as well as accounting for certain clinical practices, such as medical paternalism, limitation of therapeutic effort, confidentiality, among others, that reduce said capacity.

The results and conclusions of the study point to a panorama that is not discursively homogeneous, where although there is recognition of the autonomy of the users, it is conceived in different ways, linking it to the ethics of justice and care, where there is not only a liberal/individual autonomy emerges, but also a relational/collective autonomy. This is directly related to the political nature of these subjects when establishing that both abortion and euthanasia are possibilities for the exercise of rights, autonomy and construction of citizenship.

Recibido el 29 de noviembre de 2022. Aceptado el 14 de marzo de 2023.

¹ Socióloga, Docente de la Escuela de Periodismo Universidad de Santiago de Chile, Doctora en Sociología de la Universidad Autónoma de Barcelona. Investigadora responsable de la Dirección de Investigación de la Universidad Abierta de Recoleta (UAR). Correspondencia a: lorena.etccheberry@usach.cl

Keywords: Gender; Autonomies, vulnerabilities, limitation of therapeutic effort, medical paternalism.

INTRODUCCIÓN

El artículo que se desarrolla a continuación, se desprende de mi tesis doctoral titulada: “Encrucijadas y debates de la vida y la muerte: Discursos sanitarios sobre aborto y eutanasia desde una perspectiva de género. El caso de Santiago de Chile” desarrollada entre los años 2016 y 2020 en la Universidad Autónoma de Barcelona, en Barcelona, España. Su trabajo de campo fue realizado en Santiago de Chile.

La mayoría de las investigaciones sobre aborto y eutanasia² realizadas en Chile y Latinoamérica en la última década, han concebido ambas problemáticas de manera separada, dando cuenta de un mayor volumen de investigaciones sobre aborto. (Etcheberry, 2020). Sin embargo, al analizar con mayor profundidad evidenciamos que estas materias se encuentran fuertemente relacionadas, apelando a debates de comienzos y fin de la vida, encontrándose atravesadas por la perspectiva de derechos, de género, la construcción de autonomías y las vulnerabilidades, que se ven incrementadas por situaciones particulares de la praxis sanitaria vinculadas al paternalismo médico y a la limitación del esfuerzo terapéutico, entre otros elementos (Martínez, 2013).

Chile cuenta con recientes transformaciones legislativas en torno al aborto y a la eutanasia. Por una parte, tras 28 años de prohibición del aborto, en septiembre del año 2017 se promulgó la ley de interrupción voluntaria del embarazo -IVE- en tres causales³. Si bien este es un avance para los derechos sexuales y reproductivos de las personas gestantes, han existido barreras para la implementación de la ley: falencias en capacitaciones y protocolos a profesionales, objeción de conciencia (institucional e individual)⁴, falta de información, estigmatización del aborto que produce temor y vergüenza en las mujeres, impidiéndoles consultar y acceder al servicio, entre otras (Fondo Alquimia y Mesa Acción por el aborto en Chile, 2019).

De acuerdo a un medio periodístico que se basa en información proporcionada por el MISAL respecto a la implementación de la IVE “desde 2018

y hasta el 15 de octubre de 2020, período en que se ha implementado la ley IVE, se han practicado más de 2.000 abortos, en su mayoría asociados a la inviabilidad fetal (49,6%), seguido del riesgo para la salud de la mujer (32%) y la violación (18,4%). La mayoría de ellos, se han producido en los establecimientos públicos de salud. Sin embargo, los porcentajes se invierten cuando las cifras se focalizan sólo en los casos de niñas y adolescentes: de los 144 abortos que se han realizado a menores de edad, 82,6% han sido bajo la causal de violación” (El Desconcierto, 2021).

También, el año 2021, se discutió legislativamente un proyecto de despenalización del aborto consentido hasta la semana 14 de gestación, el cual ha sido permanentemente rechazado por sectores políticos conservadores de derecha del país, quienes han esgrimido, entre algunos de sus argumentos, que en Chile no existen mujeres procesadas por aborto.

Sin embargo, a través de una solicitud de información vía ley de transparencia, realizada por un medio periodístico local (El Mostrador, 2021), sobre causas penales ingresadas entre septiembre del 2017 y octubre del 2021 por delitos relacionados con aborto, se ha constatado que a fiscalía nacional han ingresado un total de 562 causas. De dicho total 148 causas se encuentran vigentes a la fecha.

Por último, en el referéndum del 25 de octubre del año 2022, fue rechazada la propuesta de nueva constitución para el país, que integraba entre sus planteamientos la despenalización del aborto.

Por otra parte, en el año 2012, entró en vigencia la Ley N° 20.584 de “Derechos y Deberes de los Pacientes”, donde en su artículo 14° establece que “toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud (...)” (Congreso Nacional de Chile, 2012). Así, se aclara que la “limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico” no contempla la aceleración artificial de la muerte o las prácticas eutanásicas. También, el Código Penal de Chile, plantea en el artículo N° 393, que “el que con conocimiento de causa prestare auxilio a otro para que se suicide, sufrirá la pena de presidio menor en sus grados medio a máximo, si se efectúa la muerte”.

2 Para mayor precisión llamaremos al concepto de “eutanasia” como “petición de adelantar la muerte” debido a las restricciones legales existentes en el país de estudio (Chile)

3 1) Riesgo vital de la mujer, 2) embrión o feto inviable con vida extrauterina, 3) Gestación resultado de violación (niña menor de 14 años, la interrupción se realiza antes de las 14 semanas de gestación) (Congreso Nacional de Chile, 2017, Ley 21.030, IVE. Chile).

4 Declarada y no declarada

En la actualidad se debate en el país un proyecto de ley llamado “Derecho a optar voluntariamente para recibir asistencia médica con el objeto de acelerar la muerte en caso de enfermedad terminal e incurable” (Cámara de Diputadas y Diputados, 2022), ingresado el año 2011⁵. Así, existe un contexto legislativo, tanto para aborto como para eutanasia, que produce un marco de acción restringido para su concreción.

La pregunta desplegada en esta investigación planteó lo siguiente: desde una perspectiva de género ¿cuáles son los discursos sanitarios, del personal de las unidades de ginecología y obstetricia, comité de ética y cuidados paliativos, del sistema de salud de Santiago de Chile, sobre el debate de vida y muerte asociados al aborto y eutanasia en Chile?, desarrollando el objetivo general relacionado con conocer los principales discursos de dichos/as profesionales, sobre los debates de comienzo y fin de vida, vinculados al aborto y a la eutanasia en el contexto de Santiago de Chile.

Aborto y el deseo de adelantar la muerte; problemáticas que desnudan la vulnerabilidad humana

Tanto el aborto como la solicitud de adelantar la muerte plantean elementos que tienen que ver con la vulnerabilidad de las personas que se enfrentan a dichas situaciones, una vulnerabilidad corpórea donde para Butler (2017) es “el cuerpo (que) se expone, y queda justamente expuesto a la historia, a la precariedad, a la fuerza, pero también a lo que es impremeditado y venturoso, como la pasión y el amor, o a la amistad repentina y a la pérdida súbita o inesperada” (Pp.150).

Por otra parte, Ingala (2016) destaca que la condición humana se define en torno a lo que el cuerpo no puede. El cuerpo no puede ser invulnerable, pero esto no implica resaltar su impotencia, sino más bien apunta al reconocimiento de la producción de poder corporal en el marco de esta vulnerabilidad. Así, cuando reflexionamos sobre los cuerpos de quienes están en situación de aborto o pidiendo adelantar la muerte, nos remitimos a cuerpos públicos, conectados históricamente, desde donde construyen su vulnerabilidad vivenciada personalmente.

Butler (2017) menciona que somos, ontológicamente, cuerpos vulnerables, expuestos y

dependientes y que por lo mismo requerimos de otros cuerpos y otras redes de apoyo. Es decir, seríamos primariamente dependiente de los/as demás.

Además de la vulnerabilidad ontológica, a la cual se remite Butler, existen otras vulnerabilidades de carácter social, que se vinculan con una mirada interseccional (Crenshaw, 1989), considerando variables múltiples y entre cruzadas que inciden en la experiencia de mayor subordinación social⁶.

Construcciones autonómicas en contextos de vulnerabilidad aplicados al aborto y a la petición de adelantar la muerte

La autonomía de quienes se encuentran en situación de aborto y/o solicitando adelantar sus muertes se puede ver mermada por la experiencia de vulnerabilidad, pero no quisiéramos poner la autonomía y la vulnerabilidad como un binomio. Una persona vulnerable también puede ser una persona autónoma, en la medida que existe un reconocimiento de sus propias decisiones y deseos.

Para Kant (1989) la voluntad está constituida por el deseo y determinación y en esa dirección conecta la racionalidad con la autonomía, vinculándola a la dignidad de la naturaleza humana. Sin embargo, frente a esta postura González (2018) señala que “es una ficción pensar que la autonomía se afirma como parte de un proceso puramente racional y que tal proceso puede estar desvinculado de los propios intereses, deseos, necesidades, condiciones sociales. Lo parcializado de esta teoría es precisamente su pretensión de mantenerse incorpórea, asexual, sin procedencias lingüísticas, raciales, de clase” (Pp.49). Esta visión, al no encontrarse encarnada, desestima otros elementos fundamentales para la constitución subjetiva y para el ejercicio de la autonomía.

Para Gilligan (1985), se reconocerían, desde una perspectiva de género aplicada al desarrollo de la ética de niños/as, dos éticas distintas: la ética de la justicia y la ética del cuidado, que es la apuesta y aporte de la autora.

Según Kohen (2005) la ética de la justicia estaría vinculada a la visión racional kantiana, basada en la autonomía individual, derechos ciudadanos y aplicación de reglas abstractas y generales que establecen jerarquías, planteando así la enarbolación del individuo “universal”. Así, el modelo

5 Dicha iniciativa, al 19 de octubre del año 2022, se encontraba en segundo trámite constitucional en donde se reiteró y se hizo presente la discusión inmediata. También este proyecto se refunde con tres iniciativas más contemplando cuidados paliativos.

6 Por ejemplo, frente a la problemática de aborto, las mujeres de clases menos favorecidas, en situaciones de mayor precarización, migrantes no documentadas, jóvenes, muchas veces quedan expuestas a procedimientos clandestinos que pueden poner en riesgo su salud y sus propias vidas.

ciudadano de la visión liberal de la ciudadanía es preponderantemente el varón blanco, de clase media y heterosexual. Mientras que, por otra, la ética del cuidado estaría concebida desde una autonomía encarnada y comunitaria originada en los feminismos comunitarios. Así, Rivera Cusicanqui (2013) señala la necesidad de una autonomía con y a través del cuerpo, relacionada con formas plenas de individuación, permitiendo la generación de comunidades creativas y plurales.

Teniendo en consideración estas éticas que dan origen a nociones autonómicas diferenciadas, Rodríguez (2012) apunta a una “autonomía relacional” que rompe con el binarismo masculino/público/ autónomo y femenino/privado/dependiente, en la medida que es posible una autonomía que reconoce a las personas y sus relaciones. Así, conectamos la autonomía relacional con la ética del cuidado, ya que reconoce las necesidades del/la otro/a, permitiendo establecer la voluntad propia conectada con sus vínculos sociales, con las comunidades, y que se instala no sólo en la razón, sino también en el cuerpo y en las emociones.

Nos cuestionamos las posibilidades de autonomía relacional de quienes solicitan adelantar sus muertes o de las mujeres frente al aborto. También, en el marco de algunas relaciones sanitarias entre profesionales de la salud y personas usuarias, podemos identificar el paternalismo médico como una práctica que merma la posibilidad de autonomía de las personas usuarias, en términos individuales como relacionales, al mismo tiempo de posicionarlas como vulnerables ante un saber médico- profesional sobre sus propios cuerpos.

Según López, el paternalismo médico parte del supuesto de que ““el médico sabe siempre lo que es mejor” esto es, se convierte en una “autoridad epistémica”, una “autoridad científica”” (López, 1994:715). De esta manera el autor menciona que el paternalismo radical establece la vida como algo bueno y la muerte como lo malo, siendo necesario hacer todo lo posible para que la primera no se agote.

En el contexto de paternalismo médico existe el riesgo de incidir en prácticas relacionadas con la obstinación terapéutica, que implica realizar medidas no indicadas, desproporcionadas y extraordinarias, buscando perpetuar la vida. Dichas medidas son llamadas tratamientos fútiles que generan una falta deontológica.

Otra práctica que podemos identificar en el

marco de la relación sanitaria, y que se puede conectar tanto con la vulnerabilidad como con la autonomía de las personas usuarias, tiene que ver con la “limitación del esfuerzo terapéutico” -LET-, mencionado anteriormente. De acuerdo a Carrasco y Crispi “la LET consiste en no aplicar medidas desproporcionadas para propósitos terapéuticos en usuarios/as con mal pronóstico. Contempla tanto la omisión como el retiro de tratamientos. La distinción entre LET y eutanasia pasiva permanece en discusión por parte de los expertos” (2016, Pp.1599).

MATERIAL Y MÉTODO

Este artículo se basa en un proceso de investigación de carácter cualitativa exploratoria. La muestra fue de carácter estructural, considerando 26 entrevistas individuales semi- estructuradas en profundidad, de una hora de duración en promedio, realizadas en la ciudad de Santiago de Chile, entre los meses de marzo y julio del año 2017. Los criterios de inclusión consideraron que todas las personas entrevistadas eran profesionales de la salud, aunque no todas las personas tenían formación sanitaria. Un 88,5% de la muestra corresponden a profesionales con formación sanitaria, mientras que un 11,5% corresponde a profesionales sin formación sanitaria integrados/as en los Comités de Ética⁸. Todos/as estos/as profesionales se encuentran desempeñándose en instituciones sanitarias de la ciudad de Santiago de Chile.

Para los criterios de exclusión de la muestra consideramos el tipo de institución sanitaria (un hospital público, una clínica privada religiosa y una clínica privada no religiosa).

La unidad de pertenencia (ginecología y obstetricia y cuidados paliativos) o participación en instancia de Comité de ética asistencial; Sexo Cis.

Se acudió al análisis de contenido relacionado con la comprensión de los discursos en el contexto en el cual son desplegados (Navarro y Díaz, 1999), y al análisis crítico del discurso (Van Dijk, 1999), que permitió esclarecer desigualdades existentes en el marco de las concepciones de vida y muerte conectadas a la eutanasia y al aborto, comprendiendo los argumentos éticos, filosóficos, religiosos, etc.

Utilizamos un consentimiento informado escrito, firmado tanto por participantes como por la investigadora, que resguardaba el anonimato de la

7 Cabe destacar que quienes no aceptaron la invitación a participar del estudio (cinco personas) argumentaron motivos relacionados con falta de disponibilidad de tiempo o no estar en condiciones de abordar las temáticas propuestas.

8 Principalmente abogados/as y asistentes sociales.

persona entrevistada. También, algunos/as directivos/as, nos solicitaron omitir el nombre de la institución⁹. Finalmente, este estudio pasó por el proceso de revisión, evaluación y aprobación de un Comité de Ética Científica¹⁰.

RESULTADO

Cabe destacar que existen escenarios que cuestionan o favorecen la autonomía de las mujeres frente al aborto y de las personas que solicitan adelantar sus muertes, para lo cual destacamos: el paternalismo médico, la confidencialidad, la limitación del esfuerzo terapéutico –LET- y la obstinación terapéutica. Luego, profundizamos en concepciones de la autonomía vinculada a las éticas del cuidado y de la justicia y a la autonomía relacional.

• Paternalismo médico y confidencialidad como barreras para el ejercicio autónomo

Una profesional señala que actualmente la sociedad chilena no está en condiciones de afrontar una ley de eutanasia, ya que persiste una visión tradicional como barrera para asumir cambios. Se vincula “lo tradicional” en el ámbito sanitario como aquel contexto donde se desarrollan y validan acciones relacionadas con el ejercicio de un paternalismo médico, donde profesionales médicos/as tienen el conocimiento privilegiado y la “última palabra” en la toma de decisiones.

Así, se podría plantear que lo contrapuesto con “lo tradicional” es “lo moderno”, donde existiría, en el imaginario de la profesional, la aceptación y el respeto de la voluntad de la persona usuaria de adelantar su muerte.

“Trabajo un poco con el sufrimiento de la gente y trabajo con el dolor de la gente, creo que me desespera muchas veces el no poder hacer más. Pero no creo que estemos preparados todavía para algo tan trascendental y tajante como la eutanasia (...) Porque moralmente no estamos preparados, porque mentalmente no tenemos una apertura, porque nos ha costado cantidad integrar otros conceptos que en el resto del mundo se están haciendo. (...) Porque lo que el médico dice es ley...” (Enfermera, Comité de ética, Clínica no religiosa).

La profesional asocia el paternalismo con una mirada jerárquica donde es la persona médica quien tiene “la verdad”, y como ley debe ser cumplida por quienes se encuentran bajo su jerarquía: las personas usuarias¹¹.

Por otra parte, previo al año 2017 la denuncia por aborto, por parte del personal sanitario, había implicado una medida de carácter más bien simbólico, ya que en la práctica se optaba por resguardar la situación de las mujeres por medio de la confidencialidad. Así, Casas et al. (2013) señalan que “la criminalización por aborto ha sido históricamente en Chile, o en cualquier otro país, una medida simbólica, dada la estimación de su prevalencia y el bajo número de personas perseguidas penalmente” (Pp.84), aunque luego, las autoras mencionan que “entre 2009-2012 más de 210 mujeres atendidas por la Defensoría Penal Pública fueron perseguidas penalmente, siendo probable que la mayoría hayan sido identificadas y denunciadas en los centros asistenciales de salud”. El discurso de un médico señala que frente a los abortos en curso que se recibían, prácticamente no existían denuncias.

“Durante la especialidad fijate, cuando hacía turno muchas veces puedes recibir pacientes que lleguen con un aborto en evolución (...) y fijate que sí, uno desde el punto de vista médico nosotros no lo cuestionamos mucho eso que dice la ley de que los doctores lo tienen que denunciar de que la mamá va presa, en Chile no hay nadie preso por eso” (Médico Gineco Obstetra, Jefe de Ginecología y Obstetricia, Clínica no religiosa).

Se reconoce que pueden existir experiencias donde los equipos ejercen malos tratos y violencia obstétrica contra mujeres que se han realizado abortos clandestinos. En dicho contexto, ¿podríamos decir que se resguarda la posibilidad de autonomía de las mujeres? Nos parece que la respuesta es negativa, ya que ha imperado una legislación que incide en considerar el aborto como un tabú, como un secreto donde la única posibilidad de ejercicio de autonomía de las mujeres sea acceder a un aborto clandestino que muchas veces conlleva situaciones que afectan a la salud y vida de éstas.

Esta situación también nos lleva a pensar en la vulnerabilidad que viven las mujeres en estas

9 Aquello principalmente porque se encontraba en pleno debate el proceso legislativo en Chile en torno a la interrupción del embarazo en tres causales

10 Del ámbito de salud.

11 El COLMED realizó el 2019 una “Encuesta de opinión acerca de la muerte asistida médicamente” dirigida a sus colegiados/as. Un 77% estaban a favor de permitir la eutanasia y un 56% es favorable al suicidio asistido, lo que puede dar pista sobre el paternalismo médico en la incidencia médica en el acto.

circunstancias, en la medida que están coaccionadas por una ley, al mismo tiempo de estar expuestas a una posible denuncia por parte del/la profesional.

• **Limitación del esfuerzo terapéutico – LET- y obstinación terapéutica**

Una enfermera cuestiona las decisiones relacionadas a principios éticos, vinculados con la “vida por la vida” o a la sacralidad de la vida, que muchas veces desconocen el dolor y sufrimiento de las personas, estableciendo una contradicción entre la prolongación de la vida y el cuestionamiento sobre el sentido -o sin sentido- de la misma.

“Eh... eso ha hecho que también llegue a estados de, de o de dolor, o sea, si tú pensai, yo creo que hay que tener una actitud más proactiva en ese sentido, no esa cosa de la vida por la vida, por prolongar o porque hay que hacer todo lo que se pueda hacer y todo, yo creo que no y si la persona ha elaborado ese pensamiento y siente que su vida ya está, ya hizo lo que tenía que hacer, como que está su ciclo completo, eh... ¿por qué seguir prolongándolo? Es un dolor, o sea, no tiene ningún sentido”. (Enfermera, Comité de ética, Clínica no religiosa).

En el discurso se destaca que la LET implica dejar a la persona usuaria con medidas mínimas tales como el alimento, la hidratación y ventilación. Al respecto podemos relacionar la LET y el aborto ya que la primera implica es un “dejar de hacer”, dejando de realizar medidas activas con el objetivo de que continúe el curso orgánico, mientras que, en el segundo, también existe una solicitud para frenar el proceso orgánico del feto o del embrión, aunque son medidas activas, es decir, “un hacer”. La profesional concluye señalando que “se hacen cosas” en la medida que contraponen la LET con la muerte asistida. Este “hacer cosas” tienen que ver con dejar a la persona con ventilación y alimentación, aunque, como veíamos antes, no se realizan procedimientos extras

En el discurso de un tecnólogo médico se destaca una experiencia familiar donde su padre solicitó que le dejaran de aplicar medidas médicas. La familia apoyó la decisión. Sin embargo, se contraponen esta experiencia a otra, donde a una persona no se le respetó su autonomía, se le aplicaron medidas activas, falleció y su familia quedó con dificultades económicas.

Cabe destacar que en el discurso de un profesional de un hospital público donde emerge la

problemática de las crisis económicas que viven las familias luego de prolongar artificialmente la vida de las personas usuarias. En esta dirección nos preguntamos si este escenario es similar para las personas usuarias atendidas en clínicas. Hipotéticamente podemos plantear que es posible que la petición de adelantar la muerte de las personas usuarias atendidas en hospitales y sus familiares, se vean atravesadas y condicionadas en mayor medida por la variable económica, cuestión que también puede suceder en el ámbito privado, pero posiblemente con menor frecuencia.

“No directamente la mía, pero en algún momento bueno mi papá estuvo enfermo y él decía que prefería morirse antes de sufrir tanto como estaba, entonces cuando se enfermó y quedó, se dejó que no se le hiciera nada más (...) Si se hizo tratamiento, pero no quiso hacerse más y eso es humano creo yo (...) una muy amiga mía donde la familia no estaba de acuerdo (...) A la mayoría, a la familia y el caballero murió después, la familia quedó con una deuda terrible, millonaria, estuvo como dos meses en la UCI –Unidad de Cuidados Intensivos-”. (Tecnólogo médico, Pdte. Comité de ética, Hospital).

Asimismo, si bien se reconocen las posiciones de las relaciones familiares, lo que podríamos conectar con una autonomía bajo una ética del cuidado, no se reconocen las necesidades particulares de la persona en cuestión, lo que pone justamente en juego la posibilidad de este tipo de autonomía.

También, en el discurso de una abogada se destaca que hace 10 años atrás en el país, se le obligaba a la persona usuaria a recibir tratamiento, lo que en la actualidad estaría en transformación. Así, constituye un elemento fundamental en el marco de la relación sanitaria, la consideración de los contextos y de los diagnósticos particulares de las personas usuarias.

• **Posibilidades de ejercicio de las autonomías en los marcos de derechos y ética de la justicia y del cuidado**

Una médica oncóloga apoya el aborto, manifestando que está a favor de todo tipo de aborto ya que es necesario considerar los contextos de vida de las mujeres, pero más allá de los contextos, la profesional establece el aborto como un ejercicio de derechos.

La petición de adelantar la muerte y su conexión con la autonomía es un poco distinta a la del aborto. En esta dirección una psicóloga de cuidados paliativos de un hospital relata que las primeras situaciones se vinculan a buscar tratamiento

o soluciones médicas a la cuestión del dolor y al sufrimiento¹².

Asimismo, resulta interesante destacar que lo que se ha mencionado como vida digna y con sentido, en el caso de la solicitud de adelantar la muerte, se encuentra atravesada y mermada por la experiencia de dolor y de sufrimiento.

“Sí, me lo han dicho, me hacen la aclaración: no es que me quiera suicidar, pero la manera que estoy viviendo no es digna y cuando dicen me gustaría que me pongan una inyección, algo que yo pueda descansar de verdad si voy a estar muerta voy a estar tranquila es lo que quiero porque voy a estar más tranquila yo y va a estar más tranquila mi familia” (Psicóloga, Cuidados paliativos, Hospital).

Así, la persona enferma manifiesta un deseo dubitativo frente a la muerte. Es decir, aclaran que no la desean, pero al mismo tiempo desean que les pongan “algo” que les permita “descansar” de una vida que se ha tornado invivible y que no dignifica.

También, conectamos la autonomía en los marcos de aborto y de solicitud de adelantar la muerte, a las éticas de la justicia y del cuidado mencionadas más arriba, siendo de interés develar el tipo de ética, desde una perspectiva de género, que se construyen tras los discursos y las concepciones autonómicas.

El discurso de una enfermera, relacionado a la eutanasia, apunta a la necesidad de ponerse en “los pantalones del otro”. Es decir, realizar, por parte del personal sanitario y la familia, el ejercicio de comprensión de la vivenciada por la persona enferma y sus necesidades específicas, lo que podemos vincular con la práctica de empatía.

“Siento mucho respeto por la decisión, te juro, mucho respeto, porque creo que, y así lo he aprendido, creo que uno tiene que estar en los pantalones del otro, porque yo jamás voy a poder lograr, puedo entender lo que tú estás diciendo, puedo entender lo que tú estás sintiendo, pero en la vida puedo poder, puedo poder lograr entender así al 100%, si tú me dices, “sabís que estoy aburrido de sentir dolor, ya no quiero porque yo vivo todas las 24 horas de mi día con dolor y la única manera de no sentir dolor es yéndome pa la chucha [ríe], quiero ponerme esta inyección, porque realmente no, no puedo”” (Enfermera, Cuidados paliativos, Clínica no confesional).

Esta visión la podemos conectar con la autonomía relacional (Rodríguez, 2012) y con la ética del

cuidado (Gilligan, 1985) en la medida que plantea un respeto por la decisión del otro/a, comprensión de su dolor y su sufrimiento, reconociendo sus necesidades específicas.

Asimismo, podemos dar cuenta de una postura que pone a la razón por sobre todas las cosas, ilustrada en el discurso de un tecnólogo médico quien, valida la eutanasia, siempre que exista una capacidad mental de la persona usuaria. Vinculamos estos elementos con una noción de autonomía asociada a la ética de la justicia que ubica a la razón en el centro y la decisión individual (Kohen, 2005).

De esta manera se puede conectar la solicitud de adelantar la muerte en este contexto, al imaginario de hombre blanco, quien toda su vida ha actuado en función de sus propias decisiones y que, por ende, en el momento cercano de su muerte, también se considera habilitado para decidir en torno a su propia muerte.

“Entonces, cuando un hombre, por eso le digo, uno, sobre todo, yo digo “hombre blanco”. Y que la autonomía es, ha sido, ellos, como, yo digo ‘el motor de su vida’, son los que ponen las reglas, las condiciones, etc. ve mermada su autonomía que dice ‘no, yo no quiero ser de los otros, de los dependientes, no, no, no, denme la posibilidad, hasta eso, de decidir’, ¿ya? Y eso es complicado”. (Abogada, Comité de ética, Clínica confesional).

La profesional conecta la solicitud de adelantar la muerte con una visión de masculinidad hegemónica, desde una ética de la justicia, que busca resolver la situación individualmente, obviando o desestimando la dependencia y la vulnerabilidad. Así, esta masculinidad, que posiciona a los hombres como proveedores y decisores de sus vidas, se pondría en juego en estas situaciones donde ellos verían mermadas sus condiciones de libertad, que anteriormente se lograban ejercer.

De este modo la profesional plantea una crítica al concepto de autonomía, ya que en la medida que sólo se concibe desde un prisma liberal se contraponen al concepto de vulnerabilidad y dependencia.

Por último, la profesional critica la segregación que ha existido en nuestras sociedades, que produce una ruptura del sentido de comunidad. En esta línea, nos parece que su discurso se acerca bastante a lo mencionado por Rodríguez (2012) en torno a una autonomía relacional, y a la ética del cuidado de Gilligan (1985).

12 No estamos diciendo que en el caso del aborto no exista sufrimiento ni dolor, pero las causales pueden ser más amplias sin la necesidad de existir sufrimiento o dolor exclusivo por parte de las mujeres.

DISCUSIÓN

Podemos destacar que en determinados casos existe un choque entre la praxis sanitaria y el discurso institucional y legislativo, además de evidenciar la vulnerabilidad y las posibilidades de autonomía en los casos descritos. Frente a esto destacamos algunos hallazgos y nos formulamos preguntas para continuar investigando en esta dirección.

La confidencialidad, en palabras de los/as profesionales, prevalece sobre la denuncia en el caso del aborto. Si bien esto ha evitado que muchas mujeres vayan a la cárcel, las posiciona como vulnerables y con poca autonomía quedando a discreción del/la profesional el camino a adoptar. Nos preguntamos ¿qué sucede con las mujeres que quedan fuera de las tres causales y que son procesadas?, la IVE ¿se encuentra conectada la alta objeción de conciencia de los/as profesionales con el hecho de establecer prácticas punitivas que atentan contra todo tipo de autonomía de las mujeres?

También pudimos evidenciar que la LET constituye un accionar inactivo, a diferencia del aborto y la eutanasia que son activos. En este marco, si bien los/as profesionales entrevistados/as perciben un avance en la autonomía de las personas gracias a la LET, destacan que aún existen dilemas relacionados a aplicar o no medidas tales como la ventilación mecánica, por el temor a realizar una eutanasia o un accionar activo que incida en adelantar la muerte.

Aquello nos lleva a preguntarnos sobre qué tipo de autonomía se está configurando a través de la LET. Asimismo nos hace preguntarnos sobre cómo se pone en jaque la autonomía en los casos donde la situación se extrema hacia el otro lado, produciéndose así una obstinación del esfuerzo terapéutico fundado en una concepción de la vida por la vida y del paternalismo médico.

En algunos discursos de profesionales que se desempeñan en el hospital, existe la reflexión en torno al impacto económico en las familias de las personas usuarias que solicitan adelantar la muerte. En este sentido, la obstinación del esfuerzo terapéutico, utilizando medidas fútiles, tiene un impacto negativo en las economías domésticas de las personas usuarias y, al mismo tiempo, constituye una problemática que incidiría al momento de plantear el deseo de adelantar la muerte. Aquello no quedó constatado necesariamente en los discursos de profesionales de clínicas, aunque no se puede constatar la inexistencia de esta problemática en estos servicios.

Al mismo tiempo, vimos la consideración de elementos racionales y de valoraciones de normas abstractas, que pudimos conectarlas con una ética de la justicia. Así, se establece una lógica de autonomía liberal en torno a la eutanasia, que podemos conectar con construcciones subjetivas desde la impronta de la masculinidad hegemónica. De esta manera coexisten ambas éticas y siguiendo la propuesta de Kohen (2005) para una construcción ciudadana. Por lo tanto consideramos necesario tener presente ambas éticas en el ámbito sanitario que vincule tanto una autonomía aplicada a lo individual como una que considere el ámbito relacional.

La limitación que presenta este estudio tiene relación con su alcance dado que centra el análisis en los discursos de profesionales sanitarios, no se abordan los discursos relevantes tanto de personas usuarias como de los movimientos sociales

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

La posibilidad de decidir sobre la continuidad de una gestación o sobre la posibilidad de poner fin a la propia vida constituyen ejercicios de derechos que dotan de sentido ciudadano a las personas usuarias.

Así, la dimensión política de estas problemáticas -aborto y eutanasia- devela relaciones de poder en las que se desarrollan las relaciones entre profesionales de salud y persona usuaria que pueden posibilitar o poner barreras al ejercicio de derechos y de autonomía de estas últimas.

Las experiencias relacionadas con la denuncia, el paternalismo médico y la obstinación terapéutica tienen incidencia en la experiencia de vulnerabilidad de las personas usuarias. Así mismo, el factor económico, en situación de merma, influye en una mayor vulnerabilidad social.

Cabe destacar que el estado óptimo al cual apelamos es a la posibilidad de reconocimiento y ejercicio de autonomía en ambos casos, tanto aborto como eutanasia, aunque es importante dar cuenta que esta autonomía no es "a secas" sino que encierra los dilemas en torno a lo individual y lo colectivo. En conclusión, este estudio plantea que tanto para aborto como para eutanasia, en los marcos de los discursos sanitarios, las autonomías se articulan vinculadas a las decisiones personales (autonomía liberal) y relacionales (autonomía relacional), que implican el diálogo y la empatía entre las personas familiares, el personal sanitario y la persona usuaria.

De este modo, para dignificar la vida, para que tenga sentido y para el reconocimiento de los

proyectos autobiográficos de las personas usuarias, resulta urgente que a nivel legislativo y a nivel de prácticas y discursos del personal de salud exista un reconocimiento de estas autonomías y la configuración de personas que no sólo son usuarias de un sistema, sino que también son ciudadanas que hacen ejercicio de derechos sobre las decisiones vitales de sus propias vivencias y de sus muertes.

Finalmente, el desafío que queda planteado con este estudio no es menor, ya que implica por una parte el ejercicio y reconocimiento de derechos y autonomía en el aborto y la eutanasia, para mujeres y personas en general, pero también implica un llamado a una necesaria reflexión por parte del personal sanitario respecto a sus propias prácticas y creencias que inciden en las posibilidades de reconocimiento de las personas usuarias como ciudadanas, en contextos de vulnerabilidad y necesidad de cuidados.

REFERENCIAS

- Butler Judith (2017) Vulnerabilidad del cuerpo y la política de coaliciones. En *Cuerpos aliados y lucha política Hacia una teoría performativa de la asamblea*. Barcelona: Paidós.
- Carrasco Víctor y Crispi Francisca (2016) Eutanasia en Chile: una discusión pendiente. *Revista Médica de Chile*. Vol. 144, Núm. 12, Pp. 1598-1604. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v144n12/art12.pdf>
- Cámara de Diputados y diputadas (2002) Noticias: Eutanasia: Congreso Virtual votó a favor de la idea de legislar <https://www.senado.cl/noticias/eutanasia/eutanasia-congreso-virtual-voto-a-favor-de-la-idea-de-legislar>
- Casas Lidia, Vivaldi Lieta, Silva María, Bravo María, Navarro Consuelo, Sandoval Fernanda, (2013) La penalización del aborto como una violación a los derechos humanos de las mujeres. Chile: Universidad Diego Portales. http://www.clacaidigital.info:8080/bitstream/handle/123456789/527/udp_La%20penalizaci%c3%b3n%20de%20AbortoDDHH2013.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Congreso Nacional de Chile (2017) Ley 21.030, Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en tres causales. Chile.
- Congreso Nacional de Chile (2012) Ley 20.584, Ley que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Chile.
- Crenshaw Kimberlé (1989) *Cartografiando los márgenes Interseccionalidad, políticas identitarias, y violencia contra las mujeres de color* Coord. por Raquel Lucas Platero Méndez, *Intersecciones: Cuerpos y sexualidades en la encrucijada*, 2014.
- El Desconcierto (13 de enero 2021) Artículo formulado por Humanas: Datos y Mapas. Las cifras que deja el aborto en 3 causales y que el nuevo proyecto de 14 semanas pretende revertir <https://www.eldesconcierto.cl/reportajes/2021/01/13/datos-y-mapas-las-cifras-que-deja-el-aborto-en-3-causales-y-que-el-nuevo-proyecto-de-14-semanas-pretende-revertir.html>
- El Mostrador (9 de diciembre, 2021) Perseguidas por abortar: 366 mujeres han sido imputadas por aborto sin causales, 39 son menores de edad <https://www.elmostrador.cl/braga/2021/12/09/perseguidas-por-abortar-366-mujeres-han-sido-imputadas-por-aborto-sin-causales-39-son-menores-de-edad/>
- Etcheberry Lorena (2020) Tesis: Encrucijadas y debates de la vida y la muerte: discursos sanitarios sobre aborto y eutanasia desde una perspectiva de género. El caso de Santiago de Chile. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España.
- Fondo Alquimia y Mesa Acción por el aborto en Chile (2019) Informe de monitoreo social. Implementación de la ley de interrupción del embarazo en tres causales. Santiago, Chile.
- Gilligan, Carol (1985) *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. Fondo de Cultura Económica. México.
- González, Patricia (2018) *Aborto y la autonomía sexual de las mujeres*. Buenos Aires. Argentina: Ediciones Didot.
- Kant Immanuel (1989) *La metafísica de las costumbres*. Trad. de O. Cortina y J. Connill Sancho. Madrid: Tecnos, [1797].
- Kohen, Beatriz (2005) Ciudadanía y ética del cuidado. En Elisa Carrió y Diana Maffia (comps.) *Búsquedas de sentido para una nueva política*. Buenos Aires: Paidós, pp. 175-187.
- López Nicolás (1994) *La vida y la muerte ante la ética y el derecho: paternalismo médico y desarrollo científico*. Doxa: cuadernos de filosofía del derecho. Alicante, Vol.

15. Pp. 715- 729. <https://doxa.ua.es/article/view/1994-n15-16-la-vida-y-la-muerte-ante-la-etica-y-el-derechopaternalismo-medico-y-desarrollo-cientifico>
- Martínez Víctor (2013). Reflexiones sobre la dignidad humana en la actualidad. *Boletín mexicano de derecho comparado*, Vol. 46, Núm. 136, Pp. 39-67. <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmdc/v46n136/v46n136a2.pdf>
 - Navarro Pablo y Díaz Capitalina (1999). Análisis de Contenido. En *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Delgado Juan y Fernández Juan (Coord.). España: Síntesis.
 - Rivera Cusicanqui Silvia (2013) *Los senderos de Fausto Reinaga: filosofía de un pensamiento indio*. CIDES, UMSA.
 - Rodríguez Blanca (2012) Género en el discurso constitucional del aborto. *Revista de Estudios Políticos (nueva época)*. Núm. 156. Pp. 49-83. <https://recyt.fecyt.es/index.php/RevEsPol/article/view/40033>
 - Van Dijk Teun (1999) El análisis del discurso. *Revista Athropos: Huellas del conocimiento*. N° 186. Pp. 23- 36. <http://www.discursos.org/oldarticles/E1%20an%20E1lisis%20cr%20EDtico%20del%20discurso.pdf>