

le haga objeto con frecuencia de *críticas ácidas, mordaces y descalificatorias*? Si el Papa es, como realmente lo es, un profeta, no puede caberle otra suerte que la de los antiguos profetas que hablaron en nombre de Dios. ¡Triste papel el de aquellos que piensan que con sus críticas al Vicario de Cristo, a causa de su firmeza doctrinal, prestan un servicio a la causa de Dios! ¡Qué equivocados andan en su trágica persecución!

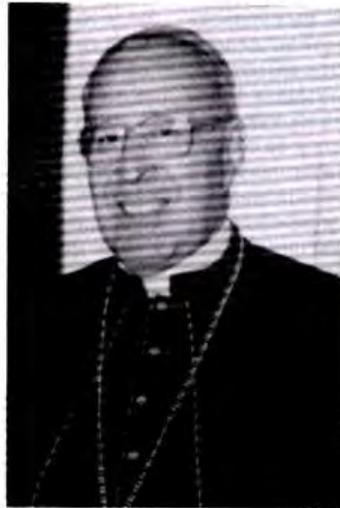
En el texto de las "Floreillas", de san Francisco, hay una anécdota de encantadora ingenuidad. Preguntaba el seráfico Francisco a otro fraile en qué consistía, a su juicio, la perfecta alegría, y su compañero buscó en vano una respuesta que satisficiera al Santo. Finalmente Francisco le explicó que si en medio de una

noche oscura y tempestuosa llegaran a un convento, y no sólo no los recibieran, si no que, tomándolos por ladrones y bandidos, los frailes los ahuyentaran a palos, dejándolos mal heridos, en eso estaría la perfecta alegría. ¡Qué acorde con el corazón de Cristo estaba el del pobrecillo de Asís!

¡Ojalá tuviéramos algún día la sabiduría de experimentar gozo, como los apóstoles que, luego de haber recibido azotes por anunciar el Evangelio, "salieron de la presencia del Sadrín contentos por haber sido considerados dignos de sufrir ultrajes por el nombre" de Jesús (Hech 5, 41)! Esa es la predicación de la cruz que es "necedad para los que se pierden, mas para los que salvan es fuerza... y sabiduría de Dios" (1 Cor 1, 18.24).

Homilía del Gran Canciller
de la Pontificia Universidad Católica
de Chile y Arzobispo de Santiago,
Cardenal Carlos Oviedo Cavada,
en la misa de inauguración de un
nuevo período del Rector

(17 de marzo de 1995)



Lecturas: Gén 37, 3-4. 12-13^a. 17b-28; Sal 105 (104); Mt. 21, 33-46.

1. "Finalmente les envió a su hijo diciendo: 'A mi hijo le respetarán'. Pero los labradores... le echaron fuera de la viña y le mataron". Estas palabras del Señor que anuncian su pasión y muerte, y el rechazo que recibirá de parte de los sabios y poderosos de su época, tienen un profundo significado para toda la comunidad universitaria y, especialmente, para su Dirección Superior, cuando nos juntamos para alabar a Dios e implorar de El que envíe los dones de

su Espíritu, para este nuevo período del Rector y de la vida universitaria. Como nos enseña la parábola, no somos nosotros los dueños de esta hermosa viña que es la Universidad, sino sus labradores. Y su dueño, que es Aquel que puso en cada corazón humano un deseo profundo e insaciable de buscar la verdad y de perseverar en ella, quiere tener parte en los frutos de esta tarea. Es su heredad, es la gloria de su Hijo amado y predilecto.

2. Muchas de las tendencias culturales de la sociedad actual parecen reproducir, a veces inconscientemente, la actitud de los labradores de

la parábola que quieren volverse dueños de la viña y constituirse en la medida de todas las cosas. El poder de la ciencia y de la técnica ha creado en el hombre actual la peligrosa ilusión de que él es el dueño de la vida y de la muerte, del sufrimiento y del gozo, de la justicia y de la verdad, y que todo debe someterse a su variable voluntad, que es capaz de grandes obras de bien, pero también de una cruel violencia física o espiritual. Por ello, no reconoce a los numerosos enviados del Señor de la viña, ni siquiera al Verbo eterno de Dios que, hecho carne, entregó su vida para anunciar a los labradores que no debían considerarse como siervos, sino como hijos y herederos.

3. En este tiempo de cuaresma, de conversión y penitencia, debemos entonces preguntarnos con sinceridad: ¿Y la Universidad acoge a los enviados del Señor, recibe a su Hijo como Aquel que nos devuelve el sentido verdadero de la existencia, o se acomoda también a esta mentalidad del mundo que quiere saber más para manipular más, para controlar más, para sentirse falsamente dueña de todo lo que existe? Al iniciarse un nuevo período de gobierno universitario, queremos implorar con humildad a Dios que nos envíe su espíritu de sabiduría y de fortaleza, de entendimiento, de ciencia y de consejo, de piedad y temor de Dios para reconocer en todo lo que cotidianamente hacemos la obra de su Hijo. La sociedad, en general, y cada familia, en particular, nos confía lo mejor que tienen: sus hijos, para que sean educados como personas adultas, con madurez de juicio, con conciencia moral atenta a los desafíos de cada día, con libertad y responsabilidad profesional y social. Nos confía también un patrimonio cultural e intelectual constituido con sacrificio por muchas generaciones, que es parte de la identidad de los chilenos y que traspasa las fronteras nacionales en una auténtica dimensión universal. No somos los dueños de esta inmensa riqueza, sino sólo quienes tenemos el encargo de cultivarla para que dé frutos que sean reconocidos y aceptados no sólo por la sociedad, sino principalmente por el Dueño de la viña y por su Enviado.

4. Reitero, por tanto, una vez más el indispensable compromiso de toda la Universidad, y particularmente de la Dirección Superior, con la catolicidad de esta Corporación. Ella constituye propiamente la finalidad de esta Universidad y debe tenerse presente en todas las actividades que ella realice. La Constitución Apostólica *Ex Corde Ecclesiae*, la Declaración de Principios y los Estatutos Generales contienen todas las normas relativas a su cuidado y preservación. Pero

es necesario encarnarlas en la actividad cotidiana de la docencia, la investigación y la extensión. Todos quienes ocupan cargos de autoridad en esta casa de estudios, sea a nivel superior o a nivel de cada Facultad, tienen la irrenunciable responsabilidad de orientar, de estimular y de procurar los medios para que quienes forman parte de la comunidad universitaria comprendan en qué consiste su catolicidad y busquen modo de acrecentarla y profundizarla. Como señala *Ex Corde Ecclesiae*, la Universidad "ayuda a todos sus miembros a alcanzar su plenitud como personas humanas" (n. 21). Pero no podría hacerlo si en lugar de reconocer al Señor de la viña y a su Enviado, que es en sí mismo la plenitud de la vida y de la persona, lo arrojamos fuera de nuestra institución y de nuestra vida, o lo ignoramos y prescindimos de Él.

5. La Universidad tiene como uno de los aspectos más importantes de su misión formar personas. Ninguna de ellas es una 'tabula rasa' o simple portadora de la enseñanza que la sociedad le ha dado a través de las instituciones educacionales y de los medios de comunicación social. Cada una es un misterioso campo sembrado por el Creador y que lleva en el surco las "semillas del Verbo". Por ello, cada persona que viene a la Universidad tiene el derecho a esperar que con la sabiduría de los profesores de esta casa, pero sobre todo, con su testimonio y con la gracia de Dios, esas semillas se desarrollen hasta constituir una conciencia lúcida, creativa, generosa, esperanzada, dispuesta a "dar razón de su esperanza".

6. Es necesario insistir siempre con urgencia en la necesidad e importancia de la formación de los jóvenes. Nuestra Universidad ha alcanzado gran prestigio nacional por su excelencia y por su importante contribución a la cultura, y muchos se sienten atraídos a ella. Sin embargo, en muchos prevalece la imagen de su prestigio, de su eficiencia organizativa, de su infraestructura por encima de aquella más profunda que debería resplandecer sobre todos: el fin de la Universidad es ser un testimonio de la presencia de Cristo en medio de la sociedad chilena, de su ciencia y de su cultura, de sus pautas de valor y de sus criterios de juicio. Es la luz de la fe y del Evangelio, en diálogo íntimo y fecundo con toda la sabiduría humana y al servicio de las necesidades de las personas que conforman la sociedad, la que debe dar a esta casa de estudios un lugar distinto y preferente.

7. No se puede negar que nos encontramos en un ambiente general de secularización, de ignorancia religiosa y debilitamiento de la fe, y de

que ello es algo que también afecta a los cristianos. Es la propia conciencia de nuestra debilidad la que nos reclama un pensamiento y acción más agradecido frente a la verdad que nos ha sido dada, y más auténtico y persuasivo frente a todos quienes pasan por las aulas de la Universidad. Es necesario redescubrir cada día que la identidad católica tiene un sentido misionero, de servicio a la persona y a la sociedad. Necesitamos una Universidad abierta al mundo, al que tiene que servir, atenta a la realidad social, estudiosa de las necesidades de la población y de los problemas que exigen creatividad y esfuerzo colectivo para ser solucionados. No cabe duda de que la voz de la Universidad es apreciada y respetada. Eso aumenta su responsabilidad por contribuir con su investigación y con la formación de profesionales de buen nivel a identificar y resolver los dilemas de la sociedad y sus perspectivas de desarrollo. De un modo particular, cuando el país adquiere conciencia de la necesidad de realizar planes concretos para superar la pobreza, la Universidad puede hacerse presente de muchas maneras, con su ciencia y con su técnica, pero por sobre todo con su deseo de servir a las personas y ayudarlas a descubrir la conciencia de su dignidad.

8. La debilidad de la fe se proyecta también en el orden moral. Se ha desarrollado en la sociedad una antropología llena de relativismo y subjetivismo. Se ha debilitado grandemente la autoridad paterna y muchas veces ya no se transmite la fe a los jóvenes en las familias, lo que hace muy difícil la formación de la conciencia moral. La Universidad tiene una gran misión a este respecto. No sólo los jóvenes están necesitados de formación moral. También los profesores, como a ellos mismos les he escuchado. Ellos son padres de familia y muchas de las actitudes que desarrollen con sus hijos serán las que transmitirán también a sus alumnos. La sociedad necesita líderes y maestros, personas que hablen con autoridad porque lo que afirman está respaldado por la experiencia y la sabiduría de todos quienes constituyen la Iglesia. Sin una fe viva y encarnada, sin el testimonio entusiasta de la gracia que nos ha sido dada en Cristo, ni la Iglesia ni la Universidad podrían ayudar a formar la conciencia moral de quienes a ella pertenecen y, a través de ellos, al resto de la sociedad.

9. Para estas importantes tareas la Santa Sede ha designado al Prof. Juan de Dios Vial Correa, a proposición del Gran Canciller y después de una amplia consulta a toda la comunidad universitaria. Creo que debemos dar gracias a Dios

por todo este proceso de consulta y de designación. Por una parte, se escuchó a todos quienes tuviesen algo que decir, sin excluir a nadie. Todos son testigos de los generosos esfuerzos desplegados por el Comité de Búsqueda para escuchar la mayor cantidad de opiniones. También contamos con la generosidad de quienes pusieron sus nombres a disposición del Comité para integrar la terna y garantizar así la libertad de la autoridad eclesial para decidir. Los tres integrantes de la terna son distinguidos académicos con cualidades y virtudes suficientes para el recto ejercicio del cargo. Si finalmente propuse a la Santa Sede al Prof. Vial para que continuara con un nuevo período es porque pesó fuerte en mi ánimo –entre otras razones– lo que ha llegado a constituir una tradición en esta Universidad: la estabilidad de su Dirección Superior. Por una parte, el Rector encarna no sólo hacia adentro, sino también hacia la sociedad, la imagen corporativa de esta obra común, y es bueno que tal imagen perdure en la conciencia de varias generaciones. Por otra, cuando la Dirección Superior es firme y estable, las autoridades intermedias puedan innovar con creatividad y responsabilidad, porque saben que no está en peligro el edificio en su conjunto.

10. La Providencia ha querido que esta Eucaristía que celebramos con motivo del inicio de un nuevo período del Rector de la Pontificia Universidad Católica se realice en el día en que se cumplen veinte años de la muerte de don Alfredo Silva Santiago que fuese, por más de una década, su Rector y Gran Canciller. Junto con recordarlo especialmente y encomendar su alma al Señor, debemos dar gracias por él y por todos los Rectores que la Providencia ha dado a nuestra Universidad. No es el momento de recordar las circunstancias de su dimisión como Rector. Pero quisiera destacar el espíritu de humildad y de obediencia a la Iglesia con que aceptó su suerte, a pesar de las serias reservas que él tenía frente a la orientación de los tiempos que se vivían. Su actitud contribuyó a afianzar esta tradición de estabilidad, a pesar de las turbulencias momentáneas, dejándonos una gran lección para el futuro.

11. La existencia de una comunidad universitaria auténticamente humana y animada por el Espíritu de Cristo, supone el equilibrio y la colaboración entre todas las generaciones que conviven en su interior. Cada una tiene su propio tiempo para aprender, para enseñar, para formar a otros, para dirigir los destinos de la Universidad. Cuando se debilitan los eslabones que unen a una generación y la otra, se pone en peligro la

obra común. Por ello, encargo especialmente a todos quienes tienen cargos de autoridad y a la comunidad universitaria en su conjunto, velar para que este diálogo y colaboración intergeneracional se acreciente y profundice, de tal modo que las transiciones entre distintas autoridades sean armónicas y sin sobresaltos. La Universidad es una comunidad en permanente formación y renovación porque existe a partir de las personas concretas que la forman. Los académicos deben estar conscientes de su responsabilidad social y cultural como formadores de nuevas generaciones y la Dirección Superior debe procurar dar las orientaciones y los medios necesarios para que esta tarea se cumpla eficazmente para bien de la Iglesia y la sociedad. Sin la experiencia de comunión en la verdad, la Universidad se debilita en sus mismos fundamentos, más allá del prestigio social y profesional de la que ella pueda gozar en un momento determinado.

12. La sociedad chilena tiene el derecho de esperar de nuestra Universidad Católica un pensamiento claro, ponderado, orientador, capaz de iluminar las conciencias, que no se subordina a su fácil aceptación por parte de la sociedad sino que a la verdad, a la tradición y al magisterio de la Iglesia. La presencia cristiana en el mundo será siempre "un signo de contradicción". Nadie debería temerle a ello, sino aceptarlo como humilde muestra del seguimiento de Cristo que no fue aplaudido sino arrojado de la viña y crucificado. Este mismo criterio debe orientar también todos los medios de comunicación de que dispone la Universidad: su publicidad, su imagen corporativa, su editorial, sus labores de extensión, sus fundaciones y también su televisión. La Universidad está llamada a profundizar cada día

el seguimiento de su Maestro, a buscar creativamente los modos de perfeccionar su mensaje a la sociedad, de modo que a nadie pueda caber duda de que el nombre de la Universidad Católica es un patrimonio eclesial que pertenece a todos los bautizados y que es en sí mismo un anuncio de salvación que la misericordia divina ha puesto en nuestras frágiles manos para gloria de Dios. Invitar a la sociedad a llevar una vida más evangélica, en todos los complejos ámbitos de su actividad, es el mensaje más auténtico que la sabiduría cristiana es capaz de proponer a los hombres de cada tiempo y lugar.

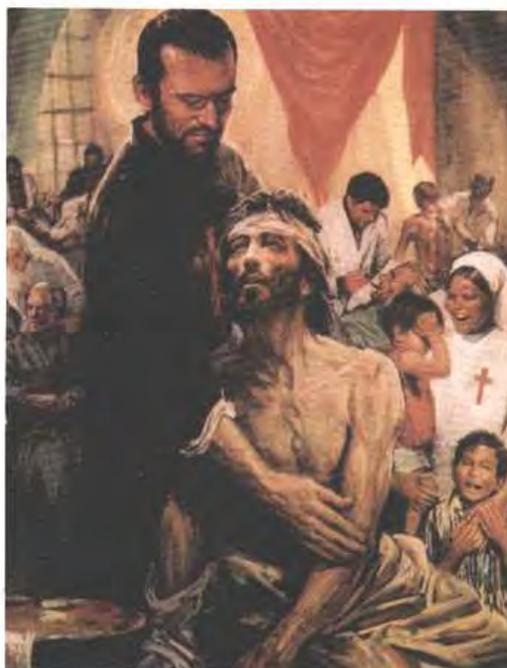
13. Ninguna de estas apremiantes tareas podrá llevarse a cabo sin la asistencia especial de la gracia de Dios. Sin ella, nuestra actitud sería como la de los labradores de la parábola que quieren apropiarse de la viña que no les pertenece. Pero tenemos la confianza de habernos puesto en las manos de nuestro patrono, el Sagrado Corazón de Jesús que, con sus brazos abiertos llama a todos quienes están "cansados y agobiados" para aliviarlos de su carga. Su mansedumbre y humildad es el anticipo de que, a pesar de nuestra debilidad, esta hermosa tarea es posible. Con los ojos puestos en Él y en María, su Santísima Madre, que consagró íntegramente su libertad humana a la misericordia de Dios, invito al Rector, a las autoridades académicas y a todos los miembros de la comunidad universitaria a iniciar un nuevo período de trabajo, de sacrificio y de generosidad apostólica, para hacer que la luz de Cristo ilumine y acompañe a todos los hombres y mujeres que nos han sido confiados y, a través de ellos, a toda la comunidad nacional, proyectándose especialmente a los más necesitados. Amén.

Hagiografía

San Camilo de Lelis

Dr. teol. José Carlos Bermejo H.

Religioso camiliano. Doctor en Teología Pastoral Sanitaria en el Instituto Camillianum de Roma, donde actualmente es profesor. Director del Centro de Humanización de la Salud en Madrid. Profesor en diversas universidades, institutos y escuelas de pastoral sanitaria en España. Autor de varias publicaciones sobre temas de su especialidad



En una pequeña ciudad de Abruzzo, situada entre la montaña y el mar, nació un hombre que heredó de aquella tierra a la vez amabilidad y firmeza, cualidades que caracterizaron su vida, primero como soldado aventurero y después como santo de la caridad.

Su “nuevo mensaje” es aún vivo y actual, como viva y operante es su fundación.

Camilo de Lelis es el origen y guía de los religiosos Camilos en el mundo, protagonista de una cautivadora historia, “gigante” de estatura y de caridad, que vive aún hoy en la “nueva es-

cuela de caridad”, de la que los hijos son a la vez discípulos y maestros.

Mientras otros santos pueden asombrarnos por su trascendente santidad, descubrimos un Camilo humano y accesible, cercano a nuestra medida, también porque no nace santo sino que lo llega a ser después de una juventud alocada y desordenada.

La madre, Camila Compelli, recibió el sobrenombre de Santa Isabel porque tenía casi 60 años cuando el 25 de mayo de 1550, en Buchianico (Chieti), lo dio a luz aquel domingo de Pentecostés. Fue acogido por ella con gran ale-

gría, pero también con agitación, porque en la espera la había turbado profundamente un extraño sueño: se le había aparecido un niño con una cruz sobre el pecho, seguido por otros niños marcados como él. "¡Una cruz nefasta!", pensó: era la señal de los condenados a muerte conducidos al patíbulo: su hijo habría sido un bandido, a la cabeza de otros malhechores.

El padre, el noble Juan de Lelis, capitán aventurero, estaba en cambio orgulloso de él y le tenían sin cuidado los sueños de la esposa. Pero la infancia desenfadada del hijo, entregado al juego y a las malas compañías, parecía confirmar plenamente aquel presentimiento. Con este oscuro presagio murió la santa mujer, cuando Camilo tenía sólo trece años.

El muchacho fue así aún más independiente y, apenas tuvo la edad justa, siguió al padre en la carrera de las armas. La vida militar encuadró por una parte su comportamiento, por otra aumentó la pasión por los dados y las cartas que lo arrastraba a discusiones y riñas entre la soldadesca ociosa.

Muerto el padre en marzo de 1571, Camilo fue a Roma a curarse en el hospital de S. Giacomo de una llaga que se le había producido en el pie derecho. Enseguida se hizo notar por su prepotencia y por la desmedida afición al juego. No curado del todo, se enroló a sueldo de España para combatir en Dalmacia y Túnez hasta octubre de 1574.

La maldita pasión por el juego le hizo perder puntualmente todos los ahorros, ganados incluso con riesgo de su vida. Reducido a la miseria, no tuvo más remedio que ponerse a trabajar de peón de la construcción en las obras del convento de los capuchinos de Manfredonia.

Los buenos frailes, bajo la corteza del soldado, iban descubriendo poco a poco la bondad natural de un pobre cristiano que en su día (en situaciones de grave peligro) incluso había hecho voto de hacerse fraile, por lo cual le daban cada vez mayor confianza.

Un día le confiaron el encargo de dirigirse con una bestia de carga al convento de S. Giovanni Rotondo, a doce millas de distancia, para intercambiar con aquellos hermanos provisiones de alimentos. El buen guardián, padre Angelo, vio llegar a aquel mocetón, de cuyo rostro traslucía, además de las marcadas señales del soldado aventurero, un mal disimulado desengaño por una vida mal orientada. Y le habló. Un desnudo emparrado en el huerto del convento hacía de marco a aquel banco donde dos personas se confrontaban de hombre a hombre.

La conversación fue larga, hasta avanzada la tarde, pero el meollo se fijó en el cerebro del joven: "¡Dios es todo! Lo demás ¡nada!"

El día siguiente era el 2 de febrero de 1575. El camino de retorno a Manfredonia fue para Camilo el de la conversión. Los pensamientos, creciendo como una marca incontenible, se le agolpaban amontonándose en la mente, mientras en lo más profundo de su ser se fraguaba el solemne propósito, que desembocó en un llanto liberador: "¡Señor –exclamó–, durante tanto tiempo no te he conocido ni te he amado! ¡Dame tiempo para hacer penitencia y llorar por mis pecados!". Y entre el cúmulo de remordimientos que lo afligían sobresalía uno: haber perdido 25 años preciosos dando vueltas por el mundo, sin haber encontrado a Dios, sin construir nada bueno. Era necesario recuperar el tiempo perdido y no malgastar ni una pizca más.

Fue una conversión definitiva.

El voto olvidado resurgió poderoso, y Camilo consiguió vestir el hábito de S. Francisco. Pero la conocida llaga se abrió de nuevo.

Al hospital S. Giacomo, donde lo habían conocido como elemento indeseable, volvió transformado: había conocido a Dios como Padre, ahora veía a los hombres como hermanos suyos, no más como instrumento del propio egoísmo, sino como objeto de sus atenciones. Durante cuatro años, mientras se curaba a sí mismo, se dedicó ejemplarmente a los demás enfermos hasta que, curado, vistió de nuevo el hábito de los capuchinos. Pero la llaga se abrió una vez más y fue despedido definitivamente de los frailes.

Desde aquel momento el hospital S. Giacomo se convirtió en su casa y los enfermos en sus hermanos. Bien pronto, sin embargo, se convenció –aun cuando había sido nombrado ecónomo del hospital– de que él solo, con toda su autoridad y buena voluntad, no daba abasto a servirles. Se necesitaban más manos, más comprensión, dotes –pensaba– más fáciles de hallar entre personas voluntarias, no asalariadas. Meditó y reflexionó por largo tiempo, hasta que una noche tuvo la inspiración de reunir una "compañía" de hombres buenos y voluntarios que se dedicasen con él a los enfermos sólo por amor de Dios. Era la vigilia de la Asunción del año 1582.

Inició los primeros pasos con cinco amigos conquistados para su causa. Pero envidias, calumnias, obstáculos innumerables enredaban su proyecto. Camilo estaba angustiado y asustado hasta ser así superado por los acontecimientos.

Un día, mientras estaba absorto en oración, fue prodigiosamente alentado por la imagen de su crucifijo: hizo la experiencia que desde entonces se refiere con estas palabras: "¿De qué te afliges, pusilánime? Continúa, que yo estaré contigo y te ayudaré: ¡esta es obra mía y no tuya!". Nada pudo ya contener aquel río de caridad.

Para evitar conflictos, se trasladó del S. Giacomo para siempre al hospital del Santo Spirito, en la ribera del Tíber. Estudió, adulto entre los muchachos, y el 26 de mayo de 1584 en S. Juan de Letrán fue ordenado sacerdote. En septiembre impuso el hábito talar a sus primeros compañeros, con los cuales se dedicó enteramente a los enfermos, instaurando con la vida y la enseñanza una "nueva escuela de caridad".

Los acontecimientos se sucedieron apremiantes. Roma "enferma", la de los enfermos, de las epidemias, de la peste, buscaba a Camilo y sus religiosos. La caridad se propagaba; los pobres no faltaban nunca.

El 18 de marzo de 1586 obtuvo del Papa Sixto V la aprobación de su "Compañía de los Ministros de los Enfermos" y como distintivo una cruz de paño rojo sobre el pecho: se realizó así el sueño de mamá Camila, que resultó todo lo contrario. Posteriormente, en septiembre de 1591, el Papa Gregorio XIV elevó la Compañía a Orden religiosa. En breve tiempo, bajo la guía de Camilo, se extendió a 16 ciudades de Italia.

Allí donde existía un hospital o la necesidad de socorrer a los enfermos, acudía Camilo llevando una comunidad de compañeros suyos, sobre todo en lugares donde imperaba la miseria o cuando —y entonces era frecuente— estallaba la peste.

Camilo recorrió Italia decenas y decenas de veces: desde Palermo a Milán, desde Nápoles a Génova o a Ferrara. En las capitales como en los centros secundarios: "allí donde se sufre y se muere", decía. Visitaba a los enfermos y animaba a los que les atendían.

Postrado por las fatigas y por diversas enfermedades, Camilo de Lellis murió en Roma el 14 de julio de 1614, en la Magdalena, la casa madre de la Orden, que guarda sus restos, sus reliquias y sus escritos.

El mensaje de Camilo fue y es muy sencillo y bastante exigente: curar a los hermanos enfermos "con toda caridad y diligencia", suscitar la solidaridad de todos a su servicio, actuar de modo que todo ambiente o estructura que los recibe sea verdaderamente "hospital".

El hospital fue el centro de la vida de Camilo: era para él a la vez casa de Dios y casa del

hombre. Lo consideraba un jardín y percibía en las voces de los enfermos una música celestial. Entrar en el hospital significaba para él olvidar cualquier otra preocupación, y cuando se acercaba a un enfermo lo cuidaba como si fuese el único en el mundo, con entrega gozosa y atención total.

A la base de esta alegría del servicio estaba la convicción de que en el enfermo atendía "a la persona misma del Señor". El mismo Señor que había dicho: "Id, predicad el Evangelio y curad a los enfermos... Cada vez que hayáis hecho esto al más pequeño de mis hermanos, me lo habréis hecho a mí".

Tal alegría la infundía en los mismos enfermos y la exigía a sus seguidores. Cada vez que entraba en la sala del hospital, los enfermos —dice el cronista— radiantes de gozo, exclamaban: "¡Ha llegado el Padre Camilo!". Y mientras se disponía a realizar la asistencia a los enfermos, amonestaba con pasión al hermano que lo ayudaba: "¡Más corazón en esas manos, hermano!".

Se había educado —él, un hombre de carácter áspero, habituado a los modos toscos y violentos del soldado— para tener un "corazón de madre", y pedía la misma transformación a sus compañeros: "Queremos atender a los enfermos como lo haría una madre amorosa con su único hijo enfermo".

Sus "Reglas para servir a los enfermos con toda perfección" están inspiradas en las susodichas páginas evangélicas y en el modelo del Buen Samaritano. Pero no se quedan a nivel solamente ideal. Encarnan el espíritu en el servicio concreto y en la atención a todas las necesidades más reales del hombre.

Sólo la caridad —el amor de Dios en nosotros, y un amor de algún modo materno— puede animar cada gesto para que no sea sólo prestación técnica correcta, sino servicio humano, hecho con la mente, con las manos y sobre todo con el corazón.

El ejemplo de Camilo, además, no se limitó a recoger un pequeño grupo de voluntarios, reunidos con vínculos religiosos, sino que contagió la caridad a su alrededor, en la sociedad y en la Iglesia.

Cuando era necesario, Camilo atormentaba a las autoridades y a los administradores hasta que conseguía lo que consideraba útil para el bien de los enfermos. Si el enfermo es servido con caridad y diligencia, también la casa que lo acoge y las estructuras que son puestas a su servicio deben salvaguardarse de toda forma de negligencia o deshumanidad. Un hospital a medida del hombre; éste era el ideal de Camilo.

La Iglesia ha reconocido el testimonio de santidad y la enseñanza de caridad de S. Camilo y lo ha propuesto como modelo de los cristianos:

- el 8 de abril de 1742 el Papa Benedicto XIV lo proclamaba "beato";
- el 19 de junio de 1746 el mismo Papa lo canonizaba, definiéndolo "iniciador de una nueva escuela de caridad";

- el 22 de junio de 1886 el Papa León XIII proclamaba a San Camilo, junto a S. Juan de Dios, "Patrono de todos los enfermos y hospitales del mundo";

- el 28 de agosto de 1930 el Papa Pío XI proclamaba a S. Camilo -con S. Juan de Dios- "Protector del personal hospitalario".

Los mandamientos a los servidores de los enfermos.

Yo soy el enfermo, tu amo y señor

*San Camilo, Patrono de los enfermos,
hospitales y trabajadores de la salud*

1. Honra la dignidad y sacralidad de mi persona, imagen de Cristo, por encima de mi fragilidad y limitaciones.
 2. Sírve me con amor respetuoso y solícito: con todo tu corazón, con toda tu inteligencia, con todas tus fuerzas y con todo tu tiempo.
 3. Cuidame como tú quisieras ser atendido, o como lo harías con la persona más querida que tengas en el mundo.
 4. Sé voz de los sin voz: hazte defensor de mis derechos, para que sean reconocidos y respetados.
 5. Evita toda negligencia que pueda poner en peligro mi vida o prolongar mi enfermedad.
 6. No frustres mi esperanza con tu afán e impaciencia, con tu falta de delicadeza y de competencia.
 7. Soy un todo, un ser integral: sírve me así. No me reduzcas a un número o una historia clínica, y no te limites a una relación puramente funcional.
 8. Conserva limpios tu corazón y tu profesión: no permitas que la ambición y la sed de dinero los manchen.
 9. Preocúpate por mi pronta mejoría; no olvides que he venido al hospital para salir recuperado lo antes posible.
 10. Comparte mis angustias y sufrimientos: aunque no puedas quitarme el dolor, acompáñame. Me hace falta tu gesto humano y gratuito que me hace sentir alguien y no algo, o un caso interesante.
- Y... cuando hayas hecho todo lo que tienes que hacer, cuando hayas sido todo lo que debes ser... no olvides darme las gracias.

Beata María Dominga Brun Barbantini, fundadora de las Hermanas Ministras de los Enfermos de San Camilo

*"Amad a Dios sobre todas las cosas, amad
sus criaturas..., especialmente enfermos y
moribundos..., amaos los unos a los otros".*



Beata María Dominga Brun Barbantini.

En esta apasionada invitación al amor cristiano está la síntesis de la vida de María Dominga Brun Barbantini. Nació en Lucca el 17 de enero de 1789, de Pedro Brun y Juana Granucci. Huérfana de padre a los 12 años, crece bajo la guía inteligente de su madre, joven excelente, culta, generosa; el 22 de abril se esposa con Salvador Barbantini. Después de seis meses de matrimonio aquel "proyecto de amor" fue truncado con la muerte repentina de su amado esposo. *"Tú sólo, mi Cristo Crucificado, mi bien, serás de ahora en adelante mi único y grande amor, mi única delicia"*. Viuda

y en espera de un hijo que murió a la edad de ocho años, María Dominga intensificó la oferta acaecida con la muerte de su esposo y se donó totalmente a los pobres, a los enfermos y a los necesitados. La maternidad humanamente truncada se multiplicó en una maternidad más profunda y universal. Los enfermos, abandonados en sus tugurios, fueron el objeto de su amor, su ternura no se volcó sólo a los que sufren sino también que se expresó en las diversas obras de misericordia hacia la Iglesia, que amó con afecto de hija y sirvió con ardor de apóstol. Dotada de peculiares cualidades fundó en Lucca el Mo-

nasterio de Santa María de la Visitación para la Educación de Jóvenes; organizó el catecismo, abrió un instituto para niñas abandonadas. Le confiaron la responsabilidad de apoyar y reformar las diversas actividades apostólicas y educativas.

Pero la *obra carismática* que en plenitud define María Dominga como don de Dios a la humanidad es el Instituto Religioso de las Hermanas Ministras de los Enfermos de San Camilo, nuevo y prometedor retoño de la Familia Cristiana.

En 1829 reunió en torno a ella algunas jóvenes pobres y delicadas de salud y con estas primeras hijas cumplió prodigios de caridad a la cabecera de los moribundos más pobres y abandonados. El esplendor que la Madre irradiaba contagiaba a otras jóvenes. El 5 de agosto de 1841, el Arzobispo de Lucca aprobó la Regla escrita por ella y elevó la comunidad a Instituto Religioso Diocesano.

Mujer de fe, constantemente empeñada en la búsqueda y realización de la voluntad de Dios, se impuso en la historia como signo profético de los nuevos tiempos.

María Dominga, realizada en plenitud y llena del Espíritu Santo, falleció el 22 de mayo de 1868. Antes de morir pidió a sus hermanas que continuaran la obra que ella, con la ayuda de Dios, había comenzado.

Hoy, la Congregación está presente en varios países y las Hermanas, fieles a su Fundadora, son presencia y servicio junto a los enfermos.

La Iglesia chilena, y especialmente la comunidad de la Facultad de Medicina y el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, se alegran de tener la presencia de estas Hermanas, que vienen de Brasil a fundar una Comunidad entre nosotros. Desde el 1º de febrero de 1995 se han integrado a nuestra comunidad para prolongar la Obra de María Dominga, y para fortalecer y renovar las raíces fundamentales de nuestra Facultad, en el año de su beatificación. Su Santidad el Papa Juan Pablo II beatificó a María Dominga el 7 de mayo de 1995 en la Plaza de San Pedro, en Roma.

Junto con dar la más calurosa bienvenida a esta Congregación pedimos al Señor por intermedio de María Dominga, que inspire muchas vocaciones chilenas y de este modo contribuya a que nuestra comunidad crezca cada día más en la fe, y en la fidelidad a la vocación de servicio a los hermanos enfermos.

En ese año (1995) en el cual el Santo Padre pide a la mujer que sea "educadora de la paz", María Dominga puede ser propuesta como modelo a la mujer de hoy, porque fue una joven ejemplar, esposa y madre amorosa, fundadora y religiosa, virtuosa, maestra de espiritualidad. Enseñó a sus hijas a caminar junto al hombre que sufre, curando la enfermedad, valorizando el sufrimiento, amando la vida, profetizando en la historia el rostro materno de Dios.



El Cardenal y Gran Canciller de la Universidad, Monseñor Carlos Oviedo C., dialoga con las religiosas camilianas Sor Dulce Pasini, Sor Antonia Deitos y Sor Dulce Rhoden.

Tema controversial:

¿Cuándo muere realmente el hombre?



La noción de vida

Dr. Alejandro Serani M.

*Médico Cirujano y Doctor en Filosofía. Profesor Adjunto de Bioética
de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
Otros datos biográficos, ver en REMUC 10/92, p. 83.*

El examen de la literatura bioética contemporánea nos revela, desde el punto de vista de una reflexión de fundamentos, un hecho paradójico. En efecto, sorprende el constatar que, junto a un cúmulo de discusiones acerca de cuestiones como el comienzo de la vida humana, la manipulación de la vida, el respeto a la vida, la generación de la vida o el término de la vida, exista una pobreza relativa de trabajos destinados a enfrentar directamente el problema de la vida como tal, es decir, investigaciones que intenten precisar exactamente qué es lo que se quiere decir con ese término.

Toda investigación acerca de la idea, noción o concepto de vida es primeramente una reflexión acerca de la vida real. Esto es, de la vida en tanto realidad existencial consistente, independientemente o con anterioridad a toda reflexión que se pueda hacer sobre ella. Esta precisión es capital, ya que nos permite establecer desde la partida un plano de verificación para todas nuestras hipótesis. Ante cualquier discrepancia, saber si nuestro concepto de vida es adecuado o no, tiene un significado preciso: corresponde –sí o no– a la realidad. Puede ser que en ocasiones esto no sea fácil de determinar,

pero lo que sí deberá estar claro es con respecto a qué esta correspondencia se está intentando determinar. De otro modo la investigación resulta vana y el diálogo estéril. Ciertamente que el concepto, en tanto que concepto, es un producto de la mente; sin embargo, es un producto muy *sui generis*, ya que, al conocer, no es el concepto o idea lo que conocemos, sino que es en y por el concepto que conocemos. Si lo que conociésemos primeramente fuesen nuestros conceptos, no habríamos tenido nunca ni siquiera la idea misma de lo que es conocer la realidad.

Una segunda precisión lógica que es imprescindible establecer es que la noción de vida en tanto que tal es un concepto abstracto, segundo o reflejo. Con esto queremos decir que la vida no existe como tal en la realidad, lo que existe en la realidad son seres vivos, a los cuales atribuimos secundariamente, por generalización y reflexión, la noción de vida concebida como cualidad radical y primaria. Es la noción de ser vivo, abstraída de la observación de seres vivos individuales, variados y concretos, la que se encuentra al origen de la noción abstracta de vida.

La consideración precedente no es trivial, ya que no son pocas las discusiones en bioética que se hacen insolubles por no tener clara esta distinción. Se dice, por ejemplo, que la vida es un continuo, y que, por lo tanto, en estricto rigor, hablar del comienzo de la vida o del fin de la vida resultaría siempre una arbitrariedad. La vida como tal no tendría ni principio ni fin real, el nacimiento y la muerte serían simples apariencias. Estas afirmaciones constituyen un sofisma. A lo más se podría aceptar, si se quiere, que el fenómeno vital tiene una suerte de continuidad. Sin embargo, en términos concretos y reales, la continuidad de la vida está dada por una sucesión de discontinuidades, es decir, por la secuencia ininterrumpida de individuos que nacen y mueren, cada uno de ellos realizando una existencia individual y finita, circunscrita en el tiempo y en el espacio. Es cierto que la autorreproducción, fenómeno original y propio a los seres vivos, establece en un momento determinado una suerte de "conexión vital" entre los progenitores y la descendencia, de tal manera que forman todos parte de un mismo linaje. No obstante lo anterior, el linaje no es nada si antes y primariamente no existen individuos separados y distintos, para los que la autorreproducción intenta de hecho ser un paliativo a su caducidad.

LA INDIVIDUALIDAD DEL SER VIVO

Como bien dice la propia etimología de la palabra, la individualidad refiere a la indivisión y la indivisión a la unidad. Ser uno supone el no tener divisiones internas y supone también el distinguirse de los demás, es decir, de lo que no es uno mismo. Por lo tanto, ser individuo significa en sentido fuerte ser uno. Desde esa consideración una sociedad no es una en sentido fuerte, sino sólo en un sentido relativo. Los que sí son uno en sentido fuerte son los individuos que la constituyen. Ahora bien, ¿qué es lo que da cuenta de la unidad de los seres vivos individuales? Esta pregunta tiene sentido ya que si hay algo que caracteriza a los seres vivos es la multitud de transformaciones a las que están sometidos a lo largo de toda su existencia. Pensemos, por ejemplo, en un alevín de albacora, en un renacuajo o en una blástula de mamífero. ¿Qué semejanza física encontramos en la descripción macroscópica, entre las formas tempranas y las formas adultas de estos seres? ¿Cuántas moléculas del alevín se encuentran todavía en la forma adulta de la albacora? Y, sin embargo, decimos que se trata del mismo individuo. Si afirmamos que se trata del mismo individuo, estamos afirmando que hay algo que ha permanecido idéntico; y, no obstante —como hemos visto—, no resulta fácil encontrar ni siquiera un átomo de la forma juvenil en la forma adulta. ¿Cómo podemos afirmar con tanta facilidad que hay algo que no ha cambiado, es decir, que ha permanecido uno e inalterado, a través del sinnúmero de modificaciones?

Lo que hay que reconocer es que se trata del mismo "sujeto", que permanece uno y el mismo bajo la transformación de sus determinaciones. Sin la afirmación de un sujeto que existe bajo las determinaciones, que las sostiene, las unifica y las hace propias en el tiempo y en el espacio, la noción de individuo viviente se desvanece, y todo discurso acerca de unos supuestos seres vivos se hace inútil y sin sentido. Todo individuo natural, en consecuencia, manifiesta una cierta complejidad interna de sujeto y determinaciones. Las determinaciones no son nada si no son determinaciones de un sujeto, y el sujeto no se encuentra nunca carente de alguna determinación.

¿Qué consecuencias podemos sacar para la bioética de esta reflexión? En primer lugar es importante constatar que para el caso de los seres vivos, individualidad quiere decir indivisión actual, pero no necesariamente indivisibilidad. El hecho de que a partir de un ser viviente, ya

sea por vía de división artificial –como en el caso de las planarias o de las plantas–, o por vía de división natural –como en la reproducción de los unicelulares–, podamos obtener muchos nuevos individuos. No atenta en nada contra el hecho de que previamente a la división contábase con un individuo vivo preexistente. Más aún, si no fuese así, difícilmente habrían podido generarse nuevos seres vivos individuales si el ser de origen no hubiese sido él mismo un ser vivo. A pesar de las teorías –por lo demás sumamente especulativas– del origen abiótico de los seres vivos, el principio *omne vivum ex vivo* sigue siendo de una validez incommovida.

Una segunda consecuencia para la bioética se refiere al problema de si el origen de la vida individual es un evento o un proceso. Discusión que por momentos ha llegado a adoptar caracteres bizantinos. Es de toda evidencia que tanto el origen de la vida como su extinción ocurren al interior de un proceso. Pero no es menos evidente que ni el surgimiento ni el desaparecer de la vida pueden ser ellos mismos un proceso. Todo proceso tiene sentido como proceso en la medida que conduce a algo, y es suficientemente claro que el proceso de la reproducción conduce a la generación de nuevos seres vivos, como también que el proceso de muerte conduce a su desaparición. Si el inicio de la vida fuese un proceso, el inicio del proceso de inicio sería otro proceso, y el inicio del proceso de inicio del inicio del proceso también lo sería, con lo que los procesos nunca se iniciarían. Del mismo modo, si el término de la vida fuera un proceso –como se pretende–, el término del proceso de muerte sería el proceso de término del proceso de muerte, el que terminaría en el proceso de término del proceso de término del proceso de muerte y así sucesivamente, con lo cual los seres vivos nunca morirían. Ahora bien, de toda evidencia esto es insostenible.

Junto a estas evidencias de la observación y de la razón, es necesario reconocer que en ciertas circunstancias particulares no es nada fácil saber con absoluta certeza, desde el punto de vista empírico, si ya tenemos un nuevo ser vivo –para el caso de la generación o si nos encontramos de hecho frente a un cadáver para el caso de muerte–. Esta dificultad práctica –sin embargo– no puede confundir nuestra claridad conceptual de que ni el nacimiento ni la muerte pueden ser ellos mismos un proceso sino que son eventos que se encuentran al término de sendos procesos que a ellos conducen. En efecto, los sujetos, a diferencia de lo que ocurre con sus determinaciones, no admiten grados. Desde

una consideración fundamental se es tan ser humano a los seis meses de edad como a los 40 años, por mucho que pueda también ser cierto desde el punto de vista de las determinaciones, que un hombre de 40 años tenga una mayor perfección humana en lo físico, lo psicológico y lo moral, que el niño de seis meses. Esta determinación adquirida y perfectible sí que admite grados.

El ser humano, y en general todo ser viviente, nace de a poco y se muere de a poco, solamente en un sentido relativo. En ese sentido el ser humano durante toda su vida no deja nunca de nacer, y desde que nace comienza a morir. No obstante lo anterior, en sentido fuerte y absoluto, tanto el surgir como el desaparecer del sujeto viviente son instantáneos. En sentido estricto nunca podremos determinar el momento exacto ni de la generación ni de la muerte, porque ese momento como tal resulta imposible de ser determinado empíricamente, ya que la división del tiempo –como la de todo continuo– es infinita. Lo que sí podremos determinar son momentos, fases o estados en los cuales sí podemos estar seguros de que la vida ya comenzó o todavía no ha comenzado, y, momentos, fases o estados en los cuales la vida todavía no ha terminado, o ya terminó.

Una tercera consecuencia se refiere al problema de la llamada “muerte encefálica”, y debe examinarse este caso haciendo abstracción completa del problema de la legitimidad, no de los trasplantes. Se trata de saber en qué medida la corrupción de una parte puede ser o no tomada por la muerte del todo. Así como la vida sólo se realiza formal y propiamente en el organismo vivo individual, del mismo modo la muerte. De tal manera que, por ejemplo, cuando una mano se mutila o se gangrena, sólo podemos hablar de muerte de la mano de una manera metafórica. De este modo, ni la detención o destrucción del corazón, ni la del encéfalo, por sí mismas, pueden ser llamadas muerte en el sentido propio. De ellas podrá seguirse –tal vez– la verdadera muerte, pero ni la una ni la otra verdaderamente lo son. La detención de la circulación secundaria al paro cardiorrespiratorio o el daño estructural del encéfalo podrán ser considerados como criterios predictores de la pérdida pronta y más o menos inexorable del funcionamiento del organismo como un todo, y su fiabilidad conceptual y práctica deberán ser puestos a prueba periódicamente por la ciencia biológica y por la práctica médica. La única evidencia directa que podemos tener de la disgregación o corrupción del sujeto humano, fenómeno al que llamamos muerte, es la potencia de la pérdida del funcio-

namiento del organismo como un todo, y esto a corto plazo no es fácil. El hecho de que por muy comprensibles razones prácticas la ciencia médica se vea en la necesidad de usar criterios predictores no debe hacer perder de vista que el fenómeno mismo de la muerte humana trasciende con mucho a estos criterios.

Estos son algunos ejemplos muy esquemáticos para ilustrar cómo conceptualizaciones inadecuadas de la vida pueden conducir a problemas insolubles cuando se las aplica a la comprensión de las interrogantes planteadas por la biología y por la Medicina contemporáneas.

Término de la vida humana*

Dr. Sergio Morán V.

Estudios médicos en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Título de Médico-Cirujano en la Universidad de Chile (1966). Profesor Titular de Cirugía, miembro del Departamento de Enfermedades Cardiovasculares y Jefe del Programa de Cirugía Cardiovascular en la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.



Dr. Sergio Morán con primer paciente sometido a trasplante cardíaco en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile (1987).

La muerte es el destino común de los hombres. Una experiencia cierta e inevitable que desde la antigüedad ha conmovido profundamente al hombre. No hay duda de que la experiencia del término de la vida suscita profundas resonancias y es imposible reducir la muerte a un mero fenómeno natural cuyo contenido queda agotado por la observación objetiva de ella. A pesar de estas limitaciones, es fundamental para la sociedad abordar este tema y tener un criterio objetivo de comprobación de la

muerte. Tradicionalmente la necesidad de precisar el momento de la muerte ha tenido importancia desde el punto de vista jurídico, por su efecto en problemas de herencia y los procesos matrimoniales. Hoy día, sin embargo, cobra particular relevancia por el subido costo de la medicina que se aplica a pacientes en estado crítico y por la incorporación de los trasplantes de órganos a la terapéutica.

Su Santidad Pío XII¹, al inaugurar un congreso médico, expresó: "En lo que se refiere a la

* Publicado en "El Mercurio" (D28), domingo 19.3.95

¹ Pío XII y las ciencias médicas. Edit. Guadalupe 1958, p. 311.

comprobación de la muerte en los casos particulares, ésta no se puede deducir de ningún principio religioso y moral y bajo este aspecto no pertenece a la competencia de la Iglesia. Es propio del médico dar una definición clara y precisa de la muerte y del momento de la muerte". Desde el punto de vista ontológico la muerte sobreviene cuando se produce la separación del alma y del cuerpo. Como este fenómeno no puede ser observado por nosotros, sólo nos queda hacer el diagnóstico de la muerte cuando un médico constata que el cuerpo humano ha dejado de funcionar como un todo, porque ya no está vitalizado por el alma. En otras palabras, sólo podemos observar las manifestaciones externas consecuentes a la separación del alma y del cuerpo.

Desde el punto de vista biológico, la muerte es un proceso gradual de detención total de la actividad de las células de los tejidos y que termina con la descomposición del organismo. Este criterio no permite por sí solo en la práctica definir el momento en que ocurre la muerte. En cambio, para la historia individual del hombre y para la sociedad, la muerte no puede ser vista como un "proceso". La lógica nos dice que uno está -o vivo o muerto-, pero no pueden haber estados intermedios. De tal modo que debe buscarse una fórmula para determinar cuándo se produce la pérdida irreversible de aquello que es esencial a la vida humana: el funcionamiento del organismo como un todo. Esto es lo que puede aportar la Medicina a partir de la biología, la fisiología y la observación clínica del hombre.

Para el médico, entonces, la muerte es la cesación permanente e irreversible del funcionamiento espontáneo del organismo como un todo. Esta definición, que es aceptada por las diversas escuelas de Medicina, tiene la ventaja de ser objetivable y verificable médicamente, explica el porqué un hombre puede estar muerto y todavía, bajo circunstancias especiales y artificiales, mantener la vitalidad de algunos órganos y tejidos.

El funcionamiento del organismo como un todo consiste en el mantenimiento de las relaciones de todos o la mayoría de los órganos en forma espontánea o natural. Se acepta así que existe una integración de los órganos y tejidos del organismo y que ésta es secundaria a una jerarquía entre ellos. Se sabe que esta integración es función característica de un órgano en particular: el encéfalo. El encéfalo incluye ambos hemisferios cerebrales y el tronco cerebral, es decir, todo el contenido de la caja craneal.

Además de ser el integrador de todas las funciones orgánicas, el encéfalo es el centro de la intelectualidad o funciones superiores. Entre sus funciones están el control de los órganos de los sentidos, del sueño y de la vigilia, del control neural de las emociones y los instintos. El control de la postura y movimiento del cuerpo, el centro del dolor, la regulación de las funciones viscerales, el control de la temperatura y de la respiración.

Cuando éste presenta una alteración de magnitud suficiente para impedir este control de manera irreversible, se puede afirmar que el organismo queda indispuerto de manera definitiva para funcionar como un todo. Así pues la condición necesaria de esta indisposición es el cese irreversible del funcionamiento del encéfalo. Además es condición suficiente por no existir otro órgano que lo reemplace. La determinación del cese de esta función la puede hacer el médico.

Desde los tiempos antiguos el diagnóstico de muerte se ha efectuado cuando se constata la ausencia de pulso, latido cardíaco y respiración espontánea. El concepto clásico de la muerte siempre ha incluido, aunque en forma implícita, la idea de que la muerte es la muerte del encéfalo. Se sabe desde hace muchos años que la falta de la función circulatoria provoca casi simultáneamente el cese de la función respiratoria y esto a su vez produce la muerte definitiva del individuo. De ahí viene la expresión: "Exhaló su último suspiro". Esto es una aceptación implícita de que es la muerte del encéfalo la que produce la muerte del individuo.

Con el progreso de la Medicina hoy día es posible separar ambas funciones y así, a través de la respiración artificial, mantener la función circulatoria del individuo aunque éste ya haya dejado de tener actividad encefálica y en consecuencia de respirar en forma espontánea. No podemos desconocer que en las últimas décadas este hecho se ha prestado para confusión y discusión. Así, muchos han postulado que la presencia de pulso y de latido cardíaco serían todavía signos de vitalidad del organismo en su conjunto. Este error se debe al hecho de que el paro cardiocirculatorio es la causa más común de muerte del encéfalo en pacientes que estaban en etapa terminal de su enfermedad. El paro cardíaco es particularmente común en los pacientes que sufren enfermedades cardiovasculares. La llamada "muerte súbita" precisamente consiste en una brusca detención de la circulación sanguínea que afecta al cerebro en forma irreversible después de algunos minutos y que es causa-

do por la detención de la actividad cardíaca (paro o fibrilación cardíaca). Dado que lo primero que ocurre es el paro circulatorio y secundario a este solamente la muerte del encéfalo y el fallecimiento de la persona, mucha gente ha creído que el paro cardíaco es sinónimo de muerte, pues es lo más fácil de observar. Pero los médicos sabemos que es la muerte del encéfalo la causa final y definitiva de la muerte.

Cuando una persona sufre un traumatismo grave del encéfalo, lo primero que se produce es la detención de la actividad encefálica. Si ésta es suficientemente completa, el paciente deja de respirar y por falta de oxígeno a los pocos minutos el corazón deja de latir. Se produce así el fenómeno inverso al anterior: la falta de respiración fue la que detuvo la circulación. Hoy día, si una persona que ha sufrido un traumatismo encefalo-craniano grave es llevada rápidamente a un centro hospitalario y conectada a ventilación mecánica, aunque deje de respirar producto de su lesión, el corazón se mantiene latiendo porque una máquina le está aportando sangre oxigenada al corazón en cantidad suficiente. El organismo ya no es capaz de mantener las funciones vitales de los órganos por sí solo, requiere de una ayuda externa que logra en la mayoría de los casos prolongar la vitalidad de los órganos durante algunas horas o días. Incluso es posible prolongar artificialmente la vitalidad de algunos órganos y tejidos aún por más tiempo si se le administra hormonas, drogas vasoactivas que reemplacen las que secreta el cerebro, si se mantiene la temperatura mediante aplicación de calor y, si fuera necesario, si se suple la alimentación por vía endovenosa. Esto ha permitido mantener la viabilidad de un feto en gestación por varias semanas² para posibilitar su supervivencia. Sin embargo, en todos estos casos el estudio *post mortem* ha podido demostrar siempre que el encéfalo estaba totalmente muerto (necrosis colicuativa) a pesar de que sus funciones fueron reemplazadas en forma secuencial.

Existe en este momento un consenso médico internacional en que la determinación o diagnóstico de la muerte puede hacerse según dos criterios³:

1. El cese irreversible de la función cardiorespiratoria en todos aquellos individuos en los que se espera el evento de la muerte, provocará al cabo de pocos minutos la muerte

² JAMA 1982; 248: 1089-1091.

³ P. Aguilera: En la frontera Vida/Muerte. Edit. Universitaria 1990; pp. 56-57.

encefálica, que es la verdadera causante de la muerte clínica. También es usado este criterio en quienes presentan un brusco e inesperado paro cardiorrespiratorio a los cuales se les efectúa la recuperación cardiopulmonar. Si no hay respuesta se establece el diagnóstico de muerte clínica.

2. El cese irreversible de todas las funciones encefálicas, aplicable en aquellos individuos en estado de inconsciencia que están siendo sometidos a apoyo cardíaco y ventilación mecánica artificial. Este criterio requiere tomar en cuenta la causa del coma, e indica la comprobación por examen neurológico, especialmente de función de tronco del encéfalo y el descartar condiciones reversibles como sedación, hipotermia, *shock*. Recomienda efectuar un electroencefalograma o bien un test de circulación encefálica.

Los criterios para determinar el cese irreversible de la función encefálica son los siguientes:

1. Conocer la causa del daño encefálico; en la gran mayoría de los casos de traumatismo grave de la cabeza o hemorragia intracraneal.
2. Excluir causas reversibles que puedan simular daño irreversible; como la intoxicación por barbitúricos, hipotermia o alteración mebatólica grave.
3. Después de haber cumplido con los dos criterios anteriores, constatar la falta de reflejos correspondientes al tronco del encéfalo: falta de reacción pupilar a la luz y ausencia de respiración espontánea (test de apnea).

Cuando estos hallazgos del examen físico del paciente comatoso están presentes el paciente está clínicamente muerto y debe extenderse un certificado de defunción. La ley chilena acepta este criterio y agrega la exigencia de dos registros electroencefalográficos isoeletricos con 6 horas de diferencia entre cada uno.

Numerosos estudios han podido demostrar que cuando están presentes estos hechos clínicos la autopsia demuestra en todos los casos destrucción completa del encéfalo⁴. No se ha comunicado en la literatura ningún caso en que el diagnóstico clínico, respetando todos los pasos descritos, haya inducido a error.

Uno de los problemas que más ha traído confusión al diagnóstico de la muerte es el concepto de "muerte cerebral. Esto ha llevado a creer a muchos que existen dos tipos de muerte, la

⁴ Dis Chest 1969; 55: 141-145.

muerte natural o clásica y la muerte cerebral. Para algunos es difícil aceptar que la muerte de un órgano, por importante que éste sea, como el cerebro, pueda significar la muerte del individuo como persona. Cabe entonces preguntarse, ¿es la muerte clínica lo mismo que la muerte de la persona? Estrictamente no, pues se refieren a órdenes distintos. Si bien la muerte es un hecho metafísico que tiene manifestaciones externas consiguientes a la separación del alma del cuerpo; no es observable ni equivalente a un cambio orgánico aunque su consecuencia inmediata, la alteración fisiológica, sí puede ser observada y determinada por un médico.

Diagnosticar con exactitud el momento de la muerte de una persona constituye una responsabilidad médica muy importante, pues está en juego el valor fundamental del hombre, su vida; y porque habitualmente conlleva implicaciones inmediatas de orden práctico tales como el cese de ciertos tratamientos y cuidados generalmente costosos, el derivar hacia otros enfermos equipos tecnomédicos sofisticados, ahorro de recursos de la familia, del hospital y de la comunidad, y la posibilidad de extraer órganos para trasplantes.

Gracias al progreso de la inmunología y de la cirugía hoy es posible el uso terapéutico de órganos donados después de la muerte para trasplante. De esta forma la Medicina ha encontrado un nuevo modo de servir a la humanidad. Los trasplantes de órganos y tejidos permiten al hombre donar algo de sí mismo, algo de su propio cuerpo, para que otros puedan seguir viviendo. Al permitir que un hombre se proyecte más allá de la muerte en su vocación de amor al prójimo mediante la donación gratuita de sus órganos en caso de muerte, se hace posible una forma extraordinaria de solidaridad humana.

Es particularmente en este contexto en que es válido el diagnóstico neurológico de la muerte.

No podemos dejar de reconocer que pueden intentarse abusos de este concepto, particularmente cuando se le trata de aplicar a otras circunstancias como por ejemplo los niños con defectos encefálicos o incluso en el período de la gestación. Pero la Medicina permite fácilmente diferenciar un individuo ya nacido y completamente desarrollado que puede sufrir una muerte accidental, de un feto que tiene toda su potencialidad para llegar a ser un hombre. No debemos permitir que por excesos o mal uso de la Medicina se pueda rechazar una posibilidad de vida para tantos enfermos.

Algunas personas han planteado que así como la ciencia médica ha logrado desarrollar técnicas que permiten el reemplazo de algunas funciones vitales como la circulatoria, renal y respiratoria por medios extrínsecos al individuo, también podría llegar el día en que se reemplacen con éxito las funciones encefálicas. De esta manera, ellos argumentan, no se aplicaría el criterio de muerte que he expuesto, dado que la función encefálica podría en el futuro ser reemplazada también por algún mecanismo diseñado por el hombre, por alguna "máquina". Sin embargo, aun en este hipotético caso el diagnóstico de muerte clínica que hemos planteado seguiría vigente. Ya que no sería el organismo responsable por sí solo de su funcionamiento en forma espontánea, sino que éste estaría dado por una acción artificial externa al individuo.

Podemos concluir, entonces, que la muerte clínica es la cesación permanente e irreversible del funcionamiento espontáneo del organismo como un todo. Queda así establecido que la destrucción del órgano responsable de la coordinación de las actividades de todos los demás órganos y sistemas es condición necesaria y suficiente para la pérdida de dicha función y que esta condición puede ser diagnosticada por un médico en forma objetiva y sin error.

“Te doy parte de mí para que vivas”.

Campana pro donación de órganos

Thomas Leisewitz V.

*Alumno del cuarto año y presidente del Centro de Alumnos de la
Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile*

Rompe tu egoísmo, sal un poco de tu burbuja y mira hacia afuera. ¿Qué ves? Escucho los lamentos de miles de arrepentidos que ya están bajo tierra, pudriéndose. No pudieron, no quisieron, no alcanzaron.

Escucho los lamentos de miles de necesitados que pacientes esperan, aguantándose. No pueden, sí quieren, esperan.

Y tú, que a cada rato apelas a la solidaridad con el más pobre, invocas la conciencia social y reclamas medidas urgentes, ¿qué esperas?

En Chile existen miles de pobres, pobres de vida, que necesitan un trasplante para seguir viviendo, que viven a la expectativa de que se

cumpla el milagro, su sueño. Es una urgencia real, es un deber ciudadano, es una grandeza moral. Como estudiantes de la Pontificia Universidad Católica estamos llamados a ser pioneros en esto, imitando a quien fuera el primero en dar su vida por los demás. Queremos señalar con nuestra entrega la importancia de una donación desinteresada y oportuna, haciendo un llamado a toda la sociedad chilena a incrementar el número de posibles donantes. Porque queremos que muchos digamos generosamente: Te doy parte de mí para que vivas.

Cuando tu cuerpo ya no te sirva puedes darle vida a otro cuerpo, sólo falta decidirse...

DISCURSO DE CLAUSURA DE LA CAMPAÑA

Para los Centros de Alumnos de Derecho y Medicina es motivo de gran orgullo poder concluir hoy esta gran campaña. Y no es por tirarnos flores.

Las estadísticas de los últimos años no son muy alentadoras.

En Chile existen miles de pobres, pobres de vida, que necesitan un trasplante para seguir viviendo, que viven a la expectativa de que se cumpla el milagro, su sueño.

Hoy ese milagro se ha cumplido, aunque ciertamente en forma parcial.

Durante tres días, quince voluntarias de las Damas de Gris se distribuyeron por los cuatro Campus de nuestra Universidad, recogiendo las firmas generosas de muchísimos alumnos, pero también de docentes y funcionarios. Cientos de compañeros han decidido oportunamente ser donantes y así poder salvar vidas en el futuro.

Creemos que este gesto solidario y desinteresado no debe pasar inadvertido. Es por esto que hemos querido terminar con un acto en el cual nos acompañan importantes personalidades de distintos ámbitos del quehacer nacional. Ellos han querido asistir voluntariamente y, firmando en forma pública su donación de órganos, señalar la real urgencia de incrementar el número de donantes.

Como estudiantes de la Pontificia Universidad Católica estábamos llamados a ser pioneros en esto, imitando a quien fuera el primero en dar su vida por los demás.

Hoy nos sentimos felices y orgullosos de poder entregar a los miles de necesitados de trasplantes las firmas de *más de 2.500 nuevos posibles donantes.*

Muchas gracias.

Muerte cerebral: inconsistencia entre su definición y sus criterios*

Dr. Manuel Lavados M.

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

INTRODUCCION

La muerte cerebral (MC) plantea dos problemas fundamentales: a) la validez de la MC para establecer que un individuo está efectiva y realmente muerto; b) la validez de los criterios diagnósticos de MC para establecer

que en un individuo se ha producido una abolición completa e irreversible de las funciones del encéfalo¹. El objetivo de este artículo es analizar este segundo problema. En nuestra opinión, la literatura ha aportado suficientes evidencias para replantear la pregunta sobre la confiabilidad del diagnóstico, clínico y de laboratorio, de MC. Como lo mostraremos en esta revisión, existe una inconsistencia entre la definición de

* Este trabajo se realizó en el Servicio de Neurología y Neuropsicología Pr. Chain del Hospital Pitié Salpêtrière y en el Departamento de Ética Biomédica del Centro Sèvres, Paris, Francia, como parte de una beca MIDEPLAN de perfeccionamiento en Neurología y Neuropsicología Clínica.

¹ En inglés, el término "brain" en la expresión "brain death", corresponde a la estructura anatómica que en español denominados "encéfalo" (ver más adelante).

MC y los criterios diagnósticos actuales por los cuales ella se establece. La verificación de esta inconsistencia sería irrelevante si no se hubiera propuesto a la MC como un nuevo criterio de muerte del individuo (MI). Considerando la evidente importancia de establecer que un individuo está vivo o muerto se admitirá que los criterios diagnósticos de MC deberían medir sin error lo que la definición de MC indica, a saber: una abolición completa e irreversible de la actividad encefálica.

1. MUERTE CEREBRAL Y TRASPLANTES: ORIGEN DE LA NOCIÓN

Antes de abordar directamente nuestro problema es necesario dejar bien establecido la estrecha relación que ha existido entre la noción de MC y los trasplantes de órganos, ya que la razón fundamental por la cual se ha propuesto que un individuo en MC está muerto, ha sido permitir, desde un punto de vista legal, que la acción médica de extracción de órganos para trasplantes, incluyendo el corazón latiente, no corresponda a una acción que cause la muerte del paciente.

El origen de la noción de MC se encuentra en el estado clínico definido a fines de la década de los 50 por los neurólogos franceses como *coma dépassé* (1). Con este término se describió un estado de profunda no responsividad y apnea en pacientes que habían sufrido lesiones masivas del sistema nervioso central. Estos pacientes eran mantenidos vivos con el uso de ventilación mecánica, y morían en lapsos cortos, días o semanas, a pesar de todo el apoyo terapéutico que en esa época se disponía.

En 1968 el "Comité Ad-hoc de la Escuela de Medicina de Harvard" (CEMH) (2) redefinió la noción de *coma dépassé* en la de MC y propuso tres importantes afirmaciones: 1) si el encéfalo ha dejado de funcionar y no existe posibilidad que éste funcione nuevamente, entonces, para todos los efectos prácticos, este encéfalo puede considerarse "muerto"; 2) este estado de completa e irreversible abolición de las funciones encefálicas puede ser diagnosticado a través de un conjunto de parámetros clínicos y de laboratorio; 3) los pacientes en MC pueden ser declarados muertos.

² Escribimos "muerto" entre comillas para subrayar la idea de que con los términos "muerte" y "vida" se designa habitualmente una característica del organismo como un todo y no la de un órgano aislado.

La razón fundamental que el CEMH propuso para esta última afirmación fue la necesidad de obtener órganos para trasplantes de pacientes que, estando en MC, no estaban realmente muertos de acuerdo al criterio clásico de muerte del individuo, que definía la muerte como el cese irreversible de la función cardíaca y respiratoria. Si no se aceptaba la MC como criterio legal de MI, la extracción de órganos para trasplante, especialmente del corazón aún latiente, expondría al cirujano a una acusación de homicidio.

Con la noción de MC surgía así, una nueva categoría de donantes de órganos para trasplantes—donantes multiórganos—, que podrían venir a estrechar la diferencia progresivamente creciente entre posibles receptores y donantes.

En la mayoría de los países europeos y en 45 estados de EE.UU. (3) existió una rápida aceptación de la MC como nuevo criterio de MI. Sin embargo, esta aceptación no ha sido universal. En Japón la MC no es aceptada ni como criterio de muerte ni como un estado que legitime la obtención de órganos para trasplantes (4). En Dinamarca la MC fue rechazada como criterio de muerte del individuo, pero se aceptó, que en determinadas circunstancias, pudiera considerarse a un paciente en MC como donante de órganos incluyendo el corazón (5). En nuestro país la MC tiene un estatuto legal probablemente único en el mundo. El artículo 12° del Decreto N° 240 del 3 de junio de 1983, que reglamenta la aplicación del Libro Noveno del Código Sanitario, dice que la certificación de la muerte de un individuo, basada en el diagnóstico de MC, *podrá hacerse en todos los casos en que se pretenda utilizar los órganos para efectuar trasplantes* (6) (el destacado es nuestro). Esto significa que el diagnóstico de MC sólo puede ser usado para establecer la muerte del individuo *cuando se considere que ese individuo es un candidato apto para ser donante de órganos*. Fuera del contexto de los trasplantes, el diagnóstico de MC no puede ser usado en nuestro país para establecer la muerte del individuo. La reglamentación chilena es en nuestro conocimiento la que mejor ha expresado el significado y ambigüedades de la noción de MC.

Junto a la utilidad de "declarar" muertos a los pacientes en MC, y poder obtener de ellos órganos para trasplantes sin sanciones legales, es probable que la otra razón que ha explicado la aceptabilidad de la MC en la mayoría de los países occidentales ha sido la creencia en que los criterios diagnósticos de MC efectivamente miden la abolición completa e irreversible de

las funciones encefálicas. Como lo mostraremos en esta revisión, existe una inconsistencia entre la definición de MC y los criterios por los cuales ella se mide. Para precisar mejor el problema de la consistencia o inconsistencia entre la definición de MC y sus criterios diagnósticos es necesario distinguir con claridad la definición, los criterios y los tests de MC.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA: DEFINICIÓN, CRITERIOS Y TESTS DE MC

Como lo ha señalado J. Bernat (7), la definición de MC explícita de una manera general el estado de completa e irreversible no funcionalidad del encéfalo. Los criterios de MC especifican, de un modo más empírico, un conjunto de parámetros clínicos o de laboratorio que han sido seleccionados para diagnosticar el estado patológico que la definición de MC indica. Finalmente, los tests corresponden a las pruebas específicas que es necesario realizar para documentar el diagnóstico de muerte cerebral en un paciente individual.

1. La definición de Muerte Cerebral

Con pequeñas variaciones –más bien semánticas que conceptuales– existe consenso en definir la “muerte” de un órgano, en nuestro caso el encéfalo, como la abolición completa e irreversible de sus funciones. El CEMH define la MC como “el estado de permanente no funcionamiento del encéfalo” (2). Para la “Comisión del Presidente de EE.UU. para el Estudio de los Problemas Éticos en Medicina y en Investigaciones Biomédicas y Conductual sobre la Definición de Muerte” (8), la MC es definida como “el cese irreversible de todas las funciones del cerebro entero (encéfalo) incluyendo el tronco cerebral”. En nuestro país, la MC ha sido definida como “la abolición total e irreversible de todas las funciones encefálicas” (6).

Las definiciones anteriores coinciden en los siguientes puntos: a) se trata de una abolición completa o total de las funciones de una estructura anatómica determinada (ver punto c); b) esta abolición es irreversible o permanente; c) con excepción del CEMH, que exige ausencia de reflejos espinales (muerte de médula espinal + muerte encefálica), la estructura anatómica comprometida es el encéfalo, es decir la parte del sistema nervioso que ocupa la cavidad

craneal, y que incluye el bulbo raquídeo, la protuberancia, el cerebelo, los pedúnculos cerebrales y los hemisferios cerebrales (9).

2. Los criterios de Muerte Cerebral

Por “criterios de muerte cerebral” se entiende el conjunto de parámetros clínicos y de laboratorio que han sido seleccionados como indicadores del estado de abolición total e irreversible de las funciones encefálicas.

Los criterios de MC seleccionados en diversos países no son idénticos, y difieren en aspectos importantes tales como: a) tiempo de observación; b) necesidad de demostrar una lesión estructural; c) exámenes confirmatorios. La tabla 1 resume algunos de los criterios diagnósticos de MC.

La constatación de esta diversidad de criterios para establecer el diagnóstico de MC es suficiente para plantear si “la abolición completa e irreversible de las funciones encefálicas” (definición de MC) puede ser diagnosticada utilizando diferentes criterios, y si esos criterios tienen una distinta sensibilidad y especificidad para establecer lo que la definición de MC indica. Esta pregunta nos refiere entonces al problema de la validación de los criterios diagnósticos de MC que analizaremos en el punto siguiente.

3. Los tests de Muerte Cerebral

Corresponden a las pruebas o mediciones específicas que es necesario realizar para demostrar que los criterios de MC se han cumplido en un paciente determinado. En este nivel también encontramos una diversidad. Así, por ejemplo, la apnea puede ser definida y medida de diferentes formas. El “Estudio Colaborativo del National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke sobre Muerte Cerebral” (ECINH-BD) (10) definió la apnea como la ausencia de respiración espontánea medida por el hecho de que el paciente no se opone al respirador por al menos 10 minutos. Para la “Comisión del Presidente de los EE.UU. sobre la Definición de Muerte” (8) un test adecuado y aceptable de apnea supone una oxigenación apnéica y observación de esfuerzos respiratorios durante 10 minutos con ventilador desconectado. Las variaciones en estos diferentes tipos de test de apnea son fisiológicas y éticamente importantes, y sus implicancias las hemos analizado extensamente en un artículo al cual referimos al lector interesado (11).

Tabla 1

DIAGNOSTICOS DE MUERTE CEREBRAL*

	Coma	Apnea	RC(-)	T.(hr)	Lesión estruc.	T ^o	Droga	EEG	Ag.
Harvard	+	+	+	24	-	+	+	Op.	
National Institute of Health USA	+	+	+	12	+	-	+	-	
President's Commission USA	+	+	+	6-24	+	+	+	+	
Suecia	+	+	+	12	-	-	+	+	+

Lesión Estruct. (+) = lesión estructural necesaria para diagnóstico de muerte cerebral.

RC(-) = ausencia de reflejos cefálicos.

T^o (+) = hipotermia que excluye el diagnóstico de muerte cerebral.

Droga(+) = intoxicación por droga que excluye el diagnóstico de muerte cerebral.

Ag. = angiograma de cuatro vasos.

Op. = opcional

* Modificado de J. Bernat. Ethical Issues in Neurology, pág. 25, Vol. 1. Cap. 3, Clinical Neurology. Editor R.J. Joynt. J.B. Lippincott Company, 1991.

3. VALIDACION DE LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE MC

Validar criterios diagnósticos para una condición patológica cualquiera consiste en conocer la sensibilidad y especificidad de esos criterios. La *sensibilidad* (S) es la probabilidad de un resultado positivo en pacientes que poseen la condición en estudio. La *especificidad* (E) es la probabilidad de un resultado negativo en pacientes sin la condición en estudio. Matemáticamente la sensibilidad y la especificidad se expresan como una relación siendo:

- a) S = verdaderos positivos/todos los pacientes con la condición patológica, y
- b) E = verdaderos negativos/todos los pacientes sin la condición patológica.

Así, la S y la E máximas son iguales a 1 (12). Para el diagnóstico de una condición que va a utilizarse para documentar o certificar la muerte de un individuo, parece evidente exigir una S y una E iguales a 1.

¿Cómo validar criterios diagnósticos de MC?

Aceptando lo que la definición de MC significa, sería necesario correlacionar parámetros clínicos o de laboratorio con un patrón o medida que con plena certidud estableciera el hecho de que el encéfalo ha dejado de funcionar completa e irreversiblemente. Aquí, "completamente", co-

mo lo precisa la reglamentación chilena (6), significa la abolición completa y total de todas las funciones del encéfalo. Por su parte, "irreversiblemente" significa, o bien, la constatación temporal que esta abolición es "permanente", o bien se trata de un pronóstico que predice que el encéfalo "no volverá" a funcionar. Dado lo anterior, existen dos maneras complementarias para validar cualquier conjunto de parámetros diagnósticos de MC: el anatómico y el funcional.

1. Validación anatomopatológica de criterios de MC

El patrón más sólido para validar criterios diagnósticos de MC es el anatómico. Como se expresa claramente en el estudio ECINH-BD, MC significa "la destrucción total del encéfalo de modo que no existe evidencia de actividad volicional o refleja" (10). Puesto que la noción de "destrucción total" refiere a lo anatómico, criterios diagnósticos aceptables de MC serían aquellos que se correlacionarían, con una máxima sensibilidad y especificidad, con una destrucción masiva del encéfalo.

2. Validación funcional de criterios de MC

Otra manera de validar criterios diagnósticos de MC sería estableciendo una correlación entre ellos y medidas de funcionamiento encefálico. Entre éstas se han utilizado: la actividad eléctrica cerebral registrada con electrodos de superfi-

cie (EEG); el registro de Potenciales Evocados (PE); el estudio de flujo sanguíneo cerebral por medio de angiografía.

3. Descripción del ECINH-BD

Uno de los estudios mejor diseñados para validar criterios diagnósticos de MC ha sido el ECINH-BD. Se incluyeron 503 pacientes con dos condiciones: 1) Coma profundo (No-responsividad Cerebral); 2) apnea durante al menos 15 minutos. El coma profundo se definió como el estado en el cual el paciente no responde intencionalmente a estímulos del medio, no obedece órdenes, no produce sonidos fonatorios espontáneamente, y no responde a estímulos dolorosos. La apnea fue definida por la ausencia de esfuerzo respiratorio, durante un tiempo de observación de 15 minutos, en un paciente conectado a ventilador mecánico. En todos estos pacientes se realizó un examen clínico, neurológico, y un EEG, al ingreso, y a las 6, 12 y 24 horas; posteriormente una vez al día, bisemanalmente, o semanalmente hasta la muerte o recuperación. Se excluyeron cuidadosamente todas las condiciones reversibles que pueden simular el estado de MC: intoxicación por drogas, hipotermia, *shock* cardiovascular. Además, se estableció en cada caso la ausencia de una lesión cerebral tratable.

Este tipo de estudio permite correlacionar diferentes combinaciones de parámetros clínicos y de laboratorio como indicadores de un determinado parámetro. Dos parámetros fueron utilizados: 1) la no recuperación de función encefálica dentro de 3 meses a pesar de toda terapia; 2) el estado neuropatológico. Si se consideran solamente las condiciones de inclusión (coma profundo + apnea + criterios de exclusión) de los 503 mueren dentro de los 3 meses 462 (87,1%). Si se consideran los criterios de Harvard (ver Tabla 1) sólo 19 de los 503 pacientes los cumplían al ingreso, y los 19 murieron. Los 102 pacientes que cumplieron los criterios de Harvard después del ingreso también murieron. La combinación de apnea + coma profundo + 1 EEG isoelectrico + tiempo de observación de al menos 6 horas se cumplió en 189 pacientes, de los cuales 187 murieron en el lapso de tres meses.

Este estudio muestra que el mismo estado (no recuperación de la función encefálica dentro de tres meses, o tiempo de sobrevivida) puede ser definido con diferente sensibilidad por parámetros diferentes.

Los hallazgos neuropatológicos de 226 de los 459 pacientes que murieron fueron publicados

por Walker y colaboradores (13) y pueden resumirse en los siguientes puntos:

1. *Aspecto macroscópico.* "En la mayoría de los casos... el cerebro reflejaba más la reacción secundaria que la lesión patológica primaria... En esta serie, aproximadamente el 10% de los cerebros parecían normales... Edema y reblandecimiento fueron las anomalías más comunes, y estuvieron presentes en el 64% y en el 70% de los casos respectivamente. Estas alteraciones fueron usualmente generalizadas; de hecho, anormalidades focales importantes fueron infrecuentemente observadas" (p. 301);
2. *Alteraciones neurohistológicas.* "Tanto macro como microscópicamente, el encéfalo y la médula espinal de los casos autopsiados variaron desde esencialmente normal hasta un sistema nervioso severamente desintegrado" (p. 301).
3. *Frecuencia de hallazgos patológicos característicos de "respirator brain".* Con el término de *respirator brain* (RB) se ha intentado definir el substrato patológico subyacente a una encefalopatía que se produce en el encéfalo de pacientes reanimados, apneicos, asociada al uso prolongado de ventilación mecánica. Las alteraciones descritas son tan importantes y masivas que podrían ser consideradas como un buen correlato neuropatológico de lo que la definición de muerte cerebral indica, a saber, la abolición completa e irreversible de la función encefálica. Mediante un cuestionario de opiniones realizado entre neuropatólogos de la Asociación Americana de Neuropatología se establecieron los elementos diagnósticos del RB (14):

1) ausencia de inflamación; 2) congestión cortical; 3) edema cerebral; 4) reblandecimiento cerebral; 5) cambios isquémicos en las neuronas cerebrales; 6) necrosis y lisis cerebral; 7) al menos 12 horas en el ventilador; 8) herniación transtentorial o tonsilar. De los 226 casos estudiados, e independientemente de la etiología primaria, solamente el 40% presentó los hallazgos patológicos característicos del RB.

4. *Correlación patológica entre RB y EEG isoelectrico.* Aunque era predecible que los pacientes con patología característica de RB tuvieran una abolición de funciones encefálicas, esto, sin embargo, no fue siempre el caso. Los nueve pacientes que calificaron para RB tuvieron el último EEG con activi-

dad. Otros 35 casos que fueron calificados como RB por el panel de patólogos revisores, pero como no-RB por patólogos locales, también tuvieron actividad eléctrica en el último EEG. Si éstos se suman a los nueve casos anteriores, resulta que "casi la mitad de los casos *respirator brain* tuvieron actividad eléctrica en el último EEG registrado" (p. 320).

4. CRITERIOS DE MUERTE CEREBRAL Y ABOLICION COMPLETA E IRREVERSIBLE DE LAS FUNCIONES ENCEFALICAS

De lo expuesto en el punto anterior resulta evidente que pacientes que cumplen los criterios diagnósticos de MC no tienen necesariamente un estado de abolición completa e irreversible de las funciones del encéfalo. Dicho de otra manera, en un cierto número de pacientes existe una inconsistencia entre la definición de MC y los criterios diagnósticos que la miden.

Las siguientes líneas de evidencia apoyan esta afirmación.

1. *Persistencia de función hipotalámica en pacientes en MC*

Se ha documentado que pacientes en MC frecuentemente mantienen función hipotálamo hipofisiaria. Si la MC correspondiera a una abolición completa de la función encefálica debería esperarse que todos los pacientes en MC desarrollarían una Diabetes Insípida (DI) por falta de la hormona arginina-vasopresina. Un estudio (15) reportó que solamente el 77%, 24 de 31 pacientes en MC, tenían DI. En este estudio el diagnóstico de MC fue realizado de acuerdo a los criterios de la "Conference of Medical Royal Colleges and their Faculties in the United Kingdom" (16). En otro estudio se encontró que 7 de 9 pacientes en MC tenían niveles medibles de la hormona arginina-vasopresina (17). Fiser y col. (18) encontraron que la DI estuvo presente sólo en el 38% de 34 pacientes en MC. Aunque el traumatismo encefalocraneano fue la causa más frecuente de MC en el grupo estudiado, la meningitis fue la primera causa en el subgrupo de pacientes con DI. Otro hecho importante aportado por este estudio fue que el correlato anatómico de la DI puede ser edema difuso de hipófisis, y no infarto o necrosis. En la serie de Outwater y Rockoff (19) 2 de 16 niños en MC no desarrollaron DI. En dos de los 14 pacientes la DI se resolvió espontáneamente.

Para explicar este sorprendente hecho los autores postulan dos hipótesis: a) esos pacientes mantuvieron función hipotalámica a pesar de estar en MC; b) existe producción y liberación extracraneal de arginina-vasopresina. Aunque interesante esta segunda hipótesis, no tiene ninguna base empírica que la sustente, puesto que no se ha demostrado otro sitio de síntesis de la hormona que el hipotálamo (20). Otra manera de demostrar actividad hipotalámica en pacientes en MC fue ensayada por Schrader y col. (21), quienes mostraron en un paciente que cumplía los criterios de Harvard para muerte cerebral una disminución de la glicemia junto a un aumento de la secreción de hormona de crecimiento en respuesta a la administración de insulina. Se sabe que esta respuesta está mediada por el hipotálamo.

Los hechos anteriores muestran que pacientes en MC mantienen función hipotalámica, y en consecuencia no puede afirmarse que siempre los criterios diagnósticos de MC se correlacionan con una abolición completa de la función encefálica.

2. *Persistencia de actividad electroencefalográfica en pacientes en MC*

Como lo muestra la Tabla 1, un electroencefalograma (EEG) isoelectrico no es un elemento universalmente solicitado para establecer el diagnóstico de MC. Una de las razones es que un cierto número de pacientes en MC mantienen una actividad eléctrica cerebral medida a través del EEG. Uno de los primeros estudios sistemáticos sobre EEG y MC, realizado en el Hospital Pitié-Salpêtrière de Paris por Gaches y col. (22), demostró que en MC secundaria a una lesión estructural era frecuente encontrar una actividad eléctrica residual al EEG, la que raramente persistía por más de 48 horas después del diagnóstico de MC. Una revisión de 611 pacientes en MC (23) demostró que el 23% retenía actividad eléctrica en el EEG. El estudio de Grigg y col. (24) es de particular importancia puesto que reporta los hallazgos anatomopatológicos. De los 56 pacientes, 11 (19,6%) tenían actividad en el EEG. La duración media de esta actividad fue de 36,6 horas, con un rango de 2 a 168 horas. Los tres patrones de actividad en el EEG se correlacionaron con diferentes lesiones. De particular importancia es el patrón 2, caracterizado por una actividad sincrónica theta y delta de 10 a 12 Hz que fue notada en dos pacientes por más de 168 horas. En ambos casos se demostró una necrosis isquémica del tronco

cerebral con una relativa preservación del córtex cerebral.

Debido a que la actividad eléctrica cerebral registrada en el EEG estaba dada fundamentalmente por la actividad de dendritas de las neuronas piramidales corticales (26), la persistencia de actividad en el EEG en pacientes en MC es un signo que no todas las funciones encefálicas están abolidas en el estado de MC.

3. Persistencia de función de tronco encefálico

Varios estudios han reportado que pacientes en MC presentan respuestas fisiológicas a estímulos nociceptivos. Wetzel y col. (26) reportaron en 10 pacientes en MC, respuestas hemodinámicas normales secundarias a la incisión abdominal que iniciaba la intervención quirúrgica de extracción de órganos para trasplantes. En los 10 pacientes se produjo una importante y rápida respuesta hipertensora, tanto sistólica como diastólica, acompañada de una importante taquicardia, cuyo inicio ocurrió dentro del primer minuto y su máxima respuesta entre los 5 y 20 min. La respuesta presora fisiológica a estímulos nociceptivos es bien conocida e implica función del tronco encefálico. Desde los trabajos de Koizumi *et al.* (27) se sabe que los reflejos simpáticos implicados en esta respuesta pueden ser espinales y supraespinales. Los reflejos supraespinales son bilaterales y son integrados en el bulbo raquídeo, lo que explica su latencia larga. Por su parte, los reflejos espinales tienen una latencia muy corta (de menos de 50 mseg.), y aunque pueden ser bilaterales, la mayoría están limitados a unos cuantos segmentos medulares. El tipo de respuesta presora documentado en estos pacientes podría indicar la persistencia de una función parcial del tronco encefálico. La respuesta de los potenciales evocados somatosensoriales estudiados en 2 de esos 10 pacientes hacen aún más plausible esta interpretación. En efecto, se encontró que la respuesta somatosensorial de latencia corta demostraba una onda única con una latencia de 9 mseg registrada sobre C2. Aunque esta respuesta no tiene un origen electrofisiológico claro, sugiere indemnidad de la región cercana a la unión cervicomedular, indicando así función en la parte inferior del bulbo raquídeo.

Los hallazgos de Fabrizio y col. (28) en relación a las respuestas viscerosomáticas y visceroviscerales identificadas en pacientes en MC, también son sugerentes de persistencia de actividad bulbar. En este estudio se describen la presencia y tipo de reflejos viscerosomáticos y

visceroviscerales identificados en 25 individuos que cumplían los criterios legales italianos de muerte cerebral, y en quienes se realizó una nefrectomía inmediatamente después del diagnóstico de muerte cerebral. De los 25 individuos, 15 (60%) presentaron una contracción de la musculatura abdominal secundaria a la incisión del peritoneo parietal, necesitándose 4 mg iv de pancuronio para obtener la relajación muscular. De los 25 pacientes, 6 (24%) presentaron un total de 13 variaciones bruscas en los parámetros cardiovasculares en respuesta a variados estímulos quirúrgicos. La respuesta más evidente fue la variación de la presión arterial sistólica con un alza promedio de 38,8 mmHg. Existió además una moderada alza en la frecuencia cardíaca sincrónica a la respuesta hipertensora. La presión diastólica se modificó sólo levemente. La administración de dopamina y ADH no estuvo relacionada con la presencia de reflejos viscerosomáticos, mientras que la presencia de reflejos cardiovasculares pareció estar relacionada al uso de ADH, pero no al de dopamina. En conclusión, estos resultados indican que pacientes en MC, libres de efectos farmacológicos significativos, pueden presentar reflejos viscerosomáticos motores y reflejos visceroviscerales cardiovasculares cuya integración, como ya lo hemos señalado, supone una indemnidad relativa del bulbo raquídeo.

Otra manera de evaluar la funcionalidad del tronco encefálico es a través de los Potenciales Evocados (PE). Se ha demostrado que en pacientes en MC estos potenciales están ausentes, o sólo muestran el componente inicial u onda I la que se cree es debida a actividad del VIII par craneal (29). Sin embargo, se han documentado varias excepciones (30) (31). Barelli y col. (31) reportaron dos casos con persistencia de PE Auditivos centralmente originados.

La existencia de las respuestas anteriormente descritas no se concilia con la idea de que en el estado de MC todas las funciones encefálicas están abolidas.

4. Substrato anatómico de los criterios de MC

Junto al trabajo del ECINH-BD, el estudio de Schröder (32) es de gran importancia. Schröder reportó 190 pacientes en MC establecida clínicamente y confirmada por EEG isoelectrico o angiografía. En los casos en que el diagnóstico clínico fue tentativo se incluyeron pacientes en los que la autopsia demostró un infarto isquémico cerebral total en áreas de demarcación (nervio óptico, médula espinal superior, lóbulo

anterior de la pituitaria). Schröder correlacionó los cambios patológicos micro y macroscópicos con la duración de la MC medida como el tiempo entre el diagnóstico de MC y el paro circulatorio que ocurrió entre 1 hora y 13 días. Se encontró en el córtex cerebral una necrosis neuronal $> 0 =$ al 1% en el 39% de los pacientes, y $< 0 =$ al 90% en el 5% de los pacientes. En bulbo raquídeo estos resultados fueron 63% y 21%, respectivamente. En ambas estructuras la necrosis neuronal aumentó en función del intervalo entre el diagnóstico de MC y el paro circulatorio. Si se considera una necrosis neuronal $>$ al 90% en el córtex cerebral, se tiene que ésta es 0% entre 1-6 horas, y de 40% entre las 49 horas y los 6 días. Para el bulbo raquídeo estos resultados son 8% y 62%, respectivamente (Ver tabla 2 y figuras 1 y 2).

Otro hallazgo interesante de este estudio fue la constatación de una reacción meningoencefálica hemorrágica que ocurrió exclusivamente después del 4° día de MC. La intensidad de esta reacción es interpretada por el autor como una evidencia de recirculación cerebral secundaria a una disminución de la presión intracraneana.

Los estudios anteriores no son compatibles con la idea de que los criterios diagnósticos de MC se correlacionan con una destrucción total del encéfalo, que permitiría afirmar que el estado de MC corresponde a una abolición completa e irreversible de las funciones encefálicas.

5. ALGUNAS RESPUESTAS POSIBLES

Si los criterios de MC no miden, ni siempre ni necesariamente, lo que la definición de MC explicita, existen varias maneras de replantear la eventual validez de los criterios diagnósticos de MC.

Tabla 2

FRECUENCIA DE CASOS CON PERDIDA DE NEURONAS*

Intervalo	Córtex cerebral		Bulbo	
	$> 1\%$	$> 90\%$	$> 1\%$	$> 90\%$
1-6 hr	28%	0%	33%	8%
7-12 hr	29%	2%	47%	11%
13-24 hr	37%	0%	61%	18%
25-48 hr	47%	3%	100%	35%
49 hr-6 días	80%	40%	100%	62%

* Frecuencia de casos con pérdida neuronal ($> 1\%$ o $> 90\%$ respectivamente) en córtex cerebral y en bulbo raquídeo, en grupos con diferentes intervalos de MC. Schröder R. Later Changes in Brain Death, Signs of Partial Recirculation. Acta Neuropathol (Berl) 1983; 62: 15-23.

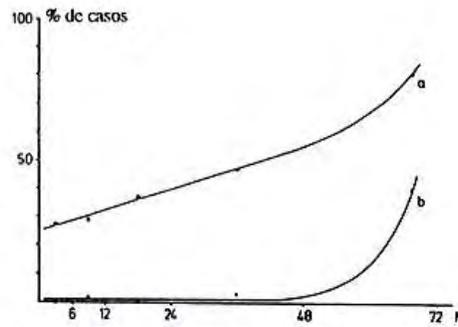


Fig. 1. Frecuencia de casos con pérdida de neuronas $> 1\%$ (a) o más del 90% (b) en el córtex cerebral en relación al tiempo de MC, divididos en grupos mostrados en la Tabla 2. Schröder R. Later Changes in Brain Death, Signs of Partial Recirculation. Acta Neuropathol (Berl) 1983; 62: 15-23.

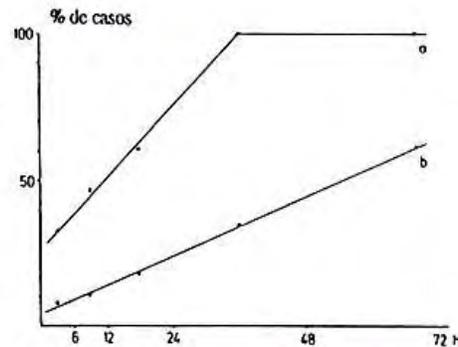


Fig. 2. Frecuencia de casos con $> 1\%$ (a) o más del 90% (b) de pérdida de neuronas dentro del bulbo raquídeo en relación al tiempo de MC, divididos en grupos mostrados en la Tabla 2. Schröder R. Later Changes in Brain Death, Signs of Partial Recirculation. Acta Neuropathol (Berl) 1983; 62: 15-23.

1. Modificar la definición de MC; la MC como pérdida irreversible de la conciencia

Una posibilidad es definir la MC no como el estado de abolición completa e irreversible de las funciones encefálicas, si no como la abolición completa e irreversible de algunas de sus funciones, en particular la "conciencia" o lo que vagamente se denominan "funciones superiores". Esta posición ha sido defendida, entre otros, por R. Veatch (33) y por Younger y Barlett (34). Para estos autores ya no se trata de definir la muerte del individuo en cuanto ésta corresponde a la pérdida de una propiedad o característica biológica común a los organismos vivos. Para ellos, el problema es definir lo que sería propio de la "muerte" del ser humano o

persona. Para R. Veatch una persona estaría muerta cuando ha sufrido "la pérdida irreversible de la conciencia o la capacidad para una interacción especial" (33). Para Younger y Barlett la muerte de la persona correspondería a la "pérdida permanente de lo que es esencial al ser humano" (34). Los criterios diagnósticos de MC se correlacionarían bien con estas definiciones de MC. Pero además, de acuerdo a esta definición, deberían ser considerados muertos los pacientes en estado vegetativo persistente (EVP), los pacientes anencefálicos, y otros estados de inconciencia prolongada como el síndrome apático (35) y la "muerte neocortical" (36).

A esta manera de concebir la MC pueden plantearse las siguientes objeciones: 1) no sólo se redefine lo que los criterios de MC medirían (pérdida irreversible de la conciencia), sino que además se modifica lo que se entiende por muerte del individuo; 2) es arbitrario estipular el grado de daño cerebral necesario y suficiente para establecer la pérdida irreversible de la conciencia; 3) es filosóficamente discutible la completa identidad entre cerebro y conciencia; 4) la afirmación que pacientes en EVP están "muertos", a pesar de que mantienen respiración y función cardíaca espontánea, es intuitiva y conceptualmente contraria al sentido común de médicos y familiares.

2. Modificar los criterios de MC

Otra posibilidad es mantener la definición de MC modificando los criterios que la miden. Así, podrían agregarse al diagnóstico de MC mediciones del eje hipotálamo hipofisario y PEA, y excluir a los pacientes que sean positivos para alguna de estas mediciones. Esto es posible, pero haría más difícil el diagnóstico de MC. Además, probablemente estos pacientes serían candidatos menos aptos para ser donantes de órganos para trasplantes, que fue la razón principal que justificó la identificación de la MC con la MI.

3. Criticar el valor de los hechos antes mencionados

También se podría argumentar que la demostración de actividad encefálica residual no es lo mismo que la persistencia de función encefálica. En un artículo reciente, Bernat (37) ha afirmado, en oposición al significado de la definición de MC, que universalmente ha predominado, que ésta no requiere que las funciones encefálicas estén total y completamente abolidas.

Sólo se requeriría que un "número crítico de neuronas dejen de funcionar de manera permanente, a saber, aquellas que corresponden a las actividades esenciales de los hemisferios, diencefalo, y tronco cerebral" (37). Sin embargo, Bernat no define lo que es una función encefálica "esencial", y cualquier precisión en este sentido será necesariamente arbitraria y por lo tanto discutible.

4. Infrecuencia de casos descritos

También se podría argumentar que los casos que la literatura reporta son más bien la excepción que la regla, y que siendo la Medicina un conocimiento probabilístico, es normal que los criterios diagnósticos de MC no posean una sensibilidad y especificidad máximas.

En respuesta a este planteamiento es importante subrayar lo siguiente: 1) las características patológicas del *respirator brain*, que podrían considerarse un substrato anatómico compatible con la abolición completa e irreversible de las funciones encefálicas, se encuentra solamente en el 40% de los casos; 2) la frecuencia descrita de preservación de la función hipotalámica está lejos de constituir una rareza estadística; 3) si el diagnóstico de MC se va a utilizar para establecer que un paciente está muerto, parece evidente exigir a esos criterios diagnósticos una sensibilidad y especificidad iguales a 1.

6. CONCLUSIONES

1) Los criterios diagnósticos de MC no miden siempre el estado patológico de completa e irreversible abolición de las funciones del encéfalo (definición de MC).

2) Esta inconsistencia entre la definición de MC y los criterios diagnósticos que en la actualidad han sido seleccionados, es clínica y éticamente relevante porque se ha propuesto que un paciente que cumple los criterios diagnósticos de MC está muerto.

3) Lo único que ha sido demostrado científicamente es que los pacientes que cumplen con los criterios diagnósticos de MC, especialmente los criterios de Harvard, tienen un pronóstico de muerte cierta en un lapso corto (horas, días).

4) La implementación de ciertas medidas (reemplazo hormonal, uso de drogas vasoactivas, uso de antibióticos, etc.) puede prolongar la vida de esos pacientes de días a meses (38) (39) (40) (41) (42). Estas medidas sólo parecen justificarse en los casos de embarazadas en MC.

5) Una concepción no arbitraria de MC corresponde a la idea original del *coma dépassé*, en cuanto éste no se identificaba necesariamente con la abolición completa e irreversible de todas las funciones del encéfalo.

6) En conformidad con la información empírica, debería reconocerse que un paciente que cumple con los criterios diagnósticos de MC, es un paciente que está vivo artificialmente.

7) El problema ético que queda en suspenso es saber, en virtud de qué principio se justificaría proponer que los pacientes en MC sean donantes de órganos para trasplantes, incluyendo el corazón. No es fácil aceptar la solución de Dinamarca que, al rechazar la identificación

entre MC y MI, acepta, sin embargo, que un paciente en MC sea donante de órganos para trasplantes. La solución chilena, aunque recoge adecuadamente la ambigüedad original de la noción de MC, no resulta lógica al aceptar que un paciente que cumple con los criterios diagnósticos de MC está muerto sólo si ese paciente es considerado donante de órganos para trasplantes.

BIBLIOGRAFIA

Para bibliografía, referirse al autor.

Directrices del Pontificio Consejo de la Pastoral para los Agentes Sanitarios sobre Trasplantes de Organos y la determinación del momento en el que ocurre la muerte

(Traducción no oficial de la "Carta degli Operatori Sanitari", publicada en Ciudad del Vaticano, 1994, por el Pontificio Consejo de la Pastoral para los Agentes Sanitarios)

DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS

Uso de donantes cadáver

(La obtención de órganos en trasplantes homoplásticos puede realizarse en donantes vivos o cadáveres).

87. En el segundo caso no estamos más en presencia de un ser viviente sino de un cadáver. Aunque éste siempre debe respetarse como cadáver humano, no tiene la dignidad del sujeto y el valor de sentido de una persona viviente. "El cadáver no es más, en el sentido propio de la palabra, un sujeto de derecho, porque está privado de la personalidad que sólo pudo ser sujeto del derecho". Por lo tanto, "destinarlo a fines útiles, moralmente indiscutibles y además elevados", es una decisión "no condenable sino justificable positivamente"¹⁶⁴.

Sin embargo, se necesita tener la certeza de estar en presencia de un cadáver, para evitar que sea la extracción de órganos lo que provoca o anticipa la muerte. Obtener los órganos de un cadáver es legítimo luego de un diagnóstico de muerte cierta del donante. De allí el deber de "tomar medidas para que un cadáver no sea considerado y tratado como tal antes que la muerte no sea debidamente constatada"¹⁶⁵.

¹⁶⁴ Cf. Pío XII, A los delegados de la "Asociación Italiana de Donantes de Córneas y de la Unión Italiana de Ciegos" participantes en el Congreso de la Pontificia Academia de Ciencias, 14 de mayo de 1956, en *AAS* 48 (1956), pp. 462-464.

¹⁶⁵ *Ibid.*, pp. 466-467.

Para que una persona sea considerada cadáver es suficiente la comprobación de la muerte cerebral del donante, que consiste en el "cese irreversible de toda función cerebral". Cuando la muerte cerebral total es constatada con certeza, es decir, después de la debida verificación, es lícito proceder al retiro de los órganos, como también subrogar artificialmente la función orgánica para conservar la vitalidad de los órganos con miras de un trasplante¹⁶⁶.

EL MOMENTO DE LA MUERTE

Disociación de los elementos del organismo

128. El empleo de tecnología reanimativa y la necesidad de órganos vitales para la cirugía de trasplante plantean hoy de un modo nuevo el problema del diagnóstico del estado de muerte.

La muerte del hombre es vista y sentida por el hombre como una descomposición, una disolución, una ruptura²³⁵. "Sobreviene cuando el principio espiritual que preside a la unidad del indivi-

¹⁶⁶ Cf. Pontificia Academia de Ciencias, "Declaración acerca del prolongamiento artificial de la vida y la determinación exacta del momento de la muerte", 21 de octubre de 1985, N° 1, 3.

²³⁵ Cf. Concilio Ecueménico Vaticano II, *Constit. Past. Gaudium et Spes*, N° 18; Juan Pablo II, Carta Apost. *Salvifici doloris*, en *Insegnamenti* VII, 11, 333-335, N° 15. A los participantes en el Congreso de la Pontificia Academia de Ciencias sobre "Determinación del momento de la muerte", 14 de diciembre de 1989. En *Insegnamenti* XX/2, p. 1527, N° 4.

duo no puede ejercitar su función sobre el organismo cuyos elementos, dejados a sí mismos, se disocian. Es cierto que en el organismo esta distribución no golpea al ser humano entero. La fe cristiana –y no sólo ésa– afirma la persistencia, más allá de la muerte, del principio de espiritualidad del hombre”. La fe alimenta en el cristiano la esperanza de “reencontrar su integridad personal transfigurada y definitivamente poseída en Cristo” (cf. 1 Cr 15, 22)”²³⁶.

Ruptura dolorosa más crecimiento de la esperanza

Esta fe llena de esperanza no excluye que “la muerte sea una ruptura dolorosa”. Pero “el momento de esta ruptura no es directamente perceptible, y el problema radica en identificar los signos”²³⁷. La constatación e interpretación de estos signos no corresponde a la fe ni a la moral sino a la ciencia médica: “compete al médico... dar una definición clara y precisa de la muerte y del momento de la muerte”²³⁸. “Los científicos, los analistas y los eruditos deben llevar adelante sus investigaciones y estudios para determinar en el momento más exacto posible el momento preciso y el signo inequívoco de la muerte”²³⁹.

Una vez acreditada esta determinación, a su luz, se resuelven las preguntas y conflictos morales suscitados por la nueva

tecnología y la nueva posibilidad terapéutica. La moral, en efecto, no puede no reconocer la determinación biomédica como criterio decisivo.

Definición biomédica de la muerte

129. Entrando en el mérito de esta determinación, la Pontificia Academia de las Ciencias ha dado una autorizada contribución. En primer término, a la definición biomédica de la muerte: “una persona está muerta cuando ha sufrido una pérdida irreversible de toda capacidad de integrar y de coordinar las funciones físicas y mentales del cuerpo”.

En segundo lugar, a la precisión del momento de la muerte: “la muerte sobreviene cuando: a) las funciones espontáneas del corazón y de la respiración han cesado definitivamente; o bien, b) si está certificada la cesación irreversible de toda función cerebral”. En realidad, “la muerte cerebral es el verdadero criterio de muerte, ya que la detención definitiva de las funciones cardiorrespiratorias conducen muy rápidamente a la muerte cerebral”²⁴⁰.

La fe y la moral hacen propias estas conclusiones de la ciencia. Exige, sin embargo, de los agentes sanitarios el empleo más cuidadoso posible de los diversos métodos clínicos e instrumentales para un diagnóstico cierto de muerte, a fin de no declarar muerta y tratar como tal a una persona que no lo sea.

²³⁶ Cf. Juan Pablo II, A los participantes en el Congreso de la Pontificia Academia de Ciencias sobre “Determinación del momento de la muerte”, 14 de diciembre de 1989, en *Insegnamenti* XX/2, 1523-1529, N° 4.

²³⁷ Cf. *Ibid.*, N° 4.

²³⁸ Pío XII, A un grupo de médicos, 24 de noviembre de 1957, “BME 432, 434”.

²³⁹ *Ibid.*, N° 6.

²⁴⁰ Cf. Pontificia Academia de Ciencias, “Declaración acerca del prolongamiento artificial de la vida y la determinación exacta del momento de la muerte”, N° 1.

A la opinión pública*

Dr. Pedro Rosso R.

Decano de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
Vicepresidente de la Federación Internacional de Facultades de Medicina Católicas.
Otros datos biográficos, ver en REMUC 10/92, p. 235.

La Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile celebró hace algunos días (31 de julio de 1995) el 25° aniversario del primer trasplante renal efectuado en su Hospital Clínico. Sus académicos han realizado, además, trasplantes de corazón e hígado, lo que ha permitido a nuestra Institución obtener una considerable experiencia en la materia.

En el campo de los trasplantes de órganos, como en toda otra área de su quehacer, nuestra Facultad de Medicina ha procurado siempre promover, defender y servir a la vida humana actuando con absoluta fidelidad a las directrices y enseñanzas del Magisterio de la Iglesia. Por esa razón no podemos permanecer indiferentes cuando médicos y líderes de opinión católicos de nuestro país declaran públicamente que el trasplante de órganos obtenido de pacientes con muerte cerebral es moralmente ilícito. Comprendemos el loable objetivo que los mueve a hacer esas declaraciones pero, junto con disentir

* Declaración del Decano de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (7 de agosto de 1995).

de ellas, debemos hacer notar que discrepan absolutamente con la posición oficial de la Iglesia Católica.

Al respecto, hace ya algunos meses, el Pontificio Consejo de la Pastoral para los Agentes Sanitarios, que preside su Eminencia Reverendísima Monseñor Fiorenzo Angelini, publicó un código deontológico para quienes laboran en el área de la salud, denominado "*Carta de los Agentes Sanitarios*". Este documento, fruto de un trabajo largo, acucioso y multidisciplinario, se refiere a los aspectos éticos de un gran número de situaciones y procedimientos médicos, incluyendo el trasplante de órganos.

En lo referente al *concepto de muerte*, el Consejo hace suya la *definición de la Pontificia Academia de las Ciencias* en el sentido de que: "*una persona está muerta cuando ha sufrido una pérdida irreversible de todas las capacidades de integración y coordinación de las funciones físicas y mentales del cuerpo*". Con respecto a precisar el momento de la muerte, el mismo Pontificio Consejo afirma: "*la muerte sobreviene cuando:*

- a) *las funciones espontáneas del corazón y de la respiración han cesado definitivamente, o*
- b) *se ha verificado el cese irreversible de toda función cerebral*".

Sobre este punto, aclara que "*la muerte cerebral es el verdadero criterio de muerte, ya que*

la detención definitiva de las funciones cardiorrespiratorias conduce, muy rápidamente, a la muerte cerebral" ("*Carta degli Operatori Sanitari*", 129, Ciudad del Vaticano, 1994).

En relación a los trasplantes de órganos obtenidos de cadáveres, el mismo documento estipula: "*Para que una persona sea considerada cadáver es suficiente la verificación de muerte cerebral... lo cual consiste en el cese irreversible de toda función cerebral. Cuando la muerte cerebral es constatada con certeza, es decir, después de las debidas comprobaciones, es lícito proceder a la extracción de los órganos, como también de mantener artificialmente las funciones orgánicas para conservar la vitalidad de los órganos que serán trasplantados*" (Ibíd., 87).

El texto de estas afirmaciones del Pontificio Consejo ha sido aprobado por la Congregación para la Doctrina de la Fe, y su naturaleza de posición oficial de la Iglesia Católica es enfatizada por el mismo Cardenal Angelini en la introducción del documento.

En consecuencia, *en la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile no se infringe ninguna norma ética cuando se realiza un trasplante de órganos. Muy por el contrario, se actúa con pleno respeto por la persona que, encontrándose en un estado de muerte cerebral, puede servir como donante y por el enfermo que, siendo receptor de esos órganos, puede iniciar, gracias a ellos, una nueva vida.*

Humanismo cristiano proyectado a la Medicina

André Frossard y las preguntas de la cultura

Dr. Nicolás Velasco F.

Profesor Adjunto de Medicina y Director de Pregrado de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Otros datos biográficos, ver en REMUC 10/92, p. 62



¿Es posible evangelizar desde un gueto aislado? ¿Puede un pecador convertirse? ¿Debemos dar testimonio a distancia o en medio de las tensiones de la cultura?

André Frossard fue ateo, materialista, socialista y enemigo de la Iglesia. El Señor obró en él el milagro cotidiano del don de la Fe. Lo llamó, con signos claros y brillantes, y Frossard acogió al llamado en su corazón. De acuerdo al camino elegido para Pablo de Tarso e Ignacio de Loyola, Dios llamó alto y claro, porque seguramente necesitaba una espada templada para luchar en una sociedad racionalista y hedonista,

que busca el camino ancho hacia una libertad que es sólo opción y no la felicidad del camino correcto hacia El.

Además de pensador profundo, distingue a Frossard su capacidad de comunicador, comunicador en el sitio de los sucesos, no desde la cumbre y con alta voz. Si bien su producción literaria es vasta y profunda, el libro que más lo distingue entre el público es seguramente el de menor gusto para los eruditos: "Dios en preguntas". La originalidad de este libro es pequeña, si consideramos que el mensaje evangélico predicado por nuestro Señor fue construido de la

misma manera, a base de preguntas. Preguntas sencillas que llaman al alma de cada uno pues son interrogantes que mueven el corazón y los sentimientos más profundos del hombre.

Así comenzó André su testimonio. Contactándose por carta, a través de la prensa o directamente en asambleas (a veces claramente hostiles), cara a cara. Como para S.S. Juan Pablo II, uno de sus grupos predilectos fueron los jóvenes. André sabía que ellos eran los más vulnerables a la llamada relativista, pero a su vez los de corazón más limpio e intelecto ávido de recibir respuestas o preguntas que los movieran por un ideal superior. Y así comenzó a responder y preguntar: ¿Para qué vivir? ¿Para qué los dogmas? ¿Qué es la verdad? ¿Se puede ser objetivo? ¿Dios es de izquierda o de derecha? Su manera de responder es primero acoger en forma leal y amorosa lo que se le plantea, para luego de un "sin embargo" entregar una respuesta potente y clara, generalmente iluminada con pasajes evangélicos. Todas estas respuestas están revestidas de caridad, palabra que Frossard elige para designar al amor; por el cariz de desinterés de la primera acepción. A pesar de su brillo y

capacidad, no siempre los auditorios fueron acogedores, pero André nunca interrumpió el diálogo. El ejemplo de su propia biografía lo impulsó y dio fuerzas. Como padre sabio, a pesar de estar muchas veces en desacuerdo con su hijo, nunca rompió vínculos. La puerta siempre estuvo abierta para acoger al que se pudo haber equivocado y vuelve al padre, no para ser reconvenido, sino para encontrar luz que aclare rumbos ¡El sólo volver es un acto de reconocimiento y amor! En el mundo del pecado, mal haríamos si nos olvidamos del pecador. Estaríamos renegando de la misión de testimonio, la cual es nuestro deber esencial.

El acto de acoger tiene dos componentes: acoger sin límites y luego confrontar y ser veraz. Sólo confrontar, a pesar que ello sea hecho con la verdad, es un acto espurio que fabrica murallas, murallas que rodean un gueto intelectual que separa del entorno. Un testimonio sólo de confrontación es inútil y vano, el cual logra lo mismo que el enterrar las monedas de talento bajo la tierra para que no se pierdan. Frossard lo entendió claramente y señaló un camino para educar y evangelizar. No lo desechemos.

En torno al servicio*

R.P. Gabriel Guarda, O.S.B.

Abad del Monasterio Benedictino de la Santísima Trinidad de Las Condes. Profesor Titular de las Facultades de Teología y de Arquitectura de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Miembro de Número de la Academia Chilena de la Historia. Premio Nacional de Historia 1984. Capellán Conventual de la Asociación Chilena de Miembros de la Orden de Malta

En el capítulo 20 del Evangelio de San Mateo, aunque breve, viene un auténtico tratado relativo al servicio, que constituye la normativa revelada respecto a lo que es este trabajo cristiano:

“...el que quiera llegar a ser grande entre vosotros –sentencia Jesucristo–, será vuestro servidor, y el que quiera ser el primero entre

vosotros, será esclavo vuestro; de manera que el Hijo del hombre no ha venido a ser servido, sino a servir...” (Mt 20, 26 b-28 a).

Desde la era apostólica y a ejemplo del Maestro, la Iglesia ha practicado literalmente este principio y si los evangelios relatan el servicio del Señor, hasta el extremo de dar la vida por los suyos, el libro de los *Hechos de los Apóstoles* refiere el de los discípulos, desde la solicitud de Pedro en la animación de la nascente Iglesia, a la increíble misión de Pablo y demás apóstoles, marcada por desplazamientos a

* Conferencia dictada en la ceremonia y exposición de la “Labor actual y futura de la Soberana Orden de Malta en Chile”. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, 24 de noviembre de 1994.

todo lo ancho y lo largo del mundo conocido. Esa solicitud en el servicio al prójimo, índice inequívoco de santidad de vida, ha sido el criterio con que se eligieron obispos y papas, todas las instancias de autoridad en la Iglesia, de manera que en la praxis se verificó literalmente el principio citado, en el sentido de que el primero sea esclavo de los demás: desde tiempo inmemorial el obispo de Roma usa el título de *Servo de los servidores de Dios*.

La Orden Hospitalaria de San Juan de Jerusalén, sucesivamente en Rodas primero y en Malta después, nace y crece en la Edad Media, a la par con el gran movimiento espiritual y caballeresco determinado por las cruzadas, con el preciso objeto de asistir y servir al prójimo en sus más candentes necesidades, representadas en el pobre y el enfermo; sus anales constituyen un historial de servicio y abnegación, ilustrado con ejemplos no pocas veces heroicos, llevados hasta el extremo del martirio.

Pasada la coyuntura histórica que le dio origen, traspuso las vicisitudes del tiempo, puesto que tanto el espíritu de servicio como las necesidades del prójimo no conocen fronteras ni límites cronológicos, y ha llegado en plena vigencia hasta nuestros días: alguien me señalaba que actualmente en Europa no hay catástrofe ni tragedia de cualquier género donde no aparezcan, lo primero, las ambulancias y los voluntarios de la Orden de Malta; en nuestro propio país, donde no cuenta con la tradición que en el viejo continente, no obstante su juventud y sus limitados medios, ya ha podido ejercer su misión en varios puntos del territorio.

El servicio cristiano, dentro de él, el de la Orden de Malta, pero igualmente el de tantas otras instituciones católicas, es entendido no como una mera filantropía –para la cual hay otras innumerables y respetables instancias que constituyen un ejemplo de organización y tecnicismo en la materia–, sino como un servicio dirigido no sólo al prójimo, sino a Cristo mismo, vivo en la persona del hermano sufriente.

En efecto, todos conocemos el pasaje relativo al juicio supremo, en que los elegidos son separados a la derecha del Rey-juez al son de las solemnes palabras: "Venid, benditos de mi Padre, recibid la herencia del Reino preparado para vosotros desde la creación del mundo. Porque tuve hambre, y me disteis de comer; tuve sed, y me disteis de beber; era forastero, y me acogisteis; estaba desnudo, y me vestisteis; enfermo, y me visitasteis; en la cárcel, y vinisteis a verme". A lo que los justos responderán:

"Señor, ¿cuándo te vimos hambriento, y te dimos de comer; o sediento, y te dimos de beber? ¿Cuándo te vimos forastero, y te acogimos; o desnudo y te vestimos? ¿Cuándo te vimos enfermo o en la cárcel, y fuimos a verte?" Y el Rey les dirá: "En verdad os digo que *cuanto hicisteis a uno de estos hermanos míos más pequeños, a mí me lo hicisteis...*" (Mt. 25, 34 b-40).

El servicio en el cristianismo es trascendente; por hermoso y benemérito que sea cualquier clase de humanismo, no concluye en el mero servicio del prójimo, sino directamente en el servicio de Dios; de allí dimana su fuerza y su límite, es decir, su ilimitación: así como Dios es infinito, así es la meta de su servicio, infinita, divina. Sus medios pueden ser limitados, pero su efecto no; va más allá de la medida humana, trasmite el hálito divino, más allá del mero remediar, trae consigo consuelo, luz y paz.

Nuestra Orden comparte con otras instituciones católicas, con sus innumerables colaboradores y voluntarios este verdadero don que es su servicio, visto en la perspectiva que acabamos de señalar, y es muy consciente de la deuda que contrae con todos aquellos que le facilitan tantas mediaciones que le permiten llegar oportunamente al lugar preciso, contar con los elementos que debe dar, utilizar los servicios adecuados en cada caso, disponer de los bienes materiales o del dinero necesario para subvenir a necesidades de tan variada índole, como es su campo de acción. Hay muchas personas que quieren hacer el bien y muchas veces no saben el cómo, el cuándo y el dónde. La colaboración dentro de instituciones de claros principios y larga experiencia constituyen para ellas la respuesta a su voluntad de ayuda.

Pero hay más: del hecho mismo de que su acción trascienda al servicio de Dios, dimana como consecuencia, según los términos de una auténtica ecuación, el que el bien hecho al prójimo derive en un bien para el propio sujeto que lo ejecuta, con un efecto jamás pensado, por lo generoso y gratuito.

En efecto: ¿existe satisfacción semejante al dar, al darse, al prójimo? Es experiencia generalizada, sorprendente, el hecho de que el primer beneficiado –acaso el más beneficiado–, en este mecanismo del servicio cristiano, es precisamente el que se compromete en dar el beneficio; exagerando, podríamos llegar a decir, a la luz de la economía divina, que no hay mejor "negocio" que dar. ¡Es tan poco lo que damos, para lo tanto que recibimos!

La presente ocasión, en que la Orden de Malta invita a tantas instituciones con las que ha com-

partido su vocación de servicio para hacer público su agradecimiento, lo que de veras brota es un profundo sentimiento de acción de gracias a Dios que a todos nos ha convocado en un común ideal de servicio, que hace eficaz nuestras modestísimas realizaciones y nos conforta en nuestras dificultades y trabajos.

Le pedimos que infunda su espíritu en nuestras obras, que bendiga nuestras tareas, que confirme a quienes pone en nuestras manos para atender sus necesidades y cuidados. A Dios todopoderoso, autor de todas las gracias, sea dada la gloria y el honor por los siglos de los siglos.

“Si hemos recibido la capacidad para algún servicio, hay que servir”*

Dra. Lorena Mosso G.

Estudios médicos y título de Médico-Cirujano (1992) en la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Becada por esta Universidad para cumplir con un Programa Integrado Ético-Clinico en Medicina Interna

El camino de aquello que llamamos vocación no es fácil, no se trata sólo de elegir una profesión, se trata de descubrirse a uno mismo.

Cuando estudiaba Medicina y luego en el internado, mis amigos y yo sentíamos que en la preparación que estábamos realizando algo nos faltaba, nosotros no sólo queríamos ser médicos, queríamos ser buenos médicos y esto nos

parecía una meta muy lejana de los cursos y prácticas que realizábamos. Decidimos entonces buscar otros rumbos y fundamos un pequeño consultorio en una zona muy pobre de La Florida.

Ahora que he tenido la oportunidad de atender pacientes en el consultorio del Hogar de Cristo, cinco años después de lo anterior, he entendido mejor aquello que buscábamos.

En mi primer día de policlínico me piden –después de haber visto ocho pacientes– que atienda a un señor que viene entrando a la hospedería. Acepto y al abrir la puerta veo a un

* Contribución a un encuentro testimonial sobre el Beato Alberto Hurtado Cruchaga, S.J. Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

hombre de esos que no tienen edad definible, cubierto desde la cabeza a los pies con harapos sucios que sólo dejaban entrever unos pies grandes envueltos en cartón y plásticos, su hedor llenó la pieza, se veía mal, febril. Jamás había sentido esa impotencia y esas ganas de arrancar de un paciente; entonces recordé al padre Hurtado: "Este es Cristo", y sólo con ese empuje fui capaz de ir y examinarlo.

Otro día llamé a la señora Sonia Cruchaga, ella entró muy suavemente.

–Tengo vergüenza –me dijo.

–Pase, tome asiento, ¿por qué viene?

–Doctora, yo soy prima del Padre Hurtado –dijo con mucho orgullo– y trabajé en mi juventud, pero ahora soy pobre y no tengo nada.

–Pero, ¿por qué viene?

–*Es que me siento muy débil, hace ocho días que no tengo nada para comer.*

Nunca nadie me consultó por algo así, nunca imaginé que también debía prepararme para responder a esto. Si no hubiese estado en el Hogar de Cristo no habría sabido qué hacer.

Muchos pensarán que éstos no son problemas médicos, que la Medicina no tiene por qué responderlos.

Pero estos problemas son reales, son problemas humanos y la persona que existe dentro de esa imagen y preparación de doctor está llamada a responderlos, y no descansar mientras existan; la voz del padre Hurtado no dejará de decirnos: *Hay que servir.*

Algo más sobre San Juan Bautista, Patrono de la Soberana Orden de Malta*

Pbro. Luis Eugenio Silva

Capellán Magistral de la Asociación Chilena de Miembros de la Orden de Malta. Otros datos biográficos, ver en REMUC 10/92, p. 39.



Una vez más la Soberana y Militar Orden de Malta cumple con el deber de celebrar a su patrono san Juan Bautista. Los siglos han pasado, y los valores espirituales y morales de san Juan Bautista, el primo del Señor, siguen señalando un camino para la Iglesia, y en especial para los miembros de la Orden dispersos en todo el mundo. ¿Qué fue lo que singularizó de un modo único a san Juan Bautista? La sabiduría de la Iglesia nos dice que fue el haber sido el

Precursor, el que le preparara el camino al Cristo Salvador.

En los días del Bautista, el pueblo de Israel esperaba la visita de un Mesías que iba a restaurarlo en su orgullo de nación, de Pueblo elegido por Yavé. Antes de nacer Juan, la Virgen visita a su madre santa Ana, de la que era parienta, cumpliendo un deber de cortesía y amistad. Es en ese momento histórico cuando se produce el primer "encuentro" entre Jesús y Juan, antes de nacer ambos a esta forma de vida. La multiforme gracia de Dios en el Cristo que aún no nacía a la luz del mundo, se comunicaba con Juan y

* Homilía del Capellán de la Orden de Malta, en el día de san Juan Bautista (24.06.94).

de algún modo le sugería que fuera, que preparase el camino al Salvador.

La misión de Juan, profética, fue difícil, ya que lo es el proclamar la voluntad de Dios en medio de un mundo que hace oídos sordos a los mandatos del Señor, expresados en el Decálogo. Juan llamaba a una conversión del corazón, en medio de un pueblo que se había endurecido y creía que la salud espiritual dependía del farisaico cumplimiento de un sinnúmero de prácticas legalistas. Había que abrir el corazón a Dios para poder escucharlo y así realizar sus designios. Había que dejar la vida de pecado e hipocresía y proseguir la senda de la santidad que El había indicado claramente. Había que denunciar la injusticia y el pecado, incluso el de los poderosos, como el del rey Herodes, a quien le indicó claramente que no podía vivir con la mujer de su hermano. Ello le costó la vida, pero estaba dispuesto a morir antes que claudicar ante su misión.

San Juan Bautista supo anunciar una salvación que no vislumbraba con total claridad, ya que ella entraba en la profunda dimensión espiritual del hombre. Pero su sentido de Dios y su dedicación total a El le permitieron darse cuenta, de inmediato, de dónde venía el don de lo Alto, cuando reconoce en Jesús, su pariente, que es el Mesías. Así, deja que sea El el que continúe el plan de Dios, y desaparece en la oscuridad. Ejemplo vivo de la más grande humildad.

Los primeros Hospitalarios, aun antes de formarse la Orden, cayeron en la cuenta de que Juan debía ser el Patrono, ya que su vida consagrada a Dios y al servicio del prójimo era todo un programa evangélico de fe y amor. La Virgen, bajo la advocación de Philerme, y Juan el Bautista serían desde los inicios modelos y protectores de los seguidores de la espiritualidad hospitalaria melitense. En el pasado cruzado de la Orden esa devoción y vocación de servicio se hicieron patentes en sus santos y beatos: santa Ubaldesca, beatos Gerardo Mercatti, san Nicasio, el Fundador beato Gerardo, todos del siglo XII. San Hugón, santa Toscana del siglo XIII. Beato Nonius Alvarez Pereira, santa Flaral, beato Pedro Patarini, del siglo XIV. Los beatos Adriano y David del siglo XVI. En un momento de gran crisis para la Orden, cuando se perdió Rodas, antes de llegar a Malta, el Gran Maestre Philippe Villier de L'Isle Adam supo ser fiel, en medio de la borrasca que originaba el naciente luteranismo y siguió fiel a la fe católica, y no secularizó la Orden, como lo hiciera con la de los Caballeros Teutónicos Alberto de Hohenzollern.

Pero recordar a Juan no puede ser sólo un ejercicio de memoria histórica y espiritual. Hoy debemos imitar su ejemplo, pues el catolicismo se encuentra como siempre en una encrucijada.

El mundo se debate en medio de una tremenda confusión doctrinal y moral, que ha tocado a sectores de la misma Iglesia. El Papa así lo ha reconocido. La cultura del indiferentismo y del materialismo nos va ahogando poco a poco, sin que casi nos demos cuenta. Lo que es error, muchas veces se nos presenta como verdad; lo que es aberrante, se nos presenta como un derecho humano; el derecho a que la verdad sea conocida se nos presenta como intolerancia de católicos extremos. Así se ha ido erigiendo una cultura centrada en el relativismo moral y en los placeres, en la sola comodidad y en el bienestar material, en el subjetivismo y el individualismo, que van matando al hombre que debe ser persona, ahogado en drogas y vicios, y a la familia, a la que se le quita su carácter de tal. ¿Siempre ha sido así el mundo que rechaza a Cristo? Posiblemente. El evangelista san Juan nos habla de un mundo que se opone a la voluntad salvadora de Cristo. Tocamos el insondable misterio del mal, pero es la fe la que nos da la respuesta.

Pero la situación de hoy es inédita, ya que los medios de comunicación han hecho del mundo una aldea global, donde todo es conocido al instante. Así, los ejemplos buenos, pero más bien los malos, son imitados por los que creen que la felicidad es algo barato y está a la puerta, y que se consigue cuando se afirma el individualismo que se erige como ley fundamental, indispensable para la realización propia, sin tener en cuenta para nada a los demás; se consume lo mejor, o se sigue sin moderación alguna la fuerza de cualquier impulso. El hombre ha querido hacer de sí mismo, limitado, temporal y perecedero, un dios. La historia nos muestra adónde llevan estos intentos, cuando se olvida la soberanía de Dios y su amorosa Providencia.

La vida de fe, de esperanza y de caridad se oscurece y lo que es muy lamentable es que nosotros no hemos sabido, o no hemos querido presentar nuestra hermosa y plena forma de vivir cristiana y católicamente. Somos a veces, como el hijo bueno de la parábola, que además de envidioso miraba con resentimiento al hijo pródigo, ya que en verdad envidiaba la vida desarreglada que había llevado. No podemos ser como el hijo fiel, que no sabe el tesoro que tiene entre sus manos y que está siempre acariciando proyectos que lo alejan del Padre.

Nos falta ser precursores. Hemos de volver los ojos hacia Cristo y su Evangelio para volver a saborear la dulzura de su vida y doctrina, que trae la genuina realización aquí en la tierra y que nos abre las puertas para la vida de eterna felicidad en el Paraíso. Es imperioso presentar el ideal cristiano como plenamente humano y en qué consiste la finalidad última de la vida; llegar a conocer a Dios y vivir de su amor.

Responsabilidad ante la fe y servicio a los necesitados son las características que debería tener todo cristiano en esta época tan maravillosa, por un lado, pero tan egoísta por otro. Pero la Orden de Malta ha recibido esta misión y debemos estar prontos a cumplirla.

La Soberana y Militar Orden de Malta es una Orden Religiosa, formada fundamentalmente por laicos. Su carisma es proclamar, defender y servir a la fe católica y dar un caritativo servicio

a los más abandonados. Sin desconocer lo que generosamente hacen sus selectos miembros, y en especial el voluntariado, se hace imperioso redoblar los esfuerzos y tratar de que muchos más ingresen a nuestras filas. Los viejos ideales de la cruzada hoy se ven en otra perspectiva. El adversario que hay que vencer es la indiferencia, el acomodamiento fácil al mundo materialista y el error que confunde.

Sabemos que contamos con el mandato de la Iglesia Católica para ello. Estamos ciertos de que la alta protección de la Santísima Virgen de Philermé y de san Juan Bautista, el Precursor, nos ayudarán en la tarea.

Festejemos en la alegría, en la esperanza y en la paz la fiesta de Nuestro Santo Patrono, que nos impulsa a cumplir con las bienaventuranzas, que dan forma a la Cruz de nuestra Venerable Orden.

La atención médica al paciente terminal. Ética de la Medicina paliativa*

Dr. Gonzalo Herranz

Catedrático de Histología y Embriología. Profesor del Centro de Bioética de la
Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra (España).
Miembro del Consejo General del Colegio Médico de España

Los médicos y enfermeras necesitamos reflexionar a fondo, hablar mucho entre nosotros, del paciente terminal y de los cuidados a los que es acreedor. La Medicina paliativa es hoy una magnífica realidad, pero, sobre todo, es una gran esperanza. Lo es para los enfermos terminales. Pero también lo es

para la Medicina entera. No podemos olvidar que, en el campo de la técnica y de la ética de los cuidados paliativos, se está librando y seguirá librándose la batalla más decisiva para nuestra profesión. Quien venza en ella fijará el rumbo de la Medicina del futuro: el que la Medicina siga siendo un servicio a todos los hombres, y a cada hombre individual, incluidos los incurables y moribundos; o que la Medicina se convierta en un instrumento de ingeniería socioeconómica al servicio de los poderosos.

Ese es el relieve singular que tiene el problema que vamos a examinar. Se ha repetido hasta

* Conferencia dictada en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Facultad de Medicina. Centro de Bioética. Viernes 19 de agosto de 1994.

la saciedad, machaconamente, en cada coyuntura de la historia, el tópicus de que el momento presente era el más decisivo que se hubiera vivido jamás. Quizá haya siempre un exceso de énfasis en tal afirmación, pero muy pocas veces se ha visto la Medicina en su larga historia en una disyuntiva que ponga en juego tan a fondo su identidad. Y la razón es ésta: la eutanasia, para un número creciente de seres humanos, está dejando de ser un problema, porque se está convirtiendo en una "gran" solución final.

Y esa no es una idea de minorías progresistas, para discutir en pequeños grupos ilustrados: empieza a ser, en muchas sociedades dominadas por una mentalidad rudamente utilitarista, el parecer mayoritario. No es cosa sólo de Holanda. Las encuestas de opinión, con todos sus defectos metodológicos y de interpretación, están constatando un crecimiento continuado, persistente, del número de quienes creen que el homicidio compasivo o la ayuda médica al suicidio son la solución más humana y digna que se puede ofrecer a ciertos sujetos. Ese es, por desgracia, el credo de la mayoría de los profesionales que trabajan en los medios más influyentes de opinión.

Ellos han ido difundiendo, por todas partes, una visión progresista, atractiva, de la eutanasia. No conozco la situación de Chile, pero el tema está siendo abiertamente discutido en la sociedad española. Cada uno de nosotros, pues, ha de echar un pulso, en su propia conciencia, en el seno de la profesión, en el campo abierto de la sociedad, al problema ético de la eutanasia, entrar en esta apuesta, nunca mejor dicho, a vida o muerte.

En España, hace ahora casi dos años, se empezó a discutir en el Congreso de los Diputados el articulado del Proyecto de Nuevo Código Penal. La disolución del Parlamento y la convocatoria de nuevas elecciones generales dejó sin efecto lo hecho hasta entonces. Pero de nuevo el Gobierno ha enviado el mismo Proyecto, con leves retoques, al Congreso de los Diputados para que se discuta a partir de septiembre.

Cuando se hizo público el texto del proyectado Código Penal de la Democracia, como enfáticamente le llaman sus promotores, hubo polémicas muy acaloradas en los medios de opinión acerca de algunos nuevos delitos configurados en el futuro texto legal, tales como la criminalidad ecológica, el narcotráfico, la difamación, y el tráfico de influencias. Pero, y esto es curioso, nadie prácticamente llamó la atención sobre el párrafo 4 del artículo 149 que suponía un alarmante abaratamiento penal del homicidio de los

enfermos graves, equivalente de facto a una generosa liberalización de la eutanasia.

Ante esta amenazante situación, la Medicina paliativa se presenta como la respuesta válida al tremendo desafío de la eutanasia. Esa es la razón por la que nuestro tema de hoy es urgente y apasionante.

Para poner un poco de orden en lo que voy a decir, trataré sucesivamente de tres (cuatro) cuestiones.

Describiré primero, tomando como punto de referencia una regulación de la eutanasia como la del aludido Proyecto de Nuevo Código Penal español, la situación que se crearía con la despenalización de la eutanasia.

- Trataré, a continuación, brevemente, de los textos deontológicos relativos a la Medicina paliativa.
- Procuraré, en segundo (tercer) lugar, esbozar las bases éticas de los cuidados paliativos.
- Terminaré con una defensa deontológica de la atención paliativa, como vacuna contra la eutanasia.

1. LA DESPENALIZACION DE LA EUTANASIA Y SUS CONSECUENCIAS

El tan mentado artículo 149.4 del Proyecto legal crea una figura penal nueva a la que, a mi modo de ver, conviene la designación técnica de "homicidio por enfermedad". Decía así: *El que causare o cooperare activamente con actos necesarios a la muerte de otro, por la petición expresa y seria de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que hubiera conducido necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo. Y en los números 2 y 3 de este artículo se decía: 2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona. 3. Será castigado con una pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegare hasta el punto de ejecutar la muerte.*

Este tipo nuevo y especial de homicidio, no necesariamente médico, quedaba definido por la convergencia de dos circunstancias: una, la petición de muerte que hace la víctima; la otra, el sufrir una enfermedad grave, de pronóstico infausto, o causante de sufrimientos permanentes y difíciles de soportar. La extramedicalización

del nuevo delito podría, a los médicos, dispensarnos de la tarea de prestar más atención al tema. Pero es inevitable que, en todo homicidio por enfermedad, haya un médico por el centro del escenario.

No hace falta ser experto en derecho penal, para percibir que la situación que crearía la nueva legislación sería alarmante por su inseguridad e indeterminación. En primer lugar, porque la pena con que se trata de disuadir al presunto autor del homicidio por enfermedad es muy ligera: la reducción en uno o dos grados con respecto a las asignadas, respectivamente, a la ayuda al suicidio consumado y a la cooperación a los actos previos al suicidio, a lo que hay que sumar las obvias circunstancias atenuantes previstas en la misma ley, convierten la pena del homicidio por enfermedad en una de prisión de seis meses a tres años, en el caso más perverso imaginable, o en un arresto de uno a seis fines de semana, en el caso más leve: todo dependerá del dictamen de los jueces. Siendo tradición que, en los juicios por eutanasia, la defensa del inculcado es capaz de persuadir a los jueces (y todavía más a los jurados, si éstos se introducen en nuestro sistema judicial) del altruismo, la piedad y compasión con que aquél ha actuado, la regla suele ser el veredicto final de inocencia. Es de suponer que en las causas de asesinato por enfermedad no les será muy difícil a los abogados acumular suficientes circunstancias eximentes o atenuantes de la responsabilidad criminal, que excusen la pena o la reduzcan a su nivel mínimo. La entrada en vigor de un artículo redactado en los términos citados equivaldría, a corto plazo, a una despenalización de facto de la eutanasia.

Que la despenalización estaba, en cierto modo, en la voluntad del legislador se deduce de un dato colateral: el texto del artículo tenía un carácter inconcreto, nebuloso. No señalaba qué cautelas había de tomar el autor del homicidio por enfermedad para asegurarse del carácter expreso y serio de la petición de su víctima. La tolerante regulación sobre la eutanasia, vigente desde diciembre pasado en Holanda, es mucho más estricta en este sentido: exige que la eutanasia sea realizada por un médico; que la petición proceda de un paciente competente, que ha de reiterarla a lo largo de una semana como mínimo, que la documentará mediante un escrito firmado en presencia de testigos; exige la opinión concordante de otro médico, llamado en consulta y no implicado en la atención del paciente, que, además de evaluar el estado psíquico del paciente, ha de confirmar que la enferme-

dad se encuentra en su fase terminal, que causa un nivel intolerable de sufrimiento, que es resistente a las terapéuticas del momento, y que no existen tratamientos eficaces que puedan ofrecerse como alternativa a la muerte compasiva. El proyecto español considera que basta una "petición expresa y seria". Pero, todos lo sabemos: una petición, apasionada y conmovedora, de muerte puede hacerla un enfermo bajo los efectos de un cansancio crónico, de un insomnio tenaz, de una disnea agobiante, de un estado nauseoso, o de una depresión no diagnosticada o deficientemente tratada. Una petición expresa y seria de muerte puede ser la consecuencia de una terapéutica incompetente del dolor u otros síntomas, o del abandono afectivo por parte de familiares y cuidadores. Incluso puede hacerla el enfermo como recurso psicológico y dramático para centrar sobre sí la atención de los demás, o como represalia por desatenciones presentes o agravios pasados.

No se dice en el proyecto qué se ha de entender objetivamente por "enfermedad grave que hubiera conducido necesariamente a la muerte o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar", ni se determina a quién corresponde hacer ese juicio. Dejarlo a la subjetividad debilitada del paciente puede ser una irresponsabilidad, incluso desde una óptica relativista. Ni siquiera se exige que la enfermedad haya alcanzado su fase terminal; sólo se habla de enfermedades de pronóstico necesariamente fatal. Pero, ¿a qué plazo? El pronóstico médico es falible, incluso para profesionales muy experimentados y competentes. Dejar en manos del paciente la decisión de pedir que se ponga fin a su enfermedad, aunque sea grave, necesariamente fatal y productora de padecimientos permanentes y difíciles de soportar, es como dejarle al alcance de la mano un revólver cargado. Además, muchos pacientes pueden ser manipulados por sus allegados: el homicidio por enfermedad puede ser solicitado por enfermos persuadidos o coaccionados por parientes agotados afectiva o físicamente. Puede constituir una vía indirecta de conceder a la gente permiso legal para librarse de la carga que suponen ciertos enfermos difíciles de soportar.

Sólo quien no conoce por experiencia inmediata a los enfermos puede pretender que su subjetividad tan herida sirva de base firme donde basar un precepto legal de esta importancia. El paciente queda investido por ley de una autonomía extrema. Pero, ¿está realmente en condiciones de ejercerla? Aceptemos que la enfermedad de pronóstico infausto o difícil de sobrelle-

var está ahí. Pero muchos enfermos nunca podrán verla como una realidad objetiva. La muerte dulce se convierte para ellos en un derecho que pueden pedir, y que, con el tiempo, terminarán por exigir. Si entrara en vigor la ley, ¿cuánto tiempo podrían resistir los médicos, al principio, las peticiones –más adelante, las exigencias– de homicidio que les dirijan pacientes y familiares? La penalización legal sería tan mínima y llevadera, y la indulgencia de los tribunales tan segura, que al médico que objetare a la ejecución del homicidio por enfermedad se le podría tener por hombre poco humano, o por un hipócrita cruel. Los médicos sabemos lo exagerados que son algunos pacientes ante el sufrimiento. Pero ignoramos todavía cuán altaneros se podrían tornar a la hora de imponer su “cuasi-derecho” al homicidio por enfermedad.

La aprobación de una ley tolerante de la eutanasia significa la sentencia de muerte de la Medicina paliativa. Y eso sería, a mi modo de ver, una pérdida irreparable, en lo científico y en lo ético. Por eso, nos conviene ahora considerar nuestro segundo punto: la fundamentación ético-deontología de la Medicina paliativa.

Empecemos pues por examinar.

2. LOS TEXTOS DEONTOLOGICOS RELATIVOS A LA MEDICINA PALIATIVA

En realidad, no debiera existir una deontología específica del paciente terminal. Este es un enfermo más, que no queda excluido de la regla universal de obligación de asistencia, establecida en todos los códigos de Ética médica. Así, el artículo 13° del Código de Ética del Colegio Médico de Chile dice: *el médico deberá prestar atención profesional a cualquier persona que lo requiera*; y el código impone la obligación de no discriminar que, a través del artículo 5° (Los principios o normas de ética médica comprendidos en los acuerdos de los organismos o entidades internacionales ratificados por el Colegio Médico de Chile A.G. servirán para ilustrar las normas éticas contenidas en el presente Código), ha sido importada de la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial: *el deber de cuidar con la misma conciencia y solicitud a todos los pacientes sin discriminarlos por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social*. Esto sería bastante para trasvasar a la Medicina paliativa toda la riqueza de la deontología general.

Hay, sin embargo, algunos textos deontológicos relacionados con la Medicina paliativa, que merecen la pena recordar.

Son, de una parte, la Declaración de Venecia de la Asociación Médica Mundial, y de otra, los artículos 27 y 28 del Código de Ética vigente.

Así dicen los párrafos que nos interesan de la Declaración sobre enfermedad terminal, adoptada por la 35ª Asamblea Médica Mundial, en Venecia, octubre 1983:

1. *El deber del médico es curar y aliviar en la medida de lo posible el sufrimiento, teniendo siempre a la vista los intereses de sus pacientes.*

2. *No admitirá ninguna excepción a este principio, ni siquiera en caso de enfermedad incurable o de malformación.*

3. *Este principio no impide que se apliquen las reglas siguientes:*

3.1. *El médico puede aliviar al paciente los sufrimientos de la enfermedad terminal si, con el consentimiento del paciente o, en el caso de no poder expresar su propia voluntad, con el de su familia, suspende el tratamiento curativo. Tal suspensión del tratamiento no libera al médico de su deber de asistir al moribundo y de darle los medicamentos necesarios para mitigar la fase terminal de su enfermedad.*

3.2. *El médico se abstendrá de emplear cualquier medio extraordinario que no reportara beneficio alguno al paciente.*

El Código de Ética del Colegio Médico de Chile hace en su artículo 27° una condena neta, taxativa, de la eutanasia: *El médico no podrá deliberadamente poner fin a la vida de un paciente bajo consideración alguna. Ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo. Nadie, además, puede pedir ese gesto homicida para sí mismo o para otros confiados a su responsabilidad*. Y en el artículo siguiente, al imponer el deber deontológico de atender al paciente terminal, sienta las bases de la Medicina paliativa, al tiempo que rechaza enérgicamente la obstinación y la futilidad terapéutica. Dice así: *Toda persona tiene derecho a morir dignamente. Así, pues, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos deben ser proporcionados a los resultados que se pueden esperar de ellos. El médico puede y debe aliviar al enfermo del sufrimiento o del dolor, aunque con ello haya riesgo de abreviar la vida. Ante la inminencia de una muerte inevitable, sin interrumpir los medios mínimos habituales para mantener la vida, es lícito al médico tomar la deci-*

sión en conciencia de no aplicar tratamientos que procuren únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia. Asimismo, ante la comprobación de la muerte cerebral, el médico estará autorizado para suspender todo procedimiento terapéutico.

Las prescripciones del Código chileno están en perfecta sintonía con los criterios éticos y deontológicos vigentes en todos los países, con la excepción de Holanda. Así, pues, la conducta del médico ante el enfermo terminal viene definida por los deberes de no discriminarle y de atenderle con solicitud. No podrá provocarle la muerte, pero deberá abstenerse de tratarle agresivamente con terapias inútiles. Hay, por tanto, deberes médicos positivos: aliviar el sufrimiento físico y moral, mantener en lo posible la calidad de la vida que declina, ser guardianes del respeto y la dignidad que se debe a todo hombre, procurar que la Medicina paliativa no quede marginada de los avances científicos que provienen de la experimentación biomédica. Y hay también deberes médicos negativos: quedan taxativamente prohibidas la eutanasia y los gestos terapéuticos carentes de razonabilidad y buen juicio, que buscan una curación ya imposible y que pueden instaurarse por ignorancia, por razones políticas o por interés comercialista.

Estos son los textos básicos de la deontología paliativa.

Pasemos ahora a considerar:

3. LOS FUNDAMENTOS ETICOS DE LA MEDICINA PALIATIVA

La Medicina paliativa es una rama de la Medicina que ya se está convirtiendo en una especialidad de elevada calidad científica. Es Medicina genuina y auténtica, que no tiene necesidad de ser legitimada. Pero, a mi modo de ver, conviene profundizar en el tema, pues hoy en algunos sectores de la profesión y de la sociedad se pone en duda la utilidad y la eficiencia de la Medicina paliativa, en razón de su bajo rendimiento cuando las cosas se miden con el metro biológico de las tasas de curación o de supervivencia, cuando no por versiones utilitaristas de costo/beneficio o de años de vida evaluados por calidad.

La Medicina paliativa se apoya sobre dos pilares básicos de la ética médica: el respeto y protección de la debilidad, y el carácter limitado, finito de las intervenciones médicas.

El primero es:

a. El respeto y protección de la debilidad

La Medicina paliativa es una Medicina de desahuciados, de pacientes terminales. Unas veces la ruina es prevalentemente física y caracterizada por el avance incontenible del fallo orgánico. Otras veces, lo más saliente es el deterioro de la vida de relación, la demencia, el estado vegetativo persistente. El médico sabe que ya no puede recuperar esas vidas y restituirles la salud. ¿Cómo ha de vérselas el médico en esas situaciones?

Gana partidarios desde hace unos años, dentro y fuera de la Medicina, la opinión de que hay seres humanos tan empobrecidos por la enfermedad y el dolor, a los que no sólo se les han de denegar las intervenciones curativas, ya inútiles, sino que se les ha de anticipar la muerte mediante la suspensión de los cuidados mínimos, del alimento y la bebida, o por medio de la eutanasia. Tienen esas vidas por tan carentes de calidad o dignidad, que las consideran como no merecedoras de atención médica ni de consuelo humano. Esto supone una subversión total de la tradición ética de la Medicina y de toda la cultura occidental. Significa también apostatar del futuro.

La razón es patente: uno de los elementos más fecundos y positivos, tanto el progreso de la Medicina como del de la sociedad, ha consistido en comprender que los débiles son importantes. De esa idea nació precisamente la Medicina. Pero, a pesar de dos milenios de cultura cristiana, el respeto y el servicio a los débiles siguen encontrando resistencia en el interior de cada uno de nosotros y en el seno de la sociedad. Hoy, el rechazo de la debilidad se está aceptando y ejerciendo en una escala sin precedentes. Ser débil era en la tradición médico-deontológica cristiana título suficiente para hacerse acreedor de respeto y protección. Hoy, para gentes de mentalidad libertaria e individualista, la debilidad es estigma que marca para la destrucción programada. Y, para conseguirlo, tratan de cambiar los fines de la Medicina. Esta ya no puede tener como propósito exclusivo curar al enfermo o, al menos, aliviar sus sufrimientos y consolarle. Para algunos, entre los que se encuentran algunos Ministros de Salud, el consultorio del médico y las salas de hospital han de funcionar como talleres de reparación: o arreglan los desperfectos o asignan al depósito de chatarra. La Medicina se convierte en instrumento de ingeniería social, en herramienta de la nueva aristocracia del bienestar y del control poblacional.

Los médicos necesitamos comprender que nuestro primer deber ético, el respeto a la vida, toma de ordinario la forma de respeto a la vida debilitada. En toda Medicina verdaderamente humana, el respeto a la vida está unido de forma indisoluble a la aceptación de la vulnerabilidad y fragilidad esencial del hombre, y al reconocimiento de lo ineluctable de la muerte. El médico no tiene que vérselas con sanos y fuertes, sino con los enfermos y débiles, con gentes que viven la crisis de estar perdiendo vigor, facultades, incluso la vida. El respeto médico a la vida es respeto a la vida doliente; su trabajo, prevenir y curar la enfermedad, cuidar de los débiles.

El médico, delante de cada uno de sus pacientes, y en especial ante el enfermo terminal, ha de resolver un enigma: el de descubrir y reconocer en aquella humanidad dolorida y declinante toda la dignidad de un hombre. La enfermedad tiende a eclipsar la dignidad; la oculta e incluso, a veces, la destruye. Si la salud nos da, en cierto modo, la capacidad de alcanzar una humanidad plena, estar enfermo supone, de mil modos diferentes, una limitación de la capacidad de desarrollar el proyecto de hombre que cada uno de nosotros acaricia. Una enfermedad sería, incapacitante, dolorosa, que merma nuestra humanidad, y mucho más una enfermedad terminal, no consiste sólo en trastornos moleculares o celulares. Tampoco puede reducirse al recorrer uno tras otro los estadios de la vivencia del tener que morir, o quedarse fijado en alguno de ellos. Por encima de todo eso, constituye una amenaza a la integridad personal, que pone a prueba al enfermo en cuanto hombre.

Los médicos nunca deberíamos olvidarnos de esto al estar con nuestros enfermos. Hay Medicina precisamente porque la enfermedad amenaza la humanidad de alguien. La Medicina consiste en poner los medios necesarios para restituir la salud y la plenitud humana al enfermo o, al menos, para aligerar los daños que las amenazan. La asistencia médica no puede reducirse a sólo una operación técnico-científica. Incluye siempre una dimensión interpersonal: trata no sólo de evitar o reparar el daño que sufren las células o los órganos, sino también de suprimir la amenaza que para el paciente es la enfermedad seria.

Res sacra miser. Un ser sagrado y miserable. Con esta denominación de origen cristiano-estoico, recuperada por Vogelsanger, se ha expresado de modo magnífico la especial situación del enfermo en el campo de tensiones de la dignidad humana. Traduce de maravilla la coexistencia de lo sagrado de toda vida humana con la

miseria causada por la enfermedad. Cuando al enfermo se le considera a esta luz, reconocemos a la vez su inviolabilidad y su situación menesterosa. Y también la obligada responsabilidad del sano de cuidarle.

Este, que es el fundamento ético de toda la Medicina, lo es en especial de la Medicina paliativa. La debilidad del paciente no debe ocultarse ni suprimirse: debe reconocerse como parte y herencia de la humanidad. La pretensión de ocultar y negar la flaqueza es algo muy actual. La mentalidad hedonista, intolerante al sufrimiento y a la minusvalía, las filosofías evolucionistas de la supervivencia biológica y social del mejor dotado, la praxis de la lucha competitiva por el poder y la oportunidad, el énfasis en la economía acelerada de producción-consumo, llevan en sí mismas el germen del desprecio del enfermo, el débil, el improductivo. Muchos piensan hoy que la eutanasia es la conducta más coherente ante las masas crecientes de los ancianos o de las llamadas víctimas del progreso médico, consumidores, ávidos pero ineficientes, de los recursos finitos destinados a la atención de salud; que no se debe gastar mucho dinero en los enfermos crónicos e irrecuperables; que la facilitación de la muerte es una alternativa ética y económica tan válida como pueda serlo el respeto a la vida.

Algún Ministro de Salud en Europa ha pedido la sustitución de la ética hipocrática, inadecuada para los modelos socioeconómicos de hoy, por otra que permita el racionamiento de servicios, la selección de pacientes y tratamientos según tasas de beneficios calculados. Algunos prominentes eticistas han propuesto que, a partir de determinada edad, los pacientes decaigan de su derecho a recibir tratamientos costosos o agresivos. Se va difundiendo una mentalidad groseramente discriminatoria y utilitarista: la Medicina está para los fuertes, para los que dan fundada esperanza de recuperar su plenitud vital. Se está ya a muy poca distancia de hacer oficial la ética nietzscheana: el cuidado y la compasión por el débil y por quien es poca cosa son propios de una moral de esclavos, de una humanidad decadente y empobrecida en sus instintos. Se impone la ética de la voluntad, de la fuerza, del poder.

Y sin embargo, la tradición ética de la Medicina nos dice que el respeto del médico por su paciente ha de ser proporcionado a la debilidad de éste: el paciente terminal tiene un derecho privilegiado a la atención del médico y la enfermera, a su tiempo, a su capacidad, a sus habilidades, pues hay una obligación de atender a

cada uno tal como es, sin discriminarle por ser como es. El médico necesita revisar con frecuencia cuál es su actitud ante el principio ético de no-discriminar. A mis alumnos suelo ofrecerles una prueba, dada a conocer por Paul E. Ruskin, para que analicen sinceramente si es sólido su compromiso de no discriminar.

Ruskin pidió, en una ocasión, a las enfermeras que participaban en un curso sobre "Aspectos psicosociales de la ancianidad" que describieran sinceramente cuál sería su estado de ánimo si tuvieran que asistir a casos como el que les describía a continuación: *Se trata de una paciente que aparenta su edad cronológica. No se comunica verbalmente, ni comprende la palabra hablada. Balbucea de modo incoherente durante horas, parece desorientada en cuanto a su persona, al espacio y al tiempo, aunque da la impresión de que reconoce su propio nombre. No se interesa ni coopera en su propio aseo. Hay que darle de comer comidas blandas, pues no tiene piezas dentarias. Presenta incontinencia de heces y orina, por lo que hay que cambiarla y bañarla a menudo. Babea continuamente y su ropa está siempre manchada. No es capaz de caminar. Su patrón de sueño es errático, se despierta frecuentemente por la noche y con sus gritos despierta a los demás. Aunque la mayor parte del tiempo parece tranquila y amable, varias veces al día, y sin causa aparente, se pone muy agitada y presenta crisis de llanto inmotivado.*

La respuesta que suelen ofrecer los alumnos es, en general, negativa. *Cuidar a un paciente así sería devastador, un modo de dilapidar el tiempo de médicos y enfermeras*, dicen unos. Los más motivados señalan que *un caso así es una prueba muy dura para la paciencia y la vocación del médico o de la enfermera. Desde luego, si todos los enfermos fueran como el caso descrito, la especialidad geriátrica sería para médicos y enfermeras santos, pero no para médicos y enfermeras comunes*. Cuando se les dice que estas respuestas son, además de incompatibles con la ética de no discriminar, notoriamente exageradas e injustas, los comentarios suelen ser desdén o rechazo. La prueba de Ruskin termina haciendo circular entre los estudiantes la fotografía de la paciente referida: una preciosa criatura de seis meses de edad. Una vez que se sosiegan las protestas del auditorio por sentirse víctimas de un engaño, es el momento de considerar si el solemne y autogratificante compromiso de no discriminar puede ceder ante las diferencias de peso, de edad, de expectativa de vida, o ante los sentimientos sub-

jetivos que inspira el aspecto físico de los distintos pacientes, o si, por el contrario, ha de sobreponerse a esos datos circunstanciales. Es obvio que son muchos los estudiantes y los médicos que han de cambiar su modo sentimental de ver a sus enfermos. Han de convencerse de que la paciente anciana es, como ser humano, tan digno y amable como la niña. Los enfermos que están consumiendo los últimos días de su existencia, y los incapacitados por la senilidad y la demencia, merecen el mismo cuidado y atención que los que están iniciando sus vidas en la incapacidad de la primera infancia. Esa es la verdadera actitud ante la debilidad crónica y la enfermedad terminal que han de asumir el médico y la enfermera que profesan una ética no discriminatoria.

Pasemos ahora a considerar la segunda columna sobre la que se apoya el arco de la Medicina paliativa:

b. El carácter finito de la acción del médico

El segundo fundamento ético de la Medicina paliativa es el reconocimiento de lo finito del poder del médico. Es esencial que el médico acierte a reconocer los límites prácticos y éticos de su poder. No le basta saber que, de hecho, ni es todopoderoso técnicamente ni lo puede arreglar todo. Debe tener presente que hay límites éticos que no debe sobrepasar, porque su acción es inútil. Para ello, al médico le son necesarias dos cosas: la primera es tener una idea precisa de que sus medios de actuación son finitos; la segunda, comprender que ni la obstinación ni el abandono son respuestas éticas a la situación terminal: sí lo es la Medicina paliativa.

Se está trabajando ahora activamente en definir, en términos éticos y en protocolos clínicos, la noción de inutilidad médica. Hay una inutilidad diagnóstica, lo mismo que hay una inutilidad terapéutica. Y, cuando esto no se reconoce, se cae en el riesgo del ensañamiento diagnóstico y del ensañamiento terapéutico. La frontera entre la recta conducta paliativa y el error del celo excesivo no está clara en muchas situaciones clínicas. Tampoco conocemos exactamente el rendimiento de muchas intervenciones médicas. Siempre habrá una franja más o menos ancha de incertidumbre, en la que el médico tendrá que decidir en la indeterminación e inclinarse por ofrecer a su paciente el beneficio de la duda. Pero en su trabajo tendrá siempre a la vista que, inevitablemente, llegará a un punto en que las ganancias de sus intervenciones serán desproporcionadamente exiguas en relación con el su-

frimiento que provocan o el gasto económico que origina, esto es, devienen inútiles.

Para no perder su orientación ética, su sentido del relieve y la profundidad, en todo el curso de su relación con el enfermo terminal, el médico paliativo ha de ver a su paciente con una visión binocular. Ha de mantener despierta la conciencia de que está delante de un ser humano, de que su relación con el enfermo es una relación de persona a persona, cuyas aspiraciones, deseos y convicciones han de ser tenidos en cuenta y cumplidos en la medida de lo razonable. Esa relación personal ha de extenderse también a los allegados del enfermo. Eso ha de verlo con su retina sensible a lo humano y personal de su paciente.

Pero, al mismo tiempo, ha de atender a las necesidades y límites de la precaria biología del paciente terminal, de la vida que se va apagando. Con el ojo científico, el médico ha de ver debajo de la piel del paciente terminal una entidad biológica gravemente trastornada. El paciente no puede ser reducido nunca a un mero conjunto de moléculas desarregladas o de órganos desconcertados, o a un sistema fisiopatológico caótico y arruinado. Pero es esas cosas y, a la vez, una persona. La visión binocular del médico ha de integrar, superponer, la imagen de ese sistema fisiopatológico lesionado más allá de toda posibilidad de arreglo, con la de ese ser humano al que no se puede abandonar, al que hay que respetar y cuidar hasta el final.

Ahí está la grandeza de la Medicina paliativa. Ver simultáneamente a la persona, para seguir delante de ella, y ver el naufragio de su biología, para abstenerse de tomar medidas inútiles. Siempre el médico necesita de esa doble visión, pues lo exige su doble condición de cuidador de los hombres y de cultivador de la ciencia natural. La evaluación clínica de los parámetros bioquímicos, de las mediciones funcionales, obtenidos mediante la exploración física o la invasión instrumental, simbolizan ese elemento objetivo en la relación médico-enfermo, que, por su propia naturaleza, exige el máximo desasimiento posible de toda vinculación emocional y afectiva. El médico no podría ser un buen médico si en ese momento no dejara a un lado la compasión y la empatía, y no calculara con objetividad y ecuánimemente cuáles han de ser los términos apropiados de su intervención.

Los indicadores científico-objetivos pueden sentenciar en un momento que el proceso de desajuste fisiopatológico es ya irreversible, que se ha iniciado la fase terminal, sin vuelta

atrás, de la enfermedad. El médico debe entonces abandonar la idea de curar, para emplearse en el oficio, muy exigente de ciencia, de competencia y de humanidad, de paliar, de cuidar. El acto de reconocer que ya no hay nada curativo que hacer puede ser duro, pero es una manifestación neta y profunda de humanidad, una acción ética elevada, veraz y llena de solicitud. Puede ser una coyuntura muy difícil de aceptar por el paciente y su familia, que pone a prueba su confianza en el médico. El médico nunca se opondrá a que su paciente solicite una segunda opinión y llame a otro colega. Pero la gente tiene que entender que hoy su confianza en el médico ya no se puede basar principalmente en que éste les complazca con su simpatía campechana e indulgente, sino más bien en su objetividad científica, en la fiabilidad de sus conocimientos, en su competencia, en su familiaridad con los métodos de diagnóstico y tratamiento aceptados, en su templada renuncia a lo inútil, y, lo que es más importante, en su dominio de la Medicina paliativa.

4. LA MEDICINA PALIATIVA, VACUNA CONTRA LA EUTANASIA

También entre los médicos hace sus prosélitos el activismo proeutanasia. A juzgar por lo que dicen las conclusiones de tesis doctorales o los datos de encuestas sociológicas, un pequeño sector de la profesión médica acepta la idea de que está justificado, e incluso de que es virtuoso o moralmente obligado, destruir ciertas vidas humanas carentes de calidad. Y algunos de ellos están dispuestos a hacerlo.

¿Qué pasaría si entrara en vigor una legislación que banaliza la eutanasia, que despenaliza en la práctica el homicidio por enfermedad?

Mi tesis es clara: cualquier legislación tolerante de la eutanasia, por muy restrictiva que pretenda ser en el papel, provoca una brutalización creciente de la Medicina, pues la degrada en lo ético y la empobrece en lo científico.

La decadencia ética no es difícil de calcular. En la dinámica de la permisividad legal, despenalizar la eutanasia empieza por significar que matar sin dolor es una forma excepcional de tratar ciertas enfermedades, que sólo se autoriza para situaciones extremas, estrictamente reguladas. Pero, sin tardanza, inexorablemente, por efecto del acostumbramiento social y del activismo pro eutanasia, la despenalización termina por significar que matar por compasión es una

alternativa terapéutica aceptada de hecho y tan eficaz, que los médicos no pueden moralmente rehusarla. La razón es obvia: la eutanasia —es una intervención limpia, rápida, eficiente al ciento por ciento, indolora, compasiva, mucho más cómoda, estética y económica que el tratamiento estándar— se convierte en una tentación invencible para ciertos pacientes y sus allegados. Y para algunos médicos también, pues la muerte dulce de alguno que otro de sus enfermos les ahorra mucho tiempo y algunos esfuerzos: los que invierte en estudiar a fondo el caso, en paliar sus síntomas, en visitarle, en acompañarle en el difícil momento final. Las restricciones impuestas por la ley se hacen letra muerta, caen ante el empuje creciente de la demanda social, que se incrementa a la vista de la tolerancia judicial, pues toda permisividad legalizada es intrínsecamente expansiva.

Despenalizada la eutanasia, lo grave, para el médico, es que sus virtudes específicas —la compasión, la prevención del sufrimiento, el no discriminar entre sus pacientes— se vuelven contra él, de modo que se ve impulsado por ellas al aplicar cada vez con más celo esta terapéutica suprema: no puede negar a un paciente la muerte liberadora que, en circunstancias semejantes, ha dado ya a otros; ni puede retrasar para más tarde lo que ahora se presenta como remedio eficaz. El concepto de enfermedad terminal se ensanchará más cada vez; las indicaciones médicas de la eutanasia se irán haciendo más extensas y precoces.

El médico que haya ejecutado una eutanasia o se arrepiente definitivamente o ya no podrá dejar de matar: si es éticamente congruente consigo mismo, y cree que está haciendo algo bueno, lo hará cada vez más precozmente, en casos cada vez menos dramáticos y saltándose, en nombre de la ética, las barreras legales. Porque si la ley, como parece probable en las leyes de eutanasia de primera generación, sólo autorizara la eutanasia para quien la pide libre y voluntariamente, ¿cómo podrá el médico negarla a quien es incapaz de pedirla, pero cuya vida está más degradada o es más cargosa? Está seguro de que indudablemente la pediría si tuviese un momento de lucidez. Autorizada la eutanasia, las virtudes del médico se vuelven contra él, hacen de él un criminal, lleno de celo compasivo (...). Aun el médico más íntegro y recto necesita protegerse contra sus flaquezas y, paradójicamente, contra los excesos de sus virtudes. Despenalizar la eutanasia equivaldría a sumir a la Medicina en una enfermedad autoagresiva. La obligación de respetar y de cuidar toda vida

humana es una fuerza moral maravillosa e inspiradora. Con ella, hemos de desarrollar una sólida Medicina paliativa, científica y humana, que desarraigue de nuestros hospitales el error escandaloso del ensañamiento terapéutico y que haga resaltar, por contraste, la fría inhumanidad que, disfrazada de compasión, se oculta en la eutanasia.

Cuando los médicos trabajan en un ambiente en el que se saben impunes tanto si tratan como si matan a ciertos pacientes, irá languideciendo su curiosidad científica, se irán volviendo indiferentes hacia determinados tipos de enfermos y se mustiará la investigación en vastas áreas de la patología. Porque, si, por ejemplo, es posible limpiar a la humanidad de "basura genética" mediante la eutanasia neonatal de bajo costo, ¿qué interés puede tener la investigación básica y aplicada de las enfermedades hereditarias, o desarrollar el proyecto genoma? Si al paciente senil o al que sufre la enfermedad de Alzheimer se les aplica como primera opción la muerte dulce, ¿quién puede sentirse motivado a estudiar las causas y mecanismos del envejecimiento cerebral o la constelación de factores que determinan la demencia? Todo el esfuerzo mental y moral del médico, la tensión, a veces agotadora, por cumplir el precepto hipocrático de buscar el bien del paciente —"Haré cuanto sepa y pueda para beneficio del enfermo, y me esforzaré por no hacerle daño o injusticia"— sufrirá una atrofia por desuso.

He de concluir: Los valores científicos de la Medicina sufren un empobrecimiento cuando parte de ellos son absorbidos en la eutanasia. Y lo sufre también la humanidad. Bajo el ceremonial de música suave, lágrimas y tiernos gestos de despedida con que se ritualiza a veces la administración de la eutanasia, se oculta una operación cínica y cruel: la expropiación de la muerte. La eutanasia, si se fuera generalizando, se convertiría en la solución final al misterio insondable de la muerte. El final del hombre ya no sería drama personal. No puede haber duelo por quien ha sido sometido al homicidio por enfermedad. La sociedad que adoptara la muerte eutanásica —y todas las muertes, excepto las repentinas, son susceptibles de diseño eutanásico— no sólo someterá la muerte a su dominio, la programará asignándole modo, lugar y tiempo. La muerte ya no será destino personal, sino un simple gesto técnico, ejecutado pulcramente, sin aspavientos. Pero el dominio eutanásico de la muerte expropiará al hombre de su libertad. El hombre ya no morirá de muerte natural: será ejecutado.