

ciencia o disciplina es autónoma y, por lo tanto, independiente y distinta de la ética, pues ésta constituye otro saber u otra perspectiva del hombre. Pero, al mismo tiempo, ninguna ciencia, en cuanto actividad humana realizada por el hombre y para el hombre, puede escapar a los límites de la moral. A diferencia de las demás ciencias que son particulares, la ética es una ciencia universal, pues, de una manera u otra, abarca a todas las demás. Como señalé, se trata simplemente del fenómeno de la subordinación de objetos: de los objetos de ciencias inferiores al de una ciencia superior. O, si deseamos expresarlo en términos filosóficos más exactos, de la subordinación de la ciencia a la sabiduría. El objeto de la ética es el hombre y su comportamiento; y el hombre, subordinado a una finalidad inmanente y trascendente, es un valor supremo, superior a cualquier otro valor cultivado por las ciencias experimentales o por la técnica. El hombre ha de ser el destinatario de todos los esfuerzos conquistados en el ámbito de la investigación y de la tecnología. Cualquier desarrollo o progreso, poco importa el campo en el cual se obtenga, que no coopere con la plena e integral expansión individual y social de la persona humana, se teñirá de un matiz negativo. Juan Pablo II subraya insistentemente, y con razón, esa anomalía en muchas de sus alocuciones, singularmente en la Encíclica *"Redemptor Hominis"*—cuando trata del sentido verdadero del progreso— y en su *Discurso a la UNESCO*—al hablar de la dimensión humana de la cultura—; en ambos casos, hablando un lenguaje no propiamente religioso o teológico sino universal y comprensible a todos los hombres, el Pontífice pone de relieve la orientación humana que debe acompañar al desarrollo en todos sus niveles. Puede indudablemente verse despojado de ella, y esto se produce de manera inexorable cuando la ciencia y la técnica intentan su avance mediante el holocausto de las normas éticas, salvaguardia y protección de la mencionada orientación humana del auténtico progreso. El riesgo inmenso en el que se puede caer es el de convertir el desarrollo científico en un dios o ídolo al cual todo se pueda y deba sacrificar. ¡Y no parecemos mostrarnos inmunes ni lejanos de ser arrastrados por esa nueva idolatría!

El segundo principio a tener en cuenta es que toda actividad humana propiamente dicha —y la actividad científica lo es— constituye al mismo tiempo una actividad moral. En otros términos, todo acto humano y libre se encuentra, por ese solo hecho, subordinado o no al verdadero fin del hombre; y éste no es en última instancia el

avance de la ciencia. Si ésta perdiera su condición de medio, nos colocaríamos indefectiblemente al borde de la catástrofe. El objeto de una ciencia determinada puede ser independiente del objeto de la ética, pero cualquier acto de un científico se halla, en cambio, necesariamente involucrado en la dimensión moral de la vida humana. Por tanto, cuando se dice que la ciencia se encuentra al margen de la ética, ese "al margen" no debe traducirse por "en contra de" la ética, pues entonces estaríamos negando la racionalidad de esta imprescindible disciplina. Tal hipótesis resulta completamente inadmisibles. No se puede deducir del principio de la autonomía de las ciencias que el científico mismo, en cuanto persona, esté exceptuado de respetar, incluso en el ejercicio técnico de su profesión, las normas y los deberes morales, porque no solamente son morales los actos no profesionales de un profesional, sino que toda la actividad científica es también humana y, por ende, subordinada a los fines a los cuales ha de someterse la conducta de la persona. De ese modo, cuando se postula la orientación moral de la ciencia no se hace referencia principalmente a la ciencia en cuanto tal, sino a sus representantes y cultores. Aquí no cabe argumentar con el principio de la doble verdad, pues es descabellado y contradictorio; como todo falso principio se niega a sí mismo. Si se dice: "toda verdad es relativa", se enuncia una afirmación indefectible e intrínsecamente falsa, pues ella misma es una afirmación absoluta.

Estos principios generales se aplican a múltiples casos y, sobre todo, condicionan y limitan la investigación y experimentación sobre seres humanos, dado que ellas se subordinan al hombre y no al revés. Ayudan a resolver esta primera serie de interrogantes: ¿es lícito emplear un recurso técnico por el simple hecho de ser posible?, ¿es razonable o pertinente, es acaso moralmente admisible trasplantar órganos de animales en seres humanos o intentar prótesis cardíacas totalmente artificiales en caso de insuficiencia profunda e irreversible? Pronto se llegará —se asegura— a remendar la molécula humana del ADN y esto motivará el desarrollo de una ingeniería genética paliativa de enfermedades hereditarias; se espera incluso poder, en un futuro próximo, intervenir sobre las células del genoma con el fin de "mejorar" la raza... En materia de experimentación biológica y genética, toda la problemática ética se resume en esta acuciante pregunta: "¿hasta dónde podemos avanzar?". Un límite debe evidentemente existir, y ese límite comienza por ser el hombre

mismo. Mas también es necesario trascenderlo, para poder comprenderlo.

3. RELIGION Y ETICA

La ciencia precede a la antropología filosófica, ésta a la ética y la ética antecede o escolta a la religión según los casos. Esta afirmación puede sorprender y, sin embargo, es congruente. El término "religión" encierra múltiples significados; por eso conviene definir cuál de ellos empleamos aquí.

El fenómeno religioso presenta un panorama amplísimo, indefinido y sumamente complejo en la historia de la humanidad, pero se reduce mucho si lo restringimos a las concepciones monoteístas. Para establecer ese deslinde existe una razón muy poderosa: el monoteísmo es la única cosmovisión coherente con la realidad constatada por la ciencia y la filosofía. En efecto, la existencia de una sola Primera Causa es una conclusión científica elemental, puesto que se deduce de sus efectos cósmicos. Admitida esta Causa Primera, de suyo eterna (infinita) y creadora, se infieren dos corolarios indiscutibles.

En primer lugar, *la obligación de una actitud "religiosa" en la criatura racional.* La "religión" no es otra cosa que el reconocimiento de la vinculación ontológica (*religatio*) existente entre la criatura y el Creador y el cumplimiento de la consiguiente obligación de la primera de rendir el "culto debido" al segundo. Dicho de otra manera, la religión es el ejercicio de la justicia del hombre para con Dios. Y puesto que el conocimiento de la Primera Causa y del vínculo de la criatura con ella es de índole rigurosamente racional, tenemos como resultado una religión natural, base y fundamento de toda expresión religiosa ulterior. San Pablo, reprobando la irreligiosidad de los paganos, proclama taxativa y enérgicamente esta verdad: *"La ira de Dios se manifiesta desde el cielo sobre toda impiedad e injusticia de los hombres, de los que en su injusticia aprisionan la verdad con la injusticia. En efecto, lo conocible de Dios es manifiesto entre ellos, pues Dios se lo manifestó; porque desde la creación del mundo, lo invisible de Dios, su eterno poder y su divinidad, son conocidos mediante las criaturas. De manera que son inexcusables, por cuanto, conociendo a Dios, no le glorificaron como a Dios ni le dieron gracias, sino que se estupidizaron en sus razonamientos, viniendo a oscurecerse su insensato corazón; y alardeando de sabios, se hicieron necios, y trocaron la gloria del Dios incorruptible por la semejanza de la*

*imagen del hombre corruptible, y de aves, cuadrúpedos y reptiles"*¹.

En segundo lugar, *la posibilidad del conocimiento revelado del misterio.* Una Causa Infinita es de suyo inabarcable o incomprensible (= misterio) para una inteligencia limitada. Pero eso no obsta para que el Misterio se revele a la criatura intelectual y que la Inteligencia creada se ponga en comunicación con la razón humana. Esto es precisamente el acontecimiento histórico afirmado por las grandes religiones monoteístas, en especial por la tradición judeocristiana: *"Muchas veces y en muchas maneras habló Dios a nuestros padres por ministerio de los profetas; últimamente, en estos días, nos habló por su Hijo"*². De este conocimiento revelado —la Palabra de Dios— surge una nueva y más elevada actitud religiosa asentada en un mayor y mejor conocimiento de Dios y del destino del hombre.

Por cierto existen quienes niegan, de estas dos verdades fundamentales, una u otra o ambas al mismo tiempo; pero no es objeto de esta exposición refutar las interpretaciones ateas del cosmos y de la historia humana. En cambio, para comprender mejor el planteo bioético desde esta más vasta perspectiva, debemos distinguir entre la religión propiamente dicha y la teología. Es de esta última de donde surgen los aportes éticos y los parámetros morales para orientar la conducta humana en todas sus expresiones. La religión, entendida como culto exhibido al Dios Creador y Revelador, debe ser la primera actitud ética de la criatura racional. La teología es una cosmovisión integral que emana de una doble fuente: el conocimiento racional y el conocimiento de la fe (la revelación).

La teología proporciona, pues, una información más profunda y acabada no sólo de Dios sino también del hombre, dando origen a una antropología que amplía y completa la puramente filosófica. Y si la antropología se ve beneficiada, consecuentemente también la ética o moral. Esta es la ciencia de la conducta del hombre en orden a su fin. Cuanto más perfecto sea el conocimiento del hombre y de su fin, tanto más vastas y elevadas serán las exigencias éticas.

Algunos parecen hoy pensar que la moral es sólo consecuencia de un determinado credo religioso; y, como reducen la religión al sentimiento puro, la moral no tendría otro valor que el sentimental y estaría anclada en los hábitos so-

¹ Rm 1, 18-23.

² Hb 1, 1-2.

ciales, los tabúes religiosos y las tradiciones atávicas. Pero atribuir la moral a los prejuicios religiosos es doblemente falso: en primer lugar, porque el valor religioso no es un prejuicio; en segundo lugar, porque sería insensato adjudicar a científicos paganos como Aristóteles (autor de un tratado de ética que todavía hoy nos llena de estupor por su elevada concepción del hombre y de su conducta³), Hipócrates (redactor de un juramento que, aunque insensatamente mutilado por los estatutos modernos, todavía siguen formulando los médicos por tratarse de un admirable compendio de los principios deontológicos de la Medicina), Cicerón y Séneca que hayan estado imbuidos de prejuicios religiosos. La crisis de la ética no es una crisis religiosa sino antropológica. Es posible que el ateísmo haya conducido al antihumanismo; pero la causa inmediata de la subversión y olvido de casi todos los valores en la sociedad posmoderna se debe principalmente a una falsa interpretación del fenómeno humano.

4. TEOLOGIA CATOLICA Y BIOETICA

Para referirme al influjo del pensamiento religioso en el origen y desarrollo de la bioética, me limitaré ahora a hacer algunas consideraciones relacionadas, sobre todo, con la teología católica. Las orientaciones propuestas por ésta no difieren enteramente de las de otras religiones (judía e islámica) o de las otras confesiones cristianas (Iglesias ortodoxa y protestantes); por el contrario, se comprueba una notable convergencia en algunos principios fundamentales⁴. Pero, dado que en la aplicación puntual de esos principios comienzan las discrepancias, prefiero no exponerme a una generalización arbitraria.

Los aportes de la teología católica a una "ética de la vida" no se reducen sólo a verdades reveladas sobre Dios, el mundo y el hombre. La teología es una reflexión que parte de los postulados de la fe (llámeselos "religiosos", si se quiere) pero echando mano, para desentrañar su contenido virtual, a la conceptualización de la *ratio naturalis* y a las investigaciones de las mismas ciencias en general. Este procedimiento

obliga al teólogo a profundizar en el conocimiento íntimo de la naturaleza —en especial de la naturaleza humana— y de sus leyes inmanentes, cuya violación implica a la larga la destrucción de la naturaleza misma. La visión del teólogo no es, por lo tanto, exclusivamente religiosa. Lo es primaria y fundamentalmente, pero no únicamente. Por eso es posible un buen margen de coincidencia entre el teólogo, el filósofo y el científico, aunque estos dos últimos no sean creyentes. A veces las controversias se originan en el mismo nivel científico, o sea, en la interpretación de los datos descubiertos.

Aportando principios a la moral fundamental, la teología proporciona una base o un punto de partida a una bioética adecuada al hombre, su propio sujeto de atribución. Por razones de brevedad, compendiaré en dos puntos, a mi juicio claves para afrontar casi todos los actuales interrogantes bioéticos, la influencia que puede ejercer hoy la teología católica cuando propone a las profesionales del campo de las ciencias y de las técnicas una normatividad reguladora de su conducta.

A) La dignidad inviolable de la vida y de los derechos de la persona

Todas las teologías monoteístas en general, y la teología católica en particular, declaran absoluto el principio de la dignidad suprema y de la intangibilidad de toda vida humana por ser la vida de una "persona". Este principio básico supone que el hombre, por su misma naturaleza, es un ser singularmente vinculado con el Creador. El alma humana, por su espiritualidad e inmortalidad, postula una intervención directa de Dios. Y este postulado, claro y terminante para la teología católica, orienta la ética y la bioética: "el hombre es la única criatura en la tierra que Dios ha 'querido por sí misma', y el alma espiritual de cada hombre es 'inmediatamente creada' por Dios; todo su ser lleva grabada la imagen del Creador; la vida humana es sagrada porque desde su inicio comporta la 'acción creadora de Dios' y permanece siempre en una especial relación con el Creador, su único fin; sólo Dios es Señor de la vida humana desde su comienzo hasta su término; nadie, en ninguna circunstancia, puede atribuirse el derecho de matar de modo directo a un ser humano inocente"⁵.

³ *Ética a Nicómaco*, reedición de su *Ética a Eudemo* y de la *Gran Moral*.

⁴ Cfr. S. Spinzanti, *Bioética e grandi religioni*, ed. Paoline, Torino, 1987 (en realidad esta obra es una recopilación de artículos de Bürgel, Curran, Der, Harakas, Häring, Jakobowits, Johnson, Rosner, Training y Vanderpool, ya publicados en la *Encyclopedia of Bioethics*, Ed. Georgetown Univ., 1978).

⁵ Congregación para la Doctrina de la Fe, *Instrucción "Donum Vitae"*, n° 5.

Este párrafo resume una verdad ciertamente revelada y acerca de la cual los cristianos venimos reflexionando desde hace siglos; nada puede encontrarnos desprevenidos en ese sentido. El intento de desacralizar la vida humana bajo este aspecto sólo puede traer aparejados grandes perjuicios para la humanidad.

Por otro lado, son muchas las derivaciones y aplicaciones concretas de esta verdad fundamental. El ámbito de la vida humana —precisamente por lo que la vida humana es— no puede quedar librado al capricho de la manipulación técnico-científica, salvo que se trate de una acción terapéutica justamente orientada a la protección de la vida y como colaboración a la obra divina conservadora de la creación. En virtud de este axioma, la teología católica, tratándose de la vida humana, no admite la distinción entre vidas con valor y vidas sin valor, vidas útiles y vidas inútiles; los parámetros biofísicos no alcanzan para medir teológicamente la calidad de la vida humana. Quienes no piensan de esta manera, adjudican a las convicciones religiosas un conjetural retraso de la ciencia. Quiero poner un ejemplo concreto. El americano Daniel J. Kevles, en su libro *In the name of eugenics*, denuncia el surgir de una forma horrorosa de ideología eugenésica durante estos años, precisamente por el uso de los modernos descubrimientos de genética y biotecnología. Una impresionante confirmación de su tesis ha venido del profesor James Watson (el premio Nobel que junto a Francis Crick ha descubierto la doble hélice del DNA). Watson en su relación al Convenio Internacional de Florencia de hace unos pocos años, "Del hombre al gen, del gen al hombre", ha declarado: "Aquellos que creen en el conocimiento científico, deben partir de la premisa de que los procesos casuales que regulan la repetición de DNA pueden producir algunos fetos humanos que no podrán nunca crecer y desarrollarse como individuos felices y funcionales. En consecuencia, no hay absolutamente ninguna razón para consentir a estos embriones genéticamente dañados, desarrollarse en niños cuyos sufrimientos serán causa de inmenso dolor no sólo para sí mismos, sino también para sus padres y para cuantos tendrán que ayudarlos. Precisamente por estos motivos morales —explica el Dr. Watson— no hay otra solución que el aborto. Actuar de otro modo querría decir negar la existencia de aquello que nosotros percibimos como la esencia de la verdadera vida humana". El sensible estudioso concluía: "desafortunadamente esta verdad, para mí incontrovertible, es continuamente atacada

por grupos religiosos para los cuales aquellos que se han definido a favor del aborto son criaturas del demonio... Me horroriza tal indiferencia ante los sufrimientos de futuros seres humanos"⁶.

Pero la verdad es que hoy la aplicación del quinto mandamiento, tajante al enunciar un deber tan elemental del hombre cual es el de respetar la vida de sus prójimos inocentes, ha sido enredada con numerosas argucias —algunas muy graves— en donde la mentira y la hipocresía de la sociedad moderna han hecho entrar en juego los sentimientos, las convicciones, la concepción de la vida humana y la interpretación de los derechos de la persona. Las razones existentes, de por sí inmutables, en favor de la dignidad de la vida humana y de los derechos inalienables del inocente, no las comprenden en la actualidad muchas personas, sin que importe, por el momento, saber si constituyen la mayoría o la minoría. Una ley justísima —sobre todo cuando protege un valor tan precioso como el don de la vida— no puede consentir infracciones de ninguna naturaleza. Aun si se admitiera que la mayor parte de los ciudadanos de un país no quiere comprenderlo, no por eso deja de ser inmutable este principio. Al exigir respeto por la dignidad de la vida humana y el absoluto dominio de Dios sobre ella, la teología católica construye un sólido fundamento para la ética de la vida, al que siempre se referirá cuando trate de resolver problemas puntuales. Así, la moral católica, pese a todo cuanto se diga, proporciona normas sensatas y perennes vinculadas íntimamente con la finalidad específica de la Medicina y de las ciencias afines: la dignidad del cuerpo humano, la preeminencia del alma sobre el cuerpo, la fraternidad de todos los hombres, los derechos humanos, el dominio soberano de Dios sobre la vida, etc. Y, partiendo de ellas, podrá iluminar y resolver innumerables problemas, como los del aborto, el suicidio, la eutanasia, los trasplantes de órganos, el encarnizamiento terapéutico, las adicciones, la experimentación embrional y fetal, la manipulación genética, etc. En definitiva, se halla capacitada para responder esta segunda serie de preguntas actuales: ¿cómo utilizar la información de un diagnóstico prena-

⁶ Martin Ricci, "Del hombre al genio sin piedad", en *30 Giorni*, N° 1, junio 1987, p. 11. R. Reagan ("El aborto y la conciencia nacional") cita, sin nombrarlo, a otro Premio Nobel que sostiene: "un niño minusválido no es declarado un ser humano completo hasta tres días después de nacido; sus familiares tendrían libertad de elegir en ese caso". Lo peor de todo es que esta gente se anima a denominar *moral* a este modo de juzgar.

tal desfavorable y qué esfuerzos conviene desarrollar para mantener en vida un recién nacido infinitamente frágil, profundamente minusválido?; ¿podemos guiarnos por la preocupación de la "calidad de la vida" para intentar intervenciones o interrumpir embarazos y tratamientos?; ¿y, por otra parte, cuáles serían los parámetros atinados para fijar el concepto de "calidad de vida"?; ¿hasta dónde se ha de impulsar la obstinación terapéutica en un canceroso en etapa final y en qué momento esta obstinación deviene desproporcionada?; ¿hay verdadera justificación para el homicidio por piedad, es decir, para la eutanasia?; ¿es el suicidio verdaderamente un derecho de la persona o, más bien, una violación del dominio de Dios sobre la vida humana?; ¿qué debe entenderse por "muerte digna"?; ¿es concorde con la dignidad de su vida y con los postulados de la justicia congelar embriones humanos o experimentar sobre ellos? La teología moral ofrece abundantes elementos para juzgar estas cuestiones. Advierto, de paso, que la defensa incondicional de la vida —el gran sí— es la motivación profunda de las múltiples respuestas negativas dadas a esta serie de preguntas. La teología, por tanto, orienta la bioética razonable y humanísticamente.

B) El principio de la sexualidad responsable

La sexualidad no constituiría un objeto de especial interés para la teología católica sino estuviese tan estrechamente vinculada con la transmisión de la vida. Y hoy muchos de los interrogantes que se plantean a la bioética están estrechamente vinculados con la "instrumentalización" de la sexualidad humana.

El concepto de creación judeocristiano distingue a Dios de la vida física o biológica. En este sentido puede decirse que la sexualidad ha sido desacralizada por la revelación. Dios bendice y otorga la vida a través de la sexualidad, pero ésta no se convierte, como en los cultos paganos de Baal, en una divinidad. La sexualidad es un don; es propuesta como fundamentalmente buena, ciertamente ambigua (puede llegar a ser, según casos opuestos, éxtasis o violación). Pero la sexualidad, que marca la vida humana de parte a parte, no está sacralizada. Es decir, frente a esas realidades, calurosas y cotidianas, el hombre puede dejar de lado la actitud de fascinación o de temor. Si la sexualidad hubiese sido sacralizada, como en tantos cultos paganos, habría quedado automáticamente sustraída al dominio del hombre: sería lo prohibido, lo rehusado a la intervención del hombre

y a su responsabilidad. En régimen cristiano, al contrario, el mundo creado, la sexualidad, el cuerpo no son prohibidos, intocables; no pertenecen a la esfera de lo divino; son lo recibido, lo confiado, lo reconocido, a propósito de lo cual tenemos que operar un esfuerzo de acción de gracias, de discernimiento y de promoción.

Por tanto, si la teología católica habla de "sexualidad responsable" no se debe a una concepción idolátrica (ésta sería más bien propia de aquellos que substituyen a Dios por el sexo), sino a otro hecho importante sobre el cual se reflexiona muy poco. Me refiero a la especial dimensión que reviste la sexualidad humana. En efecto, el hombre, al recibir el alma por una directa intervención de Dios, queda inmediatamente sujeto y ordenado a su Creador como a su propio fin último; no puede, pues, arrogarse ningún derecho de dominio absoluto sobre sí mismo, sino sólo un dominio de uso. No puede disponer a su capricho y de un modo ilimitado de su cuerpo, de las varias partes y facultades corporales, aunque puede permitir que una parte de su cuerpo sea sacrificada en función del todo. De allí surge instantáneamente la siguiente interrogación: si cabe hablar de una cierta disposición o dominio del hombre sobre su organismo físico al servicio de otros valores superiores, ¿por qué ese dominio racional podría ejercerlo sobre todos los demás órganos y aparatos y no también sobre el aparato sexual?

La respuesta de la teología católica a esta pregunta no es entendida hoy con suficiente claridad. En el cuerpo cada órgano o aparato tiene una finalidad interna inmediatamente subordinada al bien del individuo. El hombre debe respetar, al usar cada una de las partes del cuerpo, el fin específico a que están destinadas, en la medida en que esas mismas partes contribuyen positivamente al bien total del individuo. Pero de esta regla general se exceptúan los órganos del aparato sexual, porque, además de su función interna, poseen una función extrínseca al organismo: están ordenados al servicio directo de la especie. El aparato sexual, al formar parte integrante de una unidad biológica, redonda necesariamente en ventaja del individuo. Así, aun estando inmediata y principalmente subordinado al provecho de la especie, aporta, de rechazo y secundariamente, notables ventajas también al individuo. Baste pensar en la importancia para el organismo humano de la secreción interna de las glándulas seminales. Pero la función individual del aparato sexual tiene un papel secundario frente a la función externa en beneficio de la especie. De ahí se deduce que el espermato-

zoide y el óvulo no son una parte cualquiera del cuerpo, sino una parte especial con características específicas que los sitúan en un plano más elevado. El hombre no puede, a su capricho, alienar una célula germinal, porque si de las demás partes del cuerpo él es el administrador, en lo que atañe a los gametos lo es con poderes tan limitados que más cabría hablar de siervo y no de administrador, pues puede servirse de las células germinales sólo de un modo: la cópula natural en un matrimonio estable. El acto sexual es esencialmente un acto social, pues la naturaleza lo ha querido a dúo. Ahora bien, la estructura íntima del semen, la anatomía y fisiología de los órganos genitales y los complejos aspectos psicobiológicos bilaterales, ponen en evidencia el finalismo del aparato sexual al servicio de la célula germinal y de la nueva vida. Del estudio de la sexualidad humana emerge un dato de indiscutible evidencia: su relación esencial con el acto generativo. Índice elocuente de ello son todas las actitudes e instancias de la edad púber y prematrimonial, el ansia de perfecta unidad de ideales, las atracciones continuas y poderosas hacia el sexo complementario, los impulsos hacia la fusión más consumada y definitiva de los cuerpos. Tal actividad generativa lleva en sí misma un carácter esencialmente bilateral, contrasignado por una reciprocidad inmediata y personal; así lo afirman con lenguaje inconfundible las mismas estructuras y funciones de los mecanismos sexuales, auténticas voces de la naturaleza que indican las modalidades de la relación sexual⁷.

De estos principios se siguen varias consecuencias claras. La primera de ellas es que la violación de este orden, buscando en la sexualidad el solo placer (= pecado de lujuria), atenta contra la finalidad misma del aparato sexual. Otra consecuencia es que el hombre no tiene derecho de manipular las células germinales de un modo que reduzca la transmisión de la vida a una simple combinación bioquímica. A estos elementos se ha de añadir otro surgido de la naturaleza misma de la sexualidad humana. He dicho ya que el único modo para transmitir la vida es el acto sexual realizado por dos personas, de sexo diverso, en un contexto de amor. La psicología de nuestros días y las conquistas científicas de otras ciencias han puesto en evidencia la necesidad absoluta del amor en cualquier relación conyugal. El acto sexual es la co-

ronación del amor y al mismo tiempo el medio más idóneo para profundizarlo; de ahí se deduce que es inconcebible un acto conyugal sin amor. Los últimos documentos del Magisterio acerca de este tema hablan muy claramente, describiendo en términos inequívocos los requisitos de humanidad y de dignidad del acto conyugal: "el amor debe ser humano, total, fiel, exclusivo y fecundo"⁸.

El acto sexual, para ser lícito, debe tener una doble característica: la de la íntima expresión del amor y la de la procreación. Es lógico que la exclusión de uno de estos dos requisitos, dissociándolos artificialmente, es ir contra la naturaleza de la persona humana. Así como el amor no se ha de separar de la procreación, sino que debe quedar abierto a la vida, así tampoco debe haber procreación sin amor. El acto matrimonial es casto y, por tanto, digno de la persona humana, únicamente cuando en él se actualiza la doble finalidad de amor y fecundidad. Y el amor humano es por naturaleza reciprocidad, o sea intercambio en el respeto mutuo y en el honor de igual dignidad. El amor es diálogo entre dos personas, cada una de las cuales no tiene el derecho de tratar a la otra como objeto de la propia satisfacción. Amar significa preferir a otro a sí mismo, amarlo por sí mismo, por su bien, a su modo, en función de su vocación personal.

Tanto en la contracepción tóxica cuanto en la fecundación artificial estricta, las prácticas homosexuales, promiscuas y prostituidas no se demuestran ese amor al cónyuge o a la pareja, ni se lo prefiere a uno mismo, sino que se lo pospone al propio egoísmo. La reciprocidad del amor retrocede entonces hacia una forma de esclavitud, o sea, el Yo y el Tú se descomponen: el amor ha muerto.

Me parece indudable que estos principios iluminan claramente las respuestas que han de darse a tantos interrogantes planteados hoy por la ciencia o por los hábitos sociales en el terreno del uso y del abuso de la sexualidad. Así, por ejemplo, la tradición cristiana unánimemente ha reconocido siempre la profunda legitimidad del deseo de tener un hijo. Ella ha celebrado al niño como don de la vida y la bendición de Dios sobre el hogar. De la misma manera ha considerado duramente largos siglos la procreación como la primera finalidad del matrimonio. En 1930, la Encíclica célebre y particularmente grave de Pío XI (*Casti Connubii*) proponía substancialmente, siguiendo las huellas de la tradición, la intención procreativa como la fina-

⁷ M. Di Ianni, "Fecundación artificial", en *Diccionario Enciclopédico de Teología Moral*, ed. Paulinas, Madrid, 1974, p. 418 a.

⁸ *Humanae Vitae*, n° 9.

lidad primera del matrimonio; la unión y la mutua realización de los esposos constituía el otro fin, secundario y subordinado. La *Gaudium et Spes*, la *Humanae Vitae*, la *Familiaris Consortio*, los comentarios de Juan Pablo II sobre la *Humanae Vitae* del año 1984, y la Instrucción *Donum Vitae*, con un nuevo lenguaje, mantienen el mismo contenido. Este nuevo lenguaje (el de los dos significados) tiene, sin embargo, una gran importancia. Básicamente aclara ciertas encrucijadas, en las cuales a veces nos encontramos por las contingencias de la manipulación procreativa, en lo relacionado con los métodos que se ponen en práctica.

A la luz de estos conceptos, la teología ayuda a la bioética a dar una respuesta obvia a esta tercera serie de preguntas: ¿es éticamente justificado recurrir a la inseminación artificial, a la procreación *in vitro*, o *a fortiori*, a la inseminación con semen de un donante o al alquiler de un útero extraño para suplir una esterilidad masculina o femenina?; ¿existe un "derecho al hijo"?; ¿se puede llevar la reivindicación de este pretendido "derecho" hasta reclamar los espermatozoides criocervados de un difunto marido?; ¿es honesto recurrir a esta misma técnica para una inseminación artificial o una fecundación *in vitro* en eventual beneficio de una mujer soltera o de una pareja de lesbianas, o para ensayar el embarazo abdominal de un varón homosexual? Si un día se convirtiese en realizable, ¿sería conforme a la dignidad humana intentar una ectogénesis o gestación de laboratorio?

Termino aquí mis reflexiones sobre la influencia de la teología católica en el origen y el desarrollo de la bioética o "ética de la vida". La vida es bendición; es preciso luchar por la vida y su calidad; pero también es preciso atenerse a la reconciliación con la franca y generosa aceptación de las desventajas y de los límites que no dejarán de acompañar la existencia humana. Es así como muchas de las reivindicaciones desmesuradas relativas a la calidad de vida, a la obstinación terapéutica, a la eutanasia, al derecho al niño o a la salud, el recurso a cuidados extraordinarios y a tecnologías de vanguardia revelarán espontáneamente su radical vanidad. Todas esas perspectivas no son cristianas. El mensaje de la Escritura, el ejemplo de Jesús y la enseñanza de toda la Tradición nos invitan a la desescalada.

A pesar de todo, no desconocemos cuán resistido es hoy este mensaje y cuántos escozores provoca en el mundillo de la ciencia. Es un

mensaje al que no se le concede carta de ciudadanía y se procura mantener en el círculo de las opiniones individuales y meramente subjetivas, tildadas de "prejuicios religiosos". ¿Por qué semejante pánico frente a los postulados de una bioética católica? Se argumenta diciendo que esa normatividad moral es un obstáculo para el progreso de la investigación. Eso no es verdad; pero, de hecho, a partir de ese convencimiento, todos se muestran muy interesados en verificar el curso de sus experimentos, sin plantearse en ningún momento el interrogante sobre las consecuencias morales y sociales que pueden acarrear. Si a esto no lo denominamos "fanatismo cientista y prepotencia de los detentores del poder tecnológico", ¿qué otro nombre podríamos darle?

Por el contrario, si se logra evitar la trampa reductora del mecanicismo biológico o técnico y se considerara al hombre en su totalidad, si se lograra descubrir los propios límites y riquezas en la relación con los demás, el tránsito de lo teórico a lo práctico debería acontecer espontáneamente. La persona humana no puede ser reducida a un funcionamiento biológico o a una clasificación científica. No importa cuán apasionantes sean las posibilidades técnicas de investigación, los descubrimientos genéticos e inmunológicos y las probabilidades terapéuticas; por sí solos no bastan para explicar la complejidad del ser humano. Los problemas que hoy nos acosan son principalmente problemas éticos. Son difíciles de resolver, porque, en un mundo humano calidoscópico que se transforma tan vertiginosamente, es casi imposible encontrar parámetros fijos. Mientras la evolución de la humanidad fue más lenta, esto era más fácil y los hombres creían saber lo que era bueno y lo que era malo. Mas, a medida que progresan sus —así llamados— conocimientos, los hombres parecen saber cada vez menos qué es lo bueno y qué es lo malo. Sin embargo, no necesariamente debería ser así; pero la soberbia le ha inculcado al hombre tan excelso concepto de sí mismo que le impide ahora reconocerse a sí mismo. En cambio, no se han puesto límites semejantes a su inspección del mundo circundante. La ciencia y la técnica son acumulativas, la sabiduría no; y el hombre demuestra poseer, al lado de su gran conocimiento científico-técnico, una muy pobre y escasa prudencia. El conocimiento es poder y el hombre ha logrado un gran poder sobre el cosmos, pero no en cambio sobre sí mismo y sobre su propia conducta. ¡Esta es una situación sumamente peligrosa!

Ética clínica: Objetivo y naturaleza

Dr. Manuel Lavados M.

Estudios médicos y título de Médico-Cirujano en la U. de Chile. Doctor en Filosofía en la Universidad de Toulouse-Le Mirail (Francia). Miembro del Depto. de Neurología y Profesor Adjunto de Ética Médica de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile

1. INTRODUCCION

El objetivo de este trabajo es identificar y analizar algunos problemas en relación a la naturaleza, estructura y objeto de la bioética en general y de la ética clínica en particular.

¿Qué tipo de saber es la bioética? ¿Tiene la ética clínica alguna originalidad y especificidad, o ella corresponde solamente a un capítulo particular de la ética filosófica? ¿Cuál es el rol en ella de las ciencias empíricas de la conducta humana? ¿Qué significa para la ética clínica progresar?

Estas son algunas de las preguntas que podrían constituir un área organizada de estudio que podría denominarse "Epistemología de la Bioética", significando con el nombre 'epistemología' un análisis reflexivo y crítico sobre los fundamentos de un determinado saber o disciplina.

En nuestra opinión, el enfrentamiento de tales problemas es hoy día inevitable. En primer lugar por el crecimiento explosivo de estudios bioéticos que aparecen muy heterogéneos y poco unificados, dando así la impresión no sólo de una gran riqueza sino que también de un cierto desorden y confusión metodológica. En segundo lugar creemos que un esfuerzo de claridad en esas materias es necesaria para organizar útilmente la docencia y la investigación en esta área.

Conscientes de la dificultad y complejidad de los problemas señalados, hemos optado por focalizar nuestro análisis en las siguientes cuestiones:

- 1) Especificidad de la bioética y de la ética clínica por relación a la ética filosófica.
- 2) Posibilidad de una colaboración interdisciplinaria entre la ética filosófica y las ciencias empíricas de la conducta en relación a los problemas ético-clínicos.
- 3) Fundamentos de una ética clínica objetiva válida en ella misma y en el contexto de una sociedad pluralista.

2. PRECISIONES TERMINOLOGICAS

Para una mayor claridad es útil precisar aunque sea de una manera general, y de acuerdo al uso habitual en la literatura, los términos de *bioética*, *ética clínica* y *ética biomédica*.

El término bioética fue sugerido en 1971 por un oncólogo, el Dr. Van Renslaer Potter, para señalar, de una manera general y un poco imprecisa, el estudio de los problemas éticos que plantea el desarrollo de las diferentes ciencias y tecnologías que pueden aplicarse y por lo tanto influir en la vida humana. La bioética quedaba así referida principalmente, aunque no exclusivamente, a la Biología y la Medicina.

Por su parte, el término clínica o ética médica tiene un significado más acotado y ha sido utilizado para designar el análisis de los problemas éticos concretos que plantean las decisiones médicas frente a un caso particular.

El término ética biomédica se refiere al estudio de los problemas éticos que plantea la práctica médica y el desarrollo de la investigación biológica.

Estos términos, que parecen casi sinónimos, orientan así no a una disciplina sino que a un área de interés temático, interdisciplinaria, y cuyos problemas están teniendo una relevancia política y social importante.

3. DESARROLLO DE LA BIOETICA: MULTIPLICIDAD Y HETEROGENEIDAD

Una característica notoria del desarrollo de la bioética y de la ética clínica ha sido el de su heterogeneidad en tres órdenes diferentes: temática, disciplinaria y teórica.

a) Heterogeneidad temática

La bioética, primariamente ocupada de enfrentar los problemas éticos que ha planteado

el desarrollo contemporáneo de la Biología y de la Medicina, rápidamente ha debido constatar la naturaleza antropológica y filosófica de importantes cuestiones que, por decirlo así, se ocultaban detrás de esos problemas éticos. A modo de ejemplo mencionemos la muerte cerebral que ha generado una amplia y profunda reflexión sobre la definición de la vida y la muerte, primero como fenómenos biológicos, y luego, como evento humano.

A juzgar por el contenido de los diversos y ya numerosos manuales o textos de estudio, también pertenecen a la bioética problemas tan concretos y clínicos como el de los criterios que justifican la suspensión o limitación de tratamientos. También son rotulados de ético-clínico estudios más bien empíricos de la relación médico-paciente, por ejemplo, aquellos sobre preferencias o expectativas de información en los pacientes con cáncer. También los problemas económicos de la Medicina son considerados en sus aspectos éticos, por ejemplo, bajo la forma de análisis sobre la justicia de la asignación de recursos.

b) Heterogeneidad de disciplinas o ciencias participantes

Como consecuencia de esta heterogeneidad temática, el desarrollo de la bioética ha necesitado el concurso de las más diversas ciencias: psicología, sociología, económica, etc.

A diferencia de la bioética, estas disciplinas estudian los aspectos empíricamente observables o verificables de la conducta humana. Ellas nos informan sobre lo que es y no sobre lo que debe ser.

El carácter multidisciplinario de la bioética no ha generado hasta ahora esfuerzos de síntesis interdisciplinaria, aspiración lógica de todo saber.

c) Heterogeneidad del marco teórico de referencia

La explicitación de una diversidad a priori en el marco ético de referencia parece ser la norma de la mayoría de los tratados de bioética. Este marco de referencia se presenta a veces bajo la forma ordenada, aunque en extremo simplificada, de una teoría ética. Típicamente se describen como las teorías éticas relevantes para la bioética y la ética clínica el deontologismo, el consecuencialismo y la ética de la ley natural.

Este enfoque plantea varias dificultades. Una de ellas es creer que la selección de una deter-

minada doctrina ética para el análisis de los problemas ético-clínicos, es una cuestión a priori y de una cierta manera independiente de la experiencia. Junto a esto puede surgir la ilusión de pensar que necesariamente la respuesta concreta a los problemas ético-clínicos —es decir, la decisión y la acción elegidas— será solamente función del marco teórico de referencia.

Otras veces este marco de referencia se limita a la enumeración de algunos principios generales que se presentan como el punto de partida para una solución a problemas ético-clínicos concretos. Así, por ejemplo, se comienza definiendo el principio de beneficencia, el principio de autonomía y el principio de justicia.

Una de las debilidades del proceso de aplicación de principios generales a casos particulares como método para resolver los problemas ético-clínicos, es que, dada la generalidad de estos principios, ellos no pueden funcionar de hecho como principios reguladores y eficazmente directivos de las decisiones médicas a tomar. En efecto, al no explicitar una teoría que permita el comprender las relaciones, y la relación de jerarquía de un principio con respecto a otro, no es posible resolver los problemas éticos que pueden formularse justamente como un conflicto entre esos mismos principios. Se podría afirmar que en este modelo de conocimiento moral los principios éticos sirven primaria y casi exclusivamente para formular dilemas y no para encontrar respuestas.

En ese contexto surge el problema de la posibilidad de un fundamento objetivo y universal para la ética-clínica.

4. EXIGENCIAS PARA EL DESARROLLO DE UNA ETICA CLINICA

Las dificultades mencionadas en los puntos anteriores muestran que tal vez sea necesario tomar otro punto de partida, menos teórico, más descriptivo y más relacionado a los hechos fundamentales de la experiencia moral. De esta manera, antes de plantearse la cuestión de que teoría ética es aplicable en ética clínica, debería desarrollarse un modelo del conocimiento moral estableciendo sus propiedades y estructura.

Basándome en mi propia experiencia docente y clínica quisiera brevemente explicitar algunos hechos fundamentales que un modelo adecuado de conocimiento moral debería considerar:

- 1) Ha sido sorprendente constatar que la heterogeneidad en las opiniones éticas no es necesariamente ni siempre la norma. Esto es especialmente notorio cuando lo que está en discusión son las decisiones frente a un paciente real. Menores aún son estas discrepancias cuando los médicos que analizan esos problemas están verdaderamente involucrados con el paciente, experimentado así, de una forma particularmente intensa, el sentimiento de responsabilidad y obligación moral. Es como si la realidad y proximidad de la acción acotara nuestro repertorio de discrepancias prácticas.
Por otra parte, es frecuente constatar una mayor heterogeneidad de opiniones cuando los problemas éticos son analizados de una manera teórica y sin referencia a una experiencia clínica o humana concreta, y sin experiencia de una responsabilidad personal que debe ejercerse en la toma de decisiones.
- 2) En segundo lugar me ha parecido evidente que el análisis ético es muy insuficientemente descrito como un proceso racional o lógico. El rol de la intuición, de las inclinaciones morales y de la afectividad juegan un papel muy importante en la identificación y resolución de los problemas éticos. En este sentido sería más adecuado hablar de "evaluación ética" y no de análisis o razonamiento ético.
- 3) En tercer lugar me ha parecido centrar el rol de la experiencia, que en nuestro caso se trata de la experiencia clínica. La experiencia clínica reflexionada va generando un conocimiento precioso sobre las particularidades de los casos concretos y de la compleja red de circunstancias que los rodean.

5. ALGUNOS ELEMENTOS DE RESPUESTA

1. Estructura del conocimiento ético

El conocimiento ético tiene una estructura particular que puede ser descrita destacando dos propiedades. En primer lugar, se trata de un conocimiento práctico y no teórico. La finalidad del conocimiento teórico es establecer al hombre en la verdad de lo que las cosas son y se realiza, por ejemplo, en las ciencias de la naturaleza, las matemáticas, etc. Por su parte, el conocimiento de tipo práctico tiene por finalidad la realización de una obra o acción. Las artes, las diversas tecnologías y la ética son las gran-

des modalidades del conocimiento práctico. Estando ordenado a la acción o a la realización de una obra, el conocimiento práctico implica intrínsecamente la incorporación de una variable "no cognoscitiva", a saber, la afectividad. Por afectividad entendemos el conjunto de facultades que orientan efectivamente al hombre hacia las cosas (reales, imaginadas o pensadas) en cuanto son objetivas como "buenas" o "malas". En su forma más elemental, las afectivas se despliegan en placer y dolor. Estas experiencias subjetivas determinan en el animal las conductas de acercamiento, aceptación o rechazo de un objeto determinado. Y es evidente a la observación a la experiencia que existe una íntima relación entre lo "bueno" (por ejemplo, lo útil) y la experiencia afectiva de placer, y entre lo "malo" y la experiencia subjetiva de dolor. La afectividad humana, en su forma más compleja y superior, adquiere la forma de una afectividad voluntaria. En términos simples, esto significa que el ser humano es capaz de hacer surgir libremente en él un deseo, amor u orientación efectiva.

La segunda característica del conocimiento ético es su organización en diversos grados o niveles, en función de su proximidad o lejanía para dirigir la acción a realizar. En su nivel más alejado de la acción a dirigir, el conocimiento ético consiste en los juicios más generales y ciertos que orientan el actuar voluntario. El primero y más fundamental de estos juicios es el que nos indica que se debe hacer el bien y se debe rechazar el mal. Todos los hombres coinciden en él, cualquiera sean sus creencias u opciones particulares sobre lo que es bueno o malo moralmente. En el nivel más próximo a la acción voluntaria a realizar está el último juicio práctico, que determina concretamente lo que debe ser hecho, considerando las múltiples y variadas circunstancias que determinan una acción. En sus niveles intermedios, el conocimiento ético es como una síntesis de la experiencia que el hombre va adquiriendo en dominios de actividad específicos: Medicina, política, etc. El Gráfico 1 esquematiza estos diversos niveles.

2. Ética y ciencias experimentales conexas. La tarea interdisciplinaria en ética-clínica

Existen numerosas ciencias empíricas sobre la conducta humana: sociología, psicología, antropología, por ejemplo. Es nuestro parecer que la función y utilidad de estas ciencias pueden ser considerables y deben ser consideradas

GRAFICO 1

Estructura del conocimiento ético



como una ayuda preciosa para el desarrollo de una ética-clínica verdaderamente práctica.

¿Cómo concebir la relación de esta ciencia con la ética-clínica?

Quisiéramos profundizar en la idea que estas ciencias experimentales de la conducta humana son metodológicamente autónomas de la ética pero no separadas de ella en virtud de la naturaleza moral del fenómeno que tales ciencias describen, a saber el comportamiento voluntario del hombre. Esto significa que en muchos aspectos y problemas estas ciencias pueden aportar a la ética una información experimental que posteriormente ella juzgará en virtud de sus métodos y principios propios.

En ética-clínica creemos que los estudios empíricos de la conducta tengan los siguientes objetivos:

- 1) Identificar y caracterizar los problemas éticos más frecuentes.
- 2) Determinación de los efectos en los pacientes de las conductas y actitudes médicas. Esta información es importante para evaluar un determinado curso de acción. Piénsese por ejemplo en el valor que tendrá el saber cuáles son los efectos de comunicar un diagnóstico grave a pacientes portadores de una enfermedad progresiva e incurable como el SIDA o la enfermedad de Huntington.
- 3) Descripción de la experiencia moral. Es interesante poder describir de una manera sis-

temática la síntesis ético-clínica de médicos que han enfrentado por largo tiempo, y probablemente bajo todas sus formas de presentación, una situación clínica determinada.

Así, la finalidad de estas ciencias empíricas conexas con la ética sería la de aportar información éticamente relevante que permita adaptar la regulación de la acción a un nivel más concreto y práctico. La ética tendría así un rol integrador de esas diversas disciplinas dando un significado concreto a la interdisciplinariedad.

3. Bases para una ética clínica

Creemos que es importante considerar los siguientes elementos en orden a lograr una respuesta a los problemas planteados:

3.1. Reconocimiento de verdades prácticas

Teniendo en cuenta que el objeto de la ética es la acción, es posible plantear que importa mucho más el reconocimiento de la verdad de un conjunto de nociones prácticas comunes que el acuerdo teórico y explícito de cómo justificamos y comprendemos la verdad última de esas nociones. Así, por ejemplo, sabemos de manera intuitiva que no podemos comportarnos frente a un hombre de la misma manera que nos comportamos frente a un animal. Intentando expresar verbalmente esta intuición, diremos algo así como: "el hombre no es un puro objeto", "al hombre no se le puede manipular como una cosa", "el ser humano es un fin en sí mismo y no un medio". Estos juicios pueden ser llamados "prácticos", porque ellos determinan nuestra acción o praxis. Por otra parte, ellos son "éticos", porque nos indican lo que debemos hacer. Estos juicios, que podemos denominar "verdades prácticas comunes", forman la estructura fundamental de la conciencia ética del ser humano. Otros juicios que creemos semejantes a los que hemos citado más arriba son: "el bien es a hacer, el mal a rechazar", "es malo quitar la vida a un ser humano inocente", etc.

La constatación de esta realidad es importante, porque permite entender que el punto de partida para la elaboración conceptual de las nociones éticas deberá corresponder a una de estas verdades que hemos llamado "verdades prácticas comunes". Así, por ejemplo, la elaboración conceptual y teórica de la noción de persona (o más precisamente, la conceptualización del hombre como persona) deberá comenzar por describir las intuiciones primarias referidas a

nuestro comportamiento con otros hombres, el que hemos explicitado en las afirmaciones "el hombre no es un puro objeto", "al hombre no se le puede manipular como una cosa", "el ser humano es un fin en sí mismo y no un medio". Es claro que, sin la referencia a estos juicios, la explicitación de la noción de persona estará como vaciada de su contenido real.

Un problema distinto es saber cuáles son las razones precisas que justifican, desde un punto de vista teórico, esta particular dignidad del hombre. Para algunos, ésta se fundamenta en su espiritualidad. Para otros, en su apertura a la dimensión religiosa. Para otros, en su razón e inteligencia, producto adaptativo de un largo proceso de evolución, etc.

Con lo anterior no queremos decir que la justificación teórica de nuestras convicciones prácticas más comunes no tenga importancia. Esta justificación importa, y ella es obra de la filosofía moral, y en último término, de la antropología y de la metafísica. Lo que queremos indicar es que, tratándose de la acción, es importante, por no decir vital, el intentar destacar un patrimonio ético común que pueda ser tomado como un punto de partida sólido y universalmente válido.

Estas nociones prácticas comunes corresponden a ciertas convicciones fundamentales que la conciencia ética reconoce espontáneamente y de una manera intuitiva y vivencial, implicando, por lo tanto, elementos afectivos y cognitivos. En relación a la actividad médica, creemos que existe un conjunto de verdades prácticas fundamentales que desde siempre han sido reconocidas como válidas. Así, por ejemplo, la idea de que la acción médica no debe dañar al paciente (*primum non nocere*) ha sido reconocida en todas las culturas en donde la Medicina ha existido. De esta manera, y necesariamente dejando un rol importante a la intuición y a la experiencia, la ética clínica puede comenzar por identificar ese conjunto de nociones prácticas que, en relación a la acción médica, son universalmente reconocidas como válida por los médicos, los pacientes y la sociedad.

En este sentido, un material de estudio de gran interés lo constituyen los códigos de ética

(por ejemplo, el Juramento de Hipócrates) que los médicos, desde la Antigüedad, han adoptado como guía de su comportamiento. En la cultura contemporánea, estas convicciones prácticas, pertenecientes al campo clínico, han sido explicitadas como los derechos y deberes recíprocos que ligan al médico y al paciente.

Estos derechos y deberes podrán ser utilizados en el razonamiento práctico como principios, es decir, como punto de partida desde donde será posible aproximarse a la acción concreta e individual que el análisis ético intenta regular; en nuestro caso, la toma de decisiones médicas.

3.2. Clarificación y explicitación de los datos clínicos éticamente relevantes

Otro elemento que debe considerarse en la respuesta a las objeciones planteadas corresponde a la idea que los problemas ético-clínicos resultan más claramente planteados —y a veces de alguna manera resueltos— cuando metódicamente se explicitan y formalizan algunos hechos clínicos particularmente relevantes para el análisis ético de la toma de decisiones. Así, por ejemplo, la explicitación de la certeza del diagnóstico, la enunciación del pronóstico (expresado en categorías funcionales y sus probabilidades), la definición del estado de competencia del paciente, son elementos que deben ser siempre objetivados como primera etapa de todo análisis ético-clínico.

3.3. Información empírica complementaria

Finalmente, otra fuente de objetividad en el análisis ético corresponde al conocimiento empírico que puede ser aportado por el estudio científico de la conducta en el campo clínico, a través de la psicología, sociología y otras disciplinas conexas con la ética.

3.4. Modelo de análisis ético clínico

De acuerdo a lo anterior proponemos un esquema de análisis subdividido en etapas, las que están resumidas en la Tabla I.

TABLA I
Etapas del análisis ético-clínico

<ul style="list-style-type: none">* Referencia a principios éticos explícitos.* Identificación de la información clínica éticamente relevante.* Identificación y descripción de los problemas ético-clínicos.* Evaluación de alternativas de acción.* Resolución de los problemas.* Implementación práctica de la solución.	
<p>1. <i>Referencia a principios éticos explícitos (verdades prácticas comunes)</i></p> <p>Como se explicó en el punto anterior, es pertinente buscar en los códigos de ética médica la explicación de los principios éticos reconocidos como válidos en todos los tiempos y culturas. Creemos que es imposible identificar las siguientes áreas de consenso:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Respeto absoluto a la vida humana en todas sus etapas y condiciones.b) Promoción efectiva del bien del enfermo. Los diversos aspectos de este principio son los siguientes:<ul style="list-style-type: none">* Promoción de salud y prevención de la enfermedad.* Alivio de los síntomas, dolores y sufrimientos.* Curación de la enfermedad.* Evitar dañar al paciente en el curso de los tratamientos propuestos.c) Confidencialidadd) Información y educación	
<p>2. <i>Definición de problemas ético-clínicos</i></p> <p>Operacionalmente, definiremos el problema ético-clínico como todo conflicto entre lo que debe ser hecho y lo que simplemente puede ser hecho o se hace.</p> <p>En la descripción de cualquier problema ético-clínico, es necesario recurrir a un conjunto de nociones o conceptos tales como enfermo terminal, eutanasia pasiva, muerte cerebral, medio desproporcionado, etc. La mayoría de estos conceptos se refieren a ciertos estados biológicos o clínicos que pueden y deben ser definidos de manera precisa, sobre todo cuando ellos implican un determinado pronóstico (enfermo terminal o muerte cerebral, por ejemplo) o bien se refieren a ciertas acciones que pueden ser objetivamente descritas, como por ejemplo la definición de eutanasia o los elementos para determinar si una acción es éticamente desproporcionada por relación al fin.</p> <p>Los problemas ético-clínicos se pueden plantear en relación a la finalidad, objeto y las circunstancias concretas de la acción médica (diagnóstica o terapéutica).</p>	
<p>3. <i>Información clínica éticamente relevante</i></p> <p>Resulta clarificador para el análisis ético-clínico precisar los siguientes aspectos de la información médica:</p> <ul style="list-style-type: none">* Certeza de los diagnósticos* Pronósticos de sobrevida* Capacidad de decisión del paciente (competencia)* Aspectos económicos y sociales relevantes (red social de apoyo)	
<p>4. <i>Evaluación de alternativas de acción</i></p> <p>Es siempre importante describir los efectos positivos y negativos esperables (beneficios y riesgos) de los cursos de acción alternativos. Entre éstos son de particular importancia:</p> <ul style="list-style-type: none">* Mortalidad de alternativas propuestas (sobrevida)* Mortalidad de alternativas propuestas* Costos económicos	
<p>5. <i>Resolución de los problemas</i></p> <p>En esta etapa es imprescindible determinar:</p> <ul style="list-style-type: none">* Quién debe decidir (médico, paciente, familia, etc.)* Qué aspecto de la decisión cae directamente bajo la responsabilidad médica.* La competencia del paciente.* Qué principios éticos son relevantes para el problema en cuestión.	
<p>6. <i>Implementación práctica de la solución</i></p> <p>Finalmente, será necesario precisar la manera concreta de realizar la acción elegida. Aspectos como el cuándo, la forma y otras circunstancias que determinan la acción.</p>	

Consideraciones filosóficas acerca del impacto social de la legalización del aborto¹

Dr. Josef Seifert

Un filósofo, al emplear su método propio, no puede –como es lógico– pretender ser una autoridad en lo referente al impacto fáctico que la legalización del aborto tiene en la sociedad. Esta es una materia que debe ser explorada por la estadística, la sociología empírica o la psicología. Sin embargo, existen ciertos elementos del impacto de la legalización del aborto en la sociedad que se desprenden de la esencia inteligible y de la naturaleza de las cosas y que sólo pueden ser investigados sistemáticamente mediante métodos filosóficos de comprensión y argumentación.

En esta conferencia procuraré poner en evidencia principalmente tres puntos referentes al impacto social de la legalización del aborto:

1) La ley positiva nunca puede ser considerada como la fuente de la bondad o maldad moral del aborto. Si el aborto se dirige –por su misma esencia– no sólo contra el orden moral, sino también contra los derechos humanos fundamentales a la vida y a la protección de ésta por parte de la sociedad, entonces su legalización implica intrínsecamente un ataque contra el orden social y político. Ya que si el aborto es la destrucción deliberada de la vida de una persona humana, entonces equivale a un asesinato y constituye una grave injusticia². El primer impacto de su legalización sobre el orden social es, por tanto, inseparable de la legalización misma, y da cuenta de

la enorme diferencia que existe entre el aborto ilegal y el legal. Esto porque este último constituye, en cierto modo, una amenaza para el carácter constitucional y justo del Estado.

2) El segundo punto guarda estrecha relación con el primero: ninguna ley positiva respecto del aborto puede ser concebida con propiedad como producto de una decisión autónoma del legislador, como si éste fuera completamente libre de instituir leyes positivas y de modificar los derechos naturales. La ley positiva debe estar en armonía con los principios de la ley natural y de la justicia, que preceden a toda ley positiva. En otras palabras, la ley y los derechos naturales tienen fuerza normativa para la ley positiva y esta última no puede desviarse arbitrariamente de ellos. Afirmamos esto en contraste con la concepción que Reinach tenía acerca del *a priori* en la ley civil (por ejemplo, en las leyes que gobiernan las obligaciones y deberes resultantes de los contratos; según Reinach éstas fluyen de la esencia de la promesa, pero pueden ser suspendidas y modificadas con relativa libertad)³.

³ En otra parte he tratado de mostrar que incluso lo que Reinach llama leyes *a priori* tiene mayor fuerza normativa para la ley positiva que lo que Reinach pensaba, y que la ley positiva sólo puede desviarse legítimamente del *a priori* de la ley civil dentro de límites muy restringidos. Acerca de esto confrontar J. Seifert, "Is Reinach's *A priori* Theory of Law more Important than He Himself Thinks?" en: *Aletheia* III, (1984), 34. Y del mismo autor: "Adolf Reinach, 15 *Sämtliche Werke. Textkritische Ausgabe in zwei Bänden*", Tomo I, pág. 611; "Die Werke", Parte II: *Nachgelassene Texte* (1906-1917); Tomo II, pág. 612-848; "Kommentar und Textkritik", editado por Barry Smith y Karl Schumann

¹ Texto traducido del inglés por la Dra. Paulina Taboada.

² Confrontar el excelente libro de Stephen Schwarz, "The Moral Question of Abortion" (Chicago: Loyola University Press, 1990).

- 3) La legalización del aborto tiene consecuencias inmensas, aunque ilegítimas, sobre la conciencia moral subjetiva y las acciones de los hombres. Esto es así, a pesar de que la legalización del aborto de ningún modo puede tener consecuencias sobre el orden moral (en lo referente al aborto mismo), ni sobre la esfera de la ley y del derecho natural, puesto que éstos son eternos y totalmente independientes de cualquier ley positiva. No obstante, hacer del aborto una cosa legal tiene un impacto extraordinario sobre la conciencia subjetiva de la gente.

El conocimiento filosófico nos permite ver claramente que estas consecuencias reales –cuya exploración detallada sería materia de las ciencias empíricas– en ningún caso tienen justificación objetiva.

1. LA LEY POSITIVA NO PUEDE SER FUENTE DE LA BONDAD O MALDAD MORAL DEL ABORTO. LA LEGALIZACIÓN DEL ABORTO NO PUEDE HACERLO MORAL NI LEGÍTIMO, SINO QUE CONSTITUYE UN ATAQUE AL JUSTO ORDEN SOCIAL

La moralidad y la legalidad (que significa la concordancia de una acción con la ley positiva) son cosas completamente diferentes. La ley positiva, y lo que corresponde o no a ella, es algo claramente distinto de lo moralmente bueno o malo. Muchas cosas que son ilegales no son inmorales y viceversa. Además, el legislador no siempre reconoce lo que es justo y puede –por muchas razones– desviarse del justo orden, dictando leyes injustas (como condenar, o incluso matar, a ciudadanos y extranjeros sin ningún proceso ni prueba de culpabilidad). Por tanto, nadie discute que el médico no puede esperar obtener una respuesta a sus cuestiones morales en la ley positiva. Ya que seguramente cualquier bien moral imaginable podría entrar en conflicto con alguna ley positiva, como nos muestran numerosos ejemplos de la literatura y de la vida real. Pensemos en *Antígona*, de Sófocles, donde la heroína se opone a Creón, que carece de piedad; o en la *Apología*, de Sócrates, donde éste describe cómo los representantes del Estado le han mandado cometer crimen e injusticia. *Archipiélago Gulag*, de Solzhenitsyn, está

lleno de estas instancias. Es evidente que este tipo de conflictos entre lo que es legal y lo que es moral no podrían ocurrir si las dos cosas coincidieran. Si esto fuera así, no podría ocurrir que lo que Antígona debe hacer a consecuencia de la piedad hacia su hermano pueda ser un crimen a los ojos de la ley positiva determinada por Creón.

Nunca ha sido suficiente consultar las leyes positivas del Estado para resolver cuestiones éticas. Ya que, en primer lugar, las cortes humanas pueden errar y declarar inobjetable algo que es seriamente malo. Pensemos sólo en el terror nazi o en algunos sistemas legales o tiranías comunistas.

En segundo lugar, muchas cosas que no son moralmente justificables son –y deben ser– legales, como por ejemplo la prostitución⁴. Es, por tanto, absolutamente imposible apaciguar un debate ético haciendo referencia a la ley positiva del Estado. No sólo debemos comprender que las leyes positivas no generan normas morales, sino también que éstas nunca son una autoridad teórica suficiente en contenidos de moral.

En tercer lugar, incluso concediendo que las leyes positivas fueran un oráculo infalible en lo que declaran explícitamente (posición que es absurda), esas leyes nunca podrían cubrir todos los casos que necesitan ser resueltos por el médico. Por tanto, es claramente imposible referir al médico a la ley del Estado, cuando debe decidir acerca del aspecto moral de sus acciones médicas en casos concretos y difíciles.

A pesar de que la diferencia entre moralidad y ley estatal es obvia y evidente, frecuentemente no se hace la distinción entre ellas. Esto ocurre particularmente en Medicina, por lo menos en el sentido de que lo que es permitido por la ley o por el código ético del hospital, es considerado como moralmente justificable sin someterlo a un examen ulterior. En efecto, en Medicina –a diferencia de lo que ocurre en filosofía– con frecuencia uno comienza a plantearse cuestiones éticas frente a acciones que no están establecidas por la ley, o que no han sido establecidas todavía⁵, como ciertos experimentos genéticos⁶.

La identificación de lo que es moral con lo que está de acuerdo con la ley positiva es una

(Munich-Viena: Ed. Philosophia, 1989): en *Prima Philosophia* 3 (1990), 408-415.

⁴ San Agustín y Santo Tomás pensaban que la prostitución es una ofensa moral seria, pero que de todos modos debía ser permitida por el Estado, porque su prohibición generaría males mayores.

⁵ Considérese el gran rol que juegan las decisiones legales sobre casos concretos en la ley romana o británica.

⁶ Este punto ha sido muy bien destacado por Peter Singer en "Unsanctifying Life", citado más adelante.

confusión ampliamente difundida. Hace algún tiempo, uno de los dos periódicos nacionales de Liechtenstein presentó una entrevista a uno de los representantes del gobierno, sobre las posibilidades y consecuencias de la introducción de la nueva píldora abortiva RU 486. En su respuesta frente a las inquietudes de algunas personas, este oficial de gobierno dijo que en esta materia todos podían estar tranquilos, puesto que –independientemente de lo que pudiera suceder en términos de la legalización de esta píldora en Suiza y en Liechtenstein– los médicos de Liechtenstein ciertamente respetarían la ley y por tanto no podrían ocurrir abusos.

Ahora bien, yo respeto al gobierno de Liechtenstein y al parlamento del pequeño país en que vivo, tanto como a cualquier otro congreso, parlamento o rey; pero ellos no son –ciertamente– juez supremo sobre la conciencia humana, ni pueden alterar, mediante sus votos, lo que es moralmente bueno o malo. Esto es algo dictado por la naturaleza misma de los actos y de las cosas. Ni siquiera puede esperarse que ellos posean un conocimiento ético infalible, como ninguna otra corte puede tener⁷.

Cicerón vio esto con agudeza:

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 haberetur? nihilo, 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 illa scripta uspiam sive nusquam⁸.

Con esta cita queda más claro que la ley positiva nunca puede ser considerada como fuente de la bondad o maldad moral del aborto. Esto tiene una consecuencia extremadamente importante para la cuestión que nos ocupa: como el aborto se dirige –en virtud de su misma esencia– no sólo contra el orden moral, sino también contra los derechos humanos fundamentales a la vida y a la protección de ésta por parte de la

sociedad, su legalización constituye un nuevo mal e implica intrínsecamente un ataque al orden social y político. De este modo podemos decir que el aborto remueve los mismos fundamentos del Estado, pues éste debe ser gobernado por la ley y la justicia. Dado que el aborto es la destrucción deliberada de la vida de una persona humana, su realización constituye un crimen y una grave injusticia⁹. Legalizar una injusticia como ésta es, a su vez, un mal enteramente nuevo, como muestra Schwarz con fuerza:

Hacer ilegal la violación de una mujer no previene su ocurrencia. ¡Pero imaginemos ahora a un gobierno que hiciera legal la violación! Esto sería una atrocidad más allá de todo comentario. Imaginemos un gobierno que hiciera legal el asesinato de adultos o el abuso de menores y el asesinato de niños. Ya es suficientemente terrible que la gente cometa estos crímenes contra las leyes explícitas del Estado. Pero si el Estado dice: “está bien, ustedes pueden hacer estas cosas”; si –permitiéndolos– da su bendición a estos crímenes, esto es un mal inefable y nuevo¹⁰.

El primer impacto de la legalización del aborto sobre el orden social es, entonces, inseparable de la legalización misma. Se refiere a la enorme diferencia que existe entre el aborto ilegal y el legal, puesto que este último constituye una amenaza al carácter constitucional y justo del Estado.

Teniendo en cuenta las decisiones previa y la actual de la Corte Suprema alemana de Karlsruhe, podemos agregar aquí otra distinción: constituye un mal el que el Estado legalice el aborto; constituye otro mal, pero menor, que el Estado diga –como en el caso de Alemania– que “el aborto es siempre un asesinato y es ilegal, pero que no será penado por el Estado, porque en este caso el castigo es inefectivo. Será, en cambio, una mejor protección de la vida establecer una consulta obligatoria, en la que se explique a la madre el derecho a la vida que tiene el niño no-nacido. “A pesar de ser un mal menor, incluso la respuesta de esta Corte Suprema alemana se opone aun al carácter criminal de la acción de abortar y a la respuesta debida frente a ella. Ya que, si por violar los derechos humanos fundamentales, el aborto es objetivamente un crimen, está mal abandonar su sanción

⁷ Cicerón destacó con fuerza este punto en “*De Legibus*” y en “*De re publica*”.

⁸ Cicerón, “*De legibus*”, I. xv. 42.

⁹ Ver Stephen Schwarz, “The Moral Question of Abortion”, cit., pág. 22 sigtes., 145 sigtes.

¹⁰ Schwarz, *ibid.*, pág. 193 (Traducción propia [PT]).

y reemplazarla sólo por un "consejo contra él". Levantar el castigo es, en sí mismo, declarar que un crimen no es un crimen. Puesto que, si es un crimen y si el bien por él atacado es un derecho humano básico, el Estado tiene necesariamente el deber de protegerlo legalmente.

2. LA LEY POSITIVA RESPECTO AL ABORTO NO PUEDE SER CONCEBIDA CON PROPIEDAD COMO PRODUCTO DE UNA DECISION AUTONOMA DEL LEGISLADOR, SINO QUE DEBE BASARSE EN PRINCIPIOS DE LA LEY NATURAL Y DE LA JUSTICIA, QUE PRECEDEN A LA LEY POSITIVA Y QUE SON NORMATIVOS PARA ELLA

Queremos destacar ahora otro punto, que está estrechamente vinculado con el anterior. Ninguna ley positiva respecto del aborto puede concebirse –con propiedad– como producto de una decisión autónoma del legislador, como si éste fuera completamente libre al dictar leyes positivas y pudiera modificar los derechos naturales. Muy por el contrario, la ley positiva no sólo está precedida por la ley natural y por los derechos fundados en la misma esencia de la persona, sino que esta ley y derechos naturales tiene además un carácter normativo respecto de cualquier ley positiva. Por tanto, la ley positiva debe estar en armonía con los principios de la ley natural y de la justicia que la preceden. Este segundo punto es muy diferente del primero. Incluso si –en virtud de la esencia del acto de prometer– la promesa produce una obligación en el que promete y un derecho a exigir su cumplimiento en la persona a la que va dirigida la promesa, el Estado puede libremente alterar o suprimir estos derechos y obligaciones, p. ej. en caso de menores de edad, de ausencia de confirmación escrita, etc. En otras palabras, el caso del aborto es distinto de la concepción que Reinach tenía del a priori en la ley civil (por ejemplo, Reinach pensaba que las leyes que gobiernan las obligaciones y deberes resultantes de los contratos fluyen de la esencia misma de la promesa, pero que luego pueden ser suprimidas y modificadas con relativa libertad por la ley positiva). La ley y los derechos naturales son normativos para la ley positiva y esta última no debe desviarse arbitrariamente de ellos¹¹.

Precisamente desde este punto de vista crítico Cicerón el principio "todo poder procede del

pueblo" (en sentido de que no hubiera bien ni mal que fuera independiente de la voluntad de los que hacen las leyes). Cicerón estaba convencido de que el fundamento de la esfera del derecho y de la justicia –el fundamento pre-positivo sobre el que se construye el orden civil de la sociedad– supone que ni el poder de la institución legislativa, ni el poder ejecutivo del Estado puedan tener alguna vez derecho a violar este orden. Existen principios de la ley natural y de la justicia que ni un tirano, ni un legislador monárquico, ni una mayoría democrática tendrán nunca el derecho a ignorar o violar.

De este modo, la concepción positivista del principio de que todo el poder y derechos del Estado tienen su origen en la voluntad del pueblo –según el positivismo legal de Kelsen–, donde la voluntad legislativa sería la fuente exclusiva de todo lo bueno y lo malo en la sociedad, ha sido cuestionada agudamente por Cicerón.

Y es precisamente esta cuestión la que toca también el cambio esencial y el efecto que la legalización del aborto produce sobre la relación entre la justicia y el poder legislativo del Estado. Entender correctamente esta relación no tiene sólo un gran interés filosófico teórico, sino principalmente un significado práctico. Ya que se trata de la pregunta acerca de si el poder legislativo del Estado siempre lleva al orden legal justo o si la justicia de la ley requiere –además de la voluntad de los legisladores– la preservación de y el respeto a muchos elementos pre-positivos, que preceden cualquier orden legal¹².

Por otra parte, un Estado constitucional basado en la justicia tiene un significado fundamental mayor que una democracia. De hecho, la legitimación de la democracia depende de su relación con la justicia. La relación constitucional de un Estado con la justicia es lejos más importante que la cuestión de la forma de gobierno: si es una monarquía o una democracia. Ambas formas pueden estar privadas de una conexión constitucional y fáctica con la justicia, como también ambas pueden poseerla. John Locke –quien inspirara la filosofía de la ley natural en forma importante y positiva– vio esto con mucha claridad. Cualquier democracia o monarquía degenera en una tiranía y se transforma a sí misma en una banda de criminales, si los derechos humanos fundamentales no son respetados por el Estado.

¹² Ver: Wolfgang Waldstein, "Vorpositive Ordnungselemente im Römischen Recht", *Öst. Z. öff. Recht* 17 (1967), pág. 2 sgtes.

¹¹ Ver nota 3.

Recordemos aquí también la discusión de Herodoto y Cicerón acerca de las respectivas ventajas y desventajas de la democracia, la oligarquía y la monarquía¹³. Hablando negativamente, a pesar de que tanto las monarquías como las oligarquías tienen muchos puntos a su favor, ambas formas de gobierno tienen un riesgo de degenerar en tiranías o dictaduras que violen el legítimo interés de la mayoría de los ciudadanos, mayor que el de las democracias. Esto no descarta el hecho de que algunos de los regímenes más totalitarios de este siglo hayan surgido de elecciones democráticas, como, por ejemplo, la Alemania nazi de Hitler.

Es claro que también hoy —y específicamente en el caso del aborto— las democracias corren grave peligro de no proteger los derechos de ciertos grupos de gente, sean éstos los no-nacidos, los extranjeros o los racialmente diferentes. Esto puede ocurrir cuando en una sociedad democrática las estructuras de poder y los intereses de grupo no tienen en mente el verdadero bien de sus ciudadanos y de todos los habitantes de ese Estado, sino sus propios intereses subjetivos¹⁴. Como en una democracia los políticos dependen del favor del electorado, fácilmente pueden ser influidos por mayorías ilegítimas, que traicionen los intereses de las minorías o de grupos enteros de la población, como los no-nacidos. También el anonimato del poder —el hecho de que uno dé su voto y de que sean las mayorías impersonales y los partidos los que parecen determinar asuntos crucialmente importantes— provoca en una sociedad democrática el peligro de que nadie perciba la responsabilidad personal de las decisiones malas y que cada uno se esconda detrás de comités anónimos y figuras estadísticas. Además están las tendencias demagógicas y la posibilidad de ser influido por ellas. En fin, todo esto supone grandes obstáculos para que la democracia pueda ser con facilidad un verdadero "Rechtsstaat" (Estado de derecho). Recordemos también el peligro de que una democracia sea gobernada por una mayoría de hombres ignorantes o incluso tontos, peligro frente al que Platón nos prevenía vivamente¹⁵. En una sociedad democrática el político está en riesgo constante de hacer no sólo los compromisos políticos necesarios —en caso de no poder

realizar lo mejor en términos absolutos¹⁶— sino también de dirigirse según las cambiantes opiniones de la gente, como Alquistfades.

Es, por tanto, un error enorme —hoy ampliamente difundido— pensar que con la forma democrática de Estado la justicia está ya garantizada. Esto dependerá de si ese Estado reconoce y garantiza el respeto a los derechos humanos fundamentales a la vida, a la libertad, a la educación, a la libertad religiosa, etc.

Como ya hemos dicho, Cicerón posee el gran mérito de haber destacado el carácter normativo de la ley natural respecto de la ley positiva. Consideremos otros dos textos de Cicerón. El primero de ellos proviene de "*De re publica*"¹⁷.

En este importante texto, Cicerón llama a la verdadera ley "recta razón, que está en conformidad con la naturaleza"¹⁸. Al hablar de naturaleza no se refiere —obviamente— a meros hechos, impulsos, instintos, egoísmo, tendencias sádicas o crueldad, tan ampliamente presentes en la naturaleza humana. Se refiere más bien a los aspectos de la naturaleza humana relacionados con valores: la verdadera esencia del hombre, de la justicia, de los derechos, de la dignidad humana y de todos los bienes que imponen llamados y obligaciones morales al hombre. La verdadera ley, según Cicerón, es aquella ley que fluye de la naturaleza misma y se adecua a ella. A esta ley la llamamos aún hoy "ley natural". Cicerón afirma que todo hombre está ligado por ella y participa en ella. Debido a su universalidad no sólo es válida en todas las situaciones y para todos los tiempos, sino que también está

¹⁶ Cf. un bello discurso de Francisco Cossiga: "Power and Conscience" en "Akademie-Reden", Vol. I. (Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter, 1992) editado en tres idiomas por J. Seifert y R. Buttiglione.

¹⁷ Cicerón, "*De re publica*", III. xxii, 33:

... *Est quidem vera lex recta ratio naturae congruens, diffusa in omnes, constants, sempiterna, quae vocet ad officium iubendo, vetando a fraude deterreat; quae tamen neque probos frustra iubet aut vetat nec improbos iubendo aut vetando movet. huic legi nec obrogari fas est neque derogari ex hac aliquid licet neque tota abrogari potest, nec vero aut per senatum aut per populum solvi hac lege possumus, neque est quaerendus explanator aut interpret eius alius, nec erit alia lex Romae, alia Athenis, alia nunc, alia posthac, sed et omnes gentes et omni tempore una lex et sempiterna et immutabilis continebit, unusque erit communis quasi magister et imperator omnium deus, ille legis huius inventor, disceptator, lator; cui qui non parebit, ipse se fugiet ac naturam hominis aspernatus hoc ipso luet maximas poenas, etiamsi cetera supplicia, quae putantur, effugerit...*

¹⁸ Confrontar también Cicerón; "*De legibus*", VI. 19: "*lex est ratio summa insita in natura, quae iubet ea, quae facienda sunt, prohibetque contraria*".

¹³ Cicerón, "*De re publica*" I. xl. 64 sgtes., I xLiv 68 sgtes., que trata del peligro del tirano y de las ventajas de una constitución mixta.

¹⁴ Este es un peligro análogo al que existe en la monarquía absoluta, sólo que bajo una forma distinta.

¹⁵ Ver Platón, "*La República*" y "*Las Leyes*", así como "*Eutifro*", "*Apología de Sócrates*" y "*Critón*".

abierta al conocimiento de todo hombre. Cicerón llama a esta ley "permanente y eterna". Posee el carácter de un deber, pero de un deber sui generis, que se encuentra sólo en la esfera moral y legal.

Dice Cicerón —y sus palabras se aplican también para nosotros, los modernos— que esta ley eterna no dicta en vano sus mandatos y órdenes a los buenos, ya que éstos obedecen la ley que está inscrita en la naturaleza misma de las cosas. Afirma, sin embargo, que esta ley natural no puede mover, mediante sus mandatos y veredictos, a los hombres malos. En otras palabras, Cicerón considera esencial para este tipo de ley que uno pueda libremente obedecerla o desobedecerla, es decir, que ella no fuerce al hombre.

Esto recuerda la distinción entre *physis* y *dike* introducida por Hesíodo, según la cual la *dike* gobierna exclusivamente a través del orden de la aceptación libre y de mandatos dirigidos a agentes libres (no gobierna automáticamente). Su fuerza y causalidad incluyen la motivación, sin la cual ella sería inefectiva.

Cicerón dice que —debido a su carácter inmutable— sería una gran injusticia tratar de cambiar esta ley eterna mediante la implementación de leyes o acciones humanas que la contradigan. Uno puede reconocerla —con su inmutabilidad— o rechazarla. De modo muy oportuno nos dice Cicerón que, ciertamente, se puede querer ordenar las leyes positivas desviándose de la ley natural eterna. Esto ocurre, por ejemplo, siempre cuando se legaliza un asesinato, como pasa en las democracias occidentales a lo largo del mundo, en las que se han legalizado millones de abortos y se han dictado leyes injustas de los más diversos tipos.

Cicerón añade que ningún hombre puede ignorar esta ley eterna, romper con ella o deshacerse completamente de ella. El hombre puede —no obstante— violar muchas partes de ella (a pesar de que ninguna parte debería ser omitida).

Cicerón agrega que cualquiera de los que desobedece esta ley huye de sí mismo (*ipse se fugiet*) y niega su misma naturaleza como hombre ¡Qué verdadero resulta esto respecto de los crímenes de guerra cometidos actualmente en la ex Yugoslavia! Ser hombre no es (sólo) una posesión, sino también una conquista, como decía Gabriel Marcel¹⁹. Al mismo tiempo, por su capacidad esencial y su racionalidad, posee el hombre una dignidad que sobresale entre la

de todos los otros seres, como bien lo expresó Cicerón²⁰.

La diferencia entre la legalidad y moralidad, así como también el poder normativo de la ley natural sobre la ley positiva, fueron puestos en evidencia por Cicerón mediante muchos ejemplos, entre ellos el de Sócrates:²¹

quodsi populorum iussis, si principum decretis, si sententiis iudicium iura constituerentur, ius esset latrocinari, ius adulterare, ius testamenta falsa supponere, si haec suffragiis aut scitis multitudinis probarentur, quae si tanta potestas stultorum sententiis atque iussis, ut eorum suffragiis rerum natura vertatur, cur non sanciant, ut, quae mala perniciosque sunt, habeantur pro bonis et salutaribus? aut cum ius ex iniuria lex facere possit, bonum eadem facere non possit de malo? atqui nos legem bonam a mala nulla alia nisi naturae norma dividere possumus; nec solum ius et iniuria natura diiudicatur, sed omnino omnia honesta et turpia... ea [honestata et turpia] autem in opinione existimare, non in natura posita dementis est...²²

La evidencia de estas cosas, así como la existencia de este orden normativo de la ley y derechos naturales sólo pueden ser captadas por un contacto cognitivo con aquellas cosas y verdades que contienen en sí mismas el criterio de ellas mismas.

Algunos sostienen la absurda opinión que tal poder normativo de los bienes y derechos naturales contradice la libertad y abre la puerta al totalitarismo y la dictadura. Lo que se requeriría, según ellos, serían leyes más "liberales" en materia del aborto. Schwarz responde a esta objeción en forma excelente:

Primero, todas las leyes que protegen a los inocentes de ataques (violación, asesinato, *child abuse*, etc.) son restrictivas... Ser restrictivo en este contexto es una cosa buena. Son sólo las restricciones indebidas las que son malas, especialmente aquellas que impiden hacer las cosas que tenemos derechos a hacer. Nadie tiene el derecho a matar a una persona inocente, nacida o no-nacida. Segundo... abortos liberales o liberalizados son nombres inadecuados en el mayor grado

¹⁹ Ver J. Seifert, "Essere e persona. Verso una fondazione fenomenologica di una metafisica classica e personalistica". (Milano: Vita e Pensiero, 1989), cap. ix.

²⁰ Cicerón, "De legibus", I. vii. 22.

²¹ Cicerón, "De re publica". IV. viii. 8 f.

²² Cicerón, "De legibus" I: xvi. 43-44. Confrontar también "De legibus" I. 25.

imaginable. El verdadero espíritu liberal es la libertad, especialmente la libertad más fundamental, esto es la libertad de ser. Las leyes que permiten el aborto son precisamente la negación de esa libertad al niño. Ellas son, por tanto, una antítesis de todo lo que es verdaderamente liberal. Si se llaman liberales a estas leyes que permiten matar a los niños inocentes antes de su nacimiento, se oculta su carácter absolutamente antiliberal²³.

3. LA LEGALIZACIÓN DEL ABORTO TIENE CONSECUENCIAS ENORMES –AUNQUE ILEGÍTIMAS– SOBRE LA CONCIENCIA MORAL SUBJETIVA DE LA GENTE Y SOBRE SUS ACCIONES

A pesar de que la legalización del aborto de ningún modo tiene consecuencias sobre el orden moral (en lo referente al aborto mismo) ni tampoco sobre la esfera de la ley y del derecho natural –puesto que éstos son eternos y totalmente independientes de cualquier ley positiva–, sí tiene consecuencias enormes (pero ilegítimas) sobre la conciencia moral subjetiva y las acciones de los hombres. Esto ha sido mostrado por estudios recientes, según los cuales la legalización del aborto ha llevado en los Estados Unidos a un número de éstos quince veces mayor que antes (de 100.000 a 1.5 millones por año). Muchas de las mujeres que abortan dicen que nunca habrían llegado a obtener un aborto ilegal y que no hubieran abortado antes de la legalización²⁴.

Esto es un dato empírico, que el filósofo en cuanto tal no puede ni demostrar ni contradecir. Pero lo que sí puede decir objetivamente el filósofo es que la legalización no tiene nada que ver con hacer que un contenido sea moralmente permisible. Sin embargo, con frecuencia se trata de sostener esta posición. Permítanme citar aquí un ejemplo: discutía hace años el problema moral del aborto con un ginecólogo judío, director del Departamento de Ginecología y Obstetricia de

un hospital católico de Texas. Este no respondía a mis preguntas sino diciendo que, mientras la ley prohibía el aborto (hasta 1973), él nunca hubiera realizado uno. Pero ahora –respondía para mi asombro este médico brillante y famoso– es legal realizar abortos y, por tanto, su realización no debería ya considerarse moralmente cuestionable (aunque él no estaba particularmente orgulloso de hacerlo). Este médico no me ofrecía ninguna respuesta convincente cuando yo le señalaba que los nazis habían dictado leyes (o al menos órdenes) según las cuales era legal –o incluso mandatorio– denunciar y matar a los judíos, sin que este hecho transformara esta conducta en algo moralmente defendible. Y es que en realidad no hay ningún argumento. De hecho, es difícil creer que un hombre inteligente pueda defender semejante posición irracional.

El conocimiento filosófico no nos permite medir hasta qué grado este tipo de confusiones dominan actualmente a nuestra sociedad. El examen detallado de las consecuencias reales de la legalización del aborto es materia de las ciencias empíricas. Sin embargo, lo que sí nos permite ver con claridad la filosofía es que la legalización del aborto de ningún modo puede justificar objetivamente esas consecuencias reales. Por último, además de las consecuencias intrínsecamente malas de la legalización del aborto, el conocimiento filosófico nos permite juzgar que los enormes efectos pedagógicos y psicológicos negativos de tal legalización (e incluso de la no-protección legal de la vida del no-nacido) constituyen una razón adicional por la que el legislador y el político debieran pronunciar un *non possum* absoluto ante ella, aunque esto los haga impopulares. Cualquier legalización o tolerancia del aborto supone no tratar a este acto como lo que realmente es: un crimen contra la vida.

Es esta excelencia y esta dignidad humana la razón última de la grave injusticia que supone cualquier legalización del asesinato de cualquier ser que esté dotado de esta “dignidad de la sustancia humana”, sea éste nacido o no-nacido.

²³ Schwarz, *ibid.*, pág. 193-194.

²⁴ Pueden encontrarse referencias sobre esto en Schwarz, *ibid.*, pág. 195 siguientes.

Proposiciones para una psicología moral del aborto provocado

Dr. Alejandro Serani M.

INTRODUCCION

Quisiera señalar, al comenzar, que las reflexiones que expongo a continuación —en particular aquellas que dicen relación con aspectos psicológico-morales— son fruto del trabajo al interior de un equipo interdisciplinario. El trabajo de este equipo se encuentra en sus etapas iniciales. Las consideraciones que expondremos derivan del intento por establecer un marco teórico inicial de la revisión crítica de la literatura y de algunas de las entrevistas exploratorias a hombres y mujeres que han tenido participación en aborto o que, habiéndose encontrado en trance de abortar, han optado por conservar el embarazo. Las entrevistas a personas que han participado en abortos las hemos realizado en el contexto de una relación de ayuda médica, pedagógica o moral, guardando las más estrictas normas de la confidencialidad profesional.

EL PROBLEMA DEL MARCO TEORICO

La historia contemporánea en estos dos últimos siglos ha sido testigo del intento por construir una ciencia de puros hechos. Esta tendencia se manifestó en primer lugar en la física, y luego se extendió a la química y a la biología, alcanzando finalmente en este siglo a las ciencias humanas. Este intento, cuyos frutos indirectos no dejan de ser asombrosos e interesantes, surge —a nuestro juicio— de una desconfianza, justificada o no, en la preexistencia de todo referente teórico para las llamadas ciencias positivas. Cualquier conceptualización abstracta, en este contexto, suele ser considerada arbitraria y fuente de error en la investigación.

Este intento, que no carece de nobleza, y cuyos resultados han sido en muchos campos verdaderamente espectaculares, no deja de tener sus bemoles. El primero y el más fundamental de ellos es que, en la práctica, toda evidencia

sensible, por más primaria y elemental que sea, supone necesariamente un marco inteligible en el cual esas evidencias puedan ser acogidas, relacionadas, interpretadas. En otras palabras, toda empiria necesita de un marco racional en el cual su carácter señalizador y manifestador de lo real pueda tener algún sentido. La ciencia de los fenómenos necesita ideas acerca de las realidades que por los fenómenos se manifiestan. Todo esto equivale a decir que la ciencia siempre es, en último término, obra de razón. Renunciar a la teoría equivale a renunciar a la ciencia y a todo aquello que hay de más propio y noble en el hombre.

Curiosamente —y en virtud de esa misteriosa pero inexorable ley de las compensaciones— pocas veces como en nuestra época los hombres nos habíamos hecho más susceptibles a la arbitrariedad y al dogmatismo. En efecto, la mejor manera de hacerse víctima de una falsa teoría, es negándole toda posibilidad a una verdadera. El único temor que se le debe tener a una teoría es que no esté fundada en los hechos, que de ellos no surja y que en ellos no se verifique. En ese sentido, es a las teorías falsas a las que hay que temerles y en ningún caso a las teorías verdaderas.

Estas reflexiones preliminares, inevitablemente abstractas, tienen una importancia práctica capital para el tema que nos ocupa.

El problema del aborto provocado ha pasado a constituir en nuestra sociedad moderna el paradigma de este tipo de problemas que pareciera ser imposible abordar de manera objetiva. En efecto, si aplicáramos una encuesta bien diseñada para que al contestarla de buena fe necesariamente tengamos que pronunciarnos acerca de dos temas: la inmortalidad de los unicelulares y el aborto provocado, creo que podríamos predecir, sin mucha probabilidad de error, los resultados. Todos o casi todos tendrían una opinión en relación al aborto, y muchos o casi todos no la tendrían en relación a la inmortalidad de los unicelulares.

Para los enemigos de las buenas teorías este experimento sería la demostración de que toda discusión sobre el tema del aborto supone una opción ya hecha, y que todo lo que la persona razone acerca del tema lo va a hacer a partir de esa opción, para confirmarla, ratificarla o defenderla. Más aún, si esta persona llegara a cambiar de idea a lo largo de la discusión, no podría hacerlo en función de los argumentos, sino en virtud de un cambio de opción. Opción que, en último término, resulta injustificable desde el campo de los argumentos o de la razón. Toda discusión sobre este tema, en consecuencia, resultaría inútil a priori, entre personas que tienen ideas diferentes. Y resulta inútil porque se tienen ideas diferentes en virtud de opciones diferentes, ya que —según esta postura— las ideas dependen de las opciones, y no las opciones de las ideas. Siguiendo esta línea de razonamiento se podría afirmar que, en un grupo con ideas homogéneas, por ejemplo, un grupo religioso, la argumentación podría ser útil para confortarse mutuamente en su opción o para perfeccionarse en hacerla más coherente desde el punto de vista lógico.

Si se consideran las cosas críticamente, se comprenderá el que siguiendo este espíritu haya cada vez más en nuestra cultura intercambio de palabras en periódicos, revistas, libros, simposios, congresos, pero cada vez menos diálogo verdaderamente intelectual. La calidad del debate suele ser pobrísima. El único diálogo verdaderamente posible viene a ser un intercambio verbal puramente pragmático en el cual un grupo pone al otro al corriente de las cosas cada vez más insólitas que sostiene, y se trata simplemente de llegar a un consenso para hacer posible sin grandes molestias ni perjuicios mutuos la realización de las opciones de cada uno de los grupos de pensamiento. Mientras más corrientes de pensamiento existan, y mientras más disparatadas sean sus proposiciones, pareciera ser que las discusiones son más interesantes. Sin embargo, llegado el momento de decidir, no interesa saber quién está en la verdad. No se trata de quién tiene la razón, sino de quién tiene la fuerza.

Estas son algunas de las razones por las cuales en nuestra época resulta tan difícil discutir verdaderamente acerca de cualquier tema de fondo y en particular del aborto.

Nos hemos extendido en estas consideraciones para poder dejar más claramente establecida la filosofía que inspira a nuestra investigación. No pretendemos negar que, muchas veces, tanto en la vida diaria como en el trabajo científico la marcha libre del pensamiento se ve entorpecida por nuestros afectos, opciones e inclinaciones.

Este es un defecto de método intelectual en el que todos caemos. Pero una cosa es reconocer una actitud viciosa de la voluntad, denunciarla e intentar corregirla con todas sus energías, y otra muy distinta es pretender que ese vicio corresponde al régimen normal del pensamiento humano. Tampoco se trata de eliminar de nuestra vida intelectual las opciones prácticas, las emociones, sentimientos e inclinaciones, se trata simplemente de ponerlas al servicio de la verdad y no al servicio de nuestras propias comodidades y conveniencias. Pensamos, en consecuencia, que es posible llevar a cabo un verdadero debate intelectual a propósito del aborto, tanto en nuestro país como en el mundo entero. Que no es cierto que las opciones morales enturbien necesariamente el pensamiento. Que el encontrar la verdad objetiva y el bien de las personas en estas materias es tarea de la inteligencia y de la afectividad al servicio de la razón. Que el voto es útil —en estas materias— cuando está al servicio de la verdad y del bien, y no cuando es una pura manifestación de la fuerza, constituyéndose en violencia disfrazada de razón.

Cuando se examina el problema del aborto provocado, desde esta perspectiva, algunas cosas se aclaran que estaban oscuras, y muchas otras surgen que piden aclaración, y acerca de las cuales nadie se había preguntado.

EL ABORTO PROVOCADO COMO HECHO Y COMO PROBLEMA

La primera exigencia metodológica para una investigación acerca del aborto es, entonces, preguntarse cuáles son los hechos. Resulta imposible intentar ponerse de acuerdo o de dialogar en el plano teórico si antes no existe un mínimo acuerdo acerca de los hechos. Sabemos que este punto es delicado, ya que muchas veces, ya en este plano, nos negamos a darle valor a ciertos hechos, porque intuimos que van contra una teoría a la cual nos aferramos de modo acrítico.

I

En consecuencia, previamente a toda discusión acerca del aborto provocado, en tanto que problema, ya sea que se considere a éste como un problema de orden médico, psicológico, ético o social, resulta imprescindible el realizar un mínimo análisis acerca del aborto provocado como hecho. Es decir, debemos tratar de preci-

sar: qué es el aborto provocado, en tanto que simple y desnuda realidad fáctica.

Descriptivamente, el aborto provocado puede ser definido como aquella conducta, ejercida sobre una mujer gestante, con el objeto de interrumpir el embarazo y causar la muerte del ser en desarrollo. El aborto provocado nos aparece, entonces, en primer lugar, como una conducta o un comportamiento que, naciendo de la interioridad psíquica de los individuos, se realiza o concreta en la realidad física.

Ahora bien, a diferencia de muchas otras conductas observables, comunes a los animales y al hombre, no hemos encontrado ningún testimonio, ni en la literatura científica ni en la literatura general, acerca de animales que ejecuten actos intencionales que puedan ser considerados abortivos¹. La conducta abortiva, entonces, aparece como una conducta exclusiva del hombre.

El afirmar que se trata de un comportamiento exclusivamente humano no debe entenderse en el sentido que sea una conducta específica o propia de la especie, y, por lo tanto, presente en todos o casi todos los individuos. La simple observación, y también los datos estadísticos, muestran que no es una conducta que aparezca en relación a todas las mujeres embarazadas. Aun en los países en que el aborto es legal, el número de mujeres a las que se ha provocado un aborto en su etapa reproductiva es menor al número de mujeres que no han padecido este procedimiento.

En la conducta abortiva la mujer puede actuar sobre sí misma, y hacerlo sola o con colaboración. La participación de la mujer puede tener diversos grados de actividad o pasividad, aunque es raro el que la mujer actúe en términos pura y totalmente pasivos. En todo caso, salvo contadas excepciones, la conducta abortiva no es una conducta exclusiva de la madre; es siempre, o casi siempre, una conducta realizada en colaboración con otras personas, mujeres u hombres. Este hecho hay que subrayarlo, ya que algunos enfoques éticos o jurídicos tienden a desconocer o subestimar el rol y la responsabilidad que le cabe a las personas que rodean a la

mujer en la provocación de la conducta abortiva. Con esta omisión se comete una injusticia que se apoya en una mala observación. Considerar al aborto provocado como una conducta que se sitúa en el ámbito propio y exclusivo de la mujer, constituye, ya desde la perspectiva empírica, un error metodológico.

Considerando las cosas desde la perspectiva del ser en gestación, el aborto provocado termina efectivamente con su muerte en la gran mayoría de los casos. En lo que se refiere a la madre, parece haber un cierto consenso entre los clínicos que, en una mujer sana, y aun en las mejores condiciones sanitarias actuales, la interrupción precoz del embarazo presenta un mayor riesgo —tanto de mortalidad como de morbilidad— por comparación con el parto normal². Dicho de otro modo, el aborto provocado constituye una acción con un riesgo incrementado de mortalidad y de morbilidad: muerte prácticamente segura para el niño, y riesgo incrementado de patología o de muerte para la gestante por comparación con el embarazo y parto normal³. Aun si aceptáramos que el riesgo de morbimortalidad del embarazo y parto normal, es igual o mayor que el del aborto provocado —como algunos sostienen—, seguiría siendo válido que se trata de dos situaciones fenomenológicamente diferentes. En efecto, en el caso del embarazo y parto normales, el riesgo es inherente a un proceso natural, que tiene como resultado habitual una nueva vida. En el aborto provocado, en cambio, el riesgo es autoprovocado o autoconsentido, y el resultado buscado de este proceso es una muerte y no una vida.

² Un caso totalmente diferente es lo que ocurre en una gestante portadora de patología. En esta situación la interrupción del embarazo, aun con riesgo de muerte para el niño, puede llegar a ser técnica y éticamente mandatoria. Es lo que ocurre de hecho a diario con la llamada operación cesárea.

³ Algunos autores plantean que el aborto provocado legal tendría una morbi-mortalidad inferior a la que se sigue del embarazo y parto normales. Esta consideración suele tener un doble sesgo. En primer lugar, se hace caso omiso del hecho de que en el aborto provocado la mortalidad del niño se aproxima al 100%. En segundo lugar, no se toma en cuenta el que los dos grupos no son comparables, ya sea porque las gestantes con patología se concentran en el grupo de las madres que llegan con su embarazo a término, ya sea porque las interrupciones precoces de embarazo, en madres con patología, se las considera en un grupo aparte, que es el de los llamados abortos terapéuticos, con lo que las complicaciones que se deriven de los procedimientos efectuados en estas madres no quedan contabilizados como complicaciones del aborto legal.

¹ Distinto sería el caso del infanticidio, del cual existen conductas en los animales que guardan con él alguna semejanza. Para una análisis exhaustivo de este tipo de conductas aberrantes en los animales, cf.: Brion, A.-J. & Ey, H. (eds.): 1968, *Psiquiatría Animal*, Siglo XXI Editores, México. Los autores hacen notar, sin embargo, que la mayor parte de estas conductas han sido observadas en animales domésticos, y que existen muy pocas observaciones de animales en libertad.

Continuando en términos de una descripción objetiva, el aborto provocado aparece también como la interrupción intencional y abrupta de un proceso natural. Proceso que, salvo obstáculos fortuitos o enfermedad, debiera haber terminado en un parto de término. En este sentido, la conducta abortiva, a diferencia de otras como: la alimentación, la huida, la caza, el cortejo o el apareamiento, no responde a la satisfacción de ninguna necesidad biológica básica evidente; por el contrario, aparece como oponiéndose a una de ellas.

Ahora bien, además de contrariar el normal desenvolvimiento de una función biológica: ¿Se opone el aborto a un "instinto maternal"? Sabemos cuán enérgicamente se han opuesto algunos autores contemporáneos a reconocer la existencia de una tendencia o instinto maternal en la mujer. Con mayor razón debieran oponerse estos autores a la existencia de un instinto o tendencia paternal en el varón, aunque, a decir verdad, este punto ni siquiera lo consideran. Para esta línea de pensamiento, de existir alguna tendencia en ese sentido, ésta no sería sino una inclinación socialmente condicionada.

Estas posiciones suelen derivar de marcos conceptuales apriorísticos. La prueba es que, aun cuando un investigador llegara a detectar empíricamente una tendencia en ese sentido, la teoría predice que éste no puede ser sino socialmente condicionado. Es decir, se trata de teorías empíricamente irrefutables, lo que equivale también a decir que se trata de teorías empíricamente inverificables. El hecho que en algunas personas parezca no detectarse, tampoco prueba que la tendencia maternal sea socialmente condicionada, ya que en términos abstractos es igualmente posible hipotetizar que esta desaparición y no la aparición es la socialmente condicionada.

Nuestra posición aspira a ser más modesta. Nos limitamos a constatar que, tanto en nuestras observaciones como en las de otros autores, es posible comprobar un sufrimiento en relación al aborto, tanto en la madre como en el padre. Esto ocurre de manera más manifiesta y abierta en los casos de aborto espontáneo, pero este sentimiento se encuentra también en el aborto provocado, cuando se lo busca dirigidamente. Estas observaciones, de emociones o sentimientos negativos, se complementan con otras que podríamos llamar positivas. En nuestras entrevistas, mujeres que nunca dudaron de su decisión de abortar, relatan fantasías de maternidad. Aun cuando sepan que ya decidieron abortar, y que lo harán, no por eso dejan de experimentar una

especie de sensación grata o placer por el hecho de sentirse fértiles y de que son capaces de ser madres. Esta sensación de placer, gozo o bienestar, ¿a qué orden de inclinaciones satisfechas responde?: ¿biológicas?, ¿instintivas o pulsionales? ¿innatas o adquiridas? ¿adquiridas por maduración biológica y psicológica o por cultura? Pensamos que los datos actuales no permiten responder a esta interrogante de modo absoluto. Sin embargo, existen suficientes evidencias para pensar que cada uno de estos factores influye en alguna medida.

En lo que se refiere a tendencias maternas de raíz biológica o pulsional, los estudios del grupo de Besançon, dirigido por Hubert Montagner, muestran cuán ricos y complejos son los mecanismos de ligazón entre la madre y el hijo desde los primeros estadios posteriores al nacimiento⁴. Este mismo autor subraya cuán poco estudiados se encuentran estos mecanismos en las etapas prenacimiento, aportando además un sinnúmero de argumentos que apuntan a que estos determinismos comienzan a operar muy temprano desde el inicio del desarrollo embrionario. La investigación en humanos, de Montagner, Bowlby y otros, cuenta además con sólidos fundamentos en las observaciones de etología animal de Heinroth y Konrad Lorenz⁵.

El fundamento existencial para el surgimiento de tendencias maternas o paternas adquiridas, conscientes o preconscientes, es más que obvio. Al conocerse la realidad del embarazo, la mujer se sabe madre y el hombre padre. Que esta realidad pueda ser renegada en el plano ético, supone que antes ha debido ser necesariamente afirmada en el plano puro y simplemente físico. Por lo tanto, toda modulación cultural de las tendencias maternas o paternas no sólo no excluye, sino más aún supone que la realidad de la paternidad o de la maternidad ha sido reconocida. Por lo tanto, existiría mucho más fundamento para pensar que lo que se encuentra culturalmente determinado es la ausencia de una tendencia maternal o paternal, que no la presencia de esta tendencia. Sin excluir el que sobre una tendencia innata se sobreagreguen inclinaciones culturalmente especificadas.

En síntesis, el aborto provocado aparece, en un primer acercamiento meramente descriptivo, como: una conducta intencional, que atenta contra el normal desenvolvimiento de un proceso biológico natural y necesario para la especie,

⁴ Montagner, H.: 1988, *L'attachement des débuts de la tendresse*. Odile Jacob, Paris.

⁵ Montagner (1988), *op. cit.*

que contraría tendencias innatas y adquiridas básicas, que sólo se observa en algunos seres humanos, y que presenta un muy alto riesgo adicional de mortalidad y morbilidad materno-infantil, por relación al embarazo y parto normales.

II

Nos hemos extendido en precisar estos hechos de base, ya que son de fundamental importancia en todo análisis antropológico y ético acerca del aborto provocado. Ellos permiten centrar el estudio en la realidad tal cual la captan los sentidos y la inteligencia espontánea de cualquier persona⁶. Si no se aceptan estos hechos, toda discusión posterior carece de sentido. La manera como ellos se procesen psicológicamente o como se interpreten racionalmente podrá ser infinitamente variada; sin embargo, siempre se tratará de procesamientos o interpretaciones de estos datos de base. Ciertamente que estos datos pueden ser profundizados en sus rasgos fundamentales y corregidos en sus detalles, por las ciencias naturales, las ciencias humanas y la filosofía. Sin embargo, seguirá siempre siendo cierto que, en sus rasgos más generales, todos estos hechos son espontáneamente obvios para una persona sana y medianamente inteligente, sin necesidad de ninguna instrucción científica específica. Ninguna de las mujeres u hombres que hemos entrevistado en nuestra práctica profesional desconoce que el aborto es una acción violenta, que es contraria a la maternidad y a la paternidad, y que enfrenta un riesgo grave de enfermedad o de muerte.

Nuestra hipótesis es que estas evidencias son tan primarias que, aun si cada una de estas afirmaciones fuesen conscientemente sostenidas como falsas por una persona, no pueden ser negadas en un nivel inconsciente. Ya sea que se llegue a esta inconsciencia por mecanismos de represión, de negación o de racionalización, según lo conceptualiza el psicoanálisis freudiano, o que se trate de una evidencia intelectual no-conceptual en términos de los que Jacques

⁶ Las referencias a opiniones de clínicos o científicos a que hemos aludido no son, en ningún caso, necesarias para el establecimiento de este hecho en términos del sentido común. Ciertamente las observaciones metódicas y los juicios críticos confirman y precisan —en este caso— las observaciones y juicios del sentido común, transformándolos en proposiciones válidas de rango epistemológico superior.

Maritain llama el preconsciente espiritual, o de la protopsique de Armando Roa⁷. En nuestra opinión, existirán evidencias antropológico-clínicas que sustentan esta tesis. Los trabajos del psiquiatra uruguayo Pablo Verdier, utilizando la técnica de ensueño dirigido para exploración del inconsciente, son también consistentes con esta línea de pensamiento⁸.

III

Lo expresado con respecto al aborto provocado, en cuanto realidad fáctica primaria, permite comprender el que exista un acuerdo prácticamente unánime, entre partidarios e impugnadores de la legalización del aborto, en el sentido de que el aborto provocado no resulta un acto deseable para nadie. No hemos encontrado, ni en nuestra experiencia personal ni reportados en la literatura, casos de personas que se encuentren atraídas positivamente por el aborto⁹, encontrando en su realización una deseabilidad intrínseca. Este parece ser, en sí mismo, espontánea y naturalmente indeseable.

Las opiniones podrán ser divergentes en términos de lo que convenga hacer en un momento dado en relación al embarazo, y acerca de la existencia de causales justificatorias. Sin embargo, si hay algo común en las personas que hemos entrevistado, es que todas quisieran no haber tenido que llegar nunca a ese trance de abortar.

⁷ Cf.: Serani, A.: 1991, "El respeto a la intimidad: bases antropológicas y éticas de la conducta médica", *Revista Psiquiatría Clínica* 28 (1): 71-84.

⁸ La técnica de ensueño dirigido desarrollada por Dessoille, en contexto psicoanalítico adleriano, ha sido prolongada en el mismo contexto antropológico por diversos autores franceses. El Dr. Verdier la utiliza con las modificaciones introducidas por la Dra. Ennis, de Buenos Aires, en un contexto filosófico de raigambre aristotélico-tomista. Verdier ha desarrollado además algunos ensueños específicamente orientados a la temática posabortiva. Cf.: Ennis, M.-A.: 1982 "Psicoterapia Simbólica", López Libreros Editores (Buenos Aires), 1982.

⁹ El caso que más se acerca a esto es el de la psiquiatra estadounidense que se embarazó con el deliberado propósito de abortar y de ese modo tener la experiencia personal de ese proceso. Hay también reportes de mujeres que se embarazan sólo para saber si son fértiles. Aun en estas situaciones francamente aberrantes no existe evidencia de un atractivo intrínseco del aborto como tal. Cf. Reardon, D.: 1987, "Aborted women: silent no more". Crossway books (Westchester Illinois).

EL "PORQUE" DEL ABORTO PROVOCADO

IV

Los antecedentes aportados podrían hacer pensar que el aborto provocado es, en la práctica, una conducta poco frecuente. Ahora bien: ¿qué sabemos acerca de la frecuencia de esta conducta? En nuestro país esta es una cifra que no resulta fácil de precisar, ya que éste se practica de manera clandestina¹⁰. Desde la década del 60 diversos epidemiólogos chilenos han hecho esfuerzos por precisarla, y las cifras publicadas por ellos oscilan entre los 100.000 y los 200.000 abortos anuales¹¹. Aunque los fundamentos de estas estimaciones son más deductivos que inductivos, y muchas veces inevitablemente arbitrarios, la mayor parte de los clínicos consultados por nosotros piensa que una cifra por sobre los 50.000 abortos anuales no resulta inverosímil, por más que no cuenten con ningún elemento estadístico positivo para afirmarlo. Si tomamos una cifra tentativa de 100.000 abortos anuales, esto significaría que en 10 años mueren en nuestro país 1.000.000 de niños a consecuencias del aborto provocado. Si estimamos además una cifra conservadora de una muerte materna por cada 1 a 10.000 abortos, tenemos una cifra estimada de entre 100 y 1.000 muertes maternas en 10 años. Es importante subrayar que una cifra de 100.000 abortos al año equivale a una proporción aproximada de 1 aborto cada 4 embarazos.

En los Estados Unidos de Norteamérica se estima que tres de cada 10 embarazos terminan en aborto, y que, en 10 años, mueren aproximadamente 15 millones de niños en virtud de este procedimiento¹². En ese país, y en muchos otros, en la actualidad, parece ser que el aborto es la intervención quirúrgica más frecuente, excepción hecha de la extracción de piezas dentarias. La mortalidad mundial de niños a consecuencias del aborto se estima en 50 a 60 millones anuales. Ninguna guerra aislada, ni la suma de todas ellas en un momento determinado, se ha acercado siquiera a una mortalidad semejante.

¿Cómo entender un holocausto de esta magnitud, teniendo a la vista lo recién examinado

en relación a lo contrario que resulta el aborto a la naturaleza biológica y psicológica del ser humano?

Si el aborto no presenta, como parece ser, condicionantes primariamente biológicos ni psicológicos básicos fuertes: ¿de dónde proceden sus condicionantes?

Dos órdenes de influencias principales nos parece que deben ser examinados: la patología psicológica y los condicionantes culturales. Por condicionantes culturales nos referimos a modos de vida de un grupo o de la totalidad de una comunidad que orientan o especifican modos del actuar libre de las personas. El lugar donde inciden estos condicionantes es esencialmente la subjetividad moral de los individuos; de ahí que cuando nos referimos al aspecto cultural estamos haciendo referencia principal e inevitable a la dimensión ética o moral de la persona.

PERSONALIDAD PSICOLÓGICA Y PERSONALIDAD MORAL

Si aceptamos lo que surge de la descripción, es decir, que el aborto es una conducta antinatural y violenta, con resultado de daño y de muerte: ¿de dónde procede entonces esta conducta? Si es cierto que el aborto es una enfermedad social —como algunos lo han llamado—: ¿cuáles son los resortes en los que asienta esta enfermedad? Planteado en términos positivos: ¿el aborto provocado procede de una enfermedad mental o es fruto de una opción libre personal o colectiva? Y si es así ¿se trata de una buena o de una mala decisión? ¿El problema del aborto debe ser estudiado por la psicología clínica y por la psiquiatría, o su estudio es materia exclusiva de la ética?

Estas interrogantes que pudieran parecer surgidas de un purismo epistemológico tienen para nuestro tema de investigación una importancia central. De hecho, nos parece que en el no haber sabido enfrentar adecuadamente a estas preguntas se encuentra el núcleo de la dificultad que tiene nuestra época para enfrentar problemas donde confluyen y se sobreponen lo ético, lo psicológico y lo conductual. Y estos problemas no son pocos. Mencionemos sólo como botón de muestra el alcoholismo, la drogadicción, la prostitución, la homosexualidad, etc. El problema ha estado, en nuestra opinión, en una separación artificial operada por la filosofía moderna entre el dominio de lo psicológico y el dominio de lo ético. La disociación kantiana en esto es clara, a tal punto de que para Kant un acto pla-

¹⁰ Aun en los países donde el aborto se encuentra legalizado, la realización clandestina de esta acción no desaparece.

¹¹ Cf. Requena, M.: 1990 *El aborto inducido en Chile*, Soc. Chilena de Salud Pública (Santiago de Chile).

¹² Adler, N.E. et al.: 1992, "Psychological factors in abortion", *American Psychologist*, 1194-1204.

centero y un acto éticamente bueno se presentan como prácticamente incompatibles¹³. Más de una vez se ha reprochado a la moral católica los excesos de la moral kantiana del deber, sin percatarse lo ajena que resulta al pensamiento cristiano una doctrina de esa naturaleza.

El campo de lo psicológico y el dominio de lo moral no son, en el ser humano, dos realidades separadas. La psicología humana es una psicología de un animal libre y por consiguiente intrínseca e inevitablemente moral. En consecuencia, no es posible estudiar satisfactoriamente en el hombre la realidad psicológica y conductual haciendo abstracción de su dimensión ética, como tampoco es posible estudiar la realidad ética haciendo abstracción del hecho de que se trata de la ética de un animal.

La realidad psicológica o mental de una persona, en un momento dado, se encuentra constituida por una multiplicidad de factores: cogniciones y afectos actuales y pasados; interacciones reales o figuradas del sujeto consigo mismo, su mundo y los otros; opciones presentes y pasadas; inclinaciones conscientes o inconscientes, etc. Cada uno de estos elementos pugna por sus fueros y confluye en una totalidad bullente e interrelacionada que llamamos nuestra personalidad. Sabemos, por experiencia propia, cuánto cuesta el llegarnos a construir una personalidad unificada, armónica y coherente, gratificante para uno mismo y para los demás. Por momentos llegamos a tener la ilusión de haberlo conseguido, y bastan una pequeña enfermedad, un contratiempo, un azar cualquiera para que amenacen con derrumbar todo lo que tan laboriosamente hemos construido. Y querámoslo o no lo queramos, es a partir de ese núcleo bullente, inestable, persistentemente inacabado del que surge en permanencia nuestra conducta, mostrando a los demás y a nosotros mismos lo que verdaderamente somos¹⁴.

¹³ Serani, A.: 1993, "Teorías éticas relevantes en ética clínica". En: Lavados, M. & Serani, A.: "Ética clínica, fundamentos y aplicaciones", Ediciones Universidad Católica de Chile (Santiago), págs. 45-64.

¹⁴ Más de alguno objetará que no tiene conciencia de vivir en una lucha permanente por construir su propia personalidad, y, de hecho, en la práctica clínica nos encontramos, muchas veces, con personas que parecen vivir en una especie de permanente deriva, sometidas a cuanto vaivén emotivo o circunstancial pueda acaecerles. Sin embargo, esto no es, las más de las veces, sino una apariencia. Una mirada crítica introspectiva o un examen clínico en profundidad revelan, a poco andar, que esa aparente pasividad o indolencia no es más que una de las múltiples estrategias que usamos en la búsqueda de una vida personal que nos satisfaga y nos

Es claro que en la medida en que de algún modo estemos en condiciones de modelar nuestra personalidad somos responsables de ella y de las acciones que la manifiestan. Ese gobierno sobre nosotros mismos puede ser activo o pasivo, directo o indirecto, próximo o remoto, pero en aquella exacta medida en que algún dominio existe, somos libres y responsables de lo que con él hagamos. Este campo de gobernabilidad se suele apuntar con el nombre de personalidad ética o moral del individuo.

Pero ¿qué relación tiene la personalidad moral con lo que habitualmente se llama la "psicología" de la persona y qué importancia tiene para lo que estamos examinando?

Cuando nos referimos anteriormente a la capacidad de modelar, gobernar, unificar, dominar o especificar la multitud de cogniciones y afectos que constituyen nuestra subjetividad, y a partir de la cual actuamos, implícitamente estábamos estableciendo una distinción al interior mismo del individuo. Distinción entre el modelador y lo modelado, el unificador y lo unificado, el especificador y lo especificado, etc. El elemento activo en estas parejas de contrarios es el propio individuo en cuanto sujeto ético o sujeto libre. El elemento pasivo, por otra parte, puede ser tan variado como variadas son las numerosísimas realizaciones, tanto de la vida cognitiva y afectiva sensibles, como de la vida cognitiva y afectiva en el orden intelectual.

Ahora bien, no todo lo contenido en el rico depósito de nuestra subjetividad es igualmente susceptible de ser conocido y gobernado por el individuo en cuanto libre. Forman también parte de nuestra personalidad, en tanto que totalidad, una serie de capacidades, limitaciones, inclinaciones más o menos fuertes, que forman parte de nuestro temperamento constitucional, o que hemos recibido involuntariamente en el curso de nuestra historia de individuos, y que se encuentran al margen de nuestras posibilidades actuales de gobierno voluntario e inclusive a veces de conocimiento consciente. Algunas de estas tendencias o limitantes psicológicas las hemos podido también adquirir, de forma más o menos intempestiva en un momento tardío de la vida, como expresión o efecto de un trastorno

plenifique. Si esa aparente y manipulatoria pasividad, o esa consentida dispersión, son, a la larga, buenas o malas estrategias para conseguir la plenitud personal añorada, no es algo que debamos examinar en este momento. Solamente queríamos señalar que, por activa o por pasiva, ese núcleo personal del que emerge nuestra conducta está en forma permanente y plástica modelándose y especificándose.

patológico orgánico o de una experiencia traumática. La psicología clínica y la psiquiatría modernas nos ilustran ampliamente acerca de este tipo de restricciones a las posibilidades de una conducta humana libre y plena.

Si es cierto lo que hemos expresado, es decir, que nuestro obrar surge de nuestra personalidad en cuanto totalidad, es cierto también que nuestro actuar viene a ser el producto final de una compleja sumatoria de elementos más o menos dependientes del propio control consciente y libre.

Cuando postulamos, entonces, que en la aparición del aborto provocado como conducta influyen tanto elementos de orden psicopatológico como ético o cultural, lo que estamos diciendo es que algunos de éstos o varios de ellos se encuentran influyendo en el individuo en un momento particular, favoreciendo la aparición de una determinada conducta¹⁵. El estudio de la participación relativa de estos elementos prácticamente no ha sido examinado en nuestra época ni por la psicología clínica ni por la ética. Urge, en consecuencia, la constitución de lo que hemos llamado una psicología moral. Concebimos a esta disciplina como tributaria, en su modo teórico de conceptualización, de la filosofía de la naturaleza y de la ética, y, en su método de investigación, como tributaria de las ciencias empíricas de orden biológico, etológico y psicológico.

V

Cuando hemos dicho que no parecen existir determinantes psicológicos primarios fuertes en la realización de la conducta abortiva, no queremos decir que los factores psicológicos no sean de importancia en la aparición de esta conducta. Mal podríamos decir esto, ya que los factores psicológicos son, de hecho, los determinantes básicos de toda conducta. Lo que queremos decir es, simplemente, que no tenemos evidencias que indiquen que en el ser humano normal exista algo así como una pulsión o un instinto abortivo¹⁶.

¹⁵ Hablamos de favorecimiento y no de un determinismo fuerte, porque al parecer raras veces la libertad del individuo queda completamente suprimida. No descartamos, en todo caso, que en algunas personas con grave enfermedad mental la libertad llegue a quedar prácticamente suprimida; al menos para lo que al aborto se refiere.

¹⁶ Sabemos, además, que las pulsiones o tendencias innatas juegan en el ser humano un rol real aunque elemen-

Si aceptamos lo que surge de la descripción, es decir que el aborto es una conducta antinatural y violenta, con resultado de daño y de muerte: ¿de dónde procede entonces esta conducta? Si es cierto que el aborto es una enfermedad social —como algunos lo han llamado—¹⁷; ¿cuáles son los resortes en los que asienta esta enfermedad? Planteado en términos positivos: ¿el aborto provocado procede una enfermedad mental o es fruto de una opción libre personal o colectiva? Y si es así: ¿se trata de una buena o de una mala decisión? Para intentar responder en alguna medida a las difíciles cuestiones que hemos venido planteando, discutiremos, en lo que resta de exposición, el problema de las estrechas y complejas relaciones entre aborto, patología psiquiátrica y moralidad, disculpándonos de no poder examinar a fondo y en detalle los problemas de orden cultural involucrados en el aborto.

La falta de estudios específicamente destinados a examinar estas interrelaciones entre psicología y ética proceden en nuestra opinión de una negligencia compartida de psicólogos y moralistas y ésta consiste en no haberle tomado el peso al hecho de que la psicología humana es la psicología de un ser moral, y que la ética humana es la ética de un animal.

LAS INVESTIGACIONES ACTUALES SOBRE EL ABORTO Y SUS PROBLEMAS

Si examinamos desde el exclusivo punto de vista numérico las investigaciones realizadas acerca de los aspectos psicológicos del aborto provocado, veremos que no son pocas. Sólo en los Estados Unidos de Norteamérica se han publicado cerca de 1.000 trabajos relativos al tema. Contrasta con esto la situación en nuestro país donde, a excepción de un trabajo del Dr. Armando Roa, en la *Revista de Psiquiatría Clínica*, no hemos encontrado, hasta el momento, ninguna otra publicación.

A fines de la década pasada surgió una intensa polémica en los Estados Unidos de Norte-

tal, y exigen el ser determinadas o especificadas por una multitud de factores constitucionales y experienciales. Los trabajos de la escuela etológica de Lorenz han mostrado bien este punto, en particular los estudios de Irenäus Eibl-Eibesfeldt. Eibl-Eibesfeldt, I.: 1979 "Human ethology: concepts and implications for the sciences of man", *Behavioral & Brain Sciences* 2: 1-57.

¹⁷ Viel, B.: 1985, Entrevista, *Creces* (7).

américa acerca de las secuelas psicológicas del aborto provocado. Examinaremos con un cierto detalle este debate, porque nos parece ilustrativo para nuestro propósito.

La polémica surgió a partir de diversas publicaciones de autores como Terry Selby, Speckhardt, Vincent Rue, David Reardon y otros, en las cuales se describían diversos trastornos psicológicos y psiquiátricos posaborto. Estos investigadores describían en sus pacientes, hombres y mujeres que habían sufrido o habían participado en un aborto, una constelación de molestias psicológicas o reacciones psicopatológicas que se repetían de modo más o menos estereotipado. Estas reacciones eran muy variadas e iban desde trastornos relativamente menores como: insomnio, pesadillas en relación al aborto; disconfort en fechas claves, como por ejemplo la correspondiente al aborto o al cumpleaños del hijo muerto; incapacidad para tolerar el examen ginecológico, hasta otras mucho más graves, como intentos de suicidio en fechas claves, fenómeno del niño fantasma, deterioro grave de la autoimagen con remordimiento permanente, acciones expiatorias, temor al castigo, rencor hacia sí misma y los demás, incapacidad laboral, etc. Para este grupo polimorfo de trastornos –según estos autores atribuibles al aborto–, Terry L. Selby acuñó el término de Síndrome Posaborto¹⁸. A partir de estos estudios se originó en los Estados Unidos y Canadá un vasto movimiento profesional y de voluntariado destinado al apoyo de estas personas y a su rehabilitación psíquica y moral. Estos grupos están constituidos en la actualidad en importantes asociaciones y han generado un cuerpo significativo de literatura en relación a los llamados programas o métodos de sanación posaborto. Una de estas iniciativas es el "Proyecto Raquel", que funciona en aproximadamente 60 puntos en los Estados Unidos, ligados al trabajo diocesano de la Iglesia Católica. Otro grupo importante es la "Asociación de Mujeres Explotadas por el Aborto", dirigida por Nancy Mann, y la "Asociación para la Investigación Interdisciplinaria en Valores y Cambio Social", dirigida por David Reardon.

Los estudios señalados y las iniciativas de acción derivadas de ellos estaban en franca contradicción con un abundante cuerpo de literatura psicológica en la cual se señalaba que las reac-

ciones negativas eran poco frecuentes y de baja magnitud, y que, en todo caso, eran comparables con la de otros factores estresantes de la vida normal¹⁹.

El 30 de julio de 1987 el Presidente Ronald Reagan encargó a su cirujano general, Dr. C. Everett Koop, que llevara a cabo un vasto estudio acerca del impacto psicológico y médico del aborto en las mujeres. Durante 15 meses Koop y su equipo se reunieron con diversos grupos y con expertos. En enero de 1989 Koop y el Ministro de Salud y Servicios Humanos decidieron que Koop no emitiría un informe. En la carta que le dirige al Presidente expresa lo siguiente: "A pesar de una diligente revisión..., los estudios... científicos no proveen datos concluyentes acerca de los efectos del aborto en la salud de la mujer".

No vamos a entrar en la discusión técnica y compleja de determinar quién tiene la razón. Si acaso los partidarios de la existencia del Síndrome Posaborto (S.P.A.) y de sus devastadoras consecuencias; o los partidarios del aborto como un procedimiento relativamente inocuo. El hecho sorprendente que queremos destacar es que una comisión del más alto nivel de los Estados Unidos de Norteamérica y luego de más de un año de trabajo –sea por las razones que sea– no esté en condiciones de decir una sola palabra acerca de los efectos sobre la salud de la mujer, del procedimiento quirúrgico más frecuentemente realizado en ese país, y que cuesta la vida a más de 1.500.000 norteamericanas al año.

En febrero de 1989 la Asociación Americana de Psicología de los Estados Unidos de Norteamérica, no contenta con esta situación, decide encomendar a un panel de expertos la revisión de los mejores estudios científicos acerca de los resultados del aborto, desde el punto de vista de la psicología. Los resultados de este trabajo están resumidos en un artículo de la revista estadounidense *American Psychologist*, de octubre de 1992.

Examinaremos con un cierto detalle este informe, ya que, a nuestro juicio, ilustra con gran claridad la tesis que hemos venido sosteniendo y que se refiere a la necesidad y a la inevitabilidad de un marco teórico antropológico-ético.

En primer lugar, el examen de este informe confirma la crítica metodológica hecha por los defensores de la existencia del S.P.A., en el sentido de que la mayor parte de los estudios empí-

¹⁸ Selby, T.L. & Bockmon, M.: 1990, *The morning after: help for the post-abortion syndrome*, Baker Books House, Grand Rapids MI.

¹⁹ Cf. Adler et al.: 1992.

ricos existentes: 1) Sólo exploran las reacciones a corto plazo; 2) utilizan de regla cuestionarios para la detección de síntomas aislados, y no exploraciones clínicas en profundidad, y 3) que las muestras de la población en estudio suelen ser sesgadas por las sabidas dificultades de seguimiento que presenta esta población. Los autores del informe, sin embargo, no se detienen mayormente a examinar estas limitaciones.

Desde el punto de vista demográfico, el informe señala que el máximo riesgo de abortar se encuentra entre los 20 y los 24 años y que un 60% de las mujeres que abortan actualmente en los EE.UU. tienen menos de 25 años²⁰. Además, el 82% de las mujeres que abortan no son casadas, y cuando se realiza un análisis corregido para diversos factores, se encuentra que las mujeres que conviven con un hombre tienen un índice de aborto cinco veces mayor que la tasa general y nueve veces mayor que la de mujeres casadas viviendo con sus maridos. No se señala ningún dato acerca de posibles características de los hombres originantes de esos embarazos.

En cuanto a los resultados propiamente psicológicos, el informe señala que el peso de la evidencia mostraría que el aborto legal, como resolución de un embarazo no deseado, particularmente en el primer trimestre, no crea riesgos psicológicos para la mayor parte de las mujeres que se someten al procedimiento. Se menciona, sin embargo, que los sentimientos o emociones negativos que se reportan en los diversos estudios son: culpa, vergüenza, temor a la recriminación, arrepentimiento, depresión, ansiedad, duda y rabia.

Los autores del informe se interrogan, a continuación, acerca de lo que muestran los estudios en relación a factores que predispondrían a la mujer a tener reacciones negativas en relación al aborto. Del catastro que ellos realizan se desprende que las mujeres más propensas a estas reacciones serían: 1) Las solteras y sin hijos; 2) aquellas cuya cultura o religión prohíben el aborto y que van con frecuencia a la iglesia; 3) el hecho de que el aborto sea en el segundo trimestre; 4) ser negra nulípara y con reacciones inestables; 5) que el procedimiento abortivo sea más traumático; 6) que la decisión haya sido más difícil; 7) que las personas significativas de su entorno no la apoyen; 8) que tengan menos años de estudios; 9) que inicialmente hayan

querido tener al niño; 10) que el embarazo tenga para ella alguna significación; 11) que haya habido algún grado de voluntariedad en quedar embarazada; 12) que tenga una buena relación con su pareja; 13) que la pareja la haya acompañado al procedimiento.

El informe concluye en el sentido que la referencia disponible sería suficiente para poder afirmar que el aborto legal es psicológicamente benigno, y que la elección que haga la mujer en relación a su embarazo es la que tiene la mejor posibilidad de ser la buena para ella.

No nos interesa discutir en este momento si estos resultados son válidos o no desde el punto de vista psicológico; ya hemos señalado que existen diversos autores que cuestionan su validez y subrayan sus limitaciones. No discutiremos tampoco si el hecho o no de producir secuelas psicológicas tiene algo que ver con su moralidad. Lo que queremos subrayar es la concepción antropológica que subyace a este informe, la que se revela más en lo que no dice que en lo que dice.

En primer lugar, el informe ni siquiera menciona que en el aborto muere una persona. Si no lo dice es porque no lo considera, y si no lo considera no lo estudia. Es decir, este enfoque psicológico no explora los posibles efectos en la vida de la mujer que deriven de su toma de conciencia de haber asesinado a su hijo. Cualquiera que haya estudiado dirigidamente este punto en mujeres que han abortado sabe que esto es real, y que si no se busca no se encuentra. Esta toma de conciencia puede tener lugar muchos años después del aborto, generalmente a la ocasión de un nuevo embarazo, de un estado depresivo o de cualquier otra circunstancia que lleve a la persona a un profundo reanálisis de su vida.

En segundo lugar, y es lo que nos parece más importante, aporta los elementos pero no toma nota de un hecho que salta a la vista a cualquiera que tenga un mínimo de experiencia clínica. En efecto, si se toman en consideración los datos epidemiológicos y psicológicos revisados en el informe, no resulta difícil de construir el perfil psicológico-ético de la mujer que aborta y que—según los autores del informe—no tiene ninguna complicación psicológica. Intentemos realizarlo. Se trataría de una mujer en torno a los 20 años de edad, que tiene relaciones inestables, porque convive con un hombre sin estar casada; que no es religiosa y que presumiblemente no tiene criterios éticos muy desarrollados, ya que inclusive si se dice religiosa ni siquiera practica; que es impulsiva y no reflexiona mayormente acerca de

²⁰ Aparentemente estos datos demográficos son variables de país en país, y en un mismo país en épocas diferentes. Los primeros estudios chilenos, por ejemplo, mostraban un predominio de mujeres casadas y multiparas.

decisiones importantes; que un embarazo no tiene ninguna significación especial para ella, que está en un ambiente en el cual el aborto es considerado como normal y hasta necesario; que mientras menos se dé cuenta de lo que realmente está ocurriendo en la maniobra abortiva, es mejor, lo que se logra con un aborto temprano y ojalá por succión; que tiene una alta capacidad de negar por vía de racionalización, ya que pertenece al grupo de personas con altos estudios, etc. Ahora bien, aceptando que este es un perfil hecho por contraste, y que requeriría ser verificado en términos positivos, lo que surge de este examen es el perfil psicológico de una persona que se caracteriza entre otras cosas por ser superficial, influenciable, irresponsable, impulsiva y ambivalente con respecto a su rol maternal. Este perfil está en las antípodas del de una mujer madura, responsable y capaz de tomarle el peso a sus decisiones y acciones como parecería desprenderse de la curiosa afirmación contenida en el informe en el sentido que: "la elección hecha por la mujer en relación a su embarazo es aquella que tiene la mayor probabilidad de ser la mejor para ella". En la realidad, muy probablemente esta persona no se da ni siquiera cuenta de la decisión que está tomando, no se permite o no le permiten hacerse consciente que está cometiendo un homicidio, que está arriesgando su vida, su salud física y psicológica, y su desarrollo personal y familiar futuro.

A partir del informe se podría pensar que la persona que necesita ayuda psicológica es aquella que está en riesgo de tener reacciones psicológicas negativas, es decir, según nosotros, aquella que tiene suficiente equilibrio psicológico para darse cuenta de la gravedad de la decisión que está tomando. No estamos afirmando con esto que estas personas no requieren apoyo moral o psicológico.

Según el informe, se podría pensar que el grupo que no tuvo reacciones adversas no necesita ayuda psicológica de ningún tipo. Según nosotros, ese grupo tiene las más altas probabilidades de ser un grupo con alta prevalencia de patología psiquiátrica, y, por lo tanto, más necesitado de ayuda.

Según el informe, la persona que necesitaría ayuda psicológica sería aquella que le toma el peso a lo que está haciendo, y se trataría de prepararla para que tome una decisión de la misma calidad que aquella que tomaron las del otro grupo. Es decir, una decisión irreflexiva e irresponsable.

Que estas predicciones clínicas nuestras no son especulación sin fundamento, lo apoya el hecho de que diversos estudios, no mencionados

por el informe, sugieren que la prevalencia de personas con trastornos de personalidad entre las mujeres que abortan es mayor que la de la población general. Coincide, además, esta hipótesis con lo que hemos observado en nuestra propia investigación clínica, y con lo que observa la mayor parte de las personas que trabajan con las que ellos consideran afectadas del S.P.A.

Existen además en la actualidad numerosos trabajos publicados y en curso, tanto en Chile como en el extranjero, que intentan determinar el perfil epidemiológico de lo que se ha llamado la adolescente en riesgo de embarazo precoz. Estos datos son pertinentes para nuestra investigación, ya que sabemos que la adolescente con embarazo precoz está, a su vez, en alto riesgo de abortar. En un grupo de adolescentes embarazadas, que sigue el Dr. Jorge Neira y su equipo en el Centro de Diagnóstico de nuestra Facultad, se encontró que a todas ellas alguien de su entorno les sugirió la posibilidad de abortar. Ahora bien, algunas de las características de estas adolescentes son: situaciones conflictivas familiares graves, baja religiosidad, permisivismo sexual de parte de sus padres, baja escolaridad, etc. Es decir, nuevamente surge a partir de estos estudios un grupo de personas con necesidad de ayuda en el plano educativo, moral y médico.

Resulta casi inconcebible que profesionales escogidos, de una asociación científica supuestamente competente como la Asociación Psicológica de los EE.UU., no tomen nota de los hechos que en su estudio apuntan en esta dirección, y que no se planteen estas predicciones clínicas ni siquiera a título de interrogantes²¹.

¿Cómo explicarse estas diferencias de opinión al juzgar sobre los mismos hechos?

Nuestra interpretación, desde la perspectiva de la antropología y de la clínica, es la siguiente. Las conclusiones del informe que hemos comentado, y de muchos otros estudios de la literatura anglosajona, contiene implícito el siguiente supuesto: que el aborto es una decisión éticamente neutra, y que su moralidad depende solamente de las opciones que la persona libremente ha tomado. El rol del terapeuta es únicamente el de ayudar a la persona a saber cons-

²¹ Los tipos de trastorno de personalidad más frecuentemente descritos en las mujeres que abortan son el trastorno histriónico, el narcisista y el límite. Esta información todavía es incompleta, y, a nuestro parecer, parcelar, al no incluir las características psicológicas de las parejas de las mujeres a las que se somete a un aborto, o la de sus padres.

cientemente cuáles son las opciones que ha tomado y apoyarla para que las tome con seguridad. Una decisión responsable es una decisión libre, independientemente de aquello por lo que se opte. Ahora bien, esa concepción surge de una teoría que no tiene ningún sustento en la realidad, es decir, funciona sobre una idea ficticia del ser humano.

La mujer madura, psicológicamente sana, que aborta sabiendo con toda lucidez lo que está haciendo, puede ser pensada en términos teóricos, y ser imaginada en la literatura y en la representación, pero esa no parece ser la mujer real que se descubre en la práctica clínica cotidiana y que los estudios empíricos, a pesar de todas sus limitaciones y sesgos, igualmente muestran.

Lo que los hechos muestran —ya lo hemos visto— es que —en términos objetivos— el aborto es una acción violenta, que contraría una función biológica básica, que atenta contra las tendencias a la paternidad y a la maternidad que se encuentran arraigadas en lo más profundo de la psicología humana; que constituye un atentado contra la propia integridad física y psíquica y que es además un homicidio. Es decir, se trata de un acto antropológicamente contradictorio y moralmente ilícito, lo que equivale a afirmar que tomar la decisión de abortar, por muy libre y lúcida que se tome, no es una decisión neutra; es —desde el punto de vista antropológico y ético— siempre y en toda circunstancia una mala decisión. Lo que decimos es válido desde el punto de vista objetivo, pero ¿qué ocurre desde el punto de vista subjetivo? En términos generales, y con todas las limitaciones derivadas de la carencia de estudios en esta área podemos decir lo siguiente. Las personas reales, las que existen en este mundo y que verdaderamente abortan se distinguirían en tres grandes grupos. Un primer grupo que tiene clara conciencia de la absurdidad antropológica y de la inmoralidad de su acción. Otro grupo es el que lo niega conscientemente, pero que, según hemos postulado, lo sabe de modo no consciente o actual. Un tercer grupo es aquel con alteraciones psicológicas o patología psiquiátrica grave y que no está en condiciones de saber verdaderamente lo que está haciendo. Este último grupo tiene ciertamente diversísimos grados y su proporción relativa al interior del grupo de personas que abortan es difícil de precisar en la actualidad.

En realidad, más que tres grupos separados el uno del otro, nos atrevemos a afirmar que en cada persona que se involucra en un aborto, sea hombre o mujer, se imbrican estos tres modos de vivir la experiencia en grados variables. El extremo de una persona perfectamente cons-

ciente de la malicia objetiva de su acción y que así y todo la realiza, junto con el otro extremo de la persona absolutamente privada de toda conciencia y de toda libertad en la realización del aborto son justamente extremos, y, como tales, lo más probable es que muy excepcionalmente o nunca se realicen. El hombre y la mujer reales se sitúan en algún punto entre los dos extremos. Nuestras investigaciones clínicas se encuentran aún en sus etapas iniciales, pero en ellas han ido surgiendo elementos en cada una de las entrevistas que hemos realizado que confirman estas predicciones, y esto con cada una de las personas que hemos entrevistado.

¿Qué utilidad o qué nuevas luces para el problema del aborto aportaría nuestro enfoque?

Pensamos que un enfoque realista del problema, que deriva de la observación empírica de las conductas y de la exploración de la vivencia real de las personas, permite ver este problema desde un ángulo totalmente diferente. Desde nuestra perspectiva, toda persona que aborta o que colabora en el aborto es una persona que está viviendo una experiencia contrariante para aquello que hay de más profundamente humano en ella. Toda experiencia de esa naturaleza es necesariamente causa o consecuencia de un sufrimiento. De hecho, en nuestra experiencia clínica, el aborto suele ser la consecuencia de sufrimientos y la causa de aparición de otros nuevos. Por tanto, tratándose de una persona que sufre, es una persona que necesita ayuda, en cualquiera de los tres niveles que hemos señalado y probablemente en los tres: el nivel moral, el nivel psicológico inconsciente y el plano de la patología psiquiátrica.

La conclusión, brevemente expresada, es que considerar el aborto como una simple cuestión de elección en el ámbito privado y luchar por proveer a todas las personas para que puedan llevarla a cabo en las mejores condiciones económicas, psicológicas y sanitarias posibles, es simplemente ocultar la cabeza en la tierra, no querer asumir, en toda su magnitud, el débito de mal y sufrimiento que la vida humana inexorablemente acumula. El mundo del aborto es el mundo de la miseria humana, del dolor, de la debilidad, de la irresponsabilidad, de la injusticia, de la enfermedad y del sufrimiento, y es un mundo que llama a ser rescatado en su integralidad. Enfrentando este problema con superficialidad, ya sea condenando o desresponsabilizando, simplemente nos estamos negando a asumir nuestra condición de seres humanos: débiles, frágiles pero a la vez capaces de alzarnos, por sobre nuestra condición, para aspirar a una sanación y a una plenitud en la verdad y en el amor.

Discurso de clausura. Nominación del Dr. Josef Seifert como miembro honorario de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile

Dr. Carlos Quintana V.

Profesor titular de Medicina, especialista en Gastroenterología. Ex Decano de la Facultad de Medicina y actual Jefe de la Unidad de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Otros datos biográficos. ver en REMUC 11/93, p. 203

La clausura de este Symposium puede considerarse que tiene un doble significado para nosotros: El valioso aporte que han hecho los conferenciantes y, junto a ellos, los asistentes mediante el interés expresado en sus interesantes preguntas. Ello ha obligado a ahondar en la reflexión de este saber de verdades prácticas, al mismo tiempo antiguo y nuevo que es la bioética. En segundo lugar, el Symposium marca un punto de partida, en verdad un nuevo comienzo, de las actividades del Centro de Bioética de nuestra Facultad de Medicina, el que ha tenido, tal como lo manifestó el Decano en su discurso inaugural, más de 10 años de maduración y que ahora, bajo una forma reglamentaria académica adecuada, se constituye con mayor vitalidad en un organismo universitario al servicio de académicos y estudiantes.

En efecto, varias consideraciones animaron a la Facultad a desarrollar la bioética en su seno.

1. La importancia fundamental que tiene en la formación de los estudiantes de la Facultad.

2. Su puesto central, académico y asistencial en el desarrollo armónico y fructífero de la Biomedicina ordenada de acuerdo con la naturaleza del hombre y con su fin trascendente. Al respecto, nos parece necesario destacar que el análisis ético en Medicina es indisoluble de los

aspectos clínicos anexos, formando ambas dimensiones un todo inseparable y que tal como lo expresó el Dr. Lavados: el saber ético no sólo discierne acerca de la bondad del acto médico, sino que también contribuye a profundizar y esclarecer aspectos estrictamente científicos y técnicos de la Biomedicina.

La tarea emprendida es difícil y al mismo tiempo apasionante. Para tratar de cumplirla quisiéramos aumentar el número de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud en nuestro Centro e incorporar a él académicos de otras áreas, tales como: teología, filosofía, derecho, etc.

Probablemente estas palabras pueden parecer demasiado audaces y aun presumidas, pero esperamos vivamente que a medida que pase el tiempo estos deseos se transformen en realidad.

Quiero también, con estas palabras, expresar a los conferenciantes nuestro profundo agradecimiento por su muy valioso aporte al Dr. Joseph Seifert, al R.P. Domingo Basso, al Dr. Norman Fost, al Dr. Alan Shewmon y a nuestro Prórector, profesor Pedro Morandé, y a ustedes que han seguido con tanto interés y simpatía el desarrollo del Symposium; también desearíamos agradecer a nuestros auspiciadores y a las abnegadas y eficaces secretarías.

Seminario sobre
“El dolor y el sufrimiento humanos”
(La Florida, 19 de octubre de 1993)

Celebración del
Día Internacional del Enfermo
(11 de febrero de 1994)

El dolor y el sufrimiento en la perspectiva de la Medicina*

Dr. José Manuel López M.

Profesor Titular de Medicina. Secretario Ejecutivo de la Comisión de Formación Cristiana y Pastoral de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Otros datos biográficos, ver en REMUC 3/85, p. 44



CONSIDERACIONES GENERALES

Una interrogante central de la existencia humana es la comprensión del sentido del dolor y del sufrimiento. En las culturas primitivas el hombre los valoró intuitivamente en estrecha relación con lo sacro y lo religioso. Mientras la Grecia clásica tuvo distintas aproximaciones al tema, el cristianismo más tarde rescató su valor y le aportó un contenido trascendente, centralizado en la cruz y el sacrificio de Jesucristo.

Tanto el dolor como el sufrimiento tienen como características notorias las siguientes:

- a) Nadie se sustrae a ellos. Conforman una vivencia *universal* obligatoria, tanto en la perspectiva vertical de la individualidad de cada ser, como en la horizontal de la raza humana a lo largo del tiempo y la historia.
- b) Junto a esta universalidad, su carácter es rigurosamente *individual*. Para ambos, dolor y sufrimiento, cada individuo tiene su particular umbral de percepción, resultante de características netamente individuales y de las propias del entorno físico y cultural que le es propio. Tal como la perspectiva de univer-

* Conferencia dictada en el Seminario "El dolor y el sufrimiento humano" (La Florida, 19 de octubre de 1993).

salidad anterior propicia el interés de todo hombre por el tema, la individualidad y personalización hace esperable una diversidad de enfoques sustentados por ese particularismo vivencial.

- c) El sufrimiento enfrenta al hombre al enigma de su vida y al misterio de su *trascendencia*. El sufrimiento y la muerte son las vivencias humanas más significativas y profundas: de uno u otro modo, en la conjunción de su impacto sobre miles de hombres y mujeres, han impregnado y animado la historia, la filosofía y también la ciencia y la tecnología.

CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Habitualmente se ha hecho hincapié en una diferenciación muy neta y perfilada entre el dolor y el sufrimiento o dolor moral.

Al dolor se lo ve como una señal biológica de alarma, una queja del cuerpo ante la agresión de que es objeto. A la semiología se le encarga desenmascararlo, acotándolo en su intensidad, localización, irradiación, carácter y condiciones que lo agravan o atenúan.

El dolor definido así como físico, y especialmente cuando es agudo, tiene menor trascendencia vital; más bien, si lo hace, abre una instancia de reflexión sobre el cuerpo y su fisiología. Sin embargo, cuando es crónico o muy intenso, se encuentra y enlaza con el sufrimiento moral y los valores espirituales del hombre.

El sufrimiento o dolor moral constituye un desgarramiento de la íntima coherencia interior del hombre, que hace patente crudamente el enigma de la existencia e invita a reflexionar sobre ella. Entre ambos, el dolor físico y el moral, existe un espectro continuo; de hecho, el dolor físico prolongado puede quebrar espiritualmente a un hombre. Como anota Richard Selzer: "La carne es el espesor del espíritu"; ello permite entender por qué el espíritu resplandece en medio del dolor y los desechos del cuerpo.

Ese enfoque diferencial tajante inicial ha encontrado revisores que han difuminado la separación entre el dolor físico, con inicio y causa evidente, y el dolor moral. La Asociación Internacional de Estudio del Dolor lo define como una experiencia sensorial y emocional desagradable, relacionada al daño real o potencial de algún tejido, o que (he aquí la novedad) se describe en términos de tal daño orgánico. Esta apertura sitúa al dolor allende una mera sensación, y lo valora como experiencia humana, exista o no tal daño orgánico.

Parafraseando el verso de Paul Valéry se podría decir: "Al final del alma, el cuerpo; pero al final del cuerpo, el alma".

Dado que su carácter moral sitúa al sufrimiento más allá de lo estrictamente corpóreo, la angustia que le acompaña es rigurosamente individual, solitariamente ubicada en la profundidad del ser, minimizando la eventual ayuda de terceras personas, que pueden constatar el aura de sufrimiento pero no contactar con el núcleo de lo doliente. El sufrimiento no se puede compartir; sólo se puede presenciar con respeto, caridad y compasión. El que sufre tiene consigo a su propio ser y al sufrimiento; para escapar de él sólo está la inconciencia, fisiológica como en el sueño, farmacológica, o aún más allá, desgraciadamente, la renuncia a la vida.

El sufrimiento es una oportunidad abierta al hombre en su camino de maduración y afianzamiento personal. Desde esta atalaya individual el hombre es capaz de alcanzar la perspectiva adecuada para validar lo sustantivo, reconocer lo superficial y poder erigirse sobre sí mismo para aumentar el campo y horizonte de su mirada interior.

DOLOR, SUFRIMIENTO, SOCIEDAD Y MEDICINA

Nuestra sociedad occidental acepta, sigue y alimenta un patrón cultural que niega o evita a toda costa el dolor y el sufrimiento. Se plantea la negación del valor que tiene como acicate del crecimiento de la persona. Ello lleva a la pérdida o simplemente ausencia de una disciplina interior que desarrolle una textura o fibra moral que sepa y pueda manejar el sufrimiento, que prepare al individuo para tal efecto, y le permita servir de él para su propia maduración.

Esta posición huidiza del sufrimiento repercute en muchos aspectos de la vida social: en la Medicina distorsiona su razón de ser, adentrándola en el campo que limita con el abuso y el encarnizamiento terapéutico, amparándose en el concepto de bondad que implica aliviar a un enfermo, pero que en último término llega a ignorar la grandeza y la dignidad del hombre enfermo.

El mundo tecnocrático actual ha conseguido convencernos que el dolor es sencillamente un problema médico. Como contrapartida, la Medicina, involucrada profundamente con la espectacularidad tecnológica, ha afianzado y expandido ésta cosmovisión científica del hombre. El dolor y el sufrimiento cada vez más quedan atrapados en los intrincados vericuetos de receptores,

neurotransmisores, micropotenciales, endorfinas, etc. Esta fantasía de datos e informaciones amortigua la capacidad de escuchar a aquellos que son exponentes "del dolor viviente". Por otro lado, la muerte ha sido secuestrada a los hospitales, donde se la priva del contacto con la vida no institucional. En el mismo sentido, la enfermedad insanable, y más aún la muerte, es asumida como fracaso de la Medicina.

Es justamente al tomar conciencia de esta impotencia humana cuando debe doblegarse nuestra enraizada soberbia y permitirnos abrir la ventana de la humildad para escuchar en ese hombre enfermo la voz de Quien nos ama y nos dio la vida.

No desperdiciemos la oportunidad que nos da el asistir o contemplar el sufrimiento humano, a veces impotentes, para descubrir el sentido profundo de la existencia, sin engañarnos con la ilusión de que el hombre todo lo puede, de que todo es cosa de más tiempo y más ciencia y tecnología para dar con la solución adecuada.

David Morris propone un cambio profundo en el pensamiento médico, un giro copernicano de la Medicina: enfocar el dolor como diagnóstico y no como síntoma, transformando la señal de enfermedad en la patología misma, que envuelve globalmente al hombre.

El desplazamiento de síntoma a diagnóstico se paraleliza con el cambio de definición del dolor de sensación a percepción ya aludida en la definición antes comentada.

Las percepciones necesitan necesariamente la parte biológica, pero también la mente, el alma y sus emociones; en suma, al hombre entero. Esta aproximación puede ser potencialmente ventajosa, porque pasa de un enfoque esencialmente fisiológico a uno más integrador, con cabida a una visión humanizadora del sufrimiento de la creatura de Dios.

El prevenir y el evitar a toda costa el dolor y el sufrimiento genera y alimenta una verdadera "cultura" del analgésico, del medicamento ansiolítico, el alcohol y las drogas. Basta revisar las siempre crecientes estadísticas sobre ventas, consumo o tráfico de estos modernos "somos" antidotos del sufrimiento (como los describirá A. Huxley en su "Mundo feliz") para tener la clara percepción cómo el hombre se niega a reconocer al sufrimiento como condimento de su vida, no para erigirlo en motivo de culto, lo que sería inhumano, sino como palanca activa de su crecimiento.

En el parque de Boston, EE.UU., una estatua conmemora el inicio del uso del éter como anestésico en cirugía. Bajo las figuras de piedra

del médico y el enfermo, dice: "Y no habrá más dolor"; en justicia debiéramos agregar: "pero el sufrimiento persistirá".

Los bienes y los valores, que para ser alcanzados requieren de una cuota de dolor o sufrimiento, son rechazados y hasta ridiculizados como exponentes de una cultura pasada de moda; en este sentido, por ejemplo, la historia real que recuerda un acto sublime de heroísmo, queda reducida a un chiste que lo despoja de su grandeza. La acepción, tan en boga en nuestra juventud, "me da lata", resume el rechazo a todo aquello que involucre esfuerzo, pérdida de comodidad, en esencia, a lo que contenga un mínimo de disconfort o insinúe un potencial sufrimiento. Mirado en la perspectiva del tiempo, la textura integral del hombre -física, psíquica y espiritual- se desmorona y disminuye.

Exponentes de esta textura deshilachada son los propios enfermos también, que se desarticulan por una simple inyección intravenosa o la primera contracción de un trabajo de parto; asimismo los médicos, temerosos de lo mismo, son solícitos a precaver a toda costa cualquier dolor sin mayor discernimiento y en forma independiente de la vivencia del paciente.

La no aceptación del dolor genera una suerte de miopía espiritual, que no percibe y no tolera el sufrimiento ajeno. Mientras más el hombre da la espalda a su propio sufrimiento, más desconoce o no percibe el del prójimo. Así, el dolor moral constituye una suerte de retina que aporta elementos de integración entre los hombres, basados en el respeto a su dignidad y bajo el prisma de la caridad. En el caso de la Medicina, esta insensibilidad transforma al dolor de hospital en "ruido ambiental", que por su carácter permanente no alcanza el nivel de conciencia para los que están expuestos a él.

Esta miopía, que no permite ver el dolor, no sólo se refiere al sufrimiento presente antes que el médico actúe, sino también al dolor que él genera, ya sea directamente por acciones propias y necesarias de su actividad o con la omisión de interesarse de profundis en el paciente o su familia. La angustia de un procedimiento diagnóstico o curativo desconocido y no explicitado al paciente, genera tanto o más sufrimiento que el acto mismo. El médico tiende a no involucrarse en el sufrimiento de otros para no aportar su propia cuota de dolor solidario. Entender el sufrimiento como una emoción personalísima y vital implica conversar, contactar al paciente e ir más allá de la simple prescripción de un analgésico o sedante. El médico y la enfermera deben arriesgarse a

ingresar respetuosamente en la vida emocional y espiritual de sus pacientes; para ello deben estar conscientes de la responsabilidad de estar adecuadamente formados para entrar en ese santuario.

La no aceptación del dolor hace al hombre huir del amor, entendido en su dimensión globalizante espiritual y corpórea. El amor, en su itinerario de crecimiento y de ascenso humano, conlleva una corte de sufrimientos mayores y menores, moneda que nuestros hombres y mujeres de hoy no parecen dispuestos a pagar; antes de hacerlo prefieren castrar la grandeza del amor y reducirlo en su globalidad o simplemente negarlo como un bien deseable y alcanzable.

Se huye defensivamente de la soledad y el recogimiento ante la eventualidad que la carencia de estímulos lleve a conectar con las fibras más profundas y vitales del espíritu. El bullicio, la aglomeración, el hacer muchas cosas para estar ocupado, constituyen antídotos contra esa instancia personal de reflexión.

Al huir casi instintivamente del dolor y el sufrimiento, verdaderos hitos o anticipaciones de la muerte, nos negamos a considerar a ésta como paso obligado de nuestra condición humana. El anuncio de muerte que el sufrimiento conlleva es una invitación a considerar y orientar la vida incorporando el sentido del morir, ejercitándolo día a día, tal como se adquiere resistencia ante cada pequeño dolor.

EL HOSPITAL Y LOS RECINTOS DE LA SALUD

El hospital de hoy es cada vez más complejo, con demandas presupuestarias crecientes y gran número de personas involucradas en su gestión, muchas de ellas ajenas al área de salud propiamente tal. Bajo su alero se desarrolla una medicina compleja, que trata con el individuo de mayor riesgo vital. La complejidad anterior, atizada por metas, logros y expectativas ha ido desgraciadamente transformando al hospital más en un lugar de trabajo de individuos sanos, que secundariamente constituye el lugar de curación de enfermos.

En ese enfoque, el hospital se ha consolidado como asiento físico de la interacción de roles, en desmedro de ser el lugar privilegiado de encuentro de personas. Hoy con frecuencia vemos cómo cada uno desempeña su papel en la escena del trabajo hospitalario: rol de médico, enfermera, empleado administrativo, y desgraciada-

mente, también el paciente asume su rol de enfermo.

Detrás de esta suerte de perversión del actuar en el campo sanitario están obviamente los cambios culturales y sociales discutidos anteriormente, pero también subyace una interrogante respecto del acierto en la elección vocacional de los servidores y profesionales de la salud.

Hay que rescatar para nuestros hospitales e instituciones de salud, y más aún en nuestra cultura latina, su carácter de reservorio de los valores profundos de la humanidad en general y del hombre en particular.

En la antinomia entre los factores humanizadores y aquellos deshumanizadores hay que identificar a unos y otros y no permitir el desaparecimiento de los primeros.

El hospital es una posada en la intersección de los caminos de la vida, de innumerables peregrinos con distintos planes de viaje. El tiempo de la enfermedad, a su vez, es un momento fecundo de reflexión para búsqueda de significados permanentes. Después de esta consideración queda la pregunta abierta ¿y qué de los mesoneros de esta posada? Sería largo enumerar las fallas de su acción: falta de preparación respecto de la profundidad del hombre, sujeción a modelos rígidos de reglas y rutinas, tecnicismos, prisas y urgencias deshumanizadoras y, en el mejor de los casos, llamados poco convincentes a la resignación del paciente.

Sin duda, hay un cambio de enfoque que no hemos sabido aquilatar. En el pasado los sanos hablaban a los enfermos para exhortarlos y consolarlos. Hoy los pacientes nos hablan con sus dolores para iluminarnos. Un buen ejemplo es el mundo de consideraciones y preguntas con que los pacientes de SIDA nos están urgiendo. Debemos tener la capacidad y apertura de atender a este mensaje.

DOLOR, SUFRIMIENTO Y SIGNIFICADO

El dolor y el sufrimiento requieren interpretación. Nuestra cultura ha entregado esa lectura a la Medicina, y ella, ahíta de cientismo, lo ha escondido tras mil datos empíricos.

El significado del dolor es siempre personal, cambiante aun en un mismo individuo según la circunstancia y el tiempo a medida que envejece. Este significado no es un dato dado, se debe descubrir con tesón. Para nosotros, cristianos, la interpretación se nos ofrece en el ejemplo de Cristo, quien se nos presenta no como el médico

del cuerpo, sino el médico de las personas; para aquellos que no lo conocen sigue siendo válida la búsqueda; aún más, ella llega a ser más importante que el hallazgo. Víctor Franke acota que si se bloquea la búsqueda de significado del dolor, se aniquila la voluntad de vivir.

El impulso y la fuerza para buscar dependen del don de la libertad que recibimos. Ninguna condicionante social, biológica o de otro tipo tiene el poder para superar al acto libre de adoptar una posición o escoger una actitud frente al sufrimiento.

En esta búsqueda de significado veremos que el sufrimiento constituye un verdadero dintel de lo trascendente, donde se generan grandes preguntas que enmarcan las incógnitas de la condición humana y la profundidad del ser. En suma, el sufrimiento es una verdadera antropofanía, o como decía Alfred de Musset: "el hombre es un aprendiz, el dolor es su maestro".

Dentro de este anuncio de la esencia de lo humano resalta la consideración del mayor enigma de la existencia humana: la muerte.

El sufrimiento es un preludio de agonía y nos interpela sobre la muerte constituyendo una real tanatofanía. La muerte debe ser entendida como la última instancia de la vida y no la primera etapa de la otra vida. Ello no desmerece nuestra fe en la resurrección, pero nos acerca a un concepto activo y responsable de nuestra muerte y nuestro dolor.

Puerta de lo trascendente, anunciador de lo profundo del hombre y de su destino final, el sufrimiento no puede ser ignorado en éstas sus dimensiones por aquellos a quienes visita y tampoco por quienes pretendemos aliviarlo.

Los versos siguientes podrían resumir este mensaje de esperanza gozosa que el dolor nos trae.

Quien sabe de dolor, todo lo sabe.

DANTE.

*Sólo aquel que transforma el dolor en canto,
ama la vida.*

A. PELLEGRINI.

Once de febrero

R.P. Ignacio Campos A.

*Capellán del Hospital Clínico de la Pontificia
Universidad Católica de Chile*



El Rvdo. Padre Campos administra la Sagrada Comunión a una paciente.

La celebración anual de la "Jornada Mundial del Enfermo" tiene como objetivo manifiesto sensibilizar al pueblo de Dios y, por consiguiente, a todas las instituciones católicas y a la misma sociedad civil, ante la necesidad de asegurar la mejor asistencia posible a los enfermos. Esta ayuda a los pacientes comprende:

- Valorar el sufrimiento en el plano humano y especialmente en el sobrenatural.
- Hacer que se comprometan de un modo especial en la Pastoral Sanitaria las diócesis, las comunidades cristianas y las familias religiosas, favoreciendo el compromiso cada vez más valioso del voluntariado y destacando la importancia de la formación espiritual y moral de los agentes sanitarios, y
- Que los sacerdotes diocesanos y regulares, así como cuantos viven y trabajan junto a los que sufren, comprendan mejor la importancia de la asistencia religiosa a los enfermos.

Con estas finalidades, el pueblo de Dios debe emprender oportunas iniciativas de promoción y animación para que la "Jornada Mundial del Enfermo" sea un momento fuerte de oración, participación y ofrecimiento del sufrimiento para el bien de la Iglesia. Al mismo tiempo, esta Jornada es una invitación a todos, para que reconozcan en el rostro del hermano enfermo el santo Rostro de Cristo que, sufriendo, muriendo y resucitando, realizó la salvación de la humanidad.

Con María, Madre de Jesús, que estaba junto a la cruz, nos detenemos ante todas las cruces del hombre de hoy. Y Lourdes, uno de los santuarios más querido del pueblo cristiano, es lugar, y a la vez símbolo, de esperanza y de gracia en el sentido de la aceptación y el ofrecimiento del sufrimiento salvífico.

¡Que el Señor extienda siempre los frutos de ese apostolado de la caridad, que el mundo actual tanto necesita, y que bendiga y colme de Su gracia a cuantos ayudan y participan activamente en la pródiga obra al servicio de los enfermos!

Celebración de los 40 años (1953-93)
del inicio del Departamento de Cirugía
Cardiovascular en el Hospital Clínico
de la Pontificia Universidad Católica
de Chile

Centro de Extensión. Auditorio "Juan Francisco Fresno"
(24 de septiembre de 1993)

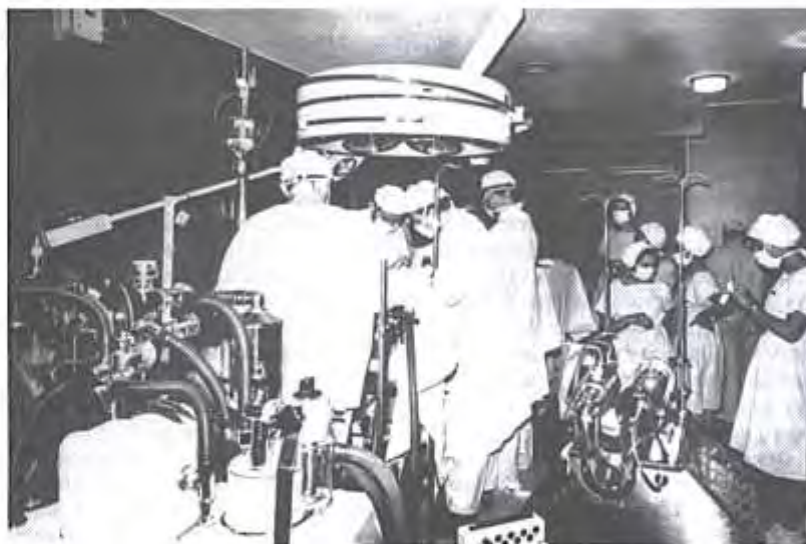


Misa de acción de gracias concelebrada por sacerdotes operados del corazón en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Cuadragésimo aniversario de la Cirugía cardiovascular en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile

Dr. Manuel J. Irrazábal Ll.

Estudios médicos en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Título de Médico-Cirujano en la U. de Chile. Entrenamiento en el Depto. de Cirugía Cardiovascular de la Cleveland Clinic, EE.UU., del cual fue miembro. Profesor Adjunto y Jefe de la Sección de Cirugía Cardíaca del Depto. de Enfermedades Cardiovasculares de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile



En 1961 se inició la Cirugía cardiovascular con circulación extracorpórea en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Con una misa de acción de gracias, que concelebraron los sacerdotes operados del corazón en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica y que fue presidida por el R.P. Renato Poblete, S.J., se conmemoraron los 40 años de cardiocirugía en este centro docente asistencial.

Que las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de mortalidad en Chile y en el mundo desarrollado es un antecedente conocido; pero no lo es el hecho de que en el Hospital Clínico de la Universidad Católica en estos 40 años se hayan practicado sobre 10.000

operaciones al corazón y que muchas de ellas hayan constituido verdaderos hitos en la cardiocirugía chilena e incluso latinoamericana.

En esta Universidad, la cardiocirugía nació en el seno del Departamento de Cirugía Torácica, creado en 1948 al regreso del Dr. Hugo Salvestrini de una beca de especialización con el Dr. Richard Overholt, uno de los pioneros de la cirugía torácica en EE.UU. Debe destacarse que nuestra cirugía del tórax fue posible gracias a la visión del Dr. Rodolfo Rencoret Donoso, fundador del Hospital Clínico y de la Cirugía en

nuestra institución y al espíritu filantrópico de don Siegfried y de doña Gabriela Gildemeister.

La introducción de máquinas de circuito cerrado en la anestesia general, por los doctores Arnaldo Marsano y Waldemar Badía, permitió abordar patologías torácicas de mayor envergadura. Al mismo tiempo, el equipo se fortaleció con la llegada del Dr. Alberto Lucchini (1948).

El 13 de abril de 1950, como preludeo a lo que sería la gran cardiocirugía que celebramos, el Dr. Hugo Salvestrini practicó la primera operación cardiovascular: ligadura de un ductus arterioso persistente.

En 1953, después de un período de formación en el Hospital Broussais de París, junto al Dr. Charles Dubost, se incorporó al equipo el Dr. Juan Dubernet.

El 17 de marzo de 1953 se efectuó en nuestro Hospital la primera operación por estenosis mitral. La paciente era una mujer joven, con una estrechez de la válvula mitral, secundaria a enfermedad reumática. Esta fue una operación completamente reglada, es decir, se contaba con un diagnóstico correcto, con el instrumental indicado y sus pasos habían sido cuidadosamente estudiados. El equipo quirúrgico estuvo formado por los doctores Alberto Lucchini, Rodolfo Rencoret y Juan Dubernet. En 1961, esto es, ocho años más tarde de esta "comisurotomía digital cerrada", y con la experiencia de más de 50 operaciones cardíacas a "corazón cerrado", la adquisición de una máquina de circulación extracorpórea permitió notables avances y el inicio de la cirugía a "corazón abierto". El advenimiento de esta nueva tecnología coincidió con la incorporación al equipo del Dr. Gustavo Maturana. En 1961, con la ayuda de dicha máquina, se corrigieron complejos problemas cardiovasculares en trece pacientes.

En 1963 se implantó en Chile el primer marcapaso definitivo en el Hospital Clínico de la Universidad Católica. La paciente era una auxiliar de enfermería que tuvo una súbita pérdida de conciencia, cuando se dirigía en bicicleta a su trabajo. Fue ingresada al hospital, instalándosele un marcapaso transitorio. Este había sido confeccionado en el país y funcionaba mediante una batería de automóvil, colocada bajo la cama de la enferma. Para obtener un marcapaso definitivo, se requirió de la ayuda de la comunidad a través de la Corporación de Televisión de la Universidad Católica de Chile, Canal 13, que había iniciado sus transmisiones el año anterior. El programa de Canal 13 conmovió tanto al público y fue de tanto éxito que se obtuvo dinero para comprar no uno sino que

dos marcapasos. Desde entonces, el Departamento de Enfermedades Cardiovasculares del Hospital Clínico de la Universidad Católica ha contado siempre con el apoyo de la comunidad y de fundaciones públicas de beneficencia. Hasta la fecha, en este hospital se han implantado sobre 1.500 marcapasos definitivos.

En 1964, un nuevo hito marcó la cardiocirugía, esta vez no sólo chilena sino que sudamericana: se implantó la primera válvula cardíaca artificial. El número total de pacientes con reemplazo valvular único o múltiple, operados en el Hospital Clínico de la Universidad Católica, supera hoy los 1.500.

Entre los años 1969 y 1970 surgió en nuestro país la posibilidad de corregir quirúrgicamente las lesiones de las arterias coronarias. Para ello el diagnóstico era indispensable: por eso, y gracias al aporte de la Fundación Gildemeister, se puso en marcha el primer equipo de angiografía y se adquirieron todos los elementos necesarios para iniciar este complejo tipo de cirugía. Así, en julio de 1970, se efectuó el primer puente aortocoronario en Chile. En la actualidad, sobre 4.000 pacientes con patología coronaria se han beneficiado con esta técnica quirúrgica.

Los cardiocirujanos del Hospital Clínico de la Universidad Católica han trabajado siempre muy unidos a los cardiólogos, cirujanos vasculares y anestesiólogos del Hospital, constituyendo un grupo de profesionales de características prácticamente únicas en el país, dedicados al estudio y tratamiento de los pacientes con enfermedades cardiovasculares.

En la década del 70 se fueron incorporando, paulatinamente a este equipo, médicos jóvenes que regresaban a Chile después de efectuar estudios de especialización en el extranjero. En 1972 regresó el Dr. Sergio Morán, después de completar su entrenamiento en la Cleveland Clinic. En 1978 se incorporó el Dr. Manuel J. Irrázaval, quien se entrenó y luego formó parte del Departamento de Cirugía Cardiovascular de la Cleveland Clinic en EE.UU.

En 1989 llegó el Dr. Miguel Navarro, después de su entrenamiento especializado en el Brigham and Woman's Hospital de Boston y en la Universidad de Alabama; y en 1991 el Dr. Ricardo Zalaquett, después de su entrenamiento en la Cleveland Clinic y en la George Washington University, en Saint Louis.

Paralelamente se fue desarrollando el grupo de Anestesia Cardiovascular, integrado inicialmente por los doctores Waldemar Badía y Mario Allende, y al cual se agregó, en 1967, el Dr. Jorge Urzúa. Posteriormente se incorpora-

ron al equipo el Dr. Guillermo Lema (1982), luego de su entrenamiento en Londres, y el Dr. Roberto Canessa (1992), al retornar de su entrenamiento en París. Con ellos se fueron introduciendo los últimos avances tecnológicos, los que permitieron que los procedimientos fuesen cada vez más efectivos y menos riesgosos.

A fines de 1987 se dio comienzo al programa de trasplantes cardíacos en el Hospital Clínico de la Universidad Católica, reiniciándose una técnica que en Chile —como en el resto del mundo— estaba prácticamente detenida, por las dificultades en el manejo del rechazo.

Hay muchos otros hitos nacionales que se han marcado en el Hospital Clínico de la Universidad Católica en la cirugía cardiovascular; entre otros, la colocación del primer balón intraórtico de contrapulsación, la primera operación compuesta de recambio valvular y cirugía coronaria, la primera reoperación coronaria, la primera resección de aneurismas de ventrículo izquierdo, la cirugía de aorta con paro circulatorio en hipotermia profunda y protección cerebral con perfusión retrógrada. En 1992 se colocó el primer desfibrilador implantable en el país.

Actualmente, el equipo de Cardiocirugía de la Universidad Católica está integrado por cinco cirujanos, cuatro anestesiólogos, tres perfusionistas, un especializado equipo de enfermeras, arsenaleras, auxiliares de enfermería, kinesiólogos y nutricionistas. Cuenta con tres pabellones dedicados exclusivamente a la cirugía cardiovascular, una Unidad de Recuperación de Posoperados, con nueve camas equipadas con moderna tecnología que permite el tratamiento intensivo de estos pacientes y que trabaja muy estrechamente con los cardiólogos y los tres cirujanos vasculares del hospital, con quienes comparte los pabellones quirúrgicos y el área de Recuperación Posoperatoria.

Los cardiocirujanos realizan una activa labor en la enseñanza de pregrado de los alumnos de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica y participan activamente en proyectos de investigación clínica y básica.

Adicionalmente, este grupo ha establecido el único programa oficial (aprobado por ASO-

FAMECH) de formación de cirujanos cardíacos en Chile, habiéndose graduado a la fecha varios especialistas que ejercen en otros centros nacionales, contribuyendo exitosamente a solucionar los problemas de cirugía cardiovascular en el país. Especialmente destacable es el hecho de que algunos de nuestros ex alumnos son cardiocirujanos en los hospitales J.J. Aguirre y Regional de Temuco y en la Clínica de Antofagasta. En estos dos últimos centros, el Departamento de Enfermedades Cardiovasculares de la Universidad Católica ha desarrollado un programa de formación en cirugía cardíaca para diversos especialistas, lo que representa una real solución a los problemas regionales.

Como resultado del esfuerzo científico y de investigación, este grupo exhibe más de 200 publicaciones originales en revistas de la especialidad, en Chile y en el extranjero, además de participar en las actividades de extensión organizadas por la Universidad o por sociedades científicas y haber ganado numerosos premios científicos otorgados por la Sociedad Chilena de Cirugía y la Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Son muchos los pacientes que en estos cuarenta años se han beneficiado con el trabajo intenso y el constante afán de perfeccionamiento de este equipo de cardiocirugía. También son muchos los motivos por los que ellos, a su vez, quisieron agradecer a Dios. Por ello, cardiocirujanos y pacientes se reunieron en la misa de acción de gracias que señalamos en el preámbulo.

Esta emocionante ceremonia, que tuvo una masiva concurrencia, se continuó con un acto académico con tres conferencias que versaron sobre el "*Pasado, presente y futuro de la cardiocirugía en Chile*".

La primera conferencia, "Cuarenta años de Cirugía Cardíaca en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Visión de un protagonista", estuvo a cargo del Dr. Juan Dubernet M. y fue publicada en la Revista Chilena de Cardiología (1994); la segunda, corresponde a este artículo y la tercera conferencia versó sobre el "Futuro de la Cirugía Cardiovascular" y estuvo a cargo del Dr. Ricardo Zalaquett S.

Futuro de la Cirugía cardiovascular

Dr. Ricardo Zalaquett S.

*Estudios médicos y título de Médico-Cirujano en la U. de Chile.
Entrenamiento en la Cleveland Clinic y en la G. Washington University, St. Louis (EE.UU.).
Profesor Auxiliar de Cirugía en la Facultad de Medicina de la
Pontificia Universidad Católica de Chile*



Pabellones actuales equipados con completa y moderna tecnología para la Cirugía y Anestesia cardiovasculares.

En relación al futuro de la cirugía cardiovascular puede afirmarse simplemente que "nada es imposible". Esta afirmación se basa en las enseñanzas de la historia. Así, y a modo de ejemplo, en 1896, Estephen Paget, prestigioso cirujano norteamericano de la época, en su libro *Cirugía del Tórax*, que fue el primero escrito sobre esta especialidad quirúrgica, sostuvo lo siguiente: "*La cirugía de corazón probablemente haya alcanzado los límites que señala la naturaleza para toda cirugía; ningún nuevo método, ningún descubrimiento nuevo puede evitar las dificultades naturales que plan-*

tea una herida de corazón". Ese mismo año (1896) en que Estephen Paget publicó su libro, Ludwig Rehn, de Franckfurt, reparó con éxito un desgarro del corazón en un ser humano.

También puede afirmarse que en el futuro de la cirugía cardiovascular "todo es posible". La historia así lo demuestra nuevamente. John Gibbon, en 1931, tenía 28 años y era residente de Cirugía en Boston. Como tal, le tocó participar en una operación de urgencia y desesperada, en una joven mujer con una embolia pulmonar, que efectuó Edward Churchill, uno de los más grandes cirujanos de tórax de todos los tiempos,

en el Hospital General de Massachusetts, de la Universidad de Harvard. El doctor Churchill, en esa intervención quirúrgica de urgencia, abrió la arteria pulmonar, sacó el coágulo que la oclufa y suturó la arteria pulmonar en exactamente 6 minutos y 30 segundos, pero la paciente no sobrevivió.

En 1931, John Gibbon concibió así la idea de que si hubiese sido posible remover continuamente la sangre azul no oxigenada de las venas de esa joven paciente, poner oxígeno en la sangre y sacar el anhídrido carbónico de ésta, y luego inyectar en forma continua esta sangre ahora roja y oxigenada en las arterias de la paciente, los cirujanos podrían haber sido capaces de salvarle la vida..., pero, en 1931, esto sólo era una idea en la mente de John Gibbon.

Gibbon comenzó a trabajar junto a su esposa en el laboratorio del Hospital General de Massachusetts. Sin embargo, la Segunda Guerra Mundial interrumpió su investigación. De vuelta desde las islas del Pacífico Sur y ahora en Philadelphia, Gibbon continuó investigando con tesón y perseverancia en el laboratorio. Finalmente, el 6 de mayo de 1953, después de 22 años de concibir su idea original, Gibbon fue capaz de sacar en forma continua la sangre azul no oxigenada de una mujer de 18 años, con un defecto en el tabique interauricular, oxigenar la sangre y devolverla a la paciente también en forma continua, lo que permitió reparar exitosamente el defecto cardíaco. De este modo, en 1953, J. Gibbon fue el primer cirujano en efectuar una operación a corazón abierto, utilizando una máquina que por 26 minutos asumió las funciones del corazón y del pulmón.

Quisiera discutir primero qué hay en el horizonte de la cirugía cardiovascular en general y muy en especial en nuestro país y luego tratar de imaginar qué pudiera haber más allá de este horizonte.

La cirugía cardiovascular, en el futuro inmediato, tendrá que enfrentar a una población de pacientes de edad más avanzada, cada vez más complejos. La población chilena, como la del resto del mundo, está envejeciendo. Es así como el para el año 2005, en Chile debieran haber más de 2.000.000 de personas mayores de 60 años. Estos pacientes no sólo tendrán enfermedades cardíacas más avanzadas y extensas, de más difícil resolución quirúrgica, sino que también tendrán otras patologías asociadas, propias del envejecimiento. Esto va a requerir de un cambio, como ya se está produciendo en las estructuras de los servicios de salud en general, para adecuarse a las demandas de esta población

cada vez más compleja y creciente. En cirugía cardiovascular, los progresos continuarán primero en sus *Unidades de Cuidados Intensivos* y en sus *quirófanos*. Es esperable un gran progreso en los *oxigenadores*, aparatos utilizados en circulación extracorpórea para oxigenar la sangre venosa, los que requerirán cada vez de menor cebado con líquidos y menor anticoagulación, produciendo a la vez menor daño a los elementos de la sangre. Esto deberá traducirse en una menor necesidad de transfusiones sanguíneas y en menos complicaciones por sangrado posoperatorio.

Los *métodos para proteger el corazón* mismo, el músculo cardíaco, durante el período de la cirugía cardíaca en que este órgano está detenido, deberá continuar perfeccionándose. Esto permitirá detener el corazón por largos períodos, sin dañarlo y efectuar operaciones cada vez más complejas y prolongadas. Además, las distintas soluciones que se infunden en las arterias y venas del corazón, para detenerlo y protegerlo, permitirán además en el futuro revertir el daño agudo, pero no irreversible, del miocardio, como sucede en algunos casos de infarto cardíaco.

Todas las evidencias señalan que la enfermedad de las arterias coronarias seguirán siendo muy frecuente y que los pacientes que necesiten de cirugía serán los más complejos y los de mayor edad. En *cirugía coronaria* se utilizarán cada vez más las arterias que la vena safena. No sólo se seguirán usando cada vez más las arterias mamarias internas, sino que es posible que también puedan utilizarse arterias del estómago, de la pared abdominal, de los brazos, etc.

Si bien la enfermedad reumática, que en Chile ha sido la causa principal de daño de las válvulas cardíacas, está en disminución, otros procesos patológicos han comenzado a ser causa de valvulopatías en forma cada vez más frecuente. Esto hace suponer un gran progreso en las *prótesis* utilizadas para sustituir las válvulas cardíacas deficientes, en especial de las prótesis biológicas.

Prótesis biológicas. Estas se obtienen a partir de la válvula aórtica del cerdo o del pericardio de la vaca; hoy día tienen una durabilidad limitada, en particular en pacientes jóvenes. Actualmente los problemas en el diseño de estas válvulas están en gran medida superados. En el futuro próximo se prevé una solución al proceso de mineralización que sufren estas válvulas con el tiempo, que causa una disfunción y obliga a una reintervención quirúrgica. También es posible que nuevos tipos de prótesis biológicas, ac-

tualmente en evaluación clínica —en especial aquéllas manufacturadas a partir de la válvula aórtica del cerdo, pero sin soporte estructural rígido—, demuestren una efectividad equivalente a la que tienen los homoinjertos en la actualidad. Estos homoinjertos consisten en válvulas aórticas de un donante cadáver humano y se utilizan para reemplazar válvulas aórticas patológicas y han demostrado excelentes resultados, tanto en su función como en su duración. Sin embargo, el uso de los homoinjertos está limitado por problemas tecnológicos de conservación, ya que requieren de muy bajas temperaturas en tanques de nitrógeno, lo que es complejo y oneroso. Además, existe una disponibilidad limitada de donantes de válvulas humanas.

Prótesis mecánicas. Representan una segunda alternativa en los reemplazos valvulares cardíacos. Se fabrican a partir de distintos materiales sintéticos y diferentes aleaciones de metales. Son muy eficientes en su funcionamiento y de durabilidad prácticamente ilimitada, como se ha demostrado en la actualidad. Sin embargo, aún tienen el inconveniente de requerir de tratamiento anticoagulante permanente. Es probable que en un futuro próximo se desarrollen materiales de alta biocompatibilidad que requieran de una anticoagulación de menor intensidad o no la precisen.

Con el envejecimiento de la población, al cual ya aludimos, los *aneurismas de la aorta* comenzarán a aumentar en frecuencia. Estos son dilataciones de los distintos segmentos de la aorta y, entre otros, tienen el riesgo de romperse, llevando al paciente a la muerte por desangramiento. La cirugía de estos aneurismas es de alta complejidad y requiere, a veces, no sólo del reemplazo de la aorta enferma, sino que también de la válvula aórtica, del reimplante de las arterias coronarias y de la re inserción de las arterias del cuello, que llevan la sangre al encéfalo. Desde el punto de vista técnico, la cirugía se facilita efectuando lo que se conoce como un *paro circulatorio*. Esto consiste en descender la temperatura del paciente a aproximadamente 15°C y luego detener completamente la circulación extracorpórea. En estas condiciones se detiene el corazón y la circulación del paciente. Sin embargo, en la actualidad, el paro circulatorio sólo puede efectuarse por un tiempo limitado, ya que encierra el riesgo de daño cerebral irreversible. En un futuro próximo se deberán desarrollar medicamentos que permitan disminuir el metabolismo cerebral, más aún de lo que se consigue con el enfriamiento del cuerpo. Esto permitiría efectuar paros circulatorios aún más

prolongados y seguros, que harían posible una reparación de las complejas patologías de la aorta torácica. Una técnica muy promisoriosa de protección del cerebro durante la cirugía con paro circulatorio —actualmente en uso en nuestra institución— es la *perfusión cerebral retrógrada*. Esta técnica consiste en perfundir el cerebro, en forma inversa o retrógrada, y a través de la vena cava superior, con sangre oxigenada obtenida de la máquina de circulación extracorpórea, durante el paro circulatorio. Así, mientras el corazón está detenido y todos los otros órganos no se están perfundiendo, sí lo está el cerebro.

La cirugía cardiovascular está buscando activamente una solución definitiva para algunas *arritmias cardíacas*. En la actualidad, está en plena evaluación clínica una operación para la fibrilación auricular, la que permitiría recuperar un ritmo cardíaco regular, disminuir el riesgo de coágulos en las aurículas y mejorar el funcionamiento del corazón con resultados muy alentadores, al menos en un grupo seleccionado de pacientes. Esta *operación*, conocida como de *Coxmaze*, consiste en crear un laberinto en ambas aurículas, mediante determinadas incisiones quirúrgicas, las que permiten la conducción regular del impulso hacia los ventrículos.

Pero también la cirugía cardiovascular está buscando una solución definitiva a un tipo más grave de arritmias, como son las *arritmias ventriculares*. Cuando éstas son secundarias a cicatrices de infartos antiguos, la técnica quirúrgica consiste en reseca la cicatriz del infarto, individualizar los focos que producen arritmia y desactivarlos, a través de *criocoagulación* mediante un aparato que descende la temperatura del miocardio a menos 70°C, sin dañar la estructura miocárdica propiamente tal. Sin embargo, esta operación sólo es aplicable en un reducido número de pacientes, no así los desfibriladores implantables. Los *desfibriladores implantables* son aparatos capaces de detectar una arritmia ventricular maligna, hacer el diagnóstico y dar automáticamente un golpe eléctrico, para convertir al corazón a un ritmo sinusal normal. Actualmente, no es necesario colocar estos desfibriladores a través de una toracotomía (cirugía mayor), en todos los casos, sino que se colocan a través de una técnica quirúrgica muy similar a la que se usa en la implantación de los marcapasos cardíacos. Esta consiste en puncionar la vena subclavia y a través de ella instalar el cable electrodo del desfibrilador dentro del corazón. Los generadores de los desfibriladores actualmente tienen un tamaño de consideración, y pesan aproximadamente 250 g, por

lo que aún es necesario colocarlos en la pared abdominal. Sin embargo, es muy probable que en un futuro próximo éstos se reduzcan de tamaño y permitan su colocación en el espacio infraclavicular. Con esta técnica, se podrá prescindir de la anestesia general para la colocación de los desfibriladores; además, en un futuro próximo, esperamos que los desfibriladores no sólo reduzcan su tamaño, sino que también prolonguen su vida útil y ofrezcan múltiples posibilidades diagnósticas y terapéuticas.

En relación a los *marcapasos*, sus modelos siguen progresando de un modo sorprendente. Permiten la estimulación del corazón en forma cada vez más fisiológica, prolongan su vida útil y reducen su tamaño, lo que permite que su colocación sea cada vez más fácil, a través de técnicas menos invasivas.

El gran desafío de la cirugía cardiovascular en el futuro, seguirá siendo la búsqueda de una solución definitiva para la insuficiencia cardíaca avanzada o terminal. En la actualidad el tratamiento de ésta consiste en el *trasplante cardíaco*. Si bien todo hace suponer que en un futuro próximo habrá un gran progreso en las drogas y medicamentos para un mejor control del rechazo, persistirá la escasez de donantes. En consecuencia, aunque el trasplante cardíaco seguirá siendo una alternativa terapéutica muy efectiva para este grupo de pacientes tan graves, su aplicabilidad se verá siempre restringida por la falta de donantes.

Hay tres *alternativas al trasplante de donante humano*, que se perfilan en el futuro próximo de la cirugía cardiovascular.

La primera es el *uso de corazones de animales*. En el mundo se han hecho cinco trasplantes con corazón de mono. En cuatro de éstos, el rechazo fue inmediato y los pacientes fallecieron en pocas horas; sin embargo, en el último de éstos, efectuado en la Universidad de Loma Linda en California, a una niña recién nacida con una cardiopatía congénita incorregible se le trasplantó el corazón de un mandril. Este corazón funcionó eficientemente por veinte días. La paciente falleció no por rechazo, sino que por otra complicación. En la actualidad se investiga activamente sobre procedimientos de control inmunológico del rechazo de corazones de ani-

males y de ingeniería genética, para la modificación inmunológica de estos corazones. Si bien los monos de gran tamaño parecerían ser los donantes ideales, éstos son escasos y su utilización produciría problemas psicológicos y éticos. Se piensa que los cerdos serán, con toda probabilidad, los donantes de corazones del futuro. Estos son abundantes, ya que se sacrifican diariamente para su consumo; su tamaño variable les permite ser donantes para seres humanos, desde recién nacidos hasta adultos con más de cien kilos; además, su semejanza con nosotros es más de la que nos gustaría reconocer. En el mundo se han efectuado cuatro trasplantes de corazón de cerdo o de oveja, pero todos han sido rechazados antes de las 24 horas.

Una segunda alternativa es la modificación del músculo esquelético propio, para que asuma características similares a las del músculo cardíaco, lo que se conoce como *cardiomioplastia*. Esta técnica se encuentra actualmente en plena evaluación clínica. La cardiomioplastia consiste en disecar el músculo dorsal ancho y emplearlo como envoltura del corazón insuficiente. Un marcapaso altamente especializado hace que este músculo se contraiga simultáneamente con el corazón, ayudándolo a bombear la sangre.

La tercera alternativa es el *corazón mecánico*. En la actualidad éste se utiliza en centros seleccionados del mundo como un recurso transitorio a un trasplante cardíaco. De estos aparatos, el que se ofrece hoy día como mejor alternativa clínica es el conocido como *Heartmate*. En éste se aspira la sangre desde la punta del corazón, mediante una bomba mecánica colocada bajo el diafragma, para luego ser bombeada a la aorta ascendente. Esta bomba obtiene su energía de un aparato externo, el que actualmente se ha reducido a un tamaño tal que el paciente puede llevarlo colgado a su hombro, como una cartera. Es muy probable que a comienzo del próximo siglo sea una realidad el corazón mecánico completamente implantable, sin conexiones externas que atraviesen la piel del paciente.

De este modo, el futuro de la cirugía cardiovascular se ve como un desafío, pero, al mismo tiempo, muy apasionante y esplendoroso.

Celebración de los 50 años
del comienzo de las actividades con
pacientes hospitalizados en
el Hospital Clínico de la Pontificia
Universidad Católica de Chile
(4 de octubre de 1993)



Misa de acción de gracias de la comunidad académica y hospitalaria al conmemorarse esta efeméride. Fue presidida por el señor Nuncio Apostólico de S.S. y concelebrada.

Introducción a la Santa Misa y a la ceremonia

Dr. Lorenzo Cubillos O.

*Profesor Titular de Cirugía y organizador del Centro de Documentación Histórica
de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile*

Distinguidas autoridades, señoras y señores,
hermanas y hermanos en Cristo:

Hoy nos congregamos para celebrar medio siglo de atención a pacientes hospitalizados en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Esta efeméride da lugar a diversas instancias reflexivas, como el análisis crítico de la obra realizada, el cómo, de acuerdo a nuestros principios, debemos enfrentar la problemática del presente y nuestra proyección al futuro, etc. Sin embargo, en esta circunstancia nos limitaremos

primordialmente a expresar nuestros sentimientos de *reconocimiento* y de *gratitud*.

Gratitud, en primerísimo lugar a *Dios*, por la gran bondad que ha tenido al permitir el desarrollo y el progresivo perfeccionamiento de este centro docente-asistencial.

Gratitud, en forma muy particular, al Rector de entonces, Monseñor Carlos Casanueva Opazo, principal promotor y fundador de este Hospital. El lo concibió con el propósito de servir a los pacientes más pobres y a los religiosos enfermos y a través de esta labor asistencial formar médicos con gran solidez científica y clara conciencia

cristiana profesional, inspirados en la más pura caridad. Por ello, nuestro querido don Carlos no vaciló en llamarlo *Hospital Misericordiosísimo Corazón de Jesús*. Para él estaba muy claro que todos sus miembros debiésemos actuar conformes a esta idea central e irradiar la misericordia divina, en grado superlativo.

Gratitud a todos los miembros del Equipo de Salud: médicos, enfermeras(os) –religiosos(as) y laicos–, tecnólogos, auxiliares de enfermería y de servicio, funcionarios administrativos y otros colaboradores, que han servido abnegadamente a esta Institución en estos cincuenta años.

Gratitud a todos los benefactores, que con su generoso aporte hicieron posible esta gran obra.

Recuerdo de todos nuestros enfermos, vivos y difuntos, que en momentos críticos de su vida nos honraron con su confianza.

Recuerdo de las numerosas generaciones de alumnos, que en su formación clínica pasaron por nuestras aulas y salas de hospital y que captaron y han sabido difundir en sus respectivos medios nuestra mística cristiana de trabajo. En fin, *gratitud* a todos ustedes que nos honran con su presencia.

En la Santa Misa, que concelebrarán distinguidos ministros del *Señor*, presididos por el Nuncio Apostólico de S.S., Excmo. Monseñor Piero Biggio, tendremos la oportunidad de agradecer a *Dios*, todos juntos –como una gran familia–, por el pasado y el presente de nuestra Institución y de pedirle que hacia el futuro siga protegiendo y bendiciendo a nuestro Hospital, que nos permita reconocer y corregir nuestros defectos y omisiones y revitalizar en plenitud el espíritu caritativo y apostólico que nos legaron sus fundadores.

Homilía en la Santa Misa

R.P. Juan Ignacio Campos A.

Capellán del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile

Mis hermanos:

Nuestro Hospital cumple hoy sus cincuenta años. Sus bodas de oro. El oro, metal noble y valioso que no se oxida, no se echa a perder.

Son muchos los hombres y las mujeres que lo hicieron posible. 1943 marca el inicio de la fundación y desde entonces hasta hoy todos nosotros que trabajamos aquí hemos ido escribiendo y haciendo nuestra propia historia.

Y hoy estamos aquí alrededor del altar para elevar un cántico de gratitud y para mostrarnos

solidarios con todos los que han hecho posible esta obra y nos unimos al Padre Dios y a todos ellos en un momento de oración y de acción de gracias por todos los bienes que nos ha entregado el Padre Dios en estos cincuenta años, a través de sus fundadores, de sus benefactores y de todas las personas que trabajan acá.

Hospital consagrado al amor misericordioso de Jesús, este Corazón de Jesús que nos dice en el Evangelio de hoy: "Vengan a Mí todos los que están cansados y agobiados y yo os aliviaré"... Y confiando en esta Palabra Divina y confiando en todas las personas que trabajan acá,

llegan tantos hombres y mujeres a buscar el don de la salud... y ¿qué es el Hospital? y ¿cuál es su quehacer?

El Hospital no es sólo un centro donde van a morir las miserias humanas, no es sólo un teatro donde el drama hace crisis o donde se libera la congoja, dando nacimiento a la alegría, sino un campo de batalla donde los hombres logran luchar contra la enfermedad y la muerte.

El blanco de todo es el enfermo, al que se procura salvar de innumerables males que amenazan su vida, y aquí está el campo de acción de todos los que hacemos este Hospital, donde todo nuestro quehacer debe estar impregnado de espíritu clínico y humano.

Espíritu y sentimiento que demandan sacrificio y voluntad, conciencia y experiencia, amor y desinterés, y pienso, mis hermanos, que al realizar esto sería el mejor homenaje que podemos rendir a nuestro querido Hospital Clínico en esta celebración de sus cincuenta años; porque este aniversario debe llevarnos a todos a un gran compromiso para que siga creciendo y siga siendo fiel al ideal de sus fundadores, ya que hoy día se observa en el ejercicio de la Medicina mucha técnica e inteligencia, pero poca alma y caridad... y aquí deben estar, mis queridos amigos y hermanos, nuestros homenaje y compromiso: ponerle corazón a todo lo que hacemos por el bien de nuestros hermanos. Nuestro Hospital en estos cincuenta años ha crecido mucho, y muchos nos quejamos de que se ha perdido la mística de los primeros años, pero no nos podemos quedar en las quejas y lamentos, porque la vida hospitalaria nos ha mostrado la imperiosa necesidad de fomentar un espíritu de cooperación entre los médicos, de una mayor comprensión y solidaridad, de un nuevo orden espiritual, de una muy buena voluntad entre los hombres que tienen a su cargo aliviar el dolor, devolver la vida o ayudar a bien morir a los que sin remedio se van. Y en todo este nuestro quehacer, considerando que las interacciones son múltiples, para que haya armonía y nuestra labor tenga realmente sentido en este concierto, todos, sin excepción, y algunos con más responsabilidad que otros, debemos tener actitudes y conductas que traduzcan fielmente los conceptos de dignidad humana, respeto por todos y cada uno de los individuos, generosidad, espíritu de servicio y de sacrificio. Todos estos valores, que expresan el auténtico amor por el prójimo, encuentran en nuestro medio una raíz vitalizante y profunda, son el reflejo del más puro amor a Dios y están encuadrados en el marco de una sólida moral natural, reforzada por la ética cristiana. Y no olvidemos, mis hermanos,

que nuestro Hospital se llama "HOSPITAL MISERICORDIOSO CORAZON DE JESUS", y creo que tendría que ser un hospital donde la solidaridad cristiana se haga parte constitutiva de la mística de todos los que trabajamos aquí. Esta solidaridad no es posible sólo con medidas institucionales, con esfuerzos y creatividad, sino que supone también santidad. Yo no puedo vivir la solidaridad evangélica si no estoy tratando de vivir todo el Evangelio. Los grandes héroes de la solidaridad han sido los santos y hoy la Iglesia recuerda a San Francisco de Asís, este santo que nos regaló esta hermosa plegaria que debe estar siempre presente en nuestra comunidad hospitalaria:

"Señor, haz de mí un instrumento
de tu paz...
Que donde haya odio,
ponga yo el amor,
Que donde haya ofensa,
ponga yo el perdón,
Que donde haya discordia,
ponga yo la unión,
Que donde haya error,
ponga yo la verdad,
Que donde haya desesperación,
ponga yo la esperanza,
Que donde haya tinieblas,
ponga yo tu luz,
Que donde hay tristeza,
ponga yo alegría".

"¡Oh, Maestro!, que yo no busque tanto
Ser consolado, como consolar,
Ser comprendido, como comprender,
Ser amado, como amar.

Porque dando, se recibe
Olvidando, se encuentra
Perdonando, se es perdonado,
Muriendo, se resucita a la Vida Eterna."

Señor Jesús, nuestros mayores, los hombres de Fe que fundaron este Hospital, te reconocieron como Patrono de esta casa, consagrándola a tu Sagrado Corazón. Los que procuramos seguir la huella que ellos nos trazaron, nos comprometemos a mirar siempre hacia Ti consagrándote nuestro esfuerzo, éxito y pesares en estos 50 años de vida de nuestro Hospital.

Te rogamos, humildemente, que bendigas y acrecientes este Hospital, que es tuyo.

Te suplicamos que hagas reinar siempre en esta Casa: la Verdad, la Justicia y la Caridad, bases de tu Iglesia y de todo lo grande que en su seno se construye.

No permitas que busquemos otra cosa que la gloria de tu Padre de los cielos y el bien de los hombres, nuestros hermanos sufrientes.

Conserva en todos los que trabajamos aquí el amor de tu Palabra para que, guardándola y meditándola en nuestro Corazón, según el ejemplo de tu Madre, la Virgen María, podamos dar fruto de salvación en este mundo, prepare-

mos tu Reino, y nos encaminemos a la Vida Eterna.

Corazón Sacratísimo de Jesús, una vez más en la celebración de estos cincuenta años ponemos en Ti nuestra confianza.

A tu gloria consagramos nuestras vidas y éste nuestro querido Hospital.

Amén.

Discurso del Decano de la Facultad de Medicina

Dr. Pedro Rosso R.

La Facultad de Medicina les da una cordial bienvenida a esta celebración del primer medio siglo de existencia de nuestro Hospital Clínico. Estamos muy complacidos de que puedan compartir con nosotros la alegría de este aniversario, tan significativo para toda nuestra comunidad universitaria.

La construcción del Hospital Clínico, cuyas áreas de hospitalización fueron inauguradas hace cincuenta años, representó la culminación del proyecto que la Universidad se había trazado para su Escuela de Medicina, fundada en 1930. Ambas iniciativas fueron impulsadas por el Rec-

tor don Carlos Casanueva, hombre preclaro, cuya visión y voluntad política enmarcan una época de crecimiento y consolidación de nuestra Universidad.

Al repasar los pormenores de esa historia, resulta asombrosa la magnitud del logro en relación a los modestos medios económicos con los que entonces contaba esta Universidad. En ese sentido, la construcción de nuestro Hospital Clínico es un ejemplo luminoso de la audacia de quienes, encomendando sus proyectos al Señor, confían plenamente en su providencia y no se dejan amedrentar por dificultades ideológicas o materiales.

Hay una frase de Miguel de Unamuno que refleja fielmente el espíritu de nuestro insigne fundador: "La fe es fuente de la realidad, porque es vida. Creer es crear". Este Hospital existe porque muchos hombres de fe creyeron en el proyecto de Monseñor Casanueva y, con gran generosidad, aportaron los fondos necesarios para construir su planta física. Entre esas personas están los abuelos, padres y familiares de muchos de quienes hoy nos acompañan. A todos ellos y a nuestros benefactores presentes les reiteramos nuestro compromiso de gratitud.

He querido mencionar nuestros difíciles y, a la vez, hermosos comienzos, vinculados a la magnanimidad de tantas personas, porque ellos han marcado profundamente todo lo que ha sucedido desde entonces en nuestro Hospital y en nuestra Escuela de Medicina. Estoy convencido que si hubiéramos nacido como el proyecto de una institución humanitaria o de una iniciativa empresarial o de una decisión del Estado, nuestra historia habría sido igualmente rica en episodios ejemplares, pero no habría tenido la fuerza que la caracteriza. Cuando una institución, como la nuestra, surge por un acto de amor a Dios, no puede sino vivir marcada por ese amor, encontrando en él su razón de ser y la fortaleza para superar todas las pruebas.

Al iniciar oficialmente sus actividades, el personal del Hospital Clínico estaba constituido por veintitrés médicos, cinco religiosas de la Congregación de la Caridad Cristiana y no más de quince auxiliares de enfermería. Esas personas trabajaban con los medios mínimos, en una situación de gran estrechez económica, pero eran conscientes de la importancia de la misión que habían asumido y se dedicaron a ella con verdadera pasión.

Actualmente, tras su fachada, que aún conserva muchos de los elementos originales, el Hospital Clínico se ha transformado en una realidad muy distinta a la que conoció ese grupo de pioneros. Su actual personal incluye ochocientos profesionales de la salud y mil setecientos funcionarios administrativos. Es decir, un número cercano a las dos mil quinientas personas. El Hospital ha cambiado, también, en el tamaño de su planta física; en el tipo de pacientes a los que sirve y en la complejidad de sus servicios. Lo que entonces parecía una sublime locura, de futuro incierto, es hoy una realidad consolidada y dinámica cuyo prestigio de seriedad y solvencia profesional es ampliamente reconocido.

Toda la hermosa historia, que he intentado resumir en tan pocas palabras, ha sido escrita con las visiones, esperanzas y esfuerzos de millares

de personas. En primer lugar, de quienes han sido sus conductores; de quienes fueron maestros de la Medicina y de la cirugía; de quienes fueron alumnos; de todos quienes realizaron las múltiples y, a veces, humildes tareas que permiten que un hospital funcione. Es una historia que actualmente siguen escribiendo médicos, enfermeras, matronas, tecnólogos, nutricionistas, kinesiólogos, psicólogos, capellanes, secretarías, jefes de departamentos administrativos, auxiliares técnicos de enfermería, supervisores, auxiliares de apoyo, auxiliares de aseo, estafetas, cajeros, oficiales y asistentes administrativos, choferes, despachadores de bodega, técnicos de fotografía, carpinteros, camilleros, albañiles, auxiliares de anatomía, electricistas, auxiliares de alimentación para adultos y niños, facturadores, vigilantes, operadores telefónicos, auxiliares técnicos de farmacia, laboratorios y esterilización, auxiliares de ropería y muchas otras personas en cargos diversos. Ellos dieron y continúan dando vida a nuestro Hospital. La suma de sus historias personales, de dedicación y entrega a la institución, constituyen la historia de nuestro Hospital.

Pero esa historia también ha sido escrita por todos quienes alguna vez fueron nuestros pacientes. Sin ellos no habríamos tenido razón de ser. Gracias a ellos podemos seguir existiendo como Hospital Clínico y como Facultad de Medicina. Cada uno ha dejado una huella que ha enriquecido el caudal de nuestros valores perennes. ¿Cómo no recordar, por ejemplo, que entre ellos se encuentra el Padre Alberto Hurtado, quien vivió su propia pasión en nuestro ámbito? ¿Cómo no creer que personas como él y otros religiosos y laicos de vida ejemplarmente cristiana no han sido fuentes de gracia para toda nuestra comunidad, que cada una de esas vidas ha tocado, a veces profundamente, nuestras vidas y, por lo tanto, nuestra conciencia colectiva?

Es por eso que este homenaje a nuestro querido Hospital es un homenaje a las personas que lo han hecho posible. A quienes lo erigieron como una ciudadela al servicio de la vida y a todos quienes han sido fieles a ese espíritu fundacional. Por ellos, por sus familias y las nuestras, por la continua fidelidad a nuestra misión, por quienes fueron y por quienes son actualmente nuestros pacientes, los invito a rezar la oración de la familia cristiana:

"Padre nuestro..."

Gracias, nuevamente, por estar hoy con nosotros. Que Dios los colme de gracia.

Gracias.

Discurso del Rector de la Universidad

Dr. Juan de Dios Vial C.

El 3 de julio de 1943, hace cincuenta años, se inició la atención de pacientes en las salas de nuestro Hospital Clínico. Cincuenta años son un largo camino, y el momento de cumplirlos invita a una reflexión.

Es el momento de darle gracias a Dios porque ha hecho esta obra entre nosotros; porque ha inspirado el esfuerzo de generaciones de hombres y mujeres que, en medio de todas sus debilidades e inconsecuencias, no han perdido la inspiración de servir al Señor en la noble acción médica, y que nos mueve hoy, conscientes de nuestras propias fallas y de nuestra radical insu-

ficiencia, para haber logrado lo que se ha conseguido, a decir, nosotros también: "venid y ved cuán grandes son las cosas que ha hecho el Señor por mi vida".

Durante muchos años mi trabajo estuvo ligado a la Facultad de Medicina, primero como alumno, y como profesor después. Empecé a frecuentar el Hospital como alumno del tercer año, en 1944, al año siguiente, pues, de la fecha que hoy conmemoramos. Conocí la humildad de sus comienzos. Apenas unas salas de Medicina Interna y Cirugía General, con algunas especialidades esbozadas, más como intereses especiales de algún médico

que como disciplinas constituidas; un pequeño servicio de Radiología, un modesto laboratorio, un servicio de enfermería incipiente servido por unas pocas inolvidables religiosas competentes y abnegadas. Casi podría decirse un embrión de hospital docente que nacía en un momento en que existían ya en Santiago, y desde hacía largo tiempo, hospitales establecidos y respetados, desde los que se miraba con asombro y con alguna sorna a esta entidad nueva y modesta.

Pero mínimo como aparecía, este Hospital era la realización de un viejo sueño, la culminación de un esfuerzo accidentado y paciente de más de medio siglo. Ya en enero de 1888, aun antes de fundarse la Universidad, la Junta Promotora del Proyecto se refería a la eventual creación de una Facultad de Medicina a la que calificaba de "...más costosa que todas en cuanto exige un profesorado numeroso y difícil de procurárselo, vastos locales y un hospital...", y esbozaba la idea de un hospital "... el cual sería atendido por los profesores de la Escuela de Medicina, a la vez que éste serviría de práctica para los estudiantes de ésta..." y se planteaba la combinación con el Pensionado del Carmen.

Cómo no tener hoy un recuerdo agradecido hacia tantos hombres y mujeres que pusieron sus oraciones, su fervoroso entusiasmo y sus fortunas al servicio de una idea que aparecía en un comienzo irrealizable. Hemos rezado hoy día por las almas de nuestros benefactores y de los que impulsaron de innumerables maneras el proyecto, por la del rector Carlos Casanueva, por las de don Fernando Irrarrázaval Mackenna y su familia, por las de tantos cuyos nombres recordamos, y por las de aquellos que sólo Dios conoce. No podían por cierto prever cuál iba a ser la magnitud y complejidad de la obra que estaban intentando; si se hubieran detenido mucho a analizarlo, tal vez no se habrían atrevido, porque sus medios humanos les habrían parecido muy cortos. Pero pensaron que esto era indispensable para la educación católica, y entonces pusieron simplemente su confianza en el Señor.

Quisiera, sin abusar del tiempo de ustedes, referirme a tres cosas que me parecen particularmente dignas de ser destacadas en esta ocasión, principalmente para compartir con ustedes, médicos de este hospital y con nuestros amigos que nos acompañan, algunos temas que deben ser centrales en el quehacer médico en nuestra universidad, cosas que a veces se han hecho muy bien, y que en otras ocasiones se han visto postergadas, de modo que, por un lado, el ejemplo y el recuerdo de lo bueno nos estimulen y nos

entreguen un espejo en el que mirar reflejada y juzgada nuestra propia conducta, y por otra parte tomemos conciencia de algunas condicionantes básicas del trabajo de este Hospital Universitario hoy día. Quiero hablar primero de la docencia, luego del significado del hospital para la Medicina chilena, y finalmente de nosotros frente a nuestros enfermos.

A. LA DOCENCIA

Lo primero que encontré al llegar como alumno al Hospital fue *la acogida*. No podré olvidar, mientras viva, el cálido interés del profesor José Manuel Balmaceda por nosotros, ni el afecto profundo y austero que nos dispensaba el profesor Rodolfo Rencoret. Eramos importantes, no porque se nos atribuyera ninguna influencia especial por ser la juventud, sino porque estábamos allí para formarnos junto a ellos, porque éramos en cierta medida la razón de ser de lo que hacían. Y al respetarnos y apreciarnos, sin cerrar los ojos a nuestras debilidades nos enseñaban a respetar y apreciar a otros, y en primer lugar a los enfermos. Había una *escuela de humanidad*, y era una cosa tan bella que después andando el tiempo y cuando nos tocó enseñar, no queríamos mejor cosa que seguir esa escuela, que miraba en cada alumno a la persona, y era capaz de alegrarse con sus éxitos y dolerse de sus fracasos. Quisimos ser imitadores de esos maestros de excepción, y ahora, en la tarde de la vida, me pregunto si fuimos capaces de enseñar aquello que recibimos e imitamos. En todo caso, quiero dejar aquí público testimonio de eso que viví, y en el nombre de esos maestros de ayer, recordarles de nuevo a todos los médicos que esto es un hospital universitario, un hospital destinado a instruir en la más sofisticada arte médica, pero obligado a ser siempre escuela de humanidad, y que no hay verdadera Medicina, por avanzada que ella sea, que no incorpore la voluntad de *transmitir* el saber médico, la disposición benévola hacia pacientes, alumnos, colaboradores y colegas: esa es la grandeza de la Medicina, ese es el legado de Hipócrates, el profundo reclamo de la naturaleza humana, esa es la vocación del médico cristiano. El día (que Dios no permita) en que esa aspiración de humanidad llegara a extinguirse, ese día nada de esto que nos alegra y enorgullece tendría sentido ni valor. Mantenerlo vivo es la herencia que está en sus manos. Y a cada uno de nosotros se nos dice con la palabra del poeta: "la herencia que has recibido, lucha para hacerla tuya".

B. EL SIGNIFICADO DEL HOSPITAL FRENTE A LA MEDICINA CHILENA

La universidad enseña no sólo por lo que les entrega a sus alumnos como formación profesional, sino también por medio de los grandes modelos institucionales que le presenta a la sociedad chilena.

Ahora, si uno revisa los fragmentarios documentos que nos quedan y en los que se menciona desde comienzos de siglo la idea de crear un hospital para la práctica de los alumnos de Medicina, se percibe la intención de darle a la futura Escuela una personalidad definida y distinta. No bastaba para los fundadores con la posibilidad de usar establecimientos ajenos, aun cuando por cierto no la excluían. El médico se ha de formar en un ambiente, en una Escuela, en un grupo, y si se quería que esta Escuela tuviera un sello distintivo, le era necesario un hospital propio.

Yo creo que todo el país sabe que esa aspiración ha tenido una historia de notables alcances. Este centro empezó siendo un pequeño hospital docente cuya calidad crecía por el esfuerzo y el estudio de las personas; y luego, progresivamente, y casi de modo insensible se fue transformando en un centro de Medicina científica de alta calidad. Sus series clínicas, sus procedimientos diagnósticos y terapéuticos, la verdad de sus especialidades, el nivel de su investigación experimental y clínica, lo fueron transformando—quiere decirlo sin jactancia, pero no sería lícito callarlo, porque tengo conciencia de que es íntegramente un regalo de Dios—, lo fueron transformando, digo, en un centro de referencia nacional y regional de primer orden, en un punto obligado de comparación y en el líder indiscutido en muchas especialidades médicas. Esto es parte de la misión de la Universidad. A través de centros como éste, la Universidad da la medida de lo que se puede y lo que se debe hacer, muestra cómo son factibles cosas que parecían inalcanzables en un medio como el nuestro, y aporta una esperanza de solución de problemas graves de salud a muchas personas. Es una forma de hacer docencia médica distinta de la convencional, y que se expresa de dos maneras principales: los especialistas formados en el Hospital, y el testimonio de la acción del Hospital. Nuestros especialistas, becarios, médicos que han hecho aquí su residencia, son la siembra que hemos repartido por todo el territorio. Un médico formado en un centro de alta exigencia se transforma en un líder de salud allí en donde le toque trabajar. Nuestros programas de formación de postítulo y de especialización, nuestra atención de becarios constituyen una

contribución de primer orden al progreso de la Medicina chilena. Pero también, como lo esbozaba hace un momento, la sola existencia del Hospital ha servido y sirve como punto de referencia en el desarrollo del arte médico nacional. En muchos momentos ha podido decirse que era una especie de reserva tecnológica médica, en el sentido de que aquí se introducían al país procedimientos de avanzada. Y finalmente, la investigación científica, tanto la clínica como la experimental, han recibido un fuerte impulso, gracias a trabajos y hallazgos que han significado contribuciones valiosas a la ciencia médica mundial.

Constreñido por el tiempo, no puedo hacer una reseña siquiera medianamente completa de esos aportes, y entonces prefiero no individualizar ninguno para no hacer selecciones que podrían sonar a arbitrarias y que no corresponderían a un día de celebración como éste. Lo que sí quisiera enfatizar es que este rol central del Hospital no estuvo nunca entre las cosas que se pensaron al proyectarlo y al fundarlo. Se dio como el resultado natural de un esfuerzo inicial modestísimo, pero rectamente inspirado, y trabajado con amor y con dedicación. Los medios materiales fueron llegando a servir el desarrollo de una idea, y a darle una forma acorde con el desarrollo mundial de la Medicina. Los que dimos aquí nuestros primeros pasos en la vida hospitalaria sabíamos que esto era mucho más débil, incipiente, insuficiente que otros centros médicos de la ciudad. Pero éramos también conscientes de que la obra que aquí iba tomando forma estaba movida por un intransigente anhelo de perfección y por un espíritu de entrega contagioso. Quisiera recordar que lo primero en que notamos nosotros los alumnos de entonces que aquí había una semilla universitaria distinta, fue cuando vimos instaurarse ya en 1943 un plan de enseñanza médica de pregrado íntegramente renovada, que era una primicia para el país. Era algo modesto, pero era decisivo.

También quiero recordar otra cosa sobre la que insistiré más adelante. Los precursores o anticipadores de la fundación del Hospital no tenían ningún idea de lo complejo que era lo que proyectaban hacer. Pero los iniciadores sí que lo intuían. Y ellos no querían un sitio en que la atención de salud, por ser dada a personas de modestos recursos económicos, fuera de mala calidad. Estructuraron una combinación de atención privada y atención institucional que aseguraba que la calidad y oportunidad de la acción médica fueran óptimas para aquel tiempo, incluso para personas pobres. Único entre los grandes centros asistenciales del país, este Hospital ex-

tendía una calidad pareja de atención médica a personas de recursos económicos muy distintos. Eso también empezó muy en pequeño, pero se ha ido extendiendo hasta el punto de que creo sinceramente que hay todo un sector de población que no encuentra en ninguna parte una atención médica que sea comparable a la que encuentra aquí.

La lección que dejan los modestos inicios es la de la fecundidad de aquel estilo humilde con esa cuota siempre presente de amor y de creatividad, porque ocurre que cuando las instituciones humanas alcanzan muchas metas largo tiempo aspiradas y parecen fuertes y triunfantes, ellas corren como nunca el peligro de la autocomplacencia, el riesgo de que las aspiraciones o deseos individuales se sobrepongan sin contrapeso a las aspiraciones colectivas, de que prime el egoísmo sobre el trabajo común. La historia enseña que si no se le pone atajo, esa tendencia termina dañando no sólo la vida colectiva, sino la vida personal de los que están involucrados. Y es natural que así sea, y es saludable que así sea. Mientras estemos en el tránsito que es esta vida, ninguna perfección nos está garantizada. Tenemos que luchar a diario, pero luchar principalmente para mantener el espíritu que hizo y que hace que esta obra sea posible.

El desarrollo del hospital se acompañó paulatinamente por la llegada de numerosos profesionales del equipo de salud: enfermeras, tecnólogos, nutricionistas, profesionales de salud de diversa índole, que significan la más valiosa contribución al conjunto de nuestro trabajo. La calidad técnica y humana con que se desempeñan, el sentido de responsabilidad con que recuerdan siempre que, por más que a veces su trabajo se desarrolle alejado del enfermo, y alejado de la enseñanza, es, sin embargo, vital para los dos, son factores decisivos en la vida del Hospital. Junto a ellos, los administrativos de todos los rangos, y el personal auxiliar, merecen ser mencionados en esta hora, porque su sentido humano y su abnegación son elementos esenciales en la marcha del trabajo común.

No he mencionado a estos grupos sólo por motivos de gratitud y de justicia, sino para recordar que entre nosotros ha surgido un equipo hospitalario y de salud de grandes proporciones. Eso plantea problemas de administración, problemas técnicos nuevos, que deben encararse con los medios que en cada caso parezcan adecuados. Pero, básicamente, significa que la convivencia armoniosa y productiva que beneficia a los pacientes, a los alumnos, a cada uno de los miembros del hospital y a la propia Universidad es tarea de

todos. Tarea significa que no es una cosa que surja sin trabajo, sin dedicación. Vivir un hospital requiere una atención constante de parte de todos, un respeto recíproco, un sentido de servicio ineludible. Dentro de las posibilidades reales del Hospital, y sin embarcarse en soluciones utópicas, eso demanda un espíritu de solidaridad y de equidad. La tarea de cada día es construir una comunidad de trabajo.

C. HE QUERIDO DEJAR PARA EL FINAL A LOS PACIENTES DE NUESTRO HOSPITAL

Tenemos una deuda gigantesca de gratitud hacia tantas personas que han confiado su salud a nuestra institución, y a los que quisiéramos servir en la mejor forma posible.

Nuestro compromiso es claro. Estamos obligados, como Hospital y como Hospital universitario a ser una institución confiable que otorgue una atención médica que reúna tres características: eficiente, oportuna y humana.

Son muchos los millares de enfermos que pueden atestiguar que es eso lo que han recibido, y es justamente por eso por lo que nuestro Hospital tiene una altísima demanda de servicios.

Hay, sin embargo, una cuestión que no quiero dejar sin abordar y que nos causa una constante inquietud, y es que el costo de nuestros servicios médicos los pone fuera del alcance de muchas personas que no tienen los medios suficientes para hacerles frente, y nos duele que puedan sentir que su suerte nos es indiferente.

La razón de lo que ocurre es otra, y puede entenderse claramente. El conjunto de nuestro Hospital *no deja utilidades*, no deja excedentes de los que podamos disponer. Por el contrario, nuestra operación alcanza a financiarse gracias a un subsidio del presupuesto central de la Universidad. Todo el mundo sabe que la administración de este Hospital es una de las más eficientes del país. Por lo tanto, si se toman todas estas cosas en su conjunto, ello significa que lo que el Hospital cobra es lo que efectivamente le cuesta a él el servicio que presta, y que si deja de cobrárselo a alguien, serían los otros enfermos los que tendrían que pagarlo, y que eso no podría ser de otro modo, por cuanto no existen ingresos suplementarios como subsidios o subvenciones. Es claro que si se comparan nuestros precios con los de los hospitales públicos, uno se encuentra que los nuestros son más altos. Pero no podría ser de otra manera desde el momento en que nosotros no recibimos subsidios especiales del

Estado ni de ninguna otra institución. Y ocurre que para mantener su actividad al día y dar el servicio eficiente y oportuno, un hospital moderno debe realizar cada año cuantiosas inversiones, que no son lujos sino necesidades de salud y que benefician a los propios pacientes. Todo eso, la depreciación de nuestros equipos y edificios, la reposición, la mejora de nuestros materiales, tenemos que financiarlo nosotros mismos. Es evidente que eso establece una diferencia muy importante con la situación de los hospitales públicos, y encarece inevitablemente la atención.

Sin embargo, de alguna manera tenemos que ayudar a financiar nuestro reequipamiento, nuestro constante progreso, la reposición del equipo envejecido. Y en parte lo hacemos gracias a que seguimos con la política establecida desde la fundación del Hospital. Junto a la atención institucional, funciona aquí la atención médica privada cuyos excedentes institucionales no son para el lucro de propietarios o accionistas sino para subsidiar la atención institucional. Este sistema, establecido y defendido siempre por nuestro primer director, el Dr. Rodolfo Rencoret, tiene varias ventajas. La primera es la que mencionaba, o sea, la de generar un excedente que viene en ayuda del sector de atención institucional, el cual comprende alrededor de los dos tercios de nuestros pacientes hospitalizados. La segunda, es que permite una concentración muy alta de médicos de excelente calidad que desarrollan buena parte de su trabajo profesional en este mismo sector, por remuneraciones institucionales que son bastante bajas, y que pueden hacerlo gracias a que atienden a su clientela privada en este mismo Hospital. Si no contáramos con esa atención privada, no tendríamos esos excedentes para tonificar nuestra operación, y el costo de nuestro personal médico sería prohibitivo para pacientes de escasos o medianos recursos.

A estos recursos adicionales habría que agregar todavía las cuantiosas inversiones hechas por grupos médicos, para financiar el progreso de sectores del Hospital.

Finalmente, con profunda y entrañable gratitud, hay que recordar la larga serie de insignes benefactores, y los otros muchos que han donado cantidades que eran pequeñas en sí, pero grandes en su significado humano. Son ellos los que nos han ayudado a establecer y a mantener esta gigantesca operación. No quiero mencionar sino los nombres de unos pocos ya fallecidos: don Fernando Irrázaval Mackenna, a quien ya me referí, y las personalidades extraordinarias que fueron Siegfred Gildemeister y Gabriela Grisar

de Gildemeister, sin cuya visión de futuro nuestra cirugía de tórax y nuestra cirugía de corazón habrían demorado quizás cuanto en nacer.

Me he detenido sobre este asunto tedioso, porque nuestro Hospital no puede ni debe abandonar su compromiso con los enfermos pobres. De hecho, eran éstos, así como los sacerdotes y religiosos de ambos sexos a los que se quería atender de preferencia, en tiempos pretéritos, cuando la atención hospitalaria era poco más que un hospedaje, era una cosa barata, ciertamente poco eficiente, pero también de mínimo costo. Hoy, debido al progreso de la Medicina, las cosas han cambiado radicalmente, y necesitamos la colaboración de nuestros amigos y de todos los católicos si queremos que pacientes pobres puedan recibir entre nosotros, conforme al propósito de nuestros fundadores, una Medicina oportuna y eficaz. Un ejemplo particularmente interesante en esa dirección lo constituyen nuestras conversaciones con la Mutual Pax del Episcopado.

Hay, sin embargo, una lección inescapable, que me interesa destacar: los costos reales de la atención médica son mucho más altos que las cifras que se suelen manejar en la opinión pública. Aquí lo sabemos porque somos nosotros los que debemos afrontarlos en su integridad. Este Hospital no es sólo un punto de referencia para la calidad de la atención, sino para su costo real. Al llevarle buena Medicina a muchísimos pacientes sin cargar más que su costo, estamos trabajando en la misma dirección que nos prescribe la tradición de la Universidad, y estamos sirviendo a la Medicina y al país, pero estamos mostrando las reales dimensiones de un problema que sacude también a grandes naciones como lo atestigua el reciente plan de salud del Presidente Clinton, con sus costos siderales. Las personas deben encontrar en la sociedad los instrumentos que les permitan acceder dignamente a la salud. Es mucho lo que se ha hecho y lo que se está haciendo en Chile para lograrlo, pero claramente no es todavía suficiente. En todo caso, es impensable que una sola institución como es la nuestra llegue a darle una solución satisfactoria a un problema tan vasto. Tendremos que seguir haciendo todo cuanto podamos; pero a lo imposible, nadie está obligado.

La visión que presentaba simplifica obviamente las cosas y pasa por alto los muchísimos problemas, incluso las inequidades que un sistema tan complejo tiene que afrontar. Pero ella resume la dirección en que quisiéramos andar para hacer de nuestro Hospital un centro de atención para pacientes de todos los estratos sociales. Quiero agregar sólo que somos profundamente

concientes de muchas fallas en este aspecto, pero que ninguna falla nos desanimará en el intento de hacer siempre de esta casa, técnicamente sobresaliente y financieramente tan difícil de operar, una escuela de humanidad y un centro de auténtica acogida a los que sufren.

En esa dirección están de nuevo llamados los que aquí trabajan. Es al Señor a quien se sirve en el enfermo. Es al Señor a quien se sirve en el estudiante, como en el compañero de trabajo, y sabemos que El que nos congregó aquí no desatenderá nuestra oración y nuestro esfuerzo por hacer de este sitio, cada vez en mayor medida, un sitio de superación en el servicio, y para ayudarnos a limpiar nuestro trabajo de todo lo que lo aparte de ese camino.

No he tenido temor de alargarme. Cincuenta años es un tiempo prolongado, y los que los hemos vivido cerca de esta institución, hemos sido testigos de tantos esfuerzos generosos, tantos caminos emprendidos, tantos éxitos y fracasos, tanta noble y silenciosa entrega, también tantas debilidades e infidelidades, que tenemos conciencia de que hay en esto más que obra de los hombres un designio de Dios en nuestra historia médica nacional. Y al esbozar esta descripción de algunos rasgos fundacionales y su desarrollo en el tiempo, me ha parecido que estaba simplemente dándole gracias a Dios que nos ha dado el poder, el querer y el hacer, pidiéndole que perdone nuestras fallas y que nos haga dignos de continuar en su servicio.

Reconocimiento de los servicios prestados al Hospital Clínico de la Universidad Católica, por religiosas enfermeras y antiguos médicos

EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD ENTREGA MEDALLAS CONMEMORATIVAS A:



Sor Reinoldis Schulte, representante de las Hermanas de la Caridad Cristiana.



Dr. Raúl Dell'Oro S.



Dr. Fernán Díaz B.



Dr. Santiago Raddatz E.

Décimo Encuentro de Académicos de
la Escuela de Medicina de la
Pontificia Universidad Católica de Chile
(Los Andes 26 al 28 de noviembre de 1993)



Introducción al Encuentro

Dr. José A. Rodríguez Villegas

*Profesor Adjunto de Medicina,
Presidente del Comité de Encuentros Académicos
de la Escuela de Medicina de la Pontificia
Universidad Católica de Chile.
Otros datos biográficos ver en REMUC 9/91, p. 151*

Las jornadas que se inician hoy día tienen un sello muy particular, porque corresponden a la número 10, y creo que, para una Escuela joven como la nuestra, el que una actividad de esta naturaleza cumpla 10 años ininterrumpidos es un logro que se debe destacar.

A lo largo de este decenio hemos tenido la oportunidad de conocernos mejor y de reflexionar sobre temas médicos y universitarios; sobre aspectos de la vida cultural y artística o de trascendencia nacional e internacional y, simultáneamente, hemos podido plantearnos cuál es la mejor forma de vivir nuestro cristianismo y cuál

es la proyección que nuestra Escuela de Medicina debe tener en la sociedad y en nuestros alumnos.

Creo que, sin lugar a dudas, estos Encuentros constituyen una característica muy propia de nuestra Escuela y espero que con la ayuda de Dios se puedan seguir realizando durante muchos años más.

En mi calidad de presidente del Comité Organizador aprovecho la oportunidad de agradecer a Laboratorios Saval su importante aporte, que ha sido un estímulo fundamental para seguir adelante con estas jornadas.

Tampoco puedo dejar de mencionar al Dr. José Manuel López, quien en 1984, en su calidad de Director de la Escuela durante el Decanato del Dr. Pablo Casanegra, organizara el primero de estos Encuentros. Desde entonces

el Dr. López ha estado presente en la preparación de cada uno de ellos y creo que merece todo nuestro reconocimiento y agradecimiento por esta idea y por su siempre entusiasta colaboración.

Homenaje al Sr. Emilio Saval P., Gerente General Laboratorios Saval S.A., auspiciador de los diez Encuentros de Académicos: 1984-1993



Dr. Flavio Nervi O., Sr. Emilio Saval P. y Dr. José A. Rodríguez V.

PALABRAS DEL DR. JOSE ANTONIO RODRIGUEZ V.

Procederemos a un acto de homenaje a don Emilio Saval por su estímulo, apoyo y sustentación a lo largo de 10 años de estas jornadas, que se han transformado en un elemento muy importante en la vida de nuestra Escuela. Este homenaje iba a ser presidido por nuestro Decano, Dr. Pedro Rosso, quien lamentablemente no ha podido llegar, por lo que el

Vicedecano, Dr. Flavio Nervi, será quien presida esta ceremonia. Nuestra relación con Laboratorios Saval existe desde el nacimiento de estos Encuentros, cuando el Dr. López, Director de la Escuela de Medicina, precisamente gracias al apoyo de Laboratorios Saval, pudo comenzar con lo que hoy día alcanza su mayoría de edad. Pido, pues, al Dr. Nervi que, a nombre de nuestra Facultad, haga entrega a don Emilio Saval de un pequeño recuerdo, en homenaje de nuestro agradecimiento.

**PALABRAS DEL VICEDECANO
DE LA FACULTAD DE MEDICINA,
DR. FLAVIO NERVI O.**

Don Emilio, quiero testimoniarle, en primer lugar, nuestros más profundos agradecimientos no sólo a nombre de nuestra Facultad y a nombre personal de nuestro Decano, quien no pudo estar con nosotros en este momento, sino también de nuestro Rector. Quiero dar testimonio también frente a todos nuestros colegas del significado que ha tenido la permanente ayuda de Laboratorios Saval y muy especialmente de su persona, que representa a un empresario, a un gran ges-

tor, y también a un hombre con una especial sensibilidad y comprensión de los valores del espíritu y por el trabajo que hace la Universidad. Laboratorios Saval no solamente está presente hoy día en este evento, en el cual estamos tratando diversos aspectos que están más o menos alejados de la Medicina y, por lo tanto, del quehacer de su empresa, sino que también ha estado muy especialmente preocupado de la formación de los futuros profesionales médicos. De manera que la Facultad de Medicina se siente profundamente complacida de tenerlo aquí entre nosotros y de retribuirle en forma muy sencilla y humilde, con este presente, nuestros agradecimientos.

* * * * *

PALABRAS DE DON EMILIO SAVAL P.

Yo me siento muy honrado de este homenaje que se me hace y muy agradecido no sólo en nombre mío por las palabras tan generosas que he oído, sino a nombre de la compañía que represento y muy especialmente del Departamento Médico, que ha tenido una intervención más directa en estos encuentros, especialmente nuestro Director Médico, Dr. Gonzalo Munita; nuestro Gerente de Relaciones Médicas, don Rafael Díaz, y todos los que comprendemos el Laboratorio; no es una sola persona, somos muchos los que estamos en esto.

Yo venía preparado y me permití escribir unas líneas sobre lo que es un poco la filosofía corporativa de nuestra compañía.

Señor Vicedecano, Dr. Flavio Nervi; Dr. José Antonio Rodríguez, autoridades académicas en general, señoras y señores:

Desde hace muchos años, y desde la fundación misma de nuestro Laboratorio, a fines de la década de los 30, existía una intención, quizás ambiciosa, quizás ingenuamente idealista, de proyectar (más allá de la concreta actividad fabril que representa la producción de medicamentos), un acercamiento, un compromiso, una identificación con el tema que subyace en esta actividad: el problema de la salud en nuestra sociedad.

No se trataba sólo de apegarnos a normas tecnológicas que permitieran lograr un producto eficaz y seguro. Queríamos aún más; buscábamos la excelencia y tras ello nos asociamos a importantes laboratorios internacionales de reconocido prestigio en el campo de la investigación y del desarrollo.

Pero aún sentíamos que algo faltaba y este algo nos impulsaba a buscar más y más.

En realidad, esta necesidad insatisfecha, esta sensación de inconclusión estaba en la búsqueda de una razón de ser. En fin: deseábamos dar cuerpo al cumplimiento de un rol social. En tal sentido buscábamos una posición comprometida en el avance de la Medicina en el mismo plano, aunque con otras perspectivas, en que se comprometen los profesionales del área de la salud y las instituciones que los representan, tales como las sociedades profesionales y las escuelas de Medicina de nuestras Universidades. Pensábamos, por tanto, que nuestra tarea debía estar identificada con el progreso de la Medicina en nuestro país.

¿Cómo lograr este objetivo? ¿Con qué medios, y quizás mejor, con qué derecho un laboratorio farmacéutico se atreve a plantearse este desafío?

Pues bien, quizás pequemos de orgullo al decir que en todo nuestro equipo de trabajo existió y existe una gran confianza en los medios con los que nuestra empresa cuenta para acercarnos a ese objetivo. Y, desde luego, no son los medios materiales los más importantes. Es el factor humano, el contar con una sintonía en nuestro personal para lograr ese fin. Partiendo, por tanto, de esa confianza que nos da nuestra auto-percepción de empresa, buscamos de qué manera concreta lograr este anhelo.

Rápidamente llegamos al convencimiento que el progreso de la Medicina en Chile se basa en el perfeccionamiento profesional de quienes laboran en el área: médicos, enfermeras, químicos farmacéuticos. Hacia ellos nos dirigimos.

Como nuestra empresa cuenta con una infraestructura y medios materiales para ello, em-

pleémoslos en fomentar todos los actos de perfeccionamiento profesional: becas, ensayos clínicos, información científica y eventos científicos.

Pensamos que estos esfuerzos serían comprendidos por quienes laboran en el campo de la salud. No nos equivocábamos. Su apoyo nos ha permitido retroalimentar y reforzar estas actividades, que encarnan uno de los aspectos más importantes inscritos en nuestra misión corporativa, y estamos muy agradecidos que nos hayan entendido. Nuestra meta no era hacer cosas para tener ganancias, sino tener ganancias para poder hacer cosas, donde la creatividad jugara un papel preponderante.

Ahora bien, estamos también convencidos de que el conocimiento y la erudición en un campo específico, como es el de las ciencias médicas, no llenan ni agotan el saber. Por el contrario, es tal vez paradójico que el saber llame al saber, que la cultura en una disciplina específica y bien delimitada impulse los resortes de la curiosidad y de la creatividad hacia otras áreas del saber. Esa proyección de la actividad intelectual, fuera del ámbito propio de una disciplina, no cansa el espíritu. Por el contrario, lo vivifica

y lo devuelve inquieto e inquisidor cuando retorna a su hábitat cotidiano.

Es por ello que una actividad como la desarrollada por la Escuela de Medicina de la Universidad Católica en los Baños del Corazón, creemos cumple con los objetivos que señalábamos anteriormente en relación al desarrollo profesional y académico. Y no porque aquí se traten temas técnicos o se intercambie el saber médico, como es propio en los congresos, simposios y otros eventos de esa disciplina en que constantemente participamos. Es porque estos encuentros se constituyen en una de esas raras instancias en las que la magia de la seducción intelectual empuja con fuerza en pos del conocimiento, enriqueciéndose con una mirada más inquisidora hacia el mundo, más contemplativa, más asombrada, más creadora.

Quiero, por tanto, junto con agradecer vuestra preocupación en expresar el valor que vuestra Facultad le asigna a patrocinar estos Encuentros Académicos por nuestro Laboratorio, reafirmar el compromiso de nuestra institución en proseguir con esta iniciativa, que la sentimos quizás como la más preciada muestra de nuestra voluntad de cooperación en la actividad médica.

Tecnología y Medicina

Dr. Jorge Urzúa U.

Conferenciante



**PRESENTACION DEL
CONFERENCIANTE POR EL
DR. JOSE ANTONIO RODRIGUEZ V.**

Ha sido una tradición durante estos Encuentros de Académicos que alguno de nosotros haga una breve presentación del conferencista, porque las más de las veces no es una persona que esté cerca de nosotros, por lo que se hace conveniente dicha introducción.

No parece ser el caso del Dr. Urzúa, ya que no logro ver en la sala a personas que pudieran no conocerlo. Sin embargo, es posible que algunos

de ustedes no sepan que el Dr. Urzúa tiene algunas características muy únicas dentro de nuestra Escuela, como por ejemplo el haber sido uno de los Profesores Titulares más jóvenes de la Escuela o el que sea un entusiasta de la Física, que incluso trabaja en algunos de sus ratos libres en la Facultad de Física. Tampoco es muy frecuente encontrar entre nosotros académicos de origen castrense, como lo es el Dr. Urzúa, antecedente que quizás puede explicar algunos de sus rasgos de carácter. Lo que todos saben es que el Dr. Urzúa es anestesista y ha representado a nuestra Universidad y a nuestro país en numerosos con-

gresos nacionales e internacionales de Anestesiología.

Sin embargo, el Dr. Urzúa es, por sobre todo, un auténtico universitario, dedicado a la reflexión y al análisis crítico de las numerosas

circunstancias que le han tocado vivir, en particular sobre el tema siempre candente de la interacción entre la tecnología y la Medicina, motivo de la conferencia que a continuación vamos a escuchar.

CONFERENCIA DEL DR. JORGE URZUA U.

Lo que voy a presentar es un conjunto de ideas, observaciones e intuiciones que pueden más o menos agruparse bajo el título "Tecnología y Medicina". Careciendo por definición de la rigurosidad propia del pensar filosófico y careciendo, además, de versación o formación en dicha disciplina, mis contribuciones han de ser, necesariamente, tentativas y provisionales.

Estas observaciones se han originado en la hipertrofia de mi sentido crítico. Donde muchas personas no detectan nada fuera de lo ordinario, yo me impaciento y me rebelo. Veo que las cosas no corresponden a los nombres que se les asignan, que no hay coherencia entre lo que se dice y lo que se hace. Para los chilenos, quienes preferimos las ideas —o las ideologías— a la realidad, debo ser un animal particularmente incómodo.

Esta asimetría entre el discurso y lo que realmente pasa, entre lo que se dice que una cosa es y lo que realmente es, ha sido para mí fuente permanente de frustración. Es tanto, que me he acostumbrado a traducir. Cuando se dice "no se sabe", debe leerse: "Yo no sé". Cuando se dice: "No es la plata lo importante", seguro que es la plata lo importante. Y cuando se dice "A esta persona le tengo mucho afecto...", ¡cuidado!

Entre los elementos objetivos que dieron origen a estas reflexiones figuran algunos excesos de entusiasmo terapéutico —mejor dicho encarnizamiento terapéutico— contra los que llevo décadas batallando en vano. Otro punto de partida en este camino fue el trabajar en una especialidad distinta de la Medicina clásica y en contacto frecuente con ingenieros.

Esta ha sido una búsqueda en la oscuridad. Si bien no se trata de filosofía de verdad, las reflexiones nacidas en medio del tráfago y las tensiones del pabellón y del intensivo, esta búsqueda a tientas de una verdad que está ahí, a la vista de todos, y que nadie parece ver, se parece un poco a la filosofía. Dice Heidegger: "Cuando en la profunda noche de invierno una bronca tormenta de nieve brama sacudiéndose en torno del albergue y oscurece y oculta todo, entonces es la

hora propicia de la filosofía. Su preguntar debe, entonces, tornarse sencillo y esencial. La elaboración de cada pensamiento no puede ser sino ardua y severa. El esfuerzo por acuñar las palabras se parece a la resistencia de los enhiestos abetos contra la tormenta" (1).

Son cuatro los campos en que quisiera situar esta exposición:

1. Lo tecnológico, la Medicina y lo técnico.
2. La Medicina/tecnología enloquecida por el rechazo de la muerte.
3. Los costos de la atención médica y el sistema de salud.
4. ¿Hacia dónde va la tecnología en la Medicina?

1. LO TECNOLÓGICO, LA MEDICINA Y LO TÉCNICO

Presenciamos el triunfo incuestionable de la Medicina tecnológica. Cada día hacemos procedimientos más complejos, nuestros diagnósticos son más precisos, sobreviven en los pabellones y en los intensivos las viejitas más viejitas y los prematuros más prematuros. Monitores y respiradores son la norma más que la excepción. A los marcapasos electrónicos suceden los computarizados, que se adaptan en forma inteligente a la demanda metabólica. A éstos, a su vez, los desfibriladores implantables, que diagnostican las arritmias y administran su propio golpe eléctrico. Sensores implantables de glucosa conectados en circuito cerrado a bombas de insulina permiten tratar en forma lógica y definitiva la diabetes. Las arterias se ven por dentro con arterioscopios, o con ecografía intraarterial, en la cual un emisor de ultrasonido y el captor de los ecos respectivos han sido alojados en un catéter que se introduce en las coronarias; mientras tanto, las estenosis se dilatan con balones o se limpian con láseres o "rotablaters" (este último, un dispositivo rotatorio dentro del catéter que, como un taladro, desintegra la placa y aspira los residuos).

Para qué hablar de los diagnósticos. En mi época de alumno, las reuniones de anatomía patológica tenían un suspenso especial, ya que nadie, excepto el patólogo, sabía el diagnóstico real. Las hipótesis diagnósticas fluctuaban, para un mismo caso, entre tuberculosis, linfoma, leucemia, cáncer gástrico y mononucleosis. Esta dispersión diagnóstica era causada por la limitada capacidad de los laboratorios e imágenes de esos años. Hoy día el diagnóstico lo sabe todo el mundo, ya que la endoscopia y las imágenes ultrasónicas y radiológicas permiten literalmente "ver" al paciente por dentro, mientras que los exámenes de laboratorio proporcionan informaciones inequívocas sobre las características moleculares de cada enfermedad. Ya no sólo se diagnostica enfermedad, sino su etapa, grado y tipo, a cada uno de los cuales se asigna diferente pronóstico y terapia.

Parte decisiva del avance de la Medicina moderna ha sido dada por los computadores. Estas máquinas están en todas partes; no sólo en la administración de la contabilidad, los inventarios y las finanzas, o en los escritorios de los médicos, donde sirven para escribir trabajos como éste o para obtener mañosamente valores de p inferiores a 0,05. Los computadores están en el corazón de la praxis médica, donde casi no se notan. En efecto, el scanner es un computador, el ecógrafo es un computador, los dinamap, los monitores, los respiradores, los oxímetros de pulso, todos son, en esencia, computadores. Los computadores en pabellón o en intensivo no son, como ingenuamente pensábamos 25 ó 30 años atrás, grandes máquinas que prenden luces y hacen girar cintas magnéticas, los computadores de hoy día no se ven, ya que son sólo una tarjeta dentro de los monitores, en la cual reside el microprocesador, el programa, y la memoria, quienes hacen los análisis y toman las decisiones. Estamos por completo rodeados por estos "computadores dedicados", desde la calculadora de bolsillo al Holter, desde el reloj pulsera hasta la resonancia magnética nuclear. Y mientras más computación usamos, menos percibimos su presencia. Y no sólo en Medicina: ¿Qué es el cajero automático, el teléfono con discado directo, las reservas de vuelo en el avión, la tarjeta de crédito, la caja del supermercado, sino computación? Los computadores se han hecho para usar el lenguaje de los computólogos, "transparentes" para los usuarios. El problema, claro, es que para nosotros los médicos no son sólo transparentes, sino también incomprensibles; no sabemos cómo funcionan, no sabemos con qué lógica operan, no podemos identificar sus errores o sus desperfectos. En una

palabra, somos perfectos analfabetos tecnológicos. (Y ahora un paréntesis pedagógico. A mí me enseñaron, cuando era alumno de Medicina, que debía aprender fisiología y bioquímica, porque eso era necesario para que el médico "no fuera un mero practicante". La diferencia entre médico y practicante es, me decían muy razonablemente, que el primero entiende los fundamentos de su praxis, domina los porqué, basa sus decisiones en una lógica que a su vez descansa en una concepción teórica, en un modelo complejo del organismo humano. Pero, ¿en relación a los computadores, y a otros aspectos tecnológicos de nuestra praxis médica, somos verdaderamente médicos que sabemos y entendemos lo que hacemos? ¿O somos meros practicantes, que usamos las máquinas como "cajas negras", que podemos utilizar, pero sin entender por qué funcionan? Fin del paréntesis pedagógico.)

Hay que mirar en perspectiva los treinta y tantos años durante los cuales he estado rondando esta Escuela de Medicina, para darse cuenta de la magnitud de su progreso tecnológico. Tal vez el atraso de esos años era muestra del atraso general de Chile, pero en el mundo entero la Medicina moderna es en su mayor parte un producto de la segunda mitad de este siglo. A mediados del siglo XIX, cuando nace la anestesia, la cirugía era muy poca, solamente resectiva y de superficie, y alcanzaba mortalidades prohibitivas; las cavidades del cuerpo eran inaccesibles para los cirujanos. No se conocían los microbios y menos, por supuesto, la asepsia. Las drogas disponibles eran pocas y, salvo excepciones, completamente ineficaces para mejorar enfermedades cuyas causas eran por lo demás desconocidas.

Podemos denominar a esta Medicina moderna la Medicina tecnológica. En apoyo a esta denominación, mencionaré una serie de *características de la tecnología que la Medicina moderna comparte* (2).

1. *Eficacia*. La primera característica de la tecnología que caracteriza a la Medicina moderna es la eficacia. La Medicina moderna funciona. Esto no era cierto para la Medicina tradicional, la que hasta entrado el siglo XX era en general bastante inoperante. Los médicos antes de nuestro siglo no tenían casi herramientas que les permitieran cambiar el curso de las enfermedades.

Tan eficaz ha sido la Medicina moderna, que ha cambiado en forma definitiva el perfil de la humanidad. Donde la mortalidad infantil era más de 60%, hoy es 1%. La mortalidad materna, de 30% ha bajado a cero. Si bien la edad máxima a que un humano puede aspirar no ha aumentado

mucho, hoy la mayoría de los que nacen llegarán cerca de ese máximo. Antes los ancianos eran minoría; hoy son un porcentaje creciente de la población y pronto llegarán a ser mayoría. Pensemos lo que eso significa en fondos de retiro y en costos médicos. Los ancianos demandan fondos de retiro y consumen más medicina de alto costo, pero producen menos recursos; sus enfermedades son más graves, pero disponen de menos dinero para pagar por la atención.

2. *El pensamiento técnico en oposición al pensamiento mágico.* Cuando el auto presenta un desperfecto, por ejemplo, hay dos tipos de pensamiento: el mágico, que es el que tiene uno, dueño del auto pero no mecánico, que siente que "algo anda mal"; el auto está "enfermo". El pensamiento mágico no se basa en un modelo del automóvil que sea "operativo", o sea, no sirve para ubicar la falla ni menos para repararla. Distinto es el pensamiento técnico del mecánico, quien "entiende" el motor, o sea, posee un modelo operativo de éste, que le permite localizar e identificar la falla y corregirla. El pensamiento técnico se mueve en el ámbito de lo conocido y explicado; el pensamiento mágico se mueve en el ámbito de lo desconocido y de lo emocional. El pensamiento técnico es pragmático, es operativo, permite reparar lo que se ha descompuesto. El técnico no le tiene miedo a las fallas, y desarma el carburador con toda frialdad; uno siente que el pobre auto no es reparado, sino agredido. El pensamiento mágico es holístico, personaliza, atribuye intenciones y emociones a las cosas. Convierte al auto en un amigo, en un ser que siente. El pensamiento técnico es analítico, reduce los entes a funciones y componentes, despersonaliza y, por eso mismo, es eficaz. El problema es que al aplicar pensamiento técnico a los pacientes nos hacemos más efectivos, pero también despojamos al enfermo de su carácter de persona que siente y sufre.

3. *Intercambiabilidad de los componentes.* Una de las características esenciales de la tecnología moderna, en oposición a la antigua artesanía, es que los componentes son intercambiables. Un carburador se cambia por otro del mismo modelo y el auto no percibe el cambio. Esta intercambiabilidad posibilita la línea de montaje, donde se van agregando componentes al automóvil que al desplazarse a lo largo de la línea va creciendo y completándose. La Medicina moderna ha incorporado el concepto de enfermedad como alteración de componentes, y el uso de repuestos como terapia en forma de marcapasos, prótesis articulares, válvulas cardíacas, órganos para trasplantes.

Esta nueva visión de la enfermedad como falla de uno o varios componentes, que se soluciona mediante repuestos, implica el fin del individuo como indivisible ("individuo", lo que no se puede dividir). También implica el fin de la visión de la enfermedad como algo que afecta a la integridad de la persona. La enfermedad deja de ser un misterio, el misterio del dolor humano, para convertirse simplemente en un problema de mecánica.

4. *Intercambiabilidad de los operadores.* Al igual que en los procesos industriales, en los cuales un obrero puede ser reemplazado por otro obrero, o por un robot, sin alteración en el proceso, en la Medicina moderna se cambian frecuentemente los operadores sobre el mismo enfermo. Cambia el turno y el paciente es "entregado" al turno nuevo. Los anestesiólogos se relevan en el pabellón, mientras que los fines de semana se turnan. Cada vez más el médico individual es reemplazado por los "grupos"; la Medicina es cada vez más institucional y menos personal.

5. *Dependencia de los artefactos.* Desde Laennec, el médico no funciona sin un número creciente de artefactos y de máquinas. Cuando se interrumpe la energía eléctrica se acabó el diagnóstico, y en los pabellones e intensivos se pueden acabar también los enfermos, ya que la vida de los pacientes está literalmente colgando de las máquinas. El aprendizaje de las especialidades es muchas veces el entrenamiento en el uso de tecnologías, tanto o más que la adquisición de conocimientos médicos específicos. Especialidades como anestesia, laboratorios o radiología, sin máquinas simplemente no son.

6. *Primacía de lo numérico sobre lo cualitativo.* No sólo se usan números para precisar las dosis o los resultados de exámenes de laboratorios. Hay enfermedades cuyo diagnóstico, así como el control de la terapia, descansa casi exclusivamente en números. Hasta los pacientes son reducidos a números, como es el caso del dispensador de números de nuestro servicio de urgencia (igual, por lo demás, al de la fiambrería del supermercado): ¡que pase el 43!

7. *Origen en la técnica moderna.* La Medicina moderna comparte las raíces de la visión técnica del mundo, que son las raíces de la época moderna: racionalismo, voluntarismo, materialismo. La Medicina moderna es tecnológica (o sea, técnica, porque es moderna). Le es inherente a su modernidad el aplicar los métodos de dominio de la naturaleza, que están en la raíz de lo técnico. No es técnica por provenir de las ciencias; al revés. La Medicina moderna no es científica en su origen; no es cierto que la ciencia básica se

convierta en aplicada y luego en técnica o tecnología. La ciencia, al igual que la técnica, es un instrumento que opera en la dirección de la voluntad de dominio de la naturaleza. La técnica es anterior a la ciencia en la intencionalidad, y muchas veces también anterior en el tiempo. En el caso de la anestesia, por ejemplo, primero fue el uso del éter y del óxido nítrico; un siglo después, la "ciencia anestesiológica", o sea la investigación experimental farmacológica y bioquímica que da hoy "fundamento" a la especialidad. Jamás se habría desarrollado la "ciencia" anestesiológica, si no hubiera sido antes eficaz la "técnica" anestésica. Lo mismo podemos decir de la ciencia aeronáutica; no la usaron para nada los hermanos Wright cuando inventaron el aeroplano, ya que esta ciencia no existía; sólo vino a nacer para explicar mejor por qué volaban los aviones.

En nuestras universidades se cree firmemente que la investigación científica universitaria, si recibe adecuado financiamiento, resultará en desarrollos tecnológicos y eventualmente en nuevas industrias y en nuevos productos que se vendan. Por desgracia para la universidad chilena, esto no es así. El "modelo lineal", según el cual la ciencia genera conocimiento cuya aplicación queda a cargo de la técnica, no corresponde a la verdad. Citando a Martin Heidegger: "Sigue hoy vigente en las masas que han pasado por la escuela secundaria la idea insostenible que hace de la técnica la aplicación interesada de conocimientos científicos buscados desinteresadamente... la investigación científica y la tecnología usan el mismo método, analítico y operativo, y se organizan socialmente de manera semejante... y aunque se mantenga una diferencia específica (la ciencia busca adquirir informaciones acerca de la realidad, mientras que la técnica se propone inyectar información en los sistemas existentes) es un hecho que ciencia y técnica tienden a constituir hoy una supraestructura única, a la vez conceptual y práctica: un gigantesco saber que desemboca en un gigantesco poder" (3). La investigación científica se estructura cada vez más como una empresa; la Universidad es, en sí, una gran empresa. Nuestra Escuela de Medicina y el Hospital Clínico dan un buen ejemplo: definir el equilibrio entre actividad empresarial y actividad académica es un problema cuya solución sigue pendiente.

8. *Diagnóstico operacional como opuesto a diagnóstico nosológico.* La Medicina intensiva, la anestesiología, no formulan diagnóstico de "enfermedad", en cuanto entidad nosológica; el diagnóstico es operacional, muchas veces cuantitativo (ejemplo: hipotensión, oliguria), y tal como en la

teoría de control constituye a menudo el "input" de un sistema retroalimentado, más que un diagnóstico estático. Se monitorizan variables que se persigue mantener en rangos predefinidos. La terapia no está dirigida a "mejorar una enfermedad", sino a detectar y corregir la desviación de una variable crítica fuera del rango permitido. Los diagnósticos y las terapias se fragmentan según los subsistemas. Se trata de otra Medicina, de naturaleza esencialmente tecnológica.

9. *Automatización de los procesos.* La repetición automática de procesos predeterminados es una constante de la tecnología moderna, y la Medicina moderna no es excepción. Para Heidegger, en una paráfrasis de la idea de Nietzsche del eterno retorno, la esencia de la técnica moderna reside en el eterno retorno de lo mismo en constante rotación. La idea de rotación y de repetición *ad infinitum* evoca la máquina de vapor, el torno, el motor eléctrico, la turbina. Esta idea de la repetición interminable evoca también la rutina de un hospital, donde entran y salen los pacientes para ser objeto de similares procesos diagnósticos o terapéuticos. Las técnicas se han uniformado: se ponen los mismos miligramos de pentotal por kilo al paciente, esté o no enamorado, escriba o no escriba poesía. Las colas en los laboratorios, los dispensadores de número en urgencia, los pabellones a través de los cuales desfilan, uno tras otro, los enfermos se parecen más a la línea de montaje de una fábrica, que al antiguo doctor tomando el pulso al niño enfermo.

La tecnologización de la Medicina le ha permitido crecer enormemente en eficacia. No ha sido, sin embargo, sin pagar un precio. El precio pagado por el dominio de lo técnico, y por satisfacer la voluntad de poder, ha sido el haber sufrido la "pérdida del centro". Cito a Sergio Silva, S.S.CC.:

"El *ethos* moderno de autonomía del hombre y de dominio sobre la naturaleza y la sociedad no parece estar cumpliendo satisfactoriamente con sus promesas de felicidad y de plenitud de vida. La cultura moderna va acumulando los descontentos provocados por su incapacidad para orientar hacia la vida las enormes fuerzas que el desarrollo científico-técnico ha puesto en las manos del hombre" (4).

Según Martin Heidegger: "El hombre no dispone de la esencia de la técnica, ni de la técnica en su totalidad. Puesto ya dentro de la técnica, dispone ciertamente de sus aparatos y de su utilización. Dispone de los entes gracias a la técnica, pero no dispone de la técnica misma, es decir, no es libre frente a ella. No es libre de ser o no *homo technicus*. Es, por el contrario, la técnica la