

Bioética en los extremos de la vida

Miguel Kottow

Introducción

Después de tres números dedicados a la epistemología en salud pública, podrá sorprender el giro a un tema tan básico de la bioética como es la reflexión sobre el comienzo y el final de la vida humana, mirados a través de los valores comprometidos en las intervenciones en estos extremos del ciclo vital y la inquietud que provoca esta capacidad tecno-científica de control sobre procesos naturales. La elección temática se justifica desde que en el contexto político reaparecen los temas del aborto procurado y la eutanasia, con una premura legislativa que augura leyes que, cualquiera sea su tenor, en nada calmarán la intranquilidad social ni esclarecerán los límites entre lo permitido, lo prohibido, entre prácticas que estarán amparadas por la ley y las que se sumergirán en la clandestinidad.

Aún más inquietante es que se esgrime argumentos que no resisten análisis epistemológico alguno, proclamando verdades en un mundo que ha tornado las espaldas a certezas absolutas, prefiriendo los conocimientos provisorios y aceptando creencias plurales que concitan acuerdos tolerantes. Es ciertamente condenable cercenar injustificadamente la vida de un ser humano, pero esta verdad pierde vigor si no halla concordancia sobre lo que es [in]justificado, ni se tiene acuerdo sobre

cómo y cuándo se reconoce la existencia de un ser humano.

Estos Nuevos Folios se proponen participar en el debate *sine ira et studio* (si bien el apasionamiento estaría bien si se diseca de la parcialidad), que escasea en nuestra cultura empecinada en la discusión, la disputa, el afán de imponer ideas propias sin escuchar las ajenas, escamoteando la deliberación que intercambia argumentos en forma respetuosa y afanada por encontrar puntos de acuerdo y espacios de tolerancia. Tarea complicada en una cultura cosmopolita, donde bregan la defensa, del todo legítima, de presupuestos doctrinarios, con un pluralismo donde principios, compromisos, valores y creencias zozobran sin bote salvavidas a la vista.

La presente reflexión bioética pretende participar en la deliberación desde una visión también sesgada –no es posible hablar desde ninguna parte– cuya premisa es, al menos, generalmente aceptada: deliberación y argumentos han de tener un sustrato racional que pretenda ser razonable –plausible– y coherente –libre de contradicciones internas–.

Gestación y muerte son acontecimientos de la esfera privada, sujetos a decisiones personales e íntimas. No obstante, hay que escuchar a los sociólogos cuando recalcan, desde hace algún tiempo ya, que la esfera

pública ha invadido el ámbito privado, dictaminando mediante normas y leyes sobre concepción, reproducción y muerte. La interferencia humana en determinar y controlar la reproducción se convierte en tema público, y las intervenciones en el proceso de muerte inevitablemente requieren ser vigiladas y regladas por la ley. Desde los inicios de la bioética, han sido los extremos de la vida humana temas predominantes que atañen centralmente a la salud pública desde que la política los ha incorporado en su agenda.

Tanto se ha escrito sobre los extremos de la vida, que nada original queda por ocurrir. El motivo principal de esta ingente preocupación se encuentra en la creencia más fundamental de todo ser racional: ¿Es el ser humano pura naturaleza o es la encarnación de lo trascendente? ¿Es la gestación del ser humano un acto reproductivo o procreativo? ¿Es que el mundo trascendente reclama presencia o es más bien una ficción humana dispuesta para mejor soportar los avatares de la vida y la inevitable extinción de todo ser vivo? Preguntas que fueron materia de filosofía hasta que la tecno-ciencia logró intervenir en los procesos de comienzo y final de la vida. Preguntas carentes de urgencia social hasta que la bioética debió asistir en la toma de decisiones impostergables acerca de las posibles intervenciones en la reproducción y muerte del ser humano.

Vida y cuerpo

El concepto de vida que logró insertarse, aun cuando muy polémicamente, en la filosofía como vitalismo: “Llamo *principio*

vital del hombre a la causa que produce todos los fenómenos de la vida en el cuerpo humano”, habría dicho, sin decir mucho, el médico J-P. Barthez conservando en el siglo XVIII el espíritu hipocrático (Canguilhem, 2008, p. 62). El tema recobra actualidad como una diversidad de propuestas “en defensa de la vida”, flotando en el ambiente con una ligereza y falta de especificación que permite, pero no justifica, las más variadas aseveraciones, como “el derecho a la vida”, “la vida es un don”, “la vida es el valor máximo”. ¿Cómo sostener que la vida es un don, es decir, un obsequio comprometedor de retribución? ¿Cómo, desde creencias no compartidas universalmente, se instituye un régimen divino que comenta la vida de los seres humanos? Las creencias religiosas difieren, ninguna es universal y, en consecuencia, es de sentido ético y consecuente que ninguna pueda tener el privilegio de legislar tanto para sus fieles como también para quienes tienen otras creencias, religiosas o seculares.

La historia presenta múltiples instancias en que la vida humana es un valor sacrificable a nombre de valores postulados como superiores, desde guerras santas, conflictos bélicos desencadenados en nombre de libertad, democracia, o de intervenciones militares en regímenes tildados de *rogue states* –Estados truhanes– dictatoriales, policíacos, violadores de derechos humanos. La mantención de la pena de muerte, la celebración del martirio, del héroe, del arrojo o del sacrificio, son todas pleitesías rendidas a valores que bien valen unas vidas.

Las disciplinas que utilizan el prefijo bio –bioética, biopolítica, bioderecho, biomedicina, bioseguridad, biotecnología– no se refieren a la vida en general, sino a vidas humanas in-corporadas. Es el cuerpo el que se presenta como sujeto, y es el cuerpo el que actúa en el mundo. Todo lo que se diga sobre los extremos de la vida son discursos sobre cuerpos humanos que tienen un comienzo, una trayectoria, un final. Sentido y significación del cuerpo humano no son inherentes ni impuestos, son adoptados por cada cuerpo para sí.

Comienzo de la vida humana

A diferencia del animal que se aparea, el ser humano tiene relaciones sexuales que en toda sociedad son sometidas a regulación, legitimación, sanción. El objeto de enclaustrar la sexualidad en normativas viste un traje moral en segunda instancia, lo primario siendo asegurar la reproducción sana y la descendencia válida. El tabú del incesto, la más universal de las proscripciones sexuales, tiene su origen en los riesgos de transmitir enfermedades hereditarias en relaciones incestuosas consanguíneas. Las relaciones extramatrimoniales, por su parte, ponen en riesgo la línea genealógica que podrá seguirse trazando a través de la mujer, mas no del varón gestante, asunto no menos delicado por el hecho de resolver la duda por estudios de ADN.

“Creced y multiplicaos y llenad la tierra” comanda la Biblia pero, al menos desde el siglo XVIII, los Estados decretan biopolíticas

demográficas, que utilizan la sexualidad como dispositivo convertido en tema de operaciones políticas, de intervenciones económicas (mediante incitaciones o frenos a la procreación), de campañas ideológicas y de moralización o responsabilización: se la convierte en índice de fuerza de una sociedad, revelando así tanto su energía política como su vigor biológico. De uno a otro polo de esta tecnología del sexo se escalonan toda una serie de tácticas diversas que en proporciones variables combinan el objetivo de las disciplinas del cuerpo y el de la regulación de las poblaciones. (Foucault 2009, p.155).

Disciplinar y moralizar la sexualidad humana en función de una estrategia política, explica en gran parte la aversión que las sociedades tienen contra relaciones sexuales desvirtuadas de su función reproductiva: prostitución, homosexualidad, masturbación, anticoncepción, aborto, prácticas sexuales no genitales –“contra natura”–, han transitado por tortuosos caminos de condena, prohibición, sanción legal y moral.

La tan cacareada “revolución sexual” consiste en la separación de placer y reproducción, logrando aquello que san Agustín tan vehementemente rechaza: la libido o concupiscencia de la carne, un mal consecuencia del pecado original. Las prácticas sexuales pueden extender su horizonte de permisibilidad e impunidad, el cuerpo puede ser asiento del placer dejando de ser una máquina reproductora controlada por normativas sociales. Sexo sin reproducción, que la tecno-ciencia convierte en reproducción sin sexo.

Pero el dominio público no cede tan fácilmente al enclaustramiento de la sexualidad en el espacio privado, en la intimidad de las personas, ya que no puede disciplinar las prácticas sexuales, se aboca con tanto mayor ahínco en normar la reproducción, retirarla del espacio personal para colocarla en la palestra de la ley y la moral: anticoncepción, aborto procurado, reproducción asistida, fertilización in vitro, todas prácticas que someten el comienzo de la vida humana a regulación y control. La ubicuidad y accesibilidad de los variados métodos anticonceptivos los ha vuelto artículos de uso común, refractarios a normas disciplinarias o legales prohibitivas; ahí están las últimas bregas que giraron en torno al levonorgestrel –la píldora del día después, la anticoncepción de emergencia– derrotando al conservadurismo con ayuda del sentido común y de la accesibilidad por internet.

La nuez de toda polémica en torno a interferencias anticonceptivas, incluyendo la interrupción de un embarazo en etapas iniciales, reside en el modo como se concibe el comienzo de una vida humana. En el pensamiento contemporáneo aparecen, asimismo, consideraciones relacionadas con el nacimiento que la bioética ha debido incorporar a su reflexión: “El nuevo comienzo que aparece en el mundo con cada nacimiento, solo puede validarse en el mundo porque cada recién nacido tiene la capacidad de construir un nuevo comienzo, es decir, de actuar” (Arendt, 1985, p. 15). Hay cuatro posturas que valoran en forma discrepante y excluyente el comienzo de la vida: la concepcional, la

evolutiva, la relacional, y la reductiva. Esta última no merece mayor atención, pues se limita a constatar el embarazo como un traspie funcional cuya interrupción no es más que la eliminación de un conjunto de células de presencia indeseada: “la distinción entre *feto auténtico* y *feto tumoral*, constituidos como entes radicalmente diferentes” (Boltanski, 2013, p. 131).

1. La vida de cada ser humano se inicia en el momento de la concepción, cuando los gametos se unen para formar el óvulo fecundado o cigoto que comienza a dividirse y constituye, para la perspectiva concepcional, el inicio del embrión en tanto ser humano y persona en potencia. La descripción científica distingue las etapas de multiplicación celular de mórula y blastocito que, a partir de la segunda semana –por lo general al decimocuarto día de la concepción–, anida como embrión en la pared uterina materna. El período previo a la implantación se suele referir al desarrollo de un pre-embrión, cuyo estatus moral incluye la aceptación de su manipulación, congelación, destrucción o utilización para investigación.

La idea de un pre-embrión con estatus moral disminuido con respecto a un ser humano es inaceptable para quienes sostienen que el *conceptus* –el cigoto– tiene todos los derechos del ser humano; cualquier intervención que pretenda impedir su desarrollo –incluyendo el uso de la anticoncepción de emergencia–, es abortiva y equivalente a un homicidio. Los adherentes a esta doctrina sostienen que existe evidencia científica de que el ser humano se constituye incluso antes

de la formación del cigoto, cuando el espermatozoide fecundante y el óvulo acogedor establecen una relación de activa atracción.

La Congregación para la Doctrina de la Fe reforzó su postura de reconocer un estatus ontológico y moral de ser humano y persona desde el momento de la concepción, con la pregunta “¿cómo podría un individuo humano no ser una persona humana?”.

La aceptación del pre-embrión como no conformando aún un ser humano reside, a su vez, en indicar la fragilidad biológica del período previo a la implantación, en que se produce la muerte celular en más de la mitad de las fertilizaciones –aborto espontáneo–, pudiendo además producirse una escisión gemelar, un desarrollo patológico hacia una mola hidatidiforme.

Pionero de la bioética, el sacerdote jesuita Richard McCormick (1922-2000) llegó a la siguiente conclusión:

Una cosa debe quedar en claro: el estatus del embrión pre-implantacional es cuestión *evaluativa*, y no directamente científica. No se puede, por cierto, probar evaluaciones de alguna manera. Se puede, no obstante, acumular información que sugiera o lleve a una evaluación. Creo que existen fenómenos significativos en el período pre-implantacional, que sugieren una evaluación diferente de lo humano en esta etapa. Por lo tanto, no creo que la vida que nace en este período presente las mismas demandas de protección que hará más adelante” (McCormick 1989, p. 344).

2. La postura evolutiva plantea que el embrión crece y se desarrolla adquiriendo el estatus ontológico y moral de ser humano en algún punto determinado de su desarrollo. Se ha propuesto una serie de momentos críticos: anidación, aparición de la cresta neural como indicativa de un sistema nervioso central incipiente, la presencia de movimientos fetales –*quickening*–, la viabilidad extrauterina, el nacimiento y aun, para unos pocos, en algún momento del desarrollo post-natal. Esta variedad de hitos de maduración se vuelve sospechosa de arbitrariedad y convierte una idea en sí plausible en fuente de contención.

3. La idea de una ética relacional ha sido especialmente tratada por pensadoras feministas que relevan los vínculos interpersonales por sobre, y como fundamento, de otras consideraciones éticas (Baylis, Kenny y Sherwin, 2008; Kottow, 2012). Toda ética se da desde actos realizados en libertad y con responsabilidad hacia otro ser afectado por el agente moral y racional. El momento ético del embarazo se da cuando la mujer establece y afirma la presencia de otro ser en su cuerpo, al que le da acogida como hijo, o negándose a asumir el embarazo no deseado se dispone a darle término. El comienzo de la vida de ese ser humano estaría dado por la aceptación de la mujer que ahora inicia una relación biológica y ética de madre-hijo por la cual es irreversiblemente responsable.

Desde esta perspectiva resulta incoherente sostener que la mujer establece

una relación ética con el cigoto o pre-embrión, o que pueda sobrellevar la carga severamente malformado, afrontando el cuidado y la protección de un ser dependiente cuyas necesidades sobrepasan las fuerzas de la mujer y la cohesión de la familia, toda vez que la sociedad declara, pero no es capaz, de asumir esa carga. El concepto relacional del comienzo de la vida se aviene mal con la propuesta de entregar al recién nacido en adopción, reduciendo a la mujer a la función biológica de una incubadora.

Desde la mirada sociológica, posiblemente sea coincidente en la práctica el reconocimiento del comienzo de la vida con la aceptación de la mujer de su embarazo. Al saberse embarazada, toda mujer tiene una reacción afectiva intensa, de alegría por un evento bienvenido y de disponerse a cuidarlo, o de rechazo por una interferencia con sus posibilidades y proyectos de vida, que la impele a interrumpir la gestación. Es el momento nodal de su autonomía, que la lleva a optar por ser madre en ciernes de un nuevo ser humano, o negar su existencia recurriendo al aborto médicamente procurado allí donde es legal, a maniobras clandestinas en regímenes de proscripción.

Las naciones que han despenalizado el aborto procurado aceptan que la mujer tiene un espacio de tiempo dentro del cual puede solicitar la interrupción del embarazo. La ventana legal más frecuente es de 12 semanas de gestación, algunas legislaciones aceptando 16 y hasta 24 semanas, por lo general debiendo ser precedida por un asesoría psicológica

obligatoria en la cual se intenta persuadir a la mujer de requerir el aborto. En todas estas legislaciones, que se dan en países del hemisferio norte (con excepción de Irlanda), la limitación temporal para requerir el aborto legal se basa en la libertad de la mujer de aceptar o rechazar el embarazo, sin incurrir en delito ni en sanción moral o social, aceptando que el comienzo de la vida humana ocurre por decisión de la mujer de establecer o rechazar un vínculo relacional con el embrión que porta, o por maduración del feto más allá del primer trimestre. Es de notar que esta regla es asimismo válida en naciones de mayoría católica, pero que legislan en forma secular (España, Francia, Italia), y que el procedimiento es considerado una intervención médica cuyos costos son cubiertos por seguros o por el Estado.

El sociólogo francés A. Boltanski analiza en profundidad el tema en su obra *Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement* (2004), traducida al inglés como *The Foetal Condition*, 2013):

Por lo general desaprobado *en principio*, [el aborto] es tolerado *en la práctica*; da la impresión que es tan difícil admitir su legitimidad cuando su validez es presentada de un modo general, como posible excusarlo en ciertas circunstancias, incluso *apartar la vista* ante su posibilidad o aun ignorarlo del todo (Boltanski, 2013, p. 21).

La posibilidad del aborto es de universal reconocimiento, aunque su práctica sea diversamente evaluada. Igualmente extendidos han sido el rechazo y la condena del aborto procurado, pero la ubicuidad de la

práctica, es tolerada y explicada por resabios culturales cultivados por el dominio masculino del espacio público contrastado con el poder femenino en el espacio privado, especialmente en decisiones referentes a la reproducción. Estas tensiones, que han sido estudiadas en especial desde la antropología feminista, se mantienen en sociedades contemporáneas donde la oposición al aborto procurado proviene de espacios de poder cultural, político y religioso tradicionalmente dominados por hombres, y los movimientos sociales pro liberación del aborto son liderados por pensadoras y militantes femeninas (Thomson, 1971).

La reproducción humana es un proceso fisiológico fundamentalmente modelado por lo social, desde donde se regula la celebración o condena de la gestación, su inserción y aceptación en un parentesco biológico, su participación en el entramado familiar. Utilizando un lenguaje crudo, Boltanski distingue la confirmación del embarazo *por la carne*, vale decir, el reconocimiento de que está en curso un proceso fisiológico, de un segundo momento de aceptación *por la palabra*, en que es reconocido un nuevo ser como miembro del grupo social mediante su inserción en el colectivo y el conjunto de relaciones simbólicas que ello significa (el primogénito, el heredero, el continuador). Hay, por lo tanto, dos momentos en el reconocimiento de la existencia de un nuevo ser. El reconocimiento de la carne es un momento íntimo, cerrado a la observación externa, definitivo para este embarazo pero que no clausura la posibilidad de futuras gestaciones. En ese

sentido, el reconocimiento negativo por la carne no afecta a un individuo irrepentible, sino a un proceso de reproducción que, interrumpido, puede ser reemplazado por una futura gestación. Esta filigrana conceptual no hace sino confirmar que el reconocimiento de un embarazo aún no contiene elementos éticos, porque se ha reconocido un proceso fisiológico pero no la presencia de un nuevo ser singular, ni tolera la intromisión decisoria de otros en un ámbito que no ha dejado de ser personal y privado, donde tiene la oportunidad y la potestad de ir hacia, o negar, la confirmación por la palabra.

El ulterior reconocimiento por la palabra es un acto de reconocimiento social de un nuevo individuo que se integrará al colectivo humano; de ser una decisión arbitraria (en el sentido de arbitraje de la mujer) pasa a ser un acto confirmatorio externo, de la autoridad social, a la cual la mujer debe someterse. No obstante, el paso de reconocer un proceso de gestación al reconocimiento de un nuevo ser humano sigue perteneciendo al ámbito de la mujer por cuanto, Boltanski lo remarca, la singularidad de un nuevo ser solo puede ser establecida por un ser singular. Se produce un momento de tensión, porque la autoridad –como quiera que se entienda–, siempre aboga por el reconocimiento positivo por la palabra, da la bienvenida a un nuevo miembro –salvo situaciones de soberanía aberrante–, y se dispone a celebrar al que nacerá, pero se encuentra con que la mujer no solo tiene la opción de confirmar o rechazar, sino que de hecho está en sus manos negar la confirmación

social y proceder al aborto, autorizado o clandestino. La autoridad sabe que no puede, fácticamente, imponer el reconocimiento social del nuevo ser, por lo cual acepta crear el espacio de tolerancia al aborto. Contra su convicción, la autoridad reconoce que no puede violentar la decisión de la mujer y, en respeto democrático, genera un espacio de tiempo en que la mujer puede negar el reconocimiento por la palabra y proceder al aborto que, desde la salud pública, más vale sea controlado que sumido en la clandestinidad.

El pensamiento sociológico de Boltanski es alambicado, complejo, pero deja en claro lo que de hecho ocurre en la vida cotidiana de las más diversas culturas: la mujer que reconoce su embarazo todavía tiene abierto el camino de decidir si lo confirma o no, es decir, si está dispuesta a convertirse en madre, en cuidadora responsable de un nuevo ser y en la adopción de una relación ética de cuidado y protección. Un tal concepto del comienzo de una nueva vida humana esclarece una cantidad de dificultades de deliberación sobre el tema, por de pronto eliminando la distinción de tan difícil manejo entre embarazo deseado y no deseado, por cuanto en esta visión todos los embarazos que se mantienen con la confirmación por la palabra –personal y social– son, por definición, deseados.

Aun cuando realidad social y análisis sociológico confirman que el aborto legalizado durante el primer trimestre del embarazo se basa de hecho y de derecho en la decisión libre de la mujer, es de reconocer que en esta postura el

embrión prácticamente desaparece detrás del momento decisional. Akrich (2006, p. 168) cita al respecto a Boltanski: “es posible plantear la cuestión de la similitud entre los seres por la carne y los seres por la palabra y, en consecuencia, extender [la interrogante] a la desigualdad de los tratamientos a que son sometidos.” Con nuevas técnicas de imaginería, el feto se hace visible con creciente precisión en etapas muy incipientes de su desarrollo, lo cual ha sido profusamente utilizado para presentarlo como un ser humano reconocible y respetable frente los argumentos de emancipación y autonomía de la mujer.

Contrariamente a la primera impresión de que todo el análisis sociológico enturbia y complejiza un tema que debiera tener respuestas más primarias, es de reconocer que la presentación y profundización del concepto relacional del comienzo de la vida humana, no solo tiene un sustrato conceptual sino es, además, el fundamento de todas las legislaciones que ponen como indicación predominante para aceptar y rechazar el aborto procurado, un período temporal dentro del cual la mujer arbitra. Con ello, quedan dispensadas argumentaciones más contenciosas sobre el derecho de la mujer al propio cuerpo versus el derecho a la vida del feto (que jurídicamente no tiene derechos porque no ha nacido), la disputa igualmente insoluble entre reconocer el comienzo de la vida con la fecundación, con la evolución, con el nacimiento, o de otro criterio, todos indefectiblemente materias de fe pero no de fundamentación científica pretenciosa de objetividad.

Aborto procurado: debate y legislación

Los afanes contra la intervención en la reproducción se concentran en el aborto procurado, asunto que tiene una larga y tortuosa historia que ha desembocado, en la mayoría de las naciones de Occidente, en diversas formas y grados de despenalización y permisión, considerada una intervención médica integrada a la paleta de servicios que otorga la medicina pública. Persiste un puñado de países que mantienen la prohibición absoluta del aborto y la penalización de los involucrados, bregando por el retorno a despenalizar el aborto únicamente en situaciones determinadas y bajo estricto control normativo.

La oposición y prohibición absoluta del aborto, como aún ocurre en cinco o seis países incluyendo Chile, no logra sostenerse dadas sus consecuencias negativas a nivel de la salud pública –clandestinidad, morbilidad, desigualdad social en acceso a recursos ilegales–. La polémica se traslada a las indicaciones aceptables para proceder al aborto procurado donde, en síntesis, se encuentran tres posturas básicas:

- Introducir, o reintroducir, el aborto terapéutico estricto, vale decir, la interrupción del embarazo por razones médicas: inviabilidad del feto y peligro severo para la mujer.
- Extender el aborto terapéutico a la violación, aceptándola como una patología social que ha de tener el mínimo posible de consecuencias irreversibles.

- Aceptar que el aborto procurado pertenece al ámbito decisional de la mujer durante un período en que interrumpir el embarazo no aniquila a un ser humano sino que una posibilidad de significar un estado fisiológico en la gestación de un nuevo ser.

Como inicialmente señalado, la diversidad de regulaciones normativas no acallan los movimientos de protesta frente al equilibrio inestable ya sea de aceptar el embarazo como la gestación de un nuevo ser humano, o de reconocer la persistencia de prácticas abortivas, sean oficialmente sancionadas o se produzcan en la clandestinidad. El acuerdo que más se acerca a una solución es desperfilar los conflictos del aborto reduciendo las cortapisas actualmente existentes –consentimiento familiar, asesoría psicológica obligatoria, burocracia asistencial que lleva a sobrepasar el período de legalidad del aborto–. Sin embargo, esta tendencia a facilitar lo inevitable, ha de acompañarse de políticas que hagan cada vez más innecesario recurrir al aborto: ampliar la accesibilidad a anticonceptivos, “desdramatizando la intervención como ‘un problema médico menor’” (Boltanski, 2013, p. 242).

Cabe anticipar que la legitimidad –democrática, participativa– de una eventual legislación sobre la materia, solo traerá algún grado de paz social si la regulación legal sobre aborto respeta que hay pluralidad insalvable de creencias que solicitan una legislación permisiva, respetuosa de la diversidad, más que normativas prohibitivas que siempre lesionan a los excluidos. Es indispensable insistir que una eventual

permissividad ha de ser demarcada por condiciones e indicaciones determinadas y precisas, que no den pábulo a abusos y desacatos, materia que se esclarece más fácilmente al presentar el otro extremo de la vida que gira en torno a su final.

El problema del aborto no puede desaparecer, por cuanto compromete creencias firmes, reconocidas, incompatibles entre sí. Por otra parte, la necesidad de normar el tema es urgente porque la penalización y criminalización constituyen biopolíticas insostenibles frente a la necesidad de abordar los riesgos de la clandestinidad que alarman a la salud pública. Ante la contradicción insalvable de posturas, cualquier ley sobre aborto será insatisfactoria, por lo que es recomendable que los legisladores incluyan la “cláusula crepuscular” que fija una fecha de expiración y revisión, considerando cambios culturales y experiencias empíricas de la evolución del problema durante el período de vigencia de la ley, a fin de ratificar, reformular o modificarla.

Es de recordar una vez más la postura de Habermas, cuando insiste que la legitimidad debe preceder a la legalidad de políticas públicas, y que esta legitimidad está dada por procesos democráticos, participativos y guiados por la ética de la comunicación. Será fructífero, además, observar el proceso legislativo llevado por otras naciones, entre las cuales es interesante volver la mirada hacia la cultura francesa, en mucho similar a la nuestra, que da el ejemplo de un país de mayoría católica que legisla en términos seculares, enfrentando propositivamente algunos de los problemas bioéticos más espinudos. En

la intención de abrogar la ley que desde 1920 prohibía y penalizaba el aborto, e instalar una nueva ley, el pensamiento francés se basó en cuatro consideraciones fundamentales:

- Adaptar la ley a los tiempos actuales
- Suprimir las injusticias sociales
- Evitar las secuelas del aborto clandestino
- Disminuir el número de abortos

La nueva ley fue promulgada en 1975, despenalizando –no legalizando– el aborto procurado. Es de remarcar que su objetivo fundamental era “pivotar la ley en torno a la disminución del recurso al aborto”. Al sacarlo de la clandestinidad, se logra una mayor presencia de políticas disuasivas, emprendiendo campañas de “educación moral y cívica” que incluyen el acceso facilitador a los métodos contraceptivos. La visibilización del aborto despenalizado lleva en sí la intención social de reducir su práctica por métodos que sean más respetuosos y médicamente eficaces que la persecución condenatoria (Devreaux y Ferrand-Picard, 1982; Ferrand-Picard, 1982).

Una muy breve reflexión indica que las legislaciones que han incorporado el “aborto terapéutico” como única instancia de despenalización, no logran su objetivo de reducir el recurso al aborto clandestino. Las indicaciones de un aborto médico por inviabilidad del feto o porque el embarazo pone a la mujer en riesgo grave de su salud y de su vida, no agregan gran cosa a la práctica médica instituida de no salvar lo insalvable y de interrumpir un embarazo cuya continuidad amenaza la vida de la

mujer y por lo tanto también la del feto. La tercera indicación, que aceptaría el aborto en caso de violación, más allá de ser la que menos aceptación concita es, en el fondo, una contradicción, por cuanto no constituye un instrumento que condene o disuada la violación, sino que considera que la mujer legítimamente no desea continuar con este embarazo forzado. En otras palabras, acepta la decisión de la mujer solo si proviene de un acto de violación, pero la rechaza cuando se esgrime que un embarazo no deseado violenta valores existenciales de la mujer y pone en escena los profundos conflictos de un niño no deseado. Mientras más estrechas las indicaciones y más amplia la discrecionalidad médica para objetar el aborto, mayor es la probabilidad de que las prácticas del aborto clandestino continúen, que es precisamente la situación que todos desean que desaparezca.

La correspondencia pública (cartas al director), que arrecian cuando los poderes públicos se aprontan a legislar, dejan al desnudo que el nivel de debate sobre aborto es crudo e incoherente, necesita ejercicio y refinación antes de que la ciudadanía quede entregada a legislaciones insatisfactorias. Mucho caudal se hace, por ejemplo, de lo inaceptable que es violar los derechos “del que está por nacer”, sin considerar que nadie aboga por extinguir la vida del que está por nacer –*nasciturus*– porque eso, efectivamente, sería homicidio de un ser humano que está en las últimas etapas de su desarrollo intrauterino y cuyo nacimiento acelerado no sería aborto sino parto prematuro. Lo que está en el centro

del debate es la interrupción del embarazo que alberga un embrión inviable fuera del útero, de un pre-embrión, de un *conceptus* que no está por nacer, del cual no se sabe si terminará en extinción natural o sería inhibido en su evolución en una etapa que para unos es de posesión del derecho humano a la vida, para otros todavía no tendría características de ser humano, ni se habría producido una relación madre-hijo con todas las implicancias correspondientes. No se trata en primera instancia de deliberar sobre la autonomía de la mujer o realizar malabarismos retóricos sobre derechos, sino de resolver la brecha entre prohibición y decisión de la mujer. Mientras esa brecha continúe, no habrá resolución del problema de salud pública que significa la persistencia de intervenciones clandestinas, riesgosas y de inequitativo acceso. Al respecto cabe recordar que Italia legalizó el aborto procurado tras dos plebiscitos que lo aprobaron para eliminar los 200 mil abortos clandestinos que anualmente se practicaban.

Es conveniente interrumpir aquí la presentación del tema, pues continuarlo ya implicaría la militancia a favor de una postura fundamental, que distorsionaría la intención de iniciar y fomentar el debate sin pre-juicios y sin la intención de disputar a favor o en contra de posturas cuya legitimidad no corresponde cuestionar a priori.

Aborto terapéutico

Mientras este texto se encuentra en fase de edición, el Ejecutivo envía “un proyecto de ley sobre la despenalización de la interrupción del embarazo en tres causales”

(Mensaje núm. 12430-362/). Este proyecto, y otros del Parlamento, navegarán un buen tiempo por aguas borrascosas que darán amplias oportunidades de comentar. A raíz de primeras reacciones, llama la atención que no se contempla la distinción entre aborto terapéutico (peligro para la mujer) y aborto eugenésico (malformaciones e inviabilidad del embrión/feto), ambas indicaciones, como también la fecundación por actos de violencia sexual –que en otras legislaciones es entendida como causal de sufrimiento mental para la mujer–, se agrupan aquí bajo un mismo término de aborto terapéutico.

La distinción omitida no es meramente semántica, tiene importantes consecuencias porque las causales eugenésicas, en el proyecto definidas como “malformaciones incompatibles con la vida extrauterina”, están en plena evolución desde que el diagnóstico prenatal y las terapias de diversas fetopatías van desplazando el término “malformaciones letales” hacia un concepto de eventual sobrevivencia más allá del período neonatal y pasible de algunos tratamientos paliativos. Estas consideraciones pesan en países donde el aborto en las primeras 16 –hasta 24– semanas es decisión que la mujer arbitra (=decide libremente); el elemento eugenésico aparece al final del primer trimestre o en el segundo, cuando la mujer ya no puede optar a un aborto tardío sin justificación eugenésica (Wilkinson, de Cerspigny y Xafis, 2014). Pero esta situación, reflexionada principalmente en artículos anglosajones, no puede ser homologada con la nuestra, como ya lo destacan algunos opositores al aborto,

porque la indicación de “inviabilidad del feto” se vuelve fluida en la medida en que una sofisticada medicina puede hacer vivir al *nasciturus* severamente malformado, aunque sea por escasos días, en condiciones clínicas precarias y con una funcionalidad insuficiente para desarrollarse. En esas situaciones, la indicación eugenésica pierde fuerza, restando a la mujer una de las tres causales que la ley se dispone a aceptar. Desde México, donde varios estados legalizan el aborto hasta las 12 semanas, se lee:

Nuestra propuesta es que un límite para determinar el aborto eugenésico sea hasta donde la madre o los padres están dispuestos a enfrentar una enfermedad con su hijo... si la vida es lo máspreciado... no hay ninguna razón que justifique un aborto eugenésico... Sin embargo, si la madre o los padres consideran que una enfermedad es incompatible con la noción de calidad de vida o vida digna de ser vivida... entonces su decisión de abortar deberá ser respetada” (Villela y Linares, 2012, p. 41).

Es un hecho que mientras más restrictivas sean la indicaciones para el aborto procurado, mayor será la prevalencia de maniobras clandestinas y los problemas de salud pública que ello entraña.

El final de la vida humana

La extinción inevitable de todo ser vivo es un fenómeno real y concreto que se aviene mal con los conceptos filosóficos abstractos que hablan de la vida, lo vivo, el vitalismo, y de los cuales brotan ideas inefables sobre

la vida como el máximo bien, el derecho a la vida, la vida como don, cuya vacuidad impacta con los inacabados y siempre renovados conflictos bélicos, actos terroristas, prácticas sociales letales, ingentes poblaciones marginadas y condenadas a la vida pobre, breve, brutal, que según Hobbes (“el hombre es el lobo del hombre”) caracteriza al ser humano pre-social.

El ser humano, consciente de su finitud biológica, construye puentes hacia la trascendencia, la reencarnación, la transmigración, nutriendo una diversidad de formas seculares por cultivar su anhelo de trascendencia: hijos, obras, recuerdos, memoria, la muerte es reconocida como el final biológico del cuerpo, pero que respeta las huellas que se dejan o la creencia en un nuevo mundo al que se ingresa. La muerte es un hecho que recibe una fuerte carga de significaciones, profusamente analizadas en textos ya clásicos de Philippe Ariès.

Se vive en conciencia de la muerte accidental, la muerte “natural” y los cercenamientos del cuerpo por enfermedades letales. La sociología se ha interesado por el suicidio (Durkheim, Baechler), y desde finales del siglo pasado se encrespa el debate y aparecen las primeras legislaciones sobre eutanasia: emergen las categorías de muerte interferida y muerte útil, que obligan a reflexionar sobre el tema en tres niveles: conceptos, definiciones y criterios.

Conceptos de muerte

La muerte del ser humano es significada de diversos modos, desde la convicción que

la extinción del cuerpo marca el final de un proceso biológico, hasta las creencias de que morir es transitar por un pasaje a otro mundo en que habrá reunión con los ya fenecidos. La significación de la muerte marca el modo de vivir y se manifiesta en el proceso de morir. La muerte entendida como un pasaje a otra forma de vida lleva a una serie de prácticas de acompañamiento, oraciones preparatorias y rituales religiosos. El arte del bien morir –*ars bene moriendi*– inspiró una nutrida literatura desde fines de la Edad Media, en que el sacerdote aparece como el protagonista en la preparación del moribundo para su pasaje a otra vida. La interferencia activa en el proceso de muerte es característica de la modernidad secular que se niega a aceptar los sufrimientos corporales de la agonía y solicita abreviarla. Con la medicalización de la muerte, es el médico el encargado de este acompañamiento, como se enfatiza en la medicina paliativa que se refiere al morir dignamente, a la buena muerte, rechazando el término eutanasia, cuyo sentido originario se habría distorsionado hacia el hacer morir.

Definiciones de muerte

La muerte de un ser humano inicia una serie de procesos sociales desplegados al haberse comprobado que el cuerpo vivo ha dejado de existir como tal y es ahora cadáver. El sentido común acepta la muerte cuando cesa la respiración –el cuerpo ya no empaña el espejo– y los latidos cardíacos –desaparición del pulso–; y así lo entendía también la medicina hasta que

estas funciones vitales comenzaron a ser artificialmente asistidas. Con el advenimiento de las técnicas de resucitación, de mantención instrumental de la actividad respiratoria y cardiovascular, ya sea en pacientes conscientes o en coma irreversible –el estado vegetativo persistente (EVP)–, comenzó a debatirse si estas condiciones podían ser suspendidas a solicitud del paciente o de sus allegados representativos, con la intención de terminar con una vida vaciada de sentido y de posibilidades de recuperación. El caso emblemático fue el de Karen Ann Quinlan, una muchacha en estado vegetativo persistente cuyos padres pidieron la suspensión de apoyo vital después de varios meses de infructuosos intentos de recuperarla. Cuando finalmente se obtuvo la autorización judicial de suspender la respiración artificial, Karen siguió en EVP con respiración espontánea durante nueve años, siendo alimentada por sonda hasta su muerte por neumonía.

El debate en torno a estos pacientes, creando una zona gris entre vida y muerte, se exacerbó con el desarrollo de la medicina del trasplante de órganos de muerto a vivo, iniciando la pugna entre mantener el organismo donante con funciones cardio-respiratorias, o suspender todo soporte a fin de acelerar la muerte y obtener órganos viables para ser trasplantados. El foco de atención se trasladó desde las funciones vitales, a los centros neuronales que la controlan. Se desarrolla la definición de muerte cerebral total, vale decir, de todo el encéfalo, incluyendo el tronco donde ancla la regulación de las funciones cardio-respiratorias. Esta propuesta

ha tenido aceptación y se constituye en el fundamento legal de la definición de muerte, dejando insatisfechos a quienes quieren más –la muerte aceptable es la del organismo como totalidad, cuando pierde definitivamente funciones integrales como el control de la temperatura, la capacidad metabólica–, o piden menos –el ser humano ya está muerto si pierde las funciones cerebrales superiores que determinan su humanidad: percepción, relación con el entorno, racionalidad –muerte apálica o cortical–.

El Comité ad hoc de la Escuela Médica de Harvard para “Examinar la Definición de Muerte Encefálica”, publicó el resultado de su estudio con el título “Una Definición de Coma Irreversible”, texto que se inicia con la frase “[N]uestro propósito primario es definir coma irreversible como un nuevo criterio de muerte” (JAMA 1968; 205 (6): 337-340), que confunde un concepto definitorio con la pregunta epistemológico-médica de qué criterios diagnósticos validan la definición de muerte cerebral total.

Criterios de muerte

Los criterios de muerte son procedimientos diagnósticos para cumplir con la definición dada, lo cual ha llevado a interminables discusiones sobre cuáles son los criterios médicos adecuados. Se han desarrollado más de 30 métodos diagnósticos, desde el electroencefalograma plano –¿totalmente?– y su repetición comprobatoria a intervalos variables –entre 6 y 24 horas–, hasta pruebas sofisticadas de pérdida de metabolismo encefálico –PET o tomografía

por emisión de positrones–. No obstante, el debate continúa por cuanto la muerte encefálica total no incluye necesariamente a pacientes en EVP que pueden mantener funcionalidad cardio-respiratoria por muchos años, sea en forma espontánea o asistida, persistiendo en una condición vital indeterminada, que ha recibido por Dagognet el nombre de *faux vivant o neomort* (Agamben, 2003).

Final de la vida y fin de la muerte

La cesura entre cuerpo vivo y cadáver varía entre la muerte encefálica superior, que distingue entre persona y cuerpo, y la muerte total del organismo que afirma la persistencia de vida aunque solo se mantenga un mínimo de funciones biológicas de integración orgánica. Lo paradójico es que la perspectiva del cuerpo deshumanizado al perder sus funciones superiores es elaborada por la bioética secular, mientras que la reflexión conservadora y doctrinaria se mantiene fiel a la distinción cartesiana entre mente y cuerpo, pero considera que el ser humano que ha perdido la mente sigue siendo una persona con funciones biológicas residuales. La definición de muerte del organismo total se basa en criterios estrictamente biológicos y es sostenida, por otra parte, por quienes niegan que el cigoto sea puramente biología.

La preocupación actual por la muerte tiene dos orígenes: la capacidad biomédica de mantener funciones vitales merced al desarrollo de técnicas de resucitación, respiración artificial, monitoreo de funciones

vitales, el despliegue de cuidados y tratamientos “intensivos” y, en segundo lugar, por el auge de la medicina del trasplante, preocupada de rescatar órganos viables para trasplante sin violar el principio que la donación de muerto a vivo debe provenir de un cadáver. La muerte se convierte en un fin útil y en una tensión entre acelerar la muerte inevitable, frente a la insistencia que la vida humana ha de extinguirse sin interferencias y que el fallecido merece el respeto de la integridad corporal aunque ello redunde en escasez de órganos para personas que fallecerán sin un trasplante.

La muerte interferida

La vida de todo ser humano termina por extinguirse, sea por condiciones impuestas o por actos voluntarios. La muerte natural acaece por desgaste, morbilidad y disfuncionalidad del organismo, es la inevitable finitud de todo ser vivo por claudicación interna. La muerte impuesta por causas no naturales es un acontecimiento violento –accidente, homicidio, asesinato– o porque el individuo es obligado a poner su vida en riesgo –eventos bélicos, sacrificios–, o es condenado a la pena de muerte. La muerte impuesta es ajena o contraria a la voluntad del afectado, a diferencia de la muerte interferida que sin excepción obedece a la decisión voluntaria de una persona que desea morir, sea por mano propia –suicidio–, con asistencia –suicidio médicamente asistido– o por solicitud a otro –eutanasia.

Definitorio del suicidio es que la decisión de morir es llevada a efecto por la misma

persona, en lo que el derecho denomina principio de mismidad. Si bien es un acto privado, ha sido entendido como delito y como pecado, recién despenalizado en el transcurso del siglo pasado. E. Durkheim definió el suicidio como un hecho social y, siendo en la actualidad la décima causa de muerte, ha sido considerado como un problema de salud pública susceptible de medidas preventivas en todo similares a los programas de prevención de enfermedades orgánicas (Knox, 2004). La desazón social con el suicidio sustenta la muy generalizada opinión de que siempre se origina por depresión psíquica que, como todo riesgo mórbido, ha de ser tratada. Queda en entredicho acaso un “desorden” afectivo es señal de disminución de la competencia mental, si efectiva y comprobadamente reduce el discernimiento al punto de llevar a la decisión “irracional” de morir.

La asistencia al suicidio continúa siendo penada por la ley, claramente porque la ayuda, la incitación o incluso una posible coacción justifican la duda acaso la muerte ocurrió por voluntad autónoma del suicidante. Pese a ello, surge en recientes decenios la figura del suicidio médicamente asistido (SMA) como una forma de interferencia no culposa con la muerte de otro (Steinbock, 2005). El SMA ha sido legalizado en algunos países, y en algunos estados de Estados Unidos, sobre todo en Oregon, como una práctica jurídicamente protegida para autorizar la asistencia médica a personas que en muy determinadas circunstancias pueden solicitar la proporción de un medicamento letal. Las opacidades del SMA provienen

del requerimiento de residencia local y de la exigencia que la persona solicitante sufra de una enfermedad que provocará la muerte en un plazo no mayor de seis meses. En lo conceptual, es un contrasentido mantener la prohibición de asistir un suicidio y, por otro lado, elaborar la legitimidad de la asistencia médica que siempre ha de ser indirecta para no caer en la ilegalidad de una práctica eutanásica. La misma tensión se observa en violar la mismidad del suicidio con la interposición de una ayuda médica que lo acerca al principio de alteridad de la eutanasia, cuya condición definitoria es que decisor y ejecutor no sean la misma persona.

Ingresa al Parlamento chileno un proyecto de ley que pone en manos del médico la decisión de aplicar eutanasia. La muerte de un ser humano por decisión de otro no es eutanasia, no es muerte compasiva, es llanamente homicidio culposo, y como se ha juzgado y penalizado en varios países enfrentados con enfermeras o médicos que tomaron la decisión de dar muerte a pacientes, sentenciando con toda justeza que son casos de homicidio que pretenden disfrazarse como prácticas eutanásicas.

Eutanasia médica

El origen griego de eutanasia (buen morir) se refiere a la muerte como el final armónico del buen vivir, y la buena vida es aquella vivida en plenitud y en certeza de su finitud (Séneca)

La mayoría de los hombres oscilan entre el miedo a la muerte y las inclemencias de

la vida; no tienen voluntad de vivir y, no obstante, no saben cómo morir

(Carta IV. Sobre los terrores de la muerte)

El deseo de morir puede ser sentido no solo por el hombre sensato o por el bravo o por el desdichado, sino también incluso por el hombre que está ahíto.

(Carta LXXVII. Quitarse la propia vida)

En la Edad Media se despliega el *ars moriendi*, una forma literaria que describe y sugiere el mejor modo de afrontar la muerte inminente para tranquila y gozosamente emprender el pasaje hacia la vida postterrenal. Con el tiempo y en un mundo cada vez más secularizado, el acompañante religioso fue siendo reemplazado por el protagonismo médico en el proceso de muerte, que sufre a partir del siglo XX, al menos cuatro influencias decisoras: medicalización, el cientifismo biomédico, la intervención y la reformulación del proceso de muerte y su intervención.

La medicalización de la muerte señala que esta ocurre cada vez con mayor frecuencia en instituciones médicas –hospitales, clínicas, hospicios–, donde se muere en medio de conexiones, tuberías, delantales blancos, celestes, azules, rosados, que conforman el “equipo médico” que acompaña al moribundo. El proceso de monitoreo se convierte en uno de activa intervención, iniciando un programa de actividades y maniobras, ora por conservar la vida a todo coste y sin escuchar la voz del afectado, ora para mantener la vitalidad del

organismo a fin de obtener órganos viables para trasplante. La interferencia activa en el proceso de muerte, si no cuenta con la anuencia del muriente, es una violación del imperativo categórico kantiano que requiere tratar a toda persona como un fin, no solo como un medio. Si la interferencia consiste en acelerar la muerte en respeto de la voluntad de quien desea morir, se constituye la figura de la eutanasia.

Es de lamentar que la idea unívoca de hacer morir en cumplimiento de la voluntad expresa de quien lo solicita, haya sido sometida a tergiversaciones tan severas como el asesinato de “vidas indignas de seguir viviendo” perpetrado durante la dictadura del nazismo alemán, los genocidios emprendidos en nombre de una supuesta pureza racial, y todos los actos de violencia homicida que se ocultaron bajo el término eutanasia con la disculpa de que tenían plena justificación en nombre de valores superiores a los de ciertas vidas humanas. Estas burdas manipulaciones conceptuales a objeto de presentar actos profundamente abusivos como rectos y legítimos, llevó a la desconfianza del término eutanasia y a proponer sucedáneos semánticos como ortotanasia, distanasia, adistanasia, cacotanasia, que solo tienen significación al interior de doctrinas que rechazan la eutanasia propiamente entendida (Vidal, 1991).

Por eutanasia se entiende la “muerte sin sufrimiento físico y, en sentido estricto, la que así se provoca voluntariamente”. Esta definición de diccionario realza la muerte sin sufrimiento, pero es imprecisa al no destacar el carácter de alteridad de una

práctica eutanásica –quien decide requiere de otro que ejecute–, la diferencia en lo esencial del suicidio, que obedece al principio de mismidad –quien decide y ejecuta es la misma persona.

Las diversas tipificaciones de eutanasia soslayan algunos rasgos inexcusables: la eutanasia pasiva inicia un período prolongado de agonía con sufrimientos mal paliados; la eutanasia involuntaria –contra los deseos del afectado– o la forma no voluntaria –sin consultar al afectado– son modos inadecuados de acelerar la muerte por motivos que no provienen de la voluntad del muriente. La eutanasia activa, que acelera la muerte solicitada de manera expedita y técnicamente efectiva, es la única forma de cumplir con lo deseado por el paciente: abreviar el período de sufrimiento y ser llevado a la muerte sin dilación ni padecimientos adicionales. La eutanasia activa se refiere estrictamente al contexto médico, tanto por la condición mórbida del solicitante, como por la necesaria idoneidad médica de la ejecución.

Condiciones legitimadoras de eutanasia

Cuatro son las condiciones que debieran cumplirse para legitimar una solicitud de eutanasia médica amparada por ley:

1. Incapacidad corpórea
2. Sufrimiento intolerable e intratable
3. Voluntad expresa de desear la muerte
4. Necesidad inobjetable de ejecución por otro

La incapacidad corporal se da en enfermos debilitados por enfermedades progresivas en estado crítico (los impropriamente denominados “enfermos terminales”), así como en procesos crónicos sin muerte inminente (esclerosis amiotrófica lateral, esclerosis múltiple), y personas corporalmente limitadas por discapacidad extrema –cuadriplejía, síndrome de encastillamiento.

Las limitaciones extremas del cuerpo conllevan una dependencia para actividades cotidianas incluyendo el cuidado de sí mismo, acompañada de sentimientos de culpa, vergüenza, inutilidad, pérdida de sentido, desesperanza, clausura de futuro. Esta emotividad negativa puede llevar al deseo de muerte también en personas que no viven un proceso evolutivo de enfermedad con pronóstico letal previsible. Es precisamente la limitación vital intolerable que no tiene visos de terminar, lo que acucia a estas personas a sentir la muerte como una absolución; lo testimonia el caso real de Ramón Sampedro –cuadripléjico traumático desde los 25 años de edad–, en su autobiografía filmada, *Mar adentro*, quien durante 27 años bregó por recibir la autorización para ser ayudado a morir. Al deliberar sobre la posible aceptación de prácticas eutanásicas, ha de ser considerado que no solo atañe a personas en proceso de muerte, sino que también a aquellos cuyas limitaciones corpóreas extremas y la consecuente dependencia, les son intolerables.

La segunda condición para legitimar la eutanasia es el padecimiento de sufrimientos intolerables, que entre anglohablantes se designan como intratables. El respeto

a la persona que fundamenta toda ética, invalida que el grado de sufrimiento sea evaluado por otros, o mirado con suspicacia paternalista inclinada a descreer al afectado porque su deseo de morir es producto de depresión afectiva, que bien puede estar presente pero no por ello reduce el discernimiento de la persona. El reconocimiento de sufrimientos intratables significa que la paliación no ha sido posible o ha sido rechazada por el afectado si, por ejemplo, considera inadmisibles los efectos secundarios del tratamiento paliativo. En recientes publicaciones de bioética se debate acaso la solicitud de eutanasia es realmente autónoma cuando otras alternativas como medicina paliativa no han sido convocadas o no están disponibles. Aun sin elevar la autonomía personal a un principio inviolable, son inaceptables los argumentos que pretenden coartar el ejercicio autónomo a situaciones contextuales desfavorables: estado depresivo, sufrimiento, obnubilación por dolores intensos. Los intentos de desacreditar las decisiones autónomas son sospechosas para una bioética basada en el reconocimiento de toda persona como mentalmente competente para formar sus propios juicios con respecto a sí misma, en tanto no se demuestre en forma fehaciente que no es así.

En tercer término, el deseo de morir debe proceder de una voluntad libre, clara y reiteradamente expresada, registrada sea por declaración repetida y testimoniada por terceros, sea por la elaboración de un documento. Esta condición es esencial para descartar toda decisión que no sea

la propia, invalidar la “muerte por compasión” u otros motivos para actuar sin o en contra de la voluntad del afectado.

La cuarta condición para un acto eutanásico legítimo, ratifica que la persona cuya voluntad es morir está físicamente incapacitada para suicidarse, siendo ése el único motivo por el cual debe recurrir a la alteridad de que otro ejecute lo que el solicitante decide pero es impotente de llevar a cabo. El principio de alteridad inevitable es respetado en las legislaciones que aceptan la eutanasia, siendo erosionado y lesionado en las iniciativas de permitir el suicidio médicamente asistido.

A estas cuatro condiciones inexcusables, ha de agregarse la regulación práctica para validar las acciones eutanásicas: autorización, plazos, documentación de voluntad, formas de administrar medicamentos letales, registro, fiscalización.

Contra la eutanasia

Hay al menos tres perspectivas antagónicas a la eutanasia, cuya recurrencia en los debates les concede fuerza persuasiva: el argumento de la pendiente resbaladiza, la doctrina del doble efecto, y la presentación de objeciones de conciencia.

La pendiente resbaladiza es invocada por temor a que una permisión acotada tiene la incorporación de excepciones y la tentación del abuso mediante la sistemática erosión entre lo autorizado y lo prohibido. Sin embargo, este argumento tiene una inconsistencia éticamente reprochable, pues comienza por aceptar la permisividad

limitada, para luego recusarla por temor al abuso, cuando lo coherente sería, si se acepta una práctica en determinadas circunstancias, introducir controles y fiscalización inapelables que velen por toda extralimitación.

La doctrina del doble efecto propone que un acto absolutamente prohibido, sea aceptable si es secundario a un acto benéfico y necesario que no puede evitar el efecto secundario nefasto: salvar a la madre a sabiendas de que la intervención producirá el aborto, administrar opiáceos en dosis altas para calmar dolores, aunque ello con toda seguridad llevará a un paro respiratorio letal. El doble efecto presupone que la intención del agente es obtener el efecto principal benéfico, siendo indeseado, aunque previsto y aceptado, el mal secundario. Presupone, además, que el efecto indeseado es dogmáticamente inaceptable salvo en la circunstancia en que el beneficio es proporcionalmente justificador. El proporcionalismo, introducido en la doctrina de la Iglesia católica ha sido, no obstante, rechazado por Juan Pablo II quien, en su Encíclica "Veritatis Splendor" (1993), insiste que hay actos intrínsecamente malos, siempre condenables, imposibles de someter a evaluación proporcional.

Ante la inminencia de que se legalicen prácticas incompatibles con la creencias de médicos indispuestos a realizarlas, se invoca la validez moral y jurídica de la objeción de conciencia, que difiere de la desobediencia civil consistente en negar la validez de una ordenanza o ley. La objeción de conciencia no cuestiona

la legalidad, sino que reconociéndola, hace uso del derecho de eximición de cumplimiento por la persona no dispuesta a violar creencias y principios contrarios a los actos solicitados. Invocar la objeción de conciencia se fundamenta en el derecho de disentir con el cumplimiento de un derecho que ha sido legalizado. La objeción es siempre individual, fundamentada en razones personales, que niega la participación del objetor pero no puede actuar de tal modo de bloquear el derecho que legítima y legalmente ejerce el solicitante. De allí que no sea de derecho ni éticamente sustentable establecer una objeción institucional, primero porque las instituciones no tienen conciencia sino reglamentos y, segundo, por cuanto la negativa institucional significa bloquear y por ende violar el derecho de quien solicita intervención en acuerdo con la ley. Allí donde se permita el aborto o la eutanasia, en determinadas condiciones, la persona solicitante, si cumple con las condicionantes establecidas, sería ilegalmente violada en su derecho frente a una institucionalidad que le niega lo solicitado sin asegurar una alternativa accesible.

Legalizar o despenalizar

El paso más cauteloso desde una prohibición a la permisión condicionada es despenalizar bajo ciertas y muy determinadas normas, actos que eran culposos y condenados por la ley. La despenalización mantiene la condena legal para aquellos actos que no cumplen rigurosamente con las normas de excepcionalidad decretadas,

penalizando toda infracción que transgreda las condiciones e indicaciones de lo permitido. Con la despenalización se abre una brecha acotada que permite el rigurosamente condicionado y fiscalizado actuar, sin restar estrictez a la penalización de transgresores.

La legalización es una forma más extensa de revertir lo que estaba legalmente prohibido. La ley permisiva es más amplia en su normativa, por cuanto su objetivo no es tanto satisfacer la excepcionalidad como acoger casos y situaciones que escapan a lo restrictivo con recurso a la clandestinidad. Si la legalización de intervenciones en los extremos de la vida acoge una variedad de situaciones, espera con ello que se haga innecesario recurrir a prácticas ilegales y clandestinas, evitando así los efectos negativos de lo técnicamente deficiente y moralmente oscuro.

Es preciso recalcar que los valores culturales de las sociedades contemporáneas continúan siendo adversos al aborto y a la eutanasia, por lo cual no se dan las posiciones pro aborto "a secas", ni de eutanasia descontrolada. La deliberación ha de considerar que aborto y eutanasia médica son modos de enfrentar realidades problemáticas y conflictivas que la sociedad no ha sabido resolver satisfactoriamente, donde espacio público y ámbito privado deben buscar un equilibrio estable entre bien común y autonomía individual. La legitimidad que precede a la legalidad solo se alcanza con una deliberación ciudadana exhaustiva que estimule normativas que sean respetuosas y tolerantes de la pluralidad axiológica y ética que

impregna la realidad sociocultural de la época moderna (Montiel y García, 2007).

Hay una tendencia a dar por agotada la época actual del holoceno para iniciar la del antropoceno (de griego ἄνθρωπος anthropos, 'hombre', y καινός kainos, 'nuevo'): la actividad humana que interviene en los ecosistemas sociales y naturales, incluyendo el inicio, el transcurso y el final de la vida del cuerpo humano.

Referencias

- Agamben, G. (2003). *Homo sacer*. Valencia: Pre-Textos.
- Akrich, M. (2006). Ne pas oublier l'avortement: parcours avec la condition foetale. *Travail, genre et sociétés* 15:163-168.
- Arendt, H. (1985). *Vita Activa*. München: R. Piper & Co.
- Baylis, F., Kenny, NP., Sherwin, S. (2008). A Relational Account of Public Health Ethics. *Public Health Ethics* 1(3): 196-209.
- Canguilhem, G. (2008). *Knowledge of Life*. New York: Fordham University Press.
- Boltanski, L. (2013). *The Foetal Condition*. Cambridge, Malden: Polity Press.
- Devreaux, AM., Ferrand-Picard, M. (1982). La loi sur l'avortement. Chronologie des événements et des prises de position. *Revue française de sociologie* 23-3: 503-518.
- Ferrand-Picard, M. (1982). Médicalisation et contrôle social de l'avortement. *Revue française de sociologie*, 23-3: 383-396.
- Foucault, M. (2009). *Historia de la sexualidad, 1. La voluntad de saber*. 2ª ed., 3ª reimpresión. Madrid: Siglo XXI.
- Knox, KL. (2004). If Suicide Is a Public Health Problem, What Are We Doing to Prevent it? *American Journal of Public Health* 94(1): 37-45.
- Kottow, M. (2012). *Bioética relacional*. Saarbrücken, Editorial Académica Española (Lap Lambert Academic Publishing GmbH).
- McCormick, R., s.j. (1989). *The Critical Calling*. Washington, D.C.: Georgetown University Press.
- Montiel, L., García, M. (eds.) (2007). *Pensar el final: la eutanasia. Éticas en conflicto*. Madrid: Editorial Complutense.
- Séneca (2010). *Sobre la brevedad de la vida*. Junta de Andalucía.
- Steinbock, B. (2005). The case for physician assisted suicide: not (yet) proven. *Journal of Medical Ethics* 31: 235-241.
- Thomson, JJ. (1971). A defense of abortion. *Philosophy and Public Affairs* 1(1): 47-66.
- Vidal, M. (1991). *Diccionario de ética teológica*. Barañain (Navarra): Editorial Verbo Divino.
- Villela, CF., Linares, S.J.E. (2012). Diagnóstico prenatal y aborto. Dos cuestiones de eugenesia y discriminación. *Revista de Bioética y Derecho*, 24: 31-43.
- Wilkinson, D., de Crespigny, L., Xafis, V. (2014). Ethical language and decision-making for prenatally diagnosed lethal malformations. *Seminars in Fetal & Neonatal Malformations* 19: 306-311.

Tecnificación de la muerte: naturalidad y artificialidad de la vida

Yuri Carvajal B.*

En una simple serie de tiempo la cantidad de personas que mueren en un hospital y aquellas que lo hacen en su domicilio, entre 1997 y el 2012 en Chile, se mantiene estable. Con oscilaciones no azarosas, la mediana de ambas proporciones se ubica en 46%, los mismos valores que inician y cierran la secuencia.

Si suponemos que ha existido un crecimiento de la complejidad de las camas hospitalarias en este período, al menos podemos sugerir que las muertes intrahospitalarias ocurren con un mayor soporte tecnológico.

Un primer acercamiento empírico al problema, no puede obviar una frase breve pero enredada de la Ley 20.584 Sobre derechos y deberes de los pacientes. Esta regulación, al reconocer el derecho de los pacientes a rechazar un tratamiento, puso la espada amenazante de una sentencia dramática: "En ningún caso, el rechazo de tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte". El efecto se logra por la proximidad de dos figuras espectrales que convocan un panorama desolador: lo

artificial y la muerte, en un encuentro del que nada bueno puede esperarse.

Una frase que quizás no vino a la mano de los legisladores con un propósito literario tan especificado. Es mucho más posible que se trate de otra de esas sentencias que, circulando de boca en boca, aterriza bruscamente en medio de las cuestiones públicas, en un debate acalorado que no permite mayor distancia ni reflexividad.

La muerte y lo artificial logran su efecto en la frase citada, pues se oponen en dos polos morales: el proceso de muerte queda tácitamente inscrito *en y la* porción del mundo regido por las normas de un orden natural, regular y definido. En lo artificial quedan relegadas las cosas que violentan las leyes de ese trazado, las anomalías, excepciones y artefactualidades. Con la imagen que asigna las cargas en una forma dual, dialéctica y antitética, el debate ético se acaba. ¿Quién osaría ir contra una ley como la de deberes y derechos, que solo intenta apuntalar el orden de lo natural, contra tanta artificialidad monstruosa avanzando contra lo natural?

La tecnificación de la muerte convoca a pensar de otros modos, a preguntarnos si acaso la artificialidad y lo natural no corresponden a dualidades mundanas, siendo tal vez distinciones políticas, cívicas, formas de convivencia. Si la artificialidad

* Yuri Carvajal agradece el apoyo del Fondecyt al proyecto 3130585, Controversias tecnológicas en la reforma de salud: análisis desde la sociología de la traducción.