

Giuseppe Moscati, médico académico de nuestro tiempo

Dr. Flavio Nervi O.

Profesor Titular de Medicina, Jefe del Departamento de Gastroenterología y actual Vicedecano de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Otros datos biográficos, ver REMUC 10/92, p. 263



En las obras físicas de las nuevas dependencias del Departamento de Gastroenterología y del Centro para la Prevención y Tratamiento del Cáncer Digestivo, cons-truidos en el marco del Programa de Cooperación Internacional entre el ICU (Istituto per la Cooperazione Universitaria), la Università Cattolica del Sacro Cuore, el Ministerio de Relaciones Exteriores de Italia y nuestra Universidad, se inauguró el auditorio adscrito a este proyecto, el que lleva el nombre de Giuseppe Moscati. Cuando se eligió este nombre se quiso expresar un testimonio acerca de sus valores

trascendentes como persona, como profesional y como universitario católico.

Giuseppe Moscati, como se señala en la placa de mármol a la entrada de este auditorio, fue sobre todo un médico que ejerció cabalmente su profesión, a la cual ennobleció a través de su dedicación a la investigación y a la docencia universitaria. Estas actividades las desarrolló en plenitud y con una entrega total. Su testimonio de vida consagrada al servicio de Dios, a través de sus múltiples actividades, reconocidas como excepcionales por los pares de su época, y sobre todo por los enfermos, hicieron que la Iglesia lo

beatificara durante el pontificado de Paulo VI en 1975 y lo canonizara durante el de Juan Pablo II en 1987.

Giuseppe Moscati nació en Benevento (Italia) el 25 de julio de 1880. A los 23 años, después de un brillante doctorado en la Universidad de Nápoles, comenzó su carrera de médico y de apóstol, uniendo la ciencia a una fe activa. Los pobres fueron sus clientes preferidos; generalmente no aceptaba de ellos ninguna recompensa y con frecuencia los curaba a sus expensas y los ayudaba sin darlo a conocer. Fue un médico de reconocido prestigio en el ambiente de la época en Nápoles, donde le tocó practicar la Medicina, solicitado como tratante por las altas esferas de la sociedad laica y eclesiástica. Su jornada estaba llena de ocupaciones entre el hospital, la enseñanza universitaria y las visitas en casas y fuera de la ciudad. La mañana del 12 de abril de 1927 —como cada día— meditó, fue a la iglesia a primera hora en la mañana y comulgó; regresó a casa a desayunar y salió para el hospital. Cuando volvió a mediodía, comenzó la visita de los numerosos enfermos que le esperaban en su consulta privada. A las 3 de la tarde se sintió mal; se sentó en un sillón, y así, sin agonía, en una perfecta calma, falleció. Giuseppe Moscati fue canonizado en 1987 en un acto solemne durante la asamblea sinodal dedicada al laicado, en la cual el Santo Padre Juan Pablo II presentó a la atención de todos —como modelo para nuestros días— la figura de este laico que vivió de manera ejemplar su compromiso cristiano en el ejercicio de la profesión de médico, de investigador y profesor universitario, como un fiel testimonio de las alturas a las que deben aspirar los miembros académicos de una Facultad de Medicina. Durante toda su vida profesional dedicó parte importante de su tiempo a la investigación científica orientada inicialmente al metabolismo de los hidratos de carbono, para luego dedicarse a estudios clínicos endocrinológicos. Moscati publicó 32 trabajos, destacando entre ellos varios en importantes revistas científicas de la época, como el *Hoppe-Seylers Zeitschr. f. Phys. Chemie* y el *Beiträge z. Chem-Physiologie und Pathologie*.

Como profesional se destacó, sobre todo, por su carismática intuición en el diagnóstico diferencial y por su dedicación a la investigación bioquímica y fisiológica, como disciplinas fundamentales para comprender mejor las enfermedades que afectaban a sus pacientes. Alcanzados los más altos niveles académicos en la Medicina de la época, primó en él la figura del maestro

dedicado a sus jóvenes colegas, estimulándolos y abriéndoles posibilidades de desarrollo con gran generosidad. En su excelencia fue siempre humilde y generoso, dándole a todos los espacios y los estímulos necesarios para el progreso académico, aun a expensas de su propio beneficio. Como persona, quizás el atributo más distintivo fue su profunda unión a la Iglesia Católica, dando testimonio permanente —sobre todo en público— de su fe y de su amor a la verdad, en una época dominada por el relativismo positivista y el materialismo, deslumbrada por los éxitos de la ciencia y en extremo crítica y opuesta al magisterio de la Iglesia, defensora de los valores morales permanentes.

Desde el inicio de su carrera profesional, ésta se articuló claramente en dos polos de desarrollo, que fueron siempre expresión de sus aspiraciones: la investigación en la universidad y el hospital clínico. En los últimos años de su vida decidió finalmente optar por este último; sin embargo, no abandonó nunca a la primera, y siempre mantuvo una especial dedicación a la enseñanza de pregrado y de posgrado, fortaleciendo la amistad y los contactos, también permanentes, con bioquímicos y fisiólogos. Este hombre reunió en su espíritu tres atributos o virtudes notables, que señalan con precisión cuál es la exigencia de la Iglesia Católica a sus hijos en el mundo de la cultura y de la ciencia: la búsqueda permanente de la excelencia, el irrenunciable amor a la verdad y un profundo sentido y práctica de la humildad.

Durante la homilía de la misa de su canonización en San Pedro, el Papa se preguntaba: "¿Qué es la santidad?", y contestaba él mismo: "*La santidad es unión del hombre con Dios en el poder del misterio pascual de Cristo. En el poder del Espíritu de Verdad y de Amor. El amor tiene la fuerza de unir al hombre con Dios*". Y agregaba más adelante: "*El hombre que desde hoy invocaremos como Santo de la Iglesia universal se nos presenta como una actuación concreta del ideal del cristiano laico. Desde este punto de vista, Moscati constituye un ejemplo no sólo para admirar, sino para imitar, sobre todo por los agentes de la salud: médicos, enfermeras, voluntarios y cuantos directa o indirectamente están comprometidos en la asistencia a los enfermos y en el vastísimo mundo de la salud. El se pone como ejemplo también para quien no comparte su fe. Sin embargo, fue precisamente esta fe la que confirió a su compromiso dimensiones y cualidades nuevas, las típicas del laico auténticamente cristia-*

no. *Gracias a ellas los aspectos profesionales en su vida se integraban armónicamente entre ellos, se sostenían uno a otro para ser vividos como una respuesta a una vocación y, por lo tanto, como una colaboración con el plan creador y redentor de Dios*".

Los testimonios de santidad en capillas, oratorios, iglesias, monasterios y seminarios se comprenden fácilmente en la perspectiva eclesial. La presencia de un católico de nuestros tiempos elevado a los altares, que representa un modelo de laico universitario, reafirma el valor que el Santo Padre perfila en el laicado del próximo milenio, llamando a todos a santificarse en su lugar de trabajo dando testimonio de vida cristiana. En una Facultad de Medicina, donde las tareas específicas fundamentales tienen que ver con la formación de personas, es indispensable que los profesores y maestros vivan en el entorno universitario y practiquen su profesión, su arte y su saber como modelos válidos para ser seguidos por los alumnos, los jóvenes médicos y otros profesionales de la salud. También los signos externos, como los que se presentan en el Dr. Giuseppe Moscati, contribuyen a la misión fundamental de la Universidad Católica, la cual es formar profesionales católicos a través del testimonio personal y estar inserta en la sociedad y proyectada en su futuro, descubriendo y entregando la mejor atención médica posible para nuestros enfermos, a través de la investigación de buena calidad, diversa, profunda e integradora.

Es el amor a la verdad la virtud más sobresaliente de este hombre, que se perfila vivamente en el magisterio de la Iglesia a través de la Encíclica *Veritatis Splendor* (El Esplendor de la Verdad), entregada por Juan Pablo II el 6 de agosto de 1993. Moscati, que vivió en el primer cuarto de este siglo, en pleno positivismo, proyecta hoy con más claridad que nunca la perfecta concordancia entre fe y ciencia, dimensiones diferentes del espíritu, pero no antagónicas, pues ambas llevan a Dios. Moscati muestra, además, la imagen ideal del académico católico, quien, buscando siempre la excelencia en la investigación científica y la docencia, dedicando parte significativa de su tiempo a ellas, mantiene una práctica médica notable, especialmente por su personal dedicación a los enfermos, a quienes consideraba siempre —antes que un caso clínico— personas e imagen viva del Cristo sufriente. Este ejemplo desde la posición de muchos, quienes en aras de un pretendido humanismo disminuyen la importancia de la investigación científica como instrumento eficaz e

irreemplazable para el progreso de la Medicina y la mejor formación de las futuras generaciones de médicos, y la presentan, equivocadamente, como una actividad incompatible con una buena atención clínica.

Al término de su homilía, el Santo Padre proyectaba el sentido trascendente y la misión evangelizadora de la vida concreta de este médico del siglo XX con las siguientes palabras:

"Moscati, en su constante relación con Dios, encontraba la luz para comprender mejor y diagnosticar las enfermedades, y la luz para poder estar cerca de los que, sufriendo, esperaban del médico que les sirviera con participación sincera. De esta profunda y constante referencia a Dios extraía la fuerza que lo sostenía y que le permitía vivir con honradez íntegra y absoluta rectitud en su complejo y delicado ambiente, sin llegar a un compromiso. El era el maestro, el director de hospital que no ambicionaba posiciones: si éstas se le atribuían, era porque no podían negárselas, y cuando las ocupó, supo ejercitarlas con absoluta rectitud y por el bien de los demás".

"Hombre íntegro y cristiano coherente, no dudaba en denunciar los abusos, esforzándose en demoler praxis y sistemas que iban en detrimento de la verdadera profesionalidad y de la ciencia, en detrimento de los enfermos, así como de los estudiantes a los que quería transmitirles lo mejor de sus propios conocimientos: 'los estudiantes son los médicos del mañana', decía. Consciente de ello, Moscati pensaba en la calidad de los futuros médicos, tomando postura incluso públicamente para que no fuese en absoluto perjudicada su preparación y formación. Preparación y formación que supo encarnar con el ejemplo".

"Realmente todo aspecto de la vida de este laico médico aparece animado por esa nota que es la más típica del cristianismo: el amor, que Cristo dejó a sus discípulos como su 'mandamiento'. De esta persona, experiencia suya del valor central del cristianismo, dejó numerosas muestras en sus escritos. Son palabras que hoy nos suenan casi como un testamento. No la ciencia, sino la caridad es lo que ha transformado el mundo —observaba—; sólo poquísimos hombres han pasado a la historia por la ciencia, pero todos podrán ser imperecederos, símbolo de la eternidad de la vida en que la muerte no es más que una etapa, una metamorfosis para una elevación más alta, si se dedican al bien".

¿Cómo no advertir en estas palabras casi un eco de la página evangélica, que hoy hemos es-

cuchado? (Mt 25, 35-36). "Me disteis de comer... me disteis de beber... me hospedasteis... me vestisteis... me visitasteis..."

¿Cuándo? ¿Cómo?

¡Deseo a todos, queridos hermanos y hermanas –reunidos aquí en la Plaza de San Pedro o esparcidos por las distintas partes del mundo–, deseo a todos que al final de vuestra vida podáis repetir estas preguntas... y recibir la misma respuesta de Cristo!

Entonces nacerá una luz como la aurora (dice el Profeta)... detrás irá la gloria del Señor... (Is 58, 8).

El amor "no pasará nunca..."

"Lo más excelente es la caridad" (1 Cor 13, 8, 14).

¡Amén!

BIBLIOGRAFIA

1. Mondrone, Domenico: "Giuseppe Moscati un grande clinico e un grande santo", *Civiltà cattolica* IV: 252-268, 1975.
2. Preziosi, Alfonso: *Giuseppe Moscati apostolo di scienza fede e carità*. Avellino, Rip. Anselmi, 1978.
3. Riccio, Luigi: *Giuseppe Moscati il medico santo*. Napoli, Centro Medico Moscati, 1987.
4. Marranzini, A.: *Giuseppe Moscati modello del laico cristiano di oggi*. Editrice, Roma, 1989.
5. *L'Osservatore Romano*, N° 983, 1 Nov. 1987.

ORACION DE SAN JOSE MOSCATI*

tomada de su Diario de Vida

*"Ama la Verdad,
muéstrate como eres,
sin fingimientos,
sin miedo y sin miramientos.
Y si la Verdad te cuesta la
persecución, acéptala,
y si te lleva al tormento,
sopórtalo.
Y si por la Verdad debieras
sacrificar tu Vida,
sé fuerte en el sacrificio".*

* 1880-1927.

Temas médicos
de interés general

Normas de calidad para las Escuelas de Medicina*

Dr. Pedro Rosso R.

Decano de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile

Hace pocos días la Universidad de San Sebastián, ubicada en Concepción, anunció que había sido autorizada por el Consejo Superior de Educación para abrir la carrera de Medicina. Si otras universidades, entre ellas la Universidad de Las Condes, concretan planes similares en los próximos años, por lo menos cuatro nuevas escuelas de Medicina se agregarían a las siete ya existentes en el país. Incluyo entre estas últimas a la Escuela de Medicina de la Universidad de los Andes, la cual inició sus programas hace poco más de dos años.

La posibilidad de que en Chile puedan comenzar a proliferar las escuelas de Medicina debería preocupar seriamente a la comunidad nacional. Actualmente nuestro país carece de normas legales que establezcan requisitos de calidad académica para las escuelas de Medicina. En otros países existen procedimientos y normas muy estrictas para cautelar la calidad académica de esas escuelas. Por ejemplo, en los EE.UU. todos los estudiantes deben aprobar exámenes nacionales en dos niveles de la carrera y todas las escuelas son revisadas periódicamente para determinar si mantienen los estándares de excelencia establecidos. De esa manera, la comunidad se asegura que ellas cumplen cabalmente con la responsabilidad de formar profesionales idóneos.

Es fundamental que nuestro país desarrolle este tipo de normativas para sus centros formadores de médicos. Un médico con mala formación profesional puede causar daños morales, invalidez y muerte de sus pacientes. Por esa razón la calidad de la formación técnico-profesional y ética de los médicos es un tema que debe interesar a la sociedad y en el cual ésta tiene el derecho a exigir garantías.

Dada la carencia actual de normas, el Consejo Superior de Educación, guiándose por las dis-

posiciones que rigen para todas las carreras universitarias, ha debido improvisar criterios, para lo cual se ha apoyado en la opinión de consultores externos y la de sus propios integrantes, dos de los cuales son distinguidos académicos del área médica. Sin embargo, por razones de justicia y equidad, ese Consejo no puede exigir a las nuevas escuelas de Medicina niveles de calidad académica superiores a aquellos de las escuelas existentes. Desgraciadamente, eso implica que las escuelas con mayores limitaciones académicas son las que, involuntariamente, establecen los niveles mínimos de calidad exigibles a las nuevas unidades. Eso significa, claramente, que en cuanto a calidad en la formación de los médicos hemos comenzado a nivelar hacia abajo.

Como un elemento negativo agregado es importante que la comunidad nacional se informe de que lo anterior está sucediendo en un período en que las escuelas de Medicina del país se encuentran en una situación crítica con respecto a recursos humanos y materiales. Son muchos los factores que han sido determinantes de esa realidad, incluyendo un deterioro económico progresivo. La situación es tan grave que, en estos momentos, una serie de indicadores académicos, entre ellos el número de proyectos FONDECYT, publicaciones científicas en revistas internacionales y número de profesores de jornada completa sugieren que algunas de ellas viven situaciones límites en cuanto a niveles de calidad académica. La Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH), que agrupa a todas las facultades que ya han titulado médicos, es consciente de esta situación y está buscando las formas para remediarla. Dado los antecedentes entregados, es de máxima urgencia que se establezca un plan de mejoramiento de las escuelas de Medicina; de lo contrario caeremos, inexorablemente, en una espiral de calidad profesional descendente, con gravísimas consecuencias para la Medicina chilena.

* Publicado en *El Mercurio*, el 15 de agosto de 1993.

Uno de los aspectos que influye fuertemente en la situación deteriorada de las escuelas de Medicina ha sido la pérdida, principalmente por malas remuneraciones, de profesores dedicados a la vida universitaria, especialmente aquellos del área clínica, quienes tienen alternativas de mejores ingresos en el ejercicio privado de la profesión. Es válido, por consiguiente, preguntarse ¿de dónde provendrán los docentes que requieren las nuevas escuelas? Hay solamente dos alternativas: reclutar profesores de las escuelas que están en funcionamiento, o improvisar docentes universitarios. Ambas alternativas son, por igual, inevitables y lamentables. La primera, porque debilita a las escuelas existentes, y la segunda, porque trivializa el esfuerzo de formación académica que están realizando las escuelas ya establecidas. En estas últimas acceder a la categoría de profesor titular es un proceso de mucha exigencia que, en promedio, demora quince a veinte años.

No me cabe duda de que en Chile hay muchos médicos que verían con buenos ojos la posibilidad de ostentar el título de profesor universitario. Sin embargo, reconociendo en ellos la calidad de profesionales competentes, creo que se requiere algo más que inclinación por la docencia para ser profesor universitario en una escuela de Medicina. Uno de los elementos más valiosos de la formación universitaria en nuestra profesión, donde el conocimiento se expande constantemente, es aquella que otorga a los jóvenes una visión inquisitiva y crítica de lo que está sucediendo en los campos respectivos y que, al mismo tiempo, los estimula para estar en constante formación. Ese sello de calidad no pueden comunicarlo quienes solamente enseñan un quehacer. Sin embargo, puede argumentarse que en algunas de las escuelas ya establecidas existe un grado similar de improvisación y que un número significativo de los profesores de ramos clínicos son buenos profesionales con espíritu docente y no verdaderos universitarios. Eso es cierto y refleja, precisamente, una de las debilidades antes señaladas, cuya aceptación como válida para la realidad de una escuela de Medicina puede contribuir a acelerar la declinación cualitativa de la formación médica chilena.

Junto con los déficit de personal académico, las actuales escuelas de Medicina están agobiadas por la obsolescencia de sus equipamientos docentes y de laboratorios, el desabastecimiento de sus bibliotecas y el deterioro de sus plantas físicas, las que, con pocas excepciones, son francamente inadecuadas. A eso se agregan los

deterioros globales de sus hospitales docentes, que sólo en los últimos años han experimentado alguna recuperación. Nuevamente, esa situación menoscabada no es un buen parámetro para establecer exigencias mínimas de infraestructura para las nuevas escuelas.

Si, hasta ahora, las escuelas de Medicina del país han podido evitar una caída en la calidad de los profesionales que egresan de sus programas de pregrado, es porque aún mantienen un saldo del capital académico acumulado en épocas más felices. Sin embargo, donde el sistema de educación médica nacional ha comenzado a mostrar signos de falencia es a nivel de los programas de formación de especialistas. Aunque la calidad de estos programas es, en general, aceptable por carencia de docentes y por problemas de falta de equipamiento e infraestructura hospitalaria, nuestras escuelas de Medicina no han podido expandir sus programas de formación de especialistas al mismo ritmo que el aumento de la demanda. En consecuencia, el país está comenzando a sufrir un déficit de especialistas.

Es importante señalar que, al contrario de lo que sucede en Chile, en la mayoría de los países industrializados ningún médico ejerce la profesión apenas se recibe. Las complejidades de la Medicina actual hacen que sea necesario un período de especialización antes de comenzar la práctica liberal de la Medicina. De hecho, en algunos de esos países esa alternativa es la única legalmente posible para el ejercicio de la profesión. Dadas las características de nuestro país y las proyecciones que ellas tienen para su futuro, es fácil concluir que, dentro de un plazo relativamente breve, tendremos que instaurar un sistema parecido. Por esas razones, nuestra Escuela de Medicina contempla, en el más breve plazo, otorgar a todos sus egresados la posibilidad de especializarse.

Si las nuevas escuelas de Medicina no tienen capacidad para ofrecer un número significativo de programas de especialización, el país experimentará el fenómeno involutivo de un aumento considerable en el porcentaje de médicos generales, en circunstancias que su demanda por ese tipo de médicos será decreciente. Por esa razón considero que uno de los requisitos básicos exigibles a las nuevas escuelas de Medicina es la capacidad de formar especialistas.

La creación de nuevas escuelas de Medicina debería preocuparnos, además, desde una perspectiva de números. Una simple consideración de oferta y demanda hace pensar que, por razones de mercado, la mayor disponibilidad de mé-

dicos que provocaría la apertura de nuevas escuelas de Medicina conduciría a una distribución más homogénea de esos profesionales, a una disminución de sus aranceles, y otras ventajas aparentes. Podría argumentarse, también, que las proyecciones de un crecimiento económico sostenido del país llevan aparejadas las de un crecimiento paralelo en la demanda de servicios médicos, hecho comprobado en otros países. Todo lo anterior parece favorable a una política de absoluta liberalidad con respecto a las iniciativas de formar más médicos, pero esas son meras suposiciones. Lo concreto es que en Chile no existen estimaciones de demanda de servicios médicos para los próximas décadas. Los peligros que conllevan, tanto la situación de un déficit como un excedente de estos profesionales, obligan a actuar con mucha responsabilidad.

Un déficit de médicos tiene las graves consecuencias que todos pueden imaginar. Sin embargo, un exceso de esos profesionales es igualmente negativo. La experiencia de algunos países que sufren el problema indica que la atmósfera de alta competitividad que eso provoca lleva a un deterioro de la ética profesional. Entre otros vicios, por ejemplo, tiende a generalizarse la realización de procedimientos médicos innecesarios, incluida la cirugía. Aunque obviamente en una situación de sobreoferta los médicos no escasean en ningún área geográfica y el costo promedio de sus servicios disminuye, las desventajas señaladas son lo suficientemente indeseables y difíciles de controlar como para tratar de evitar la situación.

La proposición de normar sobre la creación de nuevas escuelas de Medicina podría ser interpretada como una defensa encubierta de cier-

tos derechos hegemónicos para las ya establecidas. Nada más lejos de mis intenciones. Soy un firme partidario de la idea de que cualquier universidad tiene derecho a crear su propia escuela de Medicina. No obstante, con igual convicción, creo que el Estado, como garante del bien común, debe asegurar a la sociedad que esa escuela de Medicina forme profesionales bien capacitados. Lo anterior es válido tanto para las nuevas escuelas como las ya existentes. Estas últimas deberían ser acreditadas periódicamente. La necesidad de exigir calidad en la formación de los médicos surge, como señalaba antes, del hecho básico de que la incompetencia profesional de un médico puede causar la muerte o la invalidez permanente de sus pacientes. Es por eso que resulta imprescindible que legislemos sobre la situación especial de la educación médica y que encontremos soluciones, acordes con la evolución de la Medicina en Chile y en el mundo, para sus problemas actuales.

Creo, igualmente, que las universidades deben ejercer con mucha responsabilidad sus prerrogativas legales de abrir carreras como las de Medicina y, en ese sentido, contar con proyecciones fidedignas sobre la futura demanda de médicos debería ser determinante en la decisión de ofrecer esa carrera. Dado el prestigio social del médico, siempre existirán postulantes para una escuela de Medicina. Por otra parte, la existencia de una escuela de Medicina es un hecho que prestigia a una universidad. Sin embargo, contribuir conscientemente a crear una situación de sobreoferta de médicos es actuar en forma contraria a los intereses de la comunidad y a los ideales que deben inspirar a una universidad digna de llevar ese nombre.

El internista hoy

Homenaje póstumo al Dr. Gabriel Letelier L. (Q.E.P.D.) y entrega de premios a los mejores alumnos de Medicina Interna, 1992 y 1993 (14 de diciembre de 1993)

Dr. Vicente Valdivieso D.

*Jefe de la División de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
Otros datos biográficos, ver en REMUC 10/92, p. 173*

Hoy nos reúne el recuerdo de un gran profesor de Medicina Interna, que fue dotado por Dios de cualidades que iluminaron a todos los que tuvimos el privilegio de conocerle. Porque don Gabriel, a pesar de su vida modesta y ajena a toda ostentación, destacó ante sus alumnos, sus enfermos y sus colegas por su buen juicio, serenidad y prudencia. Estas virtudes imprimieron un sello muy personal a su práctica de la Medicina y de la docencia y le ganaron un respeto y admiración que todavía perduran en nuestro recuerdo.

Aprovecharé esta oportunidad para rendir una vez más un merecido homenaje en su memoria, entregar el premio que lleva su nombre y reflexionar sobre los valores que él representó con tanta dignidad y sobre la mejor forma de preservarlos en la Medicina actual y del futuro.

Sin duda que la Medicina Interna se encuentra en crisis en muchos países del mundo occidental, incluyendo el nuestro. Esta crisis ha sido particularmente intensa en los Estados Unidos, donde la disminución del interés de los egresados por la clínica general del adulto ha sido notoria y preocupante en los últimos años. En Chile este fenómeno ha seguido un curso parecido, puesto que, para bien o para mal, la Medicina norteamericana ha constituido nuestro modelo de desarrollo durante la segunda parte de este siglo. En los últimos cuarenta años nuestra especialidad madre ha estado sometida a fuerzas centrífugas cada vez más intensas, que la han fragmentado en múltiples especialidades y subespecialidades. Este proceso se encuentra aún en pleno desarrollo. Ya estamos asistiendo a la subdivisión de las especialidades mayores; se proponen cada día nuevas áreas de especialización en torno a determinadas enfermedades, períodos de la vida, situaciones de mayor gravedad o urgencia, e incluso, áreas muy circunscritas del metabolismo o técnicas de

exploración diagnóstica o de tratamiento. Progresivamente resulta más difícil hacer calzar estas entusiastas iniciativas de grupos cada vez más reducidos, con el concepto epistemológico tradicional de una ciencia o al menos de una disciplina profesional determinada.

Paradójicamente, la fragmentación de la Medicina Interna ha tenido su origen en el extraordinario éxito de la investigación básica y clínica sobre la etiopatogenia de las enfermedades del adulto. Esta maravillosa aventura del ingenio humano, iniciada a mediados del siglo XIX por Pasteur, Claude Bernard y sus seguidores, recibió un impulso multiplicador enorme después de la Segunda Guerra Mundial. Alrededor de 1950 se crearon en los Estados Unidos los National Institutes of Health (NIH) y se les proveyó de recursos que en sus primeros años de funcionamiento parecían ilimitados. Esta visionaria y gigantesca iniciativa motivó y disciplinó a los científicos: acercó las ciencias biológicas básicas a los problemas de la ciencia médica y dio origen a una investigación clínica fundada en métodos realmente rigurosos. Cabe recordar que el primer trabajo clínico prospectivo y randomizado se realizó recién en 1948, cuando se estudió el efecto de la estreptomycin sobre la tuberculosis.

Desde la fundación de los NIH, la aparición de nuevos descubrimientos ha sido cada vez más rápida y el plazo en que ellos generan nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento, cada vez más corto. El desarrollo tecnológico de las especialidades ha permitido una exploración anatómica y funcional del organismo que sorprende por su perfección y exactitud y procedimientos terapéuticos realmente eficaces por su fundamento científico. En muchas enfermedades el médico ha dejado de ser un observador impotente para transformarse en un aplicador de técnicas crecientemente más sofisticadas y exitosas. In-

cluso, el desarrollo tecnológico ha pasado a ser de tal importancia que muchos especialistas han ido abandonando su interés original, básicamente clínico, por la práctica predominante de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento propios de un campo cada vez más restringido. Por desgracia, el enriquecimiento tecnológico ha empobrecido la relación humana tan propia de la clínica clásica. Así lo entiende muchísima gente que se maravilla por los progresos tecnológicos pero simultáneamente lamenta que la Medicina se haya deshumanizado y encarecido tan notoriamente. En la Medicina Interna esta situación es particularmente llamativa, a medida que aumentan los subespecialistas y disminuyen los clínicos generales.

Frente a esta situación de crisis conviene analizar la realidad chilena y para ello intentaremos contestar las siguientes preguntas:

1. ¿Quiénes atienden actualmente a los adultos chilenos?
2. ¿Será posible (y conveniente) que esta atención sea efectuada predominantemente por especialistas?
3. ¿Qué características requiere hoy un médico internista general?
4. ¿Cómo podemos favorecer la formación de más y mejores internistas?

1. ¿QUIENES ATIENDEN A LOS ADULTOS CHILENOS?

Hasta julio de 1993 se habían certificado en CONACEM 916 profesionales en Medicina Interna y sus especialidades derivadas. Como el proceso de certificación ya ha cumplido 10 años y ha sido exitoso, podemos suponer que ha pasado por él la gran mayoría de los médicos con interés y méritos para certificarse en este campo.

Los 916 profesionales citados se desglosan de la siguiente manera:

Sólo 357 (40%) son médicos internistas sin una especialidad derivada;

278 (30%) tienen certificados tanto en Medicina Interna como en alguna de sus especialidades, y

281 (30%) sólo se han interesado por obtener el certificado de una subespecialidad, indicando con ello que la ejercen exclusiva o al menos prioritariamente.

Si consideramos que la población chilena mayor de 15 años alcanza cerca de 8.600.000 habitantes, ¡a cada médico internista general certificado como tal le correspondería la atención de 24.100 adultos! Si consideramos también a los 278

internistas certificados con especialidad derivada, la cifra mejora a 13.500 adultos por médico, lo que es todavía notoriamente insuficiente.

Teniendo en cuenta estos datos y la experiencia diaria, se puede asegurar que gran parte de la atención primaria de los adultos del sector público de la salud se encuentra hoy en manos de médicos indiferenciados, con muy poca capacidad resolutive. En el nivel secundario, cada vez más subdesarrollado, la participación del internista general es escasa y claramente insuficiente; y muchos enfermos son derivados directamente del consultorio primario al nivel terciario, para ser atendidos por subespecialistas que desarrollan una Medicina sobrecargada y poco eficiente, si se considera su alto costo. Con este sistema de atención no es raro que los pacientes no logren acceso oportuno al nivel terciario e ingresen a los hospitales por vía de los servicios de urgencia; a menudo no han conseguido que sus enfermedades crónicas sean oportunamente diagnosticadas y tratadas, y sólo acuden al hospital cuando aparecen las complicaciones que en muchos casos habrían sido evitables con la atención oportuna de un internista general.

El país está experimentando cambios demográficos y del perfil de su patología que irán acentuando este grave déficit asistencial, si no se toman medidas para corregirlo. Efectivamente, la edad de la población se va desplazando hacia los grupos mayores; las enfermedades agudas, especialmente infecciosas, han ido siendo dominadas; y, en cambio, van en aumento las enfermedades crónicas en las que la morbilidad ha pasado a ser tanto o más importante que la mortalidad, por el elevado costo que implican sus complicaciones para nuestros sistemas de salud. La hipertensión arterial, la arterioesclerosis coronaria o encefálica, los tumores malignos, la cirrosis hepática y la diabetes mellitus entran en esta categoría. En todas ellas la prevención primaria, el diagnóstico precoz o al menos la prevención secundaria son fundamentales para un manejo racional y económicamente tolerable para el país. Sin embargo, los médicos estamos principalmente ocupados en el manejo de sus graves complicaciones.

2. ¿SERA POSIBLE (Y CONVENIENTE) QUE LA ATENCION DEL ADULTO SEA EFECTUADA PREDOMINANTEMENTE POR ESPECIALISTAS?

A mi parecer, esta tendencia de la Medicina de nuestro tiempo es perniciosa, poco realista y

muy desaconsejable para el futuro. Sin duda que el país requiere de especialistas bien calificados por sus conocimientos y habilidades técnicas: pero ellos son indispensables sólo para una minoría de los pacientes y para situaciones bien determinadas, que a menudo son pasajeras. La gran mayoría de las enfermedades crónicas pueden ser manejadas satisfactoriamente por un internista general bien formado.

La extensión indiscriminada de la atención por especialistas es inconveniente para todos los grupos involucrados:

a) *Es mala para los pacientes:* 1) porque con frecuencia sufren de patologías múltiples, que necesitarían del concurso simultáneo de varios especialistas. Una ínfima minoría de la población se puede permitir este aparente "lujo".

2) Porque a menudo consultan al especialista por autorreferencia; si los síntomas que los preocupan tienen su origen en otro órgano o sistema, el médico consultado se dedicará a excluir acuciosamente la patología propia de su área, solicitando múltiples exámenes que harán que el proceso diagnóstico, erróneo en su origen, sea naturalmente ineficiente y caro.

3) Porque, con mucha frecuencia, las drogas utilizadas para una enfermedad perjudican (a veces gravemente) a otros sistemas del organismo. Es común observar esta clase de efectos adversos en pacientes de edad que usan múltiples medicamentos indicados simultáneamente por varios médicos.

b) *Es malo para la sociedad en su conjunto,* porque nunca contaremos con el número suficiente de especialistas para manejar las enfermedades crónicas del adulto, cuya frecuencia va en aumento. Y aunque dispusiéramos de ellos, su atención estaría orientada fundamentalmente al nivel terciario (manejo de las complicaciones) que sin duda es el más atractivo dentro de cada especialidad.

c) *Es malo para los propios especialistas,* que partiendo inicialmente de un genuino interés clínico, derivan al uso cada vez mayor de procedimientos de diagnóstico y tratamiento, de los que dependen para subsistir. Pero cualquiera tecnología puede quedar obsoleta por el progreso de la investigación clínica o farmacéutica; parece mucho más conveniente que un médico que ejercerá su profesión por 35-40 años tenga una preparación que abarque intereses más amplios y que le permita mayor flexibilidad y capacidad de adaptación. Es lo que sucede con muchos internistas

que habiéndose formado además en una especialidad, ejercen la atención de sus pacientes del punto de vista de la Medicina Interna General sin dedicarse prioritariamente a los procedimientos tecnológicos.

Sin duda que seguiremos necesitando el vigoroso desarrollo de las subespecialidades, pero éste debe ser equilibrado por un desarrollo paralelo e igualmente vigoroso de la Medicina Interna General.

3. QUE CARACTERISTICAS REQUIERE HOY UN MEDICO INTERNISTA GENERAL?

Tradicionalmente, los estudiantes que se inclinan por la Medicina Interna destacan más por sus intereses intelectuales que por su habilidad técnica. Aprecian el desafío del diagnóstico, como una aventura del pensamiento fundada en la cuidadosa búsqueda y el análisis de los elementos clínicos básicos –anamnesis y examen físico– ayudados por exámenes de laboratorio y procedimientos elegidos e interpretados en el contexto de la clínica, con la máxima economía de tiempo y de dinero.

Igualmente aprecian el desafío del tratamiento, como un proceso realizado en colaboración con el paciente, fundado en la prudencia y el buen juicio y lo menos invasivo posible; como un manejo del enfermo y su familia que incluya la prevención de las complicaciones, para lograr así para su paciente una vida más prolongada pero sobre todo de mejor calidad.

Para enfrentar exitosamente ambos desafíos, requiere de una formación larga y compleja que incluye:

- El conocimiento de la etiología, patogenia y manifestaciones clínicas de las enfermedades del adulto, su prevención y tratamiento;
- El dominio de las indicaciones, rendimiento, limitaciones y riesgos de los exámenes y procedimientos de las diferentes subespecialidades: algunos pueden ser efectuados por el propio internista general;
- El manejo de pacientes en situaciones de urgencia o de tratamiento intensivo, incluyendo el conocimiento de la fisiopatología y el dominio de las habilidades para enfrentarlas de manera oportuna, segura y eficiente;
- El conocimiento cabal de la farmacología clínica, incluyendo las indicaciones, contraindicaciones, interacciones y efectos adversos de la enorme cantidad de drogas producidas por

la Medicina moderna. (Particularmente importante es el saber si tienen alguna utilidad, o carecen totalmente de ella.)

Se ha sostenido que es imposible dominar todos estos campos, abarcando el conjunto de las enfermedades del adulto. A mi juicio, esta opinión, aparentemente atendible, no lo es tanto: porque a menudo los avances de la Medicina tienden a simplificarla (recuérdese, por ejemplo, el diagnóstico diferencial de las ictericias) y porque los procedimientos actuales de información permiten ubicar rápidamente el conocimiento específico requerido. Sin duda que el internista general debe vivir consciente de sus limitaciones, pedir ayuda y derivar oportunamente a sus pacientes, para recuperarlos después de la intervención puntual del respectivo especialista. En todo caso, el campo propio de cada especialidad y su límite con lo que puede hacer el internista general necesitan de una definición permanente y de un trabajo complementario y en ningún caso contrapuesto.

Pero por sobre estos requisitos de conocimientos y técnicas, el verdadero internista general se distingue por su desempeño como médico tratante del paciente en su integridad. Porque sin duda la categoría de médico es previa y conceptualmente superior a la condición de especialista. No podemos permitir que ella sea subordinada ni atrofiada por la tecnología. Esta, por sí sola, será siempre incapaz de abarcar al ser humano en su conjunto, con sus sufrimientos y sus esperanzas. Sólo el médico clínico puede desempeñar este rol, tan intrínsecamente propio de su condición de tratante. Sólo quien ejerce su profesión con interés y afecto por sus pacientes y desde una perspectiva humanista que supera los límites de la especialidad puede aspirar al respeto y consideración de la sociedad a la que sirve. En palabras de don Armando Roa: "Debemos ser sabios respecto de una parte del cuerpo, pero médicos de todo ese cuerpo y esa alma..., especialistas en tal o cual cosa, pero médicos de la persona".

4. ¿COMO FAVORECER LA FORMACION DE MAS Y MEJORES INTERNISTAS GENERALES?

A mi parecer, es mucho lo que se puede hacer al respecto:

– Debemos estimular el interés de los alumnos de pregrado por el ejercicio de la clínica. Esta es

la vocación original de muchos de nuestros estudiantes; pero ella se atrofia al no encontrar entre sus docentes modelos que la ejerzan en plenitud. Es conveniente favorecer el trato precoz de los alumnos con los pacientes y trasladar mucha de la práctica clínica del pregrado al consultorio ambulatorio, dando suficiente continuidad al contacto con los enfermos y sus familiares. También es necesario ampliar y diversificar las oportunidades de formación de clínicos generales del adulto: algunos, con preferencia por la atención ambulatoria, familiar y comunitaria; otros, por la atención del paciente hospitalizado. Los programas actuales son poco flexibles, escasos y mal financiados: tenemos que buscar pronto alternativas adecuadas en cantidad y calidad porque la formación del Postítulo ya ha llegado a ser parte imprescindible de la educación de todos los médicos.

– Debemos alentar desde las facultades de Medicina las reformas de la atención de salud que permitan crear los nichos ecológicos que con más propiedad pertenecen a los médicos internistas. Especialmente urgente es el desarrollo de un nivel secundario, tanto para enfermos ambulatorios (Centros de Referencia Diagnóstica) como para pacientes hospitalizados (hospitales de mediana complejidad, instituciones de hospitalización diurna, etc.). Es necesario agilizar la relación eficiente entre los niveles de atención, para que el clínico general del adulto tenga el respaldo y las respuestas oportunas que requiere el manejo de sus enfermos. Es la mejor manera de que alcance un ejercicio profesional pleno y respetado.

Termino con un comentario final sobre la Medicina Interna. En ningún campo de nuestra profesión existe en mayor grado la posibilidad de ejercer cabalmente la condición de médico a la que nos ha llamado nuestra vocación, puesto que en la Medicina Interna la relación entre médico y paciente alcanza su máxima expresión. Muchas otras y respetables especialidades solucionan problemas que aunque a menudo graves, son transitorios. Sólo los internistas acompañamos a nuestros pacientes a lo largo de los años, logrando con ellos una comunicación fundada en la confianza y en el respeto mutuo, que nos convierte en sus representantes y consejeros y nos permite elegir para ellos las mejores alternativas terapéuticas. Estas decisiones son, a los ojos de los pacientes, tanto o más importantes que su ejecución material.

En este camino, a la vez hermoso y difícil, encontramos también la oportunidad de conocer-

nos a nosotros mismos y crecer como personas. Vamos mejorando nuestra capacidad de entender a los demás, colocándonos en su lugar; aprendemos a hacer lo que es justo, aunque tal vez no coincida con lo más lucrativo; a usar con prudencia y honestidad el enorme poder que los pacientes ponen en nuestras manos, y, finalmente, a aceptar la muerte como parte natural de la vida,

acompañando a nuestros pacientes a cruzar el último umbral con el menor temor y dolor que nos sea posible conseguir.

Quien elija este camino, nada tendrá que temer de su futuro. Ejercerá una vocación cuyos rasgos más respetados tienen milenios de antigüedad y, sin embargo, son siempre nuevos porque se fundan en el servicio integral del ser humano.



La señora Isabel Guzmán de Letelier entrega al Dr. Manuel Alvarez Lobos el diploma que lo acredita como el Mejor Alumno en Medicina Interna de la promoción 1993. A la derecha, el Dr. Domingo Arriagada M. espera entregarle el Premio "Dr. Gabriel Letelier L. 1993".

La Cirugía General y la fragmentación de la Cirugía

Dr. Osvaldo Llanos L.

Estudios médicos en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Título de Médico-Cirujano en la U. de Chile. Profesor Titular de Cirugía, ex Jefe del Servicio de Cirugía, ex Director del Hospital Clínico y actual Jefe de Programa de Postítulo en Cirugía, en la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile

En la época actual, de intenso y vertiginoso progreso científico y tecnológico, la especialización parece ser uno de los factores clave del éxito y desarrollo alcanzado en las diferentes disciplinas. La especialización es una necesidad del progreso. Es una consecuencia, por una parte, de la gran cantidad de conocimiento, y, por otra, de la complejidad tecnológica, que hacen imposible que una persona pueda dominarlo todo. Naturalmente que la especialización es muy atractiva y es el camino que la mayoría de los individuos escoge para dedicar su esfuerzo profesional.

En Medicina, el proceso ha sido similar al de otras disciplinas. La especialización ha traído sin duda un progreso significativo y los resultados objetivos están a la vista. Sin embargo, la especialización ha sido también motivo de preocupación, especialmente en el ambiente académico, desde el punto de vista conceptual y humanista, por los riesgos que puede tener si no es bien encauzada o si no es bien concebida intelectualmente, teniendo presente que el objeto fundamental de la Medicina es el hombre. Así, en la Cirugía, se ha observado con preocupación que la cada vez mayor especialización pudiera ir en desmedro del conocimiento de la especialización básica, la Cirugía General.

Por estas razones se ha considerado de interés analizar algunos aspectos relacionados con la Cirugía General y la llamada fragmentación de la Cirugía. El tema es muy amplio y puede ser enfocado desde diferentes puntos de vista. Se podría comenzar este breve análisis tratando de definir qué se entiende hoy día por Cirugía General. ¿Existe la Cirugía General? ¿Es la Cirugía General una especialidad? ¿Cuáles son sus límites?

Como en la mayoría de los problemas de este tipo, con frecuencia la respuesta no es única y puede ser variable de acuerdo a las distintas circunstancias. En la definición de Cirugía General influyen diferentes factores. Entre éstos destacan el nivel de desarrollo y la ubicación geográfica

del lugar en que ésta se realice. La Medicina, y, por ende, la Cirugía, no es estática y está en cambio permanente, con mayor o menor velocidad de acuerdo a circunstancias y factores locales. Así, lo que se entiende hoy día por Cirugía General es diferente a su definición de hace algunos años y puede ser diferente en distintos lugares. En este sentido, por evolución histórica, con el desarrollo de las disciplinas ha ido cambiando el concepto y el campo de acción de la Cirugía General. De esta manera se llegó a una definición simple de la Cirugía General, que dice que es la especialidad que queda después de la separación de las disciplinas quirúrgicas principales, como la Neurocirugía, la Ortopedia y Traumatología, la Cirugía Cardíaca, la Urología, etcétera.

El American Board de Cirugía en Estados Unidos ha definido en diferentes oportunidades la Cirugía General. La última definición fue publicada en 1990 y dice así: "La Cirugía General incluye la cirugía del aparato digestivo, la cirugía abdominal, la cirugía de la mama, la cirugía de la piel y partes blandas, la cirugía de cabeza y cuello, la cirugía vascular (no cardíaca), la cirugía del sistema endocrino, la cirugía oncológica y el manejo integral del trauma y del paciente crítico". Como se puede observar, esta definición le adjudica a la Cirugía General un campo de acción muy amplio, poco realista según algunos. Al respecto, dentro de la Cirugía General, hay quienes distinguen áreas especiales de dedicación, sin que necesariamente constituyan la práctica de una especialidad. Estas áreas especiales de la Cirugía General son la cirugía digestiva, la cirugía vascular, la cirugía de la mama, de la cabeza y del cuello. Esta dedicación especial es discutible desde el punto de vista conceptual y es difícil diferenciarla de una verdadera especialidad. En otros ambientes estas áreas especiales de dedicación constituyen una especialidad verdadera, como sucede en algunos centros de nuestro país.

En estas definiciones, entregadas por instituciones, influyen no sólo los aspectos conceptua-

les teóricos intrínsecos a la disciplina que se define, sino que también juegan un papel otros factores, algunos reglamentarios, otros médico-legales, que por supuesto tienen el valor que corresponde dentro del medio en que se define. Así, esta definición de Cirugía General en Estados Unidos incluye, por ejemplo, la cirugía vascular, cuyo reconocimiento no es completamente independiente de la Cirugía General. Igual cosa sucede con la cirugía oncológica y con el especialista en cuidados de pacientes críticos o cuidados intensivos. Los cirujanos generales se han preocupado de que estas especialidades se mantengan dentro de la Cirugía General y la argumentación utilizada es muy sólida. En este conflicto, aparte de razones conceptuales, hay también razones prácticas inherentes a la certificación formal de los especialistas, que incluyen aspectos económicos y también legales. En los países donde el ejercicio profesional está regido por certificación obligatoria, la certificación formal de una especialidad crea barreras restrictivas legales para su práctica. En nuestro país, como se sabe, existe la certificación de especialista, la que no es obligatoria y no tiene una sanción legal explícita, pero es muy posible que en el futuro no lejano así sea.

Después de definir a la Cirugía General como la especialidad madre de las especialidades quirúrgicas, cabe la pregunta si ella es realmente una especialidad. Si es una especialidad, ¿cuál es su campo, si casi todos sus componentes son ya parte de subespecialidades? Si la Cirugía General no es una verdadera especialidad, puede considerarse como una etapa en la formación o en la vida de un cirujano, quien luego puede seguir el camino de una subespecialidad, como también puede mantenerse en la práctica general de la cirugía. En el primer caso, la Cirugía General es más bien un concepto operacional, pero en el segundo es una verdadera especialidad con las limitaciones en su práctica que veremos más adelante. En este sentido es interesante conocer el destino de los residentes de Cirugía General al término de su formación. No existen datos completos nacionales, pero en nuestra Escuela de Medicina, en los últimos 10 años, el 50% de los residentes egresados del Programa de Cirugía General han continuado con otra residencia o formación en una especialidad quirúrgica. Revisiones de estadísticas de otros países como Estados Unidos indican que también más del 70% de los residentes de Cirugía General continúan luego con su formación en otros programas de subespecialización quirúrgica.

Es imposible pensar en volver atrás, a los días en que el cirujano general tenía una práctica qui-

rúrgica muy amplia y operaba todo tipo de patologías, hacía de todo, y lo hacía tan bien como lo mejor que podía ser hecho en esa época. La realidad actual es otra. Las rotaciones del programa de formación en Cirugía General, por las diferentes especialidades, sirven para que el residente conozca los distintos problemas y las diferentes enfermedades de cada especialidad, adquiera las destrezas básicas y aprenda las soluciones adecuadas en el contexto de un entrenamiento formal. De esta manera, el concepto de Cirugía General adquiere una importancia trascendental en el campo de la docencia y en especial en la formación quirúrgica de posgrado.

Si la Cirugía General es un concepto muy importante en la docencia de posgrado, lo es más todavía en la docencia de pregrado, en la cual es necesario impartir enseñanza de los aspectos generales de la cirugía a los estudiantes de Medicina, quienes van a ser médicos, pero no necesariamente cirujanos.

En nuestro país, como en todos, existen comunidades, especialmente en provincias, donde no se dispone de todos los especialistas, donde el cirujano general tiene la enorme responsabilidad de diagnosticar y tratar correctamente a la mayoría de los pacientes quirúrgicos. Sin duda que en este caso su campo de acción es más amplio que el de un cirujano general de una ciudad grande o de un medio universitario.

Este cirujano general debe también saber y tener la preparación para identificar qué paciente debe y puede referir a otro lugar para su tratamiento más especializado. Esta es una de las razones para que la formación del cirujano general deba ser lo más amplia, sólida y completa posible, a pesar de que luego su práctica pueda ser restringida o limitada a una especialidad. Por otra parte, en un ambiente universitario o académico, el campo de acción del cirujano general, como especialidad, es más limitado o restringido, pero tiene otras grandes responsabilidades, como son las de la docencia y de la investigación.

En la delimitación del campo de acción del cirujano general, aparte del nivel de desarrollo y ubicación del hospital en que trabaje, existe también otro factor, que es el factor personal, el gusto personal. Existen variaciones o diferencias en el interés personal de los cirujanos, en la habilidad técnica en particular, que hacen que existan especialistas no sólo de competencia variable, sino también de márgenes de práctica clínica variable, a pesar de lo amplio, excelente y uniforme que haya sido un programa común de formación.

La creciente complejidad y cantidad de conocimientos y destrezas que debe contemplar el

programa de formación de un cirujano general, junto a los cambios que está experimentando la Cirugía en la actualidad, hacen necesario revisar estos programas, para adecuarlos en sus contenidos y en su duración. Por otro lado, es indispensable hoy día que los especialistas en las diferentes disciplinas quirúrgicas, llámense neurocirugía, urología, traumatología y ortopedia, cirugía pediátrica, vascular, etc., tengan primero una sólida formación en Cirugía General. El ingreso a los programas de subespecialización debe contar con el requisito de tener esta formación en Cirugía General. Las distintas escuelas de graduados del país, junto con modernizar los actuales programas de Cirugía General, deben revisar también en este sentido los programas de subespecialidades.

Es posible que en algún momento, según algunos, la Cirugía General desaparezca como especialidad. Es posible que permanezca sólo como un concepto teórico o, como hemos visto, una etapa en la formación del cirujano especialista. Sin embargo, es posible y parece necesario que permanezca como la fuerza unificadora de la práctica quirúrgica, de la docencia en forma muy especial, y de la investigación. Para otros, la Cirugía General es una especialidad y su campo de acción es amplio. Es probable que en el futuro defina algunas líneas de desarrollo propias, sin que necesariamente signifique crear nuevas especialidades, aunque la experiencia indique que esto así pueda suceder. Por otra parte, los progresos y los enfoques actuales de la cirugía, como por ejemplo la tendencia a la menor invasión, le abren perspectivas insospechadas.

La segunda parte de esta exposición está dedicada a analizar brevemente lo que se entiende por fragmentación de la Cirugía. Sin duda que hay acuerdo general sobre la importancia de la especialización para el desarrollo de la Cirugía, al igual que el de otras disciplinas. Sin embargo, vale la pena hacer una diferencia entre lo que se entiende por especialización y lo que se entiende por fragmentación. Este tema también ha sido motivo de debate y en parte está también ligado a los conceptos sobre Cirugía General y especialización que se han discutido. Ya a comienzos de este siglo, Sir Williams Osler ponía una palabra de cautela acerca de la fragmentación de las especialidades, cuando dijo "el desarrollo extraordinario de la ciencia moderna puede llegar a anularla. La especialización, ahora una necesidad, ha fragmentado las especialidades mismas, de manera que hace peligroso el futuro". También el famoso poeta irlandés Yeats lo decía con elegancia, en forma más universal, dentro de su

poesía: "...Las cosas se desmoronan, el centro no es capaz de sostenerlas..., los mejores carecen de mayor convicción, mientras que los demás están llenos de intensidad apasionada". Recientemente, el ex presidente del American College of Surgeons, Dr. M.J. Jurkiewisz, dijo acerca de la fragmentación o de la especialización mal orientada y su impacto sobre la docencia quirúrgica: "la especialización desenfrenada es una enfermedad mortal de la educación superior que lleva a la atomización estrecha y a la incoherencia".

La especialización, la subespecialización y la fragmentación son una tendencia natural, que forma parte de la evolución de todas las disciplinas quirúrgicas, a medida que aumenta el conocimiento y se introducen nuevas técnicas. ¿Cuál es la diferencia entre especialización y fragmentación? Especializarse significa cultivar especialmente cierta rama de una ciencia o arte. La especialización es la resultante de la dedicación del tiempo, del estudio y de todo el esfuerzo a un área de la Medicina, que progresa con la adquisición de conocimientos y destrezas especiales. Por otra parte, la fragmentación conceptualmente significa o involucra un quiebre. Se puede decir que la fragmentación es una profundización en una división estrecha, no realista, de una especialidad, que demanda un reconocimiento por separado. Esta demanda de reconocimiento por separado es esencial en la definición de fragmentación y hace la diferencia con la verdadera especialización.

Aun cuando pareciera no tener mucha importancia práctica el distinguir entre especialización y fragmentación, se puede apreciar que conceptualmente son definiciones diferentes. En Medicina, la especialización significa un progreso y es un proceso por el cual la subdivisión de un área resulta en la producción de una unidad en la cual hay una profunda expansión del conocimiento. La fragmentación lleva a la división y a la desintegración. En Medicina ocurre una fragmentación si dentro de una especialidad se produce una división estrecha que se separa de ella y, como se dijo, exige un reconocimiento por separado. Lo importante es determinar qué es una división estrecha y cuándo esta división es lo suficientemente profunda e integral como para constituir una especialidad. Un ejemplo puede ayudar, y a veces los ejemplos llevados al extremo pueden ser clarificadores: la especialización en enfermedades de la pierna derecha, sin duda que es una fragmentación. La dedicación sólo a la cirugía de las hernias inguinales resultará en una gran experiencia y un éxito singular en el tratamiento de las hernias. Intrínsecamente no

hay nada malo en ello, por el contrario, es de beneficio para los pacientes. Pero no puede esta extraordinariamente estrecha limitación de la práctica quirúrgica demandar un reconocimiento como otra especialidad y separarse de la especialidad madre. La aceptación de un campo muy limitado de la Medicina o de la Cirugía como una especialidad aparte es lo que se entiende por fragmentación.

Así como la profundización del conocimiento en sí misma es beneficiosa tanto para el paciente como para el progreso de la especialidad, la fragmentación, en cambio, puede tener efectos negativos en varios aspectos. En primer lugar tiene efectos negativos en la docencia, tanto de pre como de posgrado. En la docencia de pregrado acentúa los efectos negativos de la especialización mal enfocada y resalta la necesidad de la existencia de la Cirugía General, que es la principal responsable de la docencia a ese nivel. La docencia de posgrado también se ve afectada por la fragmentación. Este perjuicio se puede observar desde la pérdida de la integración de la enseñanza, hasta incluso en la competencia por el tratamiento de determinados pacientes. En Medicina, en general, siempre que aparece una técnica nueva, es frecuente que se produzca una cierta competencia por los pacientes por parte de los especialistas para la aplicación de ella. De esta manera la excesiva fragmentación de la Cirugía puede traer también como consecuencia negativa un deterioro en las relaciones entre los médicos de las diferentes especialidades. Es necesario estar atento a este riesgo y los cirujanos y los responsables de los servicios y departamentos quirúrgicos deben tenerlo presente y tomar las medidas para evitarlo. La fragmentación tiene también otros efectos negativos en la asistencia médica, como es el aumento de sus costos, ya en sí elevados por el progreso derivado de la especialización.

Los avances y progresos de la ciencia y de la Medicina han traído también un evidente e involuntario deterioro de las relaciones médico-paciente. Es indudable que la fragmentación, como también la especialización mal entendida o mal ejercida, tiene el grave riesgo de contribuir a lo que se ha llamado la deshumanización de la práctica médica. En la actualidad es frecuente observar que el paciente sea visto o atendido por varios médicos, sin que uno de ellos necesariamente sea realmente el médico tratante. En los hospitales, con frecuencia, el paciente es visto y evaluado "por partes" según sea la especialidad comprometida y los médicos que lo asistan, sin que el enfermo tenga claro quién es su médico

tratante. En el momento en que un paciente pasa a ser para el médico un caso, o peor aún, una parte de un caso, puede que la ciencia de la Medicina permanezca, pero el arte de la Medicina y, por consiguiente, el humanismo, desaparece, se pierde. Heinz R. Kuehn, un ex Director de Comunicaciones del American College of Surgeons, sabiamente decía: "en el momento en que usted mira a su caso como persona, usted ha cruzado el umbral de las humanidades, usted ha entrado al cosmos, un universo cuyo centro es el hombre, la persona humana".

Entre los efectos negativos de la fragmentación, vale la pena detenerse en uno más. Tiene alguna relación con la deshumanización de la Medicina y de los médicos y es lo que se podría llamar la desuniversalización del médico como persona. En la medida en que el médico profundiza su conocimiento en un campo cada vez más estrecho, puede suceder que sepa cada vez más y más, de menos y menos. La fragmentación, así, estrecha los puntos de vista, estrecha el campo intelectual y el universo del individuo. Es necesario que el cirujano y el médico en general tengan una visión amplia, unificadora e integradora de la vida. Esta visión amplia corre el grave riesgo de perderse en esta era de la atomización y fragmentación del conocimiento. La cohesión del conocimiento humano se basa en lo universal de su cultura, la que debe estar basada en las humanidades: la historia, la tradición, la literatura, la música, el arte, la filosofía y la religión. El solo conocimiento científico no es suficiente, menos si es estrecho de perspectivas. La tecnología, la experiencia y habilidad técnica no bastan. La comprensión del hombre y, por ende, del hombre enfermo, requiere de horizontes más amplios.

Considerando el camino inevitable de progreso a través de la especialización y los riesgos potenciales de la fragmentación de la Cirugía, algunos de los cuales se viven en la actualidad, son las universidades a través de sus facultades de Medicina, y probablemente junto a las sociedades científicas, las encargadas de promover la verdadera especialización y de prevenir o evitar la fragmentación. Es la universidad el campo propicio para que el cirujano, y el médico en general, no sólo profundice su conocimiento, sino que aprenda a universalizarlo y adquiera el estímulo para mantener el humanismo en su práctica clínica en cualquier lugar que la realice y cualquiera sea la especialidad que elija.

La verdadera especialización evita la fragmentación, aun cuando la práctica de la especialidad pueda ser limitada o restringida parcial-

mente. Para ello, la verdadera especialización requiere de un punto de partida sólido y amplio como debe ser la Cirugía General. La Cirugía General debe ser la especialidad que estudie, trate y conozca en forma global e integral al paciente quirúrgico. Debe cumplir con su función integradora de las especialidades, en beneficio directo del paciente y en beneficio del desarrollo científico de las disciplinas quirúrgicas. El cirujano general debe tener una formación lo más completa posible, tanto en conocimientos como en la adquisición de destrezas. Esta formación debe incluir no sólo los aspectos quirúrgicos básicos y generales, sino que también debe abarcar un adecuado entrenamiento en las diferentes subespecialidades quirúrgicas, independientemente de cuál sea la que él escoja en el futuro, o

si se mantiene en su práctica como cirujano general. La formación de un cirujano debe también incluir la adquisición de los elementos básicos para la investigación científica. La investigación en Cirugía, aparte de la investigación especializada en cada rama de ella, tiene capítulos generales que requieren de investigación básica y clínica, y sirve a la vez de punto de partida y de entrenamiento metodológico para la investigación futura en un campo particular.

Es posible que los conceptos sobre especialización y fragmentación hayan quedado medianamente claros, con la esperanza de despertar una inquietud para meditar al respecto. Parece más importante, si de alguna manera, estas líneas han servido para estimular la reflexión sobre el carácter humanista del arte de ejercer la Cirugía.

Entretelones de la profesión médica

Comentarios del Dr. Lucas Pérez

(Primera parte)

Dr. Ernesto Mundt F.

Profesor Adjunto de Medicina Interna en la Facultad de Medicina de la U. de Valparaíso.

Miembro Correspondiente de la Academia de Medicina del Instituto de Chile.

Otros datos biográficos, ver en REMUC 8/90, p. 65

PROLOGO DEL AUTOR

Dice el refrán: "el cojo siempre le echa la culpa al empedrado". Siempre que algo camina mal, el *mea culpa* es una expresión que no existe en el léxico. La culpa es de los demás, de las circunstancias o de la mala suerte. Un chivo expiatorio muy usado es el "sistema". Así, haciéndose patente los vicios en un determinado sistema, cunde poco a poco el repudio al mismo, hasta que se consigue un cambio a otro sistema que, con el andar del tiempo, también desilusiona. Pero cuánto influyen los defectos del sistema y cuánta culpa tienen quienes lo aplican, es algo sobre lo cual raras veces o nunca se habla con franqueza y sinceridad. Sobre ética se puede hablar en clases de filosofía. En ellas se establecen las leyes, las normas de conducta, lo que se debe hacer y lo que se debe evitar; las razones del porqué esto es bueno y aquello es malo. Pero en ética concreta y aplicada por cada cual, más vale no meterse para no salir trasquilado. La razón es muy clara: ¿quién puede decir "yo no he pecado nunca"? Cuando a Cristo le presentaron la mujer adúltera, a quien la ley condenaba a muerte por ese delito, ¿qué dijo?... algo muy simple: "El que esté sin pecado que le lance la primera piedra". Y todos se fueron retirando, comenzando por los más viejos.

Criticar las actuaciones ajenas es siempre odioso, y muchas veces la crítica basada en las apariencias puede ser injusta. Por eso es tan sabia la sentencia bíblica que dice: "no busques la paja en el ojo ajeno; mira, más bien, la viga que tienes en el propio". Pero también es cierto que los errores enseñan y despiertan la conciencia; por eso es bueno revivir a veces la usanza de los juglares o la de los hermanos Grimm con sus cuentos o las fábulas que sirven para levantar el telón del escenario donde transcurre la vida con sus mil detalles, hechos y vicisitudes; con sus triunfos y desengaños.

Largo tiempo buscábamos a quien pudiese levantar el pesado telón del teatro de la vida

profesional, hasta que, por fin, encontramos al hombre preciso.

Era el doctor Lucas Pérez un médico de mediana estatura, de tez blanca, cabello colorín, mostacho y cejas pobladas, mirada inquieta y ameno charlar. Había trabajado intensamente y se había formado, paulatinamente, una buena clientela, que había comenzado a reunir en los sectores menos favorecidos de la sociedad y que nunca abandonó a su suerte. Trabajó infatigablemente como médico funcionario en consultorios y hospitales y atendió, también, en su estudio particular, a todo aquel que lo quisiera ver, pagándole sus servicios en dinero o con cualquier forma de seguro de salud. Este trabajo intenso no lo hizo rico, pero le permitió, sí, un modesto buen pasar. Fue un hombre estudioso, pero su experiencia sobrepasaba a su ciencia, lo que le permitió acumular un gran conocimiento del alma y de la vida de los hombres. Gracias a ello tenía cierta tolerancia con sus pacientes e independencia frente a las normas médico-científicas establecidas, sabiendo adaptarlas a la realidad concreta de cada doliente.

Ya jubilado en sus cargos funcionarios y con más de setenta años sobre sus hombros, decidió cambiar de localidad para tener una vida más tranquila y poder hacer recuerdos del pasado.

Lo conocimos en una pequeña hostería cordillerana a la cual él también había ido para gozar del aire puro. Como era muy buen conversador, comprenderá el lector cuánto nos entretuvo durante largas tertulias. Pronto descubrimos en él a un hombre justo y criticón, pero con una virtud: contaba siempre el milagro sin dar a conocer el nombre del santo implicado.

Las tertulias, de suyo muy simpáticas, se pusieron aún más amenas e interesantes cuando a los dos días se incorporó al grupo otro galeno, el doctor Simeón Alfieri, quien también tenía algunas cosas que contar.

El doctor Lucas Pérez nos relató muchas anécdotas de su vida profesional, e hizo varios

comentarios que eran el producto de sus meditaciones. Nosotros lo fuimos guardando todo en la memoria para pasarlo, después, al papel. Vayan a continuación algunos de los relatos y comentarios de esos simpáticos doctores: Lucas Pérez y Simeón Alfieri.

CAMBIO ABRUPTO DE MEDICO

En una de sus primeras tertulias, don Lucas Pérez relató un caso que le causó serios problemas de conciencia.

—Me llamaron un día a ver una joven —decía— y fui esa misma tarde. La encontré en cama con fiebre y unos dolores vagos a las articulaciones desde hacía un semana. Bien pronto me di cuenta que otro médico ya la había visto, ante lo cual le expresé a la familia que no podía seguir atendiendo en su domicilio a la paciente, porque constituiría una deslealtad de mi parte continuar a espaldas del colega que ya le estaba prestando sus servicios. Hice presente que lo correcto era concertar una junta si deseaban conocer otra opinión, pero nada a escondidas del otro médico.

La madre de la joven, muy alterada, me respondió: "doctor, ustedes tendrán sus normas de ética profesional, pero yo lo he llamado porque quiero que sea usted quien atienda a mi hija. No quiero más al otro médico, porque he visto con qué dedicación la ha examinado y el interés que ha puesto en ella. El otro doctor, cuando vino, apenas estuvo cinco minutos, dejó una receta que no se puede leer y se marchó sin preocuparse más".

—¿Bueno, y que hizo usted, doctor Pérez? —le preguntamos.

—Miren —respondió—, fue una situación bastante embarazosa. Por una parte estaba la norma de ética profesional que me obligaba a la lealtad para con los colegas; por otra parte prima siempre el interés del paciente, pero no por eso se pueden atropellar las normas de buena conducta. Cabían varias posibilidades... —y pasó a describir las una por una con sus pros y sus contras.

Una actitud era insistir en una junta y retirarse. Con ello, la perjudicada era la enferma, a quien se le postergaría el diagnóstico y el tratamiento. Viendo la agresividad de la madre, era evidente que no entendería esa actitud; sólo vería atropellada su voluntad e iniciaría un "pelambre" al gremio médico, diciendo a todas sus relaciones que los médicos son unos tales por cuales que se ayudan y se tapan todo entre sí.

Además se habría visto en la obligación de llamar a un tercer galeno, al cual habría relatado todo ese "escándalo", colocándolo a él en una situación más embarazosa aún.

Otra posibilidad era llamar al colega y comunicarle lo ocurrido, pero eso también tenía sus bemoles.

Si me hubiesen llamado solamente para conocer otra opinión —nos decía— por cierto que lo habría hecho. Lo habría llamado y le habría dado mi modo de ver ese caso clínico y con ello lo habría inducido a retomar el asunto con más interés. Pero el colega ya no tenía entrada en esa casa y comunicarle lo ocurrido en esas condiciones habría sido humillante y, por lo tanto, una falta de caridad que me habría distanciado de él.

Completó su relato diciendo que terminó por resignarse aceptando atender para bien de la enferma y para aplacar a la madre, evitando con ello un mayor escándalo familiar.

—Fue para mí un trago muy amargo —dijo al final—, porque con ese colega nos veíamos todos los días en el hospital... Era "frío" con los pacientes; muy técnico pero de poco corazón.

EL CASO ES MUY GRAVE... HAREMOS LO POSIBLE

—Hace muchos años —contaba el doctor Lucas Pérez— llegó un médico a la localidad, que se hizo pronto de una nutrida clientela. Era pediatra, y siempre que lo llamaban a ver a un niño enfermo decía que el caso era muy grave y que haría lo posible por salvarlo. Comprenderán la angustia de los padres y el agradecimiento que sentían y expresaban cuando el niño se recuperaba de un fuerte estado gripal, de una bronquitis o de la consabida, y por el público tan temida, bronconeumonía. Era lógico, entonces, que el hecho fuese comentado entre las amistades, extendiéndose la fama de ese gran doctor.

Pero entre los colegas esa actitud pronto fue llamando la atención y comenzaron los consabidos "pelambres" en los pasillos del hospital. Cuando una vez presentó una de sus experiencias en una reunión del Servicio de Pediatría, su trabajo fue duramente criticado por los otros pediatras, que ya le tenían cierta ojeriza. En la clientela particular trataban de eludir, dentro de lo posible, las juntas médicas con él, y no faltó uno al cual se le fuera la lengua, diciéndole a una mamá: "esta criatura jamás ha tenido bronconeumonía".

Y así ese médico de niños se fue, poco a poco, distanciando de sus colegas, y su "boom" profesional, como todos los "booms", se desinfló en pocos años.

Es que la fama de un médico se debe hacer de a poco, sobre bases sólidas y reales –agregó el doctor Pérez– y no sobre la base de una propaganda desleal, sugestionando y aun engañando a los pacientes, haciéndolos creer cosas que no son. En el último tiempo he visto aparecer ese tipo de propaganda médica en la prensa –terminó diciendo don Lucas–. Largas entrevistas a algunos especialistas, que no me gustan. Ya Hipócrates dijo en su famoso juramento que se instruirá por precepto, por discurso y en todas las otras formas, a los hijos, a los hijos del que nos enseñó a nosotros y a los discípulos unidos por juramento y estipulación, de acuerdo con la ley médica, Y NO OTRA PERSONA. Porque es evidente que los conocimientos científicos son para quienes manejan esa ciencia y no para quienes no los saben digerir, salvo que el interés público exija la divulgación de algunos hechos. Pero en tal caso considero más indicado que lo hagan las autoridades competentes o las sociedades científicas, pero no un médico por sí y ante sí. Ese es mi modo de pensar.

Diciendo estas últimas frases, el doctor Lucas Pérez adoptó un aire de seriedad que dejó pensativos a todos los presentes.

Al terminar se puso de pie, bebió el resto del pisco *sour* que le habían servido y se despidió para ir a dormir.

¿QUE DICE AQUI? NO LO ENTIENDO

Al día siguiente de nuevo se juntaron los mismos amantes de la tertulia y esta vez se les agregaron la esposa del Dr. Alfieri y la de un comerciante de la ciudad vecina. El Dr. Lucas Pérez estaba solo por ser viudo desde hacía dos años.

Iban caminando por un ancho sendero, comentando el paisaje, cuando la esposa del comerciante le dijo al Dr. Alfieri:

–Dígame, doctor, ¿por qué escriben los médicos con esa letra infame que nadie puede leer? Siempre hay que adivinar lo que dicen las recetas.

–Dígame, señora –respondió Alfieri–, ¿por qué, cuando habemos médicos en una reunión, siempre nos quieren hacer hablar de Medicina, aunque estemos de vacaciones? Pero le voy a contestar. Yo creo que se debe al tiempo de es-

tudiantes, porque en clases hay que tomar apuntes, lo que obliga a escribir muy rápido.

El Dr. Lucas Pérez intervino entonces y dijo:

–Oiga, Dr. Alfieri, yo creo que la cosa no es tan simple. Adán le echó la culpa a Eva, y Eva se la echó a la serpiente, cuando la culpa fue de los tres.

–No entiendo –dijo Alfieri.

–Mire usted –continuó el Dr. Pérez–, ¿a sus hijos les han exigido buena caligrafía, páginas sin borrones y respeto a los márgenes en el colegio como lo hacían con nosotros?

–En realidad no –respondió Alfieri.

–Ve usted, Alfieri, ahí tiene un problema de educación; el primer culpable. Después está lo de la universidad. En eso usted tiene la razón. Los bancos son incómodos y los profesores a veces hablan muy rápido o hacen sus clases en base a diapositivas, y por lo tanto a oscuras, con lo cual los alumnos no pueden seguirlos bien y no pueden ver lo que anotan; segundo culpable.

Tercero: ¿ha visto usted algún servicio hospitalario, estatal o privado, que se preocupe de ofrecer condiciones para que los galenos puedan escribir las fichas clínicas y las recetas con comodidad?

–No, por cierto –replicó Alfieri.

–Sería el tercer culpable.

Cuarto: ¿el número de enfermos que tiene que atender el médico en los consultorios, le da tiempo para escribir en forma decente? ¡No! y, por lo tanto, tenemos al cuarto culpable.

Quinto y final: ¿se preocupa el estudiante y el médico con mala letra de corregirla? No, porque no le da importancia y porque no se percata de que escribir ilegible es, en el fondo, una falta de cortesía. Se escribe para que otro lo pueda leer y no para obligarlo a ser un Champollion. Aquí tenemos al quinto culpable.

Como ya le dije, no hay un culpable; todos tienen la culpa, incluso los farmacéuticos y los mismos pacientes que no reclaman por las recetas que no se entienden.

En vez de aprender a escribir y a hablar con siglas de nueva invención, deberían los estudiantes aprender caligrafía, ortografía, sintaxis y puntuación.

Pero el asunto no es tan inocente y le voy a relatar una anécdota real y verídica que demuestra que la mala letra no es solamente una falta de cortesía para con el prójimo sino un peligro del cual nos vamos a dar cuenta recién cuando se nos vengan encima unos cuantos juicios de mala práctica.

Y relató la historia siguiente.

Una tarde lo llamaron con urgencia para asistir a un joven que sufría de intensa caída de la glucosa en la sangre. Dos días antes había consultado a un médico por una afección a la piel que le causaba mucha picazón. El colega le dio una receta con dos específicos que compró en una farmacia. Uno de los remedios despachados por la farmacia era "Clorpropamida", droga usada para bajar el azúcar que los diabéticos tienen elevada. Fue necesario hospitalizar al paciente y ponerle suero glucosado. Felizmente respondió bien y no hubo consecuencias.

Don Lucas pidió la receta; era ilegible. El primero de los específicos parecía ser "Soldrin", un remedio para la sarna. En cuanto al segundo se podía suponer que era "Clorfenamina", un remedio para la picazón, pero el farmacéutico creyó leer "Clorpropamida". Abajo decía "1 cada 8" pero no explicaba si eran tabletas o inyecciones, porque ambas formas existen en venta.

El padre del joven montó en cólera y consultó con un juez amigo suyo para ver si podía entablar un juicio. Como los magistrados tienen poco que ver con el Código Sanitario, no le dio importancia a la receta ilegible y disuadió a su amigo, diciéndole que no obtendría nada recurriendo a la justicia, porque no podría probar que el remedio ingerido por su hijo era el mismo que le habían despachado en la farmacia.

Lucas Pérez le mostró la receta a muchas personas en la clínica donde trabajaba y ninguna fue capaz de descifrarla. Entonces se fue al Código Sanitario, donde leyó en uno de sus artículos que la receta médica debe ser clara y completa. Por lo tanto, si por no ser clara ni completa, un paciente sufre daño como en el caso que le tocó atender, se dan las condiciones para acusar al médico de cuasidelito de homicidio, y también al farmacéutico por despachar una receta que no se ajusta a las normas legales.

Y terminó Lucas Pérez diciendo:

—Ve, señora, si usted le da a su hijo un remedio en base a una receta ilegible, también se hace responsable. Dígame: ¿si va al almacén y pide arroz, observa qué le empaquetan o, llegando a casa, pone a cocinar lentejas sin darse cuenta de lo que hace? Si la receta es ilegible devuélvasela al doctor y exija que le haga otra o le explique bien lo que ha querido escribir. Y eso sería todo.

Siguieron caminando y ya no hablaron más de Medicina esa mañana.

EL TAC

Una hermosa tarde estaban sentados al aire libre el doctor Pérez, el doctor Alfieri, el comerciante de la ciudad vecina y otros pasajeros más disfrutando de la tranquilidad y charlando en compañía de un trago largo para apagar la sed que les causaba el calor del verano, cuando se les acercó un señor, quien, pidiendo disculpas por la interrupción, les preguntó con acento extranjero qué significado tenía la sigla CONAF, que había visto junto a un bosque.

Le explicaron que quería decir Corporación Nacional Forestal, organización estatal encargada del cuidado de la flora y fauna y de los parques nacionales del país.

El señor agradeció y quiso seguir su camino, pero le invitaron a sentarse y pidieron un trago para él.

Resultó ser un joven ingeniero holandés, de unos treinta años, de barba rubia, que estaba viajando por Sudamérica para conocer. Parte del recorrido lo había hecho en bicicleta, porque "los buses y los trenes aislan mucho de las realidades de un país", dijo en su acento de tipo nórdico.

Bien pronto se entabló una amena e interesante conversación, en la cual se mezclaban el español y el inglés, y cayeron en el tema de las siglas que, de una simple necesidad de abreviación se han constituido en una moda que todo lo domina, hasta el punto de no considerarse hombre instruido quien no las usa y maneja con soltura y a larga mano, cada uno en su especialidad, sin preocuparse si son comprensibles para los no iniciados. Hoy todo se dice en sigla en reemplazo del propio idioma, siempre rico y expresivo, y tan descuidado en la enseñanza escolar actual, como si lo humanístico estuviese reñido con lo científico y con la técnica.

Estuvieron de acuerdo que en las revistas científicas existe tal profusión de siglas que la lectura se hace difícil y tanto más cuanto que no son universales. Así, el moderno síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es AIDS en la literatura anglosajona y SIDA en la que aparece en español. Una buena manera de complicar la existencia.

En eso estaban cuando el doctor Lucas Pérez trajo a colación una anécdota bastante amena. Trabajaba él en un hospital de cierta categoría donde había especialistas para todo. Un día llegó una paciente de unos 65 años a una sala atendida por un médico de la nueva generación, muy competente, formado en un centro impor-

tante y muy al día en todo lo nuevo de la Medicina. La examinó y formuló los siguientes diagnósticos con una letra muy reñida con la caligrafía:

- Diabetes mellitus tipo II
- Hipertensión arterial
- Fibrilación auricular
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Hemiparesia izquierda

Indicó tratamiento con diurético y otras cosas y envió al neurólogo del hospital la siguiente interconsulta:

Diagnóstico clínico: DM II, ATE; HA; FA e ICC AVE.

Se solicita: Examen neurológico
Indicación de TAC.

Con el fin de controlar los costos, el Director del Hospital había establecido que ciertos exámenes sólo podían ser solicitados por los especialistas correspondientes. Así resultó con la tomografía axial computarizada.

El neurólogo atendió bien pronto la interconsulta e informó que podía tratarse de un accidente vascular por trombosis o por embolia y puso: "de acuerdo con hacer TAC y comunicarme resultado para controlar a la paciente".

Tres días después llega el neurólogo a la sala y le muestran una protrombinemia de 21%, cifra a la cual se había llegado con el uso de un anticoagulante. El neurólogo puso unos ojos grandes, redondos, quiso hablar pero tomó al médico tratante del brazo y lo llevó al pasadizo, cerrando tras de sí la puerta de la sala.

—Qué hablaron afuera, no lo sé —dijo Lucas Pérez—, pero el médico tratante volvió con la cara roja y el neurólogo sólo escribió algo en la ficha y se fue sin despedirse.

¿Qué había ocurrido? Algo muy simple: un vulgar malentendido. El médico tratante, inclinado a la cardiología, pensó que el AVE (Accidente Vascular Encefálico) podía ser la consecuencia de una embolia debida a una TAC (Taquiarritmia completa por fibrilación auricular rápida) y por eso pensó en un TAC (Tratamiento anticoagulante). El neurólogo, en cambio, creyó que se deseaba una TAC (Tomografía Axial Computarizada) para confirmar el diagnóstico del daño cerebral.

Uno de los que rodeaban la mesa recordó que TAC también tiene otro significado, porque existe una empresa de transportes de pasajeros

que así se denomina. Me imagino que debe ser algo así como Turismo entre Argentina y Chile, porque hace viajes a Mendoza, agregó. Alfieri, siempre rápido y agudo, dijo: también podía ser una empresa de transportes con tracción a caballo, y pasó a contar su propia experiencia cuando gozaba de una beca pediátrica en Estados Unidos de Norteamérica.

Los primeros días, en las visitas médicas, oía decir "No your eyes" o "Many your eyes". Le miraba los ojos a los enfermos y no veía nada hasta que preguntó sobre el significado de "your eyes". Le dijeron que se trataba de URI (Upper Respiratory Infections o infecciones respiratorias altas).

La pronunciación de las letras de esa sigla en inglés es IU AR AI y los gringos la pronuncian en plural IU AR AIS, con lo cual él entendía "Your eyes" (sus ojos).

—¡Vivan las siglas! —exclamó Lucas Pérez—, para todo sirven: para dificultar la lectura, para confundir y para hacer pelear a dos colegas ¡Por qué diablos no escriben cada uno en su idioma! Y recordó que una vez llegó al hospital un reclamo del Registro Civil, porque los certificados de defunción llevaban los diagnósticos escritos en forma de siglas, que los funcionarios no podían entender.

Bebió el resto de su trago, puso las dos manos sobre la mesa para darse un impulso, se levantó y dijo:

—Los invito a dar una vuelta para ver esa maravillosa puesta de sol.

En efecto, el horizonte se había teñido de rojo y amarillo.

—Miren —dijo—, son los colores del palacio imperial de China. Se me ocurre que es como un mensaje que nos recuerda que el futuro de Chile está en el Pacífico y en sus relaciones con los países del sol naciente. De ellos proviene la información genética que hace muchos siglos dio origen a los pueblos de América que descubrió Colón. Hoy nos lo están recordando con este mensaje.

Y se quedaron mirando en silencio como, lentamente, se desvanecía aquel hermoso mensaje en colores.

LA CORTESIA Y LOS BUENOS MODALES NO ESTAN OBSOLETOS

Comentando en una de esas tertulias sobre la necesidad de mantener siempre un trato cortés entre colegas, un médico, cuyo nombre ahora no recuerdo y que se había incorporado a ella esa

tarde, quiso relatar una experiencia propia. Inmediatamente el doctor Lucas Pérez lo interrumpió para decirle:

—Colega, si quiere contar el hecho, hágalo, pero le ruego que no dé nombres.

El galeno recién llegado se paralizó de súbito pero luego respondió:

—No tenga cuidado, doctor, no lo haré —y comenzó su relato.

Lo visitó una vez una paciente de unos cuarenta años, muy “dama”, con múltiples y mal definidas molestias digestivas. El barajaba en su mente desde el consabido colon irritable hasta posibles crisis de suboclusión intestinal, porque la paciente había sido sometida a una operación que no sabía explicar bien, pero que habría sido “muy laboriosa y larga”.

Decidió, entonces, comenzar por tener mayores antecedentes antes de solicitar exámenes que, a lo mejor, no ayudarían gran cosa y le causarían gastos inútiles a su cliente. Escribió una breve carta al cirujano, explicando las razones por las cuales le solicitaba los detalles de la operación y la firmó con la frase de cortesía de costumbre: “Agradeciendo de antemano, lo saluda muy atentamente su colega...” La puso en un sobre dirigido al cirujano y se la entregó a la paciente, con el encargo de llevársela al que la había operado y traerle la respuesta.

A los pocos días la dama volvió y le pasó un papel con una sonrisa en los labios y una mirada un tanto pícara. Era la misma carta que él había enviado, pero sin el sobre, en cuyo reverso el cirujano había estampado con mala letra sólo estas palabras: “colecistectomía y coledocotomía”. No fue capaz de enviar una pequeña nota en un sobre dirigido a quien le había escrito en forma cortés y correcta.

El hecho pasó sin comentarios entre el médico y la enferma, pero ella se había percatado de la falta de consideración y respeto mínimo entre colegas.

Con el correr del tiempo ese cirujano —excelente cirujano— fue perdiendo paulatinamente el aprecio, y en varios lugares de trabajo se vio desplazado por su trato poco caballeroso con sus colegas y con pacientes que anteriormente había operado.

—Se lo buscó —dijo el doctor Alfieri—; se cosecha lo que se ha sembrado; —y continuó relatando otras anécdotas relacionadas con los modales y las buenas costumbres.

Un día llegó a la posta de primeros auxilios una enferma que venía acompañada de su hermana. La hicieron pasar a una cabina de examen, la acondicionaron en la camilla, le toma-

ron el pulso, la temperatura y la presión antes de que la viera el médico del turno. A la hermana la dejaron afuera en la sala de espera.

Al rato llegó el galeno y, sin saludar, le espetó la pregunta:

—¿Qué le pasa? —como la enferma no le contestara, repitió.

—¿Qué le pasa, señora?

Entonces se inició el siguiente diálogo entre ambos:

—Lo que me pasa se lo voy a decir al doctor, no a usted.

—Yo soy el médico, de modo que puede hablar.

—¿Usted es el médico? Usted no tiene facha de tal y si lo fuera no le tendría confianza. ¡Usted más parece atorrante que otra cosa!

La señora no habló más y el doctor se fue muy enojado. Tuvo que ir el jefe del turno para atender el caso.

En realidad, el doctor no tenía un aspecto muy atrayente. Ostentaba una cabellera negra y larga, algo grasosa, y desgrefñada; usaba una barba poco poblada que no infundía el respeto pretendido, y vestía una camisa abierta, sin corbata y un delantal que manifestaba una no disimulada antipatía al agua y al jabón.

En otra oportunidad (este hecho se lo relataron), un médico irrumpió sin golpear en una pieza del pensionado donde yacía un anciano en gravísimo estado. La esposa, al verlo, lo encaró diciendo:

—¿Usted quién es? ¿Quién lo dejó entrar?

—Soy el médico de guardia y me estoy haciendo cargo del turno, señora.

—¿Usted es médico? No, usted más parece loro o arbolito de Pascua, que médico. Retírese. ¡Retírese, he dicho!

En realidad era un médico muy “a la moda”, con zapatillas “Adidas”, pantalón de mezclilla intencionalmente desteñido y una polera con inscripciones a todo color. A la esposa, una señora respetable y de otra época, eso le chocó violentamente y, como no era de un genio muy tolerante, reaccionó como lo hizo.

Lucas Pérez recordó, entonces, aquel refrán que dice así: “Para ser mujer del César, no basta con serlo; también hay que parecerlo”, y agregó que no se tiene el derecho a presentarse en forma tal, que ello cause evidente malestar a aquellos que no comulgan con la “moda”. La presencia debe ser tal, que nadie se sienta ofendido en sus sentimientos, y a todos inspire seriedad, respeto y confianza. Eso forma parte del tratamiento.

ASI NOS VEN

Eran las once de la mañana. El día estaba cálido y no corría la menor brisa. Un rosal en flor perfumaba el quieto aire estival y unos pajarrillos saltaban de rama en rama.

El doctor Alfieri se había levantado tarde y venía recién saliendo de su habitación. Saludó a la dueña de la hostería, quien estaba arreglando unas cuentas, y le pidió permiso para tomar el periódico que habían dejado sobre la mesa.

—Tómelo con toda confianza —dijo ella—, yo ya lo leí y no lo necesito. Entreténgase con él, pero le advierto que no trae nada que valga la pena.

—Gracias, señora —replicó Alfieri—, de todas maneras le voy a echar una hojeada, porque no amanecí con mucho ánimo para leer unos libros un tanto pesados que traje. ¡Con su permiso!

Con el diario en mano salió al jardín. Ahí estaba el doctor Lucas Pérez, inmóvil sobre una silla de lona, con los ojos abiertos mirando al cielo azul entre las hojas de los árboles.

—Buenos días, colega —dijo Alfieri.

—Buenos días —replicó don Lucas con indiferencia y sin volver la cabeza.

Alfieri se quedó mirándolo un rato y luego se sentó sin decir nada. Pero, preocupado por esa actitud extraña del doctor Pérez, le preguntó si sentía alguna molestia.

—No —dijo don Lucas—, no tengo nada. Estaba pensando en mi mujer. Hoy hace justo dos años que ella me dejó para siempre. Salí para ver a una paciente y cuando volví había cerrado sus ojos; Dios la había llamado a su lado. Tuvo una muerte súbita, porque la encontré sentada sobre un sillón. No nos pudimos decir adiós. Fue una compañera inigualable..., inigualable..., tan fiel..., tan amorosa... ¡La echo tanto de menos!... —y sollozó.

Alfieri guardó reverente silencio dejando al colega con sus recuerdos y volvió a hojear el diario.

De pronto bajó el periódico que tenía en sus manos, y con el ánimo de distraer al doctor Pérez para sacarlo de su comprensible pesadumbre, se lo pasó, diciendo:

—Doctor Pérez, mire usted esta caricatura con la cual nos ridiculizan. ¿Que le parece la broma?

Pérez tomó el diario donde había un dibujo que mostraba a un enfermo consultando a un médico. El paciente se tomaba la cabeza con las dos manos y en un rincón de la pieza estaba sentada una enfermera. Abajo había una leyenda que decía así: "Doctor, tengo un terrible dolor

de cabeza". El médico le respondía: "Hágase un hemograma, una glicemia, un examen de orina, una radiografía del cráneo de frente y de lado y un escáner de la cabeza. Cuando tenga eso, me vuelve a ver. Señorita Angela, que pase el siguiente".

Alfieri consiguió lo que perseguía, porque pudo reanimar a su colega pero no se imaginó en qué medida, porque éste se levantó bruscamente de la silla de lona, comenzó a caminar de un lado para otro, y en forma vehemente se puso a discursar así:

—Mire, Alfieri, es así como nos ven —y dio un golpe con el dorso de la mano derecha sobre la caricatura del diario—, pero lo que me irrita es que nos tengan que ver como somos o como nos estamos poniendo. Ya no sabemos otra cosa que pedir exámenes y exámenes, y el bolsillo del paciente no nos importa, y sus problemas, sus angustias y sus sentimientos tampoco.

Pero hay algo peor. Ve usted, poco antes de que me retirara de la profesión me invitaron a participar en una reunión en la cual se iba a discutir la posibilidad de formar una clínica de la cual los médicos fuésemos dueños. El financiamiento era bastante bueno, porque las reglas del juego eran que a todo paciente que ingresara se le debía pedir de rutina radiografía de tórax, electrocardiograma y perfil bioquímico. Esta medida le daría bastante movimiento al equipo de rayos X y al laboratorio. Además se le retornaría un porcentaje de los ingresos de dichos servicios a cada médico de acuerdo con los exámenes que hubiese solicitado. Les hice presente que eso no se llamaba "retorno" sino "dicotomía", que no era aceptada en ética médica. Les dije que aprovecharse de la ignorancia de la gente para sacarle más dinero del bolsillo que lo necesario constituía un engaño y, por lo tanto, una estafa. Me contestaron que los conceptos habían cambiado con los nuevos sistemas económicos. Yo argumenté en contra: que la estafa era siempre estafa en cualquier sistema económico y me retiré de la reunión. La clínica la hicieron de todos modos, pero sin mí.

Yo insisto en lo que he expresado muchas veces, que los gastos en salud no son un mero problema económico sino ético a todo nivel. Gastar demasiado con uno es privar de recursos a otro, porque los fondos no son inagotables. Lo que se gasta en exceso en salud puede hacer falta en educación o en cualquier otro rubro. Debemos tener sentido social y solidario y eso lo estamos olvidando, y por eso están comenzando a perdernos el respeto de que antes gozábamos..., quizás en exceso. Nos ven como pro-

fesionales que sólo piden exámenes, recetan remedios muy caros y buscan ganar dinero de cualquier manera, sin consideración por el sufrimiento del prójimo.

Terminó de hablar y se puso a toser, porque había hablado sin detenerse y con tanta vehemencia que se le irritó la garganta.

¿DECIR SIEMPRE LA VERDAD AL ENFERMO?

En la hostería se encontraba alojado un matrimonio que poco alternaba con los demás pasajeros. Se mantenían tan aparte, que hacía cinco días que habían llegado y nadie sabía aún como se llamaban. El salía mucho a caminar solo con su equipo fotográfico y ella se quedaba a la sombra de un árbol con tejido entre manos. De vez en cuando inhalaba algo de un tubito que lleva en su bolso; al parecer era asmática.

Lucas Pérez, intrigado, se acercó una tarde, la saludó y entabló con ella conversación. Así supo que su esposo trabajaba para una revista extranjera y por eso habían llegado al lugar donde quería recoger información y documentación gráfica; por eso salía a recorrer los alrededores. Ella no lo podía acompañar porque un problema respiratorio crónico se lo impedía. Ambos eran de origen teutón del norte y por eso de espíritu menos efusivo y comunicativo que el de los latinos.

En la noche estaban casi todos los pasajeros juntos en la sala de estar en amena y tranquila conversación cuando, por primera vez, se incorporó ese matrimonio. Seguramente fue el acercamiento de don Lucas el que rompió esa barrera que los hacía mantenerse aislados. El doctor Pérez había hecho, sin saberlo, una obra de caridad, como lo pudo comprobar en seguida.

Aprovechando uno de esos momentos en que la conversación en grupo se detiene (cosa frecuente de observar en la vida social), la esposa del cazador de fotografías se dirigió al doctor Lucas Pérez, diciendo:

—¿Doctor, me permitiría hacerle una consulta sobre algo que me tiene tan preocupada?

—Diga, señora. Si quiere vamos a su pieza para poder hablar y examinarla mejor que aquí, delante de toda la gente.

—No, doctor —replicó ella—, no se trata de mí; se trata de una hermana mía que tiene cáncer y los médicos ya nos han dicho que no hay nada más que hacer. Ella tiene varios hijos y unos nietos y varias propiedades. Las opiniones en la familia están divididas; unos quieren que se le

diga la verdad sobre su situación, para que pueda arreglar todo con tiempo, y otros se oponen a ello, porque temen que le sobrevenga una depresión que la lleve, quizás, al suicidio. Quisiera conocer su opinión, porque debe haber visto muchos casos parecidos.

—Sí, señora —contestó Pérez—, he visto mucho en mis largos años de profesión. En general los parientes le temen a la muerte tanto o más que el mismo enfermo, y la mayor preocupación es siempre cómo sacar el dinero del banco antes que el paciente expire y cómo traspasar los bienes para no pagar impuesto a la herencia. Pero hay otro aspecto que siempre me preocupa en esos casos y usted lo mencionó: el estado anímico del enfermo terminal. Eso debería inquietarnos ante todo, porque la muerte se da una sola vez en cada ser humano y es el instante más trascendental de su vida; puede ser el momento en el cual se juega su futuro en la eternidad.

El consejo que me pide es difícil de dar; hay muchos factores en juego, incluso los usos y costumbres en diferentes pueblos, culturas y concepciones o sentimientos religiosos.

Jamás se debe mentir, pero otra cosa es ocultar la verdad por prudencia y caridad. Yo no soy partidario de decirle al enfermo, fríamente, que ya no tiene remedio. Eso puede equivaler a quitarle el oxígeno, que en esas ocasiones se llama esperanza. La experiencia me ha enseñado que el enfermo presiente cuando la muerte lo está rondando, como también lo presienten los animales. Lo que debe hacerse es ayudarlo a hacer uso de ese presentimiento.

Piense en ese libro que se llama "Génesis", en el cual aparece la creación del mundo y del hombre. Adán y Eva, felices en el paraíso, pecaron y por ello perdieron el favor de Dios, quien los maldijo de diversa manera a uno y otro, pero un castigo no les dio: no les dijo cuándo y de qué morirían. ¿Qué es peor para un condenado a morir fusilado a los siete días de la sentencia: el momento del fusilamiento o los siete días de espera sin ninguna esperanza? Aplique esto a un enfermo de cáncer, al cual se le dice que no tiene remedio y que le restan solamente tres meses de vida.

Le voy a relatar un caso que le puede servir de orientación para proceder con esa hermana suya. Erase un colega que un buen día me llamó por ciertas molestias. Para ser breve le diré, solamente, que se descubrió una afección sin remedio y de evolución bastante rápida. Se le dijo que el diagnóstico no era muy seguro y que se haría un tratamiento de prueba. Pasó cierto tiempo y la situación más bien empeoró. Enton-

ces él me llamó un día y me dijo que se daba cuenta de que la cosa no era tan sencilla y que no sabía qué hacer, porque tenía problemas que lo angustiaban mucho. No eran materiales, porque esos los tenía resueltos, sino de orden familiar. Quería saber lo cierto y que le dijeran la verdad. Lo vi muy afectado y próximo a verter lágrimas. Entonces le dije que estaba así por las dudas que llevaba dentro. Le recordé ese refrán que dice: "en la duda, abstente". Pero en situaciones como las suyas debe hacerse a la inversa; se debe actuar. Si tiene problemas familiares que arreglar, arrégelos; si tiene testamento que hacer o que cambiar, hágalo; si piensa llamar a un sacerdote, llámelo. Si la enfermedad declina, nada ha perdido con lo hecho, y si llegase a empeorar, usted habrá actuado oportunamente. Seguimos conversando sobre otros tópicos y me despedí. Días más tarde le hice otra visita sorpresiva. Cuando entraba al recibo, me enfrenté con el párroco del lugar. El colega había comprendido lo que no le quise decir en forma directa y cruda, y sentí una profunda satisfacción.

Señora —terminó el doctor Pérez—, cada caso es un caso particular; no se pueden dar recetas de cocinas para proceder, pero este ejemplo que le acabo de dar puede servirle de sugerencia para proceder frente a su hermana.

—Gracias, doctor —dijo aquella dama, por cuyas mejillas comenzaron a rodar sendas perlas cristalinas que enjugó con un pañuelito bordado que sacó de la manga de su blusa.

¿LA VISITA DOMICILIARIA, MEDICINA DE ANTAÑO?

—Ya no se ve, sino muy poco, al médico con su clásico maletín por los barrios atendiendo a los enfermos —dijo la esposa del comerciante al doctor Alfieri—. ¿Piensa usted que esa Medicina ya está fuera de época?

—Cuando yo comencé a trabajar como médico de niños hacía visitas a domicilio, pero después me dediqué a la parte administrativa y fui largos años director de Hospital —replicó Alfieri— y por eso no tengo una experiencia actual como para darle una respuesta segura.

—¿Y usted doctor Pérez, qué piensa? —insistió la dama—. Me ha ocurrido varias veces tener que llamar a varios médicos hasta encontrar a uno que pudiese venir a mi casa cuando estaba afligida. Una vez me ocurrió que un colega suyo me dijo por el teléfono que él cobraba diez mil

pesos por tratarse de una emergencia y me preguntó si tenía dinero para pagarle. Le contesté afirmativamente, pero quise saber qué ocurriría si no lo tuviese a mano en ese instante, a lo cual me respondió que, en tal caso, debería llevar al enfermo al servicio de urgencia.

—Yo sigo creyendo en el médico de maletín, a pesar de los avances tecnológicos de hoy. Lo creo por varias razones, aunque es un trabajo cansador, que lo hace a uno llegar siempre muy tarde a la casa.

La vida en el hospital es más cómoda y permite el contacto con otros médicos, con los cuales se establece un intercambio de conocimientos y experiencias. Pero la patología que se ve es relativamente limitada. Todas aquellas enfermedades ambulatorias y funcionales no se ven. Estas se conocen mejor en la consulta privada o en el consultorio. Pero en el domicilio es donde se comprende mejor al paciente, porque está en su propio entorno. A la consulta llega, generalmente, con la mejor ropa que tiene y con los mejores zapatos. En el domicilio se palpa la realidad; se ve la casa y se ve si está solo o si tiene a quien lo pueda o lo quiera cuidar. Ahí uno palpa si le tienen cariño o si es considerado como una carga y un estorbo. Sería largo describir todas las circunstancias y todas las tragedias que se esconden detrás de las fachadas de las casas. Esas no se ven o no se palpan tan a lo vivo en el hospital y tampoco en el consultorio. Quizás sea más cómodo no tener que verlas y, por lo tanto, no tener que enfrentarlas.

—¿Y nunca lo han asaltado en sus andanzas por los barrios, haciendo visitas? —preguntó de nuevo la misma dama.

—Sí —replicó el doctor Pérez—, una vez me asaltó un perro sumamente bravo, pero me salvó el maletín. Sabe usted, el maletín no sólo sirve para llevar los instrumentos, el recetario, el tomo para las licencias y remedios para el primer auxilio; el maletín a uno lo identifica como médico y entonces lo respetan, le ayudan a dar con las direcciones, muchas veces complicadas y no muy precisas. Ese favor no se lo conceden, por lo general, a un desconocido. Yo podría contar anécdotas hasta cansarme.

Cuando era aún muy joven me llamó un día mi jefe del servicio de Medicina, donde trabajaba, para pedirme que fuera a ver a una antigua paciente suya, porque él no se encontraba en condiciones de hacerlo. Le pedí que me orientara acerca de la enferma. Me dijo que, seguramente, estaría de nuevo borracha. Con la dirección en mano fui de inmediato. Era una casa elegante. Toqué el timbre y me abrió la puerta

una empleada, que me hizo pasar a un salón alhajado con finos muebles, jarrones de porcelana y varios óleos de pintores importantes. Al cabo de un rato me invitaron a subir. Al pie de la escalera había una mesita con una botella de whisky. Al llevar arriba vi otra mesita semejante. El dormitorio de la paciente era amplio. Lo primero que vi fue una mesa de juego con naipes desparramados y un paquete de cigarrillos. Detrás de esa mesa había una gran cama matrimonial de fina madera. En el centro de ella yacía algo así como un signo de exclamación al revés. Era un cuerpo tan desnutrido, tan desnutrido, que parecía una línea y la cabeza formaba el punto del signo de exclamación. Me sentí paralizado por la impresión que me causó aquello que veía por primera vez. La empleada que me acompañó me hizo presente que la señora no se alimentaba; sólo fumaba y bebía. En casa estaban esperando al hijo, que había viajado al sur del país por asuntos de negocios y ella no sabía qué hacer con la patrona; por eso había llamado.

Esas miserias no se ven en forma tan cruda en el hospital y en el consultorio. Ahora que ya estoy viejo, visiones como ésta no me asustan.

Les voy a contar otra experiencia. Atendía desde muchos años a un paciente que sufrió un sinnúmero de complicaciones. Perdió las dos piernas, un ojo y tuvo un infarto. Tenía a su favor un espíritu de lucha muy grande, una mujer excepcional y dos hijos que se esforzaban por darle satisfacciones. Con dos prótesis logró de nuevo caminar. Después de tantísimos sufrimientos decidió darle a su esposa y proporcionarse él también un gusto. Aprovechando una ocasión propicia realizaron una gira a la región de Los Lagos. En casa quedaron los dos hijos, una simpática niña de quince y un apuesto muchacho de diecisiete años, ambos muy comedidos y responsables, y el abuelo de noventa y seis años, padre de mi paciente.

Como si los sufrimientos no hubiesen sido lo suficientemente grandes, me llaman un día a ver al veterano nonagenario, a quien encontré con un edema pulmonar agudo. Al parecer era la primera manifestación de falla cardíaca que presentaba, porque, de lo contrario, el hijo (conociéndole yo su nobleza y generosidad) no habría emprendido el viaje sin siquiera haberme consultado si podía aventurarse a hacer esa gira por las provincias sureñas.

Un edema pulmonar agudo en un consultorio de urgencia es eso y nada más. Se lo deja hospitalizado, se le trata y es devuelto después a su casa con un papelito (generalmente ilegible) donde se dejan anotados la fecha, la hora, el

diagnóstico, el tratamiento realizado y la indicación de rutina: "control en policlínica". Pero este edema pulmonar era diferente por las circunstancias. El viejo tenía derecho al Fondo Nacional de Salud. Para hospitalizarlo se necesitaba una cierta suma de dinero o, por lo menos, un documento de garantía que los nietos no podían dar. El hijo y su esposa tenían derecho a ser informados acerca de lo que le ocurría al anciano, pero estaban en el sur, y hacerlos interrumpir su viaje después de tantos padecimientos era una crueldad. No había nadie capaz de asumir una responsabilidad. Podría haberlo enviado a una Unidad de Emergencia, pero éstas no son sensibles a todas las consideraciones expuestas y no resolverían todos los problemas domésticos derivados de esa imprevista enfermedad. En consecuencia, tuve que decidirme por asumir yo la responsabilidad realizando el tratamiento en la casa. Me quedé con el paciente hasta que sintió alivio. Lo visité dos y tres veces al día, y cuando ya no había peligro, logramos ubicar al hijo en el sur para comunicarle lo ocurrido. No fue necesario que interrumpiera ese viaje que tanto había deseado.

Cuando ya viejo tuve otra experiencia que no he podido olvidar. Quizás no me hubiera impresionado tanto en mis años jóvenes.

Me llamaron un día a ver a una anciana. Tuve que recorrer un largo y tortuoso callejón y seguir, luego, por un sendero de tierra para llegar hasta la casa. Era ya de noche y me tuve que servir de la linterna del maletín para dar con el número y con el timbre de la puerta, los que suelen estar un tanto escondidos detrás de una enredadera o borrados y destruidos por el tiempo y la acción vandálica de los desalmados que nunca faltan en los barrios. Me recibieron varias personas de diferentes edades. Entre ellos estaban una hija y el esposo. Todos tenían expresión de pesar y preocupación en el rostro. La casa era muy modesta pero limpia. En una pieza estaba la enferma en una cama muy incómoda, rodeada de dos mujeres que la atendían. La veterana, de unos ochenta y cinco años, había sufrido una hemiparesia meses antes. Se había recuperado, pero ahora no recibía alimentos ni líquidos ni sólidos y estaba estuporosa. La encontré febril y deshidratada. Era necesario ponerle suero y buscar el origen de la fiebre; quizás una infección urinaria. Hidratarla y pedir exámenes en esas condiciones era casi imposible. Como tenía derecho al Fondo Nacional de Salud, propuse una hospitalización de pocos días en una clínica. Los familiares aceptaron y así se realizó en la mañana siguiente.

A los tres días, a pesar de haber cedido la fiebre y la deshidratación, la enferma empeoró. Los parientes estaban todo el tiempo pendientes. Me di cuenta de que las fuerzas económicas eran muy limitadas y por ello les propuse devolverla a casa, considerando que ya existía un daño cerebral importante e irreparable. Reconocieron su situación y aceptaron el alta, que firmé una vez que me hube cerciorado de que hubiese recibido los auxilios religiosos que merece todo moribundo. Hice el programa y me retiré.

Fui al día siguiente a verla en su casa. Era impresionante el cariño con el cual la rodeaban. En la noche me avisaron que había fallecido. La funeraria me trajo el formulario y en él extendí el certificado de defunción.

Con eso había terminado mi trabajo, pero no quise dejar las cosas en un punto tan formal. Volví a esa casa a darles el pésame a los familiares, a los cuales encontré tranquilos pero con los ojos llenos de lágrimas. Me agradecieron esa visita como pocas veces, a pesar de ser, médicamente, superflua; como médico ya no tenía nada que hacer.

Me fui meditando, cuando en un recodo del pasaje vi a un niño que jugaba con un pequeño camión. Lo hacía deslizarse por una corta pendiente hasta chocar contra una pared. Lo quedé observando un rato y luego le dije: "te van a pasar una multa por tener malos los frenos de tu camión". Me quedó mirando y, sin aludir al camioncito que chocaba, me dijo: "¿cómo te llamas tú? Le contesté que mi nombre era Lucas y él tomó un lápiz e hizo como si lo anotara en un papel y siguió jugando.

En ese pasaje, cuyo silencio ponía más sensible el alma, sentí haber presenciado casi al mismo tiempo los dos extremos de la vida que tantas veces están en nuestras manos. Seguí con paso cansino cuando, al llegar a otro recodo, oí una voz femenina que decía: "doctooooor..., estoy enfecerra". Primero me hice el desentendido, pero ella repitió: "estoy enferma de amooooor". Entonces me detuve, di media vuelta y vi a una mujer de unos treinta años, lavando ropa en una artesa, que me miraba, y le dije: "hija, esa enfermedad es difícil de curar. Debe buscar a un médico más joven, porque yo ya no me dedico a esa especialidad". Se rió y yo seguí mi camino más meditando aún.

Así es la vida. Las enfermedades no existen solas; ellas se dan en seres reales que nacen, que juegan, que aman, trabajaban, sufren y envejecen; seres humanos que sufren siendo ricos, sufren siendo pobres, sufren sobre todo por falta de amor.

Tuve otra experiencia imborrable. Una mujer me vino a consultar por síntomas de infección urinaria. Le pedí un examen y no volvió. Tres semanas después llamaron pidiendo una visita domiciliaria en un barrio alejado del centro de la ciudad. Llovía. La fachada de la casa se veía en buen estado, pero el interior hacía contraste. Detrás de la puerta había una escalera que llevaba al segundo piso. Las paredes tenían el barro y las maderas a la vista y había fuerte olor a ratones. Arriba había dos puertas. Una era de tablas sin cepillar y por ella tuve que penetrar a una gran pieza que, ¡oh contraste!, estaba bien encerada. Sin embargo, había un gran desorden de muebles y de toda clase de objetos y ropas. En una ancha cama yacía una mujer y a su lado había una niña de unos tres años de edad. Era la misma paciente que había atendido tres semanas antes en el consultorio.

—Doctor —me dijo—, perdone el desorden. Con el temporal se me levantaron unas planchas del techo y la pieza contigua se me llovió; por eso tuve que pasarlo todo a esta pieza, muy a la carrera.

Me pasó un sobre. Contenía el examen de orina que le había pedido. Tenía fecha de doce días atrás.

—Señora —le dije—, ¿por qué no me lo mostró antes? Acaso se le pasaron las molestias sin tratamiento?

—No, doctor —me contestó—, pero no tenía plata para el bono. Mire usted, se me enfermó esta niña; le dio una neumonía y le tuve que sacar estas radiografías —me las señaló— y le tuve que comprar los remedios.

—Señora —le insistí—, ¡es el colmo!; ¡bien podría habérmelo dicho! Así como ahora compró el bono para que la atendiera hoy, también podría haberla atendido antes y dejar el bono para después. Al fin y al cabo lo primero era mejorarse. Usted me hace sentirme mal. Le advierto que si va a demorarse tanto en su tratamiento, mejor sería que la hospitalizáramos unos días para solucionar el problema de una vez por todas. Ante eso la enferma dio casi un grito y me dijo:

—¡Como se le ocurre, doctor! ¡No!, ¡por ningún motivo! ¿Si me voy al hospital, que hago con esta "perrita"?

—¿Cual perrita? —le pregunté.

—Esta niña, doctor —me contestó llorando.

—Señora —le insistí—, ¿esta niña no tiene abuelita o una tía con quien dejarla?

—No tengo a nadie —me contestó sollozando—, sólo está la madrina.

—Bien, pues —volví a la carga—, ¿por qué no

habla con la madrina? Piense que si no se trata bien, la cosa se le puede hacer crónica y el mal va a ser mucho mayor.

En eso la hijita se acercó a su madre, la acarició, la besó en la cabeza, le quitó con sus manitos las lágrimas que le corrían por las mejillas y comenzó a decirle:

—No, mamita, no llore mamita, ¿no ve que todo se puede arreglar? Y la miraba con tal ternura que la madre dejó de llorar.

¡Que ternura y que madurez en una niña de sólo tres años! ¡Que ternura y que espíritu de sacrificio de una madre! Hay personas que creen que la gente más humilde tiene menos sentimientos y no es así. Muchas veces se encuentran en esas personas valores morales que en ciertos sectores pudientes escasean. Por eso nunca he podido entender por qué en las clínicas privadas y en los pensionados los pacientes pueden ver a sus familiares y en los enfermos internados en las salas de los hospitales estatales las visitas se restringen a una o dos veces por semana, sin tener siquiera una buena comunicación telefónica. Hace muchos años le propuse al director del hospital donde trabajaba,

que estableciera la visita durante una hora todos los días. Dio muy buen resultado y se evitó la avalancha de gente, que impedía todo control de enfermería los días de visita. El sistema funcionó bien hasta que se produjo el cambio de dirección. El nuevo director, con mente rutinaria, sin averiguar por las razones de la visita diaria, cambió las cosas y volvió al sistema anterior, que siempre lo he encontrado inhumano.

Ve usted, señora, todas estas vivencias y experiencias no se tienen tan a lo vivo en el consultorio y menos en el hospital. Creo, como otros, que la Medicina, después de una excesiva especialización tecnológica, tendrá que recuperar aquello que abandonó. Si no lo hacemos, vamos a perder el prestigio y el *status* social del que nuestro gremio ha gozado desde la más remota antigüedad. Ya hay consultorios que se están organizando en ese sentido y han incorporado la visita a las casas como parte de su labor. Lo llaman "Medicina Familiar". Por desgracia, ésta todavía no ha alcanzado *status* en el gremio médico, como el que le conceden a las especialidades.

(Continúa en REMUC 13/95.)



Dr. Pedro Rosso R.



Dr. Juan de Dios Vial C. y
Cardenal Pfo Laghi



Dr. Pedro Morandé C.



Dr. Manuel Lavados M.



Dr. Alejandro Serani M.

Simposio Internacional de Bioética.
 Un cuestionamiento al desarrollo
 de la Medicina en
 la cultura contemporánea
 (18 al 20 de agosto de 1993)



Rvdo. P. Domingo Basso, O.P., y
Dr. Carlos Quintana V.



Dr. Josef Seifert y
Dr. Carlos Quintana V.

Discurso del Decano de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Dr. Pedro Rosso R., con motivo de la inauguración del Simposio y de la creación del Centro de Bioética de nuestra Facultad de Medicina

La Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile saluda a los asistentes al Simposio Internacional de Bioética y agradece a quienes, con su distinguida presencia, están otorgando realce a esta ceremonia inaugural.

En forma especial queremos reconocer y agradecer la participación en este acto de Su Eminencia Reverendísima Monseñor Pio Laghi, a quien, junto con brindarle nuestra bienvenida más cordial, deseamos una grata permanencia en nuestro país.

Asimismo agradecemos la presencia de los distinguidos profesores invitados que tomarán parte en el Simposio: el Doctor Josef Seifert, Rector de la Academia Internacional de Filosofía de Liechtenstein; el R.P. Domingo Basso, de la Facultad de Teología de la Universidad Católica Argentina; el Dr. Alan Shewmon, de la Facultad de Medicina de la Universidad de California en Los Angeles, y el Dr. Norman Fost, Director del Programa de Ética Médica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Wisconsin.

Esta ocasión, en la cual la Unidad de Bioética congrega a personalidades de tanto relieve, nos ha parecido propicia para anunciar que, el día 19 de julio recién pasado, nuestra Universidad, acogiendo una proposición de la Facultad de Medicina, decretó la creación de un Centro de Bioética, el primero de su tipo en Chile.

Tal como establece el Decreto de Rectoría correspondiente, este Centro de Bioética "ten-

drá como fundamento conceptual el Derecho natural y las enseñanzas del Magisterio de la Iglesia, estando abierto a otras formas de pensamiento filosófico y científico que sean concordantes con estas bases conceptuales".

Para facilitar las labores de docencia, investigación, extensión e intercambio académico que tendrán lugar en su ámbito, el Centro contará con una planta física, próxima a ser inaugurada, que dispondrá de oficinas, salas de reuniones, equipos computacionales y biblioteca. La construcción de esta sede ha sido posible gracias a una donación del Gobierno de Italia, a quien reiteramos nuestros agradecimientos.

La Facultad de Medicina desea que este nuevo espacio de estudio y reflexión se enriquezca con el aporte de los académicos de otras Facultades de nuestra Universidad, de tal modo que, en su ámbito, podamos lograr la integralidad del saber que el Santo Padre ha solicitado a las universidades católicas. En ese espíritu invito a los profesores de las Facultades de Teología, Filosofía, Ciencias Biológicas, Derecho y Ciencias Sociales a participar en las actividades del Centro de Bioética. Con ellos esperamos desarrollar líneas de trabajo interdisciplinarias sobre problemas éticos cuyo análisis y comprensión excede los límites de la epistemología médica.

Asimismo invitamos a nuestros colegas de otras Escuelas de Medicina interesados en bioética a integrarse a nuestras actividades y a considerar el Centro de Bioética como un recurso al

servicio de sus investigaciones en este campo. A ellos ofrecemos el uso de los archivos y de la biblioteca con que contará este organismo.

De igual modo, con espíritu universitario y ecuménico, invitamos a dialogar con nosotros y a participar en las actividades del Centro a quienes profesan credos o posturas filosóficas distintas a los de esta Universidad. Nos asiste la más plena seguridad de que esa confrontación de visiones será mutuamente enriquecedora y servirá para que avancemos juntos por el apasionante camino de ir descubriendo la Verdad común a todos los hombres.

La puesta en marcha de un Centro de Bioética es la culminación de un proyecto que ha tenido una década de maduración. Durante ese período, los profesores que constituyen la actual Unidad de Bioética de nuestra Facultad, a través de estudios, publicaciones y la organización de diversos encuentros y coloquios, han alcanzado un merecido reconocimiento en nuestro país y, como atestigua la participación en este Seminario de destacados académicos extranjeros, sus contribuciones comienzan a ser valoradas en otros países. Por lo tanto, la creación de este Centro no representa para nuestra Facultad el inicio de sus actividades en el campo de la bioética, sino la consolidación y expansión de un área de su quehacer que ha alcanzado un interesante dinamismo.

En la Medicina actual existen problemas éticos de gran complejidad e importancia. Algunos de esos problemas se refieren a prácticas médicas avaladas por la sociedad, que repugnan a nuestra conciencia y lesionan el bien común. Otros constituyen dilemas cuya solución es aún materia de interpretación y debates. Humildemente, quisiéramos poder servir a la Iglesia en ambas áreas. En relación a las acciones médicas contrarias a la ética, creemos que podemos contribuir, como lo hemos hecho, denunciándolas públicamente y manteniéndonos inequívocamente fieles a nuestros principios. En cuanto al segundo tipo de problemas, podríamos servir aportando los resultados de nuestras reflexiones y la información necesaria para una cabal comprensión de sus aspectos técnicos.

En la Medicina contemporánea, la cuestión ética y sus tensiones no surgen de la Medicina misma sino que de la antropología que han adoptado algunas sociedades y que, inexorablemente, marca la visión y el sentido de la acción médica. Esta, como acto libre de una persona dirigido a otra persona, está fuertemente influida por las normas morales vigentes en cada sociedad. Durante el transcurso de las últimas dé-

cadadas, esas normas se han apartado considerablemente de aquellas que dicta a nuestras conciencias la moral natural.

Las causas de esa situación son múltiples, pero resalta, como elemento central, una concepción del hombre como sujeto ontológico restringido a su realidad física y social. Sabemos que las raíces profundas de ese pensamiento surgen de la dualidad cartesiana del hombre, pero su formulación es obra del positivismo, del materialismo marxista y del nihilismo nietzschiano del siglo pasado. Esas corrientes filosóficas, destiladas en el existencialismo, han tenido gran influencia en el pensamiento contemporáneo. De allí ha surgido un humanismo en el cual el hombre no tiene otro proyecto posible que la realización de sí mismo por parte de sí mismo, y sus afanes y esperanzas terminan con la muerte y la disolución del yo que las sustenta.

Como ideal superior de vida se plantea, entonces, la preocupación por construir una sociedad justa y solidaria, y como camino de perfección el cultivo del arte y de las ciencias. Esa es la visión del hombre que Maritain ha llamado una antropología antropocéntrica.

En esa antropología hay dos elementos determinantes de la postura ética. Uno es el concepto de persona y el otro el de libertad. Desde un enfoque materialista, la definición de persona está basada únicamente en las características morfológicas e intelectuales, incluyendo, entre estas últimas, la capacidad de socializar. Esa aproximación reduccionista de nuestra realidad existencial excluye de la categoría de persona a la vida humana en sus primeros estadios. Por lo tanto despoja de toda dignidad, transformando en meros objetos, al embrión y al feto inmaduro.

Pero el problema no concluye en esa terrible exclusión. Cuando ese criterio de persona es aplicado a individuos con retardos mentales profundos y otras limitaciones funcionales o físicas graves, resulta inevitable establecer categorías cualitativas de vidas humanas. Aunque la mayoría de quienes tienen una visión naturalista del hombre niegan esa intención categorizadora, es indiscutible que el juicio valórico implícito en la idea equivocada de persona que ellos sustentan, es el mismo que consideró aceptable la organización de los campos de exterminio de la Segunda Guerra Mundial. De hecho, hay quienes han declarado, abiertamente, su convicción que algunas personas limitadas son subpersonas, cuyo valor intrínseco podría ser inferior al de un animal sano.

Con respecto a la idea de libertad, ésta se concibe como el ejercicio de un derecho natural de elección cuyos únicos límites son las normas legales adoptadas por la sociedad. Esta idea de libertad, carente de principios trascendentes, ha llevado a una exaltación de la subjetividad y al relativismo consiguiente. Son esas verdades personales, manifestadas en mayorías de opinión y en poder político, las que a su vez establecen la legalidad de ciertos actos, con lo cual se cierra el círculo de una moral subjetiva que, llevada a una legalización jurídica, se transforma en norma por consenso.

En sociedades donde tantos individuos han perdido el sentido trascendente de la existencia humana, la experiencia del dolor constituye una situación igualmente sin sentido y desintegradora del yo. Junto con la idea de muerte, como un episodio final y definitivo de regreso a la nada original, la presencia insoslayable del dolor, físico o afectivo, constituye una fuente adicional de angustia para el hombre actual. Ante la perspectiva del dolor y de la muerte se busca, ansiosamente, el bien-estar como una forma de paliativo o de compensación anticipada de males inevitables. De ahí el hedonismo que, con tanta fuerza, marca a nuestra cultura.

Esa visión antropológica y sobre el sentido del dolor es aquella que, desgraciadamente, ha comenzado a guiar la acción médica en muchos países. Ese es el contexto conceptual y moral en el que los sistemas de salud efectúan millones de abortos cada año, sin más reflexión que la legalidad jurídica del hecho, ni más justificación que la libertad expresada en "el derecho a escoger" de la mujer que solicita el procedimiento.

La valoración extrema del bienestar físico y psicológico, unido al horror que provoca el sufrimiento, es lo que ha permitido, en algunos países, la legalización de la eutanasia y ha provocado una creciente simpatía hacia los médicos que facilitan el suicidio de sus pacientes. Es esa misma valoración excesiva del bienestar lo que establece un concepto de calidad de vida limitado a la posibilidad de un pleno disfrute.

Es el resultado de un concepto equivocado de vida y de familia feliz, unido a un deseo legítimo de paternidad, lo que lleva a manipular e instrumentalizar la vida humana en sus etapas iniciales o a abortar los fetos con síndrome de Down y otras alteraciones.

Esa visión antropológica ha otorgado a la Medicina de este siglo, en tantos aspectos inmensamente superior a la de todos los siglos precedentes, un papel protagonista y ejecutor en la tra-

gedia que la Iglesia ha llamado una cultura de la muerte.

La nueva realidad de la acción médica está en abierta contradicción con todas sus tradiciones históricas: "A nadie le daré un veneno mortal, aunque me fuere pedido..., tampoco le daré a ninguna mujer un abortivo". Esas son frases del Juramento Hipocrático, formulado en el siglo V a.C., las que resuenan hoy con los ecos de una inocencia que la Medicina parece haber perdido para siempre. Una Medicina volcada al bien integral de las personas, que aun desde sus inicios mágicos y paganos respetaba la sacralidad de la vida humana y se planteaba reverente frente a ella.

Las infracciones a la moral natural que he mencionado corresponden a un aspecto de la preocupación por la ética médica que inspiran el nacimiento de nuestro Centro. Sin embargo, como decía antes, el progreso médico está planteando otros problemas respecto a los cuales no tenemos aún, en muchos casos, opiniones formadas. Esas áreas constituyen un campo de gran atractivo para la indagación bioética. Me refiero al tratamiento intensivo, al estado vegetativo crónico, a la prolongación artificial de la vida y, más recientemente, a aquellos problemas que comienza a esbozar la posibilidad cierta de la manipulación genética. Alrededor de esos temas giran conceptos morales bien establecidos cuya aplicación, a casos específicos, va siendo cuestionada por el avance tecnológico mismo. Por ejemplo, el progreso de la Medicina intensiva ha transformado en medios ordinarios de la acción médica terapias que, no hace mucho tiempo, parecían medios extraordinarios. En ese contexto dinámico, conceptos como el mal menor, el principio de justicia o el principio de proporcionalidad, adquieren connotaciones distintas a la luz del avance del saber y de las herramientas que la tecnología ponen en las manos de los agentes sanitarios.

En el plano de los sistemas y las políticas de salud, la Medicina también genera tensiones que tienen un contenido ético innegable. Esas tensiones surgen de la elección de prioridades impuestas por la disponibilidad de recursos humanos y económicos limitados. Por ejemplo, parece más acorde con el bien común que los países pobres destinen sus recursos de salud a acciones de fomento y protección, sobre todo en el área materno-infantil. Pero esa priorización de los escasos recursos disponibles determina que los hospitales estén desprovistos de los medios para realizar acciones que en otros países, con mayores recursos económicos, pueden sal-

var vidas. ¿Es justo condenar a muerte a unos pocos para salvar a muchos? ¿A quién le corresponde establecer los límites de esas políticas?

No es moralmente defendible considerar como un valor absoluto el bien de una persona individual, pero tampoco el de toda una sociedad. El desafío es poder servir a esos intereses, a veces contrapuestos, sin capitular a ninguno de ellos, pero la tarea no es fácil, y la búsqueda de aproximaciones justas, con sus alcances morales, sociales, culturales, jurídicos y económicos, representa el tipo de desafíos intelectuales que puede afrontar un Centro de Bioética concebido en los términos del que hoy, oficialmente, ponemos al servicio de nuestro país.

Esta Facultad de Medicina fue fundada para servir a las personas y para promover los valores de nuestra fe en el campo de acción de la

Medicina y la Enfermería. Es por eso que, para nosotros, la creación de este nuevo Centro de Bioética no es un mero avance en la continua perfección de nuestra tarea universitaria, sino que la confirmación de nuestra razón de ser y la reafirmación de nuestra fidelidad a los principios fundacionales de esta Universidad de la Iglesia. Refleja, además, nuestra decisión de actuar sin claudicaciones en la tarea de rescatar valores que nunca debieron perder vigencia.

Este Centro nace animado por ese espíritu de búsqueda y proclamación de la verdad. Por eso, al iniciar sus actividades, que siempre estarán al servicio de la vida, lo hace invocando la ayuda del Señor de la Vida, en cuyas manos confía sus esfuerzos y esperanzas.

Gracias.

Aspectos morales de la bioética

S.E.R. Monseñor Pío Laghi

Prefecto de la Congregación para la Educación Católica

En los últimos decenios, la biología, la bioquímica, la genética han hecho progresos que han descubierto al hombre posibilidades inmensas, hipotizadas hasta hace algún tiempo como ciencia ficción. Umbrales intrasuperables envueltos de temor y de misterio han sido alcanzados. El hombre conoce hoy los presupuestos científicos para modificar el código de la vida, para producir individuos y especies nuevas, para crear hombres en serie. Ha llamado la atención recientemente el caso de un embrión anidado en el útero, no de la mujer portadora de los óvulos, sino de su madre. Mayor desventura se tiene en cambio en relación con el aborto. La técnica médica lo ha desdramatizado, quitándole aquel halo de terror con que era visto por la gente. Lo mismo sucede con la eutanasia. A la conciencia de muchos no repugna ya poner fin a la vida de los seres humanos, especialmente de los ancianos o de los sujetos a graves enfermedades. Existen hoy los medios para hacerlo, y de modo indoloro.

Como se puede intuir, los conocimientos superiores y las posibilidades que el hombre tiene para intervenir sobre su vida (y es fácilmente previsible que ellas aumentarán en los próximos años) lo cargan de nuevas y tremendas responsabilidades. El tiene en la mano instrumentos que pueden abrir a la humanidad horizontes sin límites, pero también llevarla a su destrucción.

Como acontece en todos los ámbitos de la ciencia, la responsabilidad de las elecciones no recaen, no pueden recaer únicamente sobre los científicos. Las implicaciones son tantas que también la cultura, la política, la economía, el derecho son llamados en causa. Y sobre todo es llamada en causa la ética. Digo "sobre todo" porque es tarea específica de la ética reflexionar sobre el obrar moralmente bueno del hombre. Se puede discutir su enfoque. Creo, sin embargo, que nadie quiere poner en duda su necesidad y su decisividad en el orientar el progreso científico. No es suficiente saber qué se está en grado de hacer. Es necesario saber también si es moralmente admisible aquello que es técnicamente posible. Ofrecer este conocimiento es la

tarea de la ética. Ofrecer este conocimiento en aquello que se relaciona con las intervenciones sobre la vida del hombre es la tarea de la "bioética".

"Bioética" es un término relativamente nuevo en el ámbito de las ciencias del hombre (aparece por primera vez en una obra de V. R. Potter, *Bioethics, bridge to the future*, 1971). Sustituye aquel más tradicional de "moral de la vida física", que parecía querer restringir los problemas éticos de la vida humana al horizonte "físico" solamente. Sustituye también al otro, "moral de la vida individual", que parecía querer considerar los mismos problemas según una óptica puramente individual, dejando en penumbra los inevitables reflejos familiares y sociales. El término "bioética" expresa mejor que aquéllos aquel particular ramo de la moral llamada a reflexionar sobre la vida de la persona humana, desde el momento de su concepción al de su muerte y en el conjunto de sus varias dimensiones y conexiones. Más aún, la bioética extiende su interés también a las intervenciones que el hombre hace en el ámbito de la vida animal y vegetal, en la medida en que tales intervenciones puedan repercutir sobre la vida y la salud del hombre y puedan acarrear un desequilibrio en el ecosistema. La bioética, por eso, comprende también la bioecología. Esto es obvio, porque se podría hoy, por ejemplo, por medio de la ingeniería genética manipular microorganismos dañosos a la vida humana y construir la así llamada "bomba biológica".

La progresión, que podríamos denominar algebraica, de los estudios y de las investigaciones biológicas han hecho inadecuado el enfoque tradicional de la moral de la vida y motivado a los moralistas a una reflexión más amplia y profunda. Yo quisiera ahora tratar de presentaros un cuadro:

- de los interrogantes más candentes puestos por la biomedicina.
- de los principios que orientan las soluciones.
- y de los más importantes criterios de discernimiento.

1. LOS INTERROGANTES MAS CANDENTES

Los interrogantes puestos por los nuevos descubrimientos de la biomedicina, de la genética, de la biotecnología se refieren principalmente al inicio de la vida (concepción, ingeniería genética, embarazo, aborto), la salud y el sufrimiento (problemas relacionados con la experimentación médica, trasplantes, curas "paliativas"), y la muerte (eutanasia).

Las dificultades de la concepción hoy son resueltas por medio de la inseminación artificial de la pareja (= homóloga), la inseminación artificial con donador (= heteróloga), la fecundación *in vitro*, homóloga o heteróloga (FIVET), y el GIFT. La inseminación artificial de la pareja consiste en recoger el espermatozoide del marido y hacer penetrar los espermatozoides en el útero de su mujer. Un primer problema ético que pone esta metodología es la disociación, en la vida de la pareja, entre erotismo, afecto y procreación. Un segundo problema se refiere a los bancos de espermatozoides. Con esta práctica, ¿no se corre el riesgo de convertir el espermatozoide en una mercancía, cosificando así la sexualidad humana? La inseminación artificial con donador se diferencia de la primera por el hecho de que el espermatozoide del padre no es el del marido, sino el de un donador, conocido o desconocido. El grave problema de esta práctica es que se introduce en el interior de una pareja a una tercera persona, que se convierte en el padre natural del futuro niño. ¿Procrear así es conforme a la dignidad de los esposos, a la verdad del matrimonio, a los derechos del niño? ¿Qué consecuencias tiene este hecho para la unidad de la pareja, para el niño, para la sociedad? Otra práctica es la fecundación *in vitro* (homóloga o heteróloga), es decir, la fecundación que al no poder tener lugar en el seno de la mujer, se realiza en probeta. El embrión así obtenido es cultivado por varios días, hasta alcanzar de cuatro a ocho células, y es luego introducido en el útero de la madre. Comúnmente, para garantizar un cierto éxito a este tipo de prácticas, se fecundan contemporáneamente varios ovocitos, obteniendo varios embriones. El grave problema que aquí se pone (además de los ya considerados en los casos precedentes), se refiere al estatuto del embrión. ¿Hasta qué punto se puede disponer de él, con derecho de vida o de muerte? El GIFT (*Gametes intra fallopian transfer*), homólogo o heterólogo, consiste en el trasplante inmediato de los ovocitos y de los espermatozoides en las trompas de Falopio, sin pasar a través de la

probeta. También en este caso subsisten algunos de los problemas ya mencionados de las prácticas precedentes, como la posible pérdida de embriones *in utero* y la posible separación de la dimensión unitiva y la procreativa del acto conyugal.

Unido al tema de la concepción se encuentra el de la ingeniería genética. Un primer capítulo de esta ciencia se refiere a las intervenciones sobre el patrimonio cromosómico o genético, orientados a la producción de seres humanos seleccionados según el sexo u otras cualidades preestablecidas. Un segundo capítulo se refiere a los tentativos dirigidos a obtener seres humanos sin ninguna conexión con la sexualidad, mediante "fisión gemelar", clonación, partogénesis. En el caso de la clonación, que en el hombre no parece todavía practicable, se obtendría la producción de cigotos, cuya información genética provendría de un solo genitor. Los individuos así producidos serían gemelos idénticos al organismo del cual provienen las informaciones genéticas. Con esta técnica, ya experimentada en algunas especies animales, sería posible seleccionar una raza humana emergente y perpetuarla sin alguna alteración. La más grande, entre las muchas interrogantes que se contraponen a esta tecnología, se refiere al respeto debido al embrión humano, tenida cuenta de su naturaleza y de su identidad.

Las aplicaciones de las técnicas de ingeniería genética a la vida prenatal permiten ejecutar un conjunto de metodologías de diagnóstico preimplantatoria (sobre los embriones fecundados *in vitro*) y prenatal (sobre el feto *in utero*); por medio de esta diagnosis se pueden individuar las enfermedades transmitidas hereditariamente al embrión o feto, por defectos genéticos o aberraciones cromosómicas. Una vez hecha la diagnosis y encontradas estas enfermedades o malformaciones, en muchos centros, como se sabe, se procede al aborto selectivo mediante la eliminación de los embriones o de los fetos afectados de enfermedades. Por otro lado, la ingeniería genética podrá aplicarse positivamente al hombre, dentro de determinados límites, con el progreso de la geneterapia. Aplicaciones positivas se están actuando en el ámbito de la farmacología, de la agricultura y de la zootécnica, pero estas perspectivas positivas no deben impedir el valorar los riesgos y las aplicaciones contrarias a la vida y a la dignidad del hombre.

Está también el problema de la "maternidad sustitutiva". Con esta denominación se comprenden dos casos: la mujer que lleva en gestación en su útero un embrión que le es genética-

mente extraño, con el compromiso de entregar el niño, una vez nacido, a quien ha comisionado la gestación; la mujer que lleva en gestación un embrión a cuya procreación ha concurrido con el don de un óvulo propio, con el compromiso de entregar el hijo, una vez nacido, a quien ha comisionado la gestación. Ya hemos mencionado el caso de aquella mujer que ha hecho anidar un embrión propio en el útero de la madre. El ser humano que nacerá: ¿de quién será hijo? ¿Se pueden separar, en una familia, los elementos físicos, psíquicos y morales que la constituyen?

El problema puesto por el aborto se refiere fundamentalmente al respeto debido al embrión. Es un problema que hemos visto ya a propósito del FIVET. Algunos, afirmando que el embrión no es una persona, concluyen que no es inmoral su supresión. Pero, aun concediendo que el embrión no fuera persona, ¿es de verdad cierto que se le puede tratar como si se tratara de una excrecencia del cuerpo humano?

Otro manojo de interrogantes se refiere a la salud. Si es suficientemente evidente la inmoralidad de las torturas físicas, de las manipulaciones de orden nervioso y psicológico (lavado de cerebro), es más difícil limitar el campo de la licitud de la experimentación médica, de los trasplantes de órganos, de las curas que tienen como efecto el estado permanente de inconsciencia, del cual la persona no saldrá sino con la muerte. Las así llamadas curas "paliativas" pueden enmascarar la eutanasia, cuando no son correctamente aplicadas. Y después, ¿hasta qué punto es un deber y es lícito empeñarse con todos los medios a disposición para sostener una vida reducida ya sólo a estado vegetativo? El problema que aquí se pone es inverso al que hemos considerado respecto al inicio de la vida: ¿a partir de qué momento el ser humano no es ya más una persona?

Finalmente existe la eutanasia como tal. ¿Qué juicio ético debe expresarse ante quien reclama el derecho de "morir con dignidad", anticipando la muerte natural, prefiriéndolo a dejarse agredir por los tentáculos de una enfermedad debilitante con un resultado ya descontado?

2. EL CUADRO DE LOS PRINCIPIOS FUNDATIVOS

Una premisa: Para responder a los manojos de interrogativos puestos por la biomedicina, no es suficiente considerar al hombre sólo como

una entidad biológica, un complejo de tejidos, órganos y funciones. La persona humana es una "totalidad unificada" de dimensiones físico-biológicas y espirituales-rationales. Cada una de ellas expresa a todo el hombre desde una particular perspectiva. La dimensión físico-biológica dice a todo el hombre en cuanto ser frágil, "carnal", sujeto a los límites del espacio, del tiempo, de la enfermedad y de la muerte. La dimensión espiritual-rationale dice a todo el hombre en cuanto creatura libre, inteligente, no predeterminada por instintos que la aprisionan, abierta al diálogo y a la comunión con los propios semejantes y con Dios. Estas dos dimensiones son inseparables. Se deriva que *"cualquier intervención sobre el cuerpo humano no alcanza únicamente los tejidos, órganos y funciones; afecta también, y a diversos niveles, a la persona misma; encierra, por tanto, un significado y una responsabilidad morales, de modo quizá implícito, pero real"* (Donum vitae, n. 14).

Una vez precisada esta unidad fundamental de la persona humana y tras haber abstraído la vida del hombre a un valor puramente biológico, es necesario individuar su auténtico espesor, precisar su naturaleza y su fin. Sólo así será posible tener coordenadas que orienten las respuestas a nuestros interrogantes de partida. Obviamente, será necesario integrarlas con las que derivan de la reflexión sobre la sexualidad y sobre el matrimonio. Nuestro raciocinio es llevado, en este punto, al corazón de la antropología.

Aunque es posible trazar una antropología filosófica, a la luz de la sola razón, prefiero aquí reflexionar sobre ella a la luz del evento de Cristo. Los principios antropológicos, que podemos definir de orden metafísico, encuentran luz plena en Él. A este respecto son significativas las palabras de la *Gaudium et Spes*, en el n. 22: *"En realidad, el misterio del hombre sólo se esclarece en el misterio del Verbo encarnado... Cristo, el nuevo Adán, en la misma revelación del misterio del Padre y de su amor, manifiesta plenamente el hombre al propio hombre y le descubre la sublimidad de su vocación"* (GS 22). Esto significa que a partir de la persona de Cristo es posible delinear los trazos esenciales de un proyecto de humanidad —y por tanto de vida humana— plenamente realizada, plenamente dotada de sentido. Los "misterios" fundamentales de Cristo son la creación, la encarnación, el misterio pascual, el cumplimiento escatológico. A cada uno de ellos está unido un particular significado para nuestro ser hombres, y por tanto para el obrar moral.

2.1. Creación en Cristo y dignidad y respeto a toda persona

El hombre, por un gratuito acto de amor, ha sido creado "a imagen y semejanza de Dios" en Cristo y en vista de El.

Un primer comportamiento moral correspondiente a este aspecto del Misterio es el del absoluto respecto a la dignidad de toda persona humana en cualquier estadio de su desarrollo, sin alguna restricción, como también el de la igualdad y el de la solidaridad entre todos los hombres, llamados a ser hijos en el Hijo.

Un segundo comportamiento es el respeto de la vida humana. Precisamente por ser creado por Dios y hecho partícipe del Misterio del Hijo, el hombre no puede disponer indiscriminadamente de sí, de la propia vida y de la vida de los otros seres humanos. El no puede prescindir de su radical dependencia de Dios: sería como si renegase el estatuto mismo del propio ser. El hombre respeta su condición creatural cuando reconoce a Dios como único patrón de la propia vida y de las fuentes de la vida y se comporta en consecuencia.

No son por tanto moralmente admisibles aquellas situaciones y aquellas manipulaciones que, prescindiendo de los "derechos" de Dios, atentan contra la dignidad del hombre (aborto, eutanasia, experimentos en el embrión, pena de muerte... y también tóxico-dependencia, varios abusos en el campo político, económico, ideológico...).

El proyecto de Dios para el hombre, ya globalmente presente en el Misterio de la Creación, es realizado y explicitado en los Misterios de la Encarnación, de la Pascua y de la Parusía de Cristo. Estos "misterios" son el paradigma de la vida del hombre.

2.2. Encarnación y respeto del cuerpo

El Verbo de Dios, en la Encarnación, ha asumido al hombre en todas sus dimensiones, comprendida la corpórea.

El comportamiento moral correspondiente es el respeto del cuerpo, como lugar del manifestarse histórico, visible de la persona misma. No es, pues, moralmente admisible tratar el cuerpo humano a la par del de los animales. Intervenir sobre el cuerpo de modo perturbante (manipulación genética, congelamiento de embriones, maternidad "sustitutiva"...) significa herir y perturbar en profundidad la globalidad de la persona.

2.3. Misterio pascual y sentido de la muerte

El evento de la muerte y resurrección de Cristo cambia radicalmente el comportamiento del hombre de frente a la propia muerte. En Cristo, la muerte deja de ser aquel misterio tremendo, cruel y sin sentido que señala el fracaso de todo proyecto. En Cristo, la muerte y el sufrimiento son redimidos, se hacen pedagogía de amor, etapa obligada en el camino de la Resurrección.

El comportamiento moral correspondiente es el dar sentido al sufrimiento y a la muerte. Ellos, bajo el signo de Cristo, dejan de ser incomprensibles e insensatos. Bajo el signo de Cristo, la vida humana adquiere preciosidad aun en los momentos dramáticos del dolor, aun en la situación-límite de los "enfermos terminales".

2.4. Cumplimiento escatológico y apertura de la vida presente a lo eterno

La esperanza del cristiano está fija en el Misterio que está por cumplirse todavía, en el retorno glorioso de Cristo al fin de los tiempos y en la recapitulación de todas las cosas en El. Esta mirada "lejana" da al cristiano la conciencia de que la vida de aquí abajo no corresponde a la totalidad de la vida humana. La presente es sólo un inicio, una "etapa" provisoria, un Exodo hacia la Tierra Prometida.

El comportamiento moral correspondiente es la apertura de la vida presente a lo eterno. La vida presente debe ser considerada, sí como un don precioso, pero no como un bien absoluto. La salud física y psíquica no coincide con toda la realidad de la salvación. Esto lleva a excluir cualquier ensañamiento terapéutico, como también la obstinación de una pareja para tener un hijo a toda costa y por cualquier medio, sin discernimiento alguno.

Dignidad y respeto a la persona, respeto al cuerpo, sentido del sufrimiento y de la muerte, apertura de la vida presente a lo eterno: son éstos los más importantes principios relativos al tema de la vida que brotan de la contemplación del Misterio del Verbo Encarnado y que encontramos escritos en el corazón del hombre. Junto a los otros principios que se refieren a la sexualidad y al matrimonio (indivisible conexión entre amor, matrimonio y vida, unidad e indisolubilidad del matrimonio), ellos constituyen el cuadro que debe sostener y orientar los criterios de la bioética.

3. CRITERIOS PARA EL DISCERNIMIENTO

Los criterios de la bioética se derivan del encuentro entre los valores éticos (inscritos en la Revelación y en la conciencia del hombre) y las particulares situaciones determinadas por la investigación y por la experimentación en el campo biológico y biotecnológico. Estos criterios traducen los principios fundamentales en indicaciones precisas y concretas y ayudan así al discernimiento de las varias investigaciones, prácticas y experimentaciones. Ellas son preciosas sobre todo en las situaciones más complejas y controvertidas, en las cuales "bienes" diferentes se oponen entre sí.

3.1. El criterio de la vida como valor fundamental

La vida física no agota ciertamente toda la riqueza de la persona, constituida, además que por una realidad físico-biológica, por una realidad espiritual-racional. Ella, sin embargo, constituye en cierto modo el valor "fundamental", precisamente porque sobre la vida física se fundamentan y se desarrollan todos los otros valores de la persona (cf. *Donum vitae*, INTR., 4). Por encima de este valor fundamental, existe el bien total y espiritual de la persona, que podría requerir incluso el sacrificio de la vida física. Mas, en este caso, éste no podría ser impuesto por los otros, sino escogido como don absolutamente libre.

La vida humana debe, pues, ser defendida como valor fundamental desde el momento de la concepción hasta la muerte. Este criterio es importante y decisivo en orden a la valoración de los varios tipos de supresión humana: el homicidio, el suicidio, el aborto, la eutanasia, el genocidio, la guerra de conquista.

Alguno objeta que el criterio vale sólo para las personas y que difícilmente se puede aplicar a los embriones y a los enfermos en coma. El criterio, en cambio, vale también para estos seres humanos, prescindiendo del momento de su personalización.

S. Tomás mismo afirmaba que el alma no puede ser infundida en la materia biológica sino cuando esta última esté suficientemente organizada. Alguno, inspirándose en Aristóteles, llegaba a precisar el momento de la "animación": cuarenta días después de la concepción para los varones, y ochenta para las mujeres.

El magisterio de la Iglesia no ha querido nunca dirimir la cuestión del momento de la

personalización. Ha pedido, sin embargo, a los cristianos de dar fe a este punto preciso, expresado para nosotros con claridad en la Instrucción *Donum vitae* (22 de febrero de 1987) por la Congregación para la Doctrina de la Fe, a saber, que "el fruto de la generación humana, desde el primer momento de su existencia, es decir, desde la construcción del cigoto, exige el respeto incondicionado que es moralmente debido al ser humano en su totalidad corporal y espiritual. El ser humano debe ser respetado y tratado como persona desde el instante de su concepción, y, por eso, a partir de ese mismo momento se le deben reconocer los derechos de la persona, principalmente el derecho inviolable de todo ser humano inocente a la vida" (*Donum vitae*, n. 30).

El mismo raciocinio debe aplicarse para el enfermo en coma. Debe ser respetado como una persona viviente hasta que la muerte no haya sido constatada en base a criterios clínicos racionalmente definidos.

Además de en negativo, el criterio del valor fundamental de la vida debe entenderse en positivo, como empeño en pro de la defensa de la salud del hombre.

De frente a este principio encontramos en cambio una cultura de muerte fuertemente enraizada en la sociedad occidental. Piénsese que, en Italia, la cifra de los abortos legales oscila entre los 196.000 y los 198.000 al año. Esta situación explica ciertas palabras preocupadas, a veces duras, del Santo Padre. Hablando a los participantes en el Convenio de estudios sobre "El derecho a la vida y Europa" (el 18 de diciembre de 1987), dijo: *¿Cómo es posible hablar aún de dignidad de toda persona humana, cuando se permite que se mate al más débil y al más inocente? ¿En nombre de qué justicia se ejerce entre las personas la más injusta de las discriminaciones, declarando a algunas dignidad es negada?... En verdad en este punto Europa se juega su destino futuro, porque está dando signos de decadencia moral y también de emprobecimiento demográfico, y está arriesgando así el dilapidar un patrimonio cultural que le fue transmitido por insignes pensadores, grandes juristas y admirables santos*".

3.2. El criterio de la originalidad de la transmisión de la vida humana

Ya Juan XXIII escribía en la "*Mater et magistra*": "como la vida humana se propaga a otros hombres de una manera consciente y res-

ponsable, se sigue de aquí que esta propagación debe verificarse de acuerdo con las leyes sacrosantas, inmutables e inviolables de Dios, las cuales han de ser conocidas y respetadas por todos. Nadie, pues, puede lícitamente usar en esta materia los medios o procedimientos que es lícito emplear en la genética de las plantas o de los animales" (n. 193).

La procreación humana tiene un estatuto especial en fuerza de la dignidad de los padres y de los hijos: "la procreación de una nueva persona, en la que el varón y la mujer colaboran con el poder del Creador, deberá ser el fruto y el signo de la mutua donación personal de los esposos, de su amor y de su fidelidad" (*Donum vitae*, n. 58). Tal procreación es el fruto del amor de los esposos. Fin unitivo y fin procreativo no pueden ser separados. En tal caso, se tendría una separación que privaría a la procreación, desde el punto de vista moral, de su perfección propia. Si es verdad que la unión conyugal debe acontecer en el respeto de la apertura a la procreación, es también verdadero que la procreación de una persona debe ser el fruto y el término del amor esponsal (cf. *Donum vitae*, II, 4).

3.3. El criterio de totalidad o terapéutico

Es el criterio que reclama, para discernir sobre la licitud de una terapia o de una intervención quirúrgica, el mirar a la globalidad del cuerpo que se debe curar. Podemos decir que tal criterio es una ulterior aplicación del de la inviolabilidad de la vida. El permite que se pueda hacer una incisión, aun en manera mutilante en una parte del organismo, para salvar el todo y la vida misma del sujeto. En razón de este criterio, se tiene como éticamente aceptable el daño concomitante a una intervención dirigida a otro fin lícito. Naturalmente, se deben observar algunas condiciones: que se trate de una intervención sobre la parte enferma o que es la causa directa del mal; que no haya otros medios para vencer a la enfermedad; que existan buenas y proporcionadas posibilidades de éxito; que se dé el consentimiento del paciente (cf. E. Sgreccia, *Manuale di Bioética*, Ed. Vita e Pensiero, Milano 1988, p. 127).

Discusiones de ética médica muy encendidas hoy piden ampliación del criterio de totalidad rebasando el organismo físico, comprendiendo la totalidad de la persona o considerando el conjunto de los resultados finales, sin tener en cuenta los métodos de la intervención. El fin, sin embargo, no justifica los medios. Ciertos re-

sultados son éticamente inaceptables si conculcan la dignidad de la persona y de la procreación humana.

3.4. El criterio de proporción

Es el criterio por el cual se exige una cierta proporción entre los riesgos y los daños que una terapia comporta y los beneficios que procura. Este criterio ilumina el comportamiento, por ejemplo, ante los moribundos o los enfermos incurables. Mientras debe hacerse todo esfuerzo por vencer la enfermedad y aliviar los sufrimientos del paciente (en el respeto de su dignidad), no es aceptable un empeño terapéutico que se proponga prolongar la vida a toda costa. La Congregación para la Doctrina de la Fe, en su Declaración sobre la eutanasia, "*luta et bona*", del 27 de junio de 1980, precisa que "en todo caso se podrán valorar bien los medios poniendo en comparación el tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación con el resultado que se puede esperar, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales" (n. 27). Después de haber indicado varios criterios para la aplicación de las terapias a los enfermos terminales, la Declaración concluye que "ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir, sin embargo, las curas normales debidas al enfermo en casos similares" (n. 29). Me doy cuenta de que aquí se abriría una larga discusión para precisar qué cosa se entiende por "curas o cuidados normales"...

Se podrían añadir otros criterios a los que hemos recordado, partiendo de los principios fundamentales. Pero ya los indicados son suficientes para orientarnos para dar respuesta concretas y precisas a las muchas interrogantes presentadas a la bioética por la biomedicina, por la genética, por la biotécnica. Aplicando los diversos principios y criterios a las varias situaciones, será posible encontrar la respuesta adecuada que esté en consonancia con el todo de la Revelación.

Quisiera concluir esta exposición recordando algunas palabras del discurso del Santo Padre a los participantes al VII Simposio de los Obispos Europeos (el 18 de octubre 1989), que me parecen resumen muy bien la actitud cristiana ante la vida: "*La Iglesia debe, en primer lugar, vol-*

ver a decir al hombre de hoy la verdad plena de su ser de creatura venida a la existencia como fruto de un don del amor... Sólo la lógica del amor que se da, no el de la técnica que fabrica un producto, corresponde a la persona, porque sólo la primera respeta su dignidad superior... A la luz del Misterio Pascual, el cristiano puede, de ahora en adelante, interpretar y vivir su muerte con perspectiva de esperanza". El

Santo Padre continuaba después recalcando que la Iglesia, al defender la vida, se hace intérprete de un deber que encuentran eco en la conciencia moral de la humanidad entera. *"Precisamente por esto –concluía– la sociedad civil, que es la responsable del bien común, tiene el deber de garantizar, mediante la ley, el derecho a la vida para todos y el respeto de toda vida humana hasta su postrer instante".*

La contribución del pensamiento católico a la cultura actual

Prof. Pedro Morandé C.

El tema de esta meditación es el aporte específico que puede hacer y que de hecho realiza el pensamiento católico a los desafíos planteados por la cultura y sociedad modernas, de tal suerte que pueda servir como contexto de las reflexiones más específicas que seguirán en el campo de la bioética. El tema es, por cierto, muy amplio, puesto que la contribución del pensamiento católico abarca todos los aspectos de la vida humana y, en el ámbito de la cultura y de las relaciones económicas, políticas y sociales, ha dado origen, además, a un rico y complejo magisterio conciliar y pontificio, conocido habitualmente como Doctrina Social de la Iglesia. Sin poder abarcar dignamente todo el conjunto, quisiera dirigir la atención hacia un aspecto que me parece de la mayor relevancia en nuestra época, a saber, el aporte del pensamiento católico a una adecuada articulación antropológica entre la ontología y la ética.

Es sabido que para el cristianismo la dignidad de la persona humana es anterior y superior a cualquier forma de ordenamiento o de contrato social, puesto que la persona, como "ser que subsiste en una naturaleza racional" no puede concebirse como "parte" en relación a un "todo" que sería la sociedad en su conjunto o alguna organización funcionalmente diferenciada. Aunque sus conductas formen parte de distintos subsistemas que buscan establecer equilibrios entre ellos conforme a reglas funcionales, la persona como tal no se disuelve en el ámbito de estas conductas, puesto que de su naturaleza racional se desprende que ella es un centro autónomo de libertad, mediante la cual dispone de sí misma y determina bajo su responsabilidad el destino que dará a su vida.

En su discurso ante la UNESCO en 1980, el Papa hizo una encendida defensa de la dignidad irrenunciable de la persona humana, reiterando los aspectos antes señalados de la tradición católica. Así, afirmó que "el hombre, que en el mundo visible, es *el único sujeto óntico* de la cultura, es también su único objeto y su térmi-

no" (n. 7), que "el hombre es siempre el hecho primero: el hombre es el hecho primordial y fundamental de la cultura. Y esto lo es el hombre siempre y en su totalidad: en el conjunto integral de su subjetividad espiritual y material" (n. 8); y agregó, más adelante, que "para crear la cultura hay que considerar íntegramente, y hasta sus últimas consecuencias, al hombre como valor particular y autónomo, como *sujeto portador de la trascendencia de la persona*. Hay que afirmar al hombre por él mismo, y no por ningún otro motivo o razón: "únicamente por él mismo" (n. 10).

Esta clara confirmación del patrimonio antropológico de la tradición cristiana es incomprendido, cuando no impugnado, por la cultura actual, aunque crea apoyarse en un humanismo dispuesto a defender los derechos humanos, al menos en el ordenamiento jurídico. Vivimos, en verdad, en una sociedad tecnológica y de consumo que desconoce que la persona sea el "único sujeto óntico" de la vida social. Su lugar lo han ocupado los sistemas funcionales de intercambio y de reciprocidad que tejen una red de comunicaciones autorreferidas, dentro de las cuales el hombre sólo es un operador. La persona se vuelve, entonces, un "militante", un "actor social", un "actor político", un "agente económico", "un cliente", "un paciente" o, simplemente, "un consumidor", para recordar sólo algunas de las expresiones hoy día más usuales. La introducción de categorías funcionales en la convivencia social es, en sí mismo, algo muy valioso, puesto que ellas permiten la diferenciación de subsistemas que cumplan funciones especializadas con riesgos calculables. Pero si pierden de vista la referencia a la persona como "único sujeto óntico" de la cultura, no sólo se desnaturalizan, sino que se transforman en las peores cadenas de la libertad y de la autonomía personal.

En efecto, despojada de su realidad óntica, el ser humano se vuelve un espejo del sistema, una metáfora del orden social. Es obligado a sacri-

ficar su subjetividad y a prestar su cuerpo y su vida psíquica para somatizar o introyectar las metas, los objetivos, los logros, la velocidad, las tensiones, los desequilibrios y hasta las incoherencias de los sistemas funcionales. No se trata solamente de que ahora la persona deba aceptar compartir su morada cultural no sólo con otras personas, sino también con estructuras institucionales que funcionan "como si" fuesen sujetos. La cuestión es más honda. Debe prestar su carne para que, a través de su subjetividad, el orden institucional alcance la legitimidad necesaria para que no se produzca una contradicción insuperable entre el funcionamiento eficiente de la sociedad y la preservación de los bienes espirituales de la cultura. Este despojo de la realidad óptica de la persona puede llegar a ser brutal, como lo experimentaron los países que padecieron experiencias totalitarias en el pasado y como lo experimenta ahora la sociedad permisiva que tolera o promueve el aborto, la eutanasia, la limpieza étnica o el genocidio. Pero puede asumir también la expresión *soft* de la trivialización de la vida, que no niega sino sólo pone en duda de que el ser humano tengan la importancia suficiente como para ser portador de la trascendencia de la persona.

Sin apoyo en el reconocimiento de la realidad óptica de la persona, la ética comienza también, por su parte, a perder fundamento, transformándose paulatinamente en una de estas dos alternativas: o bien, en una ciencia descriptiva de las costumbres humanas que se ve obligada a renunciar a toda pretensión normativa, aceptando en su reemplazo los hechos consumados, la moda o la opinión pública como formas expresivas de la complejidad y heterogeneidad social; o bien en un principio general de reciprocidad y de autorreferencia funcional, según el cual son idénticos el plano de los valores y el plano del funcionamiento de las estructuras de intercambio, de suerte que la obtención de mayores beneficios con menores costos resulta ser el único principio ético que los sistemas funcionales pueden traducir al lenguaje con que realizan su "clausura operacional".

Las ideologías de nuestra época, sean que se inclinen por dar al mercado o al Estado un puesto de mayor relieve en la estructuración del orden social, han pretendido, de manera directa o indirecta, reducir la dimensión de la subjetividad al ámbito a las exigencias del orden institucional, de modo que la identidad personal queda determinada por el desempeño de roles y de funciones que el orden institucional prescribe o permite. Como contraparte, las instituciones

reciben atributos personalizados, de tal suerte que ellas "deciden", "actúan", "reaccionan", "premián", "estimulan" o "castigan". Con esta visión, *la moralidad pierde su relación originaria con el sujeto en su humanidad misma*, convirtiéndose en una expresión costumbrista del "imaginario colectivo", de la que se espera tenga el vigor de seducir a la población para comprar una determinada mercadería, para apoyar o justificar una determinada institución, para hacerla soñar con un futuro mejor o para que acepte los valores de orden institucional que quedan reducidos, como se suele decir, a las "reglas del juego".

Cualquiera sea, sin embargo, la capacidad persuasiva de estas tendencias reseñadas y la influencia que ejerzan sobre la población, el hecho objetivo es que aquello que funda la "morada" común, el *ethos* o la cultura es la experiencia de encuentro entre sujetos y no la relación entre un sujeto y un orden institucional. Una de las grandes contribuciones que ha prestado la moderna teoría de sistemas a la comprensión de los hechos sociales es que no se requiere la categoría de sujeto para explicar el funcionamiento de los sistemas sociales. Pero por la misma razón, los sistemas no son moradas, no forman el *ethos*. Deben presuponer que las personas, si es que existen para ellos, son parte de su entorno. Mientras la institución se organiza sobre la base de la contraprestación y del equilibrio de funciones en círculos de autorreferencia que intentan regular diferenciales de contingencia para operaciones de alta complejidad e improbabilidad, el sujeto experimenta su propia contingencia como tensión hacia el Absoluto, como acontecimiento de gratuidad y apertura al misterio, lo que sobrepasa cualquier inteligencia institucional. Esto es lo que tradicionalmente se ha llamado la *capacidad contemplativa* del ser humano, de la que no puede ser despojado por el hecho de ser objetivamente un ser contingente, puesto que, paradójicamente, tal capacidad se funda en esa aparente debilidad.

La sociedad moderna ha reinterpretado totalmente el concepto de contingencia de la filosofía clásica. La contingencia, como lo contrario de lo necesario, era asociada a la experiencia humana de la limitación, de la finitud, de la imperfección. Además de la certeza de la muerte, jugaba un papel muy importante la percepción del mal moral y de la debilidad del hombre frente a él. Como afirma San Pablo en la Carta a los Romanos: "hago el mal que no quiero y dejo de hacer el bien que quiero". Esta confesión y reconocimiento de una cierta impotencia de po-

der actuar bien, más allá de las intenciones, que en el plano religioso corresponde a la conciencia de la inclinación humana al pecado, estructura una percepción de la dramaticidad de la existencia, en el sentido que cada ser humano tiene una sola vida, que no puede repetir ni comenzar de nuevo, y que durante su transcurso y en ejercicio de su libertad tiene la oportunidad de alcanzar el bien, la verdad y la belleza, y experimentar así la plenitud de la experiencia humana, o bien malgastar esta única oportunidad.

La conciencia moral, mucho antes que una conciencia del precepto, de la prohibición o de la costumbre social, representa en la tradición cristiana una percepción de la dramaticidad de la vida que es, a la vez, contingente y libre. En la vida de cada ser humano se juega un destino. Y sea por la conciencia de la finitud, por la percepción de los límites e imperfecciones humanas, o por el anhelo de justicia y de caridad que trasciende la debilidad individual en busca del bien del otro, aparece a la conciencia la necesidad de mirar y de valorar todos los aspectos de la vida, desde la percepción y aceptación de su contingencia. El hombre aspira a habitar la casa de Dios, a contemplar su rostro y a alcanzar la comunión con El. Pero sabe, sin embargo, que por sí mismo no lo puede hacer. En ello radica, propiamente, la dramaticidad de su vida. Sus deseos más hondos trascienden sus posibilidades de satisfacerlos. El mundo moderno, en cambio, considera la contingencia más bien como un problema de probabilidades. Que algo sea contingente significa que es altamente improbable y que puede ser de otra manera distinta a como es. Entonces, calculando bien las probabilidades de lo que hace y anticipando los resultados posibles de su conducta, el hombre puede controlar y orientar esa contingencia disminuyendo su incertidumbre. La teoría de sistemas complejos en la ciencia moderna es, precisamente, el lenguaje para controlar la contingencia, para reducir la variedad de un sistema en relación a su medio ambiente.

Aparece, entonces, un pensamiento que si bien ha demostrado ser acertado y potente desde el punto de vista del funcionamiento de la sociedad, reduce a las personas a ser un caso más de contingencia, de improbabilidad de la comunicación que puede ser razonablemente calculada y contrarrestada, o incluso estimulada si se desea aumentar los niveles de complejidad. Pero si ya no es más considerada como sujeto óptico de la cultura, tampoco tiene sentido la expresión

de la dramaticidad de su existencia. Y, efectivamente, desde un punto de vista descriptivo podemos afirmar que nuestra presencia individual en la historia es altamente improbable. Si consideramos la cantidad de personas que habitan el planeta, que ya sobrepasan los cinco mil millones de seres humanos, que estemos nosotros aquí es de una probabilidad realmente baja, es casi un azar. Pero desde el punto de vista de la dimensión óptica de nuestra conciencia no nos interesa saber cuán improbables somos, sino tener la certeza de que somos. A su vez, la dramaticidad de la existencia no se funda en un juicio de probabilidad en relación a la presencia de otros objetos o en comparación a ellos, sino en la conciencia de la libertad frente al destino, frente al sentido de la historia personal que es posible comprender y compartir. La conciencia sabe que más allá de cualquier cálculo de probabilidad es la propia y única vida la que se puede vivir y la que puede terminar inesperadamente, antes de haber alcanzado una razonable experiencia de su finalidad.

Así, el cálculo de improbabilidad no representa una respuesta satisfactoria desde el punto de vista de la pregunta ontológica de nuestra conciencia. Ha demostrado ser una excelente respuesta operativa para el funcionamiento de los sistemas y para la maximización del producto de nuestras acciones. En el horizonte de la persona, en cambio, la improbabilidad aparece a la conciencia, según lo atestigua la tradición religiosa, como una percepción de la gratuidad de la existencia. Por ello pregunta San Agustín: "¿De qué nos sirve conocer la verdad si no la amamos?" Es verdad que el ser humano es altamente improbable. Es verdad que es limitado. Pero si no puede amar esa verdad, ella no logra constituirlo como persona, como sujeto. Algunos autores cristianos han elaborado esta paradoja como contraposición entre razón y corazón. "Hay razones del corazón que la razón no conoce". Sin embargo, más allá de los términos, habría inmediatamente que añadir que las razones del corazón son igualmente racionales que las razones de la razón. No se fundan en la irracionalidad de las emociones o en ensoñaciones utópicas, sino en una conciencia ontológica que aunque percibe la improbabilidad de la existencia individual, acepta el hecho de que existimos y de que la libertad que nos constituye, por nuestra naturaleza racional, no es una concesión de sistema funcional alguno, sino la realidad constitutiva de un ser contingente pero en tensión hacia el infinito. La contemplación de la presencia del Absoluto en nuestra historia

no proviene del hecho de que seamos necesarios, sino de la aceptación de que existimos y de manera irrepetible. Se trata del "milagro del ser", frente al cual sólo cabe el estupor, la admiración.

Una conciencia capaz de aceptar la vida como improbabilidad, sin embargo, y creo que aquí reside el gran problema cultural del mundo actual, necesita del amor, del reconocimiento de la gratuidad.

Urs von Balthasar ha titulado uno de sus hermosos escritos con la afirmación: "Sólo el amor es digno de fe". La sociedad funcional no da a las personas la oportunidad de desarrollar una conciencia capaz de amar una vida improbable y, entonces, la gente tiende normalmente a despreciarse y a enfermarse. La tendencia casi desesperada y compulsiva a obtener logros, a tener una vara cada vez más alta para juzgar el rendimiento en el trabajo, en la economía y en todos los restantes aspectos en que las personas se pueden objetivamente comparar, oculta, en el fondo, un grandísimo desprecio a la propia existencia por su condición altamente improbable. Se han perdido en la cultura los elementos capaces de descubrir en esta improbabilidad alguna razón superior, algún sentido. Por ello, los psiquiatras hablan de la pérdida del sentido existencial como de una de las principales patologías de nuestra época, y la lucha por mejorar lo que hoy día se llama la "calidad de vida" suele autoanularse en la medida en que no vale la pena mejorar la calidad de algo que no se aprecia.

Me parece que la explicación última de esta paradójica situación radica en el hecho de reducir racionalmente el concepto de contingencia sólo al cálculo de las probabilidades de que algo acontezca, olvidando la dimensión también racional del amor que descubre el sentido de una vida improbable, de una vida azarosa, de una vida imperfecta, por el solo hecho de que existe. En un sentido un poco distinto, pero también orientado a quitar el velo del "olvido del ser" a que habría conducido la historia de la metafísica, Heidegger protesta por la traducción de la expresión griega *logos* a la expresión latina *ratio*. Según él no son equivalentes. La *ratio* define lo razonable según la proporcionalidad de objetos comparables y de magnitudes posibles de precisar. Por analogía, compara a las personas o sus comportamientos como si se agotasen en su dimensión objetivada. Pero existe una dimensión propiamente intransitiva de la experiencia humana que es irreductible a la condición del objeto. Ella es la que se revela en la

expresión *logos*, que es inseparable del sujeto que, al nombrar el mundo, revela al mismo tiempo que oculta el misterio de su propio estar en el mundo, el sentido de su obra y su obra como expresión de sentido. Puede ser la poesía o el lenguaje simbólico la morada de esta racionalidad. Pero lo será sólo en la medida en que un sujeto contempla a otro como don, como invitación y apertura a un destino inteligible y compartido. Es decir, es totalmente distinta la mirada sobre el otro si la verdad de su contingencia se ama o si no se ama.

Despojada de su fundamento ontológico en la persona, la conciencia moral ha dejado de ser vista en el mundo actual como un órgano de la persona, definiéndose más bien como un contenido, como un resabio semántico del pasado, o como una novedad semántica que la opinión pública y la moda pueden constantemente renovar. Acierta, en este sentido, Robert Spaemann, quien sostiene que el gran error de nuestra época es creer que la conciencia moral es un oráculo cuando ella es un órgano que necesita cultivarse y desarrollarse. No sustituye la libertad personal por el argumento socialmente aceptado, sino que la confirma y realiza. En este sentido, sólo alguien que tiene una conciencia moral cultivada puede profundizar y crecer en su moralidad. Sucede con todos los bienes de la cultura, y por ello la cultura siempre debe presuponer el sujeto óntico que se cultiva. Algo análogo sostienen los teólogos en relación al pecado: el peor pecado es creer que no existe pecado, es decir, no tener la conciencia desarrollada para darse cuenta de la dramaticidad de la existencia contingente que reconoce, por una parte, la deficiencia moral, pero no se queda en ella, sino que desde ella descubre la *sobreabundancia* de la gracia.

Este argumento referido a la moralidad puede aplicarse, de modo análogo, a la conciencia religiosa, que puede ser considerada como el órgano de la persona que descubre la realidad existente como un don y que encuentra en el amor la única respuesta humana razonable a lo que se ha recibido por gracia. Pero, como todo órgano, si no se desarrolla, no alcanza a conocer todas las dimensiones de su objeto. Existe, por cierto, la experiencia de los conversos con su transformación radical e instantánea del sentido de la existencia. Una suerte de conciencia religiosa adormecida, de pronto despierta de su sopor. Pero la conciencia religiosa común es una conciencia cotidiana de la gracia que se va profundizando y, a medida que gana en hondura, va gustando lo que profundiza, va encontrando un

sentido renovado de la experiencia humana. En esa profundización de la conciencia, la vida humana suele presentarse, como lo atestiguan muchas tradiciones religiosas, como un ascenso, como una subida al monte, que es simultáneamente calvario y transfiguración, como una prolongada y atenta admiración del acto mismo de ser. Pero nada de esto podría entenderse si no existiera una verdad capaz de ser amada o, como señala también San Agustín, que el hombre pueda encontrar en ella su gozo. Tal posibilidad no podría estar disponible para una sola de las facultades del hombre, como el entendimiento o la voluntad o la sensibilidad, sino para la armónica y unitaria integración de estas tres potencias en el acto que reconoce al bien, la verdad y la belleza como finalidad y esplendor de la existencia.

Por lo dicho, puede comprenderse que la sociedad tecnológica y de consumo se caracterice por una pérdida de la conciencia religiosa, tanto en su dimensión ontológica como en su dimensión ética, debido a la incapacidad de aceptar la dramaticidad de la contingencia humana. Me parece que esta tendencia trasciende las olas de desencantamientos y reencantamientos. El relato de esta pérdida del sentido religioso es la trivialización de la vida, que esconde, en esta fase, una suerte de "nihilismo libertino" que transforma la vida social en espectáculo. En una vida trivial no vale la pena preguntarse siquiera por su sentido, porque no habiendo un destino en juego, ni para la conciencia moral ni para la revelación del misterio del ser, ¿para qué hacerlo? Lo propio de la trivialidad es que invita a estar permanentemente distraídos. Es el gran éxito cultural a la vez que la gran trampa de la sociedad de mercado. Las decisiones aparecen a tal grado desagregadas, que se puede estar tranquilo de que si alguien se equivoca, su error tendrá siempre una consecuencia manejable. Esta disminución de los riesgos en torno a las consecuencias sociales de las acciones individuales ha permitido un inmenso progreso y bienestar. Pero aplicado este mismo criterio a la totalidad de la vida humana, reduce proporcionalmente también la conciencia de la libertad.

Un signo elocuente de este fenómeno es la legalización del divorcio vincular. Con ello la sociedad declara públicamente que no está dispuesta a creer que alguien tenga la libertad suficiente, a ninguna edad de la vida, como para decir "sí" para siempre, para comprometer la propia existencia en un destino compartido con otra persona a la que se le reconoce su libertad.

Acepta, en cambio, como digna del hombre, una libertad condicionada y hasta determinada por las circunstancias, por las oportunidades de elección, por la oferta de productos a la mano. Otro signo análogo es la legalización del aborto, que sólo puede explicarse por un clima tal de trivialización de la existencia, que llega a considerarse como uno más de los métodos anticonceptivos disponibles en el mercado. La libertad del hombre deja de tener la profundidad que alcanza cuando contempla con estupor el milagro del ser y la gratuidad de lo contingente. Al trivializar el nacimiento, inevitablemente se trivializa también la muerte, de modo que se borra de la conciencia humana toda reflexión acerca de un destino eterno.

Sin embargo, como ha planteado la tradición cristiana, la conciencia no se funda propiamente en la reflexión, sino en una luz anterior, que es intuición o memoria del ser. El olvido o la desatención no pueden llegar a ser totales. Lo humano interroga a la razón por el solo hecho de existir. Ello explica que la cultura de la trivialización de la existencia no termine solamente en "tedio", como se ha analizado en los últimos años, sino en desesperación, angustia, vacío y depresión, que no teniendo ya más rituales sociales donde expresarse, no encuentran otro camino para manifestar su dramaticidad que la enfermedad. La intuición del ser que acontece en nuestra contingencia, puede tal vez ocultarse pero no eliminarse. Es el fundamento ontológico de la conciencia moral y se descubre en el horizonte del misterio. La libertad que nace de esta comprensión no es aquella reducida a la capacidad de elegir entre objetos o entre alternativas, sino aquellas que descubre que a la libertad propia de nuestra contingencia la antecede una libertad infinita "de la que nada mayor puede ser dicho", que se manifiesta como gracia y que invita a serle semejante.

Esta intuición de la libertad constitutiva de la experiencia humana y de su dramaticidad es la que se revela en plenitud en el misterio de Cristo, el Verbo de Dios encarnado, especialmente en su dimensión de anonadamiento que encuentra la culminación en su muerte de cruz. El poder de Dios, que es la plenitud de la vida y del amor, no se manifiesta ocultando al hombre su contingencia, ni ahorrándole la dramaticidad de su destino, sino asumiéndolo plenamente en la encarnación del Verbo, hecho en todo semejante a nosotros, excepto en el pecado. Ante los ojos de una conciencia para la cual la contingencia humana es pura improbabilidad de ser, el

anonadamiento aparece como impotencia, como condenación injusta y con escarnio del inocente, como triunfo de la indiferencia del que se lava las manos. Cristo se abandona totalmente, pero no resignadamente a su suerte, sino a la libertad del hombre que es anticipada por la libertad del Padre que se manifiesta a través de su enviado. El amor se revela como total abandono a la libertad del otro. El ser que es plenitud de libertad, el Viviente, ama hasta el extremo de aceptar que la contingencia humana, esclavizada por el pecado y la muerte, determinará la sobreabundancia de la gracia. No hay vacío e indiferencia, aunque así pueda aparecer a los ojos de quien presencia sólo un espectáculo, sino fe incondicional al amor personalizado, que se revela más grande que el mal y que la muerte.

La novedad del pensamiento católico consiste en el anuncio de esta "teodramática", como la llama Urs von Balthasar, que se despliega como acontecimiento en la historia humana. ¿Podría haber acontecido de otra manera como aconteció? Ciertamente, está en juego el misterio de la libertad de los protagonistas. Pero lo relevante no es este "podría haber sido" sino el hecho de que aconteció: el Verbo acogió la carne humana, reveló su gloria abandonándose como Cordero a la libertad del hombre. No se trata solamente de una epifanía del ser que se muestra visible en la temporalidad de los sujetos contingentes y finitos que son los seres humanos, sino que se involucra en su libertad y, con ello, en la dramaticidad de su destino. La muerte y resurrección de Jesucristo no son, en consecuencia, una parábola o metáfora pedagógica de lo que ocurre con toda vida humana o de las contradicciones que producen en la vida social los santos o los idealistas o los profetas. Es, por el contrario, un acontecimiento, único e irrepetible en la historia, pero absolutamente actual y presente en el mundo, mediante el cual la libertad humana asumida por Cristo en plenitud, no se deja sobornar por el poder, por el dinero, por el temor de la traición, por el escarnio o por la muerte, sino que pone la vida confiadamente en manos de Quien es su origen. La conciencia de la filiación y de la paternidad se muestra así como la mayor hondura hasta la cual el ser humano puede pensar el misterio de su libertad.

En la experiencia religiosa la contemplación no es un acto unilateral, sino bilateral, en que se observa y se es observado. Pero hay dos maneras de sentirse observado: la primera es el sentirse observado de modo tal que se siente

amenazada la libertad, como por ejemplo, cuando alguien se siente observado por un asesino, o un ladrón. Este tipo de observación genera delirio de persecución y provoca miedo, pavor, ansiedad, angustia, etc.; la segunda, que es la que corresponde a la experiencia religiosa, es sentirse observado con compasión, por alguien que lo comprende y entiende en su verdadera intención y en su debilidad y que, siendo infinitamente más libre que lo que pueden ser los sujetos contingentes, los arranca de su pequeño encierro y autorreferencia manifestando la imagen y semejanza del drama que uno y otro viven. El creador, que no necesita a la creatura, se anonada ante ella para que vislumbre la naturaleza del amor, que se ofrece libremente como vocación y destino del hombre. La creatura presta su carne, su persona, todo lo que es, para que se obre en ella la sobreabundancia del don, uniendo su finitud al Infinito.

Al plantear la tradición cristiana, invariablemente, la anterioridad y superioridad de la persona humana en relación a cualquier ordenamiento institucional, no sólo quiere decir, entonces, que este ordenamiento debe reconocer y respetar los derechos inalienables de la persona, sino también que la reflexión sobre la vida humana y su moralidad no puede eliminar la relación del hombre con el Absoluto ni desconocer que la libertad encuentra en dicha relación su fundamento. De modo que hay aquí una opción fundamental e inescapable: o se plantea la anterioridad del orden institucional, cualquiera que éste sea, sobre el sujeto humano, y entonces la moralidad pasa a ser un subcapítulo del funcionamiento de las estructuras sociales, o se reconoce la anterioridad de la persona y su irreducibilidad al orden institucional y entonces se entiende la cultura como la *memoria del acontecimiento* que puso al hombre en el horizonte del Absoluto. Personalmente, creo que sólo en esta segunda alternativa es posible afirmar a la persona como el único "sujeto óptico" de la vida social y a la cultura como la expresión de la dramaticidad de la vida humana que, a través de las específicas y cambiantes circunstancias de la vida social y personal, expresa el diálogo entre la libertad finita y la infinita que permite al hombre trascender la naturaleza.

Puede decirse, por todo lo expuesto, que el aporte del pensamiento católico a la cultura actual reside en su capacidad de definir la moralidad, el *ethos*, efectiva y testimonialmente, es decir, encarnadamente, como la "morada" que el Verbo puso entre los hombres, como el entor-

no de gracia que recuerda al hombre su propia trascendencia, y que valoriza la libertad de la persona no sólo por su eficiencia para la organización social o por la funcionalidad de las contraprestaciones que permite, sino por su mis-

mo fundamento óntico. La representación del drama humano es memoria de su destino, si se permite esta paradójica formulación, y en este sentido, la morada es también esperanza y anticipo de la finalidad de la historia.

Acerca de la posibilidad de una bioética públicamente aceptable en nuestra sociedad contemporánea pluralista¹

Dr. Josef Seifert

*Rector de la Academia Internacional de Filosofía
en el Principado de Liechtenstein.
En 1993 fue nombrado Miembro Honorario de la Facultad de Medicina de
la Pontificia Universidad Católica de Chile.
Otros datos biográficos, ver en REMUC 9/91, p. 45*

1. ¿ES POSIBLE UNA BIOÉTICA RACIONAL OBJETIVA EN NUESTRA SOCIEDAD PLURALISTA? ACERCA DE LA NECESIDAD DE RETORNAR A LAS COSAS EN SI MISMAS

Difícilmente podrá dudar alguien de que hoy –como en tiempos pasados– un ser humano pueda formarse sus propias opiniones privadas en cuestiones de bioética. Sin embargo, un relativismo valórico ampliamente difundido postula que no hay estándares objetivos para el bien y el mal; por lo menos ninguno que pueda servir para una bioética públicamente aceptable. Proponen, así, que dichos estándares fueron aceptados frecuentemente en la antigüedad y en épocas medievales –o son aceptados hoy en países musulmanes fundamentalistas– por tener una religión común. Pero en Occidente no existe –al menos desde la época de la Ilustración– una tal religión que pueda servir de base para una moral pública y que sea comúnmente aceptada. En tiempos de la Ilustración, como también después de ella, los racionalistas y los hijos de la Ilustración pretendieron poder descubrir mediante la razón valores y principios morales universalmente válidos. Sin embargo, también esa fe en la capacidad de la razón humana de proveer una base universal y ecuménicamente aceptable para la vida pública ha

caído en el transcurso de los últimos siglos. No parece existir hoy la posibilidad de un fundamento racional o religioso para una bioética pública, según plantea Tristram Engelhardt en su influyente obra sobre *Bioética*².

Tristram Engelhardt responde ante una supuesta situación de este tipo, con una teoría de consenso para la verdad –al menos de la verdad legal y políticamente relevante– y con un escepticismo ético, que le lleva a proponer una ética pública y un sistema de valores fundados sólo políticamente. Engelhardt piensa que hoy nos vemos enfrentados a la necesidad de limitarnos a una bioética que encuentre consenso, incluso al interior de nuestro mundo pluralista. Propone esto, porque piensa que la visión religiosa del mundo ha caído o se aplica sólo a pequeños grupos, y porque cualquier esfuerzo por fundar una ética racional, común a todos los hombres, ha fracasado. Las personas que piensan como Engelhardt deben basarse en un denominador común extremadamente general o, mejor aún, en directrices tan liberales, generales y vagas que –de ser posible– puedan ser aceptadas por todos los grupos y miembros individuales de nuestra sociedad. Los contenidos de una ética pública de este tipo son mantenidos en un mínimo tal, que ningún grupo social dentro de un Estado pluralista pueda imponer sus estándares privados en la vida pública. Más aún, los

¹ Texto traducido del original en inglés, por la Dra. Paulina Taboada.

² Engelhardt, H.T., *The Foundation of Bioethics* (New York/Oxford: Oxford University Press, 1986).

estándares para una moralidad pública debieran ser mantenidos de tal modo que –siempre que sea tolerable– cualquier cosa que algún miembro o grupo al interior de esa sociedad pluralista pueda querer, sea también legal y éticamente permitida. Para individuos que viven en una sociedad pluralista y no-coercitiva propone Engelhardt una “ética pública para extraños morales” (esto es, individuos que no participan de una visión moral común)³.

Engelhardt diría que cualquier reflexión que pretenda introducir fundamentos racionales o religiosos en las discusiones bioéticas o en las leyes presupone estándares éticos públicos “modernos” pasados de moda, *i.e.*, estándares que buscan recuperar –mediante la razón humana– valores universales, derechos o verdades ontológicas. Sin embargo, el desesperanzado relativismo posmoderno y el pluralismo de la presente sociedad dejan obsoleto este sueño de modernidad. En una sociedad pluralista debemos desarrollar estándares posmodernos que “sólo pueden ser derivados del acuerdo de individuos que se unen en una empresa moral” (“ya que no podemos derivar la autoridad moral de Dios ni de la razón”)⁴.

Pero esta posición, que afirma que la ética debe provenir hoy de un consenso y del “acuerdo de individuos que se unen en una empresa moral”, no es ni lógicamente consistente ni plausible. Es inconsistente, pues es obvio que Engelhardt acepta como racionales y razonables en una sociedad pluralista algunos principios y obviamente no los considera como un objeto de amplio consenso. En primer lugar, considera la mera existencia de una sociedad no coercitiva como un valor absoluto. Es por esto que él rechazaría cualquier régimen totalitario como algo intrínsecamente malo. Su código moral contiene valores como la “no-coercitividad”, el “respeto mutuo” y la libertad (entendida como ausencia de intentos por imponer una moral privada en la sociedad pública). Todos estos valores son considerados como valores absolutos, acerca de los cuales –además– la mayoría está de acuerdo.

Pero no todos –y en algunos casos ni siquiera la mayoría– están de acuerdo con muchos de los valores adicionales introducidos por Engelhardt, como, por ejemplo, su justificación del aborto, infanticidio, etc. Esto se aplica incluso para los principios más generales que él propone. Ya que todos aquellos principios que Engelhardt

defiende como leyes fundamentales para la ética en una sociedad pluralista coinciden con los estándares más liberales de la sociedad americana no-coercitiva y libertaria, con los que al menos algunas mayorías estarían en desacuerdo (como por ejemplo Irlanda y Polonia, con sus actuales leyes antiaborto, o quizás también en Chile). De este modo, Engelhardt presupone en su posición precisamente lo que busca negar: esto es la intuición racional en valores objetivos y en normas morales.

Además, cada uno de los elementos axiomáticos que él presupone como valores objetivos (por ejemplo, la no-coercitividad) contiene un gran número de otros presupuestos de la ética, epistemología, ontología y filosofía legal, tales como la existencia de la libertad, la dignidad en ella fundada, el disvalor que supone el violarla, el conocimiento racional de todas estas cosas, etc. Más aún, existen muchos individuos que están en desacuerdo con los valores propuestos por Engelhardt, aun cuando la mayoría de los americanos pueda estar de acuerdo con él. Engelhardt debería abandonar su tesis de que estos principios son racionales –considerándolos también como algo relativo– o sostener que esos valores son absolutos, contradiciendo su epistemología y ética relativistas. La primera de estas alternativas llevaría al colapso de toda su teoría ética y de este modo no tendríamos ya ningún contenido para una “ética posmoderna”.

La posición de Engelhardt es implausible por otro motivo. Ella olvida que el hombre ha vivido siempre en una sociedad pluralista. Los desacuerdos y el relativismo en que ella se basa han existido desde hace milenios. ¿Por qué deberíamos confiar en el poder de la razón humana hoy menos que antes? No hay ninguna evidencia que apoye una tesis como ésta, a excepción de la desesperación del mismo Engelhardt acerca de la posibilidad de un conocimiento racional objetivo y de su escepticismo, que es intrínsecamente contradictorio. Este escepticismo –como cualquier duda escéptica imaginable– presupone algunas verdades que son realmente evidentes y toma como verdades supuestamente evidentes, otras que resultan ser confusiones o errores.

Si reflexionamos cuidadosamente sobre el conocimiento humano en cuanto tal, vemos que éste demanda siempre una realidad situada frente a él; realidad que éste descubre. Y si consideramos el carácter evidente de la verdad –también de la verdad acerca de valores como la dignidad del hombre–, reconocemos claramente que esta dignidad no es resultado de meras convenciones sociales y consenso, sino que perte-

³ Engelhardt, 1986.

⁴ Engelhardt, 1986, p. 33.

nece a la misma esencia de la persona humana, como vio claramente Cicerón⁵. Esto se hace evidente incluso cuando dudamos acerca de ello. Consideremos la duda escéptica radical sobre la posibilidad de conocer la verdad en cuanto tal, particularmente la verdad ética. ¿No es verdad que aceptamos implícitamente intuiciones objetivas en los valores, incluso en una duda de este tipo? Nótese que si dudamos, lo hacemos justamente con el fin de no dar nuestro consentimiento en forma demasiado precipitada; por tanto, con el fin de no caer en el error. ¿No es acaso verdad que –en el esfuerzo por evitar la falsedad y el error, que necesariamente se contiene en toda duda– la falsedad y el error nos son dados como males objetivos, que buscamos evitar? De este modo, incluso en la duda escéptica más radical, captamos el disvalor objetivo de la falsedad –que intentamos evitar– y el valor de la verdad, por cuyo respeto nos detenemos en nuestra duda. Reconocemos que el conocimiento al que aspiramos es de mayor valor que nuestra duda honesta. Comprendemos también que ninguno de esos valores son declarados por nosotros o por la sociedad en forma arbitraria, sino que se encuentran en la naturaleza de las cosas mismas.

No sólo los filósofos morales teístas, sino también los ateos –como Leszek Kolakowski y Tadeusz Kotarbinski– han visto claramente la imposibilidad de una cultura carente de valores objetivos y del reconocimiento de éstos, a pesar de que su intento por fundamentarlos es difícilmente sostenible desde el punto de vista epistemológico⁶.

Kolakowski contradice la posición que sostiene que una sociedad pluralista exige alguna forma de consenso acerca de la verdad o un relativismo ético.

⁵ Cicerón, *De legibus*, L.vii. 22:

...animal hoc providum, sagax, multiplex, acutum, memor, plenum rationes et consilii, quem vocamus hominem, praeclara quadam condicione generatum esse a supremo deo; solum est enim ex tot animantium generibus atque naturis particeps et cogitationis, cum cetera sint omnia expertia. Quid est autem non dicam in homine, sed in omni coelo atque terra ratione divinus? Quae cum adolevit atque perfecta est, nominatur rite sapientia. Est igitur, quoniam nihil est ratione melius homine et in deo, prima homini cum deo societas...

⁶ Confrontar artículos de L. Kolakowski entre 1955-1968. Allí él escribe: "Salvar en el hombre aquello que es más valioso en él..., es solamente posible oponiendo una fuerte resistencia a la tentación del relativismo y defendiendo a todo precio la torre de los valores indestructibles." L. Kolakowski, "Odpowiedzialność i historia", en: *Pochwała niekonsekwencji. Pisma rozproszone z lat 1955-1968*, vol. II, 27-76 (Londres,

Si tuviésemos que abandonar la idea de que existe una distinción entre lo bueno y lo malo independiente de nuestra decisión y que nosotros descubrimos como ya existente..., entonces no habría ningún límite que –sobre una base moral– prohibiera participar en cualquier cosa; si no sólo tuviera credibilidad el hecho de que –por nuestra participación– nosotros favorecemos alguna tendencia, y que ésta, por ser victoriosa, es también moralmente buena por definición⁷.

Podríamos citar a Solzhenitsyn, quien escribe:

El comunismo nunca ocultó que rechaza todo concepto moral absoluto y que se mofa de las categorías de valor del "Bien" y del "Mal". Para el comunista, la moralidad es la moralidad relativa de la respectiva clase. Dependiendo de las circunstancias y de la situación política, cualquier acción –incluso el asesinato y hasta el asesinato de cientos de miles– puede ser tanto mala como buena. Esto depende de la ideología de clase relevante. Pero ¿quién determina la ideología de clase? No puede reunirse toda la clase para decir qué es bueno y qué malo. Unas cuantas personas determinan, entonces, lo que es bueno y lo que es malo. Tengo que decir que en este punto el comunismo fue muy exitoso. Tuvo éxito en infectar a todo el mundo con su concepción de la relatividad del Bien y del Mal. Hoy en día no sólo los comunistas están convencidos de esto. En las sociedades progresivas se considera hoy el uso serio de las palabras Bien y Mal como algo impropio y vergonzoso. Los comunistas fueron capaces de sugerirnos a todos que estos conceptos son ridículos y están pasados de moda. Pero si quitamos los conceptos de "Bien" y "Mal", ¿qué queda aún para nosotros? Esto equivaldría a un mero vegetar. Descenderíamos al nivel de los animales⁸.

1989). (Traducido de la traducción inglesa de D. Chabrajska). Confrontar asimismo Dorota Chabrajska, *The Axiological Dimension of Leszek Kolakowski's Theory of Culture* (borrador inédito de su tesis doctoral en la IAP, Liechtenstein 1991).

⁷ Vid. L. Kolakowski, "Kant i zagrożenie cywilizacji", en: *Czy diabeł może być zbawiony i 27 innych kazań* (Londres 1984), 83-129 (traducción de D. Chabrajska).

⁸ *Drei Reden an die Amerikaner* (Tres discursos a los americanos), págs. 83-120. (Traducción propia, basada en la versión inglesa, realizada por J.S.). Estas frases se asemejan extraordinariamente a las consideraciones filosóficas hechas por Dietrich von Hildebrand en su artículo "The Dethronement of Truth".

Solzhenitsyn apela aquí a una evidencia inmediata de que el Bien y el Mal son objetivos. Pero muchos piensan que, en la esfera del intelecto, las intuiciones (intelectuales) en la existencia del Bien y del Mal son válidas, si no se da una demostración o prueba para la existencia del bien y del mal. Es, por supuesto, imposible demostrar que algo es malo sin presuponer algún valor evidente e indemostrable. Pero ¿por qué habría de ser inadmisibles referirse —al menos en el último análisis— a valores indemostrables pero evidentes? ¿No atribuimos acaso un rol de criterio último de verdad o falsedad a nuestras percepciones sensibles, que son tan inmediatas como —y mucho menos— confiables que las intuiciones intelectuales? Aristóteles señala que exigir demostración para todo es irracional y que, de hecho, a nivel del conocimiento racional, el conocimiento inmediato de las esencias y de los primeros principios de las cosas son las formas de conocimiento más primarias y confiables, así como las más evidentes.

Tal vez desconfiamos de estas intuiciones (intelectuales) por la falta de consenso acerca de ellas que existe en nuestras sociedades pluralistas. Pero la evidencia no depende del consenso y, si consideramos por un minuto los numerosos obstáculos y prejuicios enraizados en la naturaleza humana y en la sociedad y que obstaculizan el camino hacia el conocimiento ético, podemos ver fácilmente que una intuición —como la de Solzhenitsyn— en la validez objetiva y absoluta del Bien y del Mal, sigue siendo enteramente objetiva, incluso aunque toda la sociedad estuviera en desacuerdo. Más aún, Solzhenitsyn tenía razón cuando, en el discurso pronunciado al recibir el Premio Nobel, decía que si el arte representa la realidad de las cosas poderosamente, todos pueden ver irrefutablemente la realidad objetiva de las categorías del Bien y del Mal y de muchas otras cosas.

Sin embargo —a pesar de la verdad de todo lo dicho— en filosofía no es suficiente apelar a la evidencia inmediata de las categorías absolutas de Bien y Mal. La tarea del filósofo respecto de estas intuiciones consiste en desarrollar las características inteligibles de su objeto, hacer distinciones claras basadas en los datos aportados por la experiencia, refutar las confusiones y errores frecuentes y dirigir así al auditorio o lector hacia su propio descubrimiento de las cosas en sí mismas.

De modo análogo —especialmente en nuestra sociedad confundida y pluralista—, no basta con la mera referencia a creencias, dogmas o libros de textos. Lo que hace falta hoy es volver a las

cosas mismas; lo que se requiere es poner en evidencia aquellos imperativos morales, que son decisivos para la bioética y aquellos bienes a los que debería dedicarse el médico.

Este volver a las cosas en sí mismas es la tarea específica de la fenomenología. Es una meta que —en mi opinión— pocos pensadores han fracasado tan lamentablemente en alcanzar, como muchos de los autores que se llaman a sí mismos fenomenólogos. Pero esto no me impide afirmar que es un método fenomenológico bien entendido y bien interpretado lo que necesitamos hoy en bioética. Este método coincide, por lo demás, con el método que han usado todos los grandes filósofos para alcanzar resultados realmente positivos⁹.

La fenomenología debe ser entendida aquí como un método rigurosamente pensado y aplicado en servicio de un retorno a las cosas en sí mismas. A diferencia de la mayoría de los fenomenólogos, nosotros entendemos el método fenomenológico como el mejor fundamento para una filosofía objetiva y realista. Una investigación rigurosa de las cosas, tal como ellas se muestran a sí mismas desde ellas mismas¹⁰, permite un retorno a las cosas en sí mismas; a las estructuras y esencias inteligibles de las cosas tal como ellas son, independientemente de nuestros actos conscientes¹¹.

A la luz de lo dicho anteriormente podemos decir ahora: en nuestra sociedad pluralista, que no quiere basar sus juicios en la mera autoridad teórica de la Iglesia o del Estado, necesitamos de modo especial una bioética moderna, que no cree ni invente normas éticas, ni se limite a re-

⁹ En mi libro "Back to Things in Themselves. A Phenomenological Foundation for Classical Realism" (Londres: Routledge, 1987), Cap. IV, he procurado desarrollar este punto.

¹⁰ Vid. Heidegger, "Sein und Zeit", párrafo 7.

¹¹ Este método fue introducido por Husserl en sus "Investigaciones Lógicas" con el nombre de fenomenología. Muchos otros autores han contribuido a su elaboración y algunos entre ellos lo han entendido como una vuelta a las esencias objetivas y al ser de las cosas. Cabe destacar aquí las obras completas de Adolf Reinach: "Sämtliche Werke. Kritische Ausgabe mit Kommentar", Tomo I: "Die Werke", I Parte: "Kritische Neuausgabe" (1905-1914), II Parte: "Nachgelassene Texte (1906-1917)"; Tomo II: "Kommentar und Textkritik". Editado por Barry Smith y Karl Schumann (Munich y Viena, Editorial Philosophia, 1989). Ver también "What is Philosophie?" (¿Qué es filosofía?) de Dietrich von Hildebrand en: Hildebrand, "Gesammelte Werke" (Obras Completas), Tomo I. (Regensburg/Stuttgart: Habel/Kohlhammer, 1976); así como Seifert, "Back to Things in Themselves. A Phenomenological Foundation for Classical Realism." (Londres: Routledge, 1987).

petir un punto de vista histórico, sino que sea una ética que derive sus principios del contacto con las estructuras de la realidad, tal como éstas nos son dadas. No es fácil descubrir estas estructuras. Requiere lo que Platón llamaba la "caza del ser", una de las muchas imágenes con las que Platón representa en sus diálogos las dificultades que encuentra el filósofo en su búsqueda de la verdad y en el arduo camino hacia el conocimiento filosófico¹².

La filosofía fenomenológica se ha entendido a sí misma—desde sus orígenes con Husserl, Scheler, A. Pfänder, Adolf Reinach y Roman Ingarden—como una vía de análisis filosófico alejada de reduccionismos de cualquier tipo, como por ejemplo la reducción de leyes lógicas a leyes psicológicas; de obras de arte a experiencias subjetivas del artista o de los lectores; de los valores objetivos a meros productos del sentimiento o la imaginación, etc. La buena fenomenología ha descubierto que los datos en cuestión resisten cualquier intento de reducción a alguna otra cosa (que se mostraría a sí misma como claramente distinta del dato en consideración).

La filosofía fenomenológica difiere también de la mentalidad tradicional de citar libros de texto de ética para resolver disputas o problemas morales. Se aleja asimismo de explicaciones fáciles o precipitadas; de explicaciones causales o finalísticas o de explicaciones religiosas tales que falsifiquen o simplifiquen lo dado, distorsionándolo y perdiendo así el contacto con la esencia claramente dada de las cosas. Como parte de su programa original se proponía la fenomenología huir de construcciones de cualquier tipo. Buscaba solamente dejar a la realidad hablar de sí misma, permitiéndole desplegar su naturaleza inteligible.

Sin embargo, la mera máxima teórica o programa de "volver a las cosas en sí mismas" ciertamente propone un procedimiento de este tipo,

pero no garantiza su cumplimiento. El ideal del programa fenomenológico puede entonces ser contradicho por ejecución práctica de algunos adeptos a la fenomenología. Y, de hecho, mientras que en el movimiento fenomenológico encontramos algunas exposiciones magistrales, que llevan a la práctica este ideal¹³, encontramos también otras así llamadas investigaciones fenomenológicas, que lo violan radicalmente. Entre ellas contaríamos incluso muchas de las teorías del mismo Husserl posteriores al año 1905. Pero semejante falla de algunos "fenomenólogos" en permanecer fieles a lo dado y a sus propias máximas no debe ser confundida con un error del método mismo, que no busca otra cosa que descubrir el ser.

Por supuesto que la interpretación fenomenológica de la filosofía no está totalmente libre de presupuestos, sino que se apoya en algunos de ellos. Pero esto no contradice el esfuerzo o la justificada pretensión de estar "libre de presupuestos" exigida por Husserl en sus *Investigaciones Lógicas*¹⁴. La deseada carencia de presupuestos—entendida como estar libre de prejuicios—no significa que el método fenomenológico no presuponga algunas intuiciones (intelectuales) o verdades, sino que éste postula que esos presupuestos también pueden ser puestos en evidencia.

¿Cuáles son esos presupuestos del método fenomenológico que nosotros emplearemos ahora en ética? La filosofía fenomenológica presupone un *material objetivo a priori*; por tanto, no se apoya en las ciencias del comportamiento, en las estadísticas o en observaciones empíricas, que—sin duda—son necesarias para la Medicina, pero que serían sólo confundentes e inaceptables como recurso metódico para la ética. La fenomenología presupone también algo como una "*intuición categorial*"¹⁵, es decir, la intuición (intelectual) en las esencias y en los "*Sachverhalte*"¹⁶ esenciales, que son indepen-

¹² Algunos pocos fenomenólogos realistas extienden el método fenomenológico más allá de la esfera de las esencias, incluso más allá de las esencias objetivas y necesarias; es decir, hasta un retorno al *esse* como principio ontológico de los entes reales; un principio distinto de la esencia. Así unen estos pensadores la fenomenología de las esencias con un existencialismo, que está más en la línea de Santo Tomás de Aquino. Ver: Edith Stein, "Endliches und Ewiges Sein" (Freiburg, Herder 1962); ver también D. von Hildebrand, "What is Philosophy?" y mi libro "Back to Things in Themselves", así como mi ensayo "Essence and Existence. A New Foundation of Classical Metaphysics on the basis of 'Phenomenological Realism', and a Critical Investigation of 'Existential Thomism'", en *Aletheia I* (1977), págs. 17-157; I, 2 (1977), págs. 371-459.

¹³ Por ejemplo, la investigación de Adolf Reinach de los actos sociales. "Die apriorischen Grundlagen des bürgerlichen Rechts", en: "Sämtliche Werke. Kritische Ausgabe mit Kommentar", Tomo I: "Die Werke", I Parte: "Kritische Neuausgabe" (1905-1914), editados por Barry Smith y Karl Schumann (Munich y Viena: Ediciones Philosophia, 1989), págs. 141-278.

¹⁴ Vid. Husserl, "Logical Investigations", traducido por J.N. Findlay (Londres: Routledge & Keegan Paul, 1970) II, 1, primera y segunda investigaciones.

¹⁵ Término acuñado por Husserl.

¹⁶ La expresión alemana "Sachverhalt" podría traducirse como "estado de las cosas" y en el lenguaje fenomenológico tiene un significado muy preciso: designa el correlato metafísico de un juicio (lógico). (Nota del traductor).

dientes del sujeto y que son capaces de mostrarse a sí mismos en lo que ellos mismos son. De este modo, la filosofía fenomenológica se apoya también en la receptividad; más precisamente, en la *receptividad trascendente* del conocimiento¹⁷; el programa de la fenomenología de "volver a las cosas en sí mismas" sólo tiene sentido si el conocimiento consiste —en última instancia— en un descubrimiento de aquello que es y como ello es. Por tanto, me atrevo a sugerir que el primer requerimiento metodológico para una bioética que sea convincente hoy, es un método fenomenológico correctamente comprendido y ejercitado.

La bioética presupone siempre una teoría del conocimiento y de la verdad, así como también una teoría acerca de los valores objetivos.

2. ACERCA DE LA INDISPENSABILIDAD DE BUSCAR EL FUNDAMENTO DE LA BIOÉTICA EN LOS VALORES OBJETIVOS

Sin embargo, ¿podemos dar una fundamentación objetiva a dichos valores? ¿Son éstos más que un mero objeto de convención o del consenso en creencias subjetivas? o ¿son estos valores un imperativo kantiano, que surge del interior del sujeto y que no tiene causa fuera de las exigencias inmanentes de la razón humana? Existen muchas teorías que niegan la objetividad de la dignidad humana, como también la del Bien y del Mal, negando así el fundamento racional de la ética.

A partir de las diferencias de opinión que se han dado a lo largo de la historia en materias de moral, algunos afirman que no pueden existir valores morales objetivos. En India, por ejemplo, se considera malo matar a las vacas; en Europa y Estados Unidos la matanza de animales es considerada como algo perfectamente honesto. Aquellos que, a partir de estos ejemplos defienden un relativismo ético, con frecuencia no consideran que este tipo de desacuerdos suelen tener su raíz en diferentes opiniones acerca de los hechos y no acerca de los valores. Si nosotros creyéramos que las almas de nuestros antecesores viven en las vacas, entonces matar a las vacas sería considerado en Liechtenstein o en Chile tan malo como lo es hoy en India: precisamente porque compartimos el mismo juicio

de valor y estamos de acuerdo en que no se debe matar a los antecesores.

Sin embargo, los casos en los que encontramos un desacuerdo real respecto de valores y que no pueden ser reducidos a meros desacuerdos acerca de los hechos, tampoco prueban que no existan valores objetivos. Estos pueden ser atribuidos a numerosas otras causas; por ejemplo, al hecho de que —por muchas razones— es difícil reconocer los verdaderos valores objetivos. Una de estas razones se refiere a las precondiciones morales necesarias para el conocimiento ético. Todos sabemos que, cuando tenemos algún interés creado en un asunto legal o de otro tipo, tendemos a cegarnos a la verdadera naturaleza de lo justo y lo injusto. Cicerón dice que el juicio ético del hombre además de estar corrompido por la influencia enorme y con frecuencia mala de todo tipo de maestros, lo está también por la "bestia salvaje del placer", que le hace juzgar erróneamente acerca de los valores que limitarían su deseo de satisfacción¹⁸.

También otros filósofos han investigado las causas de la ceguera a los valores éticos¹⁹. Habiendo entonces muchas causas comprensibles de ceguera ética, no podremos nunca concluir, a partir de la existencia de opiniones opuestas, que no exista ninguna verdad que pueda ser descubierta acerca de ellas.

Para comprender la existencia de valores objetivos, debemos contrastarlos, en primer lugar, con aquello que es objeto de meros gustos o aversiones subjetivas. El Juramento Hipocrático y muchos otros códigos de ética médica previenen al médico frente al deseo de dinero o de cualquier otra ventaja subjetiva que pueda sedu-

¹⁸ Cicerón, "De legibus", I. xv. 42:

Iam vero illud stultissimum, existimare omnia iusta esse, quae sita sint in populorum institutis aut legibus. Etiamne si quae leges sint tyrannorum? Si triginta illi Athenis leges imponere voluissent, aut si omnes Athenienses delectarentur tyrannicis legibus, num idcirco eae leges iustae haberentur? Nihil, credo, magis illa, quam interrex noster tulit, ut dictator, quem vellet civium, aut indicta causa impune posset occidere. Est enim unum ius, quo devincta est hominum societas, et quod lex constituit una; quae lex est recta ratio imperandi ac prohibendi; quam qui ignorat, is est iniustus, sive est olla scripta usquam sive nusquam.

¹⁹ Confrontar Dietrich von Hildebrand, "Ethics", 2ª Ed. (Chicago: Franciscan Herald Press, 1978) cap. IX, acerca del relativismo ético; ver asimismo "Sittlichkeit und ethische Werterkenntnis" en: "Jahrbuch für Philosophie und phänomenologische Forschung", Tomo V (Halle a.d.S.: Niemeyer, 1922; Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1969, 2ª ed.; Valendar-Schönstatt: Ed. Patris, 1982, 2ª ed.).

¹⁷ Vid. Josef Seifert, "Erkenntnis objektiver Wahrheit". Die Transzendenz des Menschen in der Erkenntnis (Salzburgo: A. Pustet, 1976, 2ª ed.).

cirlo a violar la dignidad de su profesión y de su paciente. Estos códigos contrastan así aquello que es sólo subjetivamente satisfactorio con lo que posee un valor intrínseco. Contrastan el placer –donde el médico sólo usaría a los pacientes para su satisfacción– con el respeto, que toma a los pacientes en serio por la dignidad que ellos poseen en sí mismos. *Death and the Maiden* –obra de teatro reciente y muy exitosa en Europa, escrita por el chileno Ariel Dorfman– trata acerca de este mismo tema: contrasta la actitud de médicos que abusan de sus pacientes y los torturan con el fin de obtener beneficios subjetivos, con una actitud que considera al paciente como un ser provisto de una dignidad inherente y digno de ser respetado. La sentencia anteriormente mencionada del Juramento Hipocrático –uno de los documentos más espléndidos de la humanidad– invita también al médico a ejercitar una trascendencia moral, mostrando verdadera preocupación por el paciente en virtud de su dignidad intrínseca de hombre²⁰.

Solamente la afirmación –humana y moralmente buena– del paciente *propter seipsum*, representa una ética de genuina afirmación de las personas, de benevolencia y de amor. Sólo una ética de este tipo, que reconoce los bienes objetivos y moralmente relevantes de los que proviene la moral, puede abrir camino a lo que es la ética propiamente dicha. Sólo ella da una explicación última al Juramento Hipocrático y es capaz de captar el verdadero valor de la preocupación delicada por los demás, distinguiéndola de un egocentrismo ético y del abuso inmoral de los pacientes, de los no-nacidos o de los ancianos.

La dignidad humana y otros valores objetivos que merecen ser afirmados por sí mismos –tales como la veracidad– son piedras angulares de la bioética. Incluso Kant, a pesar de haber negado que alguna característica del objeto del acto moral pudiera fundar los imperativos morales y de afirmar que éstos sólo se fundamentan en las estructuras formales sintéticas *a priori* de la razón práctica, tuvo que introducir una fundamentación de los imperativos morales en el valor intrínseco del objeto de los actos morales. De hecho, Kant afirma explícitamente que sin cosas cuyo valor no dependa de nuestras in-

clinaciones, sino que sea absoluto, no sería posible la fundamentación racional de la ética:

Supongamos que hay algo cuya existencia misma tuviese un valor absoluto, algo que –como fin en sí mismo– pudiera ser fundamento de determinadas leyes, entonces sería en ese algo –y sólo en él– donde descansa el fundamento de un posible imperativo categórico, es decir, de una ley práctica.

Ahora bien, digo yo, el hombre y –en general– cualquier ser racional existe como fin en sí mismo y no como un mero medio... Todos los objetos de las inclinaciones tienen sólo un valor condicionado; ya que si no existirían las inclinaciones y las necesidades en ellas fundadas, entonces su objeto no tendría valor...²¹

3. ¿PODEMOS DERIVAR UN DEBER A PARTIR DEL SER? OTRA OBJECION CONTRA UNA BIOETICA OBJETIVA EN UNA SOCIEDAD PLURALISTA

Muchos filósofos, particularmente en los tiempos modernos, sostienen –con David Hume– un relativismo moral por otro motivo: afirman que un “deber” nunca puede ser derivado del “ser”. A partir de esto infieren algunos que los “deberes” sólo pueden derivar de una voluntad, de la ley positiva o que no son más que expresión de nuestras reacciones emocionales frente a las cosas.

Si preguntamos ahora por el significado mismo de esta sentencia contra la derivación de un deber a partir del ser, descubrimos que ella puede tener al menos tres significados diferentes:

1) Primero, puede referirse a que los meros hechos no dan origen a deberes, incluso cuando estos hechos están conectados con inclinaciones

²⁰ Traducción propia (PT), basada en el siguiente texto: Kant, “Grundlegung zu einer metaphysik der Sitten”, BA 64, 65:

“Gestzt aber, es gäbe etwas, dessen Dasein an sich selbst einen absoluten Wert hat, was als Zweck und sich selbst, ein Grund bestimmter Gesetze sein könnte, so würde in ihm, un nur in ihm allein, der Grund eines möglichen kategorischen Imperativs, d.i. eines praktischen Gesetzes, liegen.

Nun sage ich: der Mensch und überhaupt jedes vernünftige Wesen, existiert als Zweck an sich selbst und nicht bloss als Mittel... Alle Gegenstände der Neigungen haben nur einen bedingten Wert; denn wenn die Neigungen und darauf gegründeten Bedürfnisse nicht wären, so würde ihr Gegenstand ohne Wert sein”. Confrontar también Kant, KpV (Crítica de la razón práctica), 61, 62.

²¹ Acerca de la objetividad de los valores y su distinción de lo meramente subjetivamente satisfactorio como conceptos éticos fundamentales, confrontar Dietrich von Hildebrand, “Ethics”, 2ª ed. (Chicago: Franciscan Herald Press, 1978) caps. 1-3.

naturales de las cosas. La tendencia al crecimiento de la barba es una cosa natural en el hombre. ¿Origina esto el deber de no afeitarse la barba? Ciertamente no. La tendencia de la gente a ser envidiosa, ¿fundamenta acaso algún valor de la envidia? Por ningún motivo. Entonces, ningún valor puede ser derivado de los meros hechos. Todos estamos de acuerdo en que –en este primer sentido– los hechos no pueden ser normativos y que ningún “deber” puede ser derivado del “ser”.

2) Una segunda interpretación puede referirse a los “hechos” en términos del “*secundum naturam*” de la filosofía escolástica²²: es decir, no en el sentido del mero estado de las cosas o la *faktische Natur* (que no puede ser admitida como fundamento de los valores) sino en el sentido de una naturaleza esencial. Aquí “naturaleza” se entiende como la naturaleza original y objetiva, la “parte racional” de la naturaleza (*Wesensnatur*), y no como una mera serie cualquiera de hechos. Si interpretamos inteligentemente esta teoría ética tradicional del “*secundum naturam*”, vemos que en realidad no deriva deberes del ser de las cosas, como lo hace la primera teoría. Ya que ella distingue precisamente entre dos tipos de hechos: los meros hechos y los hechos moralmente significativos.

Sin embargo, también esta teoría tiende a derivar un “deber” de un “ser” de un modo insostenible. Su explicación de que el bien moral radica en acciones que están de acuerdo con la naturaleza esencial es insuficiente. Esta teoría pretende dar a los deberes morales una fundamentación empírica fáctica en la naturaleza, pero para hacerlo introduce la distinción entre naturaleza fáctica y naturaleza esencial. De este modo presupone una intuición en la bondad esencial de algunas naturalezas o aspectos de una naturaleza y la neutralidad de otras. Es una teoría ambivalente, que no da cuenta realmente de la necesidad de una intuición en los valores y del reconocimiento del dato completamente nuevo del valor. El reconocimiento del valor no se basa en los hechos como tales, sino únicamente en la naturaleza peculiar de ciertos hechos. Pero esta teoría admite al mismo tiempo que ninguna mera información fáctica acerca de

una naturaleza nos permite captar los valores y que –por tanto– es imposible saltarse la necesidad de aceptar que algunos hechos están provistos de valor y otros no. Esta teoría distingue, por consiguiente, entre hechos portadores de valor y hechos neutrales, conduciéndonos así a una tercera interpretación del significado de la derivación de “deberes” a partir del “ser”, que se discutirá más adelante. En otras palabras, el elemento “*secundum naturam*” como tal no explica el valor, si primero no se ha distinguido entre el valor de esta “naturaleza” y una naturaleza carente de valor. Pero esta distinción requiere en sí misma una explicación.

La explicación de la moralidad en términos de la naturaleza da origen a una confusión enteramente diferente, que no se relaciona con el problema ontológico de cómo derivar un valor a partir del ser de las cosas, sino que se relaciona con el problema de la motivación. La naturaleza es entendida como una entelequia que busca su propia perfección. Actuar de acuerdo a la naturaleza significa actuar de modo que uno alcance la autorrealización. Por tanto, la ética del “*secundum naturam*” –de Aristóteles en adelante– con frecuencia tiende a ser eudemonista e immanentista. Es decir, reduce la idea de vida buena a un actuar, de tal modo que nuestra felicidad sea realizada. De este modo, se desconoce el carácter del acto moral como estima a algo que merece un reconocimiento y una respuesta al valor por sí mismo y como la respuesta apropiada a un bien dotado de valor en sí mismo. Esta segunda razón para estar en desacuerdo con una ética de este tipo ha sido cuidadosamente desarrollada por T. Styczen y por otros autores²³.

²² Confrontar Tadeusz Styczen, “Zur Frage einer unabhängigen Ethik”, en: Karol Kardinal Wojtyła, Andrzej Szostek, Tadeusz Styczen, “Der Streit um den Menschen. Personaler Anspruch des Sittlichen” (Kevelaer: Butzon und Nercker, 1979), págs. 111-175. Ver también Dietrich von Hildebrand, “Ethics”, *op. cit.*, cap. 3, págs. 17-19.

En la filosofía medieval, contra los tomistas, que sostenían que el bien es sólo tal por relación a un apetito, Duns Scoto insistió en que el “bien” pertenece a las cosas que son “in se” y “ad se”, y que el amor y la “*affectio iustitiae*” hacen justicia a su bondad intrínseca. De hecho, en tal carácter de respuesta al valor de la voluntad y del amor veía Scoto la condición para la verdadera racionalidad de la voluntad, que nunca podría ser explicada por apetitos centrados en uno mismo, lo que fracasaría completamente en relacionarse de un modo apropiado con los bienes como éstos son en sí mismos. Esto sólo es posible si el amor puede amar el bien por sí mismo. Scoto añade que sólo entonces puede ser explicado el amor; porque cualquier amor auténtico a otra persona afirma a esa otra persona por sí

²³ No todos los filósofos escolásticos sostuvieron esta posición; en particular Duns Scoto no lo hizo. Pero también en Santo Tomás de Aquino encontramos otra interpretación posible de su ética, que ha sido particularmente enfatizada por Cornelio Fabro en sus “*Riflessioni sulla Libertà*” (Rimini: Ed. Maggioli, 1983).

Por estas dos razones estamos también en desacuerdo con la segunda manera de intentar derivar "deberes" de los "seres".

3) La tercera interpretación de la imposibilidad de derivar un deber del "ser" es muy diferente. Ella sostiene que ninguna investigación de la naturaleza real de algo —como el contenido específico de la naturaleza humana racional— podría permitirnos un acceso al conocimiento de la dignidad de la persona. Los valores nunca se fundarían en el ser de las cosas. Por tanto, éstos sólo serían proyectados a las cosas o añadidos a ellas por una voluntad. Esta sería la opinión de Kelsen con respecto a los derechos y a cualquier otro deber.

Pero, de acuerdo a esto, no se podría reconocer la diferencia entre el valor de un gusano y el de un hombre; las atrocidades cometidas contra los judíos en un campo de concentración, o el forzar a un hombre a morder los genitales de sus compañeros de prisión (como ocurre hoy en Serbia), no serían —desde el punto de vista ético y axiológico— distinguibles de usar gusanos para pescar o de cortar flores; un pleito legal que respete los principios de trato justo (lo que incluye escuchar a todas las partes, a todos los testigos y un juicio que proceda de acuerdo con la naturaleza real de las acciones cometidas) no sería mejor que la tiránica condena a prisión de personas inocentes por razones exclusivamente políticas. Esto es obviamente absurdo. Nosotros somos capaces de alcanzar una intuición real en la naturaleza de las respectivas cosas y, sólo basados en la comprensión de esta naturaleza, alcanzamos la intuición real en su valor. Estos valores no son añadidos arbitrariamente por nosotros a las cosas, sino que están en clara relación con la esencia de ciertos objetos; surgen de su naturaleza específica²⁴. Esta idea ha sido también la concepción clásica de la "ley natu-

ral" desde la filosofía antigua y medieval y hasta Pufendorf y Kant en los tiempos modernos. Es parte de la filosofía perenne en el sentido amplio de este término. Cicerón, por ejemplo, fue un defensor de esta posición. El escribe respecto a la ley natural y la justicia: "*ratio summa, insita in natura, quae iubet ea quae facienda sunt, prohibetque contraria*" ([la verdadera ley] es la suprema racionalidad que está en la naturaleza y que manda lo que se debe hacer y prohíbe lo contrario)²⁵.

Nosotros encontramos el valor de las cosas, en el sentido de descubrir en ellas su bondad intrínseca y su no-neutralidad. Y descubrimos un orden objetivo de estos valores: la dignidad del hombre es mayor que la de una flor o de un gusano. Sólo una ética que lleve al descubrimiento de los valores, en lugar de imponerlos por medio de un *fiat* ciego, puede tener una oportunidad de proveer un fundamento verdaderamente común y objetivo para la bioética en una sociedad pluralista.

4. ¿REQUIERE UNA BIOÉTICA PUBLICAMENTE ACEPTABLE HOY UNA BASE UTILITARISTA? ACERCA DE LA IRREDUCIBILIDAD DE LOS VALORES MORALES A MEROS MEDIOS PARA ALCANZAR LOS VALORES MORALMENTE RELEVANTES QUE RESULTAN DE UNA ACCIÓN MORAL

Algunas personas sugieren que una ética adecuada —y especialmente una ética para nuestro mundo secular y pluralista— tiene que ser pragmática y consecuencialista. Piensan que, si en la sociedad moderna pluralista las personas pudiesen estar de acuerdo en algún estándar público común, entonces —en el mejor de los casos— estarían de acuerdo en los efectos que las acciones tienen en la sociedad. Pero nunca podría lograrse un acuerdo acerca del carácter moral interno de las acciones, en línea con los imperativos categóricos de una ética deontológica al estilo de Kant o, incluso, el estilo de la ética judeocristiana temprana con mandamientos absolutos.

¿Por qué no introducir entonces una ética pragmática? Las acciones médicas están ciertamente ligadas a efectos. De hecho, la acción médica está tan íntimamente ligada a la ética porque todos los fines del arte médico —o por lo

misma. Sólo entonces, dice Scoto, puede ser amado Dios más que uno mismo, lo que sería imposible si fuera amado sólo como fuente de nuestra propia felicidad, en cuyo caso el amor a sí mismo tendría el rango supremo. Scoto también destaca que la esencia de la racionalidad es la adecuación: del intelecto a las cosas como éstas son en sí mismas en el caso de la verdad, y de la voluntad al bien en sí mismo.

Para un análisis de este punto y de los textos originales ver: Walter Hores, "Der Willie als reine Vollkommenheit nach Duns Scotus" (Munich: 1962). Ver también J. Seifert, "Essere e persona. Verso una fondazione fenomenologica di una metafisica classica e personalistica. (Milano: Vita e Pensiero, 1989), caps. v, vi, ix.

²⁴ Confrontar John F. Crosby, "The Idea of Value and the Reform of the Traditional Metaphysics of Bonum", en *Aletheia I* (1977), págs. 231-339.

²⁵ Cicerón, "De Legibus", I, 18. (Traducción propia [PT].)

menos la mayoría de ellos— se refieren a efectos que son moralmente relevantes (como la vida, la salud, el alivio del sufrimiento, etc.). Pero ¿puede reducirse realmente la bioética moderna a la valoración de las consecuencias de las acciones y a actuar de acuerdo con el cálculo de los efectos?

Nos encontramos aquí frente a una distinción crucial al interior de la ética: la distinción entre los actos moralmente buenos y las causas de efectos buenos. Esta distinción fue introducida potentemente por algunos filósofos desde Platón en adelante. Entre las declaraciones clásicas más convincentes de esta distinción crucial para la bioética, se encuentra la de Kant, en el párrafo inicial de la primera sección de su "*Grundlegung zu einer Metaphysik der Sitten*". Allí declara Kant la independencia del valor moral respecto de todas las consecuencias que puedan derivarse de las acciones y la superioridad de los valores morales respecto de todas estas consecuencias:

No es posible concebir nada en el mundo —o incluso más allá del mundo— que pueda ser llamado bueno sin calificativo alguno, a excepción de la buena voluntad. Inteligencia, sabiduría, juicio y los otros talentos de la razón como quiera se les llame; o coraje, resolución y perseverancia como cualidades del temperamento, son sin duda buenos en muchos sentidos y deseables. Pero ellos pueden transformarse en extremadamente malos y dañinos si la voluntad que hace uso de esos dones de la naturaleza... no es buena. Lo mismo ocurre con los dones de la fortuna... La buena voluntad no es buena por lo que efectúa o alcanza o por su adecuación a la consecución de algún fin propuesto; es buena solamente por su querer, es decir, es buena en sí misma. Y mirada en sí misma, debe ser estimada incomparablemente por sobre cualquier cosa que pudiera ser realizada por ella en favor de alguna inclinación o incluso de la suma de todas las inclinaciones. Incluso si pudiera ocurrir que —por algún destino desafortunado o por la avara provisión de una naturaleza madrastra— esta voluntad careciera completamente del poder de realizar su propósito, e incluso si ni el mayor esfuerzo la dispusiera a alcanzar ninguno de sus fines, y si permaneciera solamente la buena voluntad (no como un mero deseo, sino como el llamado a todos los medios que están en nuestro poder), ella brillaría como un diamante, por su propio derecho, como algo que tiene

su pleno valor en sí mismo. La inutilidad o la carencia de frutos no pueden ni disminuir ni aumentar su valor²⁶.

La independencia del valor moral de los actos humanos respecto del éxito de éstos, no debe ser interpretada —como Kant hace en otros pasajes (aunque no éste)— como un tipo de divorcio de la voluntad con su objeto. Por el contrario, el valor de la voluntad presupone un interés genuino en el objeto, como ha destacado Scheler²⁷. Sólo si procuramos el bienestar de nuestro prójimo, nuestra voluntad es moralmente buena y no si estamos interesados solamente en el valor de nuestra propia voluntad.

Sin embargo, la distinción introducida por Kant, entre los objetos producidos por una acción y el valor moral de la acción misma, así como la superioridad del valor de esta última, sigue siendo completamente válida. Especialmente la distinción entre el objeto, en cuanto que éste motiva la acción, y el acto moral con su valor propio, distinción que ha sido más claramente puesta en evidencia sólo recientemente, mediante la distinción entre lo moralmente bueno y lo moralmente relevante²⁸.

Lo moralmente bueno sólo puede ser atribuido a personas; consiste en el valor moral mismo encarnado en la persona y presupone la libertad de su sujeto, el conocimiento del objeto respectivo y el valor inherente a una acción, en tanto respuesta debida a su objeto. El bien moral también involucra mérito o culpa, merece premio o castigo y encarna bondad o maldad en el sentido moral de estos términos (el idioma alemán utiliza aquí las palabras "*Gut*" versus "*Böse*", donde "*Böse*" tiene un sentido distinto de todos los otros tipos de males, que son llamados "*Übel*").

Nada de esto puede decirse de los bienes moralmente relevantes y de los valores. Por "moralmente relevante" entendemos aquello que da lugar a obligaciones o llamados morales. Por ejemplo, la vida humana es moralmente relevante, pero, como tal, no es moralmente buena. Nadie es moralmente bueno en virtud de haber nacido, y, sin embargo, la vida humana de un niño recién

²⁶ Kant, "*Grundlegung zu einer Metaphysik der Sitten*". BA 1,3. (Traducción propia [PT].)

²⁷ Max Scheler, "*Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik*" 5ª ed. (Berna, Munich: Francke, 1966); "*Formalism in Ethics and Non-Formal Ethics of Values*", traducido por Manfred S. Frings and Roger L. Funk (Evanston: Northwestern University Press, 1973).

²⁸ Vid. Dietrich von Hildebrand, "*Ethics*", 2ª ed. (Chicago: Franciscan Herald Press, 1978), cap. 19.

nacido es moralmente relevante, porque impone el deber de respetarla, de no dañarla, etc.

Un análisis más detallado nos mostrará que podemos distinguir tres significados de "relevancia moral": 1) el bien moralmente relevante en contraste con aquello que no es moralmente relevante ni bueno (como producir sellos postales o raquetas de tenis); 2) aquello que no es moralmente bueno pero que nos impone la obligación moral de respetarlo (como la vida de un niño recién nacido). Este es el sentido de "relevancia moral" que teníamos en mente en nuestras consideraciones previas²⁹; y 3) aquello que se caracteriza no por el tipo de valor que representa, sino sólo en términos éticos funcionales: es decir, como aquello que es simplemente fuente de obligaciones o llamados morales. Lo moralmente relevante en este tercer sentido no es ni distinto ni idéntico a los valores morales. Puede faltarle valor moral, como puede también ser él mismo moralmente bueno; por ejemplo, en educación, todos los valores morales y los males de un niño son simultáneamente moralmente relevantes para el educador, en tanto que la tarea de promoverlos le compete como un deber moral³⁰.

En lo sucesivo nos interesará lo moralmente relevante en el segundo sentido de esta expresión; *i.e.*, aquellos bienes que no son ellos mismos buenos moralmente hablando, pero que, sin embargo, nos imponen obligaciones morales. Pero ¿dónde y cómo podemos encontrar estos bienes y cómo mostrar que ellos son bienes moralmente relevantes? El ejemplo más obvio de un bien moralmente relevante en su más alto grado, ha sido siempre la dignidad de la persona.

Antes de volver sobre esta cuestión, resumiremos algunos de nuestros resultados y sacaremos algunas consecuencias: por un lado, una bioética adecuada no puede basarse hoy sólo en el deber e incluso menos en formas puramente subjetivas de la voluntad, sino que debe referirse a la relación del acto moral con su objeto moralmente relevante. En este sentido, una ética adecuada no puede ser una ética kantiana formalista, sino que debe ser una ética material de los valores³¹. Por lo tanto, la noción de persona

y su valor resultan cruciales para fundamentar la ética.

Por otro lado, Kant tiene razón cuando reconoce un valor completamente nuevo —el valor más alto— en el acto moral mismo, en oposición a sus efectos: este valor único, que "brilla como un diamante", está ligado a la libertad, y nos descubre lo bueno y lo malo en un sentido radicalmente nuevo, comparado con cualquier bien no-moral.

Esta no es una expresión solamente kantiana, sino que refleja justamente la verdad sobre los valores morales. Sólo éstos —entre todos los valores puramente naturales— están relacionados con el *unum necessarium*; sólo ellos hacen a la persona digna de alabanza o culpable; sólo ellos están ligados al destino trascendente de la persona y tienen una relación con Dios y con la religión.

Kant está en lo cierto también en otro punto: el carácter absoluto del deber moral va más allá de lo que pueda ser explicado en términos del objeto de las acciones morales³².

La bioética moderna con frecuencia olvida por completo estas intuiciones de Kant, que han sido presentadas con mayor claridad por fenomenólogos moralistas posteriores. La bioética moderna descarta el valor moral inherente a los actos personales, en cuanto actos libremente queridos, y es mayoritariamente una teoría de racionalidad práctica o incluso de utilidad de las acciones en términos de sus efectos. Sin embargo, una teoría de este tipo, en la que falta toda la dimensión de la moralidad, no es una ética propiamente hablando.

Esto puede ser puesto en evidencia distinguiendo las diferentes esferas de la moralidad, entre las que las acciones externas representan sólo una. A la luz de una moralidad de respuestas internas y de actitudes superactuales (virtudes y vicios) puede verse claramente que la reducción de los valores morales a la utilidad de las acciones en producir bienes moralmente relevantes, es insostenible³³.

Otro elemento de una buena bioética, estrechamente relacionado con el anterior, es el claro reconocimiento de que hay acciones externas que son intrínsecamente buenas o malas moral-

²⁹ Incluso los animales poseen una cierta relevancia moral de no torturarlos ni abusar de ellos, y, sin embargo, ellos no pueden ser moralmente buenos o malos.

³⁰ Confrontar Dietrich von Hildebrand, "Moralia", en "Gesammelte Werke", tomo IX (Regensburg: Habel, 1980).

³¹ Me refiero aquí a la obra reformadora de Max Scheler: "Der Formalismus in der Ethik und einer materiale Wertethik" (1913). "Formalism in Ethics and Non-For-

mal Ethics of Values", traducida por Manfred S. Frings y Roger L. Funk (Evanston: Northwestern University Press, 1973).

³² Respecto de esto, confrontar Seifert, "Was ist und was motiviert eine sittliche Handlung?" (Salzburgo, E. Universit. A. Pustet, 1976), págs. 44 sgtes.

³³ Confrontar Dietrich von Hildebrand, "Ethics", cap. 20 sgtes.

mente, que no dependen sólo de los efectos y cuyo carácter moral es absoluto, en el sentido de que ninguna circunstancia puede hacerlas permisibles. Volveremos más adelante sobre este decisivo caso ético de actos intrínsecamente malos³⁴. Si actos como el aborto, la eutanasia, la tortura de víctimas inocentes de la injusticia, la violación de una mujer y muchos otros son reconocidos como malos en y por sí mismos, entonces se hace aparente el carácter personal del acto moral y se ve con particular claridad que cualquier utilitarismo es incapaz de explicar los valores morales. La intención libre de la persona en acción, la adecuación o indignidad de su respuesta interna a los bienes moralmente relevantes –y no sólo su rol causal para los efectos– son el asiento de la bondad y malidad moral.

5. ¿REQUIERE LA BIOÉTICA MODERNA EN UNA SOCIEDAD PLURALISTA EL ABANDONO DEL “ESPECISISMO”, COMO PROPONE SINGER? ACERCA DE LA DIGNIDAD DE LA PERSONA HUMANA COMO VALOR OBJETIVO ÚNICO. INSOSTENIBILIDAD DE CONSIDERAR LA INSISTENCIA EN LA DIGNIDAD HUMANA COMO MERO “ESPECISISMO”

Peter Singer sugiere que una bioética moderna adecuada para nuestra sociedad pluralista requiere el abandono de lo que él llama “especisismo”. Tal especisismo podría, en el mejor de los casos, dominar la ética pública en una sociedad con una unidad religiosa, que cree en una dignidad sobrenatural del hombre, que lo diferencia de los otros animales.

¿Es verdad que el concepto de santidad intrínseca de la vida humana es insostenible en la bioética de nuestra sociedad moderna secularizada y no-cristiana?, o ¿existe alguna intuición independiente de la religión, que nos permita buscar en la dignidad inviolable de la persona humana también la fundamentación para la bioética contemporánea? ¿Existe alguna base racional para defender en nuestra sociedad pluralista una dignidad única, que distinga a las

personas incluso de los animales más altamente sofisticados?

La persona, como un ser provisto de razón, con la habilidad de juzgar, de distinguir la verdad del error, de querer, de sentirse feliz o desdichado, etc., está dotada de un valor único, que llamamos dignidad. Quizás este valor de la persona sea admitido incluso por Peter Singer. Pero ¿se encuentra este valor en todos los miembros de la especie humana o caemos en lo que Singer llama “especisismo” si sostenemos esto?³⁵ Singer habla de una “propuesta de que rechacemos la santidad de la vida humana”³⁶. El piensa que el valor de los seres humanos sólo puede radicar en su capacidad actual de pensar, de querer, etc. Llega hasta el extremo de defender la opinión de que niños retardados o con algún otro *handicap* están menos dotados de dignidad que los cerdos o los chimpancés³⁷.

Sólo una investigación adicional en la filosofía del hombre puede revelarnos si la naturaleza del hombre es algo que pertenece al hombre en todos los estadios de su desarrollo y en virtud de su esencia permanente o sólo cuando está en posesión de sus capacidades mentales. Por tanto, sólo una investigación antropológica puede revelarnos si la dignidad humana pertenece a cada ser humano en todas sus etapas o si pertenece sólo a los seres humanos normales y funcionantes.

Vemos aquí que la investigación de los fundamentos de la ética nos lleva de vuelta a una filosofía del hombre. Puesto que el valor de la persona humana no puede ser concebido aparte de aquello que lo posee: el ser y la esencia de la persona. El valor es lo que Ross llama una “propiedad consecuencial”. Por otra parte, si el ser del hombre no es reducible a su ser actual capaz de actividades humanas y si, por tanto, el valor del hombre se funda no sólo en su ser actualmente vivido como persona, sino también en la naturaleza permanente y en la potencia esencial de cada ser humano de actuar como una persona, y si además la dignidad humana está fundada en la sustancialidad espiritual de la persona humana, entonces la posición de Peter Singer debe ser rechazada enérgicamente.

³⁵ Peter Singer, “Unsanctifying Human Life”, en: “Ethical Issues to Life and Death” (Melbourne, 1979), págs. 41-61.

³⁶ Singer, *ibid.*, págs. 59, 43 y 50.

³⁷ Ver Singer, *ibid.*, pág. 50:

Sólo quiero destacar que si creemos que es el potencial del niño lo que hace que sea malo matarlo, parecería que estamos obligados a pensar que el aborto –independientemente de la proximidad a la concepción con que éste tenga lugar– es tan seriamente malo como el infanticidio.

³⁴ Confrontar Josef Seifert, “Absolute Moral Obligations towards Finite Goods as Foundation of Intrinsically Right and Wrong Actions. A Critique of Consequentialist Teleological Ethics: Destruction of Ethics through Moral Theology?”, en *Anthropos* 1 (1985), págs. 57-94.

De este modo, las cuestiones aparentemente abstractas de la filosofía del hombre son de capital importancia para la Medicina y en particular para problemas éticos, tales como el aborto, la contracepción, la eutanasia y para actitudes a favor de la protección y contra la eliminación de seres humanos minusválidos o pacientes en estado vegetativo.

6. ¿PUEDE UNA BIOÉTICA ADECUADA PARA NUESTRA SOCIEDAD PLURALISTA SER SOLAMENTE UNA ÉTICA QUE RECONOZCA LOS LÍMITES METAFÍSICOS DE LA PERSONA HUMANA?

Podría parecer que la bioética de hoy sólo puede ser una bioética en la que no se reconozcan derechos misteriosos a Dios y que no postule la existencia de un ser trascendente. Incluso teólogos católicos, como Josef Fuchs, sugieren una ética completamente secularizada, en la que no se reconozca ninguna creación divina del alma, ningún derecho divino exclusivo sobre la vida y la muerte y ningún autor divino de imperativos morales absolutos³⁸. El hombre sólo estaría autorizado a disponer de la vida y la muerte de acuerdo a sus juicios de razón.

Pero ¿es verdad que la bioética moderna debe considerar al hombre como un ser supremo, como un dios terreno, carente de límites que impongan ciertas restricciones a sus derechos metafísicos, especialmente a su derecho a disponer de su propia vida humana y de la vida de otros? Es claro que esta pregunta es de extrema significación para temas bioéticos tales como el suicidio, la eutanasia, la contracepción y muchos otros. Ya que, si el hombre es señor supremo sobre la vida y la muerte, entonces él podría disponer de la vida como un dios en la tierra. Despertando al "dios en él mismo" (según la filosofía de

Feuerbach) recibiría ciertamente el hombre una autoridad tal sobre la vida y la muerte, como la que se le atribuye a Dios, cuando creemos que El no actúa injustamente al tomar la vida.

Sin embargo, si el hombre es contingente y limitado, dependiente de un Ser absoluto, sería más razonable que se considere a sí mismo como un mero sirviente de su propia vida y de la de otros, como un soldado enviado por una autoridad superior para una misión, como dice Sócrates en sus argumentos contra el suicidio en el Fedón; por tanto, el hombre no tiene derecho a suicidarse.

Una bioética adecuada debe reconocer también hoy el hecho de que el hombre es contingente (no-necesario, creado) y por tanto no tiene derecho sobre la vida y la muerte como si fuera señor absoluto de ellas. Tal concepción metafísica del hombre, como condición para una ética adecuada, ¿no supone un falso antropomorfismo, en el sentido de una posición arbitraria que representa a Dios como portador de derechos divinos únicos (por analogía con representaciones humanas, modeladas de acuerdo a los derechos "humanos, todo y muy humanos" de los señores feudales)? Muy por el contrario, esta dimensión de la moralidad y de la ética médica presupone precisamente atributos únicos del Ser absoluto para los cuales difícilmente hay alguna o ninguna analogía en el mundo: la necesidad absoluta de existir, la eternidad, una perfección mayor de la que ninguna puede ser concebida, la capacidad de crear de la nada, etc. De este modo, el fundamento metafísico de la ética no está basado en falsas analogías humanas, sino que se funda en la más radical diferencia entre los agentes: en la diferencia abismante que existe entre la Persona absoluta y la finita, diferencia que una metafísica personalista moderna puede poner en evidencia, a pesar de que Hume y Kant negaran la posibilidad de una metafísica de Dios³⁹.

³⁸ Para una crítica de esta posición ver J. Seifert, "Gott und die Sittlichkeit innerweltlichen Handelns. Kritische philosophische Reflexionen über den Einfluss anthropomorpher und agnostischer Gottesvorstellungen auf Ethik und Moralthologie" en: "Forum Katholische Theologie" I, 1 (1985).

³⁹ Para una defensa contemporánea de los argumentos metafísicos para la existencia de Dios, confrontar Cornelio Fabro, "Le prove dell'esistenza di Dio" (Brescia: Editrice La Scuola, 1989); del mismo autor: "L'uomo e il rischio di Dio" (Roma: Ed. Studium, 1967). Confrontar también J. Seifert, "Essere e Persona. Verso una Fondazione fenomenologica di una Metafisica classica e personalistica" (Milano: Vita e Pensiero, 1989), caps. 10-15.

Influencia del pensamiento religioso y teológico en el origen y desarrollo de la Bioética

R.P. Domingo M. Basso, O.P.

Sacerdote de la Orden de Predicadores. Doctor en Filosofía. Catedrático de Moral Fundamental en el Centro de Investigaciones en Ética Biomédica. Rector de la Pontificia Universidad Católica de Argentina (Buenos Aires)

1. CIENCIA, FILOSOFÍA Y BIOÉTICA

La bioética es una nueva ciencia que encara de una manera nueva antiguos interrogantes, o que intenta responder a situaciones nuevas, es decir, no planteadas antes por ser consecuencias de los recientes avances de la ciencia y la tecnología, a la luz de principios ya conocidos. La bioética no nace, pues, por generación espontánea; es decir, no es nueva en sus fundamentos y su punto de partida. Detrás de cada una de las diversas corrientes actuales en bioética no es difícil identificar una ética general, y, más atrás todavía, una determinada concepción antropológica. Ahora bien, antropología y ética tampoco son ciencias completamente independientes; se subordinan a las concepciones filosóficas (y metafísicas) o teológicas del ser y sus mutaciones. La ciencia empírica por sí misma no puede dar origen a la bioética, porque los límites y las normas que se puedan señalar a la acción científica y técnica no dependen de una facticidad biológica. Un código genético no es un código moral, y la inspiración ética proviene de mucho más arriba que la doble hélice del ADN. Sin embargo, no pocos miran con desconfianza la ética, como si ésta debiese estar necesariamente reñida con la ciencia experimental. Muchos científicos contemporáneos, intentando resolver desde la ciencia pura (por ejemplo, desde la biología) problemas humanos muy profundos, instauran, aunque afirmen no pretenderlo, otra filosofía de la realidad. En efecto, es muy generalizada la convicción de que la ciencia puede resolver por sí misma sus propios problemas, sin recurrir a ningún tipo de explicación filosófica anterior, y, menos todavía, religiosa. Así improvisan una lectura filosófica sin arraigo en la ciencia del ser, lo cual constituye un riesgo muy grande porque da ori-

gen a una bioética sin contenido racional y positivamente irreligiosa. Tal pretensión es absurda, pues si el objeto primario de la ética deja de ser la vida humana misma y la conducta de la persona, ya no se justifica el empleo del término "bioética".

¿Puede concebirse una ética de la conducta?

En el campo médico y biológico, la tecnología cada vez más sofisticada e invasora multiplica y acentúa la ambigüedad de los poderes conquistados recientemente. Estos poderes son aplicados al hombre en sí y conciernen a su propia especie. Controlando la química molecular y el mundo de las hormonas, penetrando al espacio del inconsciente, descifrando y manipulando las moléculas del ADN la ciencia actual se arroga una maestría inaudita sobre la persona y su identidad. Las fuerzas más profundas de la existencia: el nacimiento, la muerte y el comportamiento son desde ahora motivo de posible intervención y aplicación de un poder sobre la vida. La Medicina, la cirugía, la psiquiatría desarrollan audacias hasta hace poco insospechadas, muchas veces indudablemente dignas de elogio, mas en otras oportunidades no exentas de amenazas, tanto más terribles cuanto más atañen a la personalidad misma y a sus valores constitutivos. Pues bien, la problemática ética nace precisamente de los avances de la tecnología cuando, enfretando a una situación particular, el hombre no queda aprisionado en la coacción de los determinismos sino que, por el contrario, es invitado a escoger por la bifurcación posible de su acción. El resultado mismo de los nuevos poderes conquistados hace esta elección más urgente y más grave. Indudablemente, el distinto valor o sentido que se atribuyan a la vida humana condicionan el modo de tratarla; esto se verifica no sólo en el campo de la biolo-

gía, de la genética o de la Medicina, sino en cualquier terreno. Mas, si se puede demostrar que la vida humana tiene un valor y una dignidad especiales, habremos encontrado el fundamento de exigir para ella un sumo respeto. Y esto supone otra idea del origen y la función de la bioética.

Cuando se examina la evolución histórica de las ciencias experimentales y de la ética se constata que ambas disciplinas han estado casi siempre relacionadas condicionándose mutuamente, haya sido esto intentando o no. Es algo inevitable. A veces las hipótesis científicas influyeron en las conclusiones éticas de filósofos y teólogos, otras sucedió lo contrario, es decir, filósofos y teólogos asumieron el rol de científicos y, sin serlo, propusieron a los interrogantes científicos soluciones filosóficas o teológicas arbitrarias y reñidas con la realidad, como se pudo comprobar después. El estado rudimentario de los conocimientos técnico-científicos y de sus instrumentos de investigación permitan esa coyuntura. Incluso, en algún momento, ciencias y filosofía parecieron identificarse; pero, a medida que los conocimientos de la ciencia experimental propiamente dicha se fueron perfeccionando —y el trayecto recorrido es asombroso—, ambas disciplinas, al menos en apariencia, se independizaron una de otra. Digo "en apariencia" porque, de hecho, la emancipación nunca fue integral ni puede, creo, llegar a serlo. Teóricamente debe afirmarse la autonomía de las ciencias experimentales respecto de la filosofía o de la teología y, por ende, de la ética, y viceversa; mas, en la práctica, no hay científico que cultive la ciencia pura, ni filósofo o teólogo completamente liberado de la influencia de los datos empíricos en sus deducciones. Esto, de suyo, no es reprochable, pues la naturaleza propia del conocimiento humano exige espontáneamente armonía e integración. Una sola rama del saber no puede explicar toda la realidad; es el conjunto panorámico del mismo el que la expresa con mayor aproximación. Por una parte, la filosofía y la teología (y la ética dependiente de ellas), antes de ensayar una *explicación* de esa realidad —su propio cometido—, deben consultar los datos empíricos porque, de lo contrario, pretenderían interpretar lo inexistente. Por otra, las ciencias experimentales, cuyo objetivo es la constatación de los fenómenos de la naturaleza, no pueden por sí solas explicar sus descubrimientos sin recurrir a las ciencias especulativas. Al hacerlo, deberán subordinarse necesariamente a la ética, ya que no puede darse acción humana alguna, científica o no, carente del matiz

moral, precisamente por ser una acción humana. En estas simultáneas autonomía y dependencia ha de reinar un criterio de mesura y equilibrio. Existen moralistas, filósofos y teólogos que se dejan influir, con ligereza e imprudencia, por hipótesis científicas no suficientemente comprobadas, o toleran que los científicos pretendan definir, desde su punto de vista inadecuado, lo que corresponde definir a la filosofía o a la teología; por ejemplo, la noción de persona. También existen científicos empeñados en hacer decir a la ciencia lo que ella, en cuanto tal, no puede decir; en ese caso la instrumentalizan y la subordinan a preconceptos filosóficos. Basta poner algunos ejemplos. Los antropólogos partidarios del régimen nazi no habrían abrazado el evolucionismo polifilista si no hubieran estado condicionados por los prejuicios de su concepción racista de la humanidad, la cual les hacía formular de una manera muy *sui generis* la hipótesis científica de la evolución de la especie; ni los antropólogos marxistas, por razones diversas aunque análogas, la ologénesis; ni J. Monod sostendría las tesis de *El Azar y la Necesidad* si no hubiese optado antes —y no basándose en razones precisamente científicas— por el más crudo materialismo. Se ha de hacer filosofía después de haber hecho ciencia y no al contrario, pues ese es el orden natural del proceso cognitivo. La ciencia investiga la realidad y constata sus fenómenos; la filosofía los interpreta. De otro modo se pretendería que la mente humana pueda crear la realidad.

No intento, con lo dicho, formular un juicio de valor. Simplemente señalo algo históricamente dado y con no poca frecuencia. Sí me parece desleal, en cambio, atribuir a la ciencia empírica afirmaciones surgidas de una determinada corriente filosófica. Una explicación filosófica, y hasta teológica, de los fenómenos debe evidentemente existir. Además, está bien claro que, en el terreno de las especulaciones filosóficas, sucede algo muy diverso a lo que acontece en el campo de las ciencias. En este último pueden darse muchas hipótesis para explicar un mismo fenómeno, hasta que las hipótesis ceden paso a la verificación; entonces los científicos sincronizan sus criterios. En filosofía, en cambio, precisamente porque se está en el ámbito de las interpretaciones especulativas, existen y existirán siempre numerosas corrientes y escuelas, algunas de ellas diametralmente opuestas. Es posible que ninguna posea toda la verdad; pero alguna puede poseer, en comparación con las demás, un conjunto mayor de verdades. En principio sólo debería existir una filosofía, por-

que la verdad es una y no pueden darse diversas interpretaciones de lo único; pero la tarea de interpretación o explicación es muchísimo más difícil y complicada para la mente humana que la de la constatación empírica. A veces se puede estar haciendo filosofía sin tener conciencia de ello; otras veces sabiéndolo, pero pretendiendo, pese a todo, hablar en nombre de las ciencias. La tarea del éticista consiste en interpretar y juzgar. Obviamente se deberá interrogar a la ciencia, pero sin invadir su terreno y sin permitir que ella invada y tergiversa el de la ética. Existe una filosofía de la vida humana que, sin negarlos, trasciende los datos científicos. Si se ha de aceptar la autonomía de la ciencia frente a la filosofía, la teología y la ética, ¿por qué no admitir también la autonomía de la filosofía, la teología y la ética frente a las ciencias? Existen conocimientos, sobre la naturaleza humana, por ejemplo, independientes de los hallazgos experimentales, pues tienen una razón de ser superior a la de la simple experiencia; de ellos derivan afirmaciones ciertas de orden teórico y práctico (es decir moral) y no comprometen el desarrollo de la ciencia, ni se ven comprometidos por éste. Si la historia demuestra que, a veces, se han confundido los niveles, ello no implica que se deba seguir confundiendo. No, al menos en el estado actual de ambos conocimientos. Habrá casos, sin embargo, en los cuales los conocimientos científicos contribuyen a la rectificación de teorías filosóficas o teológicas del pasado, formuladas cuando filosofía y teología intentaban suplantar a la ciencia empírica en su propio dominio. Pero otra cosa enseña la historia además de ésa. Filósofos y teólogos dieron, con frecuencia, demasiado crédito a hipótesis de los científicos, desmentidas luego por la misma ciencia, quedando filósofos y teólogos en una situación desairada frente a los hechos reales. Esto suele suceder cuando filósofos y teólogos se apresuran a cambiar sus criterios encandilados por el fulgor de invenciones espectaculares pero fragmentarias. Si el filósofo o el teólogo se mantienen en su propio terreno, habrá siempre afirmaciones que la ciencia experimental no podrá rebatir ni demostrar; sólo a ellos les competirá hacerlo.

2. LA SUBORDINACION DE LA CIENCIA Y LA TECNICA A LA ETICA

La ciencia y la técnica deben estar subordinadas a la ética. Este postulado justifica la existencia misma de la bioética y de la deontología

profesional en general. Se ha venido repitiendo hasta el cansancio que la ciencia es amoral, llegando a considerarse esta afirmación axioma indiscutible. En base a ella, en el campo de la investigación se procede bajo la consigna de que a nada puede estar subordinado el "interés de la ciencia". En realidad esta hipótesis es sólo parcialmente verdadera, es decir, lo es sólo si intenta expresar que cada una de las ciencias posee una debida autonomía en la consideración de su propio objeto; pero es falsa si pretende negar todo tipo de vinculación entre las distintas ciencias y la ética. Numerosos teólogos católicos actuales, y particularmente el Magisterio Supremo de la Iglesia, han refutado con energía esta concepción aberrante, que constituye, sin embargo, en nuestros días una opinión generalizada. A pesar de todo, el auge actual de la bioética da la razón a la tesis de quienes abogan por la necesidad imperiosa de proponer límites morales a la experimentación biotécnica. Parece, pues, oportuno recordar algunos principios relativos a esta cuestión.

El primero que de hecho se halla en juego aquí es el de la "subordinación de las ciencias". Si se acepta, como ya enseñaba Aristóteles, la posibilidad y la necesidad de integrar todo el saber humano, se deberá admitir consecuentemente la existencia de una jerarquía de valores entre los objetos de las distintas ciencias y disciplinas. No es equitativo otorgar a todos los objetos científicos el mismo grado de calidad e importancia, aunque la anomalía de la excesiva especialización induzca a cerrar el horizonte a la visión sapiencial. Todo conocimiento o toda ciencia cuyo sujeto, directo o indirecto, sea el hombre deben estar al servicio de éste, de lo contrario podría darse una actividad del hombre sin dimensión humana, lo cual es intrínsecamente contradictorio y absurdo. El hombre, como valor, sólo puede estar sometido a Dios y a lo que a Dios se refiere. Todo lo demás le es inexorablemente inferior y se le ha de someter como a su fin propio. Y si esto es así, entonces se habrá también de admitir por pura lógica que aquella ciencia o conocimiento cuyo objeto primario es el hombre mismo deberá subalternar a ese objeto suyo todos los demás del resto de los objetos de las ciencias y de las artes, o sea, todos los otros conocimientos. La moral es una ciencia y un valor humano por antonomasia y abarca de un modo integral toda la actividad de la persona libre. *"Ninguna otra ciencia -subrayaba Pío XII- posee la misma perspicacia de la ética, no sólo para descubrir, sino para jerarquizar todos los valores humanos"*. Toda