

NOTABLES, TECNÓCRATAS Y MANDARINES

ELEMENTOS DE SOCIOLOGÍA DE LAS ELITES
EN CHILE (1990-2010)

ALFREDO JOIGNANT
PEDRO GÜELL
(editores)



EDICIONES
UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES

Capítulo 6

Elites y deliberación moral en la controversia pública sobre “temas valóricos”: el caso de los proyectos de ley acerca de eutanasia y muerte digna en Chile*

Oriana Bernasconi

What counts as common morality is not only imprecise but variable.

SEYLA BENHABIB

Introducción

Tradicionalmente se asocia a las elites con espacios económicos, políticos o intelectuales. Sin embargo, ellas también se constituyen en el espacio de la deliberación moral, es decir, a través de los procesos de identificación, calificación y negociación de sistemas normativos a los cuales como comunidad moral decidimos someternos porque consideramos que su existencia es justificada pese a que puedan representar restricciones a nuestra libertad.

En este artículo propongo y aplico una estrategia analítica para el examen del razonamiento moral de estos grupos de la sociedad. Esta estrategia consiste en observar a las elites en la práctica de la deliberación moral en controversias sociales y, específicamente, en aquellas disputas valóricas desatadas por iniciativas legales tendientes a ampliar los derechos individuales de las personas.

* Este artículo surge de información recabada en una investigación cualitativa y exploratoria, desarrollada con Mauricio Suárez durante 2009 y financiada por el Fondo Semilla de la Universidad Diego Portales. La asistencia de Martina Yopo permitió elaborar y procesar una base de datos sobre cobertura de esta controversia en la prensa escrita chilena, de manera de contextualizar la controversia legal como controversia social. Asimismo, Yopo recabó y sistematizó columnas de opinión y artículos publicados sobre estas materias por los grupos de elites en estudio.

En particular, analizo el razonamiento moral de políticos y bioeticistas en la controversia generada por una serie de proyectos de ley que persiguen regular la muerte digna y establecer un derecho a eutanasia en el país. Este análisis ofrece una descripción de lo que estos grupos consideran como argumentos públicamente razonables, esboza ideas de bien común que se intentan hacer prevalecer en la sociedad, e indica procedimientos mediante los cuales las elites se reconocen mutuamente, expresan e implementan criterios de valor y negocian las normas de la deliberación moral.

Comienzo el artículo desarrollando la propuesta de una sociología de las controversias como alternativa analítica para el estudio del razonamiento moral. En la segunda parte describo los proyectos de ley que han articulado esta disputa y la metodología utilizada para estudiarla. En la tercera parte analizo algunas dimensiones de los repertorios y estrategias de justificación moral utilizados por políticos y bioeticistas en esta disputa. Primero examino la variabilidad de descripciones y clasificaciones del problema, tomando como ejemplo la noción de eutanasia. Luego clasifico y describo algunas “maniobras de engrandecimiento” (Boltanski y Thévenot 2006) —o maniobras de generalización— que utilizan las elites para hacer que los argumentos que apoyan se constituyan en la solución a la controversia. Agrupo estas maniobras en dos tipos: i) maniobras de clasificación y selección de razones, y ii) maniobras argumentativas de manejo del debate. Propongo que, mientras el análisis de los repertorios de justificación y crítica moral permite conocer lo que tiene valor para los grupos de elites involucrados en esta disputa legal, el examen de las maniobras de engrandecimiento refleja las estrategias a través de las cuales estos grupos expresan e implementan esos criterios de valor. Ambas dimensiones deberían incluirse en una teoría de las elites que persiga incorporar la gramática de la deliberación moral. Concluyo abordando este y otros aportes que el estudio del razonamiento moral en controversias sociales puede hacer a la teorización de las elites.

Sociología de las controversias

Para operar, la vida social requiere de acuerdos. Regulaciones, procedimientos, estatutos, normativas y códigos son algunas manifestaciones de estos acuerdos que toda sociedad se da a sí misma. Pero la vida social también se compone de controversias, disputas o desacuerdos. Lo ajustado es decir que la vida en común transita de acuerdos a disputas y desde controversias a la negociación de consensos.

Básicamente, las controversias sociales se definen como situaciones en las cuales los actores involucrados están en desacuerdo. Problemas de ciencia

y tecnología (Engelhardt, Tristram y Caplan 1987; Meyer 2009; Scott, Richards y Martin 1990; Venturini 2008), asuntos medioambientales (Callon y Rip 1992; Wynne 1992; Flippo 2006; Thévenot, Moody y Lafaye 2000; Moody y Thévenot 2000; Thévenot 2001), territoriales (Law 1989) o productivos (Callon 1995), entre otros, pueden provocarlas. Las controversias sociales comienzan cuando los actores descubren que no pueden ignorarse y terminan cuando se comprometen alrededor de un arreglo (Venturini 2009: 4). Hay al menos tres tipos de situaciones que pueden levantarlas: i) cuando una regla de justificación que se tiene por válida ha sido infringida, ii) cuando no existe acuerdo sobre el modo de justificación que debe ser aplicado en una situación que para esa sociedad o grupo es nueva, y iii) cuando a la hora de justificar una acción entran en colisión dos “ordenamientos de valor” distintos y se hace necesario buscar un “principio de equivalencia” para resolver el conflicto (Boltanski y Thévenot 2006).

Frente a una disputa social hay varias salidas. Si suponemos que por alguna razón los agentes en cuestión han decidido que es necesario resolver la diferencia (desechando la alternativa de mantener el asunto pendiente en el tiempo) y que no van a recurrir a la violencia para zanjar el conflicto, entonces lo que posiblemente tendremos son intentos por definir pacífica y razonadamente una controversia legítima, es decir, aquella disputa social donde las partes han acordado discutir sobre la justificación de la acción.¹ La controversia legítima corresponde al “conjunto de declaraciones mediante las cuales se cuestiona, discute, negocia, rechaza, etc., la representatividad de un portavoz” (Callon 1995: 274). Este tipo de disputas requiere justificaciones de tipo argumentativo, así como el recurso a la descripción de hechos, a la narración de casos relevantes y al manejo de datos que sustenten la posición. También supone una comunidad moral donde el poder esté organizado de tal manera que permita la opinión y la crítica y donde se excluya la organización sobre la base de acuerdos tácitos (Boltanski 2000). El tipo de controversia que analizo tiene las características de una controversia legítima. Ella se distingue, además, por ser acotada en tiempo y espacio. A diferencia de, por ejemplo, las controversias filosóficas ilimitadas en ambas dimensiones, las iniciativas legales sobre eutanasia y muerte digna deben discutirse en el parlamento chileno y dirimirse a base del principio de mayorías y según relaciones determinadas de fuerza.

¹ También puede ocurrir que las personas salgan de la situación de controversia sin necesidad de remitirse a los principios que orientan sus posiciones; por ejemplo, cuando logran un acuerdo sobre la base del compromiso, cuando opera la relativización o cuando deciden no buscar una equivalencia que haga de puente entre sus posturas divergentes (Boltanski 2000: 60).

Por sus características, las controversias públicas son “ricas en información” sociológica (Nelkin 1992: vii) y representan un buen hilo conductor para estudiar el razonamiento moral de una sociedad en general y de sus elites en particular. Primero, las controversias son, por definición, resistentes a la reducción (o generalización). En este sentido, son capaces de reflejar el choque entre visiones de mundo antagónicas u opuestas respecto del “orden y la jerarquía social” (Venturini 2009). Segundo, son instancias de alta producción de justificaciones aceptables, en contextos específicos y con restricciones particulares (Boltanski y Thévenot 1999, Zigon 2007), es decir, permiten estudiar la deliberación moral no solo como gramática sino también como práctica social. Tercero, las controversias son instancias donde lo social se despliega en su forma más dinámica: son objeto de debate, convocan a distintos agentes, y son conflictivas.

Parte importante de la tradición sociológica ha construido conocimiento mediante el estudio de procesos funcionales e institucionalizados. Hacer sociología desde las controversias sociales tiene al menos dos implicancias para el desarrollo del pensamiento social. Primero, llama a extender el análisis de lo social hacia sus procesos de construcción (*the social in the making*), de modo de examinarlo “en su estado magmático” (Venturini 2009). Segundo, supone desplazar el foco de análisis desde la acción social y sus determinantes hacia los *criterios de justificación de la acción*.

Debate legislativo y gestión de la muerte

Los proyectos de ley y mociones parlamentarias para regular la muerte digna y establecer un derecho a eutanasia en Chile han estructurado la controversia social sobre la gestión de la muerte en contextos de atención de salud en el país, provocando reacciones bastante más allá del Congreso Nacional.² Ello permite una indagación en sociología moral que investigue la distribución de creencias morales básicas como los principios y fuentes de la normatividad moral, la relación entre autoridad pública y espacio de autonomía personal no penalizado, y nociones de comunidad moral, entre otras.

Este problema fue escasamente tratado por la opinión pública chilena con anterioridad a la primera iniciativa legal que lo tematiza, el año 2000. Hasta la

2. Un ejercicio cuantitativo consistente en la elaboración y procesamiento de una base de datos compuesta por las noticias de prensa sobre muerte digna y eutanasia publicadas entre el 1 de enero de 2000 y el 30 de agosto de 2009 en cinco medios de prensa escrita nacional (656 noticias) permitió reconstruir las características de este debate público en términos de intensidad, actores y temáticas involucradas, y constatar que el debate legislativo ha articulado el debate público. El Gráfico 1 (Anexo) demuestra la estrecha relación entre el debate público (medido según la distribución temporal de las 656 noticias registradas en los cinco medios de prensa elegidos) y la tramitación en el Congreso Nacional de iniciativas legales sobre eutanasia y muerte digna.

fecha, tampoco ha habido una demanda importante de parte de la sociedad civil —a través de organizaciones *ad hoc* o de casos concretos que alcancen notoriedad pública—³ para enfrentar estos asuntos como sociedad. Los mismos afectados, pacientes en estado crónico con muy mala calidad de vida o bien enfermos terminales, no están en condiciones de liderar este movimiento; sus parientes parecen estar “divididos” y “no representarían en lo absoluto una fuerza consolidada”.⁴

Seis mociones o proyectos de ley han articulado la disputa social sobre la gestión de la muerte en contextos de atención de salud (Tabla 1). Dos de estas iniciativas, muy similares en sus propuestas, pero diferentes en su justificación, buscaban legalizar la eutanasia activa y pasiva: el *proyecto de ley que permite y regula la aplicación de la eutanasia en los casos que se indica*, presentado por el senador Nelson Ávila en abril de 2004 (P2004), y archivado por la Comisión de Salud del Senado en agosto de 2007, y el proyecto que establece la *regulación legal de la eutanasia*, de autoría de los diputados Bustos y Rossi (P2006D), ingresado a primer trámite constitucional en mayo de 2006 y archivado por solicitud de la Comisión de Salud de la cámara baja en octubre de 2008. Ambos proyectos fueron archivados en virtud de un artículo legal que lo dispone cuando el proyecto de ley no ha sido objeto de pronunciamiento ni diligencias útiles durante más de dos años.⁵ Un tercer proyecto buscaba otorgar el *derecho a la muerte digna* (P2006S), comprendiendo el derecho a gozar de libertad para determinar las terapias a someterse, no padecer males o dolores innecesarios y evitar prolongar artificialmente la vida. Introducido por los senadores Girardi, Gómez, Navarro, Ominami y Ruiz-Esquide en junio de 2006, tres días antes del envío al Congreso por la administración Bachelet del proyecto de derechos y deberes en salud, este proyecto también fue archivado en agosto de 2008 sin discusión.

Otras tres propuestas legales han perseguido otorgar derechos a los pacientes en materia de atención de salud.⁶ La primera fue presentada el año 2000

3. Una excepción fue el caso del niño Robinson, quien, con el apoyo de su madre, rechazó volver a quimioterapia una vez que le diagnosticaron que el cáncer del que se había tratado un par de años atrás había reaparecido.

4. Entrevista a Bioeticista 1.

5. Mientras Michelle Bachelet realizaba su primera gira europea, a dos meses de asumir la presidencia, la UDI intentaba parar el proyecto Bustos-Rossi con una amenaza de veto a la mesa de la cámara baja por admitir a trámite un proyecto “inconstitucional”. Ante el eventual apoyo de los parlamentarios del PDC a la censura, con el consiguiente quiebre concertacionista, los presidentes del PS, Camilo Escalona, y del PDC, Soledad Alvear, encabezaron las negociaciones para lograr que la acusación no prosperara a cambio de que los parlamentarios retiraran el proyecto. Reveladora fue la frase del recién asumido presidente del PS: “Entre la discusión por la eutanasia y la Concertación nosotros nos quedamos con la Concertación” (*El Mercurio*, 14 de mayo de 2006).

6. Antecedente de ellas es la “Carta de los derechos de los pacientes”, firmada por el Ministerio de Salud y el Fondo Nacional de Salud en 1998.

por los diputados Girardi, Jaramillo, Leal y Urrutia y las diputadas Muñoz y Saa, e incluía los derechos de acceso a la salud, libertad de elección y dignidad del paciente (P2000). Las otras dos propuestas han sido organizadas por el ejecutivo, en 2001, bajo el gobierno del presidente Lagos (P2001), y en una versión reformulada en 2006, bajo el gobierno de la presidenta Bachelet (P2006G). Según los ministros de Salud que la gestionaron, esta ley fue concebida como el primer eslabón de una reforma de salud que comprendía cinco medidas y cuya “esencia” u “orientación” radicaba justamente en “los derechos de las personas”. Sin embargo, es la única medida aún en trámite.⁷ Estas tres propuestas legislativas están asociadas a la gestión de la muerte, al otorgar el derecho a rechazo de tratamientos a todos los pacientes en general, y el rechazo de tratamientos no debidos en el caso particular de los pacientes terminales.

Entre estas tres propuestas, la segunda iniciativa legal ha tenido mayor éxito (fue aprobada por la Cámara de Diputados y se encuentra actualmente en segundo trámite en el Senado). Este “proyecto de ley que regula los derechos y deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención en salud” propone ampliar los espacios de libertad de los pacientes, otorgando y regulando una serie de derechos, como el derecho a un trato digno, a la compañía y asistencia espiritual, a la información, a la reserva de la ficha clínica, a la autonomía en la participación en protocolos de investigación científica y a consentir de manera informada tratamientos e intervenciones luego de que la información apropiada sobre el diagnóstico y las posibilidades de tratamiento ha sido entregada por los profesionales competentes. En el contexto de la regulación de este derecho a consentimiento informado, el P2006G contempla un acápite especial para los pacientes en estado terminal:

Como una necesaria consecuencia de la consagración del derecho a consentir cualquier intervención que en el ámbito de la propia salud le sea propuesta por los profesionales tratantes, asoma la posibilidad que aún en una situación de salud de extrema precariedad, llamada en el proyecto “estado terminal”, la persona atendida pueda rechazar tratamientos que estime desproporcionados e innecesarios. Aquí se busca garantizar, por un lado, la posibilidad de evitar una prolongación innecesaria de la agonía, y, por el otro, que ello no se traduzca en la muerte a petición o por compasión.⁸

7 Estas medidas eran: sistema de garantías en salud (AUGE), autoridad sanitaria y gestión hospitalaria, financiamiento, modificación de isapres y derechos y deberes del paciente. La ley de derechos y deberes fue el primer proyecto en ser propuesto y el único que no ha sido aprobado.

8 Mensaje presidencial, principios inspiradores de la ley, punto 5.

TABLA 1

Mociones y proyectos de ley ingresados al Congreso para regular la muerte digna y establecer un derecho a eutanasia en Chile

Proyecto de ley, autores, fecha ingreso, identificación	Trámite	Artículos centrales
Sobre derechos de los pacientes, boletín 2597-11. Diputados Girardi, Jaramillo, Leal, Urrutia Muñoz y Saa. 11/10/2000. P2000.	Archivado a solicitud de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados por referirse a materia incorporada en el boletín 4398-11(08/03/2007).	<ul style="list-style-type: none"> • Derecho de acceso a la salud. • Derecho a elección (derecho a elegir el tratamiento apropiado; restricción: no hay compromiso vital). • Dignidad del paciente (derecho a morir con dignidad: respeto de la voluntad del paciente a tener una muerte natural y en paz, evitando adelantarla o retardarla artificialmente).
Sobre derechos y deberes de las personas en salud, boletín 2727-11. Gobierno de Lagos. 12/06/2001. P2001.	Archivado a solicitud del ejecutivo (20/04/2006).	<ul style="list-style-type: none"> • Derecho a aceptar y rechazar tratamientos. • Paciente terminal: derecho a rechazar tratamientos que solo prolongarían su agonía.
Que regula la aplicación de eutanasia en los casos indicados, boletín 3690-11. Senador Ávila. 05/10/2004. P2004.	Archivado en virtud del inciso segundo del artículo 36 bis del Reglamento del Senado (20/08/2007).	<ul style="list-style-type: none"> • Permite y regula la eutanasia pasiva para pacientes: <ul style="list-style-type: none"> - Con un estado precario de salud y con una baja esperanza de vida. - A quienes solo se les pueda brindar cuidados innecesarios (que prolonguen su agonía). • Permite y regula la eutanasia activa para pacientes: <ul style="list-style-type: none"> - Con enfermedades incurables. - Con enfermedades que causen un padecer insufrible en lo físico.
Que establece la regulación legal de la eutanasia, boletín 4201-11. Diputados Bustos y Rossi. 11/05/2006. P2006D.	Archivado a solicitud de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados (28/10/2008).	<ul style="list-style-type: none"> • Derecho de autodeterminación del paciente y deber del médico a ayudar a morir dignamente. • Concede a los pacientes con enfermedades incurables o progresivamente letales el derecho a eutanasia activa y pasiva practicada por un médico calificado.
Que establece el derecho a la muerte digna, boletín 4271-11. Senadores Girardi, Gómez, Navarro, Ominami y Ruiz-Esquide. 23/06/2006. P2006S.	Archivado en virtud del inciso segundo del artículo 36 bis del Reglamento del Senado (20/08/2008).	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte digna: morir como consecuencia de la naturaleza (la prolongación artificial de la vida contradice la dignidad de la persona). • Derecho a la muerte digna: <ul style="list-style-type: none"> - Libertad para determinar las terapias a someterse. - Derecho a no padecer dolores innecesarios. - Derecho a no prolongar la vida artificialmente.
Sobre derechos y deberes de las personas en su atención en salud, boletín 4398-11. Gobierno de Bachelet. 08/08/2006. P2006G.	En segundo trámite constitucional del Senado.	<ul style="list-style-type: none"> • La dignidad humana es la base de los derechos humanos. • El respeto a los derechos humanos significa respetar la autonomía personal: <ul style="list-style-type: none"> - Derecho a estar informado. - Derecho a un buen tratamiento sin discriminación. - Derecho a acceder a la ficha médica - Derecho a aceptar/rechazar tratamientos. • Paciente terminal: derecho a rechazar tratamientos que prolongarían artificialmente la vida solo si su rechazo no implica acortar la vida artificialmente (artículo de consenso Cámara de Diputados).

Fuente: Elaboración propia sobre la base de boletines legislativos y sus respectivas tramitaciones disponibles en la Biblioteca del Congreso Nacional.

Según la forma en que se justifica, el proyecto busca consagrar la posibilidad de "limitar el esfuerzo terapéutico", con miras a regular lo que se denomina "obstinación terapéutica", es decir, actuaciones innecesarias que solo prolongan la agonía, pero evitando cualquier asociación con la eutanasia activa (definida como "acto positivo de causar la muerte") o pasiva (definida como "omisión deliberada de actuación necesaria").⁹

Reparo en esta vinculación para demostrar que eutanasia y derechos de los pacientes en salud no solo están imbricados en la cronología de las propuestas legislativas chilenas, sino también en sus modos de justificación y debate. Por ello, trato ambos tipos de regulación en conjunto en esta investigación.

Controversia legal y razonamiento moral

El estudio de la disputa sobre el derecho a eutanasia y la muerte digna parece adecuado para caracterizar la cultura moral de las elites por varias razones. Primero, la controversia está fresca y candente y es relativamente acotada. Segundo, es una controversia institucionalizada que cuenta con recursos y regulaciones específicas y su desarrollo es empíricamente accesible. Tercero, discutir sobre una iniciativa legal significa debatir sobre los deberes y derechos que estamos dispuestos a acordar los unos con los otros y, por lo tanto, constituye un terreno fructífero para analizar el razonamiento moral. Una controversia legal se dirime por principio de mayoría y no necesariamente por el mejor argumento, a diferencia, por ejemplo, de una controversia científica. De ahí que el contexto legal sea más propicio a la búsqueda de un principio común que el contexto de una plataforma técnica. Cuarto, si, como argumentan Boltanski y Thévenot (2000), la demanda de justificación está asociada a la posibilidad de la crítica, esta es una controversia rica en elaboración de justificaciones. Quinto, es una controversia seminal: independientemente del resultado del debate, es esperable que a futuro enfrentemos controversias de contenido y estructura similares. Por un lado, desarrollos acelerados en investigación biomédica y biológica otorgan nuevas posibilidades de intervención, manipulación, extensión, mejora y término de la vida humana, alterando la definición misma de lo que entendemos por vida, así como el rango y tipo

9 Asimismo, el P2001 establecía entre otros el derecho al consentimiento informado, que contemplaba "no prolongar innecesariamente la agonía de un paciente terminal y dejar que su enfermedad siga su curso normal, hasta que se produzca su muerte, si así lo decide él". El P2001 se apresura en desmarcar este derecho del acto eutanásico: "Como puede apreciarse, el médico no tiene la intención de matar al paciente cuando, a petición de este último, suprime los cuidados no debidos, no necesarios y que no tienen sentido. Esta regulación no debe confundirse con la eutanasia. En efecto, la eutanasia implica poner fin voluntariamente a la vida de una persona enferma, con miras a evitarle intensos sufrimientos".

de intervenciones que podemos ejercer sobre ella, como ya lo ha hecho con la fecundación asistida, la clonación o los vientres de alquiler. Porque la pregunta por el cómo vivir está hoy tecnológicamente mediada, se plantean nuevos desafíos a la regulación de la práctica médica y científica; surgen llamados a asegurar que estas innovaciones sean igualitariamente distribuidas entre la población, y emerge la preocupación por evitar impactos negativos sobre la calidad de vida, la autonomía individual y los derechos de los individuos. Por otro lado, la ampliación de los espacios de libertad individual representa una demanda ciudadana y un vector de la práctica y de la teoría política en la sociedad chilena contemporánea. Junto con la recuperación de la democracia, la sociedad comenzó a exponer y discutir distintos argumentos en torno a la necesidad de ampliar los espacios de autonomía personal y reducir los ámbitos de injerencia pública sobre la vida y las decisiones de las personas: discusiones que comenzaron a inicios de los 90 con las Jocas y la educación sexual en los establecimientos educacionales, siguieron con la ley de divorcio y distintas iniciativas legales para establecer un derecho a eutanasia, y continúan en nuestros días alrededor de los debates sobre la píldora anticonceptiva de emergencia, el aborto y los derechos de minorías sexuales. Una sociedad enfrenta este tipo de controversias cuando la ampliación de los derechos individuales de las personas y la lucha contra cualquier forma de discriminación social se vuelven objetivos políticos que vienen a enfrentar otras concepciones prevaletentes de lo moralmente bueno. Para algunos sectores de la sociedad chilena, esta clase de demandas reflejan madurez política y moral; para otros, indican el primado de la permisividad moral. Las elites seguirán liderando la búsqueda de acuerdos sociales en estas nuevas materias. Y la tarea no parece fácil. Los debates generados alrededor de temas valóricos desde el año 2000 demuestran que esta es un área de tensión entre estos grupos de influencia.

Dos grupos de elite

En este artículo examino el razonamiento moral de dos grupos de elite que han ejercido un rol central en la articulación de esta disputa pública: políticos y bioeticistas.¹⁰ Dentro de los políticos, los parlamentarios y los ex ministros de salud han tenido la responsabilidad de definir el significado legal de la muerte digna y de permitir o prohibir el ejercicio de la eutanasia en Chile,

10 Otros agentes articuladores del debate han sido: confesiones religiosas, gremios y asociaciones de la salud (Fenpruss, Colegio Médico, Colegio de Enfermeras, profesionales universitarios de la salud), movimientos sociales (Damas de Verde, grupos "pro vida"), centros de pensamiento ligados a universidades, *think tanks*, abogados y miembros del sistema judicial.

mediante la tramitación de seis iniciativas legales. En un contexto de biotecnologización y biolegalización del inicio y fin de la vida como el que caracteriza a las sociedades modernas contemporáneas, los bioeticistas conforman la elite intelectual o el sistema experto que, mediante competencias, habilidades y conocimiento especializado, altamente técnico y de carácter universalizador, tiene la autoridad para estructurar los debates sobre regulaciones y políticas para estas etapas vitales (Giddens 1997 y 1998, Nelkin 1987). Durante la tramitación de los proyectos de ley sobre muerte digna y eutanasia, distintos bioeticistas asesoraron a parlamentarios y dieron a conocer su opinión en medios de comunicación, publicaciones académicas y/o seminarios especializados (a menudo compartiendo testera con los parlamentarios).

En el caso de los parlamentarios y ex ministros de salud, fueron material de análisis para este estudio los proyectos de ley o mociones que se han propuesto en la corporación entre 2000 y 2010, sus intervenciones en el parlamento, comentarios en medios de prensa escrita y una entrevista temática donde cinco parlamentarios y dos ex ministros de Salud expusieron y justificaron sus posturas. En lo que respecta a los bioeticistas, junto con una entrevista similar a la de los políticos realizada a seis expertos, se examinaron intervenciones en medios de prensa escrita y artículos académicos.¹¹

Definiciones de hechos y situaciones

En el manejo pacífico de una controversia, la búsqueda de acuerdos supone la convergencia hacia alguna forma de generalidad que trascienda la particularidad del caso y la singularidad de la persona. Para ello, los agentes deben compartir una misma visión sobre qué tipo de asuntos competen a la situación y bajo qué relaciones. Lo que está en disputa es precisamente la definición común de lo general. La controversia desatada alrededor de la regulación legal de la eutanasia y la muerte digna en el país es, en parte, una disputa por la definición de los hechos y situaciones a regular. Las descripciones de muerte, muerte digna, suicidio asistido, obstinación terapéutica, tipo de tratamiento (ordinarios/extraordinarios, proporcionados/desproporcionados, razonables/innesarios), enfermo terminal, cuidado paliativo, doble efecto o analgesia piramidal, entre otras, están en disputa. Que no haya acuerdo en la descripción de las nociones centrales al tema en cuestión refleja que la controversia no termina en un problema semántico. El desacuerdo conceptual es resultado de la pugna entre los distintos valores y principios que persiguen convertirse

11 La selección de los entrevistados siguió un criterio teórico que buscaba recoger distintas posturas en pugna en estos grupos de elite.

en criterio general de justificación de estas acciones. Esencialmente son dos los principios morales en pugna: la autonomía del paciente y la indisponibilidad de la vida. Siguiendo a Taylor (1989), podemos denominar estos principios "hipervalores", en tanto corresponden a aquellas ideas del bien que se tienen por superiores y que comandan el ordenamiento de los bienes comunes. Si bien ambas posturas coinciden en el respeto que merece la vida, la primacía de uno u otro hipervalor las hace oponerse. En el primer caso se argumenta:

La autonomía en decisiones del ámbito íntimo, que es el del propio cuerpo, debe primar no solo durante el transcurso de la vida y en los episodios médicos, sino también en situaciones donde la calidad de vida está irreversiblemente desmenuada, sea por discapacidad o por enfermedades críticas que son incurables y provocan padecimientos que no logran ser paliados.¹²

En este contexto, vivir no sería un deber, sino un derecho que, por definición, es renunciabile. De forma tal que con el derecho a vivir habría un derecho a no seguir viviendo:

Yo creo que los seres humanos tienen derecho a disponer de su vida cuando tienen una enfermedad terminal incurable o una enfermedad incurable invalidante. (Entrevista a Político 1, Concertación).

No hay mejor derecho que decidir cómo vivir y también cómo morir.¹³

El argumento es que cada individuo debería tener la libertad para establecer una jerarquía de valores propia y administrar una esfera de autonomía personal, "entendida como el derecho a decidir sobre su vida", en la que el Estado no debería entrometerse a menos que su ejercicio cause daño o perjuicio a terceros (P2004). En consecuencia, cada persona debería tener derecho a morir en la forma en que él o ella apruebe, especialmente cuando el paciente sufre padecimientos insoportables y la medicina no puede intervenir sobre el curso fatídico de su enfermedad o paliar su dolor. Además, existiría el derecho a evitar el dolor físico, emocional y espiritual (P2006S, P2000).

De otra parte, se estima que la ley está "pidiendo que en las relaciones entre seres humanos concedamos ciertos derechos y deberes mutuos" que "escapan

12 Miguel Kottow, "Discutir eutanasia: conversando, conversando", *La Tercera*, 11 de febrero de 2009.

13 Diputado Fulvio Rossi (Partido Socialista), Congreso Nacional, intervención plenaria, julio de 2007.

de nuestras posibilidades” (entrevista a Bioeticista 3, católica), entre ellos, el derecho a “anticipar y generar la muerte en forma deliberada” (entrevista a Político 2, Alianza):

Así como no definí el momento en que iba a nacer, tampoco voy a poder definir el momento de mi muerte; mi muerte vendrá en el minuto en que mi ser se acabe no más [...]. El suicidio para mi gusto en este caso no es válido [...]; sería incorrecto, éticamente incorrecto; uno como médico no va a asistir a un suicida. (Entrevista a Político 3, Alianza).

Este rechazo se funda en la idea de que el valor de la autonomía del individuo debe supeditarse al bien “objetivo”, “anterior” y “superior” que representa la vida. Porque la vida humana sería “indisponible”, la eutanasia representaría un acto ilegítimo que, además, vendría a “violiar los derechos humanos” al amenazar el goce de bienes básicos como “la libertad, la amistad, el matrimonio”. Argumentos secundarios que acompañan esta posición son la redundancia que representa una regulación que intenta normar prácticas que ya se encuentran institucionalizadas en el ámbito médico, lo imprevisible de las evoluciones clínicas, el argumento de la pendiente resbaladiza según el cual otorgar derechos individuales en alguno de estos “temas valóricos” implicaría la pronta legalización de otros del mismo tipo y cuya justificación es más controversial (llegando a extender la norma para que parientes inescrupulosos o el Estado terminen por acelerar la muerte de pacientes costosos y que no necesariamente presenten una condición terminal o irreversible). También se recurre a la relativización del argumento de la calidad de vida de los pacientes irreversibles y en proceso de muerte con la defensa del sentido existencial de compartir el dolor:

En cuanto a lo “indigna” de la vida yacente, invalidada o limitada, ello puede parecer así mientras estamos sanos y plenos de actividad. Sin embargo, las tremendas luchas dadas por sujetos extremadamente enfermos e imposibilitados de moverse –Stephen Hawking, Christopher Reeve, Gaby Brimmer– demuestran que el ser humano puede sobreponerse al sufrimiento, encontrar fuerzas e incluso trabajar y servir a los demás desde su postración. Más bien la clave reside en su fe, en su fuerza interior y en la comprensión y afecto de los que lo rodean.¹⁴

¿Cómo se transfiere esta disputa entre principios a la definición de los hechos y situaciones a regular? Tomemos la descripción de eutanasia. Al menos

14 Ángela Vivanco, “Eutanasia: de la libertad a la dependencia”, *El Mercurio*, 31 de marzo de 2005.

tres áreas de desacuerdo circundan la controversia sobre esta noción: i) si la eutanasia debe restringirse al contexto médico o debe incluir la petición de dar muerte en otros contextos; ii) si la eutanasia es por definición un acto voluntario o si cabe su subtipificación según se trate de una actuación voluntaria, involuntaria y no voluntaria; iii) si es conceptualmente relevante la distinción entre eutanasia activa y pasiva.

El primer desacuerdo en la definición de eutanasia radica en su contexto de ocurrencia: mientras quienes defienden el principio de la autonomía del paciente restringen el acto eutanásico al ámbito médico, la estructuración de un discurso opositor a la legalización de esta práctica comprende la defensa de la relevancia conceptual de una descripción amplia de eutanasia, más allá del contexto clínico. Esta descripción, además, desplaza la decisión desde el paciente que sufre intolerablemente y evalúa los tratamientos que la medicina le provee, hacia la actuación “libre” del “homicida”:

Yo de partida la limito a eutanasia médica, es decir, a situaciones médicas en las cuales el paciente sufre, sufre intolerablemente como dicen, y la medicina no es capaz de paliar. (Entrevista a Bioeticista 1, laico).

Bioeticista 3, católica: –Mi definición de eutanasia es que es un acto humano libre que causa la muerte de otra persona para aliviarle sufrimientos.

Entrevistadora: –¿Por médicos?

Bioeticista 3: –No necesariamente, o sea, yo no pido, como pide la ley holandesa, que sea un médico, o como pedía la ley que elaboraron Fulvio Rossi y Juan Bustos, que es el acto realizado por un médico. Estoy absolutamente en contra de esa definición, no tiene por qué ser un médico, puede ser un familiar, puede ser en el campo de batalla un soldado amigo que le da el tiro de gracia a su amigo, eso sería eutanasia también. Entonces para mí es un concepto más amplio, es un acto libre, o sea, libremente yo causo la muerte de otra persona, o sea, la intención de mi acto es causar la muerte y tiene una doble intención para aliviarle sufrimiento y por eso yo creo que es un subtipo de homicidio [...]. La eutanasia se diferencia en que es por un motivoseudopiadoso, compasivo, humanitario, no sé cómo llamarlo, para aliviarle el sufrimiento.

El segundo desacuerdo radica en el tipo de acto que configura la eutanasia y en la relevancia conceptual de la distinción entre hacer y dejar hacer. Para la mayoría de los actores involucrados,¹⁵ la eutanasia corresponde al acto positivo

15 Parlamentarios concertacionistas y algunos aliancistas, ex ministros de Salud, bioeticistas laicos y algunos católicos.

de causar la muerte a petición de una persona que sufre de una enfermedad o condición de una manera insoportable:

Para mí eutanasia es la participación activa con conciencia de que lo que yo voy a hacer va a provocar la muerte; para mí, por ejemplo, si hay una persona que tiene dolor y yo le administro tres ampollas de morfina y está hipotenso, ¿no es cierto?, aunque se hipotense más y se muera, estoy calmando el dolor y eso no es eutanasia [...]. Para mí eutanasia es la utilización premeditada y consciente de un fármaco que va a provocar necesariamente la muerte en una persona. (Entrevista a Político 3, Alianza).

Cuando se define la eutanasia como un acto positivo, se excluye la noción de eutanasia pasiva; en ello existiría acuerdo bioético:

El que hable de eutanasia pasiva en el ambiente de bioeticistas, que te dice “no, eso es eutanasia pasiva”, está out, ese tema ya no se trabaja de esa manera. En ambientes carólicos sí, en ambientes católicos se habla de eutanasia activa, pasiva, voluntaria, involuntaria, etc. (Entrevista a Bioeticista 2, católica).

Es el caso de las bioeticistas católicas 3 y 4, quienes, si bien entienden que “la gran base del discurso sobre la eutanasia es la solicitud”, argumentan que es necesario discutir el caso de la eutanasia no consentida, de modo de regular la aplicación del principio de beneficencia al paciente no consciente o que no puede consentir. Agregan además que, según el derecho, “el homicidio se puede cometer de modo omisivo o de modo activo” y eso “es igualmente aplicable de cara a la eutanasia”.

Quienes utilizan una noción estrecha del término replican que un acto omisivo ejecutado por un médico con intención de causar la muerte y sin el consentimiento del paciente no solo desvirtúa el deber médico de asistir al enfermo teniendo herramientas para mejorar su condición, sino también el sentido del acto eutanásico:

Bioeticista 1, laico: –Vamos a entrar al tema de la eutanasia activa y pasiva [...]. Entonces yo tengo que decir que como médico encuentro inaceptable que se haga el distingo, si yo tengo la obligación primera de que la gente sufra lo menos posible y ya hemos llegado a aceptar que la persona acelere su muerte, digámoslo así, si yo lo hago pasivamente le puedo tal vez prolongar un mes, dos meses el sufrimiento hasta que muera finalmente [...]. Entonces si yo acepto la eutanasia yo tengo que automáticamente aceptar que sea activa.

Entrevistadora: –Preocupados por esta idea de cuál es la motivación del médico, si

es paliar el dolor o matar la persona, [se argumenta que] queda un espacio que no es limitación del esfuerzo terapéutico sino que es omisión con intención de matar, y entonces, porque hay ese espacio, ellos abogan por mantener esa definición.
Bioeticista 1: –¿Qué significa eso? ¿Significa que yo tengo herramientas para mejorar la condición del paciente y no las voy a usar?

Considerar conceptualmente relevante la intención del acto eutanásico supone hacer valer una ética de la conciencia. En contraposición, quienes creen que un acto debe evaluarse también según sus objetivos y los medios empleados para su consecución defienden la práctica de una ética interpersonal:

Es que el argumento de la intención de la Iglesia no me sirve para nada, no es válido. Uno, porque no lo puedo constatar: es lo que me dice la persona. En segundo lugar, porque la intención es solo una parte del acto, no es todo el acto. En una ética de la conciencia, yo soy juez de mis actos, eso está obsoleto, se lo liquidó a comienzo del siglo XX; estamos en una ética de la responsabilidad, en una ética interpersonal, yo tengo que rendir cuentas de lo que hago, mi intención no es una rendición de cuentas, dejé la embarrada pero lo hice con la mejor intención del mundo, no vale. (Entrevista a Bioeticista 1, laico).

Finalmente, aquellos que abogan por una definición amplia de la eutanasia argumentan también que, conceptualmente, el acto permite la subclasificación dependiendo de si es una acción efectuada a petición del paciente (voluntaria), sin su consentimiento (no voluntaria) o en contra de su voluntad (involuntaria):

Me importa mucho el marco general de la definición, o sea: un acto voluntario que causa la muerte de otra persona para aliviarle sufrimiento, como genérico, después uno puede hacer subclasificaciones. Esa eutanasia podría ser voluntaria, no voluntaria o involuntaria. Voluntario si es que yo realizo ese acto porque el paciente me lo está pidiendo; no voluntaria si lo realizo en un paciente que no me lo ha pedido pero está inconsciente, y no voluntaria según la clasificación de algunos textos que no me gusta mucho pero conceptualmente puede ser. (Entrevista a Bioeticista 3, católica).

Por su parte, la noción estrecha de eutanasia la restringe al acto voluntario y considera los demás subtipos como prácticas que pervierten el espíritu de la acción en cuestión, constituyendo “homicidios omisivos” que deben ser punibles.

Presupuestos valóricos tiñen la descripción y clasificación de los hechos a regular. Aquellos que defienden el hipervalor de la autonomía de la persona y, en este contexto, se muestran abiertos a discutir sobre un posible derecho a eutanasia en casos concretos y bien calificados, promueven una definición estrecha del término, restringiéndolo al contexto clínico, y conceptualizándolo como un acto positivo que se realiza por solicitud meditada y reiterada de un enfermo incurable cuyo sufrimiento insoportable la medicina no puede paliar. Quienes sobre la base del principio de la indisponibilidad de la vida consideran la demanda del homicidio por compasión injusta e ilegítima defienden definiciones amplias de eutanasia, más allá del contexto médico, incluyendo como parte de la descripción del acto la omisión de tratamientos con fines homicidas y la acción de dar muerte en contra de la voluntad del paciente o sin su consentimiento.

Esta controversia no solo se caracteriza por desacuerdos en la definición y clasificación de hechos y situaciones; también lo hace por generar discrepancias respecto del rol que le cabe a estas definiciones en la negociación del acuerdo. Y aquí se enfrentan parlamentarios y bioeticistas. Varios parlamentarios abogan por la necesidad de excluir las definiciones “técnicas” del debate legal bajo el argumento de que estas son tan variables que deberían dejarse a criterio médico en lugar de empecinarse en acordar una descripción legal. Los bioeticistas, en tanto, resienten la falta de precisión conceptual que caracteriza al debate. Es más, la acusan de encender la controversia. Para ellos, “el primer requisito para este debate es la claridad de conceptos y la univocidad de significantes”.¹⁶ Los parlamentarios contraargumentan que las definiciones entorpecen el logro del acuerdo político, es decir, la negociación de criterios generalizables.¹⁷ Es el caso de la definición de “enfermo terminal” que contenía el P2006G. En agosto de 2008, negociaciones entre integrantes de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados logran el consenso para que el proyecto se apruebe y pase a trámite al Senado. Parte del acuerdo implica eliminar la definición de enfermedad terminal del proyecto para que “pase a ser interpretada técnicamente por quienes ejercen la medicina”.

Maniobras de engrandecimiento o generalización

La variabilidad de descripciones de los hechos y situaciones a regular refleja la relevancia que tiene indagar en las formas de razonamiento moral

16 Miguel Kottow, “Muerte cerebral y eutanasia”, *El Mercurio*, 8 de mayo de 2001.

17 Algunos le otorgan relevancia estratégica a la “interpretabilidad” de la norma, en tanto forzaría al Congreso a mejorar la ley según requerimientos que emanen de casos concretos y con la legitimidad que otorga la demanda ciudadana (entrevista a Político 4, Concertación).

de las elites a la hora de examinar cómo estos grupos de influencia abordan e intentan resolver disputas sociales. En la medida en que los conceptos trasuntan valoraciones, el análisis de las descripciones del problema en disputa y del rol otorgado a las definiciones en la regulación permite conocer los repertorios de justificación y crítica moral, es decir, lo que tiene valor para las elites. Asimismo, el examen de las maniobras de generalización va a informar sobre los mecanismos mediante los cuales las elites expresan e implementan esos criterios de valor. Extendiendo las propuestas de Boltanski y Thévenot (2000, 2006), sugiero que una serie de maniobras de engrandecimiento o generalización se han activado en el manejo de esta controversia, con el fin de construir la justificación legítima y encontrar el marco válido para el acuerdo. El razonamiento moral de las elites da cuenta del uso de al menos dos clases de maniobras: 1) maniobras de clasificación y selección de razones a debatir, y 2) maniobras argumentativas de manejo del debate. En consecuencia, la controversia permite observar no solo la disputa entre repertorios argumentativos, sino también el despliegue de maniobras orientadas a su generalización.

Maniobras de clasificación y selección de razones

En una controversia pacífica, los principios y valores en disputa son objeto de reflexión deliberativa por los agentes que construyen su posición alrededor de ellos y por los que critican esas posturas. En tanto configuran grupos de interés, opinión, poder e influencia, las elites involucradas en esta controversia legal participan del debate sabiendo que no cualquier argumento puede ser esgrimido y defendido en el espacio de la deliberación pública. El desarrollo de sus propuestas argumentativas refleja que, dentro de la gama de argumentos que les parecen defendibles, las elites someten a su repertorio de razones a un proceso de clasificación y selección para distinguir entre “razones cívicas” y “razones privadas”. En la estrategia argumentativa del actor, las razones cívicas son introducidas a la deliberación pública, mientras que las privadas son excluidas. Este proceso de selección se sustenta en la idea de que la justificación y la crítica legítimas compelen a esgrimir argumentos que sean generalizables, es decir, válidos para toda una población.

La selección de razones caracteriza especialmente a aquellos bioeticistas y parlamentarios católicos que, estando conscientes de que participar en un foro público demanda apelar a argumentos racionales, eligen discutir como representantes de una confesión religiosa que también provee de dogmas y de creencias particulares:

Yo pertenezco a esta universidad católica y no podría tener un discurso contrario a lo que la Iglesia católica opina; si es que lo hago no lo puedo hacer desde acá, porque estoy jugando aquí con una camiseta determinada, y que yo elegí; yo soy católica. (Entrevista a Bioeticista 2, católica).

Yo he procurado todo el rato de ponerme en el contexto del legislador y abstraerme bastante de mi moral católica; yo soy católico practicante, pero entiendo que en mi capacidad de legislador no se trata de que yo vote la doctrina católica, decir “no, yo ahora soy legislador y por consiguiente soy laico” [...]. La separación de la Iglesia del Estado no implica por sí una separación de las convicciones de uno respecto de la formación de la ley, porque en la esencia misma del sistema democrático a mí me eligen como soy, con lo que pienso. (Entrevista a Político 2, Alianza).

En la siguiente conversación, con una bioeticista católica, pregunto por la capacidad de generalizar una interpretación de la muerte como “un acto positivo de entrega y abandono a la voluntad de Dios”, que ella esgrime en un artículo publicado en una revista académica, disponible en la web. Su respuesta da cuenta del ejercicio de selección al que se someten las razones, de la dependencia de esa selección con respecto al foro en que se interactúe y de su conciencia de que las justificaciones que elige para exponer en el debate público deben tener pretensiones de generalización:

Bioeticista 3, católica: —Debo haber citado a alguien, porque ese no es el tipo de frase que yo pondría en un artículo.

Entrevistadora: —Eso quería preguntarte. Me llamó la atención porque eso supone fe y creencias y no todos los chilenos tenemos fe y creencias; entonces, ¿cuán extensible es ese argumento a toda una población cuando uno está pensando en una legislación?

Bioeticista 3: —Me llama la atención, no sé dónde apareció ese artículo que citaste porque depende el público al que está dirigido el artículo también, porque de repente me han pedido artículos para un público más del ámbito de Iglesia, entonces ahí puedo usar ese tipo de argumentos, pero no es un argumento que yo utilizaría para un debate en la sociedad pública, obviamente.

Entrevistadora: —[Revista X, n° X, año X].

Bioeticista 3: —Ya, esta revista es nuestra, interna de la universidad [nombre de la revista]; el artículo estaba como pensado sobre todo para la facultad, la universidad [nombre de la universidad], pero en el debate público yo obviamente ese tipo de argumentos no lo pondría porque esa es mi postura personal, yo soy católica y soy bioética católica y no lo oculto y para mí es un orgullo [...], me parece que no sería el tipo de argumento que llega a toda la gente y que puede incluso a algunas per-

sonas cerrarlas a la posibilidad de seguir conversando [...]. Yo creo que si queremos hacer un debate público hay que tratar de buscar argumentos que sean comunes.

Por su parte, quienes desarrollan una bioética laica se sienten llamados a discutir cuando se plantean argumentos comunes y no cuando se esgrimen razones que no son trasladables fuera de una cierta comunidad:

Es que yo no tengo por qué discutir eso, yo puedo decir que eso para mí no vale o para un cierto grupo de personas no vale [...], hay ciertos principios o verdades, máximas a las que se les puede dar validez pero dentro de las personas que están acordes con eso, no son trasladables. Todas las personas de partida que creen que hay una divinidad o una trascendencia y que hacen depender nuestra vida de esa trascendencia estarían en ese argumento; los que no creen en la trascendencia no saben lo que les están hablando, y por lo tanto no tengo por qué creer que hay un don cuando no hay un donante. (Entrevista a Bioeticista 1, laico).

Describiendo controversias sociales, Thévenot (2000: 236) sostiene que los agentes involucrados raramente ofrecen un tipo de argumento para sus afirmaciones o una sola descripción de sus proyectos o de sus oponentes. Bioeticistas y parlamentarios católicos utilizan distintas descripciones de acuerdo a la audiencia, intentando “defenderse de ataques” que “descalifican” la posición católica por intentar “imponerse” al “conjunto de la sociedad” (entrevista a Político 2, Alianza). Por ejemplo, traducen sus argumentos desde semánticas confesionales en “ambientes más privados” (las aulas de la escuela de medicina) a semánticas civiles que buscan inclusión en el debate público. Reflexionando sobre la indisponibilidad de la vida y el sentido del sufrimiento, una bioeticista católica comenta:

Para un diálogo más pluralista yo lo puedo poner “la persona debe ser respetada por sí misma y por su dignidad”; para un diálogo más personal con los alumnos de medicina yo diría: “La forma más propia de respetar a una persona es amarla”. (Entrevista a Bioeticista 3, católica).

Otra estrategia utilizada deslinda el razonamiento de la apelación a verdades reveladas, reemplazándolas por estructuras argumentativas que cumplen con el requisito de generalización y permiten mantener la crítica. Es el caso de la defensa de la vida que esgrime el Político 2, arguyendo no ya el principio de su santidad (la vida es un don de Dios que el ser humano administra) al cual él personalmente adscribe, sino apelando a la responsabilidad de salvaguardar la vida que comanda la constitución de la República:

Lo que pasa es que este es un tema que trasciende a la religión [...]. Yo no quiero imponer [...] mi opción religiosa propia, por eso que partí diciendo que esto está desde mi punto de vista en el ordenamiento constitucional de Chile que defiende el derecho a la vida del que está por nacer hasta la muerte. (Entrevista a Político 2, Alianza).

Asimismo, en el siguiente extracto la traducción opera entregando una versión "racional" del argumento de la indisponibilidad de la vida, según la cual la privación de la vida por una ley de eutanasia implicaría privarse del goce de todos los demás bienes humanos:

Me parece que la ley debería apoyarse en nuestra concepción de si la vida efectivamente puede ser un bien disponible o no, y me parece que hay argumentos de corte racional para pensar que no, que la vida es el más básico de los bienes que tenemos, que permite el desarrollo de cualquier otro de los bienes incluido el desarrollo de la libertad que consideramos un bien importante, por lo tanto privarse voluntariamente de la vida significa privarse voluntariamente de todos los otros bienes [...] y me parece que ese es un contrasentido desde el punto de vista lógico. (Entrevista a Bioeticista 3, católica).

En síntesis, mientras las razones cívicas se sustentan en principios y valores capaces de apelar a una idea del bien común, las razones privadas justifican la visión personal pero no son capaces de sostener una pretensión de generalidad. Además las razones privadas alcanzan bajos niveles de "objetividad" (y, en consecuencia, de universalidad) y representan, en definitiva, justificaciones muy "discutibles" (Boltanski 2000). El razonamiento de la elite católica aquí estudiada revela conciencia de los límites de sus argumentos privados y necesidad de traducir sus razones a gramáticas cívicas y racionales y desprenderlas de referencias a verdades reveladas. Ello no evita, sin embargo, que su rechazo a una ley de eutanasia intente imponer como justo para todos lo que solo algunos consideran bueno.

Las iniciativas legales que desatan esta controversia buscan regular la atención de salud para todos los chilenos. Los parlamentarios, al detentar cargos de elección popular, no solo confrontan la pregunta por los grados de generalización de las razones que les parecen defendibles, sino también la pregunta por la representatividad de las razones que aspiran defender. En debates valóricos, ¿los parlamentarios legislan en nombre propio o en el de algún colectivo? En esta controversia, parlamentarios de todas las posturas legislan en nombre propio bajo el supuesto de que sus representados conocían sus opciones morales al momento de elegirlos. Pero mientras en algunos casos lo que es bueno para sí coincidiría con las creencias de la mayoría, en otros los propios valores (la

indisponibilidad de la vida y los principios de la ley natural) se anteponen a los consensos mayoritarios. En el primer caso, aquello que se considera bueno lo es con el apoyo de la mayoría; en el segundo, aquello que se considera bueno lo es con independencia de lo que la mayoría considere válido:

Yo voto [considerando] lo que piensa y desea y quiere expresar en una ley mayoritariamente la gente de mi distrito. Y la gente de mi distrito y de Chile es mayoritariamente progresista [...], es una gracia ser de centroizquierda en estos temas progresistas porque lo que yo pienso es coincidente con lo que piensa la mayoría de la gente. (Entrevista a Político 4, Concertación).

Yo creo que no cabe neutralidad ante bienes merecedores de pública protección como es el derecho a la vida. Estos bienes como la vida exigen defensa incluso en contra de las posiciones consensuales, como se lo dije antes, democráticas mayoritarias, o puesto que el principio de las mayorías está como sabemos, a nuestro juicio, siempre subordinado a elementos previos y anteriores a ella: la ley natural y los derechos naturales. (Entrevista a Político 2, Alianza).

Sin embargo, entre quienes dicen representar a la mayoría ciudadana no hay coincidencia a la hora de describir los rasgos de la cultura moral de dicha población. Mientras el Político 4 la describe como una sociedad abierta a este tipo de reformas, el Político 5 considera que la regulación de la muerte digna y, sobre todo, de la eutanasia no solo no configura aún una demanda social, sino que promovería creencias que son ajenas al imaginario cultural general, como el derecho de gozar de autonomía para determinar acciones a efectuar sobre el propio cuerpo:

Las sociedades pueden avanzar en la medida de los consensos que van construyendo; uno no puede construir una ley que va en contra de lo que son los pisos de acuerdo de mínimo sociales o económicos que la propia sociedad ha construido; yo creo que Chile no ha logrado construir todavía un mínimo de piso que le de sustento social a un proyecto de esta naturaleza [...]. Esa posición es legítima, lo que pasa que eso choca con la concepción religiosa de una mayoría de la sociedad que estima que su cuerpo le pertenece pero en parte. Mire, yo atendí en la zona harto tiempo y la gente siempre me decía lo mismo: "Si Dios quiere". Tú le puedes decir: "¿Sabe lo que pasa? Usted tiene esto, este es su grado de enfermedad, estas son las posibilidades que tiene, si usted hace esto es probable que ocurra esto, pero la gente al final te va a decir: 'Bueno, lo que Dios quiera' ". (Entrevista a Político 5, Concertación).

Finalmente, en tanto representantes de la población en las cúpulas decisorias, los legisladores también cumplen un rol en la transformación de las ideas del

bien que como sociedad decidimos ir defendiendo a lo largo del tiempo. Si algunos, como el Político 5, asumen el papel de portavoces o negociadores de nuevos consensos, otros se presentan como reformadores de la cultura moral, “adelantándose” a los tiempos, “poniendo” temas nuevos sobre el tapete, dando los “primeros pasos”, “abriendo” espacios, “provocando”, tirando el tejo pasado, generando controversia. Ese es el rol que Ávila asume al explicar que su intención con el P2004 era “continuar desenterrando temas que por prejuicios no reciben un tratamiento oficial”, pese a su certeza de que “no sería posible aprobarla”.¹⁸ Es también el rol que se otorga al Político 1 frente a los “temas valóricos”:

Porque era una provocación para todos, yo por eso puse el tema de la muerte digna, no lo llamé eutanasia pasiva, ¿te dai cuenta? Muerte digna, un primer paso, fue un proceso de apertura. Yo fui el primero que en Chile mostró en los 90 un condón por la tele diciendo que este pedazo de plástico puede salvar vidas [...]; generó una crisis patagüina, me acusaron de generar crisis moral. Pero eso, veinte años después ya, ¿te dai cuenta? Ya nadie se asusta si mostrái un condón por la televisión. (Entrevista a Político 1, Concertación).

La elite entonces no solo participaría, con o sin el apoyo popular, en la selección de las razones a debatir; en términos diacrónicos también cumpliría un rol en la transformación moral de la sociedad, liderando, acompañando o reteniendo los procesos de cambio cultural.

Maniobras argumentativas de manejo de la controversia

Transportar la controversia a distintas plataformas hermenéuticas y enmarcarla en contextos argumentativos más amplios constituye una segunda clase de maniobra de generalización mediante la cual las elites expresan e implementan en la disputa aquello que valoran. A diferencia de las maniobras de selección de razones, el *transporte* de la controversia a distintas plataformas hermenéuticas y el *encuadre* de la justificación en contextos argumentativos más amplios corresponden a maniobras argumentativas de manejo del debate.

Transportar la controversia a distintas “plataformas hermenéuticas” (“handling”)

Una primera maniobra a través de la cual las elites manejan el desarrollo de la controversia es transportándolo a lo que sugiero llamar distintas “plataformas

18 *El Mercurio*, 26 de marzo de 2006.

hermenéuticas”. Plataformas médicas, legales y de derechos se postulan como sistemas de conocimientos, evidencias y pruebas coherentes y socialmente legítimos, desde los cuales justificar la postura pública sobre la muerte digna y la eutanasia, complementando, reemplazando, desplazando o desviando la atención del argumento moral. Como recurso político, la técnica, la ciencia y las garantías universales permiten tomar decisiones allí donde la moral divide, aportando racionalidad y certidumbre al debate. Sin duda, todos estos ámbitos participan en la definición del problema en disputa. Lo que trasluce esta maniobra del *handling* es el gesto de ofrecimiento de estos sistemas como soporte argumentativo en el manejo de la controversia, las distintas nociones del problema que se activan desde cada plataforma, y la competencia entre distintos regímenes de conocimiento que la disputa activa.

Plataforma legal

Los siguientes extractos dan cuenta del traslado de la controversia desde el campo moral hacia una plataforma legal, de manera de ganar capacidad de generalización. Como explica la Bioeticista 4, a diferencia del campo normativo, la plataforma legal se ofrece a la resolución de “los grandes conceptos de orden público”, aportando argumentos generalizables en la medida que la ética del derecho “se basa en principios fundantes universales” y no en “un determinado criterio moral que puede ser o no compartido”. En el primer extracto, la lógica del ordenamiento jurídico permite criticar una ley de eutanasia no ya como moralmente ilegítima, sino como “antijurídica”; en el segundo, permite sostener mediante pruebas seculares y consensuadas (el ordenamiento jurídico chileno e internacional) una justificación moral que se reconoce como “controversial” y con limitada capacidad de generalización, como el argumento de la indisponibilidad de la vida:

Yo no quiero dar un pronunciamiento si tú estás hablando desde el derecho sobre lo moral, porque yo puedo tener como asistente de un suicida una gran motivación moral; en consecuencia yo no diría que es por un tema moral, sino que diría que más bien se refiere a que no tienes tú la capacidad de validarme a mí desde el punto de vista jurídico, que tú puedes validar en el entorno de la autonomía tus propias conductas, tus propias acciones, pero de ahí a que eso implique que el derecho admita que por tu decisión autónoma valide yo una conducta que normalmente es una conducta antijurídica, porque hay un entorno de protección de la vida humana como base del derecho, [en el caso de] esta conducta el derecho se niega, en la mayoría de los ordenamientos jurídicos del mundo, a que valide mi decisión. (Entrevista a Bioeticista 4, católica).

El problema con [el derecho a la eutanasia o el suicidio médicamente asistido] es que afirma que hay derecho a la libre disposición de la vida y yo creo que ese derecho no lo tenemos, yo sé que ese es un tema controvertido pero me parece que el derecho a la libre disposición de la vida no lo tenemos, de hecho en ninguna constitución está garantizado así. O sea, si uno mira las legislaciones de diferentes países del mundo en general el suicidio no está aceptado; obviamente al que ya se suicidó no lo vas a poder castigar, pero se castiga a los que no asistieron al suicida. (Entrevista a Bioeticista 3, católica).

Plataforma médica

Ubicar el problema en una plataforma médica implica abordarlo mediante un lenguaje técnico y soluciones especializadas (Keating y Cambrosio 2006). Una de las interpretaciones que se activa desde esta plataforma sostiene que los tratamientos y procedimientos adecuados a un enfermo terminal o incurable son materia de “decisión terapéutica” y de competencia del equipo médico: miembros “iniciados” de una comunidad experta de “pares” que poseen el conocimiento “específico” para distinguir qué es lo que debe o no estar al alcance de la población general. Asimismo, se cree que la regulación de estas decisiones corresponde a un problema de producción de orientaciones normativas para la práctica médica, y no a un asunto de derechos de elección del enfermo. Una regulación de este último tipo solo entorpecería la labor de los profesionales de la salud, por cuanto la práctica médica “excedería largamente las regulaciones legales”. Desde este modelo se concibe que, cuando a consecuencia de sus propias decisiones el paciente muere, el derecho a rechazo de tratamientos sería un “error”. También se cree que, debido a su condición o enfermedad, muchos pacientes no se encontrarían capacitados para tomar decisiones adecuadas (son personas “débiles”, “deprimidas”, “sufrientes”, que “ignoran” aquello que les provoca bienestar y que pueden tomar “malas” decisiones, suicidio inclusive, producto de una creencia o por estupidez). En consecuencia, esta interpretación tiende a reducir la autonomía del paciente y a delinear una comunidad moral asimétrica y jerárquica donde los individuos no tendrían el mismo valor y donde algunos delegarían su capacidad decisoria en otros que operan como fuentes de autoridad:

La medicina es un arte [...]. Tiene una parte que es científica, tiene una parte que es un poco esotérica que es la que le confiere este arte. Yo creo que en ese arte las personas que no pertenecen a la orden, que no han sido iniciadas por decirlo así, tienen bastante poco que decir [...]. Un arte que tiene que tener ojalá una supervisión pero entre pares, cualquier otra cosa que se le quiera poner creo que no es

válida porque estamos con gente que desconoce el ámbito de lo que está hablando o hace una teorización demasiado abstracta de lo que está hablando. (Entrevista a Político 3, Alianza).

Plataforma de derechos humanos

Esta controversia evidencia una tensión por intentar transportar el debate desde una plataforma médica, desde donde tradicionalmente se han tomado las decisiones sobre tratamientos de salud, hacia una nueva plataforma hermenéutica constituida en la semántica de los derechos humanos según la cual “el tema central es el rol del ser humano, consigo mismo y con su cuerpo”.¹⁹ Este giro sería reflejo de un proceso societal mayor que involucra “ganar conciencia de que somos sujetos de derechos en los distintos ámbitos de nuestra sociedad”.²⁰

La plataforma de los derechos es la plataforma de la norma cosmopolita. Los políticos y bioeticistas que apoyan este tipo de regulación como un “avance” propio de sociedades que practican la “ética y medicina modernas” y que “humanizan la medicina”²¹ arguyen que el rechazo a este giro se debe, entre otros factores, a una “instalación incompleta” de una nueva ontología médica que no solo se orienta por los principios de beneficencia y no maleficencia, sino también por criterios de justicia distributiva y, fundamentalmente, respetando la autonomía del paciente. La cultura médica chilena no estaría aún dispuesta a entregar esas cuotas de poder a la población:

Tiene que ver con la instalación incompleta de lo que es la ética médica [...]. La ética médica tradicional coloca el relieve en hacer el bien y evitar hacer daño y que es el centro del juramento hipocrático y que es el núcleo de la formación del médico chileno. Ahora, hacer el bien y evitar el daño lo coloca en el profesional, son las competencias del profesional las que deciden qué es hacer el bien y evitar el daño. Por lo tanto, no deja nada en manos de la persona usuaria de los servicios de salud. Luego se introducen dos conceptos que son nuevos y que todavía no se han introducido completamente en la cultura del profesional médico y, por lo tanto, todavía no generan cambios sustentables de conducta en los profesionales médicos chilenos [...]. Los dos nuevos principios son [...] hacer lo justo [...] entendiendo que el recurso es limitado y la necesidad es infinita, y un cuarto principio es el principio de autonomía, que por lo tanto es la persona humana la que tiene el derecho a decidir sobre su cuerpo y sobre su vida. (Entrevista a Político 7, Concertación).

19 Entrevista a Político 7, Concertación.

20 Entrevista a Político 8, Concertación.

21 Ex ministra María Soledad Barría, intervención plenaria en la Cámara de Diputados, julio de 2007.

Quienes rechazan el transporte del problema a una plataforma de derechos sostienen que un modelo donde “el paciente adopte las decisiones a partir de la información que le proporciona el médico” sería ajeno a la cultura chilena, donde “la mayoría de los pacientes se vinculan con el médico en una suerte de paternalismo arraigado”.²² Aquellos que promocionan la legislación sobre derechos de los pacientes en salud identifican este paternalismo como el obstáculo a superar para la implementación exitosa del nuevo modelo. Entre unos y otros, hay quienes deslindan la decisión técnica –de competencia del médico– de la decisión ética –de competencia del paciente–, constituyendo una posición intermedia:

Si yo voy a un profesional de la salud y me dice “tiene que hacer esto porque esto es lo correcto”, yo le voy a decir “mire, déjeme decidir a mí lo que encuentro correcto, yo me arreglaré si soy católica en el cielo con Dios [...], pero no pueden imponer que eso sea para todo el mundo. Además, ¿quién me dice que los valores del médico son mejores que los míos, o son más válidos que los míos? ¿Por qué él va a saber lo que es mejor para mí? Sabrá lo que es mejor para mí desde el punto de vista técnico, pero no necesariamente desde el ético. (Entrevista a Bioeticista 2, católica).

En consecuencia, cuando se transporta la controversia a una plataforma de derechos, el foco decisorio se traslada al paciente, quien ejercería su voluntad soberana dentro de una comunidad moral simétrica que acuerda proteger “la autonomía y la libertad de las personas en el momento de la agonía”.²³ Así, la salud pasa a ser un “tema ciudadano” y no la “propiedad privada” de unos expertos.²⁴

Enmarcar la justificación en contextos argumentativos más amplios (*framing*)

Otra maniobra de manejo del debate implica enmarcar o encuadrar (*framing*) la definición del problema en contextos argumentativos más amplios, desde donde se construye el argumento a favor o en contra, dejando sin explicitar la postura con respecto al problema en cuestión.²⁵ Es lo que sucede

22 Francisco León, Centro de Bioética de la PUC, intervención en sesión parlamentaria, julio de 2007.

23 Diputado Marco A. Núñez, PPD, intervención en sesión parlamentaria, julio de 2007.

24 Diputada Ximena Vidal, PPD, intervención en sesión parlamentaria, julio de 2007.

25 Uso el concepto en un sentido distinto al que le otorga Goffman (1975). Si para él el *framing* refiere al *background understanding* de una situación dada, es decir, a las reglas y principios organizativos que gobiernan eventos, para mí alude a un marco interpretativo con el que se comprende una situación. Para un análisis del encuadre de personas en contextos médicos, ver Dodier 1998.

en el debate de los proyectos de derechos y deberes de los pacientes (P2001, P2006G) con la asociación del derecho a rechazo de tratamientos que prolongan artificialmente la vida del paciente terminal y la eutanasia. Recordando la primera tramitación de la ley, un político de la Concertación explica:

Político 7, Concertación: –De lo único que se ha hablado es que al pobre cristiano no lo sigan conectado a ventiladores y metiéndole matraca hasta que ya se aburrió el equipo de salud.

Entrevistadora: –¿Limitar el esfuerzo terapéutico?

Político 7: –Exactamente, a lo que es razonable, prudente [...]; no había eutanasia en el proyecto. El tema salió porque si usted quiere que algo no se apruebe, confunde, punto, y por lo tanto lo que hubo fue una muy eficaz maniobra de confusión.

Pese a la intención gubernamental, los partidos de derecha y algunos centros de bioética católicos consideraron que, aunque no fuera “la finalidad del legislador”, una “norma mal redactada o mal interpretada puede terminar estableciendo una cosa distinta a la deseada” y “abrir la puerta a la eutanasia en el país”.²⁶ En efecto, el caso típico de *encuadre* en esta controversia es el argumento consecuencialista de tipo pragmático de la “pendiente resbaladiza”, según el cual el rechazo a la ley no atañe la valoración de la eutanasia en sí, sino que se funda en la creencia (y para ello se dota de pruebas) de que una vez que una sociedad decide ampliar los derechos de las personas en un ámbito determinado, lo hará irremediablemente, y sin fuerza que la contenga, en otros casos menos justificados, pasando, por ejemplo, de la autorización de la eutanasia voluntaria para pacientes irrecuperables y en proceso de muerte a la autorización de la eutanasia para personas que no pueden pedirla, o permitiendo que una norma originalmente pensada para regular casos extremos termine aplicándose como criterio general. Esta crítica supone que la legislación sería capaz de transformar el modo de razonamiento moral de la población en general, y de las cúpulas decisorias en particular:

Muchas veces permite, bajo la vía del subterfugio, entender cosas bastante más allá que justifican o que pretenden por la vía legal justificar el acortamiento o el adelantamiento de la muerte por la vía de un suicidio o por la vía de una eutanasia. Entonces si tú me pones en la perspectiva como legislador, yo prefiero en esto una visión más bien restrictiva que una visión amplia o una visión en que yo tome elementos

26 Diputado Marcelo Forni, UDI, intervención en sesión parlamentaria, diciembre de 2002.

casuísticos muy extremos para justificar una legislación que el día de mañana no va a estar dirigida a esos casos extremos, sino que al final permiten, bajo un criterio muy vulnerable, empezar a aceptar condiciones que desde mi punto de vista no protegen adecuadamente la vida de las personas. (Entrevista a Político 2, Alianza).

La crítica radica entonces en todos los demás derechos que se tendrían que otorgar si le *abrimos la puerta* a la regulación de la eutanasia. En opinión de una bioeticista católica, en una sociedad donde la atención de salud no está garantizada para todos ni se ofrece con la misma calidad y oportunidad, la pendiente conduciría a que el derecho a eutanasia se convierta en un recurso utilizado por los más débiles para poner fin a una “cadena de fracasos”:

Un ejemplo: si a una persona, porque no ha tenido buen acceso a salud, se le descubre en forma tardía un cáncer, el tratamiento que se le hace para ese cáncer no es el tratamiento óptimo, por lo tanto llega a una etapa metastásica del cáncer y está con dolores insoportables, no tiene acceso a buena medicina paliativa que le calme esos dolores, no tiene apoyo psicológico para procesar todo lo que está viviendo, no tiene medios económicos para poder acceder por sí mismo, si tú en esas condiciones en que ya se sumaron muchas injusticias le dices: “Mire, pero usted tiene la posibilidad de la eutanasia”, en el fondo le estás diciendo: “Esa cadena de fracasos ahora terminémosla”, y me parece que las personas que terminarían accediendo a la eutanasia serían justamente las personas más desvalidas de nuestra sociedad. (Entrevista a Bioeticista 3, católica).

Según esa misma óptica, la relajación de la prohibición absoluta también nos podría conducir a autorizar la eutanasia para quienes no la han pedido, como los ancianos, y no motivados por causas piadosas, sino para hacer frente al costo económico que implica su mantención por el Estado o sus familiares:

Yo creo que nosotros sí tenemos hasta cierto punto una conciencia de que el tema de la eutanasia [...] puede tener que ver con decisiones del Estado de no mantener personas caras de mantener; yo creo que hay una cierta sensibilidad [...]. Ese temor por una parte. Y por otro lado yo creo que hay un gran temor, sobre todo en la gente anciana, de que la familia decida que mueran, porque eso se cruza con un tema de una desprotección brutal de la ancianidad en Chile. (Entrevista a Bioeticista 4, católica).

En síntesis, el transporte de la controversia entre distintas plataformas hermenéuticas permite acercarse a la heterogeneidad o “hibridez del foro”

(Callon et al. 2009) que esta activa y observar la imbricación del razonamiento moral con regímenes de conocimiento que lo proveen de argumentos, evidencias y pruebas legítimas (“este es un tema de ética médica” o “este asunto compete a la ética del derecho”). También permite tematizar parte de la política de conducción de la disputa en la medida en que reconocemos en el transporte de la controversia a distintas plataformas, no solo la inclusión/exclusión de sistemas de argumentos, evidencias y pruebas, sino también la apertura/clausura con respecto a la participación de actores en la comunidad moral presupuesta por la argumentación (juristas versus bioeticistas, médicos versus pacientes). El *framing*, en tanto, alude a la elasticidad de la controversia y, en este caso, a la expansión de sus líneas argumentativas estructurales mediante la incorporación de razones colindantes a la justificación de la posición del agente.

Conclusiones

La reproducción, el reclutamiento o la legitimidad constituyen dimensiones clásicas en el estudio de las elites. Proponiendo y aplicando la estrategia analítica del análisis del razonamiento moral en disputas públicas, este artículo aboga por la introducción de la dimensión normativa en la teoría de las elites. Lo propio de esta aproximación normativa sería la pregunta por los valores o las ideas del bien que orientan la evaluación y definición de las situaciones que provocan disputa o desacuerdo entre las elites y que se intentan generalizar cuando colisionan dos o más ordenamientos de valor; cuando se configura una nueva situación social cuya justificación hay que deliberar o cuando una regla de justificación que se tiene por válida se infringe.

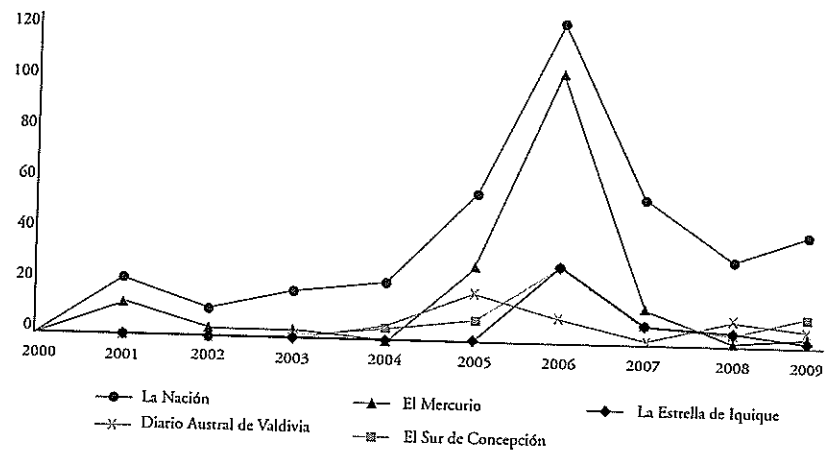
Las controversias son especialmente atingentes para el análisis sociológico del fenómeno moral en tanto en ellas lo moral no se despliega solo como orientación motivacional de actores individuales, sino que participa en la articulación misma de consensos o disensos colectivos. Es decir, en controversias públicas el juicio moral emerge de las exigencias recíprocas que las elites se hacen con respecto a expresar el compromiso o el rechazo (crítica) hacia algún principio que se intenta elevar como válido para todos; mientras que la legitimidad de las razones que cada grupo esgrime surge del reconocimiento de esos argumentos como válidos por los demás agentes que participan de la disputa. En este sentido, la introducción de una dimensión normativa en una teoría de las elites llama a observar la conformación de estos grupos sociales en un plano intersubjetivo y no solo como dependiente de los recursos individuales del actor (capital social, económico o cultural).

El tipo de análisis de las elites que el estudio del razonamiento moral en controversias sociales posibilita se enmarca en el examen de la justificación de la acción así como esta es activada en arreglos sociales específicos. Esta perspectiva difiere de aquellos enfoques que tienden a reducir el análisis del comportamiento de las elites a relaciones de poder (como los enfoques constructivistas de corte marxista), a la identificación de las estrategias que les permiten incrementar sus intereses (como en la sociología utilitarista) o a las disposiciones que orientan invariablemente el actuar de estos grupos (la teoría del *habitus* de Bourdieu). Las controversias permiten desarrollar una teoría situada de las elites que releva la centralidad del contexto, las circunstancias y la interacción de los agentes en la estructuración de justificaciones y en el manejo del debate. En este sentido, el análisis de controversias permite examinar la justificación moral no solo a nivel discursivo, sino también práctico y pragmático. Asimismo, más que concebir las orientaciones normativas de los grupos de elite de una manera determinista, o como una estructura que pesa sobre la situación, este enfoque le atribuye a los agentes cierta plasticidad para modelar (y modelarse en) las situaciones en que se desenvuelven. Asimismo, analiza las justificaciones según cómo son articuladas creativamente por los agentes: seleccionando razones según el foro en que se participa, traduciendo razones a gramáticas más generalizables, transportando la controversia a distintas plataformas o enmarcándola en contextos argumentativos más amplios, entre otras maniobras.

Como refleja el examen de la controversia sobre la eutanasia y la muerte digna, la búsqueda de un marco válido para el acuerdo implica dirimir justificaciones legítimas y definir las condiciones mismas de la disputa. Ello permite reconocer lo que tiene valor para las elites y los mecanismos mediante los cuales estos grupos expresan e implementan esos criterios de valor de forma tal que los modelos de disputa que asumen las elites constituyen fuentes de información relevante para comprender la estructuración de los conflictos sociales y los procesos de cambio social.

ANEXO

Gráfico 1. Cobertura medial al debate público sobre eutanasia y muerte digna



Fuente: Elaboración propia a base de la revisión de 656 noticias sobre muerte digna y eutanasia publicadas entre el 1 de enero de 2000 y el 30 de agosto de 2009 en cinco medios de prensa escrita nacionales.

Referencias

- Bénatouil, T. (1999). "A Tale of Two Sociologies: The Critical and the Pragmatic Stance in Contemporary French Sociology", *European Journal of Social Theory*, 2: 379-396.
- Benhabib, S. (2004). *The Rights of Others*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Boltanski, L. (2000 [1990]). *El amor y la justicia como competencias: tres ensayos de sociología de la acción*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Boltanski, L., y Thévenot, L. (1999). "The Sociology of Critical Capacity", *European Journal of Social Theory*, 2: 359-377.
- Boltanski, L., y Thévenot, L. (2000). "The Reality of Moral Expectations: A Sociology of Situated Judgment", *Philosophical Explorations*, 3: 208-231.
- Boltanski, L., Thévenot, L. (2006). *On Justification: Economies of Worth*, Princeton: Princeton University Press.
- Callon, M. (1995). "Algunos elementos para una sociología de la traducción: la domesticación de las vieiras y los pescadores de la Bahía de St. Brieuc", Iranzo, J. M., Blanco, J. R., González de la Fe, T., Torres, C., y Cotillo, A. (eds.), *Sociología de la ciencia y de la tecnología*, Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas: 259-282.
- Callon, M., y Rip, A. (1992). "Humains, non-humains: morale d'une coexistence", Theys, J. y Kalaoram, B. (eds), *La terre outragée. Les experts sont formell*, Paris: Autrement: 140-156.

- Callon, M., Lascoumes, P., Barthe, Y., y Burchell, G. (2009). *Acting in an Uncertain World: An Essay on Technical Democracy*, Cambridge: MIT Press.
- Dodier, N. (1998). "Clinical Practice and Procedures in Occupational Medicine: A Study of Framing of Individuals", Berg, M., y Mol, A. (eds.), *Differences in Medicine. Unraveling Practices, Techniques, and Bodies*, Durham/Londres: Duke University Press: 53-85.
- Engelhardt, J. R., Tristram, H., y Caplan, A., eds. (1987). *Scientific Controversies: Case Studies in the Resolution and Closure of Disputes in Science and Technology*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Flippo, F. (2006). "L'enjeu écologique: lecture critique de Bruno Latour", *Revue du MAUSS*, 26: 481-495.
- Giddens, A. (1997). *Consecuencias de la modernidad*, Madrid: Alianza.
- Giddens, A. (1998). *Modernidad e Identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*, Barcelona: Península.
- Goffman, E. (1975). *Frame Analysis. An Essay on the Organization of Experience*, Cambridge: Harvard University Press.
- Keating, P., y Cambrosio, A. (2006). *Biomedical Platforms: Realigning the Normal and the Pathological in Late-Twentieth-Century Medicine (Inside Technology)*, Cambridge: MIT Press.
- Law, J. (1989). "Technology and Heterogeneous Engineering: The Case of Portuguese Expansion", Bijker, W. E., Hughes, T. P., y Pinch, T. (eds.), *The Social Construction of Technological Systems*, Cambridge: MIT Press: 111-134.
- Meyer, M. (2009). "From 'Cold' Science to 'Hot' Research: The Texture of Controversy", Documento de Trabajo, 016, CSI/Mines ParisTech.
- Moody, M., y Thévenot, L. (2000). "Comparing Models of Strategy, Interests and the Public Good in French and American Environmental Disputes", Lamont, M., y Thévenot, L. (eds.), *Rethinking Comparative Cultural Sociology: Repertoires of Evaluation in France and the United States*, Cambridge: Cambridge University Press: 273-306.
- Nelkin, D., ed. (1992). *Controversy: Politics of Technical Decisions*, Londres: Sage.
- Scott, P., Richards, E., y Martin, B. (1990). "Captives of Controversy: The Myth of the Neutral Social Researcher in Contemporary Scientific Controversies", *Science, Technology and Human Values*, 15: 474-494.
- Thévenot, L., Moody, M., Layafe, C. (2000). "Forms of Valuing Nature: Arguments and Modes of Justification in French and American Environmental Disputes", Lamont, M., Thévenot, L. (eds.), *Rethinking Comparative Cultural Sociology: Repertoires of Evaluation in France and the United States*, Cambridge: Cambridge University Press: 229-272.
- Thévenot, L. (2001). "Justifying Critical Difference: Which Concepts of Value are Sustainable in an Expanded Coordination", Siu-Tong, K., Sin-Wai, Ch. (eds.), *Culture and Humanity in the New Millennium: The Future of Human Value*, Hong Kong: Hong Kong University Press: 45-65.
- Venturini, T. (2009). "Diving in Magma: How to Explore Controversies with Actor-Network Theory", *Public Understanding of Science*: 1-16.
- Wynne, B. (1992). "Misunderstood Misunderstandings: Social Identities and Public Uptake of Science", *Public Understanding of Science*, 1, 3: 281-304.
- Zigon, J. (2007). "Moral Breakdown and Ethical Demand: A Theoretical Framework for an Anthropology of Moralities", *Anthropological Theory*, 7: 131-150.

