

LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN EL MARCO DE LA LEY DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN CHILE Y LOS DISCURSOS DE SABER/ PODER EN TORNO AL ABORTO

The Objection of Consciousness within the Framework of the Volunteer Interruption Law of Pregnancy in Chile and the Discourses of Knowledge/ Power about Abortion

Lorena Denisse Etcheberry Rojas

Universidad Autónoma de Barcelona

letcheberry@gmail.com

Resumen:

El presente artículo es producto de reflexiones relacionadas con mi tesis de doctorado –sobre eutanasia y aborto- en torno al aborto en Chile. En este contexto la pregunta que nos hacemos en este espacio, consiste en saber sobre cuáles son los discursos que podrían estar avalando la objeción de conciencia actual, presentada por el personal sanitario de tres tipos de instituciones (hospital público, clínica privada confesional y clínica privada no confesional) en el marco de la ley de interrupción voluntaria del embarazo en Chile. Para aquello comenzamos a dar cuenta, de manera breve, sobre el panorama latinoamericano en relación al aborto, para adentrarnos en temáticas tales como la autonomía de las mujeres, el disciplinamiento y los discursos de saber/poder en este contexto.

Palabras clave: disciplinamiento de los cuerpos, autonomía, derechos sexuales y reproductivos, objeción de conciencia, discursos.

Summary:

This article is the product of reflections related to my doctorate thesis -on euthanasia and abortion- about abortion in Chile. In this context, the question we ask ourselves consists of knowing what are the speeches that could be endorsing the current conscientious objection presented by the health personnel of three types of institutions (public hospital, confessional private clinic, and private clinic non-confessional) within the framework of the law of voluntary termination of pregnancy in Chile. For that, we began to give a brief account of the Latin American panorama in relation to abortion, to delve into issues such as women's autonomy, discipline and discourses of knowledge / power in this context.

Keywords: discipline of bodies, autonomy, sexual and reproductive rights, conscientious objection, discourses.

Introducción

¿Cuál ha sido el carácter que ha adoptado el aborto en las distintas sociedades occidentales? De acuerdo a Lamas (2015), las diferentes culturas establecen “lo pensable” respecto a la producción de ideas socialmente aceptadas que emanan desde un conjunto social y de sus valores morales, mientras que por otra parte se establece “lo posible” en relación a aquello que se puede hacer en el espacio público y en el privado. Según la autora, el aborto ha sido posible, de manera continua en nuestras sociedades en la medida que se han desarrollado prácticas permanentes en torno a éste, buscando el propósito de la liberación de una maternidad impuesta (Devereux, 1976 en Lamas, 2015).

Asimismo, en el marco de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DDSSRR), se ha protegido el derecho a decidir sobre el número y el espaciamiento de los hijos e hijas, así como que los medios y la información para aquello se encuentre disponible (Bareiro, 2003).

Es desde esta libertad desde donde nos preguntamos sobre qué sucede con el aborto. Al respecto es interesante destacar que esta práctica permite decidir a la mujer de una forma autónoma sobre su reproducción. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que el aborto es la “Interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno” (en Astete, Beca y Lecaro, 2014: 1450).

Desde el ámbito de los movimientos sociales, también podemos decir que la demanda sobre el aborto es una de las más antiguas del movimiento feminista, quienes la han planteado como un asunto de salud pública, de justicia social y como una aspiración democrática (Lamas 2008). En este contexto la temática del aborto ha tenido su correlato en el marco de la lucha social, en búsqueda de la igualdad y la autodeterminación.

Sin embargo la temática del aborto se encuentra conectada con posiciones divergentes que, valiéndose de distintos argumentos, en favor o en contra, producen un escenario social proclive o no para la instalación de los debates y para la deliberación. En este contexto Chile ha vivido dicho debate, en la medida que el año 2015 se presentó un proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo en tres causales: posible muerte de la mujer, inviabilidad fetal con carácter letal y violación. Dicho proyecto se promulgó en ley el año 2017, lo que fue un avance sustantivo tanto para el movimiento feminista, los sectores más progresistas de la población, y las mismas mujeres y niñas del país.

En este momento nos encontramos en una fase de implementación que sin lugar a dudas, se construye como un espacio de disputa de poder en torno a las resistencias que se pueden suceder en el marco de la implementación de la ley. Uno de dichos obstáculos, que ha tenido impacto en la posibilidad de interrupción del embarazo por parte de mujeres chilenas, ha sido la objeción de conciencia, la que se ha instalado en el marco de resistencias y en un contexto de discursos de saber/poder científico que se entrecruzan con posicionamientos morales y valóricos.

En relación al panorama nacional, y a lo indicado por el Ministerio de Salud de Chile (2018), respecto de la objeción de conciencia de médicos/as obstetras, podemos plantear que ésta se encuentra mayoritariamente en la tercera causal, respecto de la violación, seguido de la causal dos, sobre inviabilidad fetal con carácter letal y por último la primera causal, sobre posible muerte de la mujer.

De este modo el siguiente cuadro releja los casos de objeción de conciencia de médicos/as obstetras del país, según región y causales.

Servicio de Salud	Contratados	Objetores		
		Causal 1	Causal 2	Causal 3
Arica	14	1	2	4
Iquique	20	2	2	12
Antofagasta	35	0	0	22
Atacama	18	10	10	10
Coquimbo	46	4	6	12
Aconcagua	22	8	8	13
Valparaíso	43	1	5	17
Viña de Mar	69	13	17	40
Metro Central	56	4	5	8
Metro Norte	47	2	1	2
Metro Occidente	98	20	25	39
Metro Oriente	52	12	13	17
Metro Sur	72	3	10	21
Metro Sur Oriente	105	11	8	15
O'Higgins	63	35	32	51
Maule	78	42	57	69
Ñuble	34	5	16	20
Bio Bio	22	8	9	14
Concepción	52	14	18	39
Arauco	9	1	2	3
Talcahuano	28	0	0	0
Araucanía Norte	19	11	15	16
Araucanía Sur	30	11	16	21
Osorno	16	2	7	16
Valdivia	24	0	8	15
Del Reloncaví	25	4	11	19
Chiloé	17	5	5	8
Aysén	10	2	3	5
Magallanes	16	0	0	10
Total	1.140	231	311	538

Figura 1: Objeción de conciencia en médicos/as obstetras, según región y causal

De esta manera, en el contexto del presente artículo lo que nos interesa centralmente es responder la pregunta sobre ¿cuáles son los argumentos del personal sanitario, que se encuentran detrás de la objeción de conciencia?, en este sentido ¿cuáles son las trabas argumentativas que aduce el personal sanitario chileno que implican tomar la decisión de no intervenir en los casos de las tres causales? Así, en este artículo nos interesa indagar sobre los discursos del personal sanitario chileno en torno a la objeción de conciencia y en particular sobre cuáles son los argumentos de fondo, en contra del aborto.

Para este objetivo, hemos dividido en cinco partes el presente manuscrito: inicialmente comenzamos por desarrollar un breve repaso sobre el panorama latinoamericano; posteriormente desarrollamos algunos conceptos que tienen relación con la autonomía de las mujeres; posteriormente entregamos pistas acerca del disciplinamiento de los cuerpos y de los discursos de saber/poder; para luego revisar los discursos del personal sanitario, centrándonos en entrevistas realizadas a profesionales de tres instituciones (hospital público, clínica confesional y clínica no confesional); finalmente, desarrollamos algunas reflexiones a modo de conclusión abierta para el debate.

Latinoamérica interrogada

En este espacio nos resulta de interés acudir a estudio de la OMS y del Instituto Guttmacher, publicado el año 2012 (en Piekarewicz, 2015) que proporciona información respecto al contexto global sobre el aborto en distintas regiones. De esta manera el estudio plantea que existen diferencias significativas entre aquellos países “desarrollados” y aquellos “subdesarrollados”. De esta manera se plantea que “entre 1995 y 2008, la tasa de aborto voluntario de los primeros cayó en proporción de 3 a 1 respecto de los países en desarrollo (-15: -5). La disminución más notable tuvo lugar en Europa (-21). En contraste, y pese a una reducción de 5 puntos, América Latina registró en 2008 la tasa de aborto inducido o voluntario más alta del orbe (32 abortos por cada mil mujeres de 15 a 44 años de edad)”. (Piekarewicz, 2015: 9).

De este modo, la investigación nos proporciona información para desmitificar el argumento de que en los países donde existen menos restricciones para abortar, existiría un mayor número de abortos. En el sentido contrario, lo que nos proporciona el estudio es que en aquellos países donde hay políticas públicas de aborto más restrictivas es donde existe una tasa mayor de abortos, como es el caso de América Latina.

Piekarewicz (2015) establece la existencia de un modelo llamado “gradualista”, en el cual se encontrarían países tales como: Cuba, la Ciudad de México, Uruguay y Colombia. Dichos sistemas se conectan con la variación de plazos para abortar, al mismo tiempo de poder estar vinculado a causales. “Los plazos para el aborto a solicitud de la mujer varían de las 10 a las 24 semanas de gestación -la mayoría de los países admite 12 semanas-. Algunos han adoptado un sistema mixto de plazos y supuestos; otros, sólo de supuestos, los cuales abarcan el espectro de situaciones en las que la interrupción del embarazo suele requerirse: por peligro de muerte para la mujer; para la preservación de la salud física de la mujer y para la preservación de su salud mental (o psicológica); por embarazo a causa de incesto o violación; por malformaciones graves del feto; por razones económicas y/o sociales” (2015:12).

Cabe mencionar que Dides (2011) plantea que en el contexto latinoamericano se han establecido altas restricciones para la realización de abortos en conjunto con la existencia de criterios variados según cada país. En este escenario, tanto Dides (2011) como Piekarewicz (2015) señalan que en Latinoamérica existen 3 países que no permiten el aborto bajo ningún supuesto: El Salvador, Nicaragua, y Chile. Aunque se nos hace necesario aclarar que el 15 de septiembre del año 2017 se promulgó en Chile la ley de interrupción del embarazo bajo tres causales (posible muerte de la mujer, inviabilidad fetal y violación), lo que implica salir de la lista de países que tienen restricción al aborto bajo toda circunstancia.

Las posibilidades de ejercicio de autonomía de las mujeres en Chile

Entre los años 1973 y 1990 Chile vivió una de las dictaduras más violentas de la región, donde, además de la violación de los derechos humanos y las muertes y torturas de hermanos y hermanas, se instaló un modelo neoliberal sin precedentes, a través de políticas privatizadoras, en el marco de una constitución conservadora que ha permanecido hasta la actualidad.

De esta forma, durante el último año de dictadura, el año 1989, fue prohibido todo tipo de aborto inducido estableciéndose sanciones judiciales que iban desde los tres años y un día hasta los cinco años de presidio. Cabe destacar que anteriormente regía la normativa del Código Sanitario, que permitía el aborto terapéutico. Sin duda esta nueva medida generó que el aborto en clandestinidad emergiera como un fenómeno de peligro y riesgo para las mujeres del país.

Fue en el mes de enero del año 2015 cuando la presidenta Michelle Bachelet envió un proyecto de ley de “despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo bajo tres causales”. En este contexto, las causas contempladas fueron: posible muerte de la mujer, inviabilidad fetal y violación. Cabe destacar que previo a este proyecto habían sido innumerables los intentos por establecer la temática del aborto en el Congreso. Sin embargo esta nueva iniciativa tenía el respaldo del poder ejecutivo así como un fuerte respaldo desde las organizaciones sociales chilenas y en particular las organizaciones feministas.

De este modo, desde la presentación del proyecto de ley en el año 2015, se desarrollaron diversos seminarios, conversatorios, notas de prensa y entrevistas, las que reflejaban el debate suscitado respecto a la temática desde la visión de distintos actores y sus posturas. Recientemente, el año 2017 se aprobó el proyecto de ley, lo que incidió en su promulgación como ley el 15 de septiembre del mismo año.

La problemática del aborto se conecta en función de la autodeterminación de los cuerpos de las mujeres, al mismo tiempo de interrogarse sobre cómo es la vida que se desea vivir, en términos de dignidad y de autonomía. En este contexto, la problemática del aborto nos plantea la posibilidad de derecho a decidir sobre nuestros cuerpos, así como la percepción de la vida desde distintos ángulos: vida sometida, vida reconocida. Asimismo, nos plantea la cuestión de la producción de corporalidades en un escenario social, cuerpos autónomos, resistentes, determinados, modelados, sumisos o libres.

Desde esta vereda nos preguntamos sobre qué elementos constituyen la autonomía, o bien cómo podemos apelar a ésta. Siguiendo con esta reflexión, consideramos que la autonomía viene a ser la capacidad del/la sujeto/a de agenciar su vida con sus propios recursos (económicos, sociales, políticos, subjetivos, etc.) para su pleno desarrollo en sociedad. En este marco, la autonomía vendría a ser el cómo la persona toma las decisiones de su vida de manera libre, con plena participación en los distintos ámbitos de la sociedad.

Sin embargo, nos parece necesario complejizar el análisis destacando el tema de las relaciones, es decir, sobre cómo concebimos dicha autonomía en el marco de un entramado relacional. En este contexto, consideramos necesario hacer un reconocimiento de la sociedad y del Estado frente a las decisiones que tienen los/as sujetos/as sobre sus proyectos del vida, pero al mismo tiempo no olvidamos que somos seres relacionales, que dependemos y necesitamos de otros/as y que por lo mismo tenemos que hacer un ejercicio en el marco de la autonomía para distanciarnos de dichas relaciones, una distancia reflexiva que nos permita posicionarnos críticamente.

Al respecto Rodríguez destaca que “más sentido tiene asumir que nuestra autonomía cobra forma a través de nuestro entramado relacional, sin llegar a diluirse en ninguna relación concreta. En esta visión relacional de la autonomía, su virtualidad consiste, precisamente, en evitar que la persona se diluya en sus relaciones, en

permitir que nos posicionemos críticamente respecto a cualquier relación concreta desde la perspectiva de cualquier otra, que asumamos una «distancia reflexiva» de nuestros roles sociales. La autonomía se entiende así como nuestra capacidad de definir nuestro complejo relacional, asumiendo nuestra imbricación en él, sí, pero permitiendo que nos posicionemos respecto de cualquier relación concreta, para entablarla, reforzarla, matizarla o rechazarla. (Rodríguez, 2012: 55)

También podemos ver la autonomía bajo dos ejes: como proceso y como fin último a alcanzar. En este contexto las personas vivimos en sociedad y vamos adquiriendo recursos y desarrollando capacidades para auto-agenciarnos, lo que implica la producción de una subjetividad autónoma. Ahora, estos procesos no sólo implican el desarrollo personal de manera individual, sino que también se encuentran inter-conectados con las condiciones de posibilidad de los entornos sociales para el desarrollo de dicha autonomía.

En este escenario, podríamos plantear que la autonomía tiene un componente individual/subjetivo y otro social/institucional, los cuales se definen y se influyen directamente entre sí. De este modo, podríamos establecer inicialmente, que el componente individual/subjetivo se relaciona con los procesos de incorporación de la autonomía como producción del ser, y como elemento secundario, el componente social/institucional se vincularía a aquellas barreras que impiden el desarrollo de la autonomía o bien, a aquellos elementos que facilitan el ejercicio de la autonomía, tales como el ejercicio de los derechos

Los sistemas patriarcales que se instalan en nuestras sociedades, generan un posicionamiento diferenciado de las mujeres, y más allá de diferenciado, un posicionamiento en desventaja y en subordinación, en la relación con los hombres. De este modo, las mujeres, en su diversidad, experimentan menos grados de libertad en la construcción de sus autonomías. La CEPAL¹ (2012) plantea tres tipos o dimensiones de la autonomía de las mujeres: la autonomía económica, la autonomía en la toma de decisiones y la autonomía física, las cuales se encuentran íntimamente relacionadas.

Por otra parte Frasser (1997) establece la distinción injusticia cultural e injusticia socioeconómica, las que imposibilitarían el ejercicio de la autonomía de las mujeres. De esta manera, para la autora ambas injusticias se encuentran interconectadas se vinculan a soluciones por medio de la redistribución (la injusticia económica) y el reconocimiento (la injusticia cultural). Cabe destacar que esta distinción analítica conlleva una paradoja, denominada “el dilema de la distribución y el reconocimiento”, dado que las personas “necesitan negar y afirmar a la vez su especificidad” (Frasser, 1997:26).

Nos preguntamos, de este modo, sobre cuál es el rol del Estado frente a este escenario. En este contexto contemplando las estructuras de desigualdad e injusticia que presenta nuestra sociedad y que constituyen barreras para el ejercicio de la autonomía de las mujeres, el Estado debería tomar un papel protagónico para avanzar en la construcción de políticas de igualdad para una sociedad más justa, en el marco de reconocimiento de las distintas identidades socioculturales existentes y redistribuyendo los recursos socioeconómicos de manera equitativa.

Disciplinamiento de los cuerpos y discursos de saber/ poder

Foucault (2002) plantea la existencia de un modelamiento de los cuerpos desde las instituciones sociales, lo cual se conecta con el tema de las relaciones de poder en la existencia de una asimetría del mismo. De este modo Revel (2008) destaca que se trata de una disposición donde el poder influye en las prácticas, las instituciones y los saberes, lo cual no lo podemos reducir en términos de cosificación, sino más bien a un fenómeno que no pertenece a nadie y es variable con la historia.

¹ Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

En este contexto, respecto del poder, podemos decir que existe un reconocimiento de que son prácticas y relaciones estructuradas intersubjetivamente transformándose y transmutándose. De este modo Foucault (1969) establece la existencia, en Occidente de un engranaje entre poder y saber. Para Revel “el poder político está entramado con el saber: la manera en que da nacimiento a efectos de verdad e, inversamente, la manera en que los juegos de verdad hacen de una práctica o de un discurso una postura de poder” (2008: 67). En este sentido develamos que poder y saber se construyen entre sí para la generación de discursos de verdad hegemónicos. Tales discursos los podemos apreciar en los medios de comunicación, en el ámbito político e incluso en el ámbito científico- médico que planteamos en este artículo.

De acuerdo al pensamiento de Aguilera (2010), en la actualidad los cuerpos son controlados desde los ámbitos policial, sanitario- económico y administrativo, considerando dicho control como el estable en la medida que se modelan por medio del Estado como una máquina política. Sin embargo, Foucault destaca que no es posible plantear la dicotomía entre sociedad “soberana” y “disciplinada”, sino más bien resulta necesario aplicar una triada que vaya más allá de dicho binomio, en la medida que reconocemos la gubernamentalidad como un tercer componente facilitando la administración de los dos componentes anteriores. Respecto a dicha gubernamentalidad. Revel (2008) plantea que tiene que ver con la prestación productiva desde los cuerpos, lo que implica el desborde del marco jurídico tradicional del poder –el de la soberanía- con el objetivo de integrar los cuerpos de los/as individuos/as y su misma vida. En este contexto, la autora destaca que es por medio del Estado que, apelando a la gubernamentalidad produce “biopoderes” administrados de manera global, obteniendo de este modo disciplinamiento en las poblaciones para una maximización de la reproducción/producción. De este modo, la biopolítica es planteada como un control de las estrategias individuales y de la libertad.

De este modo, es posible plantear que las distintas legislaciones en torno al aborto determinan gestiones gubernamentales que modelan y disciplinan los cuerpos de las mujeres diferenciadamente. Asimismo, en dicho contexto emergen discursos de saber/ poder que se instalan en los espacios sociales, estableciendo verdades en torno a las prácticas y gestiones corporales, lo que se puede conectar con aquellos discursos médicos y del personal sanitario, que avalan la objeción de conciencia en el marco de la ley de interrupción voluntaria del embarazo y que tienen repercusiones prácticas en la medida que se pueden establecer como trabas y barreras para que las mujeres accedan al aborto.

Los argumentos del personal sanitario en la base de la objeción de conciencia enmarcados en la ley de interrupción voluntaria del embarazo en Chile

Sobre la objeción de conciencia

El día 29 de junio del año 2018, se estableció en el Diario Oficial de Chile, la aprobación del “Reglamento para ejercer la objeción de conciencia según lo dispuesto en el artículo 119 del Código Sanitario” del Ministerio de Salud de Chile. Dicho reglamento establece las principales regulaciones que tienen las instituciones de salud y el personal sanitario en torno a la objeción de conciencia en el marco de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en tres causales.

Cabe destacar que Casas y Dides, señalan acerca de la objeción de conciencia que “la literatura alude a la objeción de conciencia como una manifestación de desobediencia civil, pero es distinta de ésta. Peces-Barba sostiene que la objeción es una inmunidad o un derecho subjetivo, y supone una excepción a una obligación jurídica. La objeción supondría la regulación de la exención de cumplimiento de una obligación jurídica fundamental, derivada normalmente de las relaciones laborales o funcionarias (contrato de trabajo o estatuto funcionario); está dirigida a los poderes públicos y a los particulares y siempre se plantea frente a una obligación personal. El accionar del objetor responde únicamente a dejar a salvo su conciencia, ya sea por razones

religiosas o filosóficas” (2007: 201- 202). De este modo, la figura de la objeción de conciencia se conecta con el dejar de realizar determinadas obligaciones, como aquellas instaladas en el actuar médico y sanitario, con el objetivo de mantener tranquila la conciencia de la persona que ejecuta dicho acto.

En el marco del reglamento de objeción de conciencia de nuestro país, podemos señalar algunos puntos que son de importancia y que pueden dar referencias acerca de cómo está operando esta medida en el marco de la actuación del personal sanitario. Cabe destacar que dicho reglamento posee un apartado dirigido a las personas naturales y otro dirigido a las instituciones sanitarias.

Respecto a las regulaciones de las personas naturales, el artículo 2 de dicho reglamento destaca que “de conformidad al artículo 119 ter del Código Sanitario, pueden ser objetores de conciencia: i. El médico cirujano requerido para interrumpir el embarazo por alguna de las causales descritas en el inciso primero del artículo 119 del Código Sanitario. ii. El resto del personal al que corresponda desarrollar sus funciones al interior del pabellón quirúrgico durante la intervención. Si la mujer requiere atención inmediata e impostergable, y se encontrare en la causal del N° 1 del inciso primero del artículo 119 del Código Sanitario, quien haya manifestado la objeción de conciencia no podrá excusarse de realizar la interrupción del embarazo, cuando no exista otro médico cirujano que pueda realizar la misma intervención” (2018: 2).

De este modo la objeción de conciencia no sólo es una actuación del/la médico/a cirujano/a sino que también incluye al resto del personal sanitario involucrado en el procedimiento de aborto. Asimismo es importante señalar que el reglamento pone urgencia a la causal de posible muerte de la mujer, donde indica que, en estos contextos, en la medida que exista una necesidad de atención inmediata, el personal sanitario no podrá excusarse para generar el procedimiento.

Al mismo tiempo es importante destacar que el Reglamento (2018) plantea una imposibilidad para el director del establecimiento en la medida que el mismo no se puede negar, no puede rechazar ni desconocer una objeción de conciencia invocada. Por otra parte, la objeción de conciencia no opera en los actos de información, diagnóstico, toma de exámenes, reasignación o derivación, así como tampoco en los cuidados posteriores a la interrupción voluntaria del embarazo.

Por otra parte, el Reglamento (2018) también establece la posibilidad de objeción de conciencia en casos institucionales. Sin embargo en el artículo 13 se plantea que “los establecimientos públicos de salud no pueden invocar objeción de conciencia. Los establecimientos privados de salud, que hayan suscrito convenios regidos por las disposiciones del decreto con fuerza de ley N° 36, de 1980, del Ministerio de Salud, no podrán ser objetores de conciencia cuando contemplen prestaciones de obstetricia y ginecología que por su naturaleza comprendan atenciones en pabellón” (2018: 3).

De este modo, si bien el reglamento permite la objeción de conciencia a los servicios de salud privados, no así los públicos, también plantea limitaciones para los primeros en el sentido de que no pueden acceder a la objeción de conciencia si desarrollan prestaciones públicas en atenciones de ginecología y obstetricia

Asimismo podemos observar que el mismo requerimiento de urgencia que se establecía en los casos de objeción de conciencia de personas naturales, se plantea para las instituciones, estableciéndose que las instituciones tendrán que dar atención médica en los casos que las mujeres se encuentren en la primera causal, referida a posible muerte de la mujer. En dichos casos la institución no podrá desistir en prestar la atención sanitaria.

Apartado metodológico

El presente artículo se enmarca en mi investigación doctoral acerca de los discursos sanitarios que debaten la vida y la muerte en el marco del aborto y la eutanasia. De este modo, lo que se presenta a continuación es una selección de citas analizadas, del personal sanitario chileno, en torno al aborto, centrándonos en argumentos en contra del procedimiento que podemos considerar como la base argumentativa de la objeción de conciencia.

Para aquello realizamos tres estudios de casos: en un hospital, en una clínica privada confesional y en una clínica privada no confesional, donde tuvimos la oportunidad de entrevistar a personal sanitario unidades de ginecología y obstetricia, comités de ética y cuidados paliativos. Cabe destacar que desarrollamos análisis de contenido y análisis crítico del discurso.

Unidades/ instituciones	Clínicas privadas no confesionales	Clínicas privadas confesionales	Hospitales públicos no confesionales	Subtotales
Unidad de obstetricia/ginecología	3 entrevistas: 1 a jefatura, 1 profesional hombre, 1 profesional mujer	3 entrevistas: 1 a jefatura, 1 profesional hombre, 1 profesional mujer	3 entrevistas: 1 a jefatura, 1 profesional hombre, 1 profesional mujer	9 entrevistas
Unidad de cuidados paliativos	3 entrevistas: 1 a jefatura, 1 profesional hombre, 1 profesional mujer	3 entrevistas: 1 a jefatura, 1 profesional hombre, 1 profesional mujer	3 entrevistas: 1 a jefatura, 1 profesional hombre, 1 profesional mujer	9 entrevistas
Consejo o comité de bioética	3 entrevistas: 1 a jefatura, 1 profesional hombre, 1 profesional mujer	3 entrevistas: 1 a jefatura, 1 profesional hombre, 1 profesional mujer	3 entrevistas: 1 a jefatura, 1 profesional hombre, 1 profesional mujer	9 entrevistas
Subtotales	9	9	9	27

Figura 2: muestra del estudio

Discursos del personal sanitario contrarios al aborto

A través del análisis de nuestras entrevistas, pudimos encontrar argumentos basales en contra del aborto, que los podemos analizar para comprender el fenómeno de la objeción de conciencia. De esta manera, comenzamos esta sección planteando algunos argumentos transversales que tienen que ver con el asesinato y con la temática de la potencialidad del ser. Posteriormente desarrollamos los argumentos en torno a las tres causales en cuestión: causas de posible muerte de la mujer; inviabilidad fetal con carácter letal y violación. Entre los argumentos que observamos en torno a las causales, se pueden mencionar aquellos vinculados con: el destino de la femineidad, la certeza o incerteza diagnóstica, el sufrimiento como resignificación, el falseamiento de la causal, entre otras.

Argumentos transversales, en torno al asesinato y a la potencialidad del ser

Uno de los argumentos que se mencionan como contrarios al aborto tienen relación a la sacralidad de la vida, en el sentido que ésta constituye lo más relevante para los seres humanos y por ende, llegar al aborto constituye un asesinato, en el sentido de terminar con una vida en desarrollo.

Según la visión de un médico internista de la clínica confesional, existe una potencialidad en la vida la cual la reconoce en el marco del desarrollo del embrión o feto en un posible ser humano. Asimismo el profesional destaca que el embrión o feto no constituye un ser independiente de la mujer, es decir, no es un órgano, sino que tiene la potencialidad de la vida en sí mismo.

“Yo siento que por qué matar a un niño que no ha nacido, que tiene todas las potencialidades de poder ser un ser humano completo, por qué matarlo va a ser una herramienta válida yo creo que no, es decir, si bien existe este concepto en los derechos reproductivos de la mujer dentro de ella siento que por qué la mujer tiene que decidir sobre la vida de otra persona si es otro ser, no es ella, no es un órgano, es un ser humano que si bien puede estar en potencia, pero yo siento que es un ser humano desde el momento en que se fecundó y tiene toda la potencialidad y es un ser en sí mismo y tiene todos los derechos de poder crecer, desarrollarse, entonces por lo mismo yo no estoy de acuerdo con el aborto en ninguna de las causales” (Médico internista, Clínica Confesional).

En este contexto podemos plantear que tanto espermio como óvulo también constituyen potencialmente a una persona, o bien es posible poner el ejemplo de Warren (en Singer, 1995) quien destaca que los/as niños/as antes de los 18 años son potenciales votantes, pero no pueden votar. De esta manera el argumento de la potencialidad es difícil en la medida que va en contra de la capacidad de autonomía de las mujeres.

De acuerdo a Aliyeva (2015), quienes no están de acuerdo al aborto, tienden a generar discursos que tienen que ver con considerar al feto o al embrión como personas, específicamente como niños/as, a quienes no se les está dejando desarrollarse. Bajo estos argumentos se plantea la concepción de asesinato en la medida que se atribuyen elementos de las personas (tales como la autoconciencia o la autodeterminación) a embriones y fetos.

En este contexto nos resulta de interés señalar la posición de la iglesia al respecto. De esta manera Maier señala que “la posición de la Iglesia católica de rechazo absoluto al aborto se ha preservado desde 1869, cuando el papa Pío IX publicó el acta Apostólica Sedes que lo define como un homicidio en todas las circunstancias a lo largo del embarazo y lo clasifica como pecado grave y razón de excomunión. La premisa de la hominización inmediata —es decir, la entrada del alma al cuerpo al momento de la fecundación— informa a dicha posición” (2015: 20). De esta manera, de acuerdo a esta perspectiva la vida comienza con la fecundación por ser el momento de la entrada del alma.

Argumentos en torno a la causal posible muerte de la mujer

En relación a la primera causal de la ley de interrupción del embarazo, relacionada con la posible muerte de la mujer, una matrona de ginecología y obstetricia argumenta sobre cuáles son los motivos considerados para optar por la mujer y no por el producto de la gestación:

“Eh un tema en que en algún momento nos enfrentamos y prevaleció el tema del cuidado de la madre, porque ese niño si nace no va a tener el cuidado de la madre y esa madre si se cuida puede tener más hijos porque si tú optas por sacar el niño y la madre se muere, la mujer está destinada al cuidado de los hijos, o sea debe velar por el cuidado de sus hijos y este hijo que estás sacando no tiene el cuidado de la madre

Entrevistadora: Por eso se opta por la madre

Por la madre, por la madre, entonces porque ese niño, porque si tiene un padre un abuelo todo lo que quieras pero es la madre la que está destinada al cuidado de esa criatura» (Matrona jefa GO Clínica no confesional)

De esta manera uno de los motivos fundamentales que esgrime la profesional por los cuales optar por la mujer y no por el bebé, se vincula con las tareas de cuidado que a las mujeres históricamente se nos han otorgado. Así, en caso de sobrevivir el bebé no tendría quien lo pudiera cuidar, sin embargo, si logra sobrevivir la mujer, ésta puede estar disponible a futuro para cuidar de otros bebés.

Este argumento se relaciona principalmente a visiones tradicionales y muchas de las veces hegemónicas de la maternidad, la que emerge como un elemento fundante en la construcción de femeneidad, en la medida que los roles de cuidado recaen centralmente en las mujeres. De este modo, al mismo tiempo, se invisibilizan los roles de cuidado que podrían cubrir los varones en estos contextos.

Asimismo, estos argumentos se conectan con los imaginarios sociales que se construyen en torno a lo femenino, planteando, de este modo, una visión esencializadora de lo que es ser mujer. Esta visión va en contra de lo planteado por De Beauvoir (1949), quien plantea que la mujer se construye, negando las visiones esencializadoras y dotando de sentido al contexto sociocultural. Al mismo tiempo estas visiones son argumentativas de las ideas de los “cautiverios de las mujeres” (Lagarde, 1990) en el reconocimiento de la maternidad como un cautiverio que se conecta también con el mito mariano, donde las mujeres, despojadas de sus necesidades, se vuelcan al completo cuidado de los/as demás.

Argumentos en torno a la causal de inviabilidad fetal con carácter letal

En relación a la causal de inviabilidad fetal con carácter letal, se plantea un argumento que tiene relación con la certeza diagnóstica. Es decir, no se debería llevar adelante esta causal en la medida que no es posible obtener una certeza diagnóstica respecto del estado del feto o del embrión.

“La causal dos es una causal que implica tener una determinación diagnóstica súper clara. Y la pregunta que nunca nadie me han podido responder y que yo como mujer la he vivido es que si yo tengo un hijo que va, que viene con una enfermedad, yo lo que pido del Estado que me den todos los cuidados, toda los apoyos, para poder armar ese, ese duelo”. (Abogada CE Clínica confesional).

En este contexto, resulta interesante contraponer este argumento con lo que destaca Casas et al (2015), quien por medio de una investigación realizada a personal sanitario chileno y a personas que han vivido una gestación con inviabilidad fetal con carácter letal, arriba a algunos resultados de interés. En la investigación se destaca que “El Dr. Rencoret del Servicio de Salud Central -Hospital San Borja Arriarán- en Santiago presentó los resultados de un seguimiento de 141 casos de malformaciones en su servicio de salud del año 2012. Encontró que de todas las malformaciones, en el 68% hubo diagnóstico en la etapa prenatal, y respecto de las malformaciones letales, el 88% fue diagnosticada en la etapa pre natal y el resto al momento de nacer. En su opinión, Chile cuenta, al menos de acuerdo a la experiencia en Santiago y considerando las disímiles condiciones en infraestructura y profesionales en sus servicios, con cifras de detección similar a países desarrollados” (Casas et al, 2015: 3). En este contexto, sería posible afirmar que en el contexto chileno existen condiciones suficientes para la generación de diagnósticos certeros en torno a la inviabilidad fetal con carácter letal.

Cabe destacar que la investigadora sostiene que el diagnóstico, la mayoría de las veces, es certero en un comienzo, mientras que en otras situaciones resulta necesario realizar nuevas pruebas y exámenes para

determinar la situación del caso: “nuestros entrevistados coinciden que cuando la malformación es evidente el diagnóstico se puede saber en la primera ecografía, por ejemplo en algunos tipos de acráneos. Habiendo sospecha, se inicia un proceso de exámenes para confirmar o descartar el diagnóstico. En otros casos la malformación será advertida en una etapa posterior” (Casas et al, 2015: 6).

El estudio también destaca que “para los entrevistados y especialistas, la evolución en las últimas décadas de las biotecnologías, su uso en el sistema público de salud en Chile, y la presencia de equipos profesionales multidisciplinarios ha producido un cambio radical permitiendo tener mayor y temprana capacidad diagnóstica” (Casas et al, 2015:6). De este modo es posible, a lo menos, cuestionar los argumentos referidos a la incerteza diagnóstica en los casos de inviabilidad fetal, en la medida que es posible constatar los adelantos científicos y tecnológicos que permitirían un buen diagnóstico.

En el discurso de una médica anestesióloga de un hospital, se puede apreciar un argumento que tiene vinculación con la resignificación del dolor en la valentía de las mujeres. En este contexto la profesional rechaza el aborto en la medida que valora la experiencia que pasan las mujeres embarazadas con bebés que viven un par de horas o menos.

“Yo he visto morir a niños, he asistido aquí a muchas mamás, mucho cariño porque soy básicamente muy católica y en mi formación mis valores hacen que cuando he tenido varios casos que las mamás han sido totalmente valientes y han sobre llevado el embarazo casi al final, hasta que dios disponga, 6 meses, 7 meses, y las hemos asistido con anestesia, analgesia para que no les duela, ha nacido el bebe y ha fallecido a los 14 segundos, un minuto, dos minutos, esos niños no han tenido mayor vida, pero por lo menos las mamás han tenido el gusto de quizás conocer su bebe, hay quienes quieren verlo inclusive malformados, yo lo quisiera también conocer mi bebé de mis entrañas” (Médica anestesióloga CE Hospital).

De este modo, la vivencia de sufrimiento y dolor experimentada por mujeres es transformada en una vivencia heroica, vivida por aquellas personas que llegan al final de la gestación. En estos contextos, la profesional valora que las mujeres hayan podido estar minutos o determinadas horas en el sentido de que dicho espacio permitió conocer a su bebé, aunque fuera malformado.

Cabe destacar que “Vilar afirma que el sufrimiento es un esfuerzo personal, un no haber renunciado a sí mismo a pesar del dolor. El sufrimiento es una actitud de ser capaz de mantenerse frente a la adversidad; de ahí que habitualmente el sufrimiento implique crecimiento interior, pues uno debe desarrollar tantos recursos como esta le exija” (Vilas y Planas del Farnes 1998 en Cabòs J 2013: 37). En este sentido el sufrimiento viene a ser un motor de crecimiento personal, lo que se vincula con la noción de valentía que reconoce la profesional.

Pero, frente a aquello nos preguntamos, ¿por qué deben pasar todas las mujeres por tales situaciones?, ¿las experiencias que viven las mujeres, al ser divergentes, no deberían, por dicho motivo, tener salidas alternativas, en la medida que no todas significan el dolor y el sufrimiento como valentía? En este sentido la abnegación emerge en este discurso bajo la premisa de ser madre bajo toda circunstancia.

Argumentos en torno a la causal de violación

Entre los principales argumentos en torno a la contrariedad del aborto, en el marco de la causal de violación, se encuentra el tema de la sacralidad de la vida, que se vincula, como decíamos anteriormente, con poner el valor vida por sobre todas las cosas y bajo cualquier contexto y circunstancia (Chía, 2012).

En este contexto se vuelve al argumento del aborto como un segundo asesinato, pero, en este caso, resulta ser un segundo trauma para las mujeres violadas (Montserrat, 2016). De esta manera, el primer trauma sería la violación, mientras que un segundo trama sería terminar con la “vida de un inocente”.

“Sin embargo yo estoy en contra de eso, no acepto el aborto bajo ningún punto de vista, porque una niña o mujer que ha sido violada, que ya ha sido violentada una vez, someterse a un segundo dolor intenso de matar a un niño que sería un cargo de conciencia es un dolor sobre otro dolor, para mí son dos heridas o cicatrices que no van a sanar fácilmente” (Médica anestesióloga CE Hospital).

Cabe destacar que este tipo de posicionamiento no reconoce la capacidad de agencia de las mujeres ni tampoco sus posibilidades de autonomía, quienes son interpeladas a continuar sus vidas, determinadas, si capacidad de transformarlas, resignificando la vivencia.

Sin embargo, podemos plantear que en el contexto chileno, el segundo trauma al cual se alude, no se produciría por abortar sino porque existe (al momento de hacer las entrevistas) un contexto legislativo- judicial, político y cultural que criminaliza a las mujeres que abortaban, nombrándolas como culpables del asesinato de su “hijo/a”. Dides señala que “las mujeres viven una situación de gran trauma pero no por la situación de realizarse un aborto, sino por el proceso que el Estado de Chile y su legislación obliga a pasar a la mujer por esa situación tortuosa, de gran humillación y altos costos económicos. Además, el temor a la denuncia puede ser nefasto. Sus consecuencias pueden ser varias como que las mujeres no lleguen al hospital a tiempo, o que se fuguen o suiciden” (2015: 167)

De este modo, a través de estos argumentos es posible apreciar los fundamentos de base sobre el rechazo a la ley promulgada el año 2017, en la medida que se destaca que dicha ley permitirá abortar de manera libre, independiente de las causales, debido a que las mujeres mentirían a través de la causal de violación.

En este contexto, Patricia Uribe² en Amuchástegui et al (2015) menciona que estos polémicos temas son complejos de debatir con argumentos científicos debido a que la gente no escucha por tener una opinión formada al respecto. De esta manera, en estos espacios destacan los prejuicios de médicos/as y legisladores/as que a veces, para sus acciones, usan prenociones y creencias personales.

Así, el discurso de una asistente social de un comité de ética de una clínica confesional, menciona que el proyecto de ley en realidad no es en tres causales, sino que es aborto libre. De la misma forma señala la existencia de falta de amor sobre las mismas mujeres, que lo vincula con el ejercicio de la sexualidad de una manera negativa. De esta manera, la profesional establece valoraciones morales frente el acto sexual de las mujeres, a quienes, además de generalizar, plantea que “tiran” (tener relaciones sexuales) a como dé lugar.

“Y a mí lo que me duele, eh, me duele mucho, ahora que se está legislando, que como país no tengamos relaciones humanas; verdaderamente humanas. Porque va a salir una ley que va a decir: sí, tú puedes abortar; porque es mentira que es aborto en tres causales. Eso es mentira. Todas van a decir que las violaron. Mentira. Y hay una mentira de base, una mentira acerca del amor, acerca de la vida. Porque creen que relacionarse con otro es tirar cómo dé a lugar. Hay una falta de amor a uno mismo cuando pasan esas cosas”. (Asist. Social CE Clínica confesional)

Este planteamiento nos parece, a lo menos, delicado y complejo dado que se plantea un solo modo de ejercer la sexualidad, lo que se recrimina y culpabiliza, sin dejar la posibilidad de una vivencia de una sexualidad libre. En este sentido, la visión “válida” o “correcta” para ejercer la sexualidad, es aquella que está ligada a la procreación, en el marco de un matrimonio, al mismo tiempo de plantear elementos punitivos y moralistas frente a otros modos de vivir la sexualidad.

Conectado a lo anterior, o mejor dicho como respuesta, Lacombe destaca que “el aborto, por su parte, cuestiona el centro, el núcleo duro del canon de la heteronorma: mujeres que inscriben su deseo de modo hete-

² Entrevista con Patricia Uribe, ex directora del Centro de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, México.

roafectivo reclaman para sí el derecho a deslindar reproducción de deseo (...) Superando todos los umbrales de tolerancia del patriarcado, el aborto aparece como la piedra basal a ser denegada, porque aceptarlo es desbaratar el eje medular de ese sistema” (2012: 152). Así, la heteronorma, presente en el patriarcado, que establece una sola forma de vivir la sexualidad, se ve cuestionada con el aborto, en la medida que se reconoce la escisión entre placer y reproducción, cuestión que es rechazada por estas estructuras.

Reflexiones finales

No cabe duda que los procesos legislativos conllevan procesos de cambio o transformación sociocultural³. En este sentido estos procesos producen fuertes debates en la arena política como en la generalidad del ámbito público generándose así un choque entre las distintas maneras de visualizar y construir nuestras sociedades

Así, la restricción de políticas de aborto producirá necesariamente sociedades más controladas, con un mayor disciplinamiento de los cuerpos de las mujeres, en contextos donde la garantía de autonomía de los cuerpos de las mujeres se verá cuestionada. En este sentido, en sociedades donde el aborto es inexistente, o bien sus políticas son restrictivas, emergen discursos de saber/poder que imposibilitan las decisiones de las mujeres y las sitúan en espacios de menores grados de libertad.

En este sentido la ley que regula la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, constituye un avance y un logro para la autonomía de las mujeres. Asimismo, es importante mencionar el empuje que generaron los colectivos feministas en este contexto, en ese sentido, la ley aludida, es un avance también para las mujeres, el movimiento feminista y los derechos sexuales y reproductivos en el país.

Pese a lo anterior, las tres causales no resultan suficientes para el logro de una autonomía plena por parte de las mujeres, en ese sentido, si bien las tres causales son necesarias generan un piso mínimo sobre el cual se puede comenzar a debatir, no permiten la autodeterminación de los cuerpos por parte de las mujeres. En este contexto, frente a la no existencia de aborto libre en el país, podemos sentenciar que continúa ocurriendo un disciplinamiento sobre los cuerpos de las mujeres.

En este contexto, también resulta complejo lo que está ocurriendo con la implementación de la ley en los distintos hospitales y clínicas del país, en la medida que se están instalando barreras potentes, difíciles de co-roer que no están permitiendo abortar a las mujeres.

Una de las barreras a las que hemos acudido en este espacio, es la objeción de conciencia, la que si bien comprendemos necesaria en el marco del ejercicio libre de la autodeterminación, consideramos que constituye un imposibilitamiento, en la medida que genera menor disponibilidad del personal sanitario para atender a las mujeres que se encuentran en alguna de las tres causales.

Asimismo, resulta controversial comprender, por medio del reglamento establecido, que exista una objeción de conciencia institucional. Si bien las instituciones privadas y religiosas pueden tener un ideario, acaso ¿tienen conciencia?, ¿puede una institución llamarse “objectora de conciencia” sin tener conciencia?

Sin dudas esta situación es grave, en la medida que se establece un posicionamiento común dentro de las instituciones, es decir, se plantea un argumento institucional que lleva a un ordenamiento sobre cómo actuar,

³ Al respecto, no estamos planteando una relación unidireccional en la medida que los cambios socioculturales también implican cambios legislativos importantes, lo que nos da la impronta de un entramado correlacionado entre lo legislativo y el contexto.

del personal sanitario, dentro de la institución de salud, lo que nuevamente nos lleva a pensar en el disciplinamiento foucaultiano que hemos mencionado con anterioridad.

También, a través del análisis de los argumentos del personal sanitario hemos podido distinguir sobre cuáles son los principales elementos que se utilizan en contra del aborto, lo que podemos extrapolar como posibles argumentos en torno a la objeción de conciencia.

Al respecto resulta complejo destacar que varios de dichos argumentos se relacionan, más que con posicionamientos científicos, con posicionamientos morales y valóricos, que se conectan con visiones tradicionales en torno al ejercicio de la sexualidad.

Asimismo, resultan complejos estos argumentos debido a la dimensión del problema. Al respecto se destaca que “casi la mitad de los médicos obstetras que trabajan en la salud pública en Chile se ha declarado objetor de conciencia en al menos una de las tres causales que presenta la ley de interrupción voluntaria del embarazo” (Corporación Humanas, 2018). De esta manera, la objeción de conciencia constituye un problema, una barrera que puede mermar las prestaciones de salud para las mujeres que se encuentran en alguna de estas causales.

Por otra parte, al revisar en términos generales los discursos del personal sanitario en contra del aborto, podemos evidenciar que la mayoría de éstos provienen desde personas que trabajan en una clínica privada confesional. En este sentido podríamos plantear como hipótesis a contrastar en el futuro, que la institucionalidad produce a los sujetos/as, en el sentido que les disciplina generando una homogenización de los posicionamientos.

En este escenario la palabra resistencia cobra sentido, en la medida que ésta resulta necesaria para la construcción de nuevos contextos sociales que permitan el ejercicio de las libertades en mayor medida. En este sentido, la resistencia debería emerger en respuesta del disciplinamiento estatal de los cuerpos, una resistencia que involucre a los cuerpos y a las consciencias, o identidad psíquica de los sujetos (Buttler, 2010).

Por último, resulta importante considerar que las tres causales abordan una problemática acotada, por lo que no se puede pensar que con estas medidas se pondrá fin al aborto clandestino, el cual la mayoría de las veces es inseguro⁴, poniendo en riesgo la vida de muchas mujeres. En este contexto la ley no da solución al aborto inseguro y clandestino en nuestro país, el cual, además, tiene efectos desiguales según la condición de clase de las mujeres.

Paulatinamente, y de manera creciente, en nuestro país para abortar, se ha estado utilizando Misopostrol, el cual es un medicamento para las úlceras gástricas. De este modo, el riesgo para las mujeres ha disminuido debido a que el método es más seguro. Sin embargo, es importante poner atención a aquellos casos en los que se continúan utilizando sondas y métodos invasivos que generan la existencia de abortos inseguros.

Bibliografía:

- Aguilera, E. 2010. "Biopolítica, poder y sujeto en Michel Foucault". En *Universitas, Revista de Filosofía, Derecho y Política*, nº 11.
- Aliyeva B. 2015. El efecto boomerang de las leyes de aborto liberal en las sociedades patriarcales: el caso de género engañado. *Revista de investigación en estudios de género*. Volumen 5 (1), 2015, pp. 93-109, ISSN: 2164-0262
- Amuchástegui A, Flores E y Aldaz E. 2015. Disputa social y disputa subjetiva. Religión, género y discursos sociales en la legalización del aborto en México *Revista de Estudios de Género. La ventana*, vol. V, núm. 41, 2pp. 153-195 Universidad de Guadalajara Guadalajara, México
- Astete, C. Beca, J. P., & Lecaros, A. 2014. Propuesta de un glosario para la discusión del aborto. *Revista médica de Chile*, 142(11), 1449-1451.
<https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001100012>
- Bareiro L. 2003. "Los derechos reproductivos y los derechos humanos universales". En: *Derechos Reproductivos Promoción y Defensa*. San José de Costa Rica, Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Costa Rica.
- Buttler J. 2010. *Mecanismo psíquicos del poder. Teorías sobre la sujeción*. Madrid: Cátedra.
- Cabòs J. 2013. *Fenomenología del sufrimiento. Po una comprensión filosófica a partir de la obra de Arthur Schopenhauer*. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona. España.
- Casas L y Dides C. 2007. Objeción de conciencia y salud reproductiva en Chile: dos casos paradigmáticos. *Acta bioethica*. volumen13 n.2 Santiago .
- Casas, L. Vivaldi, L, Álvarez J, y col. 2015. Informe sobre embarazos en situación de malformación fetal incompatible con la vida post-natal en Chile 2015. Proyecto UDP.
- CEPAL. 2012. *El Estado Frente a la Autonomía de las Mujeres*. Naciones Unidas. Santiago de Chile.
- Chía E. 2012. Prohibición del aborto: ¿Protección de la santidad de la vida o coacción de la autonomía sexual de las mujeres? *Revista Nomadías*, Número 15, 44-67.
- Corporación Humanas. 2018. <http://www.humanas.cl/?p=17789>
- Dides C, Fernández C & Peltier G. Corporación Miles. 2015. Aborto en Chile: cifras y testimonios que respaldan la exigencia de la legalización del aborto por tres causales. *Revista Nomadías*, Número 20, 145-187.
- Dides, C., Benavente, M. C., Sáez, I., Machín, M., & López, C. 2011. *El aborto en Chile: un debate político y ciudadano en la trastienda de la democracia*. Chile.
- De Beauvoir, S. 1949. *El segundo sexo*. México: Alianza.
- Foucault, M. 2002. *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo XXI. Argentina.
- Frasser N. 1997. *Justicia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición justicialista*. Santa Fe de Bogotá: Siglo del Hombre y Universidad de los Andes. P.21-26.
- Lacombe A. 2012. Inapropiadas e inapropiables. Claves para entender el aborto como alteridad. *Revista Nueva Sociedad* No 241, septiembre-octubre de 2012, ISSN: 0251-3552.
- Lagarde, M. 1990. *Cautiverio de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México
- Lamas M. 2015. *El largo camino hacia la ILE. Mi versión de los hechos*. Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Universitario de Estudios de Género. México

- Lamas, M. 2008. El aborto en la agenda del desarrollo en América Latina. *Perfiles latinoamericanos*, 16(31), 65-93.
- Maier E. 2015. La disputa sobre el aborto en México: Discursos contrastados de personificación, derechos, la familia y el Estado. *Revista Gerencia Política y Salud*; 14(29): 10-24.
- Ministerio de Salud de Chile. 2018. "Reglamento para ejercer la objeción de conciencia según lo dispuesto en el artículo 119 del Código Sanitario"
- Montserrat A. 2016. Tesis doctoral: El aborto provocado en relación a la temática de la feminidad desde una perspectiva psicoanalítica Memoria para optar al grado de doctora, Facultad de Filosofía, Universidad Complutense de Madrid. España
- Piekarewicz S. 2015. Bioética, aborto y políticas públicas en América Latina *Revista de bioética y derecho*, núm.:33 Pàg.:3 -13
- Revel, J. 2008. *El vocabulario de Foucault*. Paidós. Argentina.
- Rodríguez B. 2012. Género en el discurso constitucional del aborto. *Revista de Estudios Políticos (nueva época)* ISSN: 0048-7694, Núm. 156, Madrid.
- Singer P. 1995. *Compendio de ética*. Alianza Editorial. Madrid, pp 417-432