

Editorial

La sección de Medicina de este número nos presenta, en primer lugar, un interesante artículo sobre las técnicas, indicaciones, procedimientos resultados y complicaciones de la cirugía micrográfica de Mohs, en la necesaria perspectiva de una educación médica continua. Posteriormente, se pasa revista a un conjunto de cuadros prevalentes de la patología, como la sepsis de origen abdominal, la evaluación preoperatoria en el paciente sometido a cirugía general, la apendicitis aguda y sus diagnósticos diferenciales y los tumores del intestino delgado. Todos estos diagnósticos son tratados con los últimos aportes en estos terrenos, y con una orientación muy práctica, lo que significa que el interesado en estas cuestiones puede adquirir lo esencial de su conocimiento de modo abreviado y oportuno.

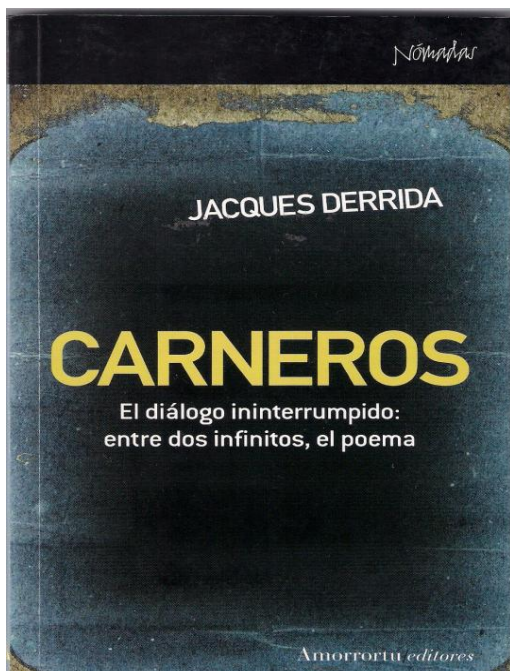
La sección de Filosofía y Bioética comienza con una reflexión sobre el hombre fatal y la fatalidad humana, es decir, se trata de una indagación sobre el mal, un tema de difícil abordaje en estos tiempos, no obstante, absolutamente necesario. Aunque es muy complejo dar con el tono justo y los argumentos apropiados para no quedar abrumados, captando al mismo tiempo tanto sus orígenes como las soluciones posibles, en el presente texto ese difícil equilibrio al tratar del tema está plenamente logrado. En segundo lugar, hay una larga tesis sobre la eutanasia y el principio de autonomía, asunto que por su creciente relevancia es objeto de serios debates, no siempre exentos de encarnizamiento. El mito de tótem y tabú, de Freud, que tanta influencia ha tenido en las reflexiones sobre el hombre en el siglo XX, es el tercero de los artículos. Lo sigue Nietzsche y la Genealogía de la Moral. La reflexión nietzscheana, aunque del siglo XIX, está en el centro de lo que llamamos posmodernismo, es decir, en el núcleo de la filosofía actual, por eso comprender a Nietzsche es comprender nuestra situación histórica presente. Por último, los apasionados amigos mexicanos de nuestra revista nos envían un descarnado estudio sobre la situación de la bioética en aquel país, tan querido

y próximo a nosotros, cuyos vicios se parecen como una gota de agua a los nuestros, de modo que al leerlos a ellos nos vemos como en un espejo a nosotros mismos.

En la sección de Política y Actualidad se brinda un amplio estudio sobre las Propuestas laborales del programa de gobierno de Michelle Bachelet; y otro en relación con el sistema político mexicano y sus vínculos, o falta de vínculos, con la bioética

El número lo cierra un estudio muy vivido sobre la historia del Departamento de Nefrología del Hospital Barros Luco-Trudeau, durante el período de 1963 a 1994.

Comentario de libros



Carneros. El diálogo ininterrumpido: entre dos infinitos, el poema

Autor: Jacques Derrida

*Ammorortu. Buenos Aires,
2009.*

76 pags.

Dr. Hernán Villarino

Hace algunos años atrás, Gadamer, escribió un texto analizando e interpretando la hermética y particularmente difícil poesía de Paul Celán. En el presente libro, Derrida, a través de un poema de Celán, recuerda a Gadamer, el sentido de la amistad que los unió, la ausencia del otro que ha muerto, la interrupción del diálogo que mantuvieron y su continuación de otra manera más allá de la muerte, aunque con ella y a través de ella.

Para Heidegger ser es ser-en-el-mundo. Pero, ¿qué ocurre cuando ya no hay mundo, es decir, con la muerte? Al sobreviviente, dice Derrida, le toca responsabilizarse del otro, no dejarlo en la nada de los que no tienen mundo. No se trata de llevarlo en el recuerdo, es decir, de meramente recordarlo, si no de portarlo vivo en la continuación

del diálogo que la muerte interrumpe sin interrumpir. Y no se trata de un mero gusto sensible, o sensiblero, sino de un deber ético. No debemos asociarnos con la tarea que emprende la muerte; sobre todo no debemos asociarnos con los que matan la carne, o el espíritu o cualquiera sea la forma del olvido que protagonicen.

En el poema de Celán, que interpreta Derrida, se menciona un carnero. Este animal, simbólico por excelencia, tiene, entre otros, dos significados fundamentales. El primero es el del coraje y la fuerza (la cornamenta del carnero es temible, y su acometividad proverbial). Pero también es un animal sacrificial, y seguramente lo es porque encarna tanto la inocencia de la fuerza como la fuerza de la inocencia. En la historia de Abraham, cuando ya levanta el cuchillo para sacrificar a Isaac, Dios lo detiene y le brinda un carnero para que lo culmine.

El tema del chivo expiatorio, en nuestra época, ha sido amplia y originalmente estudiado por Girard. No podemos comentar aquí sus grandiosos trabajos, pero también en ellos se explora las relaciones de los vivos con los muertos, y su influencia tanto sobre la intimidad personal como sobre las formas políticas que se dan las distintas sociedades. En este sentido, el pueblo para el que este asunto ha estado más vivo de una forma histórica continuada es quizá el chino, con su invariable e ininterrumpida convivencia, piedad y reconocimiento de los antepasados. Chesterton decía que la democracia perfecta debiera incluir el voto de los muertos; el accidente de morir no debe privar de voz a todos aquellos que vivieron y pensaron, y que por una mera contingencia no están hoy entre nosotros.

Dentro de estas distintas perspectivas con que se han considerado las relaciones de los vivos y los muertos, y con ello del sentido de la tradición, una de las páginas más bellas y conmovedoras del escrito es la descripción de la forma como, propiamente, la han experimentado los judíos, pueblo tantas veces usado como chivo expiatorio. *En el libro de la vida, dice Derrida, entre dos fechas destinales, el Año nuevo y el Día del Gran Perdón, de una hora a la otra, la escritura de Dios puede llevar a unos y no llevar a los otros. Cada judío se siente entonces al borde de todo, al borde del todo, entre la vida y la muerte, como entre el renacimiento y el fin, entre el mundo y el fin del mundo, esto es, el anonadamiento enlutado del otro o de sí mismo.*

El texto es una gran oportunidad para entrar por la vía de la intimidad en el pensamiento del filósofo Derrida, y con ello, en una de las filosofías más elaboradas y complejas del posmodernismo.

Cirugía micrográfica de Mohs.

Educación médica continua

Dr. Nelson Navarrete Novoa¹

Resumen

Se revisa en detalle la Cirugía micrográfica de Mohs, tanto en sus aspectos tanto históricos como técnicos. La Cirugía micrográfica es una técnica quirúrgica que permite la extirpación de tumores cutáneos con los siguientes lineamientos centrales: extirpación secuenciada en secciones horizontales de tejido cuidadosamente mapeado; procesamiento mediante cortes de tejido congelado y análisis histopatológico del 100% del margen de resección respetando el tejido sano peritumoral. Lo anterior permite una alta probabilidad de que la resección tumoral haya sido completa, en comparación con técnicas quirúrgicas tradicionales, la menor herida operatoria libre de tumor posible de obtener y una alta tasa de curación.

Palabras claves

Cirugia micrográfica, Cirugía de Mohs, Cancer cutáneo, Dermatopatología

Summary

Mohs micrographic surgery is revisited in historical and technical aspects. Mohs micrographic surgery is a surgical procedure allowing extirpation of cutaneous tumours with the following central characteristics: horizontal resections of tissue, with very precise mapping. Horizontal sections of frozen tissue developed by mean of a cryostate. Immediate histopathological analysis of 100% of surgical margins. High preservation of normal peritumoral tissue. The previous characteristics allow a high probability of total tumor resection, a smaller surgical wound, and high cure rates.

¹ Dermatólogo Universidad de Chile. CDT, Hospital Barros Luco-Trudeau. Cirujano de Mohs.

Correspondencia: cirugia.mohs.cl@gmail.com

Clue words

Micrographic surgery, Mohs surgery, skin cancer, dermatopathology

1.- Historia de la Cirugía Micrográfica de Mohs

La Cirugía Micrográfica de Mohs fue desarrollada originalmente por Frederic E. Mohs, mientras ejercía sus estudios de Medicina en la Universidad de Wisconsin. F. Mohs trabajaba junto a su mentor, el Profesor Dr. Michel Guyer estudiando el efecto inflamatorio que producían distintos químicos en tumores cutáneos transplantados en ratas. Notaron que una solución inyectable de cloruro de zinc al 10% era capaz de producir necrosis de los tumores cutáneos y del tejido normal. Los tejidos extirpados conservaban la arquitectura celular, por lo que podían ser tratados como tejido fijado para estudio histopatológico. De esta observación derivó la idea del Dr. Mohs de intentar fijar el tejido tumoral in vivo. La solución de cloruro de zinc era insegura de usar en humanos, por lo que se abocó al desarrollo de algún tópico que cumpliera la función deseada. Finalmente, tras varios intentos, observó que la pasta de Cloruro de Zinc era capaz de producir el efecto buscado. La pasta producía necrosis in vivo después de 24 hrs., lo que permitía extirpar de forma tangencial el tejido necrótico para su posterior análisis histopatológico. Su desarrollo se completó en 1936, acuñándose el término de Quimiocirugía. En 1941 F. Mohs publica su técnica (1). Los cortes histológicos se realizaban en un plano paralelo a la sección quirúrgica, con un mapeamiento muy preciso que permitía identificar la totalidad de los márgenes laterales y el borde profundo, de manera que al detectarse persistencia tumoral en esos márgenes se procedía a aplicar nuevamente la pasta de cloruro de zinc y repetir el proceso hasta obtener un lecho libre de tumor. El efecto local necrotizante se acompañaba de un intenso proceso inflamatorio y un lecho inadecuado para reconstrucción quirúrgica, por lo que la herida se dejaba cerrar por segunda intención.

La quimiocirugía de Mohs permitió evaluar objetivamente la evolución espontánea de las heridas, dejándolas cerrar por segunda intención. Los resultados funcionales y estéticos resultan a menudo bastante satisfactorios o incluso superiores a un cierre quirúrgico convencional, en áreas cuidadosamente seleccionadas (15) (figura 1 y 2). La técnica ganó adeptos y fue conocida como “técnica de tejido fijado”.

En 1953, durante una cirugía demostrativa de un carcinoma basocelular palpebral, se realizó una segunda y tercera etapas congelando el tejido y luego realizando los cortes en un crióstato, con la finalidad de acelerar el proceso operatorio, debido a que la cirugía estaba siendo filmada con fines docentes. El proceso funcionó tan bien, que F. Mohs comenzó a usar la “técnica de tejido fresco” en tumores pequeños y medianos. Se publicó por primera vez en un capítulo de su autoría en el libro *Skin Surgery*, de Ebstain en 1956.

La técnica ganó aceptación de la comunidad científica con un artículo de Tromovich y Stegman el año 1974, donde se reportó un 99% de curación, con seguimiento menor a 5 años (2). En 1976, FE Mohs publica un artículo donde muestra un 99,3% de curación a 5 años con técnica de tejido fijado en 9351 lesiones y un 97% de curación con técnica de tejido fresco en 127 tumores (3).

Fig. 1

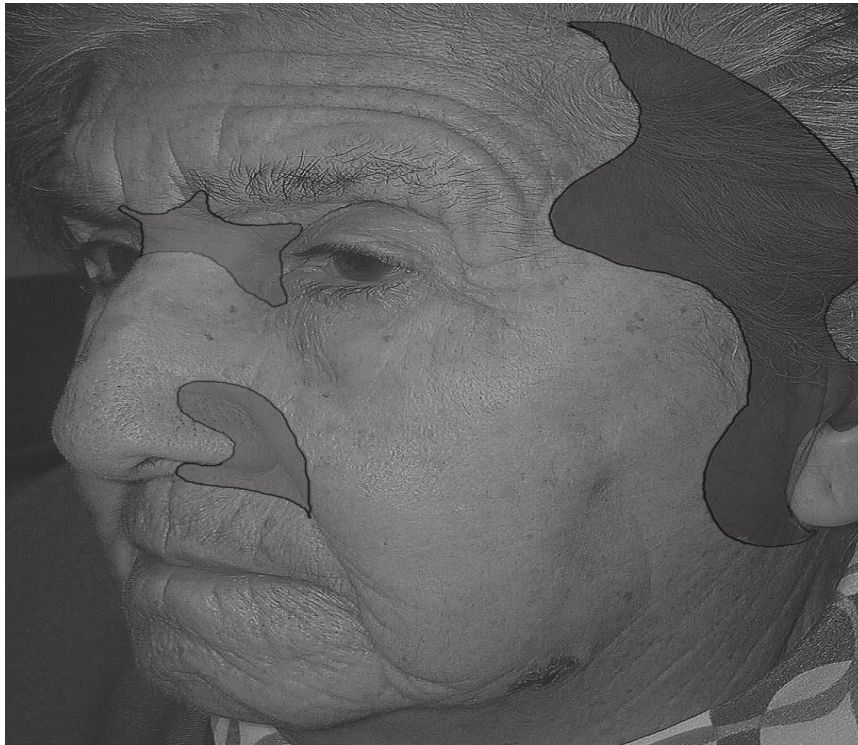


Fig. 2



2.- ¿Cuál es la utilidad de la Cirugía micrográfica?

Para responder a esta pregunta considere el enfrentamiento clásico ante un tumor cutáneo maligno: frente a usted tiene un carcinoma basocelular micronodular ulcerado localizado en la región cigomática izquierda a 1 cm. del margen palpebral lateral, previamente diagnosticado mediante una biopsia incisional. El tumor tiene un margen clínico pigmentado evidente en uno de sus bordes y en el otro el borde se difumina en forma irregular. ¿Cuál sería su aproximación quirúrgica? Antes de responder cabe hacernos las siguientes preguntas:

- ¿El margen clínicamente evidente corresponde realmente al margen histopatológico?
- ¿Si el tumor se extiende más allá de sus límites clínicos, en qué dirección lo hará?
- ¿La biopsia incisional representa la variante histopatológica de toda la masa tumoral?
- ¿De qué magnitud es el compromiso en profundidad
- ¿En qué sentido orientaría una resección fusiforme?

De modo que en un enfrentamiento quirúrgico convencional debemos tomar varias decisiones en base a nuestra experiencia e intuición. ¿Cuál será el margen quirúrgico apropiado? ¿Será igual para todo el tumor? ¿Qué tan profundo debemos extirpar? La utilización de márgenes quirúrgicos recomendados sólo persigue aumentar la probabilidad de que extirpemos el tumor de forma completa, pero no entrega ninguna seguridad.

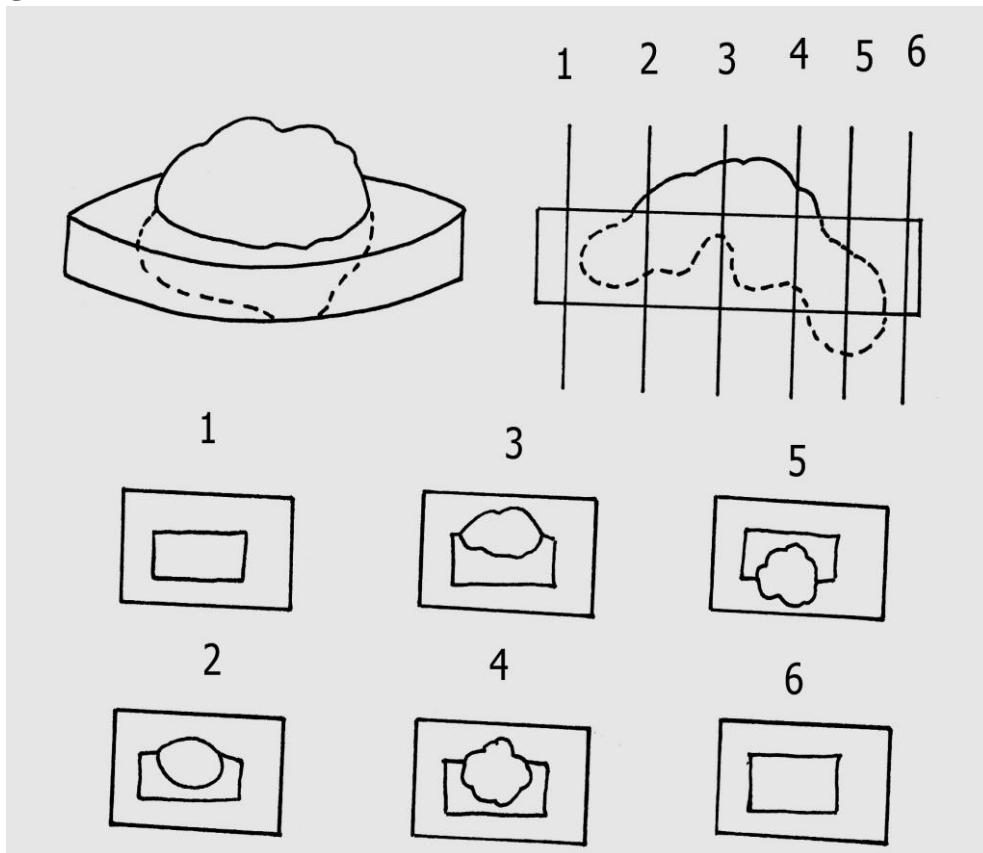
Volvamos a nuestro caso clínico. Imaginemos ahora que el mismo tumor está localizado en la cara interna del brazo derecho. Verá que la decisión quirúrgica parece más fácil, ¿por qué? Eso se debe a que en esa localización anatómica usted tendrá muchos menos problemas para dar un margen quirúrgico amplio y también se sentirá más cómodo resecando en profundidad la lesión, con lo que aumentará la probabilidad que la cirugía sea verdaderamente excisional. Sin embargo, en el tumor facial descrito un margen de 1 cm. llega hasta el margen palpebral, produciendo un complejo escenario reconstructivo. Inclusive puede darse el caso que ese margen amplio no sea suficiente, y el tumor se extienda aún más lejos. Como contrapartida, al analizar la biopsia en diferido podemos encontrarnos que el tumor apenas se extendía más allá de sus límites clínicos, con lo que aun habiendo resuelto el problema oncológico, habremos sacrificado innecesariamente tejido de gran relevancia funcional y estética.

Imaginemos ahora un Carcinoma basocelular nodular de 5 mm. de diámetro, ubicado en la región medial de la frente, de márgenes bastante precisos, pigmentado. Probablemente usted se sentirá mucho más cómodo, puesto que resulta fácil dar márgenes amplios y reseca más profundamente el tumor, debido a que existe tejido disponible y se encuentra alejado de estructuras nobles del rostro. Sin embargo, el mismo tumor ubicado en el ala nasal, punta nasal o margen palpebral inferior resultará de difícil abordaje quirúrgico.

Es importante destacar que el estudio histopatológico convencional diferido (inclusiones en parafina) se realiza seleccionando áreas desde las cuales se obtienen

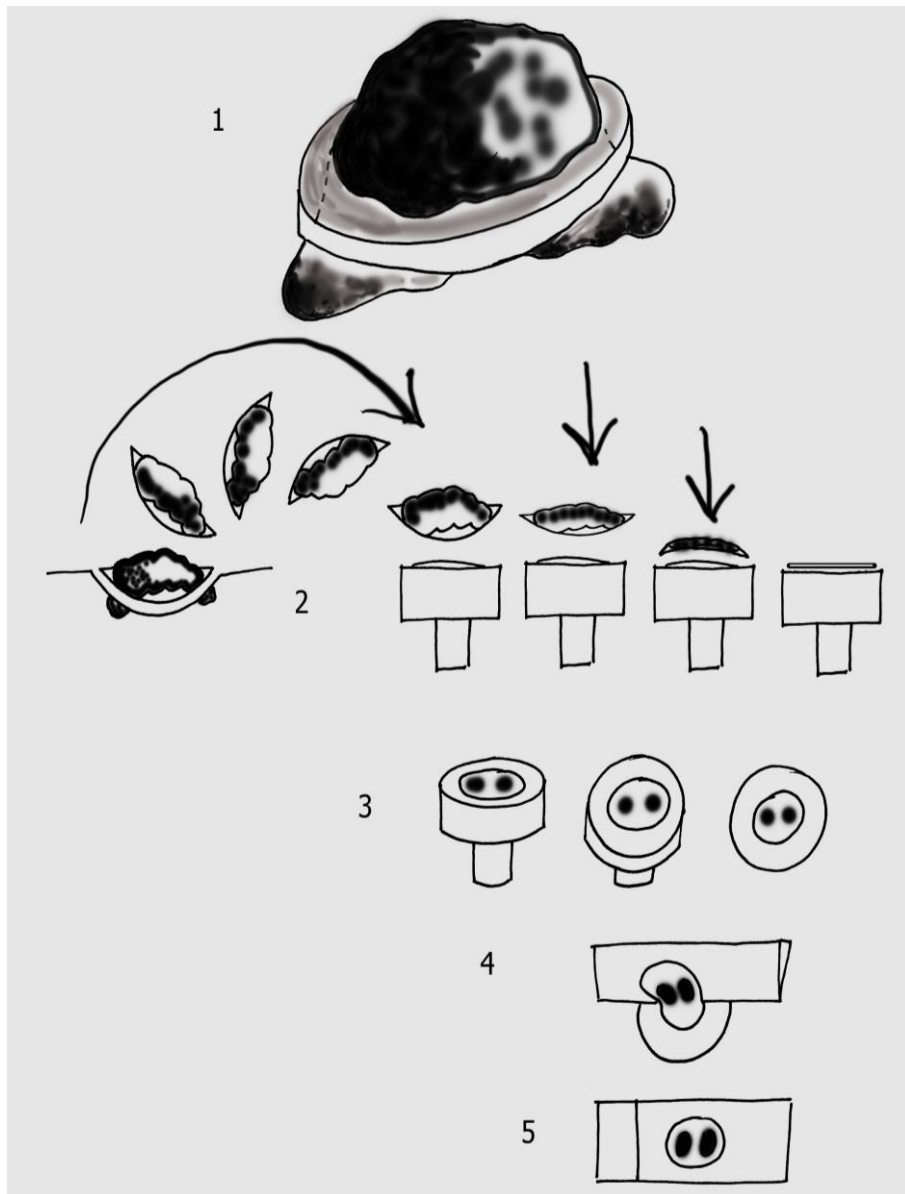
cortes para análisis microscópico. Lo anterior implica la posibilidad de error de muestreo, puesto que resulta imposible analizar el 100% del tejido en cortes perpendiculares (¡cortar sólo 10 mm de tejido a 5 micrones cada corte implicaría realizar 2000 cortes!) Por eso no es inusual observar recurrencias de Carcinomas basocelulares en que la biopsia de la primera extirpación informa bordes libres de tumor. No se trata de un error de interpretación histopatológica. Puede concluirse que la presencia de tumor no fue detectada, debido a que las áreas seleccionadas para análisis no incluían bordes comprometidos, los que permanecieron en las zonas no examinadas. (figura 3)

Fig.3



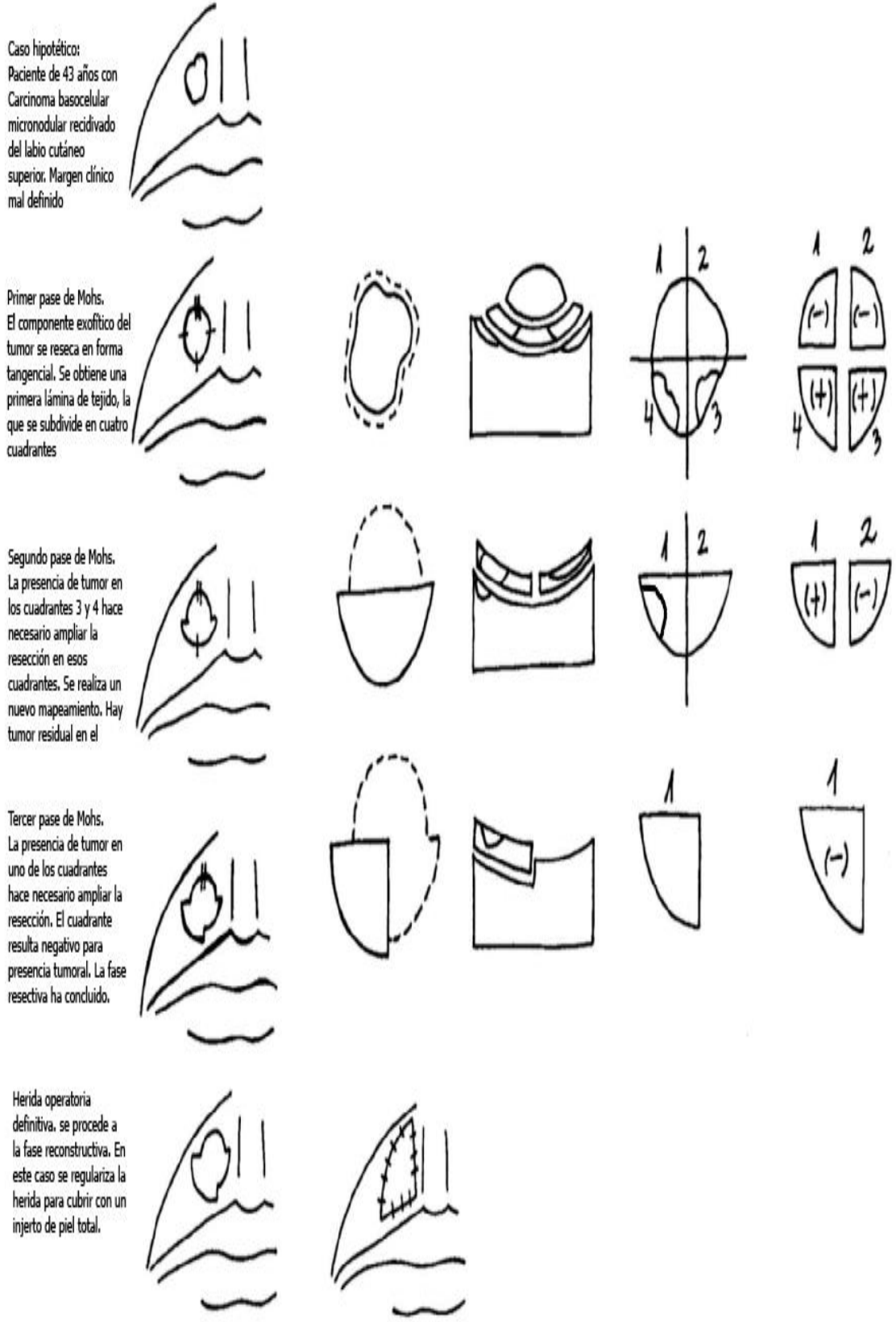
La cirugía micrográfica de Mohs permite resolver esos problemas al analizar desde la profundidad hacia la superficie en forma inmediata la totalidad del margen quirúrgico tanto lateral como profundo, partiendo desde los límites clínicos del tumor más un margen discreto, con lo cual se evita iniciar la cirugía resecaando grandes cantidades de tejido, y, por lo tanto, si el tumor es pequeño, la herida operatoria también lo será. Si el tumor se extiende microscópicamente más allá de los límites presupuestados la herida operatoria será siempre proporcional al tamaño tumoral, es decir, obtenemos seguridad oncológica con un mínimo de sacrificio de tejido sano. (figura 4)

Fig.4



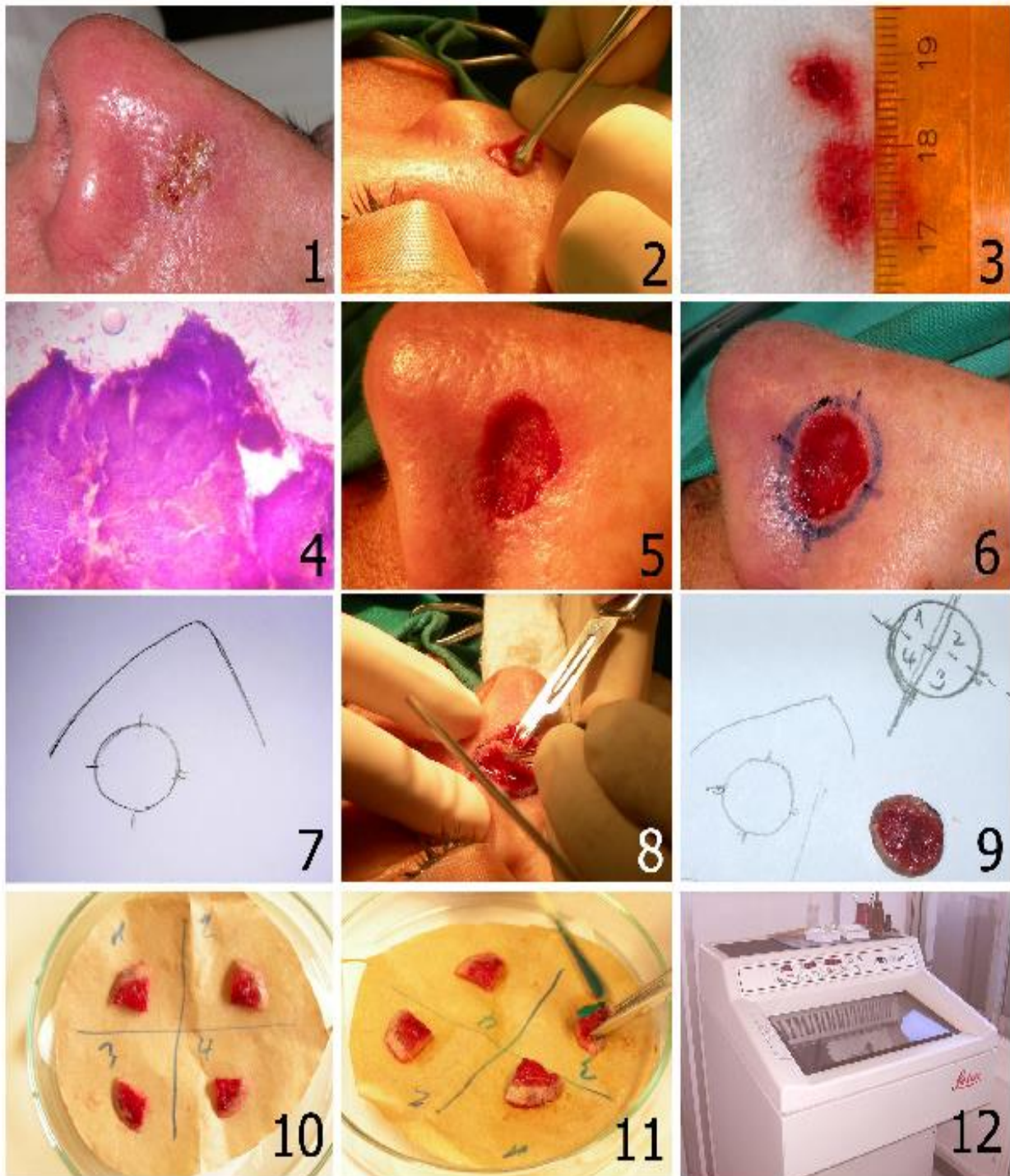
La técnica actual de la cirugía micrográfica consiste en la extirpación de la lesión tumoral en la forma de una sección tangencial que incluye la totalidad del tumor clínicamente evidente y un margen discreto de 1 a 2 mm. Tumores friables pueden someterse a curetaje inicial (5), lo que posibilita una base consistente susceptible para la primera fase de Mohs. Tumores exofíticos pueden researse en un plano tangencial al de la piel antes del primer pase de Mohs. El material tumoral obtenido de esta manera puede usarse como control positivo inmediato y/o diferido.

Fig 5. Técnica Básica



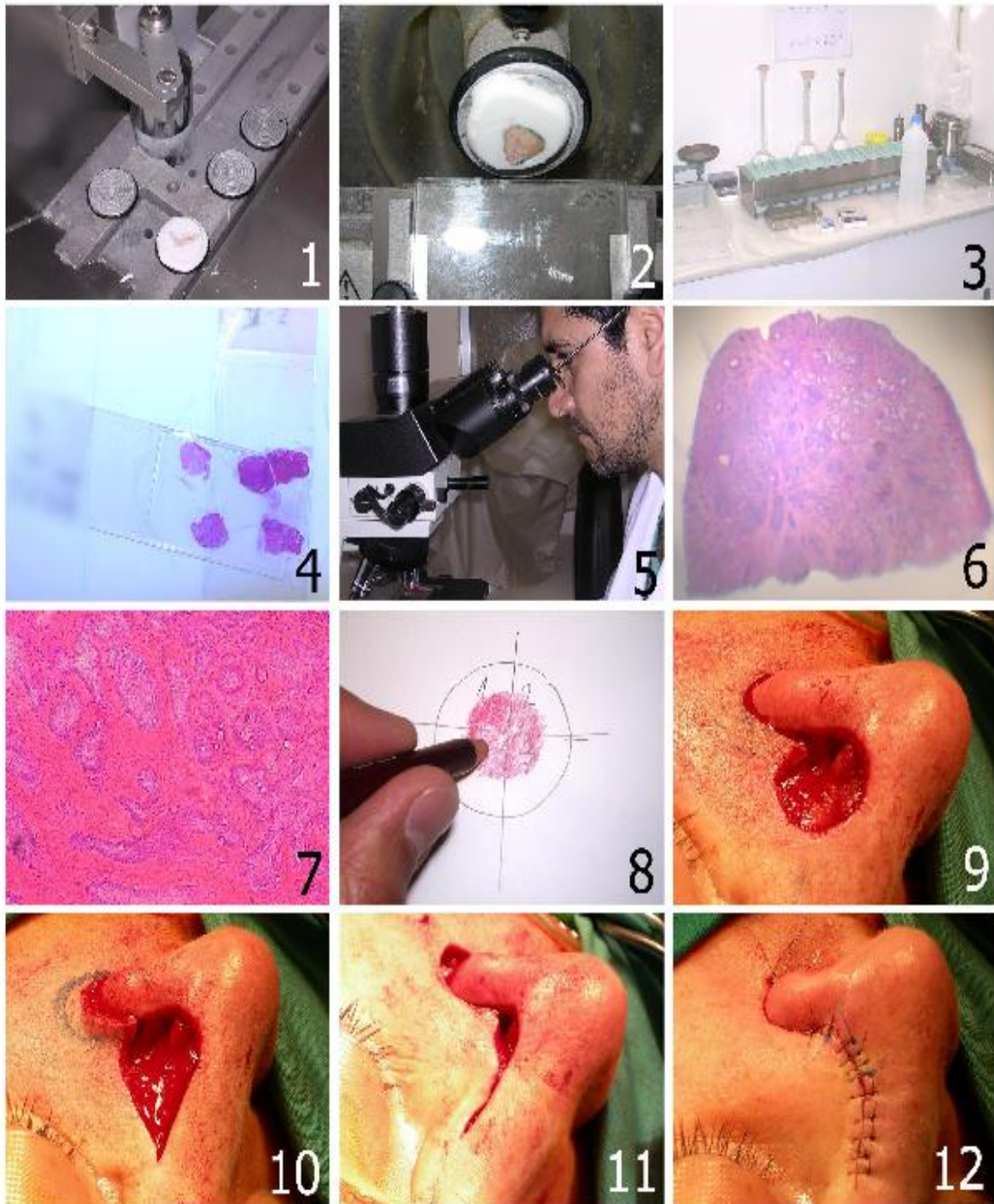
El bisturí se dispone en un ángulo de 45° con respecto a la piel. El grosor de la pieza operatoria es habitualmente no superior a 2 o 3 mm. Antes de la resección se marca los cuadrantes principales mediante pequeñas incisiones y se realiza un esquema con la forma y posición anatómica del tumor. La muestra se recepciona conservando rigurosamente la orientación de acuerdo al esquema. La herida operatoria se cubre previa hemostasia conservadora, en espera del procesamiento histopatológico. La muestra es subdividida de acuerdo a su forma y tamaño en segmentos analizables por separado. Los bordes se marcan íntegramente usando colores (habitualmente negro y verde). Posteriormente, y dentro del criostato, cada segmento se invierte perfectamente extendido sobre una plataforma metálica cubierta por gel especial, donde se comprime con un dispositivo denominado extractor de calor, para generar una lámina congelada entre -15 y -30°C lo más homogénea posible. La temperatura de trabajo ideal se encuentra alrededor de los -25°C. En esta posición el fragmento de tejido se encuentra con su cara profunda hacia el exterior, de modo que es este plano el que primero enfrentará a hoja del micrótopo. La pieza así preparada es sometida a cortes de entre 4 a 6 micrones hasta obtener un plano que incluya todos los bordes, lo que se consigue al detectar las marcas de color a lo largo de todo el margen del corte. Llegado ese punto, la muestra se considera “evaluable” y es sometida a un proceso de tinción rápida mediante Hematoxilina Eosina o azul de Toluidina (13). Se observa microscópicamente en busca de presencia de tumor y su localización, dibujando los hallazgos en el esquema de cada fragmento. Este proceso se repite para cada uno de los segmentos subdivididos. Es en este punto en el que se vuelve al paciente, ya sea para iniciar la reconstrucción en el caso de que todos los cuadrantes sean negativos (libres de tumor), o para ampliar la herida operatoria siguiendo el esquema de compromiso tumoral detectado microscópicamente, sólo en aquellos cuadrantes con tumor residual. En las figuras 6 y 7 representa una secuencia habitual de cirugía micrográfica.

Fig. 6



1. Carcinoma Basocelular nasal infri trante. 2. Curetaje de la lesión con la finalidad de eliminar tumor friable y obtener material para control positivo inmediato. 3. muestra obtenida por curetaje. 4. microscopia de impronta de tejido mostrando Carcinoma Basocelular. 5. Lecho tumoral posterior al curetaje. 6. margen marcado con indicadores de posición para mapeamiento. 7. Esquema del tumor y su ubicación. 8. Resección de la lesión con bisturí a 45°. 9. pieza operatoria con esquema y mapeamiento. 10. Muestra dividida en cuatro fragmentos según esquema. 11. Tinción de los bordes. 12. Crióstato a -26°C preparado para corte.

Fig. 7



1. Fragmento de tejido dispuesto sobre el tope metálico del crióstato, posterior a compresión con el extractor de calor. 2. Muestra montada para corte, enfrentando la cuchilla del crióstato. 3. batería de tinción Hematoxilina - eosina rápida. 4. Láminas histológicas preparadas. 5. observación microscópica inmediata. 6. fragmento tumoral que muestra Carcinoma Basocelular en la base del tejido. 7. Detalle de los nidos tumorales. 8. Mapa tumoral en que se dibuja el compromiso detectado en el análisis microscópico. Lo anterior implica que debe realizarse una nueva capa de Mohs. 9. Herida operatoria libre de tumor lista para reconstrucción. 10. Incisiones para realización de colgajo de avance. 11. Colgajo de avance con puntos del plano profundo. 12. Colgajo terminado.

La inmunohistoquímica resulta de utilidad en casos seleccionados, así como también la microscopía confocal y el estudio histopatológico en diferido.

Mediante esta técnica rigurosamente desarrollada es posible obtener una herida operatoria confiablemente libre de tumor sin sacrificar tejido sano peritumoral. Lo anterior configura las dos principales ventajas de la cirugía micrográfica:

- A. Seguridad de que la resección tumoral ha sido completa, y
- B. Respeto del tejido sano peritumoral.

La extirpación definitiva del tumor resulta costoefectivo comparado con las múltiples cirugías que suelen requerirse a lo largo de varios años para resolver tumores recidivados, sin considerar el progresivo daño tisular, deterioro funcional y estético de los pacientes, e incapacidad laboral (12).

¿Cuál es la diferencia entre los cortes de tejido congelado de una biopsia rápida (contemporánea) y los cortes en congelación de la Cirugía micrográfica? (tabla n°1). Las biopsias rápidas convencionales suelen realizar cortes en sentido perpendicular a la superficie, en la forma de muestreos aleatorios o de bordes señalados por el cirujano como de más riesgo de presentar tumor residual. Representan por tanto, una muestra de parte de la realidad que es susceptible de un error de muestreo. Las biopsias rápidas convencionales se realizan a menudo con la totalidad de la muestra extirpada en bloque, con parte de ella o con márgenes seleccionados. Los cortes en congelación de la CMM se realizan en forma paralela a la superficie cutánea, incluyendo la totalidad del tejido, tanto base como borde cutáneo, simultáneamente.

Tabla 1.

Diferencias técnicas entre una Biopsia rápida de tejido congelado y Cortes en congelación de la Cirugía Micrográfica de Mohs

	Biopsia rápida	Cirugía Micrográfica
Orientación del corte	Perpendicular a la superficie	Paralela a la superficie
Cantidad de tejido examinado	Áreas seleccionadas	100% del margen
Error de muestreo	Posible	Improbable

3.- Elementos Claves en Cirugía Micrográfica

Resección tangencial del tejido. Muestra de grosor homogéneo y sin ausencias focales de tejido. Mapeamiento riguroso y equivalente entre la muestra de tejido y el esquema dibujado. Tinción de los bordes completa y homogénea. Disposición perfectamente horizontal de la muestra sobre el tope del criostato. Cortes de criostato delgados, que contienen todos los márgenes y base del tejido

4.- Análisis histopatológico

El análisis histopatológico en CMM difiere del análisis microscópico convencional, y requiere entrenamiento especial. Puede ser realizado por el mismo cirujano de Mohs o por un Dermatopatólogo. En los cortes habituales procedentes de inclusiones en parafina, el micrótopo realiza cortes perpendiculares a la superficie cutánea, de modo que se observan las estructuras histopatológicas en el orden en que acostumbramos a estudiarlas, de superficie a profundidad. En la cirugía micrográfica, los cortes de criostato se realizan en forma horizontal, paralela a la superficie cutánea, y desde la profundidad hacia la superficie. Por lo anterior, la imagen histopatológica mostrará simultáneamente estructuras profundas, como anexos cutáneos y simultáneamente borde epidérmico en corte oblicuo. El observador debe considerar estas diferencias de orientación y además el hecho de que está analizando tejido congelado, no fijado.

Las biopsias rápidas o contemporáneas obtenidas de fragmentos del tejido tumoral, o de márgenes o secciones seleccionadas del tejido, no se consideran CMM. Tampoco se considera CMM la extirpación en bloque el tumor y el estudio microscópico contemporáneo de los bordes del tejido residual.

El hecho de que se pueda confiar en los resultados de la cirugía micrográfica depende de mantener una gran rigurosidad técnica en cada una de las partes del proceso. Cuando un cuadrante no resulta evaluable por defectos técnicos (muestras perforadas, plegadas, de grosor irregular) debe considerarse presuntivamente positiva y proceder a la ampliación del margen correspondiente.

5.- Requerimientos técnicos

El elemento técnico fundamental en CMM es el crióstato. Consiste en un micrótopo montado dentro de una cámara refrigerada que debe mantenerse entre -15 y -30°C. Existen distintos tipos y modelos, tanto estacionarios como transportables. Las muestras se disponen sobre un gel especial que permite realizar los cortes adecuadamente.

La tinción de la muestra puede realizarse con rapidez mediante azul de toluidina, aunque la Hematoxilina Eosina rápida permite deshidratar la pieza y cubrirla igual que una lámina de histopatología convencional para su observación posterior. (13)

6.- Mapeamiento en CMM

La forma en que la pieza operatoria se subdivide requiere análisis y entrenamiento. Errores de mapeamiento pueden comprometer seriamente la confiabilidad de la técnica. En términos generales, debe evitarse piezas con más de tres lados y ángulos agudos, puesto que tienden a plegarse con facilidad. En el dibujo que se realiza debe representarse la forma en que se subdividirá el tejido y los colores asignados a cada borde, mediante simbología aceptada por convención, de modo de

mantener perfecta orientación de la pieza operatoria y sus eventuales áreas de compromiso residual. (13)

7.- Indicaciones de CMM (11)

La principal indicación de la CMM se encuentra en el tratamiento del Carcinoma Basocelular y el Carcinoma epidermoide. Un conjunto de características definen los tumores que se beneficiarían de la CMM en comparación con otras técnicas quirúrgicas:

- Localización anatómica que implica riesgo alto de recurrencia (párpados, punta nasal, ala nasal, región auricular, labios.
- Tumores recidivados
- Tumores incompletamente extirpados
- Histología agresiva (Carcinoma basocelular morfeiforme, micronodular, infiltrativo)
- Invasión perineural
- Tamaño mayor a 2 cm.
- Margen tumoral clínico pobremente definido
- Localización anatómica donde resulta imperativo la conservación del tejido (genitales, zonas de riesgo de daño neurológico)
- Radioterapia previa en sitio del tumor.

8.- Tumores cutáneos susceptibles de ser tratados mediante CMM (11)

- Carcinoma Basocelular
- Carcinoma Epidermoide
- Queratoacantoma
- Dermatofibrosarcoma protuberans
- Fibroxantoma atípico
- Carcinoma anexial microquistico
- Carcinoma Sebáceo
- Léntigo maligno

9.- Tasas de curación en CMM (6,7,8,9,10)

El análisis de las tasas de curación se enfrenta con el problema del escaso número de ensayos controlados comparativos entre distintas técnicas, y de la gran variabilidad que existe en la aplicación de cada técnica. Un estudio de Thissen y cols (6), revisó 298 estudios publicados entre 1970 y 1997 y sólo 18 cumplieron los requerimientos de análisis. Un estudio de Mosterd y cols (14), compara el tratamiento quirúrgico convencional con la cirugía micrográfica de Mohs en carcinomas basocelulares primarios y recidivados faciales. La recidiva en CBC primario tratado con cirugía convencional fue de un 4,1% versus un 2,5% con CMM. En CBC recidivado

tratado con cirugía convencional la recidiva alcanzó un 12,1% versus un 2,4% con CMM. Las diferencias alcanzaron significancia estadística para los tumores recidivados.

La mayoría de los CBC pueden ser tratados mediante técnicas quirúrgicas convencionales como Electrocirugía y curetaje, extirpación quirúrgica y Crioterapia. El uso de CMM como tratamiento de elección en todos los CBC y CEC es una exageración que no reporta verdadera utilidad terapéutica. El gran valor de la CMM aparece en casos adecuadamente seleccionados, donde el riesgo de recurrencia es alto y/o donde es perentorio conservar al máximo el tejido no comprometido. De los elementos asociados con el riesgo de recurrencia en CBC, la presencia de variantes de agresividad histopatológica ha resultado ser la más relevante.

Las tasas de curación en tumores distintos al Carcinoma Basocelular y Epidermoide son aún más difíciles de determinar, puesto que se trata en su mayoría de reporte de casos y no de estudios controlados.

10.- Consideraciones pre-operatorias

La CMM se desarrolla habitualmente en el contexto de una cirugía ambulatoria, con uso de anestesia local. La evaluación preoperatoria debe incluir una adecuada historia clínica, enfermedad agregada, uso de medicamentos, anticoagulantes, uso de marcapaso, evaluación de la necesidad de profilaxis antibiótica y prevención de endocarditis bacteriana si procede.

Los exámenes preoperatorios deben incluir: hemograma VHS, protrombina, TTPKa, uremia, glicemia, orina completa y electrocardiograma de acuerdo a la edad del paciente.

11.- Consideraciones intraoperatorias

La CMM suele realizarse bajo anestesia local, habitualmente lidocaína 1-3%. El uso de vasoconstrictores asociados (Lidocaína 3% + epinefrina 1:50.000 a 1:200.000) facilita la cirugía, aunque se debe considerar el riesgo en pacientes mayores e hipertensos. Debido a que la cirugía puede prolongarse varias horas puede asociarse anestésicos locales de efecto más duradero, como la bupivacaína para producir un efecto anestésico de fondo. Debe prestarse atención a las dosis máximas posibles de usar, así como a las condiciones hemodinámicas del paciente, el cual debe estar monitorizado (oximetría, presión arterial). El uso de anestesia general es una opción de gran utilidad en pacientes que no toleran la anestesia local, o que requieren una monitorización más estrecha.

12.- Consideraciones Postoperatorias

El manejo postoperatorio dependerá fundamentalmente de la técnica quirúrgica reconstructiva utilizada. La complicación más frecuente es el sangrado de la herida operatoria, a menudo de fácil control. La infección de la herida operatoria es poco

frecuente. En el caso del cierre por segunda intención se debe considerar que el proceso evolucionará más tórpidamente aunque con mínimas molestias. Se requiere curación frecuente y uso de ungüentos como petrolato o eventualmente ungüento antibiótico. La evolución natural es hacia la progresiva contracción del lecho quirúrgico, desarrollo de tejido de granulación y cicatrización. Los cierres quirúrgicos, tanto cierre primario como colgajos locales o injertos requieren manejo caso a caso y tienen gran variación dependiendo de la experiencia del equipo quirúrgico.

13.- Reconstrucción de la herida operatoria en CMM

El cirujano de Mohs debe ser capaz de reconstruir el defecto quirúrgico que genera. No existe una opción considerada “correcta” para cada tipo y localización de herida operatoria. La técnica a realizar depende de cada caso, condiciones de la herida y del paciente. Las opciones más usuales son las siguientes: cierre por segunda intención, cierre primario, colgajo local e injerto cutáneo.

Como regla general, frente a más de una opción reconstructiva, la más simple suele ser la mejor. Resuelto el problema oncológico, el cirujano de Mohs debe reconstruir la herida considerando en primer lugar la funcionalidad del área intervenida, y también la estética de la zona. Es mala idea partir la cirugía con una idea preconcebida respecto a la reconstrucción, puesto que el defecto quirúrgico real puede ser muy diferente al defecto quirúrgico proyectado. Por tanto, la reconstrucción debe decidirse con la herida operatoria definitiva. Por lo anterior, es que resulta fundamental que el cirujano de Mohs tenga la capacidad de resolver una variedad de heridas operatorias con las técnicas apropiadas. En algunos casos, el tamaño o localización del defecto operatorio requerirá la concurrencia de un cirujano de cabeza y cuello o un cirujano plástico. La red de contactos profesionales multidisciplinarios es fundamental para el manejo integral del paciente.

14.- Contraindicaciones

Debido a que la CMM se basa en la contigüidad estructural de los tumores, su utilización no entregará ventajas sobre la cirugía convencional en el caso de tumores multicéntricos o con áreas de regresión que produzcan un efecto de multicentricidad. Las otras técnicas quirúrgicas se enfrentan al mismo problema, en la medida que no cuentan con elementos que permitan detectar la localización precisa de cada una de las partes del tumor.

La CMM no está indicada en el manejo de tumores metastásicos, debido a que sólo permite el tratamiento de la enfermedad local.

15.- CMM y Melanoma

El uso de CMM en Melanoma tiene adeptos y detractores. El principal argumento de sus detractores se refiere a la eventual dificultad en la detección de los

melanocitos atípicos en cortes en congelación, lo que podría mejorarse usando tinciones especiales como HMB45, mel-5, Melan-A y S-100, aunque resulta de gran consumo de tiempo. Debido a que en el manejo integral del melanoma muchas decisiones se sustentan en un adecuado análisis histopatológico del tumor primario, fundamentalmente el grosor tumoral y la presencia de ulceración, la CMM no agrega ventajas ni técnicas ni pronósticas en el manejo del melanoma extensivo superficial y nodular. Podría encontrarse una aplicación en el Lentigo maligno, debido a sus márgenes frecuentemente mal definidos y su localización de difícil abordaje quirúrgico, donde la CMM permitiría márgenes más precisos y confiables (16, 17). Una alternativa es la combinación de CMM y posterior ampliación estandarizada de márgenes, lo que permite un análisis histopatológico convencional diferido (18).

16.- Potenciales fuentes de error en Cirugía Micrográfica

- Cortes excesivamente tangenciales o muy verticalizados.
- Mala orientación del tejido en el esquema dibujado.
- Falta de concordancia entre la herida y el esquema dibujado.
- Muestras de grosor irregular o con ausencia focal de tejido.
- Mala orientación de la muestra en el criostato.
- Cortes muy gruesos.
- Cortes que no incluyen la totalidad de los márgenes.
- Tumor inadvertido entre el proceso inflamatorio.
- Tejido anexial folicular erróneamente interpretado como tumoral.
- Tumores de crecimiento discontinuo o con áreas de regresión.

Bibliografía.

1. Mohs FE. *Chemosurgery: a microscopically controlled method of cancer excision.* Arch Surg. 1941;41:279-95.
2. Tromovitch TA, Stegman SJ. *Microscopically controlled excision of skin tumors: chemosurgery (Mohs) fresh tissue technique.* Arch Dermatol. 1974;110:231-2.
3. Mohs FE. *Chemosurgery for skin cancer: fixed tissue and fresh tissue techniques.* Arch Dermatol. 1976; 112(2):211-5
4. Gross KG, Steinman HK, Rapini RP. *Mohs Surgery: Fundamentals and Techniques.* St Louis: Mosby, 1999.
5. Huang CC, Boyce S, Northington M, Desmond R, Soong SJ. *Randomized controlled surgical trial of preoperative tumor curettage of basal-cell carcinoma in Mohs micrographic surgery.* J Am Acad Dermatol. 2004;51:585-91
6. Thissen MR, Neumann MH, Schouten LJ. *A systematic review of treatment modalities for primary basal cell carcinoma.* Arch Dermatol. 1999;135:1177-83.
7. Rowe DE, Carroll RJ, Day CL. *Long-term recurrences rate in previously untreated (primary) basal cell carcinoma- implications for patient follow-up.* J Dermatol Surg Oncol. 1989;15:315-28.
8. Rowe DE, Carroll RJ, Day CL. *Mohs surgery is the treatment of choice for recurrent (previously treated) basal-cell carcinoma.* J Dermatol Surg Oncol. 1989;15:424-31
9. Rowe DE, Carroll RJ, Day CL. *Prognostic factors for local recurrence, metastasis and survival rates in squamous cell carcinoma of the skin, ear and lip: Implications for treatment modality selection.* J Am Acad Dermatol. 1992;26:976-990
10. Smeets NWJ, Krekels GAM, Ostertag JU, et al. *Surgical excision vs Mohs micrographic surgery for basal –cell carcinoma of the face: randomized controlled trial.* Lancet. 2004;364:1766-72.
11. Drake LA, Dinehart SM, Goltz RW et al. *Guidelines of care for Mohs micrographic surgery.* J Am Acad Dermatol. 1995;33:271-8.
12. Essers BA, Dirksen CD, Nieman FH, Smeets NW, Krekels GA, Prins MH, Neumann HA. *Cost-effectiveness of Mohs Micrographic surgery vs surgical excision for basal-cell carcinoma of the face.* Arch Dermatol 2006;142:187-94
13. Picoto AM, Picoto A. *Technical procedures for Mohs fresh tissue surgery.* J Dermatol Surg Oncol 1956; 12(2);134-139
14. Mosterd K, Krekels GA, Nieman FH, Ostertag JU, Essers BA et al. *Surgical excision versus Mohs micrographic surgery for primary and recurrent basal-cell carcinoma of the face: a prospective randomized controlled trial with 5 years follow-up.* Lancet Oncol. 2008;9(12):1149-56
15. Zitelli JA. *Wound healing by second intention.* J Am Acad Dermatol. 1983;9:408-15
16. Cohen ML, McCall MW, Zax RH. *Mohs micrographic surgery for lentigo maligna melanoma: a follow-up study.* Dermatol Surg. 1998;24:673-7.
17. Zitelly JA, Brown C, Hanusa BH, et al. *Mohs micrographic surgery for the treatment of primary cutaneous melanoma.* J Am Acad Dermatol. 1997;37:236-45

18. Huilgol SC, Selva D, Chen C, et al. *Surgical margins for lentigo maligna melanoma: the technique of mapped serial excision.* Arch Dermatol. 2004;140:1087-92.

Sepsis de origen abdominal

Int. José Parraguéz Cornejo². Prof. Dr. Humberto Flisfisch Fernández³

Introducción

Sepsis corresponde a un síndrome clínico caracterizado por una respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) secundaria a un proceso infeccioso y su evolución natural es hacia la sepsis grave y shock séptico. En Estados Unidos ocurren cerca de 1.665.000 casos al año, de los cuales mueren aproximadamente el 40% aún con un tratamiento óptimo (1). Este cuadro es levemente más frecuente en hombres y se da con mayor frecuencia en pacientes mayores de 65 años, con patologías concomitantes y en pacientes con estados de inmunodepresión (2). Según un análisis europeo la frecuencia de sepsis en las Unidades de Cuidados Intensivos en el 2002 se cuantificó en 37,4%, siendo el abdomen el sitio más frecuente con un 22% (3).

La sepsis abdominal traduce una respuesta inflamatoria sistémica debido a un proceso infeccioso abdominal. En este grupo las principales causas son: Úlcera gastroduodenal perforada 26,1 %, Apendicitis aguda perforada 19,4%, Dehiscencia de sutura 13,4 %, vólvulos intestinales perforados 9,2 %, Neoplasia recto-sigmoidea perforada 4,2 %, pancreatitis aguda 2,5% y otras causas 25,2 % (3).

1.- Fisiopatología

La cavidad abdominal se encuentra aislada del resto del organismo por una membrana serosa llamada peritoneo. El peritoneo consta de 2 capas: la capa visceral que recibe inervación autonómica y reviste las vísceras abdominales y la capa parietal que recibe inervación autonómica y sensitiva somática y que se encuentra en relación a la pared abdominal.

² Interno de Cirugía. Departamento de Cirugía Sur. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

³ Profesor Titular de Cirugía. Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Habitualmente en la cavidad abdominal se encuentran cerca de 50 mL de líquido, sin embargo, diariamente se producen cerca de 3 L los cuales son drenados a través de los estomas diafragmáticos, y, finalmente, por el sistema linfático torácico. Esta circulación de líquido ocurre principalmente gracias a la presión negativa intra abdominal generada durante la espiración.

La peritonitis puede ocurrir secundariamente a un proceso de traslocación bacteriana (Peritonitis Bacteriana Espontánea, PBE), a contaminación directa a través de la ruptura de alguna víscera (Peritonitis Bacteriana Secundaria, PBS), progresión y persistencia de un cuadro infeccioso abdominal con tratamiento insuficiente (Peritonitis Bacteriana Terciaria), o a un proceso no infeccioso como sangre, jugo gástrico, jugo pancreático o bilis (Peritonitis Química). Cualquiera sea el caso, se produce una intensa liberación de mediadores químicos de la inflamación que producen una respuesta inflamatoria intra abdominal. Hay alteración de la permeabilidad produciéndose salida de líquido intravascular y mayor producción desde el peritoneo, fundamentalmente visceral hacia la cavidad con ascitis e hipovolemia, ocurre además una intensa activación de la fibrinólisis, también se produce formación secundaria de adherencias y procesos organizativos como abscesos, Además, aumenta el consumo metabólico por lo que se produce hipoxia y activación del metabolismo anaeróbico lo que aumenta la producción de acidosis metabólica por aumento del ácido láctico y se favorece la multiplicación de gérmenes anaerobios. Es importante destacar que el sistema de clearance de la cavidad peritoneal favorece la diseminación y producción de una respuesta inflamatoria sistémica. (4)

2.- Manifestaciones clínicas y diagnóstico

El diagnóstico es clínico. Es fundamental distinguir la presencia de un SIRS de una Sepsis, ésta última además de presentar taquicardia >90 lpm, taquipnea >20 rpm o $PCO_2 < 32$ mmHg, $T^\circ > 38^\circ$ o $< 36^\circ$, Leucocitosis > 12.000 o < 4000 , muestra signos y síntomas de algún foco infeccioso, en este caso abdominal. Los síntomas y signos que nos harán diagnosticar un foco infeccioso abdominal (peritonitis) son:

Síntomas: Dolor abdominal (70%), continuo, mal localizado, aumenta ante cualquier aumento de presión. Anorexia, náuseas y vómitos dependiendo del origen de la infección. Distensión abdominal, diarrea, o íleo y ascitis que no responde al uso de diuréticos.

Signos: Facie peritoneal o hipocrática, abdomen distendido, rígido, irritación peritoneal (Blumberg +), ruidos hidroaéreos disminuidos y deshidratación

El diagnóstico de sepsis severa requiere objetivar hipoperfusión tisular, disfunción de algún órgano o de hipotensión que se recupera ante la administración de volumen. Por su parte el diagnóstico de shock séptico traduce persistencia de la hipotensión o hipoperfusión a pesar del adecuado aporte de volumen, requiriendo administración de drogas vaso activas.

3.- Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico diferencial debe realizarse con cuadros inflamatorios abdominales como obstrucción intestinal o gastroenteritis aguda, y con otros cuadros no infecciosos que pueden imitar al cuadro de una sepsis: pancreatitis aguda, isquemia mesentérica, infarto agudo del miocardio, embolia grasa, hemorragia digestiva, etc.

4.- Estudio

Aunque el diagnóstico es esencialmente clínico, hay exámenes que pueden confirmar el diagnóstico y además aportar información respecto de la gravedad y etiología del cuadro.

- Exámenes de laboratorio:
 - Generales: hemograma, función renal, gases arteriales. Leucocitosis con desviación a la izquierda, deshidratación y elevación de parámetros nitrogenados, y acidosis metabólica. Albúmina sérica y estudio líquido ascítico si corresponde. Hemocultivos que solo suelen estar positivos en el 30 %.
 - Procalcitonina elevada sobre 1,1 ng / ml ha demostrado sensibilidad 82,9% y especificidad 77,3% en la diferenciación de sepsis abdominal de SIRS u otras afecciones abdominales agudas.(5)
Ácido láctico es un marcador sólido y muy utilizado que traduce hipoperfusión tisular si su valor es superior a 2 mmol/L (6)

- Imágenes:
 - Radiografía de Abdomen Simple: útil en la evaluación inicial para el diagnóstico diferencial, podría mostrar aire en la cavidad peritoneal en caso de víscera perforada.
 - Ecotomografía abdominal: Permite el diagnóstico de algunas etiologías y también guiar algunos procedimientos como punciones y colocación de drenajes.
 - TAC de Abdomen: Es el examen de elección ya que aporta información esencial en el diagnóstico etiológico (sensibilidad cercana a 90%) permite pesquisar líquido abdominal y evita la realización de laparotomía exploradora innecesaria (7).

5.- Tratamiento

Los objetivos del manejo de la sepsis de origen abdominal son la corrección de las anomalías fisiológicas como hipotensión e hipoxemia, disminuir la inflamación sistémica cuya progresión producirá resultados fatales, y por otro lado eliminar el foco séptico.

Dada la gravedad de este cuadro, el manejo inicial debe ser en primera instancia la monitorización para prevenir la progresión del cuadro a sepsis severa o shock séptico

y valorar adecuadamente la necesidad de asegurar la vía aérea o establecer soporte ventilatorio. Como segunda medida básica se requiere la instalación de un adecuado acceso venoso de modo de asegurar una perfusión tisular adecuada con abundante reposición de fluidos.

Estos pacientes deben ser manejados en régimen cero de modo de mantener en reposo el intestino que se encuentra con requerimientos metabólicos aumentados debido a la inflamación. De no precisarse el foco o en caso de un deterioro clínico a pesar de un soporte adecuado deberán ser sometidos a cirugía. Por otro lado, es necesario adicionar una analgesia adecuada y una terapia antibiótica de amplio espectro cubriendo gérmenes gram positivos, gram negativos y anaerobios (6).

Cuando el proceso de inflamación llega al punto de ocasionar una sepsis abdominal con frecuencia será necesaria una intervención quirúrgica para eliminar el foco séptico, debridar tejido necrótico y reparar el desorden funcional y anatómico. Las opciones quirúrgicas dependen de la causa específica y de si el foco de peritonitis es localizado o difuso. En caso de un cuadro localizado se puede realizar un drenaje percutáneo guiado por ecografía o TAC de abdomen, o un drenaje laparoscópico en caso de infección persistente o imposibilidad de realizar el drenaje percutáneo guiado o como intervención inicial de elección en caso de que persistan dudas de la localización y alcances del foco infeccioso. En caso de una peritonitis difusa el procedimiento de elección es la laparotomía con abdomen abierto por sobre el abdomen cerrado, es decir, con cierre diferido de la cavidad abdominal; esta preferencia ha demostrado disminuir la mortalidad de los pacientes con sepsis abdominal al evitar la aparición de focos sépticos múltiples y el daño de la pared abdominal pues son pacientes que frecuentemente requieren nuevas intervenciones, además, permite la instalación de drenajes en caso de requerirlo.

6.- Laparostomía o abdomen abierto

En Latinoamérica, el aporte más importante a la técnica del abdomen abierto fue el empleo de la lámina de polivinilo en 1984, idea original de un cirujano del Hospital San Juan de Dios de Bogotá: O. Borráz. Posteriormente, este hecho fue difundido en Estados Unidos por K. Mattox, quien la denominó: Bolsa de Bogotá. En Chile, Juan Reyes (1984), Juan Lombardi (1985) y Federico Hernández (1986); fueron los pioneros en publicar los resultados de la laparostomía o abdomen abierto. (1)

Las indicaciones de laparostomía actuales son: Cirugía de control de daños, Sepsis intraabdominal severa, Síndrome compartimental abdominal evitar el cierre de la pared abdominal a tensión, Pérdida masiva de la pared abdominal (1).

La laparostomía ha demostrado disminuir la mortalidad en sepsis de foco abdominal (11), mejora la evolución del proceso séptico al contribuir a eliminar el foco infeccioso y la carga bacteriana. La incisión inicial de elección en una laparostomía es en la línea media ya que de este modo permite un mayor campo de exploración, permite también realizar reparación, remoción y lavado peritoneal con grandes cantidades de solución cristaloide tibia.

La principal inquietud al realizar esta técnica quirúrgica es la utilización de prótesis que protejan los órganos intraabdominales con mínimas complicaciones. Se han utilizado mallas de materiales absorbibles, no absorbibles y de origen animal. El empleo de la Bolsa de Bogotá, es una alternativa adecuada para el cierre temporal del abdomen, de bajo costo, fácilmente reproducible y que se la puede combinar con otras técnicas quirúrgicas.

7.- Complicaciones

Debemos considerar las complicaciones propias de la sepsis abdominal: son diversas, desde la progresión de la infección hasta la formación de fístulas, síndrome compartimental o abscesos. Además, hay complicaciones de la laparotomía: desequilibrio hidroelectrolítico, falla respiratoria aguda, infección herida operatoria, falla multiorgánica, bronconeumonía, fístula entérica, hemorragia digestiva y otros (3).

8.- Consideraciones finales

A pesar de la inclusión de nuevas herramientas diagnósticas y terapéuticas y el manejo precoz con soporte hemodinámico adecuado, antibióticos de amplio espectro y técnicas quirúrgicas diversas; la sepsis abdominal continua siendo un cuadro grave y con una elevada mortalidad asociada, en este contexto, se hace importante plantear la necesidad de crear estrategias en los diversos centros de salud de modo de detectar y tratar el proceso inflamatorio peritoneal en sus etapas iniciales, este último punto pudiera ser un punto de partida para futuras investigaciones.

Bibliografía

1. Darwin S., Astudillo M. *Abdomen abierto en la sepsis intraabdominal severa, ¿Una indicación beneficiosa?* Rev. Chilena de Cirugía. Vol 61 - N° 3, Junio 2009; pág. 294-300
2. Martin N., Sarani B. *Management of the open abdomen in adults*. UpToDate, Jun 15, 2015
3. Morales I., Delgado A. *Spreading intra-abdominal sepsis: analysis of 110 patients operated during 10 years*. Rev. Chilena de Cirugía, 26 de diciembre de 2008.
4. Manzor M., Martinez J. *Peritonitis y sepsis abdominal*. Manual de patología quirúrgica, Capítulo 8, pags 100-113, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2014
5. Ivancević N. Radenković D, y cols. *Procalcitonin in preoperative diagnosis of abdominal sepsis*. Langenbeck's archives of surgery / Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, 2008.
6. Schmidt G, Mandel J. *Evaluation and management of severe sepsis and septic shock in adults*. Uptodate, Apr 10 2015
7. Brivet, Gilles F., and cols. *A prospective study of fifty cases*. Scandinavian Journal of Infectious Diseases, 2005

Evaluación preoperatoria en el paciente sometido a cirugía general

**Int. Matias Libuy Ríos⁴. Prof. Dr. Humberto Flisfisch Fernández⁵.
Prof. Dr. Jorge Aguiló Martínez⁶**

Introducción

Cuando un paciente se somete a un procedimiento quirúrgico existe un riesgo perioperatorio determinado por distintos factores que pueden derivar del propio paciente (edad y comorbilidades) del tipo de cirugía a realizar (alta invasividad versus poca invasividad, contexto electivo versus urgencia, técnica abierta versus técnica laparoscópica) y del entorno donde se desenvuelve el equipo médico (experiencia del equipo quirúrgico y recursos disponibles). Una evaluación preoperatoria adecuada y completa permite definir el riesgo perioperatorio del paciente y evaluar los factores preoperatorios eventualmente modificables para realizar intervenciones que disminuyan el riesgo pre, intra y pos operatorio del paciente.

Es fundamental realizar una adecuada historia clínica y examen físico preoperatorio siendo estos un pilar fundamental de la evaluación preoperatoria. Los hallazgos encontrados en esta primera evaluación integral pueden determinar la necesidad de exámenes de laboratorio o imágenes de apoyo, eventuales derivaciones a especialistas para optimizar la funcionalidad del paciente, previo a someterse a una cirugía. Evidencia reciente sugiere un riesgo seis veces mayor de morbilidad en el perioperatorio a los pacientes que no se les realiza una evaluación preoperatoria adecuada.

⁴ Interno de Cirugía. Departamento de Cirugía Sur. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

⁵ Profesor Titular de Cirugía. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

⁶ Profesor Titular de Cirugía. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Como concepto se define como necesaria la primera evaluación integral del paciente por un médico no especialista que debe orientar la conducta y estratificarlos según riesgo.

Si el riesgo es bajo el paciente puede ser evaluado el mismo día de la cirugía por el anesthesiólogo, mientras que pacientes de alto riesgo necesitaran una evaluación y medidas de optimización con antelación al procedimiento quirúrgico.

1.- Epidemiología

Existe una mortalidad general perioperatoria de alrededor de 1; 1000 pacientes. Dentro de esta, la mortalidad asociada a la anestesia es de alrededor de 1; por 10.000 %. Aproximadamente un 80% de las veces la mortalidad anestésica está asociada a falla humana y/o equipamiento anestésico; de ellos la mitad se debe a problemas en el manejo de la vía aérea.

1.a.- Clasificación de asa

Corresponde a una evaluación fisiológica respecto de las comorbilidades y estado funcional del paciente que se relaciona directamente con el riesgo de mortalidad perioperatoria, siendo un elemento a considerar en la evaluación preanestésica para la estratificación del riesgo del paciente. Se agrega una E a esta clasificación cuando la evaluación se realiza en un contexto de emergencia. Es importante señalar que la edad no está incluida en esta clasificación de estado fisiológico prequirúrgico. En la tabla I se puede ver la clasificación de ASA (American Society of Anesthesiologists).

Tabla I
Clasificación de ASA

1	Paciente sano sin patología agregada
2	Paciente con enfermedad sistémica leve o moderada que no limita su actividad diaria.
3	Paciente con enfermedad sistémica severa que limita su actividad diaria
4	Paciente con enfermedad sistémica severa, con riesgo vital.
5	Paciente moribundo que no tiene mayores expectativas de sobrevivir
6	Paciente con muerte cerebral. Cuando proceda se someterá a retiro de órganos con el propósito de donarlos.
E	Estado de Emergencia.

2.- Anamnesis preoperatoria

- Revisión por sistemas:
 - Con especial énfasis en los sistemas respiratorio y cardiovascular ya que son los más afectados por la intervención anestésica.
 - Comorbilidades medicas: Presencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipo/hipertiroidismo, síndromes depresivos, obesidad, cardiopatía coronaria, arritmias, accidentes vasculares encefálicos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma bronquial, SAOS (SAOS= Síndrome de Apnea obstructiva del sueño), entre otras.

- Antecedentes anestésicos – quirúrgicos:
 - Comportamientos y complicaciones frente a diferentes tipos de anestesia (general, regional, sedación) recibidos en procedimientos invasivos previos, como eventos perioperatorios relevantes (crisis de hipertermia maligna, reacciones adversas a medicamentos, PCR en pabellón, aspiración pulmonar de contenido gástrico y antecedentes de vía aérea difícil (intubación y/o ventilación difícil).

- Antecedentes familiares:
 - Enfocado principalmente en pesquisar presencia de hipertermia maligna en familiares debido a la importante asociación genética de la enfermedad.

- Alergias.
 - Se deben buscar dirigidamente reacciones alérgicas a medicamentos, fármacos, elementos o látex. Además, se debe preguntar qué tipo de manifestación clínica tuvo el paciente para comprobar que realmente se trató de un cuadro alérgico.

- Capacidad funcional:
 - Determinar la capacidad funcional de acuerdo a la escala cardiovascular y respiratoria de la New York Heart Association (NYHA), que clasifica de I al IV según la limitación de la actividad física.

- Medicamentos:
 - La mayoría se mantienen hasta el mismo día de la cirugía en las dosis habituales, pudiendo administrarse por vía oral con un pequeño sorbo de agua. Algunos fármacos deben evaluarse su suspensión dependiendo del riesgo – beneficio para el paciente. En la tabla II se muestran las recomendaciones de suspensión de fármacos frecuentes en el uso perioperatorio.

- Historia de sangrado.
 - Explorar historias de sangrado o hematomas espontáneos, hemorragias no tratables con medidas habituales.

Tabla II
Sugeridos de suspensión.

Medicamentos	Suspensión
Anticoagulantes orales	3-4 días antes. Se puede utilizar traslape a heparina sódica o de bajo peso molecular según esquemas vigentes
Aspirina	7 días antes.
Aines	3-5 días antes
Diuréticos	1 día antes
Hipoglicemiantes orales o insulinas	1 día antes
Antihipertensivos	1 día antes en cirugías de riesgo intermedio o de alto sangramiento
Ginseng	7 días antes

- Ayuno:
 - Varía según tipo de alimento tal como se muestra en la tabla III. Se debe consultar respecto a la presencia de reflujo gastroesofágico o factores que puedan alterar la motilidad intestinal y aumentar el riesgo de aspiración pulmonar.

Tabla III
Tiempo de ayuno previo a cirugía según tipo de alimento.

2 HORAS	Líquidos claros: agua, té, café.
4 HORAS	Leche materna.
6 HORAS	Leche corriente y alimentos sólidos livianos.
8 HORAS	Alimentos ricos en grasa.

3.- Examen físico.

Es importante realizar un examen físico general y segmentario adecuado consignando signos vitales, peso, talla e índice de masa corporal (IMC) del paciente al momento de la evaluación. Debe ponerse especial énfasis en el estudio de la vía aérea superior tal como se muestra en la figura 1. Además, es fundamental consignar los hallazgos positivos al examen físico de la revisión por sistemas: (Sistema cardiovascular, pulmonar, neurológico, renal, hepático, digestivo, endocrino, etc). En la tabla IV. Se muestra una sugerencia de exámenes de laboratorio e imágenes en sanos y asintomáticos. En la siguiente sección se detallarán algunas condiciones específicas que

requieren mayor estudio y que pueden determinar la suspensión o la imposibilidad de realización de una cirugía.

Tabla IV
Exámenes sugeridos en pacientes sanos y asintomáticos.

	HOMBRE	MUJER
Menor de 40 años	(-)	T. embarazo si procede
40 – 49 años	ECG	T. embarazo si procede
50 – 64 años	ECG	ECG
64 – 74 años	HTO/ECG/BUN/ CREATININA	
Mayor de 75 años	ECG/HTO/GLICEMIA/B UN/CREATININA/RX. TORAX/ECOCARDIOG RAMA	

4.- Condiciones específicas.

- Hipertensión arterial:
 - El paciente hipertenso tiene mayor riesgo de desarrollar diversos tipos de patologías en el perioperatorio como: edema pulmonar agudo, arritmias, infarto agudo del miocardio, accidente vascular encefálico e insuficiencia renal aguda, siempre realizar en estos pacientes ECG de 12 derivaciones, creatinina plasmática, ecocardiograma. Se recomienda postergar la cirugía hasta una mayor compensación si hay:
 - Presión diastólica de reposo >110 mg/dl y/o presión sistólica de >200 mg/dl
 - Daño parenquimatoso cardíaco clínicamente evidenciable,
 - Signos de isquemia en ECG
 - Infarto agudo del miocardio 6 meses previo a la cirugía
 - Cirugías de gran envergadura > 6 horas si el paciente tiene proteinuria >1 g en 24 horas o creatinina mayor a 1,5 mg/dl.
- Enfermedad coronaria:
 - Es importante consignarlo pues asocia riesgo elevado de desarrollar isquemia miocárdica en el periodo perioperatorio y con ello mayor mortalidad. Se han definido predictores de riesgo cardiovascular perioperatorio. Son predictores de riesgo mayores;
 - IAM menor a 7 días
 - IAM reciente (7 días – 1 mes)
 - Angina estable severa
 - Evidencia clínica o por exámenes no invasivos de isquemia importante

- Insuficiencia cardiaca descompensada
- Arritmia supraventricular y/o bloqueo AV de alto grado. En este grupo de pacientes se debe evaluar el riesgo/beneficio de la cirugía programada y/o urgencia quirúrgica.
- Diabetes Mellitus:
 - La presencia de hiperglicemia perioperatoria se ha asociado a infecciones y al desarrollo de enfermedad crónica por lo que la asociación americana de Diabetes recomienda un control adecuado estratificado por metas. En pacientes críticos se recomienda mantener glicemias menores a 180 mg/dl y en pacientes clínicamente estables, glicemias menor a 140 mg/dl. Es adecuado realizar tamizaje de diabetes en todos los pacientes > 40 años y en aquellos menores de edad con IMC mayor o igual a 25 o con factores de riesgo cardiovasculares.
- Enfermedades respiratorias:
 - Pacientes con comorbilidad respiratoria preexistente: puede ser sobrepasada la reserva funcional del aparato respiratorio por la magnitud de los cambios producidos. Son factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones respiratorias en el postoperatorio:
 - Edad mayor a los 65 años
 - Cirugía de más de tres horas de duración
 - Patología respiratoria previa ej: ASMA, EPOL
 - Obesidad
 - Cirugía supraumbilical o torácica.
 - Si en la evaluación preoperatoria se sospecha enfermedad pulmonar descompensada, esta debe controlarse previamente para brindarle al paciente la posibilidad de una intervención exenta de complicaciones.

5.- Conclusión

La evaluación preoperatoria en cirugía es determinante en la morbimortalidad de los pacientes sometidos a un procedimiento quirúrgico. En este sentido es de vital importancia desarrollar una adecuada evaluación clínica integral con anamnesis y examen físico especialmente completos y detallados para poder realizar las prevenciones y tratamientos necesarios previos para exponer al menor riesgo posible a los pacientes que se someterán a una cirugía.

Bibliografía

1. Manual de patología quirúrgica. Crovari F, Manzor M. Ediciones UC. 2014, Santiago de Chile.
2. Gzelkowski LA, Peri NK, Singh R, Massinario PS. Curr Trends in preoperative, intraoperative and postoperative care of the adults in cardiopulmonar sistemas systems. Curr probl. Syrg 2015. 52: 531-569.
3. Prumbert M, Rubli E. Preoperative assessment in elderly patients.
4. REV.MED. Suisse 2014 10:201-210.

Apendicitis aguda y sus diagnósticos diferenciales

Int. Nicolás Berger Muñoz⁷. Prof. Dr. Humberto Flisfisch Fernández⁸

Introducción

La apendicitis aguda se define como un proceso inflamatorio agudo de las capas internas del apéndice vermicular o cecal que, producto de su evolución se extiende al resto de sus estructuras pudiendo complicarse, de no mediar tratamiento oportuno, con peritonitis o sepsis.

1.- Epidemiología

Es la urgencia quirúrgica más común, llegando a tener una incidencia de 1/1000, con lo que el 7% la de población sufrirá este cuadro dentro de su vida. La mayor incidencia se presenta entre la 2ª y la 4ª, década con un promedio de 31 años, con una relación hombre: mujer casi equivalente.

2.- Anatomía y fisiología

El apéndice cecal se origina en el ciego, por su cara posteromedial, justo en la unión de las tres tenias. Posee un mesenterio, el mesoapéndice, en el cual está contenida la arteria apendicular, rama de la arteria ileocolica, que da la irrigación al apéndice.

Si bien la ubicación de la base es constante, la ubicación del extremo distal no lo es. La posición de este determinara las características del dolor, y los síntomas acompañantes.

Se ha considerado durante largo tiempo al apéndice como órgano vestigial. Sin embargo, actualmente se ha determinado su pertenencia al sistema linfático asociado a

⁷ Interno de Cirugía. Departamento de Cirugía Sur. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

⁸ Profesor Titular de Cirugía. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

intestino (GALT) teniendo un rol inmunológico activo, particularmente en la secreción inmunoglobulina A.

3.- Etiopatogenia

Como causas, encontramos en primer lugar la obstrucción del lumen apendicular por un fecalito, encontrado hasta en el 90% de las apendicitis perforadas. Otras causas, en orden decreciente, son la hipertrofia del tejido linfoide, tumores (Adenocarcinoma, Carcinoma) y parasitosis intestinal. La obstrucción del lumen en un asa cerrada, produce ectasia mucosa con aumento de la presión intraluminal y distensión progresiva que al superar la presión venosa cesa el flujo venoso generándose edema, congestión vascular y traslocación bacteriana progresiva. Posteriormente el aumento de presión genera disminución del flujo arterial, generando isquemia en el borde antimesentérico, que luego progresara a gangrena y perforación.

4.- Manifestaciones clínicas

De importancia capital, dado que el diagnóstico es esencialmente clínico.

• Sintomatología

- El dolor es el síntoma cardinal, dada su constancia en el cuadro. Característicamente, el dolor se inicia en el epigastrio, mal definido, constante y de intensidad moderada. Dentro de las primeras 12 horas, el dolor migra hacia la fosa iliaca derecha (FID). Volviéndose bien definido y de mayor intensidad. Se suele asociar anorexia previa al dolor, con vómitos escasos, posterior al inicio del dolor. Es más, la presencia de vómitos previo al dolor abdominal debe hacer dudar del diagnóstico.
- Dicha presentación clásica sufre modificaciones según la localización del extremo libre apendicular, pudiendo encontrarse las siguientes ubicaciones:
 - Retrocecal, generando un dolor de menor intensidad en flanco derecho y/o dorso
 - Pélvico, dolor suprapúbico, asociado a síntomas inflamatorios urinarios (Disuria).
 - Retroileal, Puede generar inflamación a nivel de la arteria espermática y el uréter, generando dolor testicular derecho.
 - Apéndice largo, con punta en FII: migración del dolor hacia FII y no FID.

• Signología:

Determinada principalmente, por el tiempo de evolución del cuadro y por la posición del apéndice.

- Signos vitales: en la apendicitis aguda no complicada, se presenta una variación escasa con febrícula y sin taquicardia importante, destacando la

diferencia de temperatura Axilo-Rectal mayor a 1° C como signo de cierta importancia.

Distinto es el caso de la apendicitis aguda complicada con perforación y peritonitis, donde la fiebre y la taquicardia se tornan importantes.

- Signo de Blumberg: conocido también como signo del rebote, es el dolor producido al retirar la mano bruscamente luego de la palpación profunda del abdomen. Traduce irritación peritoneal en la zona.
- Signo de Rovsing: es positivo cuando se produce dolor en la FID al comprimir la FII.
- Signo del Psoas: dolor producido a la extensión pasiva del muslo derecho o a la flexión activa de este, dado por la elongación o contracción del psoas derecho, al producirse fricción con tejidos inflamados.
- Signo del obturador: dolor producido por la rotación interna pasiva del muslo derecho en flexión. Indica irritación a nivel pélvico.
- Signo de Dunphy: dolor agudo en FID producido al toser, indicando irritación peritoneal en la zona.

5.- Estudios complementarios:

- Laboratorio:
 - Leucocitos: en la apendicitis aguda no complicada suele haber una leucocitosis leve, con valores entre 10.000-18.000. Con cifras mayores, y tiempo de evolución compatible, es altamente sugerente de perforación y peritonitis.
 - PCR: Se eleva precozmente, dentro de las primeras 12 horas teniendo buena correlación el valor con el grado de progresión del cuadro. De alta sensibilidad, por lo que de encontrarse negativa a las 24 horas de evolución es casi nula la probabilidad de apendicitis aguda. Valores elevados son sugerentes de una complicación por perforación.
 - Sedimento urinario: De utilidad para el diagnóstico diferencial con cólico renal y cuadro de infección urinaria.

- Imágenes:
 - Radiografía simple de abdomen: Útil para el diagnóstico diferencial, pero de bajo rendimiento para diagnóstico de apendicitis, pudiendo solo visualizar la presencia de un coprolito en la zona.
 - Ecografía abdominal: Examen con grandes ventajas: de bajo costo, de alta disponibilidad, no invasivo y sin contraste. Su desventaja, es ser operador dependiente, lo que le da una sensibilidad de 55% a 96%, y una especificidad de 85% a 98%. Elementos que apoyan el diagnóstico son la dilatación mayor a 6mm, que el apéndice este fijo y no sea compresible, con aumento del flujo vascular, o con signos inflamatorios periapendiculares o de perforación.

- TAC: La disponibilidad es menor que la de la ecografía, mayor costo y exposición a radiación, pero tiene la ventaja de no ser operador dependiente, con una sensibilidad de 92%-97% y especificidad de 85%-94%. Los fenómenos visibles en el scanner son similares a los visibles en la ecografía abdominal.

6.- Diagnóstico diferencial:

El cuadro de apendicitis aguda es de difícil diagnóstico diferencial, dada su amplia gama de presentación clínica, pudiendo ser indistinguible algunas veces de otros cuadros, para lo que es de gran utilidad contar con el estudio imagenológico. Sin embargo, la mayoría de las veces es posible hacer un buen diagnóstico diferencial solo con el cuadro clínico. Para esto, hay que tener en cuenta cuatro elementos:

- 1)- Localización probable del apéndice
- 2)-Etapa del proceso evolutivo (simple o complicado)
- 3)- Edad del paciente
- 4)-Sexo.

Los principales cuadros con que realizar el diagnóstico diferencial son:

- Linfadenitis Mesentérica: cuadro dado por la inflamación reactiva de los linfonodos mesentéricos a nivel ileo-cólico. Se produce dolor intenso, difuso, con hipersensibilidad no precisa, pudiendo incluso encontrarse Blumberg. Es de utilidad el antecedente de una infección respiratoria alta reciente.
- Proceso inflamatorio pélvico: Suele ser bilateral, pero la infección puede ser limitada a la trompa derecha, simulando una apendicitis aguda. El dolor y la hipersensibilidad se presentan ligeramente más abajo que el punto de Mc Burney, y muy exacerbado al movimiento del cuello uterino. Apoyan el diagnóstico los antecedentes de conducta sexual promiscua y el uso de DIU.
- Rotura del folículo de Graaf: Es el caso de una ovulación que produce un derrame mayor a lo regular, en este caso del ovario derecho, simulando un cuadro de apendicitis aguda inicial. Existe el antecedente de estar en el punto medio del ciclo menstrual.
- Gastroenteritis aguda: cuadro de gran frecuencia, distinguible en la gran mayoría de las veces. El dolor es de tipo cólico y mal definido, asociado a diarrea profusa, e importantes náuseas y vómitos, los que son precedidos por cólicos abdominales. Al examen físico, el abdomen se encuentra blando y depresible entre cólicos.
- Diverticulitis de Meckel: Cuadro muy similar al apendicular, siendo en algunos casos indistinguibles. La progresión del cuadro conlleva las mismas complicaciones, y el tratamiento quirúrgico es similar, por lo que el diagnóstico diferencial no se logra realizar en el pre-operatorio, encontrándose el divertículo de Meckel a 60 cm proximal a la válvula ileocecal e inflamado.

- Intususcepción Ileocólica: De mayor frecuencia en niños, pero puede presentarse en adultos asociado a algún elemento anatómico que induce la intususcepción, como un tumor de la válvula. El dolor es de inicio brusco, tipo cólico intenso, intercurrente, con ausencia de dolor entre los episodios.
- Úlcera Péptica Perforada: El dolor se inicia también en epigastrio, pudiendo migrar luego a FID si los jugos gástricos liberados a través de la perforación descienden por el parieto cólico derecho. Es de utilidad el antecedente de un Síndrome Ulceroso previo.
- Otras Enfermedades: Infección Urinaria, Nefrolitiasis derecha, Torsión testicular, Colecistitis aguda, Pancreatitis aguda, Infarto agudo del miocardio de pared inferior, Ileítis aguda, Peritonitis espontánea, Pleuritis inferior derecha, Purpura Schonlein-Henoch, Perforación intestinal por cuerpo extraño, Infarto mesentérico, Vólvulo de ciego, Enfermedad de Crohn, etc.

7.- Tratamiento y Clasificación

El tratamiento es quirúrgico, siempre que no se haya complicado con un plastrón apendicular. Lo que conlleva una intervención quirúrgica diferida.

La intervención quirúrgica puede ser mediante Laparotomía o Laparoscopia.

Las ventajas de la segunda son una mejor visualización de la cavidad abdominal, útil en los casos de diagnóstico diferencial difícil; el menor dolor post-operatorio, menor número de días de hospitalización, menor tasa de infecciones de la pared. Sin embargo, la tasa de abscesos intrabdominales es tres veces mayor, lo que obliga, ante la sospecha de peritonitis, la intervención mediante laparotomía.

Una vez realizada la apendicectomía, de acuerdo a los hallazgos intraoperatorios, se puede clasificar la apendicitis en tres categorías:

- 1) Flegmonosa: Apéndice de apariencia congestivo, hiperémico, edematoso, y sin signos de necrosis ni de perforación.
- 2) Necrótica: Son visibles zonas de gangrena o isquemia, lo que determina la presencia de microperforaciones, pero sin perforación macroscópica. Se aprecia peritonitis localizada.
- 3) Perforada: Es visible la perforación apendicular, con presencia de peritonitis franca.

Bibliografía:

1. Alvarado A. practical score for the early diagnostic of acute appendicitis. *Ann Emerg Med* 1986 15: 557-564.
2. Brunicki FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter, Mathews JB, Pollock RE, Schwartz Principles of Surgery 9th ed. United States: The MC Graw Hill 2010.
3. Doherty GM. Current Diagnosis and Treatment, Surgery 13th ed. United States: The MC Graw Hill Companies. Inc; 2010.
4. Moore K, Dalley A. Clinically Oriented Anatomy, 5th ed. United States: Lippincott Williams and Wilkins, 2006.

Tumores del intestino delgado

Int. Francisco Miranda Labra⁹. Prof. Dr. Humberto Flisfisch Fernández¹⁰

Introducción

Los tumores del intestino delgado incluyen a todos los tumores localizados desde la primera porción del duodeno hasta la válvula ileocecal.

Una gran variedad de tumores pueden localizarse en este segmento: malignos (adenocarcinoma, carcinoide, linfoma y sarcomas) y benignos (adenoma, leiomioma, lipoma).

1.- Epidemiología

Los TID corresponden a una patología poco frecuente, la cual tiene una leve predominancia en el sexo masculino con una relación 1.5:1, con una edad promedio de presentación de 65 años y una mayor incidencia en raza negra.

El intestino delgado representa aproximadamente el 75% de la longitud y más del 90% de la superficie del tracto gastrointestinal. A pesar de esto, los TID representan solo un 3-5 % de las neoplasias gastrointestinales malignas.

La incidencia durante los últimos años se ha visto duplicada lo que podría deberse a mejores técnicas diagnósticas y al aumento de pacientes inmunodeprimidos.

Aproximadamente 132.700 nuevos casos de cáncer de intestino delgado son diagnosticados cada año en E.E.U.U.

⁹ Interno de Cirugía. Departamento de Cirugía Sur. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

¹⁰ Profesor Titular de Cirugía. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

2.- Fisiopatología y factores de riesgo

La etiología de la mayoría de los cánceres de intestino delgado es desconocida, aunque numerosos factores de riesgo y condiciones predisponentes han sido descritos.

En la búsqueda de una explicación para la baja frecuencia de las neoplasias de intestino delgado, se han propuesto una serie de factores protectores, entre los que se encuentran:

- Dilución de carcinógenos ambientales que se encuentran en la luz del intestino delgado en el quimo líquido
- Tránsito rápido del quimo, que limita el tiempo de contacto entre los carcinógenos y la mucosa intestinal
- Concentración relativamente baja de bacterias en el quimo y, por lo tanto, una concentración baja de productos carcinógenos del metabolismo bacteriano
- La Ig. A secretora e hidrolasas como hidroxilasa de benzopireno brindan protección a la mucosa, lo cual podría volver menos activos a los carcinógenos
- Efectividad de los mecanismos apoptóticos y de recambio de las células del epitelio.

Dentro de los factores de riesgo conocidos destacan, los estilos de vida como el consumo de alcohol (RR1.51), tabaco (RR 1.24), y la dieta baja en fibras.

Algunas patologías médicas y genéticas se han visto asociadas con una mayor probabilidad de desarrollar TID.

Es así como una serie de síndromes de cáncer hereditario se asocian a adenocarcinoma de ID, incluyendo

- El cáncer colorrectal no poliposo hereditario (HNPCC)
- La poliposis Adenomatosa familiar (PAF)
- El síndrome de Peutz-Jeghers.

En el caso de los pacientes con poliposis adenomatosa familiar, el 100% presenta adenomas en duodeno y tiene un riesgo 300 veces mayor de desarrollar adenocarcinoma respecto a la población general.

La enfermedad celíaca se asocia a mayor riesgo de desarrollar linfomas y adenocarcinomas. La inmunosupresión predispone a linfomas y sarcomas de ID. Por último, aquellos pacientes con tumores de intestino delgado, tienen mayores posibilidades de desarrollar otras neoplasias malignas en colon, recto, ampolla de vater, endometrio y ovario. Esto sugiere un factor genético y/o ambiental implicado en la carcinogénesis de dichos órganos.

3.- Clasificación histológica

Los TID pueden ser de origen epitelial, del tejido linfático o de células del mesénquima o neurales. (Ver la Tabla I)

Tabla I
Origen histológico

Origen Epitelial	Origen Mesenquimatoso	Origen Linfoproliferativo
Glandulares: -Adenomas y Adenocarcinomas.	Derivados de células de Cajal: -Tumores del estroma gastrointestinal (GIST)	- Linfoma no Hodgkin - Linfoma de Hodgkin -Enfermedad inmunoproliferativa del intestino delgado. - Linfoma de Burkitt - Linfoma de MALT - Linfoma de células T asociado a enteropatía.
Neuroendocrinos: -Tumor carcinoide	Derivados del M. liso: - Leiomiomas y leiomiosarcomas - Hamartomas	
	Lipomatosos: - Lipomas y Liposarcomas	
	Neurogènicos: - Schwanoma, Neurofibroma, Perineuroma, Paragangliomas	

4.- Estudio diagnóstico

El estudio de este tipo de tumores es un desafío, debido a la naturaleza vaga de los síntomas y a la dificultad en el estudio de este segmento del tubo digestivo.

Las opciones son endoscópicas: endoscopia digestiva alta, enteroscopia y cápsula endoscópica; y radiológicas: Radiografía contrastada del id, tomografía computada (TC), Resonancia magnética y enteroclisia por TC.

5.- Tratamiento

El tratamiento en general es quirúrgico, y lo fundamental es la resección del segmento comprometido ya sea por vía abierta o laparoscópica, junto con la resección del mesenterio adyacente debido a que algunos tumores como el adenocarcinoma, carcinoide y linfoma se caracterizan por diseminarse por vía linfática. Durante la cirugía es importante examinar todo el ID, ya que el 20% tienen lesiones metacrónicas; también es importante revisar el resto del abdomen en búsqueda de lesiones metastásicas macroscópicas.

6.- Tumores benignos

Los tumores benignos representan el 30 a 50% de los tumores del intestino delgado. Entre estos se encuentran:

- **Adenomas:** Tumores de origen glandular que representan 1/3 de los tumores benignos de intestino delgado. Se caracterizan por tener potencial maligno en mayor o menor medida según el tipo histológico. Se clasifican histológicamente en tubulares, túbulo - vellosos y vellosos, de estos últimos un 42% evoluciona a adenocarcinoma. Se localizan mayormente en duodeno (predilección por la ampolla de vater) y yeyuno proximal. El tratamiento es la resección endoscópica o quirúrgica, dependiendo del tamaño y número. Esto debido a que lesiones grandes son más difíciles de remover endoscópicamente, y la resección quirúrgica debería considerarse para lesiones que comprometen más de 1/3 de lumen intestinal.
- **Lipomas:** Segundo lugar en frecuencia de TID benignos, son tumores submucosos de tejido adiposo. Se localizan mayormente en íleon y duodeno. Se recomienda su resección cuando son sintomáticos y causan obstrucción intestinal o sangrado o tienen tamaño mayor a 2cm o crecimiento rápido, dado el diagnóstico diferencial con liposarcoma.
- **Hemangiomas:** Son lesiones congénitas de tejido vascular que crecen progresivamente en los plexos submucosos de la pared intestinal. Se localizan en yeyuno e íleon y se presentan generalmente a los 30 años como sangrado agudo y crónico. Raramente se malignizan y se recomienda resecarlos vía abierta o laparoscópica en caso de ser sintomáticos.
- **Leiomiomas:** Tumores originados de células de músculo liso. Generalmente únicos, bien definidos, ubicados en la submucosa de la pared intestinal, crecen de forma extraluminal. Se detectan solo cuando el crecimiento acelerado supera su irrigación causando necrosis central, ulceración y sangrado intraluminal. Se deben resecar debido a la dificultad para diferenciarlos de un liposarcoma o un GIST.
- **Hamartomas y Síndrome de Peutz-Jeghers:** Los hamartomas son malformaciones producto del crecimiento acelerado y desordenado de tejidos normales. El síndrome de Peutz-Jeghers es un trastorno hereditario caracterizado por la pigmentación melánica mucocutánea y pólipos hamartomatosos gastrointestinales.

Las lesiones se presentan principalmente en el yeyuno e íleon. Hay pocos informes de transformación maligna. El tratamiento quirúrgico se limita al tratamiento responsable de los síntomas. Habitualmente asintomáticas, pero pueden causar intususcepción. Se siguen endoscópicamente y se resecan cuando son lesiones de mayor tamaño en pacientes con síndrome de Peutz-Jeghers debido al riesgo de adenocarcinoma (13%).

7.- Tumores malignos

Las neoplasias malignas de ID pueden ser primarias o metastàsicas, siendo más frecuentes estas últimas. Dentro de las primarias se encuentran.

- Tumores Carcinoides:

Tumor de intestino delgado más frecuente, representa el 40% de los tumores malignos de ID, con una incidencia en aumento de 1 a 5 por 100.000 habitantes. Se pueden originar en todo el tracto gastrointestinal, siendo el ID la localización más frecuente con un 45% mayormente en íleon distal, en los 60 cm proximales a la válvula ileocecal. Se originan de las células enterocromafines (células entereocromafines presentes en el epitelio del lumen del tracto gastrointestinal y del tracto respiratorio), en las criptas de lieberkuhn, y poseen la capacidad de secretar aminas activas y hormonas, siendo la más frecuentemente secretada la serotonina.

Su sintomatología es secundaria al efecto de masa, con dolor abdominal, síntomas de obstrucción intestinal intermitente (25%) o debido a las sustancias liberadas. Un 10% se presenta con síndrome Carcinoide, manifestándose este por diarrea acuosa, enrojecimiento facial (flushing), palpitaciones y/o broncoconstricción, producto de la liberación de diferentes sustancias desde el tumor, (serotonina, bradicinina, histamina, catecolaminas y prostaglandinas) a la circulación sistémica. Cuando el tamaño tumoral supera los 2cm, un 47% tiene ya metástasis (hígado, pulmón y huesos, esto último menos frecuente). En pacientes sintomáticos se encuentran metástasis en el 90% de los casos.

En el estudio diagnóstico se pueden utilizar marcadores bioquímicos como la medición del ácido 5 hidroxindolacético en orina de 24 horas o el análisis de cromogranina sérica (no de rutina, solo en sospecha de tumor carcinoide). Junto con la imagenología a través del TC, RM y enteroclinis por TC, se agrega la cintigrafía específica para el receptor de somatostatina con indio- 111 (Octreotide Scan) con una sensibilidad de 90% en pacientes con síndrome carcinoide.

El tratamiento es quirúrgico resecando el segmento intestinal más su mesenterio y linfonodos adyacentes.

La supervivencia global a 5 años varía entre 52 y 100%, dependiendo de la etapa de la enfermedad, y de un 40% a 10 años.

- Adenocarcinoma

Segundo tumor maligno más frecuente de ID con una frecuencia de 33%. Localizado preferentemente en duodeno en el 80%, y en pacientes más jóvenes en yeyuno proximal.

Se asocia a algunas enfermedades, entre las que se encuentran Enfermedad de Crohn (Adenocarcinoma ileal), Enfermedad Celiaca (Adenocarcinoma yeyunal), PAF (Adenocarcinoma duodenal), HNPCC y Síndrome de Peutz-Jeghers.

Debido a su escasa sintomatología en más de la mitad de los casos, el diagnóstico es tardío y en etapas avanzadas (24% etapa IV).

La única terapia curativa es la resección del segmento intestinal comprometido junto a su mesenterio y linfonodos. Cuando está localizado en la segunda porción del duodeno, puede ser necesaria una duodenopancreatectomía.

La supervivencia a 5 años depende del estadio al momento del diagnóstico, con una supervivencia global de 30%.

- Tumores del Estroma Gastrointestinal:

Tumores originados de las células de Cajal que son células marcapasos que generan el ritmo basal eléctrico que conduce a la contracción del músculo liso, (“peristaltismo”, intestinal). Están ubicadas en la submucosa intestinal. Pueden afectar cualquier segmento del tracto gastrointestinal, siendo en un 25% intestino delgado.

Su sintomatología es inespecífica, presentándose con dolor abdominal vago y debido a su crecimiento extraluminal pueden tener un gran tamaño al momento del diagnóstico.

El diagnóstico se realiza con TC, usualmente mostrando lesiones de gran tamaño y bien circunscritas. Tumores de menor tamaño son diagnosticados por enteroscopia o capsula endoscópica.

Los factores pronósticos de malignidad son el tamaño tumoral, índice mitótico, ulceración y niveles de Ki-67 (factor de proliferación celular).

Se recomienda la resección segmentaria en bloque con márgenes libres de tumor como la modalidad de tratamiento primario. Debido a que el compromiso linfonodal es infrecuente no es necesario realizar linfadenectomía extensa.

El tratamiento complementario consiste en inhibidores de la tirosin-Kinasa (Imatinib, Sunitinib). Usados como neoadyuvantes o adyuvantes en tumores de gran tamaño o con factores de mal pronóstico. Algunos autores sugieren imatinib inicial previo a cirugía del tumor pero no a los metastásicos. Tienen una supervivencia global de 40% a 5 años.

- Linfomas:

Los linfomas gastrointestinales son los linfomas extranodales más frecuentes, localizados mayormente en estómago y le sigue ID con un 30%, en su mayoría en íleon. Los más frecuentes son los linfomas no Hodgkin, derivados de células B. Los derivados de células T son exclusivamente secundarios a enfermedad Celiaca.

Para que un linfoma sea considerado como primario del tracto gastrointestinal debe cumplir los siguientes requisitos: a). Ausencia de ganglios palpables; b). Ausencia de linfadenopatías mediastínicas en la radiografía de tórax; c). Frotis de sangre periférica normal; d). Compromiso exclusivo de intestino y ganglios linfáticos regionales en la laparotomía; e). Hígado y bazo no comprometidos, a excepción del compromiso por contigüidad.

Se manifiestan por síntomas inespecíficos como dolor abdominal intermitente, diarrea, baja de peso y fiebre.

El diagnóstico incluye la endoscopia digestiva alta para los gástricos y la TC, que muestra una masa homogénea. Requieren confirmación por biopsia submucosa por enteroscopia u otros medios, debido a las implicancias en su tratamiento.

Exámenes complementarios incluyen inmunohistoquímica, citometría de flujo y evaluación citogenética de las muestras.

No existe tratamiento óptimo bien definido. La quimioterapia y la radioterapia poseen tasas de respuesta variable dependiendo del tipo específico de linfoma. En linfomas de estadios precoces y bien localizados, la resección quirúrgica presenta buenas tasas de curación.

La supervivencia global es de 45-50% a 5 años, dependiendo de la etapa al momento del diagnóstico y tipo específico de linfoma.

- **Metástasis:**

La mayoría de los TID corresponden a metástasis de otros órganos. La diseminación puede ser hematògena (melanoma, pulmón y mama) linfática, siembra intraperitoneal (estómago, ovario) o invasión directa (colon, páncreas).

El tratamiento es paliativo, reservándose la cirugía solo para las complicaciones que se pueden presentar, en donde la resección segmentaria o bypass intestinal pueden ser necesarios.

Bibliografía

1. Bennetta C, Colemana H, Veala P, Cantwella M, Laua C, Murraya L. Lifestyle Factors and small intestine adenocarcinoma risk: A systematic review and meta-analysis. *Cáncer epidemiology*. Vol 39, issue 3, june 2015. Pag 265-273.
2. Cusack J, Overman M. Epidemiology, clinical features, and types of small bowel neoplasms. Uptodate (internet) Jan 18, 2015. (citado 23 de octubre 2015). Disponible en: <http://www.uptodate.com/epidemiology-features-and-types-of-small-bowel-neoplasms>
3. Cusack J, Overman M. Diagnosis and staging of small bowel neoplasms. Uptodate (internet) oct, 2014. (citado 23 de octubre de 2015). Disponible en: <Http://www.uptodate.com/Diagnosis-and-staging-of-small-bowel-neoplasms>
4. Cusack J, Overman M. Treatment of small bowel neoplasms. Uptodate (internet) Mar, 2015 (citado 23 de Octubre de 2015). Disponible en: <Http://www.uptodate.com/treatment-of-small-bowel-neoplasms>
5. Crovari F, Veliz M. Manual de Patológica Quirúrgica, Ediciones UC, 2014,273-280.
6. Pellise M, castells A. Gastroenterología y hepatología: problemas comunes en la práctica clínica, tumores del intestino delgado. 2012,435-442.
7. Brunnicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, pollock RE. *Schwartz's Principles of surgery*. 9 th ed. United States: the Mac Graw-Hill Companies, Inc: 2010.

El hombre fatal. La fatalidad humana.

Dr. Jorge Morales Barría¹¹

Introducción

La Filosofía es una ciencia compleja. Haber iniciado su estudio tardíamente me ha obligado a tratar de aprender un poco compulsivamente. Mi forma de aprender es escribiendo. Con ello visualizo lo que he aprendido, sea ello muy mal, mal, o menos mal. Debo confesar entonces que escribo para aprender y compartir, no para publicar y menos para enseñar. En ocasiones soy vencido por el deseo de comunicar lo que creo haber aprendido y reflexionado. Esta es una de esas ocasiones.

Fatalidad y humanidad

Las penosas experiencias sociales del siglo XX han sido examinadas y expuestas en sus detalles concretos de tal forma que son del dominio de la humanidad. Pero no han sido analizadas en sus raíces más profundas. El nacionalsocialismo, el comunismo y otras experiencias socio-políticas reales y prolongadas dejaron multitud de muertos y mostraron la cara más pavorosa de la especie humana, aun cuando en pleno periodo “experimental” tuvieron nutrida aprobación de los pueblos que los sostenían, y aunque hubo contradictores, nada pudo detener el avance del mal. ¿Por qué oculto motivo ello ocurrió así? Hechos similares han ocurrido en la misma parte del mundo y en otras latitudes desde que hay noticias respecto a la historia del hombre, como si el fratricida encuentro de Caín y Abel fuera natural al comportamiento humano, dando razón a quienes piensan que las Tablas de Moisés fue el primer desenmascaramiento de la

¹¹ Médico nefrólogo. Clínica las Condes

verdadera naturaleza e inclinaciones del ser humano que habría que prevenir, combatir y sancionar.

Pero el siglo XX no fue el último en mostrar atrocidades; ellas se ven en nuestros días a diario en África, Medio Oriente, América y el mundo entero. Todo ello ocurre no sólo en el nivel de países por enfrentamientos sociales y políticos, sino también a nivel local y familiar: crímenes, abusos, explotación, etc. Ni siquiera el llamado “progreso”, caracterizado por el desarrollo en las condiciones de bienestar de los pueblos es un contra aliciente al cuadro de antagonismo y violencia que lo humano vive cotidianamente. Basta ver o leer las noticias.

Sin embargo, el aspecto aparente del ser humano individual, de cada ser humano, suele ser de bondad, amistad, fraternidad, solidaridad. Se diría que en el día a día el ser humano expresa más valores positivos, y no aquellos rasgos de barbarie que lleva a eventos sociales como los que hemos aludido. Entonces, ¿Cómo se vive la doble mundanidad del ser humano? Su singularidad y su pluralidad, su aparentemente bien intencionada y condescendiente actitud personal, y su versión colectiva agresiva, dominante y totalitaria. ¿Es que habitan en el hombre dos eventuales almas una benigna y otra maligna, una escondida en la otra? Una más íntima, que asoma en el contacto personal, en la familia, en la soledad meditante, en la desgracia y en la enfermedad, y otra que aflora más en el anonimato de la multitud y en el beneficio y prerrogativas que da el poder incontrolado. ¿Será que estas dos “almas” están en cada uno? ¿O estando más en unos que en otros no hay comunicación adecuada que pueda mitigar las malas tendencias? ¿Cómo se conjugan estas realidades y de donde provienen?

Ellos son los malos

Se puede constatar, en el auto examen de conciencia individual y también al ver las justificaciones y argumentaciones que se hacen en público, que el ser humano tiende a considerar que “ellos son los malos”, que “yo soy bueno y razonable”, que “lo que yo creo es lo justo”, que “los que creen parecido a mí son los buenos e inteligentes”. En suma, los malos, los incapaces, flojos y no inteligentes son los otros. ¿De dónde proviene esta convicción poderosa de que yo estoy en la verdad y los que piensan distinto están en error? ¿Cuál es la consistencia de un pensar que valida positiva y preferentemente la propia conducta, el propia pensar y actuar como correcto y justo? ¿No hace esto que los juicios de valor, lo que es bueno y lo que es malo, lo que es cierto y falso, dada esta variabilidad individual y subjetiva en su apreciación, lleven a una incredulidad absoluta, a un escepticismo total respecto de las verdaderas capacidades cognitivas del hombre?

En el pensamiento natural solemos recurrir al argumento del sentido común, del cual todos hablan, pero no se acierta a examinarlo con acuciosidad. Pareciera que cada uno tiene el sentido común que le permite afirmar que el suyo es el verdadero; algo así como “el sentido común soy yo”, lo que es creído con gran convicción. Así puede darse que dos personas discutan un tema al cual aplican el sentido común, y que del resultado de la disputa se concluya que los dos sentidos comunes, que aparecen opuestos, fueran

verdaderos, dado que uno y otro no son capaces de convencerse mutuamente; lo que bien pensado significaría más bien que ambos modos de pensar están errados y las convicciones son completamente subjetivas y equivocadas.

Si aceptamos como un hecho que las posibilidades de acuerdo completo en algunas áreas de la vida humana son nulas o casi nulas, que es lo que observamos a diario en el plano social y en relaciones humanas más acotadas, deberemos preguntarnos qué es lo que hay en común en lo que llamamos pensar humano, razón humana, conciencia humana, alma humana, ser humano. Entonces, ¿cuál es el origen de la idea tan acogida por nuestra conciencia del “sentido común” que aparece más como un recurso argumentativo que una realidad en sí?

Kant explica que el sentido común tiene que ver con el entendimiento puro, o sea con unidades puras (no aprendidas ni fruto de la experiencia) de posible unión en la forma de juicios que dan origen a una multiplicidad de conceptos puros. El entendimiento tiene la facultad de subsumir bajo reglas *a priori* si es que determinados conceptos o cosas entran o no bajo una regla dada; cuando ello ocurre se produce una síntesis de contenidos temáticos y objetivos con lógica y coherencia en cada conciencia, que a su vez son aportados a la intuición actual. El conjunto de juicios originados es el llamado sentido común; Kant agrega que “la falta de juicio es la estupidez, defecto sin remedio” (1), con lo cual quedaría despejado el camino de la interpretación de porqué es imposible el llegar a plenos acuerdos entre las personas.

Conócete a ti mismo

Dada la falibilidad de la apreciación justa y equilibrada del pensar de los demás, o de cualquier otro distinto a mí, debería yo mismo empezar a reflexionar en la justeza y validez de mi propio pensar, en cómo se ha construido en el paso del tiempo, cuales son los antecedentes que lo han ido formando, que lecturas o informaciones he ido recogiendo, cuales personas han influido en mí en un sentido positivo de adhesión o en un sentido negativo de repulsión. También, en alguna medida podría yo preguntar a otro como ha llegado él a tal o cual convicción, dejándolo expplayarse espontáneamente para ir poco a poco reconociendo las influencias, los datos culturales, la vida de la niñez, las observaciones de la vida diaria, en fin, cualquier detalle que puede traducirse en datos objetivos o emocionales que han sido luego incorporados a la conciencia pasiva o activamente de aquel otro que estoy interesadamente cuestionando. Quizá, también esa persona habrá sacado conclusiones propias echando a andar su propia imaginación o a lo mejor de pronto descubre que pasivamente su conciencia se iluminó con una idea propia, aparentemente no recibida de nadie de su entorno, siempre considerando que una idea propia no es necesariamente una idea única ni original.

Así, por ejemplo, cuando uno escucha o lee una opinión en diarios o revistas debiera preocuparse del pie de firma para saber quién es el autor de lo que escucha o lee, para luego entender por qué tal persona expresa determinada posición en relación con lo cultural, la política o la religión; así sabrá porqué fundamenta con tales o cuales razones sus dichos, y como contrastarlas con las propias. El periodismo neutral que sólo

expone hechos dejando al lector sacar sus propias conclusiones no es común en nuestros tiempos, pero conociendo la biografía del autor se podrá colegir y reconocer que las ideas del escritor que a veces simulan imparcialidad están hechas para convencer, atraer y eventualmente reclutar adeptos a sus propias formas de ver la vida para quienes dócilmente creen todo lo que leen como verdades absolutas, sólo por estar impresas.

En suma, debemos convencernos de que la subjetividad predomina en el campo de las ideas, de las acciones y de los comportamientos naturales. La subjetividad, por ahora sólo referida a lo cognitivo y no a lo afectivo, puede ser entendida de dos maneras: una manera psicológica que alude al dato de primera mano que es el pensar que tiene cada uno en el secreto de su conciencia y del cual nadie puede conocer íntegramente sin el consentimiento propio, subjetividad que tiene contenidos comunes como son los sociales, culturales, científicos, propios de la época y del lugar, y otros contenidos no compartidos tan genéricamente como pueden ser los familiares y personales. Pero también la subjetividad puede ser entendida como todo el sistema a priori y adquirido que constituye propiamente la conciencia en general de todos los sujetos humanos de cualquier periodo de la historia, de ambos géneros, de cualquier raza, independiente de los contenidos específicos de cada conciencia. Estos contenidos son básicos para la comunicación, como por ejemplo que usted y yo estamos ciertos de tener conciencia comprensiva, por lo que yo al escribir y Ud. al leer lo que he escrito se establecerá un ámbito comprensivo. Se trata de examinar esa conciencia, la que produce el instante “comprensivo” de lo que yo he puesto en palabras de mi pensar, y de Ud., que lee comprensivamente, todo eso a partir de otro aspecto de la conciencia que previamente mostró que yo podía pensar y escribir.

Está en la tarea de conocerse a sí mismo, investigar qué es y cómo se manifiesta la conciencia y la manera privilegiada de hacerlo el examinar primero la propia conciencia. La psicología apunta a reconocer los actos y mecanismos explícitos de la conciencia natural, la del día a día, la de la biografía personal y social. La psicología trata de eventos explícitos de la vida natural y de la ciencia natural (observables desde afuera o comunicados por el sujeto que los experimenta), como es el estudio de las sensaciones, los afectos, la racionalidad, la lógica natural, pensamientos, estructuras de las vivencias concretas, etc. y síntomas de estados de enfermedad que muestran patente y patéticamente ese mundo: angustia, depresión, delirio, fobias, etc. cuyos mecanismos siguen al menos aparentemente leyes de causalidad o motivación que pueden ser examinados “científicamente” por ciencias naturales generando cuantificaciones, hipótesis y teorías. En psicología y psiquiatría, y por la vía de la inducción o teorización, se pueden hacer relativamente comprensibles relaciones afectivas, causales o motivacionales, no observables en actos de intuición directos. Es obvio también que la psicología se justifica como ciencia independiente, dado que lo psíquico pertenece a la férrea unidad mente y cuerpo tal como se presenta en la experiencia natural y en las ciencias derivadas de esa experiencia, donde lo puramente mental se somatiza y lo que se inició como puramente corporal se psicologiza, campo que la filosofía puede enfrentar sólo desde reflexiones teóricas, generales y abstractas.

En cambio, la filosofía se ocupa de mecanismos implícitos del conocer en general, por ejemplo, las relaciones del hombre con el mundo, la relación cognitiva del individuo en su aprehensión del mundo, la lógica pura, el origen de las ideas abstractas y de las ciencias abstractas (geometría, matemáticas), que la conciencia forja y comparte en comunidad, etc. La filosofía y específicamente la epistemología, se propone examinar la conciencia, no desde la perspectiva del análisis de la biografía subjetiva, de las relaciones interpersonales, de los afectos, de los rendimientos cognitivos, etc., sino de una forma por la cual el “conócete a ti mismo” comience como un “conócete a ti mismo como humano”, o sea, no como este particular ser humano que soy, sino un conocer y comprender la cognición misma como evento primordial iluminando todo el ser humano. Desde Descartes la reflexión filosófica, partiendo por el auto examen de la propia conciencia individual en posición filosofante, ha sido un fructífero camino. Con una metodología reflexiva crítica y científica avanzaremos no solamente a una comprensión propia del sí mismo, sino también a una comprensión real del otro, de todos los otros humanos y de la sociedad en la que involuntariamente nos tocó nacer y a veces involuntariamente nos toca vivir, pudiendo sacar algunas conclusiones del comportamiento humano en general y de la mentada fatalidad humana para entender mejor el pasado, el presente y el futuro de la humanidad.

En esta meditación hemos entendido fatalidad humana no a una condición negativa y penosa de la existencia humana como tal, sino a la situación de inescapabilidad en que se encuentra el ser humano en su ser “arrojado en el mundo” (2), y en su estar condicionado por su modo de conocer y su estado simultáneo de ser singular y plural.

El camino

El ser humano tiene un cuerpo que es evidentemente, en una primera intuición, propio de suyo, y se percata de la existencia de otros humanos, porque ellos también muestran un cuerpo análogo al suyo que se conecta y comunica con él. Si hablo de conexión y comunicación es porque reconozco que ese cuerpo de otro no soy yo mismo, lo percibo como algo separado de mí, no sólo corporalmente sino también mentalmente: no sé qué piensa ni que quiere, pero intuyo que como yo, piensa y quiere, lo que finalmente ocurre cuando se comunica conmigo verbal y gestualmente. Yo sé que yo pienso, pero inicialmente no tengo certeza que “eso o ese” otro piense como yo. “Eso otro” es más que algo, es otro igual a mí. ¿Igual a mí? Sí, igual a mí en cuanto no es una cosa inanimada ni un animal con los cuales no puedo establecer la comunicación, pero clara y distintamente él no es yo. Tan sólo verlo y comunicarme con él hace evidente que él no es yo, intuyo que por más que me comunique con él nunca podré contarle todo lo que hay en mí y viceversa. Siempre habrá un enorme residuo, en mí y en él, que no es transferible, además que nunca podremos disipar la corporalidad que impide que yo esté en su lugar y él en el mío. Yo soy un aquí y él es un ahí para mí, y viceversa.

Si continuo en un modo de reflexión espontánea y natural me percato que en realidad yo soy “único” en muchos sentidos: desde luego este cuerpo lo experimento

como único, distinto a los demás, en el que nadie está o podrá estar como yo en este aquí mismo y ahora mismo, espacio y tiempo absolutamente propios por todo el tiempo que viva, es el cuerpo que puedo dirigir a voluntad. Eso me hace pensar que lo que yo veo y como lo veo, lo que yo siento y como lo siento no lo puede experimentar ningún otro ser humano jamás exactamente de la misma manera. Nadie podrá arrancarme la absoluta originalidad de mi ser en el mundo: percibo que soy un ser original cien por ciento. Eso me da cierta autoridad como también, y por analogía, me percato que le da igual autoridad a todos los “otros” que están en la misma condición. Si esto es así, y parece que es evidente que es así, la respetabilidad de las visiones individuales debiera ser un elemento primordial de la co existencia humana, incluso en la discrepancia y en el antagonismo del ejercicio de estar en el mundo común. Porque el mundo en común es otra situación dada desde la primera experiencia de otro, que uno comprende de inmediato al co existir con otro y otros. Mi originalidad se da en un mundo común en el que cohabitan todas las otras originalidades individuales, y la cual cada sujeto puede llamar con cierta propiedad “mi mundo” para hacer distinguir que tengo una posición original en él y nuestro mundo para confirmar que no estoy solo sino con otros. Este mi mundo es el acotado mundo físico y mental que es parte de mi día a día, que cursa en mi conciencia con un pasado remoto y próximo que puedo traer a la conciencia presente sea como recuerdo remoto o como el momento que recién pasó, y un futuro inmediato y mediato que se presentan a la conciencia como lo que voy a hacer ya y lo que voy a hacer como presentimiento anticipatorio o proyecto de mediano o largo plazo, todo lo cual lleva hacia delante mi vida de mundo sin desnudez existencial.

Querámoslo o no estamos enmarcados en esta inescapable modalidad de ser en el mundo; ésta es una forma de fatalidad en el sentido de que no podemos ser menos y tampoco ser más, a no ser que...

La conciencia, el alma, lo no psíquico de la mente.

Un esfuerzo reflexivo mayor efectuando un auto examen de la propia conciencia en su curso actual puede mostrar aspectos no detectados en la vida diaria ni en ciencias naturales. Siguiendo lecciones de Husserl (3) se trata de profundizar la mera contemplación de la propia conciencia mediante una auto reflexión profunda y exigente por la cual, activa y progresivamente, vamos tomando nota y limpiando los contenidos fácticos prácticos y teóricos de la conciencia (pre-juicios), hasta obtener una forma de mostración pura de experiencia, tal cual se da en ese aquí y ahora del “momento”, llamada conciencia trascendental para distinguirla de la conciencia descrita en las ciencias naturales. Se trata de desarropar, transitoriamente, en un ejercicio filosófico que pone entre paréntesis las tesis de verdad de ser o no ser del mundo y de mi yo mismo como hombre fáctico, a los contenidos de conciencia en lo que se relaciona con todos los juicios previos que la vida real le ha proporcionado como son los contenidos culturales, las descripciones psicológicas, interpretaciones de su relación con el mundo exterior, su función como de almacenamiento o de *tábula rasa*, una existencia física (*res cogitans*), temporalidad mundana, abstracciones geométricas y matemáticas,

definición de hombre como animal racional, conceptualizar la conciencia como alma, espíritu, etc. Por efecto de esta reducción radical o *epojé* se muestra, en cada actualidad del ejercicio intuitivo que estamos describiendo, que la conciencia es siempre conciencia de algo, peculiar modo de abrirse al mundo llamado intencionalidad; en otras palabras no hay conciencia de “nada” y no hay conciencia sin “modos” intencionales, los que se exponen con claridad al contemplar desprejuiciadamente el proceso de aprehender las cosas del mundo y el mundo como tal (el mundo ahí, lo veo, lo tengo, en algún sentido me es dado). En esta reflexión se observa que la llamatividad de la cosa que aparece es una con la intencionalidad de la conciencia que no solamente es atraída por la cosa, tema, situación o idea (en alguna forma “seducida” (4)), sino que en ese mismo gesto acoge la cosa con donación de significado y sentido recogidos de experiencias previas que fueron constituidas con originales significados y sentido: este proceso se define como a priori de una correlación de nuevo nivel, y fenómeno en sí, lo único apodícticamente válido que brota de la reflexión “*epojé*” (3). En palabras de Husserl “el objeto en la conciencia, en su identidad consigo mismo durante el vivenciar fluyente no viene a la conciencia desde afuera, sino yace implicado en ella como sentido, esto es, como efectuación intencional de la síntesis de la conciencia”. El fenómeno de conciencia tal cual es ahora reconocido completa y dignifica el mero acto perceptivo sensorial haciéndolo significativo y con sentido no solamente en relación con la cosa, tema o situación propiamente censados, sino que pone todo el momento experimentado en un contexto abarcador intencional de todo tipo: temporal, espacial, histórico, proyectivo, afectivo, coherente, horizonte de mundo, etc. lo que ocurre a la manera de vaivén o marea moviéndose desde lo apareciéndose a lo como aparece, y viceversa. Es una experiencia/vivencia abstracta (*erlebnis*) fluyente que puede ser descrita como un trinomio *ego-cogitatio-cogitatum*, mención en la cual confluyen en unidad el <yo (anónimamente presente)>-<la experiencia como es vivenciada intencionalmente>-<la cosa/tema/situación/idea, en su aparecer>. Es conciencia trascendental, no en cuanto lo que era trascendente en el concepto tradicional de una conciencia interior cerrada versus los datos exteriores, sino más cercano al pensamiento de Kant: “Llamo trascendental todo conocimiento que en general se ocupe, no de los objetos, sino de la manera que tenemos de conocerlos, en tanto que sea posible *a priori*”(1) que presentaba un binomio pensamiento e intuición, lo que ahora se muestra incluido funcionalmente en el trinomio inextricable de la correlación, *ego-cogitatio-cogitatum*. Las tres piezas del fenómeno tal como asoma en la experiencia no se pueden separar sin quebrantar la verdadera situación de conocimiento del ser humano en el mundo.

La vida de cada cual va atesorando experiencias significativas que se van constituyendo en la conciencia trascendental unificándose inmediatamente en un *cogitatum* universal merced a la conciencia del tiempo inmanente en un horizonte “que todo lo abarca”. Pero este aspecto amerita una reflexión introspectiva especial.

Los conceptos del tiempo en la conciencia

En la interpretación de las profundidades de la conciencia y de la razón se ha asignado al tiempo un papel crítico para fundamentar lo *a priori*, las categorías del juicio, los fenómenos trascendentales, la síntesis integrativa, la unidad de la conciencia, la posibilidad interna del conocimiento ontológico, la correlación noema y noesis, y el sentido del ser en general y del ser humano en particular. Pareciera que el tiempo es lo inescapable, lo único abarcante de cuerpo y alma, soma y conciencia, naturaleza real e imaginaria, ser y no ser. La noción más simple de espacio se ubica sólo en el cuerpo humano y en la naturaleza, pero no en el alma. Particularmente, las nociones de espacio y tiempo parecieran ser inicialmente directamente intuitivas y no deducidas de experiencias como ocurre con conceptos empíricos. Son pura esencia conceptual, sin embargo, están ahí siendo parte implícita en todo.

¿Por qué el Tiempo, o la temporalidad, podrían ser el lugar común único no sólo de la naturaleza y el alma sino también de abstracciones puras como son los conceptos de presente-pasado-futuro, espacio, idealidades, categorías o reglas, o matemáticas, etc.? ¿Cuál es la ponderación que se puede hacer del tiempo en su relación con el fenómeno acaeciendo en la conciencia observada bajo la lupa de la *epoché* y que ha sido denominado trinomio de correlación?

Si pensáramos la temporalidad de la conciencia como distinta del tiempo secuencial de la naturaleza y del propio flujo de vivencias (psiquis) podríamos llegar a algunas convicciones más claras y distintas. ¡Y es distinta! La temporalidad aplicada exclusivamente a la conciencia trascendental no es exclusivamente secuencial, es particular y originalmente de duración “estática” (como la nota sostenida en el piano), es múltiple, simultánea (no flujo lineal que es una abstracción “esquemática” del tiempo), que suma temporalidades, es circular, incluso retrocede y da saltos adelante. El ser temporal de esta conciencia son sus contenidos los que están en estado pre o proto, a la vez estáticos y fluyentes, plásticos, condicionados al cambio, a la síntesis, escapan al principio de contradicción, están proclives a la desaparición o a la infinitud dentro de la finitud. El ánimo o fuerza de esta temporalidad “trascendental lo da su interacción (en realidad vienen a ser una sola) con el vivenciar natural en su flujo lineal y su apertura a la cotidianidad asociada al tiempo natural”. Algo de esto anunció Husserl al hablar de vivencias inmanentes en un tiempo o temporalidad inmanente como estructura principal y fundamento en la constitución trascendental de la conciencia objetiva (3).

¿Dónde podemos atisbar la temporalidad en esta versión “fenomenológicamente realista”? En los sueños, en los delirios, en el arte, en las situaciones límites, en la inasibilidad de la conciencia examinada desde el tiempo natural. En Julio Verne, Franz Kafka, Einstein, Platón, Picasso, Gandhi, Jesucristo, Buda, Marcel Proust (“En busca del tiempo perdido”), Nicanor Parra, Ionesco, o sea en sujetos límites con producciones límites que exhiben abiertamente la conciencia temporal trascendental.

La temporalidad descrita no es heterogénea a la conciencia; al contrario, le es útil y homogénea en cuanto posibilita la trascendencia al hacer posible en cada individuo una apercepción plástica, abarcadora, comprensiva, abierta a innúmeras posibilidades, sintética, imaginativa, creadora, espontánea, en suma trascendental,

conjugando sin pausa el tiempo, natural y naturalmente concebido, con la temporalidad de la conciencia trascendental, que es atemporal si se siguen presupuestos naturales. Es ésta temporalidad la que habilita a la conciencia para el *a priori* del tiempo como concepto natural.

Las experiencias significativas y sucesivas se constituyen en la conciencia generando lo que llamamos “costumbre” y “hábito”, y apoyadas en la reflexión natural, se pueden confirmar, corroborar, corregir (parcial o globalmente), anular, etc. Una observación genética muestra que lo que se constituye temporalmente primero, como cosa/situación/tema/idea, es aquello que en el primer encuentro temporal, cualitativamente intenso, impresionó la subjetividad llamativamente y/o afectivamente, dejando “impresa” (5) la cosa/situación/tema/idea en forma indeleble, lo que puede ocurrir desde el nacimiento o sea antes de que reconozcamos un estado de conciencia natural en el desarrollo humano. Esta “impresión” puede provenir de sensaciones o de reflexiones (ideas propias o ajenas), lo que podría interpretarse como un anticipo de la constitución de conciencia como la descrita siglos más tarde en la conciencia trascendental (3); ella está directamente relacionada y son el presupuesto cognitivo de las ideas tal como se muestran en el vivenciar actual, aunque con menor “intensidad” de presentación que la versión original estampada. Las ideas, que se corresponden estrictamente con lo constituido, acompañan a nuevas intuiciones, raciocinios, explicaciones, comprensiones, disposición estética o ética, siendo componente de los actos cognitivos y vienen a él, juntando presente y pasado.

La idea de la objetividad en su versión natural y trascendental

El sujeto en su vida diaria está sustraído por el mundo, no solamente el mundo físico, sino también el mundo psicológico, el mundo científico y técnico, sin percatarse de los eventos profundos de conciencia en su relación con el mundo y consigo mismo. Parte primordial de la comprensión filosófica de éste *a priori* de relación conciencia-mundo, consiste en captar que la conciencia puede validar como existente real tan sólo lo que se experimenta inequívocamente como fenómeno de la conciencia, de tal forma que la conciencia es sus contenidos constituidos, relacionándose con el mundo hacia el cual es abierta y sometida a sus llamatividades con significado y sentido. Esta es una subjetividad trascendental sólida, “*non-stop*”, constituyéndose en el curso de la vida humana hasta su muerte. El mundo pre-dado, en estas condiciones tiene un significado óntico y ontológico, en el sentido que se origina con singularidad en cada individuo, pero tiene aquella genética y estructura universal de ser constituido como general y abstracto por ser esencialmente mundo con otros; se llega a la “estructura” subjetiva por la experiencia en la vida pre-científica, dígame la vida diaria, por experiencia inmediata de un mundo-ya-ahí-aquí en una conciencia hábil en buscar y dar significado y sentido. Es ni más ni menos la conformación del mundo particular, válido para la experiencia individual que sólo puede ser reconocido por una inspección reflexiva retro subjetiva profunda posterior a la *epojé*, la cual está inexorablemente atada a la experiencia y validez del otro y los otros.

La validez de mundo está dada por esa reflexión que hace lo que era meramente objetivo en la intuición directa es ahora comprensible, y accede al último significado óntico del mundo intuido. Existe la posibilidad que esta comprensión subjetiva del ser del mundo pre-dado-ingenuamente luego se racionalice y objetivice.

Los órganos de los sentidos reciben señales y transmiten señales, pero ellas en sí mismas carecen de significado y sentido. En otras palabras, lo que hemos entendido por mundo objetivo externo es nada en ausencia de una conciencia intencionalmente dirigida a él. La hormiga, en su deambular, también recibe señales sensoriales, pero sólo reflejamente (no interpretativamente), adopta conductas acorde con dichas señales. La conciencia trascendental, aunque no se percate en el modo de vivenciar natural, no puede no interpretar, no significar, no dar sentido, no comprender. Interpretar, significar, dar sentido, comprender van de suyo en todo acto de conocer por primario que sea. Debe aclararse que, obligadamente también, nunca la interpretación, significación, sentido y comprensión van a ser completas y terminales; en parte porque la vivencia en acto es un continuo, es un proceso plagado de opciones, llamatividades, atracciones, desafíos, etc. y en parte porque la vivencia cognoscente a-percibe incompletudes a verificar y llenar, curiosidades, temas de exploración, aspectos que sería interesante u obligatorio investigar. El solo hecho de constatar que la percepción es superada y amplificada por a-percepciones muestra que la mera intuición sensorial es una parte importante pero ínfima en el proceso real de conocer, y que la curiosidad y el hábito investigativo están en el centro del quehacer cognitivo humano. De aquí parte y se construye lo que llamamos civilización y progreso: de la a-presentación objetual y a-percepción a lo que se suma la función imaginativa creativa.

Puede uno preguntarse por qué y cómo yo no intuyo directamente el fenómeno de la conciencia cognitiva trascendental pero sí intuyo el mundo y las cosas (incluida mi propia conciencia) como reales, objetivas, y en los dos primeros casos como externas. ¿Es acaso posible que la eyección de la vida y conciencia naturales en forma de caída en lo cotidiano (2), y la atracción, seducción, llamatividad y uso, que a su vez hace posible la vida de mundo con su “objetividad palpable”, me mantenga alejado de la percepción directa (intuición) del fenómeno de conciencia postulado en el *a priori* de la correlación?

Acaso, ¿no se trata de que la intuición directa de que “veo”, de que “siento”, de un experimentar al modo de “impresión”, etc. está también subsumida en el simple estar seducido en el mundo, un poco como las hormigas? O sea, no me percato ni del ver (lo que es obvio, cuando veo no siento que veo, ni sé “como” veo, sólo veo y veo cosas, no asisto al proceso de ver); y así también no me percato en evidencia intuitiva directa de que real y verdaderamente “veo con sentido”. Entonces no sería tan extraño no percatarme de la realidad objetiva del fenómeno que aúna intuición y sentido al cual puedo llegar solamente por inducciones o inferencias indirectas o niveles de reflexión muy reductivos. Sería entonces un problema de las posibilidades de mostrarse de la conciencia desde modos absolutamente a-reflexivos hasta un modo reflexivo y reductivo extremo como se puede observar en la siguiente graduación:

1.- Simple estar en el mundo, como las hormigas, “caído” o “seducido” en el hacer.

2.- Percatarse del estar en el mundo, vagamente, como se produce cuando estoy solo, antes de dormir, en un viaje largo, en la monotonía y el aburrimiento.

3.- Mediante una reflexión natural el mostrarse a la conciencia de que en todo momento tengo intuiciones, como por ejemplo “ver” lo que estoy viendo, de lo que no me percató por estar sumido en el ver mismo; o porque se alumbran cosas delante de mí, se muestran, aparecen refulgentes, impresionan fuertemente, son novedosas o amenazantes. También se puede dar un dudar de la verdad y realidad de todo lo anterior.

4.- Superación del nivel relativamente estático del trinomio de correlación en un último y definitivo esfuerzo reflexivo para contemplar el mostrarse a la conciencia reflexiva del estrato más oculto e inaparente de sí mismo que es la conciencia trascendental. La meditación se hace partiendo de la base de que la conciencia, en un sentido filosófico, no es nada en sí, no es un objeto, no es una “res extensa”, no es un órgano, ni un receptáculo ni una *tábula rasa*; sino es sus constituciones y sus acciones. Ella se vislumbra objetivamente en la experiencia evidente del aparecer de las cosas (en el horizonte de “mundo externo e interno”) conjuntamente con el “aparecer significativo y con sentido” de las cosas que trae a presencia la conciencia (muy evidente gnoseológicamente en el horizonte del yo mismo) y la revela a ella misma dando significado y autosignificándose en el fenómeno del aparecer, que es lo único realmente “aparecido”, aunque fortuito, en sí mismo no constituyente, fugaz, estrictamente mío. Este trinomio de “apareceres” es: mundo alumbrado, conciencia-de-mundo alumbrada y conciencia pura en la experiencia trascendental. La experiencia pura viene a mostrarse en la residual e inmanente alerta que no desaparece aun cuando el mundo sea imaginativamente “apagado” (mediante variación imaginaria), conformándose el evento que permite la intuición, ahora sí directamente, de la experiencia trascendental.

5.- “Experiencia” en lenguaje trascendental es el fenómeno que ofrece el trinomio de los “apareceres” tal como se constituye originalmente, luego derivado al yo-conciencia empírico subjetivo, cuando se aparece para mí con significado y sentido, más bien dicho con múltiples significados y sentidos a la vez en la temporalidad propia, cuya genética está en el primero de esos apareceres trascendentales.

6.- Toda experiencia de “apareceres” se constituye en la conciencia originariamente como objetiva en el sentido metafísico. Dicho simplemente: el trinomio se ofrece de suyo como una unidad evidente, una unidad obvia, una

unidad actuando en todo momento: con un poco más de aparecer yoico, con un poco más de aparecer no-yoico, o con un poco más de aparecer de la conciencia en experiencia, todo ello en unidad, siendo claro, distinto, representable teóricamente, analizable, apropiable desde sí mismo, o sea lo que decimos, sentimos y decimos como "objetivo". Lo que el fenómeno de la experiencia constituye como objetivo queda como tal en la conciencia trascendental, ahora al arbitrio y juego de la temporalidad, en la cual todo es inmanente, hasta que deja de serlo.

7.- Se puede especular respecto al verdadero ser de la experiencia así formulada. Se puede argumentar que la experiencia trascendental se percibe como continuamente siendo o incluso pre-siendo o pre-existiendo o proyecto, nunca determinada o finitamente acotada (3), lo que de suyo el trinomio es. El problema surge por la diferente comprensión que ofrece el pensamiento natural y el pensamiento trascendental respecto lo existente. El pensamiento natural responde a una constitución práctica de la conciencia que constituye como existente a los *cogitata/cogitatum* cuando son intencionalmente segregados en una primera rústica actitud de la conciencia, que es necesaria para la vida de mundo, la vida natural, la vida científica, cultural, etc. Lo que muestra la experiencia de los apareceres es que tales cánones naturales no les pueden ser aplicados a la conciencia trascendental, simplemente. Se trata de una conciencia en la cual lo en sí es inexistente real, un no ser todavía, un inestable existencial acerca del cual se aplica la reflexión trascendental (4). Esta inestabilidad aplica en gran medida a las esencias trascendentales en continuo proceso constituyente. Ese primer aparecer asociado a significado puede provenir de la propia imaginación o de intuiciones perceptivas directas o del aprendizaje por enseñanza de otro, puede ser verdad o error, y es modificable o no en sucesivas experiencias trascendentales. El aparecer, debe quedar claro, no es la cosa en sí sino la cosa en sí constituida en el trinomio de la experiencia alumbrada de significaciones y sentidos. La cosa en sí estuvo escondida hasta el momento de la primera constitución y significación de cada conciencia individual, que es el mundo donde las significaciones son infinitas, universales. Cada "algo" se ilumina significativamente en cada subjetividad con matices: el cielo de la conciencia es estrellado de distintos apareceres, pero es un solo cielo.

Esta constitución se diferencia claramente de la memoria o recuerdo natural en el sentido que es de presencia permanente, de desenvolvimiento actual instantáneo, involucrada directamente con la acción de la conciencia natural, a la mano en la entrega de significado y sentido, por ende, abstracta e intersubjetiva, plenamente ligada a la vida natural.

La conciencia, per se o instada por el yo, está permanentemente determinando si permanece en un yo empírico efectuando la vida de mundo, constituyendo vida natural, vida científica, vida artística, vida cultural, propia vida psíquica y afectiva, creando su propia manera de ver las cosas; o intermitentemente se

vuelve un observador radical de sí misma una especie de alter ego capaz de descubrir el en sí del yo empírico, enjuiciando trascendentalmente su propio sentido común y la forma como éste se constituye en cada uno. Este auto enjuiciamiento, bien llevado, es crítico para poder asumir la comprensión del otro, aunque sea con la deconstrucción de muy queridas constituciones propias, pero esto es solamente posible después de acogerse a una *epojé* radical y dolorosa.

El modo yo-empírico constituyente de la conciencia trascendental

El yo empírico, acosado por la vida natural en el mundo, constituye en lo que puede describirse como proceso de apropiación, dejando como ajeno lo que no le interesa o lo que no está a su alcance; capitaliza las experiencias valiosas para su condición empírica que va auto-creando, acrecienta su stock y repertorio, es egoísta en el sentido de que tiene ganas de tener, tiene ganas de propiedad y de reconocimiento. La conciencia trascendental hace la distinción entre la aparición neta de lo inanimado y la aparición de lo animado animal versus lo animado humano. Son apareceres sustantivamente objetivos los tres, en cuanto la objetividad está dada por la pureza del aparecer del fenómeno como trinomio en los tres casos. Sin embargo para el aparecer humano (que es el otro, los otros, la familia constituida como unidad, la sociedad, el país, el mundo en cualquier forma de presentación unitaria, etc.) la objetividad fenoménica se da como un aparecer que se constituye en un modo incompleto, incierto, extraño, imponderable, fácticamente inapropiable del todo, apropiable en parcialidades comprensivas profundas y abstractas, con significados y sentidos, que aunque dispersos, comprometen empáticamente al propio yo constituyente. La intersubjetividad o co-subjetividad, la socialización del sujeto en cualquiera de sus formas conllevan una condición extraña para el ego constituyente, de incertidumbre, solidaridad, amenaza y complicidad, análoga a la de la propia conciencia, que cuando se auto examina se sabe asolada por modos contrapuestos de estabilidad e inestabilidad, seguridad e inseguridad, unicidad y alteridad.

El modo yo-observador y fenomenologizante de la conciencia trascendental

El yo observador es el yo propiamente reflexivo de más alto nivel; no constituye desde los elementos sino hace objetivo el auto examen reflexivo abriendo el nivel trascendental por primera vez, sacando a la luz lo escondido, primero de la anónima conciencia en su forma de constituir mundo, que es siendo olvidada por la actitud natural; y segundo, de sí mismo como tal yo-observador neutral cuya inspiración reside en la inquietud fenomenológica que pregunta, sin cesar, por el sentido del ser teniendo a la mano el propio ser básicamente (dígase filosóficamente) incomprendido. De allí los títulos de yo-observador y fenomenologizante de este “funcionario” de la conciencia trascendental.

Se trata de una instancia que conduce a un nuevo despertar desde la única estructura de conciencia capaz de reflexionar en aguas profundas, reducirse y regresar comprensivamente (3). Es este modo de yo-observador, el único capacitado desde su posición para asumir actitudes como poner en cuestión reductivamente desde las más manidas y aceptadas “verdades” naturales hasta el concepto de humanidad de lo humano como nos ha sido dado, para asumirse como conciencia trascendental, en la tarea de clarificar el mundo y el ser del hombre. El trabajo del yo-observador algo a destiempo del flujo trascendental de experiencia del yo-constituyente (e independiente respecto al flujo actual vivencial perceptivo) se aboca a una fenomenología retrospectiva regresiva de la propia conciencia, examinando lo colectado, lo sedimentado, el pasado trascendental. Procede con explicación analítica al examen de constituciones, a la reducción de las constituciones primordiales e intersubjetivas, con presencia actual co-funcionante. En cierta manera valoriza constituciones más proclives a la relación con el otro y los otros porque está más atento al modo intersubjetivo, a la vida de mundo (6) que integran el otro y los otros, por lo cual su intencionalidad va por el lado de efectuar síntesis de modos como el compartir, enseñar, socializar, entregarse como ego, abrirse empáticamente en el sentido inter personal propio de la vida plural. Podríamos decir que el yo-observador escruta el pasado constituido como un arqueólogo personal, que mira al inicio y el desarrollo del yo que hay en cada uno en su contexto biográfico. El yo observador en la re-síntesis de la constitución del aparecer del otro-versión-cultural, y en la forma ambigua de intencionarlo (incorporándolo en general más como propio que ajeno) modifica al trinomio en su aspecto de objetividad, pura extendiendo, por así decir, su alcance a lo intersubjetivo, generando una segunda objetividad relativamente menos subjetiva, o algunos dirían una subjetividad completamente objetiva.

Una propiedad notoria del yo-observador es constituir una unidad “producto” resultante de las coherencias internas e intersubjetivas de las constituciones del sujeto que son representadas en la vida natural como el “sentido común” de cada sujeto por el cual cada uno siente que participa de las abstracciones del mundo común, también por el cual cada uno está seguro tener como aval, sus creencias (dígase sus constituciones), y un comportamiento afín a ellas. El yo-observador modula síntesis de experiencias que muestran una nueva modalidad del yo, que definitivamente es estar en-un-universal-en-el-pensar-sin-abandonar-el-ser-mismo-particular, lo que aporta nuevas evidencias y luminosidades respecto a la misma conciencia y también de los elementos en ella constituidos.

Inesperadamente el yo-observador es capaz de expropiar a la estructura primaria del yo de casi todas sus constituciones originales avasallándolo y haciéndolo asumir constituciones instaladas como extrañas y ajenas que se traducen en un sorprendente cambio de actitudes que se vuelven también extrañas y ajenas, incluso modificando en él el sentido común que le era tradicional. Aparece un otro-yo-empírico que se deslumbra, encandila y agita con nuevas constituciones e ideas las que se apoderan del yo-empírico original suplantándolo. En el modo negativo es: la locura, el fanatismo, el

delirio, la embriaguez emocional, el desborde, la multitud. En el modo positivo es el místico, el héroe, el santo.

Pero sin duda el aspecto culminante de las posibilidades del yo-observador es cuando su intencionalidad se vuelca plenamente en un nivel de pensar abstracto-eidético, llevando la reflexión a un nivel propiamente filosófico que surge en cada uno, aquella que aporta información inédita y deslumbrante para sí mismo, en un yo-observador ultra reflexivo que emerge y se sumerge circunstancialmente en el filosofante y en el hombre común, sustraídos del mundo natural por lo ideal y universal.

Yo-observador-universal, hombre común y hombre filósofo

Una etapa más íntima del reflexionar advierte que, ante lo problemático de la continuidad de la constitución de la conciencia abierta al mundo que constituye en una temporalidad *sui generis*, emerge la presencia circunstancial de una especie de ser-otro-yo-mismo integrado a mí, en realidad como encarnado en mí (ahora no es sólo otro modo de la conciencia trascendental) que oye el llamado del problema. Es una extensión del yo-observador fenomenologizante que una formulación primera lo mostró sólo como vigía perenne de la consistencia-coherencia-integridad de mi ser-conciencia, como ya está dicho. Este otro-yo-observador no tiene figura que lo represente y de hecho no “es” porque, igual que todo lo de la conciencia trascendental no tiene la representación de existente “terminado”, sino el estar en continuo estado de pre-ser o pre-siendo, inexistente real, dejándose ver por sus constituciones eidéticas y luego ocultándose. Él no se deja ver fácilmente en el hombre común. Es otro-yo-mismo que se ilumina e ilumina creativamente como algunas estrellas que se dejan conocer solamente por su influencia gravitacional y magnética.

Me parece percibir que al emerger el otro-yo-mismo-universal, el yo-mismo siempre estrictamente monádico acentúa su apertura para abarcar desde la habitual reflexión natural, el yo-constituyente, el yo-observador neutral, en un esfuerzo reductivo-reflexivo-regresivo y prospectivo.

En la actitud natural del hombre común el otro-yo-mismo está, las más de las veces, oculto, inaparente, porque la conciencia trascendental tiene una peculiar forma de esconder sus estructuras. Este “yo-otro-universal-que hay en cada uno” está ontológicamente vinculado a esencias y universales, lo que lo habilita a la acción teórica tematizante y objetivante; es afectivamente disminuido, es habilitante de una actitud de observación ponderada e imparcial del pensar trascendental y natural con sus habitualidades y constituciones con independencia del yo-constituyente, lo que le otorga un privilegio en relación con la verdad y arrancándose del yo-constituyente y del observador, la dice. Pero quizá el rasgo más fundamental de este yo-otro-universal está en las fuentes de su complejión: ellas son principalmente enaltecer lo constituido en sí, acorde (en forma conciliatoria, pero nunca frontalmente en contra de lo ya propio) con constituciones del otro, los otros, la comunidad cultural, las creencias comunes, etc. En efecto, él recoge los decires de los otros constituidos en lo propio para amalgamarlos o sublimarlos con lo propiamente constituido y así ir generando un patrimonio

conceptual, las convicciones duras, los modos de ser social, los juicios de valor y artístico, también las utopías, el sentido común propio, aquel del cual se habló en los inicios de esta reflexión.

De esta potente estructura que valida el mundo en la forma de mi fenómeno mundo proviene la convicción de que yo estoy en una especie de verdad y los otros, que a veces piensan muy distinto y para mí son algo distantes y extraños, estarían en una especie de error. En mentes normales, pero en forma más rígida en sujetos descarriados y patológicos, no suelen ocurrir porosidades que permitan deconstruir lo que tan laboriosamente, pasiva o activamente, la conciencia trascendental constituyó con coherencia y perfección y que con el tiempo adquieren el atributo de lo propio y pasan a constituir el modo o hábito de la persona, su impronta, su sello, su carácter. Lo que es peor, es que en mentes enfermas la contradicción argumentativa puede provocar un horror vital porque no pueden asistir al desmoronamiento de lo que ha pasado a ser sustancial con la conciencia trascendental: la propia biografía que se ha presentado al mundo, tan querida para cada uno, con lo cual el yo-conciencia se vería arrastrado y humillado. El orgullo desmedido, la desconfianza, la prepotencia y el fanatismo están en la puerta de entrada de la anulación de la co-existencia con el otro, por lo que pensamos que el conócete a ti mismo, como humano y como humanidad en la reflexión profunda, puede ser el inicio de una etapa de autenticidad, humildad y resignación, cambios que pueden estar en la base de la neutralización de los efectos nocivos de la fatalidad humana, que es imperativamente ser iguales y distintos, para bien o para mal. La nueva epojé que incluye la relación del ego individual con el ego social que se inicia en el (*Ego-cogitatio-cogitatum-alter Ego-cogitatio*) deberá ser explorada en reflexiones posteriores.

Esta meditación permite imaginar que cuanto mejor comprendamos la conciencia humana en su amplio sentido que es humanidad, más a la mano estará la genuina comprensión del otro y de lo ajeno y que de todo lo que no comprendamos del origen de nuestras diferencias de visiones del mundo y de lo humano nace una especie de frustración e infelicidad. Contribuir a mejorar esta relación es uno de los propósitos profundos de la filosofía del cual nadie debiera sentirse ajeno.

Referencias bibliográficas

- 1.- Kant, Immanuel. *Crítica de la Razón Pura*. Losada, 1960, Buenos Aires.
- 2.- Heidegger, Martin. *Ser y Tiempo*. Trotta, 2003, Madrid.
- 3.- Husserl, Edmund. *Meditaciones Cartesianas*. Tecnos (Grupo Anaya S. A.) 2009, Madrid.
- 4.- Fink, Eugen. *Sixth Cartesian Meditation. The Idea of a Transcendental Theory of Method*. Kluwer Academic Publishers B.V. 1988.
- 5.- Hume, David. *Investigación sobre el conocimiento humano*. Alianza Editorial, S. A., 2010, Madrid.
- 6.- Husserl, Edmund. *The Crisis of European Sciences and Transcendental Phenomenology*. Northwestern University Press, Evanston.1970.

Eutanasia y Principio de Autonomía

Psic. Valentina Paz Urrutia¹²

Objetivos

1.- Objetivo general

Realizar una revisión integradora de la literatura sobre la eutanasia y su relación con un principio de la bioética: la autonomía.

2.- Objetivos específicos

Explicar los cuidados paliativos e identificar sus respectivas actuaciones: eutanasia, ortotanasia, distanasia y cacotanasia. Siendo posible explicar las principales características de estas cuatro.

Describir el concepto de bioética y sus cuatro principios: no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía.

Relacionar el principio de autonomía con la actuación que se trata con mayor extensión en la literatura actualmente: la eutanasia.

Metodología de búsqueda

Se realizó una revisión sistemática de literatura sobre eutanasia y el principio de autonomía. Buscando en las bases de datos Scencedirect, Pubmed, Ageline, Google académico, Medline, Redalyc, Psycodoc, Psycinfo, Psyke, SCielo y Dianet. Se utilizaron como palabras clave “cuidados paliativos”, “actuaciones”, “eutanasia”, “distanasia”, “ortotanasia”, “cacotanasia” combinadas con “bioética” y “autonomía”. Se encontraron alrededor de 84 artículos, de los cuales se utilizaron 53, debido a su relación específica con el tema eutanasia y autonomía. Los criterios de exclusión fue principalmente el idioma, utilizando solo textos en español e inglés. Se descartaron los artículos que se basaban en la temática legal como centro del artículo. Respecto al intervalo temporal, se

¹² Psicóloga. El presente trabajo corresponde a la Tesis, dirigida por María Eugenia Olivares, del Máster de Psicogerontología realizado en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

utilizaron artículos desde el año 1970, año que se empezó a utilizar el término Bioética, hasta el 2014.

Es posible dar cuenta que desde aproximadamente el año 2000 en adelante se le da más espacio en la literatura al principio de autonomía como un argumento en relación a la eutanasia. Por lo que se puede afirmar la existencia de un cambio a partir del siglo XXI en los planteamientos sobre la eutanasia y su relación con el principio de autonomía.

Introducción

Desde los tiempos más remotos las sociedades ofrecen ayuda y confortan a sus enfermos y a los que están muriendo. Inmersos en diferentes culturas, leyes y formas de percibir la muerte, cada sociedad ha proporcionado de diferentes maneras los cuidados a sus enfermos terminales. Desde la preocupación por la vida que afirma Hipócrates: “Jamás daré medicamento mortal por mucho que me lo soliciten”, hasta el extremo de no prestar ayuda alguna a los enfermos como expresa Platón: “Tu establecerás, oh Glaucon una disciplina en el estado y una jurisprudencia tales como nosotros la entendemos, limitándote a dar cuidados bien constituidos de alma y cuerpo. En cuanto a los que no son sanos corporalmente, se los dejara morir”. Así también, Nietzsche fue partidario de la misma postura en cuanto llamar a los enfermos “parásitos de la sociedad” (Vilches, 2001). Es posible así, evidenciar múltiples formas de concebir la muerte a lo largo de la historia.

Es clara entonces la existencia de diferentes significados sobre el valor de la muerte y la vida, así también como de los enfermos terminales (Vilches, 2001). Son muchos los cambios que van asociados al concepto de muerte y nuestra sociedad no se queda al margen, existiendo cada vez mayor preocupación por la muerte, y sobretodo, por el proceso de ponerle fin a la vida. Esta temática ha sido la base de muchos debates que han surgido los últimos años. Junto con esto, la filosofía ha pasado durante el siglo XX de pensar sobre el “morir mortal” a pensar sobre el “morir moral” (Bonete, 2002). Por lo que a este debate sobre la muerte se le suma un componente ético importante, generando cada vez mayor interés por establecer fundamentos éticos más concretos sobre el proceso de muerte.

Dentro de este reconocimiento que se ha tenido sobre la parte ética del proceso de muerte, la bioética es la que se ha establecido como disciplina precursora de las variables intervinientes en el final de la vida, instaurando diferentes principios que deben guiar la práctica clínica. Dentro de estos, es el principio de autonomía el que ha generado mayor interés en la literatura, existiendo diferentes argumentos en relación con la muerte, en especial, con la eutanasia.

Chile no se queda al margen de esta situación, los cambios característicos que ha sufrido la idea sobre la muerte y su relación con la ética son cada vez más notorios en este país producto de los cambios a nivel demográfico y político. El reconocimiento de los derechos del paciente en el contexto de la Reforma a la Salud AUGE (proyecto de régimen general de garantías en salud, año 2001) generó el proyecto de ley “sobre los

derechos y deberes de las personas en salud”. Junto con esto, la consagración legal del “consentimiento informado” y la regulación de la muerte digna, centrada en la posibilidad de evitar el ensañamiento u obstinación terapéutica, atrajo el interés de académicos, profesionales y religiosos que, en algunos casos, vieron aquí la puerta de entrada a la instauración de la eutanasia (Zúñiga, 2008).

El proyecto de ley sobre derechos del paciente, busca hacerse cargo adecuadamente de los conflictos morales que la suspensión o interrupción de un tratamiento médico significa en el contexto del debate sobre la eutanasia. Esto ha llevado a que en Chile se instaure un debate sobre el reconocimiento del derecho básico a la autonomía y libertad que cada cual debe tener sobre el propio cuerpo (Zuñiga, 2008).

Otro factor que llama la atención es el aumento de personas en situación terminal, sobretodo de ancianos. Según las previsiones de las Naciones Unidas (2006), entre 2010 y 2050 la población mundial de 65 años y más se multiplicará por 3. En 2050 las personas de 65 años y más equivaldrán a un 26% de la población en países desarrollados y a un 14.6% de la población en países en desarrollo, es así como el envejecimiento de la población se da en casi todo el planeta, siendo previsible en los países desarrollados, pero sorprendiendo por su celeridad.

Actualmente en Chile ocurre este mismo cambio caracterizado por el rápido aumento demográfico de la población de adultos mayores (Thumala, 2009). En los últimos 30 años, la población chilena ha experimentado un proceso de envejecimiento demográfico acelerado y sin precedentes históricos. De acuerdo con las estimaciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2008), Chile se encuentra en un importante, irreversible y silencioso proceso de cambio en su estructura demográfica. En los próximos 20 años se estima una tasa de crecimiento de 3,7% anual para este grupo etario, por lo que se proyecta una población de 3.825.000 personas de edad para el año 2025, lo que representará el 20% de los chilenos (CASEN, 2006; SENAMA, 2009).

El aumento de la población de personas mayores es claro a nivel mundial como a nivel nacional (Chile). Junto con esto, por efecto del mejoramiento generalizado de las condiciones sanitarias y nutricionales las tasas de mortalidad han disminuido fuertemente haciendo que la esperanza de vida alcance hoy 78 años aproximadamente, lo que representa un incremento de más de 20 años en las últimas cinco décadas (Thumala, 2009). Este aumento de la calidad de vida que ha conllevado a un importante aumento de la longevidad, ha conducido a un aumento significativo en el número de personas que sufren de enfermedades crónicas que no se curan y por lo tanto llegan a fase terminal (Carlos, et al., 2013). Lo que ha significado la existencia de una mayor población de adultos mayores en situación de enfermedad terminal.

Las actuales peticiones de eutanasia por ciudadanos chilenos, junto con el claro aumento de pacientes en situación terminal, ha llevado a que se genere un interés mayor por la forma de ponerle fin a la vida. Por lo tanto, en Chile éste es un tema que actualmente ha generado mayor interés, surgiendo voces en la sociedad que hasta hace poco parecían silenciadas por el contexto sociopolítico que caracteriza este país.

Debido a esto es que nace la necesidad de reflexionar sobre este tema, buscando

fundamentos concretos que proporcionen un escenario sólido sobre el cual responder a las interrogantes actuales de esta sociedad.

Estado Actual del Tema

Cuidados Paliativos

Conforme avanza la historia, la sociedad ha ido desarrollando mayor preocupación por el cuidado de los enfermos terminales. Debido a los cambios culturales, demográficos y epidemiológicos, así como de la profesionalización y avances en el campo médico, durante el siglo XX se consolidó en las sociedades occidentales la tendencia a que la muerte y el final de la vida ocurran bajo la esfera de la Medicina (Alonso, 2013).

A este campo donde se empezó a tratar el proceso de muerte de los enfermos terminales se llamó Medicina Paliativa. Fue en 1987 cuando fue ya reconocida como una especialidad médica, siendo definida como “el estudio y gestión de los pacientes con enfermedad activa, gradual y ultra-avanzada, para la cual es limitado el pronóstico y la aproximación del cuidado es la calidad de vida” (Calman et al., 2005). Inicialmente, este concepto apareció incorporado únicamente a las prácticas médicas. Sin embargo, son muchos los profesionales implicados en esta área, por lo que tal cuidado es casi siempre multiprofesional o interdisciplinario. En la esencia del concepto de cuidados paliativos, se destaca el alivio de los síntomas, del dolor y del sufrimiento en los pacientes que sufren de enfermedades crónico-degenerativas o están en la fase final, y se trata al paciente en su globalidad de ser, buscando mejorar su calidad de vida (Bertachini et al., 2006).

Es así, como los cuidados paliativos se han iniciado desde el supuesto que cada paciente tiene su propia historia, relaciones y cultura, que merece respeto como un ser único y original. Esto incluye proporcionar el mejor cuidado médico posible y poner a su disposición las conquistas de las últimas décadas, de forma que todos tengan la mejor posibilidad de vivir bien su tiempo (Saunders, C. en Bertachini et al. 2006).

Ya en 1990 la OMS definió cuidados paliativos como “el cuidado activo total de los pacientes cuya enfermedad no responde ya al tratamiento. Tiene prioridad el control del dolor y de otros síntomas y problemas de orden psicológico, social y espiritual. El objetivo de los cuidados paliativos es proporcionar la mejor calidad de la vida para los pacientes y sus familiares”.

Tomando como punto de partida esta definición, de manera más específica y detallada es posible considerar los cuidados paliativos como “el cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo, a través de la asistencia prestada por un equipo interdisciplinario que pueda responder a las distintas áreas de la vida de la persona. Su objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia, con especial énfasis en proporcionar a cada enfermo los recursos que puedan favorecer el proceso hacia una muerte en paz, mediante el apoyo emocional, el control de síntomas tratables y la promoción de la adaptación a los no tratables o persistentes” (Bayés, R. et al., 2008, pp 305).

Queda claro luego de entender la definición completa de los cuidados paliativos, como este campo exhibe compromisos ligados no sólo con la práctica médica, sino con la religión, la cultura y la moral. Centrándose en el paciente, destacando la naturaleza múltiple de la condición humana e identificando la calidad de vida como su objetivo último (Krmptic, 2010).

Esta importancia por una mejor calidad de vida es el motor fundamental del ser humano actual, encontrándose en una continua búsqueda del ser saludable, una esfera de la realidad que se enfrenta entre dos polos: la salud y la enfermedad. Sobre la base de este entendimiento de la vida, se ha construido el concepto de muerte digna. Sin embargo, esta definición no siempre es la misma para los pacientes, cuidadores, familiares y profesionales de la salud, así como también para una sociedad u otra, dando lugar a diferentes formas de enfrentarse al fin de la vida (Carlos et al, 2013).

El adelanto de la muerte o la aplicación de esfuerzos terapéuticos desproporcionados, como la obstinación, la futilidad y el ensañamiento terapéutico, son los extremos de los tratamientos que se pueden ofrecer a la etapa final de un paciente terminal (Carlos et al, 2013), existiendo diferentes maneras de enfrentarse a la muerte: la eutanasia, distanasia, ortotanasia y cacotanasia. Las cuatro actuaciones de los cuidados paliativos.

A continuación se explicarán estas cuatro actuaciones:

1.- Eutanasia

La palabra eutanasia etimológicamente procede del griego *euthanasía*: *ef* (bien) y *thanatos* (muerte), *buen morir*. Se caracteriza hoy en día como la abreviación del proceso de la muerte de una persona enferma, por acción o falta de acción, con el objetivo final de aliviar un gran e insoportable sufrimiento (Schramm et al., 2008). Siempre hay una intención de apresurar un proceso que es irreversible (Vilches, 2001).

Acortar el tiempo de la muerte puede ocurrir de diferentes maneras. En relación con el acto en sí mismo, se encuentra la eutanasia activa, la cual se caracteriza por actuar deliberadamente para causar la muerte del paciente por una intervención activa, es decir, a través de acciones encaminadas a producir la muerte del paciente terminal. Por su parte, la eutanasia pasiva consiste producir deliberadamente la muerte de una persona mediante la suspensión o retirada de los medios ordinarios de nutrición o el tratamiento. Es la cesación, retirada u omisión de intervenciones terapéuticas que se limitan a prolongar la vida biológica de un paciente que se encuentra en situación de enfermedad terminal (Hermsen et al., 2002; Alarcos et al., 2008). Es una eutanasia por omisiones o inacciones que deliberadamente se han aceptado, por el médico o el paciente, con el propósito de ponerle fin a una vida (Leiva, 2013).

También se considera una tercera forma: el doble efecto de la eutanasia, que correspondería a cuando la muerte se acelera como resultado de acciones médicas no letales, destinadas al alivio del sufrimiento de un paciente (Neukamp, 1937 en Schramm et al., 2004).

Otra forma de clasificar las distintas formas de eutanasia tiene en cuenta no sólo las consecuencias del acto, sino también el consentimiento del paciente (Martin, 1998 en Schramm et al., 2004). Ésta puede ser a petición del mismo paciente, de sus familiares, o por iniciativa de un tercero que presencia, conoce e interviene en el caso concreto del enfermo terminal (Vilches, 2001). Por su parte los autores Carlos et al. (2013) afirman que la eutanasia puede ocurrir por dos medios: voluntariamente a solicitud del paciente, o involuntariamente, cuando está en manos de otro, sin el consentimiento del paciente.

Schramm et al., (2004) y Abellan et al., (2008). desarrollan aún más esta clasificación, distinguiendo tres formas de consentimiento. La eutanasia voluntaria, la cual cumple con lo que expresa el paciente, la eutanasia involuntaria, también llamada cacetanasia, que ocurre cuando el acto se lleva a cabo en contra de la voluntad del paciente. Y una tercera cuando la muerte se lleva a cabo sin conocer la voluntad del paciente.

2. Distanasia

Al contrario de la eutanasia, se encuentra la distanasia. Etimológicamente esta palabra viene del griego *dis* (dificultad o anomalía) y *thánatos* (muerte); consiste en retrasar la muerte de un paciente infligiendo al paciente terminal dolor o sufrimientos adicionales secundarios a los efectos adversos de las terapias que se aplican, producto de una lucha desmesurada contra la muerte. También se conoce como ensañamiento o encarnizamiento terapéutico y obstinación terapéutica (Giraldo-Cadevid, 2008).

Se conceptualiza como una muerte difícil o dolorosa, que se utiliza para indicar la prolongación del proceso de la muerte a través de un tratamiento que sólo prolonga la vida biológica del paciente, sin calidad de vida y sin dignidad. Así, mientras que en la eutanasia, la principal preocupación es por la calidad de vida restante, en la distanasia la intención es prolongar la cantidad de tiempo de esta vida, instalando todos los recursos posibles para extenderla al máximo (Carlos et al, 2013).

3. Ortotanasia

Una tercera actuación que forma parte de los cuidados paliativos, la cual hace referencia a la muerte correcta o muerte digna es el concepto de ortotanasia. Etimológicamente ortotanasia significa *muerte digna: orto* (recto, digno), *thanatos* (muerte). Refleja la muerte deseable, la que ocurre al no prolongar la vida artificialmente, a través de procedimientos que conducen a un aumento de sufrimiento, lo que altera el proceso natural de morir. Así, en la ortotanasia, la etapa final individual está dirigida por los profesionales implicados en su cuidado por una muerte sin sufrimiento, lo que elimina el uso de métodos desproporcionados de prolongar la vida, como la ventilación artificial u otros procedimientos invasivos. El propósito principal es evitar el uso de

procedimientos que degradan la dignidad humana en la finitud de la vida (Carlos et al, 2013).

La ortotanasia se caracteriza por respetar el bienestar general de las personas con el fin de garantizar la dignidad de vivir y morir. Esta práctica permite a los pacientes y sus familias enfrentarse a la muerte como algo natural del continuum de la vida. Es un procedimiento mediante el cual el médico suspende el tratamiento, o presta sólo terapias paliativas para evitar el dolor y sufrimiento del paciente terminal, que ya no tiene una mejor oportunidad de curación, siendo ésta su voluntad o de su representante legal. (Carlos et al. 2013).

4. Cacotanasia

Una cuarta y última actuación, la cual no ha sido tratada de manera recurrente en la literatura es la cacotanasia (eutanasia involuntaria), etimológicamente esta palabra viene del griego y significa *mala muerte: kakos* (mala) y *thanatos* (muerte). Esta actuación hace referencia a una eutanasia que se impone sin el consentimiento del afectado. Es acelerar deliberadamente la muerte de un enfermo sin que influya la expresa voluntad del paciente. Varios autores la clasifican como un tipo de eutanasia involuntaria. También correspondería a la muerte por compasión, que no cuenta con la aprobación del propio implicado (Leiva, 2013; Sádaba, 2006).

El termino cacotanasia consiste en acortar y poner fin a la vida del enfermo sin su consentimiento, equivale igualmente a una eutanasia involuntaria pues es realizada sin la petición del paciente terminal. Se suele ejecutar sobre pacientes semi-conscientes o a expensas de su voluntad, a petición de sus familiares y/o por recomendación del equipo médico (Moreno, 2012).

Es posible dar cuenta como estas cuatro actuaciones determinan el proceso de muerte de un enfermo terminal: prolongando la vida, dejando que la enfermedad siga su historia natural o adelantando la muerte. Dependiendo de cada persona, las concepciones sobre la muerte digna van variando, generando diferentes significados sobre esta misma.

Los cuidados paliativos dejan de lado un momento los significados personales sobre lo que es una muerte digna, tratando de “humanizar” el final de la vida, excediendo de lo puramente fisiológico. Se trata de un abordaje integral centrado en la totalidad “bio-psico-social”, suponiendo un nuevo horizonte de intervención por parte de la Medicina, en la que la esfera privada e íntima de la persona, su historia, sus emociones, las relaciones familiares y su relación con la enfermedad y la muerte, se configuran como objeto de intervención profesional (Alonso, 2013).

Sin embargo, en la segunda mitad del siglo XX comenzaron a manifestarse voces críticas sobre la medicalización de la muerte y el proceso de morir en la esfera del contexto médico, así como las consecuencias sociales de estos procesos (Alonso, 2013). Es así como empezaron a desarrollarse movimientos e iniciativas que promueven formas más humanas de abordar el final de la vida.

En este sentido, la emergencia y desarrollo de los cuidados paliativos, los movimientos a favor de la eutanasia y del derecho a morir con dignidad, así como el desarrollo de la bioética y el mayor énfasis en el respecto de la autonomía de los pacientes, contribuyeron a cuestionar la forma de gestionar la muerte en contextos médicos, prestando mayor interés en la toma de decisiones del paciente (Alonso, 2013).

El ser humano es el único ser vivo que es consciente de su propia finitud (Freud, 1915), por ende, el tema de la muerte es algo propio de nuestra especie. En la realidad, es claro como el paciente debe tomar una decisión final que puede significar un dilema ético, la cual no siempre va de la mano con el respeto de su voluntad en la última instancia de su proceso de muerte (Carlos et al, 2013). De alguna manera, esta decisión va acompañada de un factor ético, bien sea desde un punto de vista personal o cultural.

Boneto (2002) afirma como en los ochenta, con los nuevos dilemas éticos que plantea el alargamiento de la vida humana por métodos farmacológicos, quirúrgicos y terapéuticos, se añade una nueva perspectiva en como afrontar moralmente la muerte o convertir en moral el hecho de morir.

Es así como se empiezan a desarrollar las cuestiones morales que suscita el proceso de morir. Para esto, la bioética toma un rol principal, pudiendo ser un marco teórico capaz de proporcionar información a la legitimidad moral de la eutanasia.

Bioética

En el año 1970 Potter utilizó el término bioética en un intento de crear un puente de diálogo entre el saber biológico y los valores humanos. A este puente de diálogo, a este nuevo saber, se denominó bioética (Potter, 1970). Luego, el Congreso de los Estados Unidos creó una comisión para elaborar directrices éticas con el objetivo de proteger y garantizar los derechos de las personas incluidas en estudios de investigación biomédica (Gómez, 2009). Como consecuencia, en 1978, se redactó el Informe Belmont, uno de los primeros documentos escritos sobre bioética. En éste se reconocía la autonomía, la beneficencia y la justicia. Un año más tarde, Beauchamp y Childress (1979) introdujeron en la reflexión bioética el concepto de no maleficencia, que es aceptado universalmente como cuarto principio.

La bioética aplicada al campo de las ciencias medico sanitarias es una disciplina que intenta utilizar métodos de análisis y procedimientos de resolución de los problemas éticos médicos. De esta manera, la ética médica se centra en las manifestaciones de los patrones morales de la sociedad en el ejercicio de la Medicina (Abalo et al., 1996). Según Chio et al. (2010) para el correcto funcionamiento de esta disciplina es necesario cumplir con una serie de requisitos:

1. Ética civil o secular, esto significa que aún teniendo todas las personas derecho al escrupuloso respeto de su libertad de conciencia, las instituciones sanitarias están obligadas a establecer unos mínimos morales exigibles a todos.

2. Ética pluralista, es decir, que acepte la diversidad de enfoques y posturas e intente conjugarlos en unidad superior. Solo el pluralismo universal puede dar lugar a una ética verdaderamente humana.
3. Ética participativa y deliberativa. Esto no puede hacerse correctamente más que permitiendo la participación directa de todos los implicados en el proceso de deliberación.
4. Ética de la responsabilidad. Considerando que hay un criterio absoluto en ética, que es el respeto de todos los seres morales, y por tanto de todos los seres humanos.
5. Ética autónoma (a partir del carácter autolegisador del ser humano), no heterónoma (las normas vienen impuestas desde fuera). Las éticas autónomas consideran que el criterio de moralidad no puede ser otro que el propio ser humano.
6. Ética racional. La racionalidad humana tiene siempre un carácter abierto con un momento a priori o principialista y otro a posteriori o consecuencialista. La razón ética no hace excepción a esta regla y, por tanto, ha de desarrollarse siempre a ese doble nivel.
7. Ética universal, y por tanto a ir más allá de los puros convencionalismos morales.

Todos los sistemas bioéticos intentan cumplir con los siete requisitos anteriores. En bioética se considera que estos requisitos, que derivan directamente del imperativo formal de igual consideración y respeto de todos los seres humanos, pueden reducirse a cuatro principios: no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía (Chio et al, 2010).

1.- No Maleficencia

El primer principio es el de no maleficencia, el cual obliga a no hacer daño intencionadamente. La no maleficencia implica abstenerse intencionalmente de realizar acciones que puedan causar daño. Consiste en el respeto de la integridad del ser humano y se hace cada vez más relevante ante los avances técnico-científicos. Generalmente coincide con la buena práctica médica que le exige al sanitario darle al paciente los mejores cuidados prescritos por el estado del arte (Gómez, 2009; Chio et al. 2010; García, 2013). El principio de no maleficencia obliga a todos, de modo primario, y por lo tanto es anterior a cualquier tipo de información o de consentimiento, a no hacer el mal (Gracia, 2008).

2. Justicia

En segundo lugar se encuentra el principio de justicia, éste consiste en el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios. Es tratar a todos por igual, con equidad y sin discriminación. Se intenta regular la distribución o la asignación de los recursos limitados, insuficientes para la satisfacción de todas las necesidades y solicitudes (Gómez, 2009; Chio et al. 2010; García, 2013).

El principio de justicia en la relación sanitaria, no lo aporta ni el médico ni el paciente, si no las terceras partes. Esto significa que sólo las terceras partes (Estado, Dirección del hospital, Jefe de servicio, etc) pueden en realidad hacer presente en la relación sanitaria el principio de justicia, en este caso, distributiva, al canalizar los limitados recursos con que se cuenta, de modo que produzcan el máximo beneficio sanitario en la comunidad. En la dimensión personal de la asistencia es que el médico tiene que responsabilizarse, al tratar a todos por igual. Pero no se espera que éste sea un instrumento de la política económica o social. Por lo que son terceros los que deben preocuparse de la justicia en la distribución de recursos y eficiencia/equidad. (Gracia, 2008).

Los principios de no maleficencia y de justicia, están íntimamente relacionados entre sí, hasta el punto de poderse considerar como dos facetas de un mismo principio, definen los criterios de igualdad básica y respeto mutuo en la vida social ante un mismo código de reglas mínimas de convivencia. Por eso, este no es el nivel de la ética de máximos, sino de la ética de mínimos, es decir, el mínimo de deberes que deben ser comunes a todos, y que todos debemos cumplir por igual (Chio et al., 2010).

Son los mínimos exigibles para una convivencia pacífica, para que así se pueda respetar a los seres humanos, que son seres con deberes y derechos. Este nivel se asemeja a los clásicos deberes perfectos y tiene como fundamento el principio de universalidad (Gracia, 2008).

3. Beneficencia

Un tercer principio es el de beneficencia, que incluye el principio de maximizar los beneficios y disminuir los posibles daños para el paciente. Es la obligación de hacer el bien. El actuar ético no postula solamente el respeto de la libertad del otro: incluye el objetivo del bien. Como las miradas del bien son múltiples, dependen de los individuos y las comunidades. No se puede buscar hacer un bien a costa de hacer un daño (Gómez, 2009; Chio et al. 2010; García, 2013).

El principio de beneficencia debe estar situado bajo el “no paternalismo”, esto quiere decir que se debe hacer el bien o ayudar a los demás en sus necesidades, siempre que ellos voluntariamente lo pidan o lo acepten. Por lo tanto, en las personas adultas y responsables este principio nunca permite hacer el bien o ayudar sin el consentimiento informado del paciente. Cuando éste es imposible, entonces el imperativo moral de beneficencia lleva a buscar siempre el mayor bien del paciente, y por lo tanto a prestar toda la ayuda posible (Gracia, 2008).

4. Autonomía

Por último se encuentra el principio de autonomía, de este deriva el hecho de que todo ser humano debe ser considerado y respetado como un sujeto moral autónomo, responsable de sus propias decisiones. Este concepto se originó históricamente, dentro de la democracia griega para indicar las formas de gobierno local, es decir, la polis. Más tarde, a partir de la modernidad, el

concepto de autonomía se empezó a aplicar a la persona (Schramm et al., 2004). El término autonomía se ha extendido a los individuos y ha adquirido diversos significados como: una forma de auto-gobernarse, derecho a la libertad y privacidad, a la propia elección, libertad de la voluntad, causa del propio comportamiento y ser dueño de uno mismo (Beauchamp et al., 1979).

Etimológicamente significa la capacidad de darse a uno mismo las leyes. En la ética Kantiana el término autonomía, tiene un sentido formal, lo que significa que las normas morales le vienen impuestas al ser humano por su propia razón y no por ninguna instancia externa a él. En bioética tiene un sentido más concreto y se identifica con la capacidad de tomar decisiones y de gestionar el propio cuerpo y, por lo tanto, la vida y la muerte de los seres humanos (León, 2008). La autonomía puede ser considerada una facultad de la realidad humana; pero puede también ser vista, como un acto, el acto de elección autónoma (Gracia, 2008).

Ser persona consiste en ser sujeto moral autónomo (Gracia, 2008), la autonomía, implica asumir su derecho a tener opiniones propias, a elegir y a realizar acciones basadas tanto en sus valores como en sus creencias personales. Este principio se define como capacidad de las personas de deliberar sobre sus fines personales, y de obrar bajo la dirección de esa deliberación. Respetar la autonomía significa dar valor a las consideraciones y opciones de las personas autónomas, y abstenerse de poner obstáculos a sus acciones, a no ser que éstas sean claramente perjudiciales para los demás (Gómez, 2009; Chio et al 2010; García, 2013).

Se ha postulado que las acciones son autónomas cuando cumplen tres condiciones: intencionalidad, conocimiento y ausencia de control externo. De estas tres condiciones del acto autónomo, solo la primera no admite grados, en tanto que las otras dos sí. La intencionalidad se tiene o no se tiene, de modo que los actos no pueden ser más que intencionales o no intencionales. Sin embargo, el conocimiento y el control sí admiten grados. En consecuencia, las acciones pueden ser más o menos autónomas según la escala de grados, siendo así la autonomía un continuo entre dos extremos, la acción completamente autónoma y la completamente no autónoma (Gracia, 2008).

La autonomía define el horizonte de las cosas beneficiosas para cada persona lo que en bioética se llama beneficencia. Autonomía y beneficencia son dos principios íntimamente relacionados entre sí y que definen la ética privada de las personas. No hay autonomía sin beneficencia ni beneficencia sin autonomía. Los principios de autonomía y beneficencia definen la ética de máximos, en otras palabras, el máximo moral exigible por cada individuo a sí mismo, y que puede ser distinto del que se exijan los demás a sí mismos (Chio et al. 2010). Depende del propio sistema de valores de cada individuo, del propio ideal de perfección y felicidad. Es la ética de la felicidad y de lo bueno. Este nivel se corresponde con los deberes imperfectos de la tradición y está basado en el principio de particularización (Gracia, 2008).

La bioética utilizando estos cuatro principios como base intenta construir nuevas formas de entender e interactuar con las diversas formas de vida, en variados escenarios culturales. Es un saber que constantemente reflexiona, se cuestiona y reclama dinámicas donde se busque una ética global (López, 2013).

Para realizar un ejercicio adecuado, la bioética utiliza como método la deliberación, esto significa poder sopesar los pro y los contra de una decisión antes de tomarla, es decir, realizar un examen cuidadoso y reflexivo sobre los principales factores implicados. Deliberar equivale a decidir antes de actuar. Es muy importante no caer en el error de reducir siempre los problemas a dilemas, aún cuando éstos abundan en la vida diaria (Gracia et al., 2004).

La deliberación busca analizar los problemas en toda su complejidad, lo que supone ponderar tanto los principios y valores implicados como las circunstancias y consecuencias del caso. Esto es lo que podrá permitir identificar todos o, al menos, la mayoría de los cursos de acción posibles. Debido a esto es que la bioética se considera deliberativa (Gracia et al., 2004)

Utilizando el método de la deliberación, y basándose en estos cuatro principios, es que el ejercicio de la bioética esta llegando a enfrentar problemas cada vez más globales, hasta el punto de que de ser una disciplina fundamentalmente clínica, está pasando paulatinamente a convertirse en un instrumento de análisis social, institucional y político. Esto es lo que hace que cada vez se la vea menos como una ética profesional y más como una ética general, interesada tanto por las dimensiones personales como por las institucionales y globales (Gracia, 2002).

Una comprensión más clara de la ética y la filosofía, así como de la bioética, es lo que debe subrayar los cuidados paliativos, ya que puede servir como fundamento en el cual se base la práctica. Tal filosofía no es simplemente en relación con el área médica o de salud; sino que refleja un aspecto moral más profundo (Abalo et al., 1996).

Eutanasia y autonomía

Actualmente la aplicación de los principios bioéticos cobran valor en la atención de pacientes terminales, y al mismo tiempo son causa de grandes dilemas en el mundo. Que la persona enferma conserve su dignidad hasta el momento final, es un reto que la bioética le plantea a la Medicina contemporánea (Goderich et al., 2000), siendo la muerte un proceso especialmente delicado donde la bioética debe deliberar, tratando de solucionar las diferentes problemáticas específicas de este tema.

El desarrollo de las técnicas médicas que ha permitido alargar la vida, ha provocado que la muerte haya dejado de ser natural. Para que un paciente en éstas circunstancias muera, alguien debe tomar una decisión, alguien tiene que hacer o dejar de hacer algo. Es decir, la evolución natural hacia la muerte puede ser interrumpida de muchas maneras, y como consecuencia, en muchas ocasiones alguien decide cuando a un enfermo le toca morir (Delgado et al., 2009). Es acá donde se empieza a pensar en el término eutanasia, así como en las diferentes actuaciones. Con esto surgen tantas

interrogantes y puntos de vista basados en diferentes formas de percibir y entender la realidad, la vida y sobretodo; la muerte.

Esta intervención creciente de la técnica médica ha significado un cambio importante en el modo tradicional de morir. De esta manera, nuestra sociedad moderna se ve cada día enfrentada a más y mayores retos relacionados con la posibilidad que tiene hoy un gran número de personas de decidir, en mayor o menor medida, el momento y el modo en que habrá de producirse su propia muerte. Esta realidad, que ha introducido procedimientos “tecnologizados” de morir, obliga a repensar el tema de la disponibilidad de la propia vida y de qué significa la “buena muerte” o, para algunos, la eutanasia (Zúñiga, 2008).

La eutanasia es un tema que ha ganado lugar importante en los debates contemporáneos en diferentes sociedades, especialmente desde la segunda mitad del siglo XX, momento histórico en el que comienza la bioética (Schramm et al., 2008). Sin embargo, para muchos el término eutanasia sigue siendo ambiguo.

Esta ambigüedad que supone esta actuación, junto con los procedimientos psicológicos, filosóficos, y claramente éticos que conlleva la conciencia de que la muerte está en marcha ha generado un debate ético sobre la eutanasia (Schramm et al., 2005). Es acá donde la bioética juega un papel fundamental a la hora de reflexionar sobre estos temas tan estrechamente ligados.

Esta disciplina entonces ha intentado abordar la amplia gama de problemas relacionados con el proceso de la vida-muerte. Enfrentándose a los dilemas éticos que genera el pasaje a la muerte, en concreto, la eutanasia. Muchas de las cuestiones cruciales que caen en este amplio panorama que es la eutanasia, se han abordado desde los principios de la bioética (Schramm et al., 2005).

Sin embargo, los principios de la bioética guardan una relación conflictiva entre sí, razón por la cual las soluciones a los problemas no suelen ser unívocas para todos los sujetos morales implicados, sino diversos y plurales (Gracia, 2008). El enfoque bioético de los pacientes terminales es un proceso dinámico, que requiere discusión, continua reflexión y cambio. Muchos dilemas éticos no escapan a la consideración de complejas imbricaciones morales. Son los principios de la bioética los que ayudan a resolver tales dilemas (Abalo et al., 1996).

Es así como el planteamiento de los dilemas éticos del final de la vida, de la muerte, no tiene por objeto resolverlos de una vez por todas, sino, antes que todo, el comprenderlos adecuadamente, entendiendo los argumentos de las distintas posturas, su peso y sus limitaciones, de tal modo que se pueda tener elementos suficientes para la realización de un juicio personal adecuado sobre los problemas que surjan en cada caso (Chio, 2010).

Es claro como los principios de la bioética son esenciales para la entrega de unos cuidados adecuados durante todo el proceso de la enfermedad así como también al momento de la muerte. Y acá es posible dar cuenta como no es sólo la muerte lo que realmente importa, sino su proceso, la certeza de que la vida se ha embarcado en un camino sin retorno (Schramm et al., 2004). Ayudar a los seres humanos a morir en paz actualmente es tan importante como evitar la muerte (Bayés et al., 2008).

Ahora bien, dentro de este proceso de muerte, la decisión sobre la propia muerte cada vez adquiere mayor relevancia en nuestra sociedad. El éxito de la Medicina moderna en la salvación de vidas ha provocado un aumento y no una reducción en la tasa de morbilidad, lo que ha convertido el proceso de morir en un problema más complejo aún. Y, debido a que se está abocado a la muerte, el mantenimiento de la vida no debería considerarse más importante que lograr una muerte en paz (Delgado et al., 2009).

Es aquí donde la autonomía y la eutanasia se cruzan, en el momento en que un enfermo terminal empieza a cuestionar el destino de su vida. En la elección sobre el ponerle fin a la vida, es que el principio de autonomía juega un rol esencial, pues es un derecho con el que cuenta todo paciente competente. El derecho de aceptar o rechazar un tratamiento o delegar su decisión a alguien que actúe en su nombre cuando él no lo pueda hacer, así como terminar con la propia vida son ejemplos del ejercicio de la autonomía en relación con la muerte (Merino et al., 2010).

El exigir mayor respeto por el principio de autonomía, conlleva a un adecuado cumplimiento del derecho del paciente de ser informado de su situación y de los posibles tratamientos, para que, como sujeto libre, pueda aceptarlos o rechazarlos (Bonete, 2002). Aplicado a la eutanasia, la autonomía asume que cada individuo tiene el derecho de disponer de su vida de la manera que lo considere oportuna, optando por la muerte cuando su existencia se vuelva subjetivamente insoportable (Schramm et al., 2005).

Es el principio de autonomía el que ha generado mayor literatura en relación a la eutanasia. Este principio de la bioética ha intentado generar una serie de consideraciones respecto a la ética del final de la vida, intentando generar argumentos sobre la autonomía del ser humano y su libertad de decidir sobre el momento de su muerte (Schramm et al., 2004).

Bajo este principio, el paciente se transforma en el agente que toma el control y elige sobre su propia vida. Sin embargo, el poder ejercer la autonomía implica que el sujeto cuente con un grado de libertad integrada por varios elementos: debe contar con información suficiente y adecuada sobre su estado de salud, así como sobre las alternativas terapéuticas a su alcance y sus riesgos como se mencionó anteriormente. Una información insuficiente o equivocada impediría el ejercicio de una verdadera elección. Conviene tener en cuenta que también debe respetarse el derecho de toda persona a no ser informada (Brena, 2008).

Junto con lo anterior, el paciente terminal debe tener capacidad para analizar la información y para comprender los alcances y significado de las decisiones. Asimismo, debe contar con un equilibrio interno aceptable, el cual supone, entre otros, no encontrarse con trastornos depresivos o bajo sentimientos de culpa o inferioridad tan graves, que impidan una toma de decisión saludable. Por último, debe haber una ausencia de coerciones externas, cualquiera que sea su fuente, ya sea médica o proveniente del entorno familiar y social (Brena, 2008).

Autonomía como derecho

Queda claro como la autonomía es el derecho del paciente para autodeterminarse después de estar correctamente informado para poder tomar una decisión. Si se toma este principio al pie de la letra no se debe negar al paciente su deseo de morir, pues como lo dice el propio principio, la persona es autónoma, por ende, libre de tomar la decisión que mejor le parezca; es su derecho (Francisconi, 2007).

Para poder respetar este derecho es necesario entender completamente lo que conlleva este principio. La norma que prescribe el respeto de la autonomía individual, requiere, obviamente, de una concepción de la autonomía (Rivera, 2003). El estado o condición de autonomía tiene como ideas bases:

1. Auto-poseción o auto-propiedad, la autenticidad, es decir, los propios deseos son auténticamente míos.
2. Auto-creación, lo que conlleva a que cada individuo sea producto de sus propias decisiones.
3. Auto-legislación, el sólo estar obligado por lo que determina la propia voluntad, de acuerdo con una ley universal.
4. Autenticidad moral, el actuar de acuerdo con los propios principios morales
5. Auto-control, el actuar gobernado “desde dentro”
6. Auto-responsabilidad, donde la toma de decisiones implica hacerse responsable de ellas.
7. Autonomía como derecho. Este derecho, evidentemente, supone la autonomía como capacidad y recoge algunos sentidos de la autonomía como estado (Rivera 2003).

Las personas tienen un derecho a la autonomía, es decir, a tomar decisiones fundamentales para su propia concepción de una vida buena. Y el respeto por la decisión autónoma de morir implica tanto la conducta pasiva de interrumpir un tratamiento como la conducta activa de causar la muerte (Rivera, 2003), por ende se debe aplicar tanto a la eutanasia activa como pasiva. Respetar la autonomía implica respetar los intereses de cada paciente. Y sus intereses pueden satisfacerse en algunos casos con acciones y en otros con omisiones.

Entonces, el respetar el principio de autonomía como un derecho lleva al deber de aceptar la voluntad del paciente, dado que se encuentra dentro del ámbito de su autonomía determinar las motivaciones que llevan a una decisión que no atañe a terceros. Por tanto, si se acepta su decisión porque quiere evitar un sufrimiento, se debe aceptar porque desea morir antes o de determinada manera (Rivera, 2003). La eutanasia en este caso entonces, es la única manera de respetar la autonomía del paciente: su derecho.

Autogobierno

Si bien existen argumentos en pro y en contra de la eutanasia que están sujetos a disputas, el carácter bioético de la toma de decisión sobre el final de su vida es un punto

considerado esencial en un paciente competente. Aquí es posible defender la ley moral, a primera vista válido, desde el autogobierno, es decir, que el sujeto es el mejor para elegir el resultado de su vida. Esto puede ser entendido como un hito fundamental en el ejercicio de la autonomía personal y, por lo tanto, una forma de empoderamiento del individuo, donde reafirma su capacidad de autogobierno (Schramm et al., 2004).

No siempre está claro si el paciente tiene o no el derecho moral de elegir la forma de poner fin a su biografía, en conformidad con sus principios y valores. Sin embargo, se plantea que la persona más competente para decidir lo que considera mejor calidad de vida, o morir dignamente sin prolongar la vida, es el mismo propietario de la vida, es decir, cada uno es dueño de su vida (Schramm et al., 2004).

En el ejercicio de la autonomía de la persona, ésta puede tomar la decisión de no permanecer en un sufrimiento no deseado, en un martirio que no conduce a nada, o bien continuar el sufrimiento, no por una decisión tomada por los demás, sino por una elección personal (Schramm et al., 2004). El derecho a la autonomía propone entonces que el mejor para decidir el curso de su vida es la propia persona, que es dueño de su vida, y por consiguiente, de su muerte.

Es decir, es el titular de la existencia el más adecuado para autodeterminar el curso de su vida, aquí se incluye el tiempo y la forma en que su vida llegará a su fin, es decir, la persona autónoma es en principio la más calificada para evaluar y decidir el rumbo de su vida, si se puede considerar cognitiva y moralmente responsable (Schramm et al., 2008).

Libertad

La autonomía personal entonces es como mínimo, el autogobierno. El individuo autónomo actúa libremente en concordancia con el plan elegido para uno mismo, por uno mismo. Una persona que se le reduce la autonomía, es de alguna manera controlado por otros, o incapaz de decidir o actuar en base a los propios deseos o planes (Beauchamp et al., 1979). Por ende, es restringido en cuanto a su libertad, su derecho a la autonomía no es respetado.

El problema de la muerte y su relación con el principio de autonomía es reportado acá como un acto de libertad: el que medita sobre su muerte, está meditando en libertad, sobre la libertad. Ningún daño alcanzará el entendimiento de que la privación de la vida no es un mal; saber morir puede eximir de toda sujeción y restricción (Schramm et al., 2004).

Por lo tanto, el principio de autonomía otorga a cada persona de libertad individual, el ser humano como agente moral debe ser libre de elegir la muerte en lugar de la vida si así lo desea (Schramm et al., 2004).

Entonces, respetar la libertad de elección de la persona que sufre es considerar a los pacientes como autónomos, es valorar su competencia para decidir autónomamente lo que considera importante sobre la vida o sobre el proceso de muerte, de acuerdo con sus valores y intereses legítimos (Schramm et al., 2005).

Muerte digna

Otro factor que conlleva el respeto al principio de autonomía es la condición de dignidad sobre muerte. En este sentido se afirma que el propugnar la eutanasia, especialmente cuando es solicitada por el propio enfermo, conllevará a una muerte digna. Entonces, la defensa de la dignidad humana exigiría poder elegir el momento de la propia muerte, desde el ejercicio de la propia autonomía, poniendo fin así a un sufrimiento al que los enfermos no ven sentido (Kass, 1989). La autonomía sería entonces, la expresión de la dignidad de la persona humana, de todos los seres humanos (León, 2008).

En este contexto, es necesario no solo respetar la libertad de elección del paciente que sufre como se mencionó en el punto anterior (Carlos et al, 2013), sino también su capacidad de autogobierno y de poder morir dignamente si así lo desea el paciente. Afirmando así a la autonomía como un derecho legítimo. El respeto a la autonomía requiere entonces que cada individuo tenga el derecho de disponer de su vida de la manera que lo considere oportuno.

Todas estas variables mencionadas, dan cuenta de la importancia del principio de autonomía a la hora de decidir sobre ponerle fin a la propia vida. Es posible observar como el respeto al principio de autonomía se ha sostenido como un argumento convincente de la bioética para la eutanasia.

La autonomía se evidencia hasta el momento como una forma de permitir la eutanasia, los diferentes significados que tiene el ejercicio de la autonomía conllevan a la afirmación de que es legítimo decidir sobre la propia muerte. Ahora bien, ¿es tan evidente que la decisión de morir pertenece al ámbito de la autonomía de un enfermo terminal?, ¿Es el paciente terminal realmente autónomo?

Existe un horizonte completamente diferente sobre la autonomía y su relación con la eutanasia, más allá de la legitimidad que conlleva este principio, existen límites que dan cuenta de una nueva forma de repensar el ejercicio de la autonomía en los pacientes terminales que quieren ponerle fin a su vida.

La muerte digna desde otro punto de vista

Anteriormente se vio como la autonomía conlleva a una muerte digna, ya que permite al enfermo decidir cuándo prefiere ponerle fin a su vida, optando por la dignidad antes que el sufrimiento. Sin embargo, visto esto mismo desde otro punto de vista, la autonomía no estaría realmente permitiendo la dignidad, debido al significado concreto de esta palabra.

La palabra dignidad, en su sentido etimológico, implica elevación, honor, nobleza. No puede ser exigida o reivindicada, porque no es algo que pueda ser suministrado o atribuido sin más. Uno no tiene más derecho a la dignidad, y por tanto a la muerte digna, que el que se tiene a la belleza, a la valentía o a la sabiduría, por muy deseables que sean estas cosas. La vida ofrece muchas ocasiones para mejorar en las virtudes: fortaleza y ecuanimidad, generosidad y amabilidad, valentía y autodominio, pero el ponerle fin a la propia vida no es una de ellas (Kass, 1989).

Muchas veces la adversidad estimula las mejores fibras del ser humano, donde

puede surgir la oportunidad para tener dignidad. Enfrentarse a la propia muerte podría suponer entonces una oportunidad para ejercitar la humanidad, tanto en lo grande como en lo pequeño, es así como se puede llegar a la dignidad. La muerte digna entonces, en su sentido más esencial, ha de significar una actitud digna y una conducta virtuosa ante el último momento de la vida. Por esto es que una muerte digna no es un asunto que se reduce a quitar enchufes o suministrar sustancias letales (Kass, 1989).

Desde este punto de vista, el modo de enfrentarse dignamente a la muerte dista considerablemente de la eutanasia. Pues para que la muerte se considere digna, es necesario saber afrontar, de modo consciente, el hecho de la muerte próxima. De modo especial, la persona que no tiene más remedio que soportar pasivamente su decadencia, reafirmará su dignidad en la medida en que sepa afrontar la muerte. De esta manera, la dignidad de la muerte no se puede encontrar mediante ponerle fin a ésta (Kass, 1989).

Kass, (1989) también explica que podría darse el caso de que algunas personas que realmente contemplan la eutanasia como una alternativa para sí mismas, podrían estar mas bien buscando una salida para acabar con sus problemas y dolores. Estos pacientes afectados podrían simplemente intentar huir de su angustia pues lógicamente viven una situación de grave desconcierto. Por lo que sería lamentable acceder a una petición de eutanasia que proceda de un tratamiento inadecuado del dolor o de una respuesta inapropiada al sufrimiento. No se trataría de una eutanasia por compasión o por respeto a la autonomía del paciente, sino de una eutanasia por incompetencia.

Si se resuelven las anteriores circunstancias, y el paciente terminal no padece enormes dolores ni alteración psicológica alguna, aún así el ponerle fin a la vida, independiente de la situación que viva el paciente terminal, no conllevaría a la dignidad. Ya que habría mayor dignidad en la valentía de afrontar el propio proceso de muerte, antes que terminar con la vida y escapar fácilmente de lo que agobia a cada enfermo terminal (Montero, 2009).

La eutanasia y la autonomía en este caso sería algo paradójico e incluso contradictorio, pues ¿cómo puede uno honrarse a sí mismo suprimiendo el propio ser?. Incluso en el caso de que la dignidad consistiera únicamente en la autonomía, ¿No sería curioso sostener que la autonomía alcanza su cenit en el mismo momento en que desaparece? (Kass, 1989).

Capacidades del enfermo terminal

La situación en que se encuentra un enfermo terminal puede determinar la incapacidad para tomar decisiones de vida o de muerte. El ejercicio de la autonomía requiere, como se ha visto anteriormente de ciertas capacidades. Cuando estas capacidades no están dadas, se justifica la acción paternalista del Estado, para evitar que el individuo actúe irracionalmente en contra de sus propios intereses. La situación de un enfermo terminal que solicita voluntariamente que se termine con su vida podría no satisfacer el umbral mínimo de capacidades que caracterizan la decisión autónoma (Rivera, 2003).

Según lo anterior, la decisión del paciente terminal está viciada por numerosos factores internos y externos. Respecto a los primeros, son aquellos que, aún cuando no

existieran abusos por parte de terceros, se dan en una situación límite como la de un enfermo terminal. Ciertamente, la situación en que se encuentra un enfermo terminal podría determinar la incapacidad para tomar decisiones de vida o de muerte. Sin embargo, el solo hecho de que una persona sufra una enfermedad terminal no implica necesariamente que éste sea incompetente. Puede perfectamente ocurrir que la persona sea completamente consciente y responsable de sus decisiones (Rivera, 2003). Es por esto que surge la importancia de una evaluación caso por caso y no una presunción irrevocable de incompetencia.

Condiciones del acto autónomo

Las acciones autónomas, como se mencionó en un principio, deben cumplir con tres condiciones: intencionalidad, conocimiento y ausencia de control externo. Esto ha conllevado a que existan dificultades y limitaciones a la hora de definir qué es una acción autónoma, siendo posible sugerir que una acción completamente autónoma es probable que no se haya dado nunca, y que sólo se pueda aspirar a que las acciones sean sustancialmente autónomas al cumplirse estas tres condiciones (Gracia, 2008).

En primer lugar está la intencionalidad, una acción puede afirmarse que goza de intencionalidad cuando es querida de acuerdo con un plan. De esta manera, si el plan de la eutanasia forma parte de lo querido por el paciente terminal, entonces se puede afirmar que tiene carácter de intencionalidad.

Respecto a la segunda condición, el conocimiento, la dificultad está en qué entendimiento o comprensión son necesarios para que una acción deba considerarse autónoma. Para esto, se propone que para poseer una comprensión completamente adecuada, se debe conocer la naturaleza de la acción y las consecuencias previsibles y posibles resultados que pueden derivarse de ejecutar o no la acción.

En la tercera condición, la ausencia de control externo, existen tres grados de control: la coerción, la manipulación y la persuasión. La coerción existe cuando alguien intencional y efectivamente influye en otra persona, amenazándola con daños tan severos, que la otra persona no puede resistir el no actuar a fin de evitarlos. La manipulación, consiste en la influencia intencional y efectiva de una persona por medios no coercitivos, alterando las elecciones reales al alcance de otra persona, o alterando por medios no persuasivos. Finalmente, la persuasión, es la influencia intencional y lograda de inducir a una persona, mediante procedimientos racionales, a aceptar libremente las creencias, actitudes, valores, intenciones o acciones defendidos por el persuasor. Estos son los tres modos en los que una persona puede hallarse controlada desde afuera.

Estas tres condiciones son siempre necesarias para determinar la autonomía de un acto, sin embargo, no son suficientes. Debido a esto es que se ha precisado una cuarta condición: la autenticidad. Un acto es auténtico cuando es coherente con el sistema de valores y actitudes generales ante la vida que una persona ha asumido reflexiva y conscientemente.

La influencia de la coerción, manipulación y persuasión es tan grande, que no es fácil aceptar la existencia de acciones sustancialmente autónomas. Pero el criterio de la

autenticidad permite evaluar cuando ese control externo es sustancial o no. Lo es, cuando lleva a la persona a actuar en contra del sistema de valores y actitudes de vida conscientemente asumidas .

En el caso de la eutanasia, el paciente terminal se halla en un medio donde su capacidad de comprensión y la ausencia de control externo podrían ser dudosos. Es necesario entonces, hacer una prueba de autenticidad de la petición del paciente. Para esto se propone que en vez de buscar la decisión positivamente auténtica, mediante la aceptación reflexiva de los valores que están a la base de los actos, se ha propuesto como criterio la decisión negativamente auténtica, basado en el no rechazo por parte del sujeto de su sistema de valores y actitudes de vida.

Según lo anterior, los valores y motivos son auténticos si y sólo si la persona no los ha rechazado reflexivamente o ha abjurado de ellos. De esta forma pueden considerarse como auténticos los motivos y valores aunque no se reflexione sobre ellos en ese momento, a no ser que la persona los repudie conscientemente juzgándolos inauténticos. Por lo tanto, la autenticidad no viene dada por la concordancia reflexiva con el sistema de valores y actitudes de vida, sino por la mera no contradicción o no discordancia.

Lo anterior lleva a considerar no autónomas conductas que van contra el sistema de valores establecido de una persona, siempre que ésta no lo haya rechazado expresa y reflexivamente, aunque tales conductas cumplan con las tres condiciones del acto autónomo: intencionalidad, comprensión y ausencia de control externo.

Eutanasia como un deber

La imagen que se forja el enfermo de su dignidad, o de su decaimiento, depende mucho de la mirada del entorno, debido a esto es que los factores externos pueden ser aún más importantes. Muchas veces el entorno considera al enfermo terminal como una carga y podría presionar explícita o implícitamente para que acepte la eutanasia. La sociedad misma podría hacerlo, en la medida que un enfermo terminal es frecuentemente considerado una carga o costo social (Rivera 2003).

Existe realmente el peligro de que el paciente, lejos de sentirse plenamente libre y autónomo en sus decisiones, sea fragilizado y se incline más a ceder ante la presión ejercida por su entorno. Existe el riesgo de que se sienta culpable por la carga que supone para los demás, por gravar financieramente a la sociedad, porque se obstina en vivir y se niega a hacer valer su derecho de autonomía, su derecho a la eutanasia. Existe el riesgo entonces, que ese derecho sea percibido en muchos casos, como un deber (Montero, 2009).

Quizás, la justificación de la eutanasia como un acto libre que permite reafirmar una voluntad autónoma es realmente una necesidad ciega: ¿Es tan evidente que la decisión de morir pertenece al ámbito de la autonomía de un enfermo terminal?

En estos términos, pensar en la autonomía como la libre elección queda en el orden de lo posible, pero siempre con la sombra que mas que un derecho, es una

necesidad (impuesta por la sociedad), eliminando así, casi cualquier posibilidad de decisión autónoma, ya sea sobre la vida o sobre la muerte (Schramm et al., 2005).

Individualismo vs Colectivismo

La inserción de los individuos en el sistema democrático puede llevar a la existencia “cuestionable” en cierto sentido del empoderamiento del propio viaje de vida. Es decir, los individuos piensan que son realmente dueños de su vida, que son seres realmente autónomos, pero, este individualismo inserto en la sociedad actual se vería mermado por la ideología colectivista, según la cual el colectivo alcanza una sustancialidad tal que es capaz de influir a priori sobre los deseos de los individuos. La autonomía sería en este contexto una ficción, existiendo una clara tensión entre individuo y colectivo, existiendo una imposibilidad conceptual de ejercer la libertad dentro de las coordenadas sociales, no siendo factible pensar en la autonomía, más propiamente, la capacidad del individuo para decidir sobre su vida y muerte (Schramm et al., 2008).

Autonomía y Justicia

El equilibrio entre la autonomía y la justicia sigue siendo una de las principales dificultades a las que enfrenta este principio de la bioética, sobre todo en la composición intrincada entre el respeto a la libertad individual y la igualdad, ya que de lo contrario puede darse paso a la desigualdad. La igualdad entre individuos autónomos no sólo debe ser respetada, sino también estimulada. Se aboga por una amplia libertad de la persona, con la mínima intervención del Estado, para garantizar el mejor ejercicio de la libertad del individuo, en su derecho por la autonomía. En este contexto, ante la existencia de un estado de profunda desigualdad, el grado de autonomía efectiva disminuye, por lo que las personas son empujadas fuera de las condiciones mínimas para ejercer su derecho a la autonomía (Schramm et al., 2008).

Principio de Beneficencia en la relación médico-paciente

La primacía de la autonomía se coloca en la relación médico-paciente. Es aquí donde existe un límite a la autonomía del paciente: las acciones de un individuo no pueden estar desvinculadas de las obligaciones y compromisos con sus semejantes. Es decir, se subraya la importancia del todo, de la sociedad, sobre la parte, la persona, como factor limitante de acción (Francisconi, 2007).

Por lo tanto, el derecho a elegir no debe incluir el derecho a morir solicitando a algún profesional sanitario que facilite la aceleración de la muerte. El principio de la beneficencia que se refiere a la obligación de hacer el bien o de ayudar a las personas, refleja una responsabilidad fundamental del profesional sanitario, la cual se podría pasar a llevar al concederle la muerte al paciente. Ayudar a morir a una persona nunca es un acto de beneficencia, debido a que incide sobre la inviolabilidad de la vida (Cortez,

2006). De esta manera, el respeto por la autonomía del paciente podría poner en juego el adecuado uso del principio de beneficencia, lo que llevaría a un conflicto en la bioética.

Es posible dar cuenta de cómo las diferentes variables planteadas anteriormente cuestionan la legitimidad del principio de autonomía en cuanto a su relación con la eutanasia. Tomando diferentes puntos de vista, los diferentes autores explican como esta actuación no conllevaría realmente al adecuado ejercicio del la autonomía del paciente terminal.

Por un lado, existen diferentes factores externos que intervendrían en la concepción que se tiene sobre la autonomía. Dentro de estos esta la presión del entorno que conllevaría a que el enfermo terminal se percibiera a si mismo como una carga, conllevando a que la eutanasia se convirtiera en una necesidad ciega, en un deber.

La determinación que al parecer tiene el ser humano sobre su juicio y sobre la toma de decisiones sería otra limitante al principio de autonomía. Existiendo factores, como el colectivo, que determinarían la libertad de voluntad de los seres humanos, y por ende, de los pacientes terminales. De esta manera, el pensamiento colectivo determinaría a priori la toma de decisiones de las personas. Razones para pensar que existen variables que estarían interviniendo en la adecuada concepción del principio de autonomía.

Las capacidades del enfermo es otro factor importante a la hora de referirse a las limitantes del ejercicio de este principio. Si bien es cierto que hay ciertos requisitos que se han mencionado que son esenciales para hacer uso del derecho a la autonomía. Se ha llegado a plantear que la situación que vive el paciente en estado terminal es de tal magnitud que puede verse reducido su derecho a la autonomía. Es por esto que se debe hacer notar que el enfermo terminal si puede ser capaz de ejercer su derecho a la autonomía, y este debe ser respetado. Esto es esencial a la hora de valorar a los pacientes terminales, especialmente a los ancianos, a los cuales muchas veces debido a su edad avanzada es que se pone en duda su capacidad a la autonomía, pudiendo llegar a que se restrinja este derecho.

Conclusiones

Los Cuidados Paliativos de la mano de la bioética han tomado un rol fundamental en el proceso de muerte de los pacientes terminales. Si bien son los Cuidados Paliativos los encargados de este tema en específico, es interesante notar como la bioética fue poco a poco adquiriendo entidad, transitando por diferentes etapas hasta llegar a la consolidación disciplinaria (Actis et al., 2014). Es así como el principio de autonomía ha logrado un lugar importante en esta temática del final de la vida, llegando a ser de los argumentos más expresados en cuanto a su relación con la eutanasia.

Junto con esto, el claro aumento demográfico ha conllevado a que el envejecimiento de la población se dé en casi todo el planeta, además, gracias a los avances de la medicina, es posible encontrarse con una mayor cantidad de personas mayores en situación de enfermos terminales, muchos de estos competentes, con

capacidad de autogobierno, lo que permite el poder ejercer su derecho de autonomía en cuanto a la decisión de ponerle fin a la propia vida.

En esta temática en particular, hay diferentes corrientes explicativas que argumentan sobre la legitimidad de la autonomía en cuanto a su relación con la eutanasia. Es posible encontrar tanto puntos a favor como en contra, refiriéndose ambos específicamente a la autonomía.

Dentro de los argumentos que consideran legítimo el valor de la autonomía en cuanto a su justificación a favor de la eutanasia, se encuentra el respeto al concepto del propio principio, declarando de tal forma que se debe respetar la clara definición del termino autonomía, a la vez que se asume como un derecho. El autogobierno, el ser cada uno dueño de su propia vida, y por ende de su muerte es otro argumento que desea legitimar éste principio. El derecho a la libertad y la muerte digna también estarían en esta categoría. En el fondo, los argumentos a favor se centrarían en el principio de autonomía como un derecho, con todas sus variables intervinientes.

Por otro lado se encuentran los argumentos que ponen un límite al principio de autonomía. Gran parte de la variabilidad en las conductas está dada por la manera como las personas razonan, formulan juicios y toman decisiones (Valbuena, 2008). Por ende, si estas últimas están influenciadas bien sea por factores externos, internos, o por la falta de información adecuada, entonces es claro como las decisiones de los pacientes terminales podrían no cumplir con los requisitos necesarios para ejercer su autonomía. Por lo tanto, para poder ejercer este principio de manera adecuada, es necesario conocer las condiciones del acto autónomo.

El entorno es otro factor esencial a la hora de entender las limitantes de la legitimidad de la autonomía. Éste ejercería una presión ciega sobre los enfermos terminales sobre su derecho a la autonomía, y por consiguiente, implicaría un deber a la eutanasia. Estos factores externos estarían convirtiéndose en un límite para el correcto ejercicio del principio de autonomía. De alguna manera la dinámica entre el contexto y el individuo reduciría la validez de este principio respecto a su relación con la eutanasia.

Esta gran variabilidad de percepciones sobre la legitimidad del principio de autonomía, específicamente sobre lo que significa la autonomía en si, podría estar dificultando una comprensión clara de este principio. Lo que ha conllevado a un gran debate sobre esta temática, prestándose para la ocurrencia de cada vez más argumentos tanto a favor como en contra de la eutanasia.

El mayor problema de esto, podría residir en el instante en que se recurre a la objetividad y se la acepta como un criterio para disponer de la vida de la gente. Esto debido a que todos estos argumentos tratan de alguna manera de generar una verdad absoluta y concreta que dicte la realidad sobre la autonomía y la eutanasia, olvidando las capacidades del ser humano para pensar, cuestionar y decidir. Más que declarar una verdad objetiva, estas visiones sobre la autonomía guían la reflexión sobre la legitimidad de la eutanasia, siendo necesario percibir las como tal: una guía, no una norma absoluta. Pues cada argumento es subjetivo y por ende, potencial de ser cuestionado.

Esta imperativa absolutista de una igualdad básica para estar en la vida, lleva a la interrogante: ¿se puede pretender de una disposición contextual uniforme y oficial que pueda aplicarse a todos? Quizás la respuesta, así como los argumentos, no pueden ser absolutos. Pero es importante reflexionar sobre el grado de influencia que tienen a la hora de evaluar la legitimidad del principio de autonomía como argumento a favor o en contra de la eutanasia. Pues es necesario que a los pacientes terminales se les de un espacio de toma de decisiones, sobretodo si las decisiones son sobre su propia vida (Arias et al., 2010).

Es así como el desafío más crucial para una bioética que propugne el diálogo, es el de dar nuevos sentidos a la vida y la muerte, contribuyendo al mismo tiempo al desarrollo de una Medicina donde se respete el diálogo sobre la autonomía de los pacientes terminales (Díaz, 2008).

Este tema del final de la vida en los enfermos terminales es necesario repensarlo desde un correcto uso de su derecho a la autonomía, con las limitaciones que este principio podría tener. No es un establecer en concreto las directrices sobre la eutanasia, es poder reflexionar sobre un tema que es tan debatido actualmente, y al parecer ha tomado poca importancia en la literatura sobre todo en lo que respecta a su relación con la adultez mayor.

Se han abierto muchas interrogantes, lo que genera un debate, pero como en cualquier proceso ético, no existe una única respuesta. Se habló tanto de derechos como de polémicas, ¿se puede concluir el debate? La verdad es que ésta polémica es necesaria para que se pueda conducir a guías de actuación clínica, a directrices sin saltarse la normativa. Y quién sabe si en un futuro el debate podría llegar a replantear la normativa.

Bibliografía

1. Abalo, J., Hurtado, V., Pérez, T., Roger, M. y Rodríguez, R. (1996). Reflexiones en torno a los problemas éticos y bioéticos en el cuidado del paciente con cáncer en Cuba. *Revista Cubana Oncol*;12(1).
2. Abellan, J., Lopez, F., Nombela, C., Prensa, L., Postigo, E. y Serrano, J. (2008) La eutanasia: perspectiva ética, jurídica y médica.
3. Actis, A. y Outomuro, D. (2014) *Bioética consolidada: abordaje histórico a más de 40 años de surgimiento*. *Revista de Bioética y Derecho*;30
4. Alarcos, F., Barbero, J., Barrio, I., Couceirod., A Lordaa, P., y Robles., P. (2008) *Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras*. *Rev Calidad Asistencial*;23(6) 271-85
5. Alonso, L. (2013) *Libre Albedrío. Las causas de los actos voluntarios. Mente y Cerebro*; 58
6. Alonso, JP.(2013) Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida. *Ciência & Saúde Coletiva*;18 (9) 2541-2548
7. Arias, C. & Iacub, R. (2010) El empoderamiento en la vejez. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*; 2(2) 25-32
8. Bayés, R., Gómez-Batiste, X., Maté, J., González-Barboteo, J., Muñoz, S., Moreno. & F. (2008) ¿ A qué se atribuye que los enfermos oncológicos de una unidad de cuidados paliativos mueran en paz? *Psicooncología*;5(2) 303-322
9. Beauchamp, T y Childress, J. (1979) *Principles of Biomedical Ethics*, ed. Oxford University Press, Nueva York.
10. Bertachini, L y Pessini, L. (2006) Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. *Interfaces Acta. Bioethica*;12 (2)
11. Bonete, E. (2002) Ética de la muerte: de la bioética a la tanatoética. *Revista de filosofía*; 25. 57-74
12. Brena, I. (2008). Eutanasia: hacia una muerte digna. *Colegio de Bioética y Foro Consultivo Científico y Tecnológico*
13. Calman K., Cherny N., Doyle D. y Hanks G. (2005) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. New York: Oxford University Press.
14. Carlos, Z., Geraldo da Costa, S., Marques Pereira de Melo Alves, A., Garrido de Andrade, C, Costa Duarte Souto, M. y Medeiros de Brito, F. (2013). La eutanasia, distanasia y ortotanasia: una revisión integradora de la literatura. *Ciênc Salud noticias*;18.
15. CASEN. (2006) Encuesta de Caracterización Socioeconómica. Familias. Gobierno de Chile, Ministerio de Planificación.
16. Chio, I., De la Vega, T. y Yanes, M. (2010) Presencia de la bioética en los cuidados paliativos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*;26 (2)
17. Cortez, J. (2006). Aspectos bioéticos del final de la vida: El Derecho a Morir con Dignidad. *Revista cuadernos*;51(2) 97-102
18. Díaz, F. (2008). Eutanasia: un dilema actual. *Revista mexicana de angiología*; 36(1) 4-6

19. Delgado, A., López, M. (2009). Problemas éticos y legales en la demencia severa. El derecho a morir en paz. *Revista española de Geriátría y Gerontología*; 44
20. Francisconi, C. (2007) □Eutanasia: una reflexión desde la mirada Bioética□. *Revista Latinoamericana de Bioética*; 7 (12) 110-115,
21. Freud, S. (1915). Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte: Nuestra actitud hacia la muerte. En *obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, Amorrortu: XIV.
22. García, J. (2013) Bioética personalista y bioética principialista. Perspectivas. *Cuadernos de Bioética XXIV*. 67-76
23. Giraldo-Cadavid, L. □(2008) Muerte, eutanasia y cuidados paliativos. □*Persona y Bioética*;12 (2) 158-168
24. Goderich, J., Vázquez, L. y Valiente, M. (2000) Bioética frente al paciente moribundo *Revista Cubana Enfermer*;16(2)117-21
25. Gómez, P (2009). Principios básicos de bioética. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*;55 (4) 1-12
26. Gracia, D. (2002) De la bioética clínica a la bioética global: treinta años de evolución *Acta Bioethica*;VIII (1) 27-39
27. Gracia, D y Júdez, J. (2004) La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Ética en la práctica clínica*, Madrid. Triacastela.
28. Gracia, D. (2008). *Fundamentos de bioética*. Madrid. 3ª edición, Triacastela. *Colección Humanidades Médicas*;21
29. Hermsen, M. y Ten Have, M. (2002) Euthanasia in Palliative Care Journals. [*Journal of Pain and Symptom Management*](#);23(6). 517-525
30. Informe Belmont. (1978) Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación. National commission for the protection of human subjects of biomedical and behavioral research
31. Kass, L. (1989) Eutanasia y autonomía de la persona: vivir y morir con dignidad. *Human Life review*;16(2)
32. Krmpotic, C. (2010) Cuidados paliativos y experiencia de enfermedad. Razones para una refocalización del cuidar. *Scripta Ethnologica XXXII*. 29-44.
33. Leiva, A. (2013) La regulación de la eutanasia, según la ley N° 20.584 sobre derechos del paciente. *Revista de Derecho XLI*. 505-558
34. León, F. (2008). Las voluntades anticipadas: cómo conjugar autonomía y beneficencia. Análisis desde la bioética clínica. *Revista conamed*;13. 26-32
35. López, M. (2013). Bioética. Nuevas tendencias. [*Revista latinoamericana de bioética*](#);13 (1)
36. Merino, N., Reyes, T. y Reyes, M. (2010) Ética, Bioética y Legalidad en los Cuidados Paliativos; Competencia de Enfermería. *Cancerología*;5. 37 – 44
37. Montero, E. (2009) La dimensión sociopolítica de la eutanasia
38. Moreno, M. (2012). Cóctel Lítico: ¿sedación paliativa u homicidio compasivo?. *Medicina Naturista*;6(1). 5-11
39. Naciones Unidas. (2006). Previsiones demográficas mundiales. Departamento de Asuntos económicos y sociales.

40. Potter, V. (1970) *Bioethics. Bridge to the future.*
41. Rivera, E. (2003). Eutanasia y autonomía. *Humanitas, humanidades médicas;1(1).* 79-86
42. Sádaba, J. (2006). Eutanasia y ética. *Revista de Bioética y Derecho; 8.* 1-7
43. Schramm, FR. & Siqueira-Batista, R. (2004) Eutanasia: a lo largo del camino de la muerte y la autonomía.. *Ciênc. Salud Pública; 9 (1)*
44. Schramm, FR. & Siqueira-Batista, R. (2005) *Conversaciones sobre la "buena muerte": el debate bioético sobre la eutanasia.* *Ciênc. Salud Pública;21 (1)*
45. Schramm, FR. & Siqueira-Batista, R. (2008) *La eutanasia y las paradojas de la autonomía.* *Ciênc. Salud pública;1 (13)*
46. SENAMA. (2009) *Las personas mayores en Chile: situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez.* *Santiago de Chile.*
47. Thumala, D. (2009). *Inclusión y Exclusión social del Adulto Mayor en Chile. Opiniones, expectativas y evaluaciones de la población chilena sobre diferentes modalidades de inclusión y exclusión social de las personas adultas mayores. Programa de estudios sistémicos – envejecimiento y vejez en Chile.*
48. Valbuena, A. (2008) La Distanasia. Paradoja del Progreso Biomédico. *Revista Colombiana de Bioética; 3(1) 145-193*
49. Vilches, L. (2001) Sobre la eutanasia. *Revista de Psicología X (1) 177-187*
50. World Health Organization (1990) *Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee, WHO, Geneva.*
51. Zúñiga, A. (2008) Derechos del paciente y eutanasia en Chile.. *Revista de Derecho;XX I (2) 111-130*

El mito de tótem y tabú, de Freud, como origen de la civilización

Dra. Karina Jiménez Salazar¹³

Introducción

Los mitos son una respuesta acerca del origen, respecto del cual no es posible tener un saber exacto. Son leyendas, relatos, construcciones simbólicas que dan cuenta de un origen desconocido.

Voy a desarrollar el mito freudiano de Tótem y Tabú, que quiere dar cuenta del origen de la civilización humana como un pacto primordial que constituye el origen de la ley que regula la convivencia entre los hombres de una misma comunidad.

Freud fue un eminente médico vienés nacido en 1856, descubridor del inconsciente humano. Una de sus primeras y más conocidas obras es *La Interpretación de los Sueños*, publicada en 1900.

Freud era neurólogo, estudiaba los trastornos nerviosos, que en esa época eran considerados como de origen hereditario. Fue también el precursor del psicoanálisis, método de conocimiento del funcionamiento mental a través de la palabra.

Contemporáneo de Darwin, y de otros, bebe de estas fuentes para el desarrollo de sus teorías. El tiempo de Freud es el del positivismo científico de la segunda mitad del siglo XIX, cuando surge la ciencia como un corte con todo el saber anterior griego y medieval. Las teorías freudianas constituyeron una auténtica revolución en su época, ya que dan el salto desde una hipótesis hereditaria y orgánica de los trastornos mentales, a considerar que la biografía y los acontecimientos de la vida tienen una impronta en el aparato psíquico constituyendo huellas y dando lugar a los síntomas, que tienen un sentido para la persona que los padece, este sentido de los síntomas tiene relación con las experiencias y los acontecimientos de la vida que han afectado al sujeto. Freud, también descubre la sexualidad como fundamental en la génesis del desarrollo, presente

¹³ Psiquiatra. Psicoanalista.

en el humano desde la primera infancia, lo que le granjeó el escándalo y la reticencia de sus contemporáneos.

Respecto del inconsciente, hasta ese momento se creía que todo el conocimiento y funcionamiento mental era consciente, se consideraba al hombre como dueño y amo de sus pensamientos, Freud descubre la existencia de un funcionamiento mental inconsciente que se manifiesta en los sueños, los actos fallidos, los lapsus y los síntomas neuróticos, así como en los fenómenos cotidianos: chistes, errores, repeticiones y tropiezos.

Al escuchar a sus pacientes Freud comprueba que se repiten una serie de tensiones o conflictos que él llamó complejos. Estas relaciones de conflicto se presentan en todos los pacientes, tanto hombres como mujeres, y se refieren a las relaciones con las personas más significativas en la vida de cada uno, como son los padres y hermanos. Se trata de la ambivalencia y rivalidad con el padre del mismo sexo y el amor desmesurado por el progenitor del sexo contrario y las relaciones de rivalidad y amor entre los hermanos. La ambivalencia se refiere a la presencia simultánea de sentimientos opuestos hacia la misma persona. Uno de esos complejos es bien conocido hasta nuestros días por el nombre de Complejo de Edipo. Sorprendía a Freud que estos patrones se repitieran de forma constante tanto en hombres como en mujeres, en jóvenes o mayores, personas de la ciudad o del medio rural, esto era una constante. Inició entonces una investigación para explicar de dónde procedía esta constelación temática presente en todos sus pacientes, lo que le llevó estudiar las formas más primitivas de organización social humana a través del conocimiento antropológico y etnográfico de su época, llegando hasta el totemismo como la primera forma social de organización del hombre. El texto de *Tótem y Tabú* constituye esta investigación, que tiende puentes entre los distintos saberes del momento.

Freud averigua en su investigación que todos los pueblos, hasta las tribus más primitivas de Australia y de otros continentes presentan una organización social en la que está regulado el orden social y el intercambio sexual a través de dos prohibiciones fundamentales: la prohibición del incesto, o el comercio sexual con mujeres de la misma sangre, y la prohibición de matar al padre. Por primitivos que sean los pueblos estudiados se cumplen siempre estas dos premisas a través del tabú. Tabú es por una parte lo sagrado, santificado, y por la otra es lo ominoso, peligroso, prohibido o impuro. El tabú tendría el significado de un horror sagrado. Las prohibiciones del Tabú carecen de toda fundamentación, su origen es desconocido, sería el código legal no escrito más antiguo del mundo, se remonta a las épocas anteriores a cualquier religión.

Vislumbramos que el Tabú de los salvajes puede no ser algo tan remoto para nosotros como supondríamos a primera vista, ya que las prohibiciones que nosotros mismos obedecemos, estatuidas por la moral y las costumbres, posiblemente tengan un parentesco esencial con este tabú primitivo. El tabú es expresión y resultado de la creencia de los pueblos primitivos en poderes demoníacos. Los tabúes serían prohibiciones antiquísimas, impuestas en su tiempo desde fuera a una generación de hombres primitivos, tales prohibiciones recayeron sobre actividades hacia las que había una fuerte inclinación, luego se conservaron de generación en generación por efecto de

la autoridad parental y social. Las prohibiciones más antiguas e importantes son dos leyes fundamentales del totemismo: no matar al animal totémico y evitar el comercio sexual con miembros del sexo opuesto del clan totémico. Podemos suponer que estas debieron ser las apetencias más antiguas e intensas de los seres humanos, ya que es frente a ellas que se erige el tabú.

La cultura totemista constituyó antaño, en todas partes, un estadio previo de los posteriores desarrollos de la humanidad, y una etapa de transición entre el estado de los hombres primitivos y la época de los héroes y los dioses. El tótem del clan es el objeto de la veneración de un grupo de hombres y mujeres que toman su nombre, se consideran descendientes de un antepasado común y de una misma sangre, y están conectados recíprocamente por deberes comunes y por la creencia en su tótem. El totemismo es tanto un sistema religioso como un sistema social, por ejemplo, la matanza de una víctima sacrificial estaba prohibida para el individuo, se legitimaba cuando todo el linaje o clan asumía la responsabilidad sobre ese asesinato sacrificial.

El mito de Tótem y Tabú de Freud

En los albores de la humanidad, el mito supone la existencia de una horda primitiva, de un padre violento y celoso que se reserva para sí todas las hembras de la horda y expulsa a los hijos varones según van creciendo para impedirles el goce sexual del que solo él disfrutaría. Los hermanos, expulsados de la horda, unidos en un sentimiento de superioridad e inspirados por algún progreso de la civilización tal vez al disponer de un arma nueva, se aliaron, mataron al padre y devoraron su cadáver, poniendo de esta manera fin a la existencia de la horda paterna. Tratándose de salvajes caníbales era natural que devorasen al violento y tiránico padre que constituía el modelo envidiado y temido de cada uno de los miembros de la asociación fraternal, al devorarlo se identificaban con él y se apropiaban de una parte de su fuerza. Pero lejos de que este asesinato permitiera el acceso al goce, la identificación con el padre dejó vedado el acceso a él.

Si los hermanos se habían unido para avasallar al padre, también se convertían en rivales entre sí al tratarse de la posesión de madres y hermanas, las mujeres de la horda; cada uno hubiera querido tenerlas todas para sí, a ejemplo del padre, y la lucha general que de ello hubiese resultado habría traído consigo la desaparición del clan de hermanos y su nueva organización en la que no existía ya ningún individuo superior a los demás por su poderío. Así pues, si los hermanos querían vivir juntos no tenían otra solución que instituir, probablemente después de grandes discordias, la prohibición del incesto, con lo cual renunciaban todos a la posesión de las mujeres deseadas, principal móvil del parricidio. Es decir, cada quien abandona el ideal de conseguir para sí la posición del padre admirado, la posesión de madres y hermanas; se erige aquí la ley de la Prohibición del Incesto, la ley se funda en esa prohibición misma.

Para Freud es a través de esta identificación al padre que el hombre trasciende la agresividad de la relación imaginaria que no tiene salida sino la mutua destrucción, a través de esta alianza mutuamente aceptada que hace de mediación entre los hombres,

es a través de la palabra mediadora que el humano trasciende la agresividad y evoluciona.

“La comida totémica, quizá la primera fiesta de la humanidad sería la reproducción conmemorativa de este acto criminal y memorable que constituyó el punto de partida de las organizaciones sociales, de las restricciones morales y de la religión”. (Freud)

Es fundamental este mito que da origen a la civilización con sus leyes y formas de organización social, por una parte, y por la otra se plantea como el origen de la religión, ya que el tótem sería el equivalente del padre y de dios mismo, todas las religiones en su origen prefiguran a su dios como un padre. La propia eucaristía de la religión cristiana puede pensarse como la derivación de una conmemoración del banquete totémico donde todos los miembros del clan comparten la carne y la sangre del sacrificio.

El mito de Edipo es, de alguna manera, la continuación o más bien un segundo momento en la evolución, en relación al mito de Tótem y Tabú, están presentes en él la ambivalencia de los sentimientos hacia el padre y el deseo por la madre. En el Edipo se rompen precisamente los dos tabúes establecidos a partir de esta ley fundamental: el asesinato del padre que devenía prohibido como modo de preservar la organización social establecida, y el incesto; Edipo mata a su padre y se casa con su madre, infligiéndose un duro castigo por ello.

Para Freud los mitos serían una especie de herencia arcaica que actúa como discurso que precede al humano que viene al mundo y que determina, en relación con las contingencias actuales, las posiciones del individuo. Freud dirá que estas son las constelaciones presentes, como nudos invariantes, que él encuentra en los análisis de sus pacientes.

El mito de Tótem y Tabú nos lleva al punto originario de construcción de todo colectivo humano, el asesinato del padre como fundante del orden social. Ello nos indica que no hay vínculo social natural y armónico, sino que fue preciso un pacto social.

Hasta aquí Freud, más tarde Lacan, continuador de Freud y reputado psicoanalista francés, con los saberes que se desarrollaron más tarde, como la lingüística y la antropología de Levi-Strauss, reformula el origen de la humanidad en una conceptualización inicialmente estructuralista, sin la necesidad de servirse de mitos. Saca del lugar de mito al padre tal como lo propone Freud en Tótem y Tabú y plantea al sujeto del inconsciente como efecto de la estructura de lenguaje.

El lenguaje sería el orden simbólico que preexiste al sujeto.

Nietzsche y la Genealogía de la Moral

Octavio Rojas G¹⁴.

Introducción

En medio del proceso en que intentaba concebir La voluntad de poder, en el período comprendido entre los años 1885 y 1887; Nietzsche escribió Más allá del Bien y del Mal, el libro V de La Ciencia Jovial y La Genealogía de la Moral (1). Si consideramos que tan solo en enero de 1889 enfermaba irreversiblemente y pasaría casi postrado durante una década, hasta su fallecimiento en 1900, fue a todas luces un fecundo período para este filósofo.

A pesar de que cuesta sistematizar su pensamiento, tal vez vinculado a sus oscilaciones anímicas o a cierta no estructuración en sus métodos de trabajo, las ideas expresadas en estos textos refuerzan lo planteado en los escritos previos: una crítica a la moral, a la religión y al pensamiento filosófico precedente.

Los escritos mencionados anteriormente, Más Allá del Bien y del Mal y La Genealogía de la Moral, junto con Consideraciones Intempestivas y *Ecce Homo*, han sido caracterizados como la última etapa de creación de Nietzsche. La etapa previa, perteneciente al segundo período del pensamiento nietzscheano, incluye a Humano, Demasiado Humano, Aurora y La Ciencia Jovial, donde se rompe abruptamente con sus primeros escritos de la llamada etapa juvenil, es decir de su pensamiento representados en El Nacimiento de la Tragedia en el Espíritu de la Música (2). A partir de este segundo período no va estar más el acento colocado en la metafísica del artista, profundizará en el concepto de decadencia, renunciará al ideal de un renacimiento de la cultura trágica y abordará las relaciones entre arte, ciencia y civilización.

Al parecer le era difícil mantener una rigurosa división entre sus textos o simplemente profundizaba sobre ideas previas. Incluso el proceso de gestación de los textos y de los títulos era por momentos impredecible. Al respecto José Jara, en el prólogo de la traducción que hizo de La Ciencia Jovial “La Gaya Scienza”, cuenta las

14

vicisitudes en torno al título del mismo, el cual tuvo dos ediciones, una de 1882 (La ciencia jovial) y otra de 1887 donde le agrega un prólogo, el libro V y además un subtítulo “de aire provenzal”. Por este motivo José Jara mantuvo en su traducción del título La Ciencia Jovial (la Gaya Scienza) (3).

Breve caracterización de La Genealogía de la Moral

Para Gilles Deleuze este es el libro más sistemático de Nietzsche, escrito en prosa, donde además ofrece pautas para la interpretación de aforismos (4). En el mismo prólogo Nietzsche aclara que el tercer tratado consistirá en la interpretación de un aforismo (5). Consta de un prólogo y de tres tratados. El primero titulado “Bueno y malvado” y “bueno y malo”; el segundo denominado “Culpa”, “mala conciencia” y similares y el tratado tercero “¿Qué significan los ideales ascéticos?”

Fink divide estos tratados en tres partes temáticas. El primer tratado constituye una psicología del cristianismo, el segundo tratado representa una psicología de la conciencia moral, y el último tratado una psicología del sacerdote al responder a la pregunta acerca del significado de los ideales ascéticos (6).

Concepto de Genealogía

Para Fink, de lo que se trata este libro es de la “trasmutación de los valores” (6). Nietzsche se cuestiona de modo crítico las tesis filosóficas que han sostenido el mundo de los valores y de las creencias en occidente. A pesar de lo planteado acerca de la influencia de su accidentada biografía en su obra, es notable la perseverancia empleada en el uso de la crítica a lo establecido por el pensamiento filosófico previo. Un ejercicio de la crítica ejecutado de manera vigorosa, con el fin de dismantelar los prejuicios morales existentes.

Para Deleuze el ejercicio de la crítica de Nietzsche incluye un elemento activo: es reflexión previa, denuncia resultante y propuesta; “ataque y no venganza., acción y no reacción” (7).

El problema de la genealogía no sólo remite al origen *per-se* de los valores, sino a todo lo involucrado con su creación misma. En el prólogo de La genealogía de la moral Nietzsche plantea: “No nos hemos buscado nunca, ¿cómo iba a suceder que nos encontrásemos?” (5). Posteriormente a este cuestionamiento inicial, nombra a Paul Rée, a Shopenhauer, a Platón y a otros filósofos y propone: “Finalmente se necesita oír una nueva exigencia. Enunciémosla: necesitamos una crítica de los valores morales, hay que poner alguna vez en entredicho el valor mismo de esos valores” (5).

El cuestionamiento que hace Nietzsche al concepto previo de genealogía es a la pasividad o al conformismo de la filosofía, que a partir de fundamentos cuasi inmutables, elabora listas acerca de los valores existentes o aplica criterios que designan valores en base a su utilidad.

Pathos de la distancia y estatuto originario de los valores.

En la obra La Filosofía de Nietzsche, su autor, Eugen Fink, presta atención a elementos formales que son constantes en los escritos de este filósofo. Por ejemplo,

considera que la relación intensa que Nietzsche estableció con el arte, por medio del cual descifraba metafísicamente la existencia, era esencialmente el arte trágico. Esta es la atmósfera que rodea a su pensamiento inicial reflejado en El Nacimiento de la Tragedia y en el Espíritu de la Música. Este *pathos* trágico, esta disposición anímica lo situó desde un inicio en una posición de sospecha en contra del optimismo cristiano representado por la redención (2). Este *pathos* trágico va a mutar de manera súbita. Fink plantea como alternativa la posibilidad de que se hubiese producido una evolución de su pensamiento, en palabras del mismo Fink: "un despliegue de una intuición anterior". Nietzsche, al menos en La Genealogía de la Moral, hace alusión explícita a la antigüedad de sus pensamientos, y al probable hecho de que el "reposo" los hayan fortalecido. A mi juicio esto es más cercano a la idea de una transformación o evolución de sus ideas iniciales. Por cierto que los elementos biográficos deben de haber jugado un rol como gatillantes. El rompimiento con Wagner, tras años de idolatría; el alejamiento de las ideas formadoras de Shopenhauer y las nuevas intensidades de su amistad con Rée, tal como sugiere Fink. En todo caso, desde Humano, Demasiado Humano aparece un cuestionamiento y una desconfianza con las ideas iniciales: el mundo griego, el drama de la música de Wagner y la influencia de su ídolo, Shopenhauer. Hacen su aparición entonces la ciencia y la reflexión crítica, dotándose su obra de un *pathos* Ilustrado (8).

En La Genealogía de la Moral, Nietzsche nos induce a que dudemos y nos cuestionemos acerca de lo que creemos conocer. Considera al proceso del conocimiento como algo inagotable, por lo tanto, se le hace cuesta arriba dar como concluidas muchas suposiciones a las cuales los seres humanos se habían "habituado". No sólo acerca de aspectos meramente racionales, sino también al mundo de las vivencias. Para él estamos muy distantes de conocer lo que podríamos ser. Se coloca desde la posición de los prejuicios morales, no habla de moral, habla desde un cuestionamiento. Se refiere metafóricamente al alto que hizo su espíritu en su viaje y que le permitió recorrer con la mirada "el vasto y peligroso país recorrido hasta entonces" (5). Sus análisis cuestionadores no representan una no valoración del pensamiento filosófico previo, plantean un no acomodamiento: los filósofos como fuente inagotable, sin importar mucho el resultado (5).

Gilles Deleuze señala la relevancia de la relación esencial de una fuerza con otra, llamando a la fuerza desde esta perspectiva una voluntad (voluntad de poder), la cual se ejerce necesariamente sobre otra voluntad (7). "Una pluralidad de fuerzas actuando y sufriendo a distancia, siendo la distancia el elemento diferencial comprendido en cada fuerza y gracias al cual cada una se relaciona con las demás", este elemento representaría para este autor el principio de la filosofía de la naturaleza en Nietzsche. El análisis anterior implicaría que esta relación de una fuerza con otra redundaría en la dominación de una sobre la otra y esto nos encaminaría al origen, a la diferencia, a saber: la jerarquía (7).

En el primer tratado de La Genealogía de la Moral, en el párrafo 2, reporta lo que a su juicio es la dislocación de origen del concepto "bueno" (9). Para Nietzsche fueron los poderosos, los hombres de rango superior, los nobles, los que se

autoproclamaron a sí mismos y a sus acciones resultantes como “buenas”, en frontal oposición con las acciones resultantes del obrar de plebeyos, vulgares y hombres de bajo rango (9). Nietzsche otorga a esa lejanía, a ese *pathos* de la distancia, el origen del derecho de los nobles de nombrar a los valores, de crear a los valores. Con esto desdeña los intentos de los moralistas ingleses, que insistían para este fin en aplicar criterios genealógicos de utilidad. Para Nietzsche el *pathos* de la distancia o *pathos* de la nobleza, como sentimiento duradero de una especie superior dominadora sobre una inferior, crea la antítesis “bueno” y “malo” (9). Nietzsche pretendía establecer la no equiparación del vocablo bueno con acciones no egoístas. Más adelante en el párrafo 5, da cuenta de que los nobles se apoyaban muchas veces en su superioridad de poder: “los ricos”, “los propietarios”; pero además en disposiciones caracterológicas como “los veraces”, lo veraz como “aristocrático” (9). Este aspecto sería opuesto en rigor al “mentiroso” como lo “vulgar” (9). Anteriormente se había referido también al *pathos* de la distancia en Más Allá del Bien y del Mal, en la sección ¿Qué es aristocrático? En similar análisis plantea la necesidad de la distancia entre los estamentos, que direcciona hacia abajo la mirada de los dominantes sobre los súbditos, manteniendo en todo momento la distancia y el tono de autoridad sobre los débiles. Para Nietzsche estos hombres más “enteros, disponían de una fuerza psíquica y física superiores”. Consideraba a estos elementos de procedencia de vida o estirpe relevantes para las valoraciones morales.

Estos análisis al día de hoy pueden resultar inicialmente burdos y cuestionables, pero se cometería el error de no comprender la obra de Nietzsche en su devenir histórico, el devenir de su obra en cuanto a proceso sistemático de crítica con el objetivo de dismantelar lo existente. Su tiempo fue la época del inicio del apogeo de la biología, un tiempo de ascendencia vitalista. Nietzsche intentó construir una filosofía histórica en consonancia con las ciencias naturales, no como metafísica.

Bueno, malo, malvado

Continuando en el Primer tratado de La genealogía de la Moral, en el párrafo 11, Nietzsche hace una categorización de estos términos. El concepto bueno lo relaciona con un modo de ser noble, con una mirada del sí mismo del noble y desde esta aproximación propia de los señores, se estructura la idea de malo (*schlecht*). Nietzsche contrapone este “malo” al concepto de “malvado” (*böse*), el cual deriva de la moral de esclavos (9).

En La genealogía de la moral Nietzsche amplía los significados de la moral de esclavos y la moral de los señores. Sobre esta última moral incluye una división entre una moral de guerreros y una moral de sacerdotes. Este grupo sacerdotal, en su opinión, debido a sus hábitos, llevan consigo un elemento “no sano”, ocasionado por una impotencia que crece en forma de odio (9).

Contrapone estos aspectos al otro grupo aristocrático: el guerrero-caballeresco, dado a las guerras, la caza, a las peleas. Nietzsche ejemplifica la dinámica conflictiva entre ambas castas, la sacerdotal y la guerrera, con la historia de los judíos, al que

considera un pueblo sacerdotal que invirtió los valores aristocráticos (9). Con esta inversión de los valores se inicia en moral la rebelión de los esclavos, con los sacerdotes movilizándolo y agitando a los frágiles y vulnerables, a los débiles en contra de los señores (9). El cristianismo se instala en el seno de Roma tras la represión previa de los romanos contra Judea, ya que esta invierte los valores, logrando el triunfo de la moral del hombre vulgar, de la plebe, del rebaño (9).

En el párrafo 16 Nietzsche plantea que históricamente las luchas entre estos valores contrapuestos “bueno” y “malo” - “bueno y malvado”, se han extendido por siglos y la relación entre Judea y Roma continúa siendo el mayor símbolo de esta lucha (9). En la Revolución francesa Nietzsche ve también el resentimiento de la plebe, el odio de los débiles, homologándola nuevamente con la moral de los esclavos (9). Deleuze refiere que la tarea del adiestramiento en el resentimiento recae sobre el sacerdote, con frases como “los miserables, los débiles, los necesitados serán los bendecidos por Dios”, y “ustedes los ricos y poderosos, nobles son los malos, los insaciables, los impíos”. (10).

Comentarios y reflexiones finales

Nietzsche pretende realizar una crítica a la moral que ha predominado en occidente. Lo hace atacando los cimientos mismos del cristianismo. Tal vez desde La Ciencia Jovial, donde en el párrafo 343, Qué es lo que trae consigo nuestra alegría, anuncia la muerte de Dios, se instala con fuerza el propósito de mostrar las limitaciones que imponía el cristianismo. La autosupresión de la moral queda simbolizada en la muerte de Dios, que significa la pérdida de vigencia de los valores existentes hasta ese momento, se inicia entonces el nihilismo. La creencia en Dios adquiere un carácter de voluntariedad para el individuo.

En el párrafo 125 “El hombre frenético” del citado libro, Nietzsche representa la desaparición de Dios; el pasaje concluye con el hombre entonando *Réquiem Aeternam Deo* [Descanso eterno para Dios] (11). Parecería toda una especie de pesimismo sin sentido, pero Nietzsche concluye en el citado párrafo 343 con esta frase: “tal vez nunca hubo antes un mar tan abierto”, como sugiriendo las infinitas posibilidades que para el hombre existirían al apartarse de la caduca moral impuesta por el cristianismo en Occidente (12).

Su lenguaje está plagado de imágenes y símbolos, de dudas, sospechas, ocultamientos, y de una honestidad provocadora y efectista. Es difícil no quedar absorto o permanecer cavilando por largo tiempo con muchos de sus aforismos.

Algunos elementos en La Genealogía de la Moral pudieran tener en el presente cuestionamientos o puntos de vista opuestos. El ejercicio que realiza Nietzsche de desmantelamiento, de buscar la solución o la explicación, apelando al contrario, al opuesto, a lo que se considera erróneo; es a mi juicio lo que le otorga actualidad. Propone como método identificar los errores, planteando como tesis primera que la moral misma está construida sobre errores. Considera que es una falacia creer que puedan existir acciones morales. El único móvil que puede ser identificado como fuente

de las acciones morales es el instinto de conservación: la búsqueda de placer y la evitación del dolor.

Deleuze aclara algunas distorsiones históricas a las cuales se han sometido muchos textos de Nietzsche vinculándolos con los nazis. Ellos mismos censuraban partes de sus escritos, descontextualizándolos. Un lenguaje metafórico en ocasiones, y directo en otras, pueden muchas veces inducir erróneamente a juicios y opiniones inexactas. Lo analizado acerca de los judíos no implica un elemento antisemita, a pesar del uso por momentos exagerado de las razas y su origen en el que incurrió desprolijamente en muchos de sus textos. Gilles Deleuze ejemplifica lo tajante que fue Nietzsche con autores antisemitas de su época y es particularmente revelador en este sentido el parágrafo 250 de *Más allá del bien y del mal*: “¿Qué le debe Europa a los judíos?... gratitud” (10) (13).

Bibliografía

- 1- Safranski R., Nietzsche Biografía de su pensamiento, 4ta edición en Fábula, Barcelona, Tusquets Editores S.A , 2001:295-325.
- 2- Fink E., La “Metafísica del artista”, Fink E., La filosofía de Nietzsche. Versión española de Andrés Sánchez Pascual, Madrid, Alianza Editorial, S.A, 2000: 9-49.
- 3- Jara J., Introducción, Nietzsche F., La ciencia jovial “la gaya scienza”, Colección Pensamiento Primera edición, Valparaíso, Universidad de Valparaíso Editorial, 2013: 7-41.
- 4- Deleuze G., La Crítica, Deleuze G., Nietzsche y la filosofía, Novena edición, Barcelona, Editorial Anagrama, S.A,1986:105-156.
- 5- Nietzsche F., Prólogo, Nietzsche F., La genealogía de la moral, El libro de bolsillo-Biblioteca de autor , De la traducción, introducción y notas: Andrés Sánchez Pascual, Madrid, Alianza Editorial ,S.A, 2009: 21-31.
- 6- Fink E., La destrucción de la tradición occidental, Fink E., La filosofía de Nietzsche. Versión española de Andrés Sánchez Pascual, Madrid, Alianza Editorial, S.A, 2000:141-213
- 7- Deleuze G., Lo trágico, Deleuze G., Nietzsche y la filosofía, Novena edición, Barcelona, Editorial Anagrama, S.A,1986: 7-56.
- 8- Fink E., La Ilustración de Nietzsche, Fink E., La filosofía de Nietzsche. Versión española de Andrés Sánchez Pascual, Madrid, Alianza Editorial, S.A, 2000: 50-70.
- 9- Nietzsche F., Tratado Primero “Bueno y malvado”, “bueno y malo”, Nietzsche F., La genealogía de la moral, El libro de bolsillo-Biblioteca de autor , De la traducción, introducción y notas: Andrés Sánchez Pascual, Madrid, Alianza Editorial ,S.A, 2009: 35-71.
- 10- Deleuze G., Del resentimiento a la mala conciencia, Deleuze G., Nietzsche y la filosofía, Novena edición, Barcelona, Editorial Anagrama, S.A,1986: 157-206.
- 11- Nietzsche F., Libro tercero, Nietzsche F., La ciencia jovial “la gaya scienza”, Colección Pensamiento Primera edición, Valparaíso, Universidad de Valparaíso Editorial, 2013: 167- 222.
- 12- Nietzsche F., Libro quinto Nosotros los sin temor, Nietzsche F., La ciencia jovial “la gaya scienza”, Colección Pensamiento Primera edición, Valparaíso, Universidad de Valparaíso Editorial, 2013: 7-41.
- 13- Nietzsche F., Sección octava Pueblos y patrias, Nietzsche F., Mas allá del bien y del mal, Madrid, Alianza Editorial, S,A 1995: Parágrafo 250.

La bioética, en México, olvidada por los cuatro poderes. (El festín de la hambruna)

Mtro. Omar Fernando Becerra Partida¹⁵

Introducción.

México se despierta cada día con tragedias. Las más de las veces por negligencias de sus gobernantes, pero, también, del propio pueblo, que deja en manos de ellos tanto su futuro personal como el nacional. Los tres poderes, constituidos por líderes, que en la escuela primaria creíamos que eran héroes nacionales, pero que con el tiempo descubrimos que solo buscaban en exclusiva su propio beneficio.

¿Qué es lo que le falta a este país? Para poder salir adelante en él, todo, sencillamente todo, es a base de la sangre derramada. No es a base del esfuerzo, sino del fusil. La mentalidad de pobre, así como el éxito rápido que esto supone, han sido la filosofía del pueblo mexicano. Pareciera que México fue cimentado a base de mentiras partidistas, y de crisis económicas, que para el ciudadano son el pan de cada día. La democracia se ha convertido en un circo de tres pistas: la política, el narcotráfico y la corrupción. Pero con el paso de los años ha aparecido otro que le da proyección a los anteriores y, por qué no, hasta los controla.

Pero conforme pasan los respiros de los mexicanos el político sigue sangrando al país, dejando de lado la verdadera función pública. La justicia sigue juzgando, aparentemente a ciegas pero realmente desequilibrando la balanza, al dar la preferencia a los medios de comunicación que invaden al ciudadano común con mentiras, idealizan el morbo y el victimismo y hacen de México la utopía nacionalista que nos quieren hacer creer, dejando a la bioética olvidada. Este es el testamento del pueblo mexicano, un testamento de lo que pudo haber sido su vida integrada a la congruencia de todo lo que trabajó con el fin de sacar a su familia adelante pero que muere enojado por lo que pudo haber sido y no fue.

¹⁵ Omar Fernando Becerra Partida es Abogado, Magister en Ética y Jefe del Departamento de Ciencias Jurídicas del Instituto de Ética y Terapia de Jalisco. Mail: correduria3correduria3@gmail.com

Existe un abismo entre los poderes facticos en México y la bioética, que arrastra al pueblo al fondo de la miseria y el olvido de sí mismo. Aunque muchas reformas se han implementado en el marco legal mexicano, tal parece que se han hecho para la corrupción.

Como se dice en un cuento Christian Anguiano: “En un mundo de culpables los que juzgan se vuelven ciegos”. Cuando esto fue dicho las réplicas no se hicieron esperar. Todos comenzaron a quejarse. Pero, ¿contra quién? Según los noticieros los responsables de nuestros males ya estaban tras las rejas, sin embargo, con la muerte de Gutiérrez se demostró lo contrario. Se decía que aunque sólo era obra de un grupo encontrar a los culpables era la tarea más difícil. La mentira de que habían capturado a los autores intelectuales no será fácil de tragar ahora, por lo que era necesario repetirla incansablemente. Pero lo cierto es que nadie dio la cara. Todo quedó impune, como siempre ha sido. No queda otra. Siempre será lo mismo para este sucio país (1).

En México los poderes no funcionan. En esta investigación desglosaremos como a cada uno ellos les falta la bioética, y cómo con la práctica ha aparecido un cuarto poder

División de poderes en México

En México la democracia ha dejado de ser la respuesta, porque el político la ha pervertido. Ellos viven como monarcas. El presidencialismo como forma concreta de gobierno tuvo lugar como resultado de un amplio proceso histórico, por cierto lleno de sangre y contado con verdades a medias. En el convergen con intensidad elementos como el crimen organizado y la corrupción, a lo que el ciudadano ya está acostumbrado pero en virtud de lo cual el país ha sido también víctima de la aparición de religiones políticas y de una que otra secta (2).

Desde una perspectiva estrictamente teórica, formal, México cuenta con un régimen presidencial y una división de poderes expresada en el artículo 49 de su Constitución Política (3). El Poder Ejecutivo tiene la función de promulgar y ejecutar leyes que expida el Congreso de la Unión, proveyendo en la esfera administrativa a su exacta observancia a través de la facultad reglamentaria. El Poder Legislativo tiene por su parte principalmente la función de establecer el Derecho, al dictar las reglas generales, abstractas e impersonales de observancia obligatoria, es decir, elaborar leyes. Al Poder Judicial le corresponde administrar la justicia y decir el Derecho, con lo que realiza la función jurisdiccional y garantiza el respecto al Estado de Derecho al interpretar la ley.

Se lee bien, hasta suena interesante. Pero con el tiempo ha surgido un poder factico que con el apoyo de estos tres poderes dio origen a la manipulación instantánea del pueblo con sólo dar un clic. Los Medios de Comunicación hoy en día son una parte en la cultura del mexicano. Por medio de ellos le llega, tristemente, la educación emocional a través de las telenovelas; el conocimiento, por medio de los programas deportivos, y encuentra también sus dioses: enaltece las figuras frívolas de los actores (4).

A todos estos poderes se le ha olvidado que en la historia de la bioética, desde el inicio, se ha privilegiado el paradigma Personalista con sus reglas de acción sobre la vida. Pero se ha favorecido una interpretación mecanicista, o funcionalizante, de la Bioética, que ha conducido a una excesiva objetivación de las circunstancias de la acción, incluyendo al ser humano en esta objetivación y limitando así a la Bioética a un plano de normatividad restringido a la práctica donde prima lo legal por sobre la dignidad humana

Pero la bioética también es, y primariamente, una reflexión sobre las exigencias de fundamentación del comportamiento (5). No basta establecer cómo se debe actuar, o sea, formular normas y políticas de acción, interesa también mostrar por qué se debe actuar de esa manera, es decir, fundamentar más vigorosamente los principios de acción con la fundamentación Bioética. La inspiración humanista que animó originalmente a la Bioética sólo llegará a ser plenamente realizada en base a una exigencia de fundamentación antropológica (6).

Lo que el político mexicano ha olvidado es que la persona y su dignidad son intrínsecas, así como la consideración del valor de la vida humana como bien primario y fundamental, y no como sujeto para acciones partidistas y mucho menos corruptas (7). La persona es el centro de todas las consideraciones bioéticas, valor supremo, punto de referencia, fin y no medio. Esto significa que no pertenece a la categoría de los bienes útiles o instrumentales, no es un producto, una persona vale más que una cosa. Pero el político mexicano ha hecho todo lo contrario durante estos últimos ochenta años.

La dignidad fundamentada de la persona exige el máximo respeto, tanto desde el momento de la concepción y hasta el momento de la muerte natural, y en el intertanto siempre que se muestre necesitada de ayuda. La Bioética Personalista, que es en la que fundamentamos esta investigación, cuenta con principios y detrás de cada uno de ellos subyace una ontología que los justifica: la persona humana, su valor y su dignidad (8).

La concepción ontológica personalista reivindica para la discusión bioética una noción integral de la persona. Ella va mucho más allá de ser definida solamente como autoconciencia, obviando la corporeidad y la subjetividad global. Sostiene que no es posible desvincular a la persona de su propia corporeidad y que no se deviene persona solamente por haber alcanzado un suficiente grado de autonomía, de competencia comunicativa o de actividad consciente, por ejemplo. En tanto que persona, se presenta como una realidad integral, donde lo integrado es alma-cuerpo o espíritu y cuerpo, ambas dimensiones conformando una unidad sustancial (9).

México, ha sido extremadamente estrecho en este sentido, pero para la bioética personalista ya no se puede seguir sosteniendo que el cuerpo tiene menos valor que el alma, si el alma es considerada sagrada, entonces el cuerpo también queda elevado a nivel de sacralidad, y por lo tanto es digno, puesto que conforman una sola realidad. Para la Bioética, la persona es un Yo único que ha pasado por diversos estadios de desarrollo, tanto físico como psíquico y espiritual. Esos diversos estadios de desarrollo le han ocurrido a alguien, a ese substrato que subyace y permanece respecto de los cambios exteriores, y no es concebible que este atado al principal problema del

marco jurídico mexicano de que fue primero el huevo o la gallina, en el sentido de que no existe vida en los inicios del embarazo (10).

A partir de este hecho cabe decir que la persona es un “continuum”, expresión que sirve para explicar que la persona es la misma desde el momento en que comienza a existir hasta el momento de su muerte: es la misma que ha pasado por un estado embrionario, fetal, etc., es la misma que ha ido a la sala cuna, que ha ido al colegio, que ha ido a la universidad, que ha trabajado como profesional, que se ha casado, que ha envejecido, que se ha enfermado y ha caído en estado de coma, o que se ha enfermado de Alzheimer y ha perdido el sentido de la realidad (11).

A pesar de todos estos cambios visibles, hay una dimensión personal en cada ser humano -un continuum siempre idéntico a sí mismo, de carácter no sensible, que nos permite identificar a esa persona, reconocerla y nombrarla en las diversas etapas como la misma persona que es, y como tal todas sus etapas son igualmente dignas de respeto, independiente del estado en que se encuentre, y aun cuando no pueda pensar o comunicarse o antes de adquirir parcial o totalmente esas capacidades, como es el caso del feto. En ninguna de las etapas señaladas se es menos digna de respeto que otra. Esto vale para todo ser humano y desde luego para los pacientes que se encuentran especialmente necesitados (12).

Es cierto que nos damos cuenta de que un ser es persona por esas manifestaciones –conscientes, racionales, sensibles- pero no es cierto que sólo si se dan esas manifestaciones se está ante una persona. Una cosa es que accedamos a la persona a través de las manifestaciones de su racionalidad, pero eso no significa que sean las manifestaciones mismas las que constituyen a la persona; se puede argumentar incluso que porque es persona es que dichas manifestaciones son posibles. No es su ejercicio o manifestación, entonces, lo que determina que sea persona, las manifestaciones son la “máscara” detrás de la cual está “el personaje” o el “substrato”. De modo que desde la perspectiva personalista es falso decir que no hay persona cuando no se dan, todavía o ya, las manifestaciones de la personalidad (13).

En esta perspectiva el criterio fundamental para reconocer a la persona humana, más allá de las manifestaciones de su personalidad, es la naturaleza propia de ese ser, en este caso la posesión de su naturaleza humana-racional, aunque las potencialidades de esa naturaleza no se manifiesten todavía o temporalmente, de modo que es persona tanto en su ser como en su obrar y no pierde la dignidad propia de su naturaleza porque deje de obrar. Antropológicamente hablando, es persona desde su concepción por que nace de algo más grande que él mismo, Dios, y le da las facultades para racionalizar cada uno de sus pasos.

Si bien la insuficiencia de la Bioética Principialista ha traído la necesidad de una recuperación de la ética de las virtudes, la ética de la virtud, sin embargo, remite a un modelo de ser humano virtuoso que requiere de un conjunto social que lo cultive (14). En este caso se trata de “cultivar” al político desde su inicio en su labor gubernamental de modo que aprenda a incorporar las virtudes a su experiencia concreta, y que en el futuro sea capaz de tomar decisiones virtuosas conjugando la universalidad del principio con su aplicabilidad a la situación particular concreta. (En este punto es esencial la

formación en la virtud de la Prudencia, tema que vale la pena desarrollar, pero que hacerlo ahora alargaría demasiado este texto).

Sin embargo, en México al menos, la realidad dice que la formación bioética en el terreno académico queda categorizada como un apéndice de unas “cuantas horitas” en el último año y el último mes de la formación universitaria de los futuros políticos, y a su vez no están contemplados en planes de estudio de la mayoría de las carreras universitarias. En México cualquier persona puede ser político, no es necesario tener una licenciatura ni inteligencia emocional y mucho menos una salud mental, o sea no se estudia Bioética ni sus implicaciones legales, políticas y sociales (15).

Clasificación de poderes y carencias bioéticas

1.- Poder Ejecutivo

El Poder Ejecutivo tiene la función de promulgar y ejecutar leyes que expida el Congreso de la Unión, proveyendo en la esfera administrativa a su exacta observancia a través de la facultad reglamentaria, y que a su vez una figura como llamado presidente dirimiría el país, según el artículo 82 de la constitución política de la república mexicana para ser presidente se requiere:

1. Ser ciudadano mexicano por nacimiento, en pleno goce de sus derechos, hijo de padre o madre mexicanos y haber residido en el país al menos durante veinte años. 2. Tener 35 años cumplidos al tiempo de la elección; 3. Haber residido en el país durante todo el año anterior al día de la elección. La ausencia del país hasta por treinta días, no interrumpe la residencia. 4. No pertenecer al estado eclesiástico ni ser ministro de algún culto; 5. No estar en servicio activo, en caso de pertenecer al ejército, seis meses antes del día de la elección; 6. No ser secretario o subsecretario de estado, fiscal general de la república, gobernador de algún estado ni jefe de gobierno del distrito federal, a menos de que se separe de su puesto seis meses antes del día de la elección; y 7. No estar comprendido en alguna de las causas de incapacidad establecidas en el artículo (3).

Son interesantes las omisiones que se presentan en la Carta Magna, omisiones como el nivel de estudios exigidos, exámenes psiquiátricos, psicológicos, físicos, y por qué no: hasta de inteligencia emocional. El olvido de la bioética en la Constitución es una muy importante, ya que con ella podríamos hablar de una bio-política nacional que tendría como fin el dar dignidad a todas las instituciones gubernamentales.

Es bien sabido que el presidente en México se ha identificado como una figura autoritaria y represiva. La historia del país, basado en ello, ha acabado con todas las nociones sobre el interés y la dignidad del individuo. Y lo prueban hechos como la matanza de 1968, Acteal y los 43 desaparecidos por el Estado, etc. (15).

El presidencialismo se muestra como una figura autónoma, pero que es incapaz de solucionar los miles de problemas de los 120 millones de mexicanos. Más bien la democracia se ha visto prostituida por el presidencialismo. Recordemos que hace

cincuenta años el índice de analfabetismo del pueblo mexicano era muy alto, y esto sirvió para crear un victimismo nacional y una inconsciencia generalizada (16).

El presidente tiene un gabinete que le ayuda a llevar por buen camino el país. Bueno, eso es lo que marca la ley. El Presidente de la República tiene la facultad de convocar a reuniones de gabinete a los Secretarios de Estado y funcionarios de la Administración Pública Federal que él mismo determine a fin de definir o evaluar la política del Gobierno Federal en asuntos prioritarios de la administración; cuando las circunstancias políticas, administrativas o estratégicas del gobierno lo ameriten, o para atender asuntos que sean de la competencia concurrente de varias dependencias o entidades de la Administración Pública Federal, en términos de lo dispuesto por el artículo 7o. de la Ley Orgánica (17). En este contexto observamos que tampoco se marcan requisitos para tales efectos. El pueblo y el gobierno no son iguales, pero, ¿sirve el gobierno al pueblo? Nos gustaría dar un ejemplo del abismo que hay y como en realidad se protege a las mafias internas.

Según la ley de correduría pública, en su artículo 8, para ser fedatario público federal se requiere:

Artículo 8. I.- Ser ciudadano mexicano por nacimiento que no adquiera otra nacionalidad y estar en pleno goce y ejercicio de sus derechos civiles y políticos; II.- Contar con título profesional de licenciado en derecho y la cédula correspondiente; III.- No haber sido condenado, mediante sentencia ejecutoriada, por delito intencional que merezca pena corporal; y IV.- Solicitar, presentar y aprobar el examen para aspirante y el examen definitivo, habiendo obtenido la habilitación correspondiente (18).

Se lee muy completo y muy práctico, pero observemos el reglamento:

El examen para aspirante se realizará de conformidad con lo siguiente: I.- El examen podrá ser anulado cuando el sustentante no se sujete a las bases, reglas y material que señale la Secretaría; y II.- La Secretaría revisará y calificará los exámenes, siendo su resolución definitiva.

Es interesante como no se acepta ninguna apelación para el aspirante ni tampoco se muestran los errores ni los aciertos del mismo dando como resultado un examen poco transparente y carente de ética (19). Llegamos a la conclusión, por medio de la historia y la neurociencia, que México está plagado corrupción en este ámbito.

2.- Poder Judicial

El Poder Judicial consiste en ser el encargado de administrar justicia en la sociedad, mediante la aplicación de las normas jurídicas en la resolución de conflictos. En el sentido de poder público se la entiende como la organización, institución o conjunto de órganos del Estado, que en este caso son los órganos judiciales o jurisdiccionales como los juzgados y tribunales que ejercen la potestad jurisdiccional que gozan de imparcialidad y autonomía.(20) Le corresponde administrar la justicia y decir el Derecho, con lo que realiza la función jurisdiccional y garantiza el respecto al Estado de Derecho al interpretar la ley.

Según el artículo 94 de la constitución mexicana, *Se deposita el ejercicio del poder judicial de la federación en una Suprema Corte de Justicia, en un Tribunal Electoral, en Tribunales Colegiados y Unitarios de circuito, en Juzgados de Distrito y en un Consejo de la Judicatura Federal (21). La suprema corte de justicia de la nación se compone de once ministros, y funciona en pleno o en salas. En los términos que la ley disponga las sesiones del pleno y de las salas serán públicas, y por excepción secreta en los casos en que así lo exijan la moral o el interés público (23). La competencia de la suprema corte, su funcionamiento en pleno y salas, la competencia de los tribunales de circuito, de los juzgados de distrito y del tribunal electoral, así como las responsabilidades en que incurran los servidores públicos del poder judicial de la federación se regirán por lo que dispongan las leyes, de conformidad con las bases que esta constitución establece. El consejo de la judicatura federal determinara el número, división en circuitos, competencia territorial y, en su caso, especialización por materia de los tribunales colegiados y unitarios de circuito y de los juzgados de distrito (24). El pleno de la suprema corte de justicia, estará facultado para expedir acuerdos generales, a fin de lograr una adecuada distribución entre las salas de los asuntos que compete conocer a la propia corte, y remitir a los tribunales colegiados de circuito aquellos asuntos en los que hubiera establecido jurisprudencia para la mayor prontitud de su despacho. La ley fijara los términos en que sea obligatoria la jurisprudencia que establezcan los tribunales del poder judicial de la federación sobre interpretación de la constitución, leyes y reglamentos federales o locales y tratados internacionales celebrados por el estado mexicano, así como los requisitos para su interrupción y modificación (25). La remuneración que perciban por sus servicios los ministros de la suprema corte, los magistrados de circuito, los jueces de distrito y los consejeros de la judicatura federal, así como los magistrados electorales, no podrá ser disminuida durante su encargo. Los ministros de la suprema corte de justicia duraran en su encargo quince años, solo podrán ser removidos del mismo en los términos del título cuarto de esta constitución y, al vencimiento de su periodo, tendrán derecho a un haber por retiro (26). Ninguna persona que haya sido ministro podrá ser nombrada para un nuevo periodo, salvo que hubiera ejercido el cargo con el carácter de provisional o interino (3).*

Es primordial el poder judicial en un país democrático, y con un presidencialismo, dejando a cada quien lo que le corresponde. Pero en el Documental “Presunto culpable”, se cuenta la historia de Antonio, un chico que atrapan policías acusados de homicidio. El único testigo asegura no haberlo visto matar a su primo, que es la víctima, confirmándose que en sus primeras dos declaraciones no aparece el nombre de Antonio (27). A pesar de eso es consignado, se le lleva a proceso y se le dicta un auto de formal de prisión. Sus abogados intentan que el caso sea revisado por

instancias más altas. Se acepta el amparo, pero el juez de primera instancia lo condena. Cuando el abogado defensor trata de hacer preguntas, el juez no lo deja hablar alegando que ya todo está en el expediente. A lo largo del documental se muestra que en el caso hay muchas incógnitas sobre el arresto como de quienes lo aprehendieron, y los abogados defensores prueban además que es omitida mucha información para tener un caso en contra suya. En fin, el indiciado resulta culpable sin presentar las pruebas correspondientes. Pero después de dos años de preso se lo debe dejar en libertad con tan solo una disculpa. En este juicio no hay deontología jurídica por parte de los juzgadores, y falta la bioética en el conjunto del sistema. Al mismo tiempo el documental fue vetado de todos los cines del país (28).

3.-Poder Legislativo.

Se denomina poder legislativo a una de las tres facultades y funciones primordiales del estado, aquella que consiste en la aprobación de normas con rango de ley. Es una de las tres ramas en que tradicionalmente se divide el poder de un Estado. (29) El Poder Legislativo tiene la función de establecer el Derecho al dictar las reglas generales, abstractas e impersonales de observancia obligatoria. En una democracia, el poder legislativo elabora y modifica las leyes existentes de acuerdo a la opinión de los ciudadanos (30).

Según el Artículo 50, de la Constitución mexicana, el poder legislativo está depositado en el Congreso, que se divide en dos cámaras: la de diputados y la de senadores (3). Estos personajes están encargados de crear y proteger al estado de derecho y de dar las armas para combatir la injusticia. Esto en teoría, porque es interesante observar como no hay una ley en salud mental en el país y muchas otras que ayudarían al pueblo. En cambio, hay leyes que pisotean la dignidad la persona, mismamente como las de salud, las de educación y la fiscal.

México es uno de los países en el mundo que cada año está en elecciones, y las más controvertidas son precisamente las de diputados, ocasionando que muchos aprovechen su calidad de legislador para hacer otro tipo de actividades valiéndose del fuero constitucional. No existe un fundamento político-bioético desarrollar esta tarea, y el que existía se destruyó con la mentira, y con la corrupción en lo relativo a la protección del pueblo. Es ahí de en donde este horizonte es desértico, haciendo de la pobreza un panorama natural en México (31).

¿Cómo sería una Biopolítica en México?

Nos vienen miles de ideas acerca de este contexto político mexicano, y la primera palabra con la que se relaciona es con el concepto de crisis, crisis humana y crisis de valores. El contexto de la política en México es la idea de un poder absoluto y donde se tienen las necesidades básicas del ciudadano mexicano (trabajo, educación, salud y bienestar mental), como un lujo. El sistema político corroe todo el sistema humano.(32)

Si bien la Democracia es una de los mejores sistemas político, es como el cerebro de la operación, la situación de nuestro Estado se basa en una simple utopía marginal, impregnada de un sentido neoliberal que alimenta la ilusión del mexicano por el consumo, esto es: entre más tienes más eres (33).

Hoy, *grosso modo*, el sistema democrático va de la mano con el este sistema de mercado abierto. Se están creando obreros, y no humanos pensantes, o maquinas como lo podemos observar en el sistema de competencias implementado por el gobierno mexicano a nivel bachillerato, en donde se quitan las materias básicas para la reflexión de modo de tener individuos sin conciencia social (34).

La Reforma de las leyes se ha tornado un arma del político para crear un mundo en donde él y sus gentes son los únicos beneficiarios. Es un claro ejemplo de que el capitalismo ha rasgado por fin nuestras garantías sociales (35). No se persigue el bien social, ni mucho menos el humano auspiciando el fracaso de nuestra Revolución mexicana vista desde el punto de vista del pueblo y no de los intereses económicos estadounidenses, que fue quien acabo con el más tonto de los Madero como diría Pancho Villa (36).

A lo largo de la historia, en México se ha conceptualizado una cierta mentalidad en el mexicano: la de ser el conquistado. Esta psicología, inmersa en el sistema de educación mexicano, ha maleado la mentalidad del ciudadano desde el inicio de su vida escolar y hasta la muerte, mermando la inteligencia emocional (37). Las ideologías, como el machismo, buscar el sueño americano o huir del país es el pan de día a día, y esto lo heredamos gracias al sistema político mexicano, por el Estado concebido como paternalista, todo lo cual ha concluido en un incesto autoritario, puritano, ilegible y caótico del estado al pueblo. Hemos dejado nuestra vida como país en manos de los políticos (38). Cabe aclarar que no todos los políticos son así en México, pero la gran mayoría son nuestra prueba.

El cuarto poder.

La información escrita avanzó a principios del siglo pasado, y los informantes y escritores ya formaban una verdadera profesión bajo el nombre de “reporteros”. No tardaron en aparecer los “comentaristas”, y lo escrito en los diarios o periódicos comenzó a ser del dominio público y así formar la opinión del pueblo en general, que en últimas instancias es el “mandante” en una República (39).

Según la constitución mexicana en su artículo 7:

Es inviolable la libertad de difundir opiniones, información e ideas, a través de cualquier medio. No se puede restringir este derecho por vías o medios indirectos, tales como el abuso de controles oficiales o particulares, de papel para periódicos, de frecuencias radioeléctricas o de enseres y aparatos usados en la difusión de información o por cualesquiera otros medios y tecnologías de la información y comunicación encaminados a impedir la transmisión y circulación de ideas y opiniones. Ninguna ley ni autoridad puede establecer la previa censura, ni coartar la libertad de difusión, que no tiene más límites que

los previstos en el primer párrafo del artículo 6o de esta constitución. En ningún caso podrán secuestrarse los bienes utilizados para la difusión de información, opiniones e ideas, como instrumento del delito (3).

Amparado en esto el periodismo se convirtió en un negocio debido a la cultura capitalista. La labor de los reporteros, ávidos de noticias, los llevó a convertirse en investigadores más exitosos que los detectives de la policía con tal de sacar una "primicia". Eso comenzó a incomodar a los políticos en general, a saber, a los diputados, a los senadores y hasta al presidente. Dicho de otra manera: incomodando a los otros tres poderes y convirtiéndose la prensa en el cuarto poder (40). Significativamente, el mercado de noticias está marcado por el vender, al grado de que casi todos los temas tienen que ser negativos. Se explota de una manera bestial el morbo y victimismo del mexicano. Solo en el ámbito cultural se hacen resaltar algunos hechos positivos o logros de la clase intelectual mexicana, que muchas veces es confundida con los culpables y que por lo demás deja poco dinero (41).

Sin embargo es innegable, que en cuanto a política se refiere los informantes, reporteros, comentaristas o conductores de programas específicos, etc., no vacilan en decir lo que perciben, como por ejemplo señalar las promesas hechas por un candidato en épocas de proselitismo y su posterior incumplimiento (42). Afortunadamente, en la programación general de todos los medios los temas políticos, si bien han sido ilustrativos e importantes, no son demasiado indispensables para los grandes consorcios de la comunicación. También es innegable como el presidencialismo y los medios de comunicación se conjugan, y como juegan con la Mante del ciudadano haciéndolo grande y luego destrozándolo, o creando figuras inexistentes como la de primera dama que no está en el marco legal mexicano contemplada (43).

Conclusiones

La Bioética ha sido olvidada por los cuatro poderes en México. Tal parece que somos un producto y no un individuo como tal, y la Constitución se muestra olvidadiza cuando se consulta la definición de persona.

El pueblo mexicano es un ente en crecimiento y consolidación impactado por otras culturas; que está aprendiendo a caminar, a valorarse y a conocerse a sí mismo; que tiene lados negativos y que debe mejorar su inteligencia emocional combinándola con la ética y la Bioética, aunque seamos individualistas. Debemos madurar ante nuestra dificultad de trabajar en equipo.

Existe un estado de emergencia nacional por la falta de normas adecuadas, en el contexto de una ética que en su práctica social borra, de una vez y por todas, la desconfianza actual frente al proceso político. Este debiera estar dirigido específicamente al estudio, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del ser humano en sociedad, en sus dimensiones psicológicas, biológica y bioéticas.

La Bioética debe ser una respuesta básica, fundamentada en la dignidad del pueblo. Llevarla a su sentido más estricto traerá una consolidación del Estado y del

país como un proyecto humanamente posible, donde las barreras ideológicas no tendrían pena ni gloria ya que se verían opacadas por un sistema humanista que trae consigo todo a lo que aspira la política tradicionalista.

Los poderes están enfermos. Son un paciente en estado terminal, dañando a este país y trayendo consigo una degeneración ambiental y social del pueblo, que este vive con normalidad. Pero no es normal que en un país latinoamericano el ciudadano común no se pueda dedicar a una profesión lícita; o que esta, se encuentre controlada por un sindicalismo corrupto; que el transporte público ya sea una epidemia sin control por la muerte de personas; que el policía sea un delincuente con permiso; que los medios de comunicación sean el cuarto poder político; que maten estudiantes, que maten niños en una guardería del Estado, que maten líderes religiosos e idealistas sociales, que maten maestros, en fin, que maten todo aquello que tenga que ver con el presente de México.

La educación en inteligencia emocional es la base de nuestro sustento como país, pero si se la dejamos a los especialistas y no a los medios de comunicación. Es por esto, repetimos una vez más, que a la violencia hay que darle ética y a la política Bioética.

Bibliografía

1. Anguiano C. En un mundo de culpables los que juzgan se vuelven ciegos. Mexico. Lemus 2015.
2. Gracia D. Introducción. La Bioética Médica. Bol Of Sanito Panamá 1990; 108(5-6):374-8.
3. Schoyaans M. La cara oculta de la ONU. México: Diana; 2002.
4. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México: Porrúa
5. Bergson SB, Wright DF. Nuevo Diccionario de Teología. El Paso, EU: Casa Bautista de Publicaciones; 1992: Bioética p. 146-8.
6. Pellegrino ED. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. Bol Of Sanit Panam 1990; 108(5-6):379-89.
7. Arcila Herrera H, González Franco María F, Montero Cervantes L. La ética: herramienta del quehacer diario de la medicina. Rev Biomed 1995; 6(3):167-71.
8. Peña J. La ética en la investigación en los seres humanos. Ciencia y Desarrollo 1978; 21:46-51.
9. Scholle Connor S, Fuenzalida-Puelma HL. Bioética: presentación de un número especial. Bol Of Sanit Panam 1990; 108(5-6):369-73.
10. Soberón G, Tarasco M, Kuthy J. Etica e investigación en seres humanos. Perspectivas culturales diferentes: América Latina. Medicina y Etica 1992; 1:29-37.
11. Vilardell F. Problemas éticos de la tecnología médica. Bol Of Sanit Panam 1990; 108(5-6):399-404.
12. Jinich H, Pérez Tamayo R, Sepúlveda B, Guarner V. La verdad y el error en Medicina. Gaceta Médica de México 1984; 120:133-42.
13. Sass HM. La Bioética: fundamentos filosóficos y aplicación. Bol Of Sanit Panam 1990; 108(5-6):391-8.
14. Batistiole JV. Protocolo de Bochum para la práctica de ética médica. Bochum, Zentrum fur Medizinische Ethik 1988
15. Mainetti JM. Protocolo para la práctica etico médica. Bochum, Zentrum fur Medizinische Ethik 1988
16. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Normas éticas internacionales para las investigaciones biomédicas con sujetos humanos. Washington (DC): OPS/OMS; 1996.
17. Ley orgánica de la administración pública federal. Mexico Lemus 2015.
18. Pellegrino ED. Toward a reconstruction of medical morality: the primacy of the act of profession and the fact of illness. Journal of Medicine and Philosophy 1979; 4(1):32-56.

19. Ley federal de correeduría pública. Mexico Lemus 2015
20. Reglamento de la ley federal de correeduría pública. Mexico Lemus 2015
21. Ashley JSA, Pasker P, Beresford JC. How much clinical investigation? *Lancet* 1972;(1):890-2.
22. Alfonso Sánchez I, Báez RM, Tillán Gómez S, Alvero Pérez Y. Reflexiones: Información, Salud y Tecnología. *Revista Internacional CMA-AMECA* 1991; 1(1):5-8.
23. Alleyne GAO. Información en salud para todos. En: Laerte Packer A, Castro Elaine de Biblioteca Virtual en Salud. Sao Paulo: OPS/OMS; 1998. p. 17-34.
24. Valdés Menéndez R. Visión de la informatización de la sociedad cubana. *Revista Giga* 1997;(3):5.
25. Licea de Arenas J. Medios y mensajes de la ciencia. La revista científica. *Revista Ciencias de la Información* 1994; 25:2.
26. Epstein D, Vernaci RL. La telemedicina se incorpora a la aldea global. *Perspectivas de Salud* 1998; 3:11.
27. Documental presunto culpable. Roberto Hernández/Geoffrey Smith Mexico 2011.
28. Perry S. Thecgnology assessment. Continuing uncertainty. *N Engl J Med* 1986; 314:240-3.
29. Kessler DA, Pape SM, Sundwall DN. The federal regulation of medical devices. *N Engl J Med* 1987; 317:357-65.
30. Churchill LR. Rationing Health Care in America: perceptions and principles of justice. Notre Dame, Indiana: University of Notre Dame Press; 1987.
31. Woolhandler S, Himmelstein DU, Labar B, Lang S. Transplanted technology: third world options and first world science. *N Engl J Med* 1987; 317:504-6.
32. Guarner V. Nuevas tecnologías y nuevos daños iatrogénicos. *Gaceta Médica de México* 1995; 131(5-6):533-51.
33. Vilardell F. Problemas éticos de la tecnología médica. *Bol Of Sanit Panam* 1990; 108(5-6):399-404.
34. Jennet B. High technology medicine. Benefits and Burdens. Oxford: Oxford University Press; 1986.p.53-74.
35. Farrar J. Gastroenterology and the impact of the rise of technology in the United States. *Ital J Gastroenterol* 1989; 21:49-52.
36. BARQUÍN ALVAREZ, Manuel. Comentario al Artículo 50 Constitucional en Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos comentada y concordada. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Tomo III. Miguel Carbonell, Coordinador. México 2000.
37. BOBBIO, Norberto. Entre dos repúblicas. En los orígenes de la democracia Italiana. México, Siglo veintiuno editores. 1ª. ed. 2002.
38. CARBONELL, Miguel. Constitución, reforma constitucional y fuentes del derecho en México. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Ed. Porrúa. México 2000.

39. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, comentada y concordada. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Tomo III. Miguel Carbonell, Coordinador. México 2000.
40. NÚÑEZ JIMÉNEZ, Arturo. El rol del Congreso. Ponencia presentada ante los integrantes de Alianza Cívica. México DF. 2003.
41. NÚÑEZ Jiménez, Arturo. La dinámica del proceso político en México. Artículo publicado en el Diario Reforma. 2001.
42. SENADO DE LA REPÚBLICA. Breve Historia. 16 de mayo de 2004. LIX. Legislatura.
43. Sartori, G. "Liberty and Law" en Templeton, k. (comp.) The politization of Society, Liberty press, 1979.

*Propuestas laborales del Programa de
Gobierno de Michelle Bachelet
(Un análisis a la luz de los
estándares de la O.I.T.)*

**Claudia Castro Urrutia. Carlos Miranda Arrau. César Montalva del Pozo.
Catherine Silva Osorio. Claudio Torres Urzúa.** ¹⁶

Resumen

El presente trabajo consiste en una revisión de las propuestas Laborales del programa de gobierno correspondiente al período 2014-2018 de la presidenta Michelle Bachelet con el fin de evaluar si ellas se corresponden con los estándares establecidos por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en las respectivas materias.

Palabras clave:

sindicatos, negociación colectiva, participación laboral, capacitación, OIT.

Abstract

This article aims to review the labour policies proposed by the president Michelle Bachelet in her government program corresponding to the period 2014-2018 with the purpose to asses whether they conform with the standards settled by the International Labour Organization in the respective topics

Key words: *unions, collective bargaining, labour participation, training, ILO.*

¹⁶ Los autores son todos egresados de la carrera de Derecho de la Universidad Diego Portales.

Introducción

En una sociedad moderna, democrática y liberal, el trabajo no se puede comprender sólo como un factor de producción, ni el trabajador como un mero consumidor. Por el contrario, es un imperativo social la existencia de un trabajo de calidad y digno para todas las personas.

Por medio del presente artículo, analizaremos los cambios que se proponen introducir en nuestra institucionalidad laboral contenidos en el programa de gobierno de la presidenta Michelle Bachelet para los años 2014 a 2018.

Previamente, es necesario comprender que una desigual distribución de ingresos y de oportunidades en el mercado laboral hace patente una desigualdad social que atenta contra los derechos fundamentales de todo ser humano. En este sentido, los principales defectos del escenario laboral chileno son las bajas tasas de participación laboral de mujeres y jóvenes, los empleos precarios e informales y, finalmente, una ausencia de derechos individuales y colectivos que sean, en la práctica, herramientas efectivas de negociación colectiva.

Por lo antes dicho, es una necesidad que se busque una mayor proporcionalidad entre empleadores y trabajadores, para lo cual se debe aumentar la capacidad, autonomía y libertad de las partes para negociar en igualdad de condiciones.

El presente trabajo, pretende analizar las políticas propuestas por la Presidenta Michelle Bachelet en su programa de gobierno, respecto a diversas áreas en materia laboral. De este modo se buscará contrastar la situación laboral actual en Chile en relación con las propuestas de modificación contenidas en el programa de gobierno. Del mismo modo, se procederá a analizar cómo estas propuestas se corresponden o no con las normas internacionales en materia laboral. Específicamente, analizaremos los convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ratificados por Chile y que se encuentren vigentes.

En primer lugar, se examinará un grupo de propuestas que se orientan a la búsqueda de una mayor igualdad entre los principales actores sociales en materia laboral. Ello, se escruta por medio de políticas destinadas a una ampliación de las negociaciones colectivas y el fenómeno de la sindicalización o institución del sindicato, donde se comprenden puntos tales como el reforzamiento de la negociación colectiva, el impulso de una titularidad de la negociación en los sindicatos, entre otros. En este acápite, se proponen medidas tales como la eliminación de la figura del Multirut; el impulso de la negociación colectiva con titularidad sindical; el derecho del sindicato a obtener información oportuna sobre la situación económica de la empresa; el impulso de las organizaciones de trabajadoras y trabajadores, potenciando el programa de formación sindical; modificaciones al proceso de negociación colectiva reglada; mejoramientos y simplificaciones al proceso de negociación colectiva reglada; una ampliación de las materias que se puedan acordar en una negociación colectiva con el empleador y generación de un nuevo marco legal que contenga el Estatuto del Temporero y la Actividad Agrícola de Temporada. Resulta especialmente relevante, contrastar estas propuestas de modificación del proyecto con los siguientes convenios de la OIT ratificados por Chile: (i) [Convenio N°87 sobre la Libertad Sindical y la](#)

[Protección del Derecho de Sindicación de 1948](#); (ii) Convenio N°98 sobre el Derecho de Sindicación y de Negociación Colectiva de 1949; (iii) Convenio N°135 sobre los Representantes de los Trabajadores de 1971; (iv) [Convenio N°141 sobre las Organizaciones de Trabajadores Rurales de 1975](#); y (v) Convenio N°151 sobre las Relaciones de Trabajo en la Administración Pública de 1978.

En segundo lugar, se examinará un conjunto de políticas que pretenden promover la participación laboral, la calidad del empleo, los salarios y aumentar la productividad. El programa de gobierno de la presidenta Michelle Bachelet, a este respecto, tiene la finalidad de aumentar el número de chilenas con empleos formales y sus garantías correspondientes. Con este objetivo, se proponen las siguientes políticas: En primer lugar, elevar la cobertura del subsidio al empleo femenino, llegando al 60% de los hogares de menores ingresos. En segundo lugar, y con la finalidad de evitar la discriminación que se produce en contra de la mujer al tener que cargar con el cuidado de los hijos cuyos padres trabajan, se propone eliminar el artículo 203 del Código del Trabajo. En tercer lugar, se propone crear un fondo solidario para financiar un sistema universal de cuidado infantil y estimulación temprana para todos los hijos de trabajadoras y trabajadores. Finalmente, se propone tomar medidas positivas para incentivar la contratación de mujeres dentro del Sistema de Alta Dirección Pública. Estas propuestas del programa serán contrastadas con las normas internacionales establecidas en los Convenios número 103, 111, 156, y 183, todos de la OIT.

Finalmente, se estudiará un tercer grupo de políticas, las cuales tienen por objetivo fortificar y perfeccionar la institucionalidad laboral en lo concerniente al desarrollo y seguro de cesantía. En el programa de gobierno de la presidenta Michelle Bachelet se pretende crear un nuevo sistema de intermediación y capacitación laboral que apoye a todos aquellos quienes tengan problemas de inserción en el mercado laboral. Se busca modernizar y fortalecer el Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (Sence). Se pretende igualmente perfeccionar el Seguro de Cesantía, generando incentivos para los empleadores y potenciando el rol contra cíclico del seguro. Estas propuestas del programa serán analizadas en conformidad a los estándares internacionales relativos al tema, teniendo en cuenta principalmente las disposiciones de los Convenios y Recomendaciones internacionales del trabajo vigentes, tales como el Convenio y la Recomendación sobre la Política del Empleo de 1964; el Convenio y la Recomendación sobre la Discriminación en el Empleo y Ocupación de 1958; Convenio sobre el Desempleo de 1919; la Recomendación sobre el Desempleo de Menores de 1935; la Recomendación sobre los Programas Especiales para los Jóvenes de 1970; la Recomendación sobre Igualdad de Remuneración de 1951; la Recomendación sobre la Orientación Profesional de 1949; la Recomendación sobre la Formación Profesional de 1962; y la Recomendación sobre el Desempleo de 1934.

Finalmente, una vez contrastado el proyecto de modificación en materia laboral con las normas y estándares internacionales, determinando si se cumplen o no las exigencias de la Organización Internacional del Trabajo, se procederá a analizar las conclusiones y eventuales medidas que puedan significar una efectiva mejora en el trabajo de todas y todos los Chilenos.

Negociación colectiva y sindicalización

Dos de las materias que a nivel internacional han sido más discutidas en el ámbito del Derecho Laboral han sido las denominadas negociaciones colectivas y el fenómeno de la sindicalización (17) o institución del sindicato.

En materia de negociación colectiva, tanto a nivel nacional como internacional, se ha discutido su naturaleza, habiendo quienes sólo consideran ésta como un procedimiento (18) –siendo el caso del artículo 303 del Código del Trabajo- o como un derecho fundamental. (19)

Dado el especial ambiente de esta materia en nuestra legislación y doctrina nacional, se ha abierto el debate respecto a una necesaria reforma en lo que concierne a nuestro Código del Trabajo. Ello, a causa de las deficiencias que éste vislumbra ante los estándares internacionales.

En éste sentido, el programa de gobierno presentado por la Presidenta Michelle Bachelet comprende un acápite respecto de la negociación colectiva y sindicatos, denominado “Negociación Colectiva y Fortalecimiento de la Sindicalización”, donde se comprenden puntos tales como el reforzamiento de la negociación colectiva y el impulso de una titularidad de la negociación en los sindicatos, entre otros.

En este punto corresponde hacer un estudio de lo planteado en dicho proyecto en materia de negociación colectiva con respecto a los diversos tratados de la OIT ratificados por Chile y que se encuentren vigentes en la materia. Entre los Convenios a comparar se encuentran: (i) Convenio N°87 sobre la Libertad Sindical y la Protección del Derecho de Sindicación de 1948; (ii) Convenio N°98 sobre el Derecho de Sindicación y de Negociación Colectiva de 1949; (iii) Convenio N°135 sobre los Representantes de los Trabajadores de 1971; (iv) Convenio N°141 sobre las Organizaciones de Trabajadores Rurales de 1975; (v) Convenio N°151 sobre las Relaciones de Trabajo en la Administración Pública de 1978.

A continuación, se realizará un análisis respecto de las distintas disposiciones propuestas en el programa de gobierno, comparando cada una de ellas con los distintos tratados internacionales de la OIT ratificados por Chile.

¹⁷En este sentido MACCHIAVELLO señala que un sindicato debe ser entendido como “una organización laboral basada en principios de solidaridad y de justicia, que nace dentro del nuevo sistema de producción industrial con el objeto de defender los intereses colectivos que conforman las agrupaciones de trabajadores, por medio de acuerdos y acciones comunes que tienen el propósito de promover el desarrollo individual, familiar y colectivo de ellos con la parte empresarial, sus organizaciones y el Estado mismo”. MACCHIAVELLO (1989), *Derecho Colectivo del Trabajo*, p.65

¹⁸Según VILLAVICENCIO, debemos entender a la negociación colectiva como un “proceso de creación de normas que expresa una relación de poder entre organizaciones, un uso diplomático del poder en el que se evidencia su naturaleza de institución política que transforma el conflicto en consenso”. VILLAVICENCIO, *Redefinición de las funciones y los modelos de negociación colectiva en los albores del siglo XXI*, p.2

¹⁹En este sentido, CAAMAÑO, cuando señala que “desde una perspectiva jurídica, destaca la naturaleza de la negociación colectiva como un derecho humano fundamental de contenido laboral, reconocido como tal en los convenios, recomendaciones, declaraciones y otros pronunciamientos de la OIT, así como en los principales tratados internacionales de derechos humanos, ya sea en el marco general del reconocimiento al derecho a asociación y de acción sindical, como a través de disposiciones específicas que aluden de manera directa al derecho de negociación colectiva”. En CAAMAÑO (2009), *La negociación colectiva en el derecho del trabajo chileno: Un triste escenario para la promoción de la libertad sindical*, p.4.

1.- Eliminación de la figura del Multirut (20).

La eliminación de la figura del Multirut tiene por objeto una mayor protección al trabajador, otorgándole garantía suficiente para la persecución de sus derechos en contra de aquella empresa para la cual efectivamente prestan sus servicios y generan reales ingresos.

En esta materia, el programa de gobierno señala que para lograr esto, “a pesar de tener RUT’s distintos, debe considerarse como una empresa a las firmas cuando tengan un mismo controlador, se presten los mismos servicios o se hagan productos similares y se tenga una dirección laboral común.” (21)

En lo que respecta a los distintos convenios ratificados con la OIT, cabe señalar que, sin perjuicio de no existir un pronunciamiento normativo textual respecto a ésta materia –la noción de un único empleador desde la perspectiva de un cúmulo de empresas-, ésta se encuentra comprendida en el espíritu de cada uno de ellos, siendo la piedra fundamental de todo convenio, la eficaz protección de los derechos de todo trabajador, siendo para ello fundamental la determinación exacta de quién debe ser considerado como empleador efectivo.

En este sentido, la eliminación del fenómeno Multirut satisface los estándares generales de todo convenio OIT, determinando eficazmente el sujeto pasivo contra el cual se podrán hacer valer los derechos de los trabajadores, otorgándoles una real eficacia.

2.-Impulso de la negociación colectiva con titularidad sindical.

En Chile, hoy en día, conforme a los artículos 303 y 315 del Código del Trabajo, son titulares de llevar a cabo una negociación colectiva tanto los denominados grupos de trabajadores como los sindicatos.

Queda de manifiesto que dicha dualidad de titulares resta fuerza negociadora a los sindicatos, al dispersar los intereses e impulsar conflictos entre los trabajadores.

Ante tal escenario, y con el objeto de otorgar una mayor fuerza negociadora al sindicato y restarle protagonismo a los grupos negociadores, en este sentido el Programa señala que “es necesario fortalecer el sindicato como sujeto de la negociación colectiva. Vamos a impulsar una negociación colectiva con titularidad sindical”.

Esta idea de otorgar fuerza negociadora a los sindicatos ha sido replicada, al menos implícitamente, en materia internacional. Ello, en cuanto del Convenio OIT N° 135 se desprende un marco de preferencia de la acción negociadora a los sindicatos. Este instrumento, en su artículo 5 hace prevalecer la figura del sindicato con respecto a los grupos negociadores (22).

²⁰ Al momento de la elaboración de este trabajo, la ley que elimina el Multirut aún no había sido dictada.

²¹ Programa de Gobierno, MICHELLE BACHELET (2014), p. 92.

²² El citado artículo señala: “*Cuando en una misma empresa existan representantes sindicales y representantes electos, habrán de adoptarse medidas apropiadas, si fuese necesario, para garantizar que la existencia de representantes electos no se utilice en menoscabo de la posición de los sindicatos interesados o de sus representantes y para fomentar la colaboración en todo asunto pertinente entre los representantes electos y los sindicatos interesados y sus representantes*”.

Igual cuestión sucede con la Recomendación N°91 de 1995 –en relación a los contratos colectivos- donde se señala que la figura del sindicato prevalecerá por sobre los grupos de negociación externos.

En este aspecto, la idea de fortalecer al sindicato a través de la titularidad de la acción de negociación colectiva viene a manifestar el interés que la OIT ha planteado desde hace tiempo, el cual se traduce en la unificación de los trabajadores en un solo cuerpo, debiendo ser éste el sindicato (23).

En este sentido, el Programa no tan solo viene a cumplir aquella idea que trasciende el artículo 5 del Convenio N°135 de la OIT, sino también manifestar lo expuesto en otros convenios, como los N° 87 y 98, fortaleciendo la sindicalización y por ende la negociación colectiva en sí misma.

3.- Derecho de Sindicato a obtener información oportuna sobre la situación económica de la empresa.

Factor determinante al momento de realizar una negociación colectiva es la información que tienen las partes, tanto para desarrollar un proyecto, como para darle una respuesta coherente y fundada por parte de quien lo recibe.

Un mecanismo eficaz para lograr un mayor aumento de negociaciones colectivas y, en su caso, de acuerdos colectivos es la implementación del deber por parte del empleador de entregar información económica de la empresa de forma oportuna, es decir, previo a la discusión que se abrirá luego de presentado un convenio, de modo tal que el instrumento que presenten los trabajadores tenga sustento suficiente para ser discutido con determinación.

En este sentido, cuando el Programa señala que “adicionalmente, para contar con una negociación colectiva más técnica e informada es necesario establecer la normativa que permita que el sindicato cuente con información oportuna sobre la situación económica de la empresa, en particular la información sobre el Estado de Resultados y Balance General, que el empleador deberá entregar de manera obligatoria” (24). Se otorga mayor poder y consistencia a la idea de fuerza negociadora a favor del sindicado, buscando la igualdad de condiciones entre las partes.

Esto encuentra fundamento en el artículo 4 del Convenio N° 98 y las nociones generales de los Convenios N° 87 y 135 de la OIT, donde se busca reforzar la libertad sindical, su empleo y la determinación de medidas que permitan que ésta se desarrolle de manera óptima.

Este punto del programa de gobierno es de los más importantes. Esto, en cuanto viene a reforzar una falencia del sistema –cuestión consagrada hoy en el artículo 315 del Código del Trabajo. Ello, porque si bien se consagra en la legislación, no encuentra rigurosidad efectiva. Así, a través de una reforma en ésta materia se pretende consagrar efectivamente el uso de la negociación, dotándola de un sentido más técnico y riguroso,

²³ Cuestión que en Chile, por el momento, ha sido utilizado por las grandes empresas como un método de disolución de intereses de los empleadores, generando mayores divisiones de fuerzas y, por ende, de voluntad negociadora.

²⁴ Programa de Gobierno, MICHELLE BACHELET (2014), p.93.

consiguiendo dar respuesta a esa necesidad del trabajador de saber qué tan factible es la realización de su pretensión en la empresa.

4.- Impulso de las organizaciones de trabajadoras y trabajadores potenciando el programa de formación sindical.

Igual sentido toma el impulso por parte del gobierno a la sindicalización por parte de todos los trabajadores, ya sea impulsando el conocimiento por parte de ellos en sus derechos laborales como potenciando el programa de formación de sindicatos del gobierno.

Para estos efectos, el programa propone la implementación de financiamiento público permanente y fondos concursales.

A través de éstas medidas se busca el incremento de participación en los sindicatos, otorgando los medios necesarios para la creación de estos y la incorporación de jóvenes y mujeres a ellos, cuestión que conforme la legislación actual encuentra poca aceptación. Ello, dada la baja –sino nula (salvo el privilegio de fuero)- posibilidad para afiliarse a un sindicato empresarial.

En este sentido se viene a convalidar lo señalado en el artículo 4 del Convenio N° 98, otorgando las medidas suficientes para la realización de negociaciones colectivas, y favorecer la creación de sindicatos, velando por la libertad sindical, y con ello ir en directa relación con el Convenio N°87 de la OIT.

5.- Modificaciones proceso de negociación colectiva reglada.

En Chile, el proceso de negociación colectiva reglada se encuentra regulado en el libro IV del Código del Trabajo, donde se comprende un procedimiento para efectos de llevar a cabo una negociación colectiva, como mecanismos a través de los cuales estos se podrán hacer valer.

Con miras a fortalecer la negociación colectiva y hacer fe al principio y derecho de libertad sindical, es que el Programa señala próximas reformas al procedimiento reglado.

No obstante, es importante señalar que, dado la calidad del documento – programa de gobierno y no proyecto de reforma- no se da detalle de las formas a través de las cuales se llevaría a cabo dicha modificación, siendo imposible pronunciarse entonces a su respecto (25).

Se propone utilizar Convenios anteriores para efectos de establecer las condiciones mínimas de negociación. Dicha medida tiene por objeto establecer mínimos en favor de los trabajadores para no verse perjudicados por un cambio por parte del empleador que signifique aminorar los privilegios para los trabajadores. Cuestión, esta última, que hoy en día genera conflicto respecto de la libertad sindical, en cuanto debilita la fuerza negociadora de los empleados, dejando en manos del empleador establecer los mínimos de negociación.

²⁵ Al momento de elaborar este trabajo, el proyecto de reforma laboral del gobierno aún no era enviado al Congreso.

Sin perjuicio de lo anterior, una modificación en el proceso reglado para flexibilizarlo y otorgarle más rapidez iría en concordancia con lo prescrito en los Convenios N°87 y 98 de la OIT, dando más fuerza a una libertad sindical que hoy, en razón de las consecuencias del Plan Laboral en nuestra legislación, se encuentra coartada a la utilización de un procedimiento reglado estricto.

6.- Mejoramientos y simplificaciones al proceso de negociación colectiva reglada.

El programa de la presidenta Bachelet reconoce que el Código del Trabajo establece un proceso de negociación colectiva engorroso y complejo, lo que constituye una real traba en las negociaciones de las partes, vulnerándose el convenio número 98 de la OIT relativo a la libertad sindical.

En esta línea, Gamonal ha señalado que “nuestro sistema continúa en el reglamentarismo y en limitaciones excesivas a la libertad sindical»¹. Es un sistema que al ser reglamentarista ve «muy limitada la autonomía colectiva por la legislación, que sólo constituye - así - una fuente subordinada a las normas estatales”. (26).

Caamaño, en la misma lógica anterior, también ha reparado en el carácter excesivamente reglamentarista y restrictivo del legislador, agregando que “restringe enormemente la oportunidad y la forma en que las partes pueden llevar adelante el proceso de negociación colectiva, conformándose una normativa caracterizada por un fuerte dirigismo legal y por una suerte de desconfianza hacia la autonomía de los actores sociales, que se opone a los principios derivados del convenio 98 de la OIT”. (27)

De lo anterior se desprende que, sin duda alguna, el reglamentarismo es uno de los grandes problemas de fondo de nuestra legislación en materia de negociación colectiva, pues el exceso de requisitos y el carácter restringido de actuación que tienen los partícipes de la negociación limitan o, en ocasiones, inhiben la negociación y conformación de acuerdos. Que el plan de la presidenta Bachelet comprenda lo anterior y se pronuncie sobre este punto resulta auspiciador. Sin embargo, el programa relativo a esta materia sólo pareciera una mera buena intención, pues no propone medidas concretas ni mucho menos realiza un diagnóstico a fondo de los problemas específicos que acarrea el reglamentarismo.

Así las cosas, una de las grandes problemáticas que existe hoy en día en relación a esta materia es la preferencia de la negociación colectiva reglada a nivel de empresa, en desmedro de la negociación colectiva pluriempresa. En efecto, sólo en la primera el empleador se encuentra obligado a negociar y contratar. Asimismo, el trabajador cuenta con medios de autotutela colectiva en caso de que el acuerdo resulte frustrado, como la huelga o el lock out. En la pluriempresa, por el contrario, depende íntegramente del empleador que la negociación sea exitosa, pues basta su mera negativa, la que ni siquiera debe expresar causa alguna o motivo fundado, para que la negociación se dé por fallida, lo que además es muy oneroso para el trabajador, el que probablemente ha

²⁶ GAMONAL, SERGIO, *Derecho Colectivo del Trabajo* (Santiago, Chile, Lexis Nexis, 2002) p.37

²⁷ CAAMAÑO, ob.cit., p.57

incurrido en tiempo y gastos de recopilación de información para presentar el proyecto (28). Lo anterior va en contra del Convenio N° 98 de la OIT y de la libertad sindical, pues nuestra legislación, al establecer como opción predilecta a la negociación de empresa, no permite a los trabajadores escoger libremente el nivel de negociación que desean. Ello, puesto que los beneficios que se observan en la negociación a nivel de empresa, impulsará a los actores a optar por esta.

El proyecto de la presidenta, por lo tanto, debiera abogar para que la negociación colectiva reglada pluriempresa sea obligatoria como la de empresa, reconociéndole, del mismo modo, mecanismos de autotutela.

Otro de los grandes puntos débiles en esta materia es la reglamentación relativa a la huelga, la que no obstante permitirse como mecanismo de autotutela en el procedimiento reglado, es en la práctica un instrumento débil e ineficaz. La huelga idealmente debiese ser un instrumento relevante de presión, vital para el equilibrio de poderes y la democratización de las relaciones laborales. Pero se ve, sin embargo, totalmente entrabada por la engorrosa reglamentación. El panorama es tan poco alentador que incluso hoy en día se le otorga un carácter ilegítimo o peyorativo, la que sólo puede ejecutarse como medio de ultima ratio, una vez que se han agotado todos los recursos que establece la ley.

En relación a esto, Caamaño ha dicho que “el legislador chileno regula con detallismo el ejercicio de la huelga, sometiéndolo a un régimen jurídico que podrían catalogarse, sin duda, como uno de los más intervencionistas en la tradición jurídica continental. Nuestro modelo legal de huelga trasunta una evidente y mal disimulada agresividad con la tutela directa de los trabajadores” (29).

Por lo tanto, si nuestro país quiere efectivamente acercarse a los parámetros del Convenio N° 98 de la OIT, debe liberar de tantos requisitos legales a esta institución, reconociéndola como un medio de autotutela legítimo y efectivo.

7.- Ampliación de las materias que se puedan acordar en una negociación colectiva con el empleador.

En nuestro país el legislador ha restringido notoriamente las materias objeto de negociación colectiva, lo que vulnera la libertad sindical consagrada en el Convenio N°98 de la OIT, cuestión que, por lo demás, ha sido denunciado por el Comité de Libertad Sindical. El artículo 306 inciso 1° del Código del Trabajo reconoce como materias de negociación colectiva sólo las siguientes: a) las remuneraciones de distinta naturaleza; b) beneficios en dinero o especie que no revisten calidad de remuneración; y c) condiciones comunes de trabajo (30).

²⁸ CAAMAÑO, op. Cit. P.13

²⁹ CAAMAÑO, ob.cit., p.72

³⁰ Según CAAMAÑO, las condiciones comunes de trabajo son “aquellas materias que benefician o afectan a todos los trabajadores que negocian, entendiendo que ellas comprenden principalmente los beneficios o condiciones sociales en que se realiza el trabajo y que no tienen por objeto aumentar los beneficios económicos (...). Tal es el caso de la capacitación, mecanismos complementarios de seguridad social, medidas de higiene y seguridad, etc”. CAAMAÑO, Eduardo, “La negociación colectiva en el derecho del trabajo chileno: un triste escenario para la promoción de la libertad sindical, p. 30.

De lo anterior se deduce que las materias que pueden ser objeto de una negociación colectiva son en exceso limitadas, no dándose en consecuencia cumplimiento a la misión principal de la negociación colectiva: la democratización de las relaciones laborales, caracterizada históricamente por la asimetría de poderes entre el empleador y trabajador. Esta extrema rigidez deja fuera del tintero temas de suma importancia, como la flexibilidad laboral, la búsqueda de mecanismos de conciliación de trabajo y vida familiar, la equidad de género, entre otras propias del mundo laboral contemporáneo (31).

Una ampliación de las materias es una medida acertada, de relevancia, que bien implementada puede finalmente entrar en armonía con el Convenio N° 98 de la OIT y el derecho a la libertad sindical. Sin embargo, para que ello ocurra es necesario que el aumento de materias sea significativo. Una ampliación mezquina sólo quedaría como un cúmulo de buenas intenciones. Esperemos que la reforma aplique una visión amplia del objeto de la negociación colectiva, permitiéndoles a los actores determinar con libertad las temáticas sobre las que versarán sus acuerdos, de conformidad con sus intereses, necesidades y realidades concretas, y que no se vean limitados por una decisión unilateral del legislador.

8.- Nuevo marco legal que contenga el Estatuto del Temporero y la Actividad Agrícola de Temporada.

De acuerdo al mismo programa de la presidenta, el objetivo de esta medida es que consagre la protección a los trabajadores y trabajadoras del mundo rural (32). De este modo, se podría dar cumplimiento a los Convenios N°141 sobre las Organizaciones de Trabajadores Rurales de 1975, N°87 y N°98 sobre Libertad Sindical y la Protección del Derecho de Sindicación de 1948. El Convenio N°141, concretamente, consagra que todas las categorías de trabajadores rurales tienen el derecho de constituir las organizaciones que estimen convenientes, sin que se requiera una autorización previa. Asimismo, también tienen el derecho de afiliarse a las mismas, bastando que se ciñan a los estatutos.

En nuestro ordenamiento jurídico la situación de este tipo de trabajadores es precaria y requería con suma urgencia una medida como la anunciada en el plan de gobierno. El artículo 305 del Código del Trabajo señala qué trabajadores resultan excluidos del derecho a negociar colectivamente, entre los que se encuentran los trabajadores contratados exclusivamente para el desempeño en una determinada obra o faena transitoria o de temporada. Lo anterior no inhibe a estos trabajadores a negociar colectivamente de manera no reglada, según dispone el artículo 314 inciso 2° del Código del Trabajo. Sin perjuicio de ello, esto resulta un despropósito, toda vez que la negociación no reglada es ineficaz en la práctica, pues el empleador no se encuentra

³¹ CAAMAÑO, *ibíd.*, p.31

³² De acuerdo al convenio número 141, se entenderá por trabajadores rurales a todas las personas dedicadas, en las regiones rurales, a tareas agrícolas o artesanales o a ocupaciones similares, ya sea se traten de asalariados como o personas que trabajan por cuenta propia.

obligado a negociar. Del mismo modo, tampoco se reconocen mecanismos de autotutela en beneficio de los trabajadores, como la huelga (33).

En este sentido, Gamonal ha señalado que la exclusión de este tipo de trabajadores es a todas luces inconstitucional, pues el derecho a negociar colectivamente es una garantía reconocida por nuestra Constitución. Si bien el ejercicio de un derecho debe realizarse por ley, esta debe respetar la esencia del derecho fundamental. El comité de Libertad Sindical, por otro lado, se pronuncia en este mismo sentido, cuando argumenta que el convenio número 98 de la OIT no autoriza que estos trabajadores sean excluidos (34). En consecuencia, la actual exclusión que realiza nuestro Código del Trabajo es una vulneración al derecho de libertad sindical de los trabajadores reconocido constitucionalmente, y una clara contravención a los Convenios N° 87, 98 y 141. Las medidas propuestas por la presidenta Bachelet son un buen punto de partida para superar los problemas anteriores, y para acercarnos al cumplimiento cabal de los convenios (35).

9.- Medidas que faltan

Las medidas analizadas precedentemente significan un avance relativo en la aproximación de nuestro país a los convenios OIT ya señalados. Parece auspiciador que el gobierno desee hacerse cargo de los usos artificiosos del Multirut; incorporar a los trabajadores agrícolas y transitorios o de faena; busque ampliar las materias objetos de negociación; pretenda reforzar los sindicatos; y, lo más importante, quiera acabar con la excesiva reglamentación de la negociación colectiva. Sin embargo, y como ya se ha dicho, muchas de estas medidas son muy genéricas, manifiestan una intención de referirse a un área, mas no ofrecen medidas concretas. Hemos intentado subsanar aquello otorgando algunas directrices en los apartados anteriores.

No obstante lo anterior, resulta preocupante que hayan deficiencias estructurales de nuestro sistema que no son contemplados en lo absoluto por el plan de la presidenta. Nos referimos a la arbitraria preferencia del legislador por la negociación reglada en perjuicio de la no reglada y semireglada. El artículo 314 bis del Código del Trabajo los excluye del derecho a fuero y huelga. El empleador, del mismo modo, no se encuentra obligado a negociar, y no se les reconoce ningún tipo de mecanismo de autotutela. Su capacidad de negociar, por lo tanto, es nula, incumpléndose el Convenio N°98 de la OIT sobre Libertad Sindical, pues tal preferencia restringe la autonomía colectiva de los trabajadores, los que no podrán escoger de manera libre y voluntaria y se verán prácticamente forzados a optar por el nivel de empresa, que sí les concede el derecho a negociar (36).

³³ CAAMAÑO, Eduardo, "La negociación colectiva en el derecho del trabajo chileno: un triste escenario para la promoción de la libertad sindical, p.13.

³⁴ *Ibíd*, p.19.

³⁵ Adicionalmente, se ha dicho que la exclusión de estos trabajadores puede incentivar actuaciones de mala fe o abusos de los empleadores, el que al momento de establecer la categoría de un trabajador optará por aquella que no le permita a sus dependientes negociar colectivamente, con lo cual sólo se dará lugar a la negociación de carácter individual, en donde el empleador tiene una mayor capacidad de negociación que el trabajador. *Ibíd*. P.19-20.

³⁶ CAAMAÑO, *op cit*. P13.

El plan de la presidenta tampoco se hace cargo de la exclusión de los trabajadores del sector público de la negociación colectiva, pues el artículo 304 del Código del Trabajo reconoce que la negociación colectiva sólo puede tener lugar en empresas del sector privado. Esta exclusión es marcadamente infundada, pues, en palabras de Caamaño, “si bien las empresas a las que alude la norma son entidades que involucran intereses del Estado, no se puede obviar que sus trabajadores se rigen por las normas del Código del Trabajo, y por tanto deben ser titulares de todos los derechos, tanto fundamentales como laborales” (37).

Por consiguiente, esperamos que las medidas del plan de gobierno no sólo se agoten en buenas intenciones, sino que en medidas más variadas y concretas y, del mismo modo, en medidas que incorporen con suma urgencia los dos últimos temas señalados, totalmente omitidos en el documento en estudio.

Fomento a la participación laboral

El programa de gobierno de la presidenta Michelle Bachelet (38) (en adelante, el “Programa”) a este respecto tiene la finalidad de aumentar el número de chilenas con empleos formales y sus garantías correspondientes (39). Para ello, propone las siguientes políticas. En primer lugar, elevar la cobertura del subsidio al empleo femenino, llegando al 60% de los hogares de menores ingresos (40). En segundo lugar, y con la finalidad de evitar la discriminación que se produce en contra de la mujer al tener que cargar con el cuidado de los hijos cuyos padres trabajan, se propone eliminar el artículo 203 del Código del Trabajo (41). En relación a este punto, se propone crear un fondo solidario para financiar un sistema universal de cuidado infantil y estimulación temprana para todos los hijos de trabajadoras y trabajadores (42). Finalmente, se propone tomar medidas positivas para incentivar la contratación de mujeres dentro del Sistema de Alta Dirección Pública (43).

Estas propuestas del programa serán objeto de estudio del presente capítulo, de modo tal que se contrastarán las medidas planteadas y los estándares internacionales relativos al tema.

En materia de tratados internacionales, los Convenios relevantes son los números 103, 111, 156, y 183, todos de la OIT. A continuación, nos referiremos a los estándares pertinentes que cada uno de ellos establece respecto a esta materia.

³⁷ CAAMAÑO, op. Cit. P12.

³⁸ BACHELET, M., Programa de Gobierno para el Período 2014-2018., disponible en formato pdf en <http://www.minsepres.gob.cl/wp-content/uploads/2014/04/ProgramaMB.pdf>. Visitado el 14 de noviembre de 2014.

³⁹ BACHELET, Ob. Cit., p. 92.

⁴⁰ *Ibidem*, p. 95.

⁴¹ *Íb.*

⁴² *Íb.*

⁴³ *Íb.*

1.- Subsidio al empleo femenino.

Como un primer aspecto, cabe mencionar que no hay ningún Convenio de la OIT que se haga cargo expresamente de la entrega de subsidios al empleo femenino de manera expresa. Sí hay varias menciones a otro tipo de prestaciones, relacionadas fundamentalmente con seguridad social, pero fuertemente ligadas al ámbito laboral, tales como prestaciones y seguros de desempleo, entre otras (44).

No obstante, no consideramos que dicha circunstancia sea óbice para interpretar que una política dirigida a subsidiar el empleo femenino, en principio, vaya en línea directa con los estándares de la OIT. En efecto, diversos Convenios, recomendaciones y otras directrices de este organismo internacional dan cuenta de la obligación por parte de los respectivos Estados, de tomar las medidas necesarias para fomentar el acceso de la mujer al mercado laboral (45). Luego, una política de prestaciones dinerarias encaminadas a suplementar el ingreso que obtiene una mujer de su empleador constituye un incentivo para que estas se inserten y traten de mantenerse en el mercado laboral. Ello tiene como consecuencia propender a la equiparación entre mujeres y hombres en términos de oportunidades en el acceso al empleo, lo que claramente va en la línea señalada por la OIT.

2.- Cuidado de los hijos de padres trabajadores.

En Chile, actualmente, esta materia está regulada en el Título II del Libro II de nuestro Código del Trabajo. En relación a la propuesta del Programa, la norma relevante es el artículo 203 del mismo cuerpo normativo. En breve síntesis, éste establece que las empresas que ocupen veinte o más trabajadoras estarán obligadas a mantener salas cunas anexas al local de trabajo, para que aquéllas trabajadoras que sean madres puedan ejercer su rol de tal para con sus hijos. El Programa propone derogar este artículo en razón de los costos que impone al empleador, y su consiguiente desincentivo para contratar mujeres. En reemplazo, se establecería un sistema universal de cuidado infantil, a través un fondo solidario, financiado tripartitamente por trabajadores, empleadores y el Estado, destinado a cubrir los costos de las salas cunas a que deban recurrir las madres y padres trabajadoras y trabajadores.

Con estos antecedentes, cabe preguntarse ahora cuáles son los estándares relevantes de la OIT sobre la materia. Al efecto, tenemos los Convenios N°156 y N° 183, que establecen normas relativas a la protección de la maternidad y otras relacionadas con trabajadores con responsabilidades familiares. Si bien es cierto que también está el Convenio N°103, consideramos que su articulado no ofrece directrices suficientemente claras en relación a lo que estamos examinando.

El Convenio N°156 establece, en su artículo 1, su ámbito de aplicación. Señala este artículo, que el Convenio se aplica a los trabajadores y trabajadoras con responsabilidades hacia los hijos a su cargo, cuando tales responsabilidades limiten sus posibilidades de prepararse para la actividad económica y de ingresar, participar y progresar en ella. Podemos sostener que esto es lo que sucede en Chile. De manera

⁴⁴ Vid. Convenio N° 102 de la OIT.

⁴⁵ Vid. artículos 2 y 3 del Convenio N°111 de la OIT.

indirecta, así lo ha indicado la Dirección del Trabajo. Señala esta entidad que “El derecho a sala cuna se configura cuando, reuniéndose el cupo mínimo de contratación de veinte o más trabajadoras, la asistencia al trabajo las obliga a dejar en ella a sus hijos menores de hasta dos años para velar por su alimentación” (46). Opinamos que indirectamente la Dirección del Trabajo asume esta postura en el sentido de reconocer que un fundamento para esta norma es que las madres trabajadoras, para poder cumplir de manera apta su rol de tales, se ven compelidas a llevar consigo a su(s) hijo(s) al lugar de trabajo. Luego, una trabajadora que, además de las obligaciones laborales cotidianas que debe desempeñar, deba hacerse cargo de la extenuante carga en que consiste criar a un niño menor de dos años, pareciera que limita su posibilidad de participar en la actividad económica. Esto último es claro, toda vez que no puede dedicar toda su atención a ella, cosa bien necesaria en los tiempos actuales. Por otra parte, el artículo 2 del mismo Convenio establece que se aplicará el mismo, a todas las ramas de la actividad económica y a todas las categorías de trabajadores. Por último, y no menos importante, es un Convenio ratificado por Chile y que se encuentra vigente (47). Determinado que el caso chileno queda cubierto por la norma internacional, veamos ahora si la propuesta programática que estamos estudiando va en la misma línea que ella.

Sostendremos que la propuesta del Programa va en línea con los estándares de la OIT. Ello, en razón de que se da cumplimiento al mandato del artículo 3 de este Convenio, en el sentido de “permitir que las personas con responsabilidades familiares que desempeñen o deseen desempeñar un empleo ejerzan su derecho a hacerlo sin ser objeto de discriminación (48) [...]”. A su vez, sostenemos que esta propuesta tiende a morigerar los efectos discriminatorios que se producen en contra de las trabajadoras con responsabilidad familiares –en este caso, con sus hijos menores de dos años. Esto, al contrarrestar la exclusión que se produce por motivos de sexo, lo cual altera la igualdad de oportunidades en el empleo, cuando se impone a la mujer el lastre de tener que constituir un costo extra para su empleador, cosa que no sucede en el caso de los hombres, ello, en los términos del artículo 1 del Convenio 111. Este costo extra se produce, a su vez, al pesar sobre el empleador la obligación de sala cuna cuando el local de trabajo tenga veinte o más trabajadoras. En otras palabras, un empleador lo pensará dos veces antes de contratar a una mujer, en el entendido de que dicha decisión le puede terminar acarreado el ya singularizado costo, cosa que no sucede con la contratación laboral de hombres. Luego, la no contratación de mujeres en razón de esta carga que conllevan constituye una exclusión del mercado laboral, puesto que no son contratadas, o lo son en menor medida en razón de ello. Esta exclusión, a su turno, altera la igualdad de oportunidades que tienen las mujeres de acceder al trabajo formal en comparación con los hombres, puesto que ellos no son excluidos en razón de costos adicionales que deban imponer en materia de responsabilidad familiar.

⁴⁶ CAAMAÑO, E., “Código del Trabajo. Sistematizado con jurisprudencia”, Vol. III, Editorial LegalPublishing, Chile, p. 1776.

⁴⁷http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:11300:0::NO:11300:P11300_INSTRUMENT_ID:312301:NO

⁴⁸ Subrayado añadido.

En consecuencia, de lo anteriormente expuesto se desprende que una política tendiente a: (i) derogar la norma que establece la obligación del empleador de proporcionar sala cuna a sus trabajadoras y (ii) a establecer un sistema universal de cuidado infantil mediante un fondo solidario financiado tripartitamente entre trabajadores, empleadores y el Estado va en línea con los directrices de la OIT en la materia. Es difícil prever los resultados de tal política de manera abstracta y apriorísticamente. Pero si una vez puesta en marcha logra morigerar los efectos discriminatorios que el artículo 203 –indirectamente– produce, entonces el objetivo de los Convenios 156 y 111 se habrá visto satisfecho.

3.- Fomento a la contratación femenina dentro del Sistema de Alta Dirección Pública.

La propuesta del Programa a este respecto se limita a señalar que se incorporarán acciones afirmativas para la contratación femenina dentro de las políticas de selección del Sistema de Alta Dirección Pública.

A este respecto, como primera cuestión, cabe señalar que “cuando el Estado está sujeto como empleador a los principios cuya aplicación debe promover, el sector público desempeña un papel clave en la aplicación general de la política gubernamental tendiente a promover la igualdad de oportunidades y de trato en el empleo, habida cuenta del volumen del empleo dependiente del Estado” (49). En nuestro caso, una de las entidades relevantes a la hora de seleccionar personal para la función pública, y sobre lo cual, por lo tanto, recae este “papel clave” mencionado, recae en el Sistema de Alta Dirección Pública. Luego, en el contexto de ella, y como con cualquier otra persona encargada de contratar personal, se pueden suscitar problemas en materia de discriminación, entre otras categorías, por sexo.

Al igual que en los casos estudiados anteriormente, este es un tópico relativo a la superación de la discriminación en contra de la mujer. En consecuencia, aplicaremos a este respecto los estándares reseñados previamente; esto es, Convenio 111 de la OIT. Cabe tener presente que los Convenios 103 y 183, relativos a la protección de la maternidad, no son atingentes, puesto que no abordan la cuestión del igual acceso a la función pública para hombres y mujeres.

De esta última afirmación, cabe preguntarse ahora, ¿se hace cargo el Convenio 111 de dicha problemática? Si bien no lo hace expresamente, tampoco la excluye. Y teniendo presentes los principios y el espíritu que inspiran esta normativa, no parece adecuado concluir que la proscripción de la discriminación en razón de sexo para acceder a la función pública no esté considerada.

Con estas consideraciones, podemos vislumbrar que la propuesta del Programa va en línea con los estándares internacionales que rigen la materia.

⁴⁹ Organización Internacional del Trabajo, “Igualdad en el empleo y la ocupación. Estudio general de las memorias relativas al Convenio N°111 y la Recomendación N°111 sobre la discriminación”, 1988, Ginebra, p.115.

Capacitación para el desarrollo y seguro de cesantía

En el programa de la Presidenta Michelle Bachelet 2014-2018, la capacitación ocupacional tiene un papel decisivo respecto del Estado, por cuanto este tiene un papel activo en dicho proceso. Por ese motivo se pretende crear un nuevo sistema de intermediación y capacitación laboral, que apoye a todos aquellos quienes tengan problemas de inserción en el mercado laboral.

El Estado dirige así sus esfuerzos hacia los sectores de la población que presentan una situación de mayor vulnerabilidad, vista ésta como aquellos segmentos con mayores dificultades para acceder al empleo. En ese sentido, se pretende desarrollar programas destinados a favorecer grupos específicos, tales como los jóvenes y mujeres.

Asimismo, se busca modernizar y fortalecer el SENCE (50), separando las funciones de fiscalización, administración y de los recursos asignados a la capacitación laboral. Junto con ello, se pretenderá perfeccionar el Seguro de Cesantía, generando incentivos para los empleadores y potenciando el rol contra cíclico del seguro, además de realizar una difusión de sus beneficios.

Las políticas de gobierno en esta materia se subdividen en dos variables. Ellas son la capacitación propiamente tal, dirigida está a los grupos más vulnerables, por un lado, y el Seguro de cesantía., por el otro.

Analizaremos ambos elementos y sus contenidos de conformidad a los estándares internacionales relativos al tema, teniendo en cuenta las disposiciones de los convenios y recomendaciones internacionales del trabajo vigentes relacionados directamente con la política del empleo, tales como el convenio y la Recomendación sobre la política del empleo de 1964; el Convenio y la Recomendación sobre la Discriminación (empleo y ocupación) de 1958; Convenio sobre el Desempleo de 1919; la Recomendación sobre el Desempleo (menores) de 1935; la Recomendación sobre los Programas Especiales para los Jóvenes de 1970; la Recomendación sobre Igualdad de Remuneración de 1951; la Recomendación sobre la Orientación Profesional de 1949; la Recomendación sobre la Formación Profesional de 1962; y la Recomendación sobre el Desempleo de 1934.

1.- Capacitación propiamente tal, dirigida a los grupos más vulnerables.

Se entenderá por “capacitación” el proceso destinado a promover, facilitar, fomentar y desarrollar las aptitudes, habilidades o grados de conocimientos de los trabajadores, con el fin de mejorar sus oportunidades y condiciones de vida y trabajo, procurando la necesaria adaptación de los trabajadores a los procesos tecnológicos y a las modificaciones estructurales de la economía (51). Es decir, esta comprende actividades que persiguen una preparación específica para el empleo, las cuales son autosuficientes e independientes.

⁵⁰ Servicio Nacional de Capacitación y Empleo, creado por el decreto ley N° 1.466 de 1976.

⁵¹ El DLF N°137 de 1977 nos da el concepto de capacitación que recoge el Código del Trabajo en su artículo 167. Esta definición fue objeto de interpretación reglamentaria por medio del Art. 8 del D.S N°42, de 1986, del Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

A este respecto la OIT ha señalado que la formación es un medio para desarrollar las aptitudes profesionales de una persona, teniendo en cuenta las posibilidades de empleo y de permitirle hacer uso de sus capacidades como mejor convenga a sus intereses y a los de la comunidad.

Dicho lo anterior, según las disposiciones de la OIT (52) todo Estado miembro debe llevar a cabo y formular una política activa destinada a fomentar la capacitación, con el objeto de estimular el crecimiento y el desarrollo económico, elevando así los niveles de vida, satisfaciendo necesidades de mano de obra y resolviendo el problema del desempleo.

Siguiendo estas disposiciones, el Programa de Gobierno pretende crear un nuevo sistema de capacitación laboral, que apoye a todos quienes tengan problemas de inserción en el mercado de trabajo en el mejoramiento de sus condiciones de empleabilidad, con particular foco en aquellos que presentan una situación de mayor vulnerabilidad, estableciendo un sistema de medios de formación, que pretende satisfacer las necesidades de estos grupos, en función de los requerimientos económicos y posibilidades de empleo del país.

En ese sentido se desarrollarán programas de capacitación especializados para los siguientes segmentos de población:

1.1.- Los jóvenes

Uno de los focos prioritarios serán los jóvenes de 15 a 19 años que no estudian ni trabajan, que junto con quienes desertarán de la educación media en los próximos años, pertenecen mayoritariamente a los primeros dos quintiles de ingreso del país. El programa de capacitación de jóvenes buscará entregar capacitación y prácticas laborales a 150.000 jóvenes en el período 2014-2018, junto con nivelación escolar y vinculación a la educación superior.

Recordando las disposiciones de los convenios y recomendaciones internacionales del trabajo existentes sobre la formación y empleo de jóvenes, en especial la Recomendación sobre el Desempleo (menores) de 1935; la Recomendación sobre la Formación Profesional de 1962; el Convenio y la Recomendación sobre la Política del Empleo de 1964; y la Recomendación sobre los Programas Especiales para los Jóvenes de 1970.

Se ha entendido por la OIT que los programas especiales que tienen por objeto permitir que los jóvenes adquieran educación y experiencia que facilite una actividad económica estable a futuro, son de suma importancia por cuando estos programas especiales permiten capacitar a los jóvenes para adaptarse al ritmo de una sociedad cambiante y les permite al mismo tiempo participar activamente en el desarrollo de su país. Promoviendo así dichos programas la igualdad de oportunidad y de trato.

En ese sentido, podemos sostener que, en principio, el Programa de Gobierno cumple con las recomendaciones de la OIT. Ello, en cuanto al establecimiento de

⁵² Art. 1 letra C. C122 - Convenio sobre la política del empleo, 1964 (núm. 122); art. 1 N°3 C111 - Convenio sobre la discriminación (empleo y ocupación), 1958 (núm. 111); art. 3 R117 - Recomendación sobre la formación profesional, 1962 (núm. 117)

programas especiales destinado a este grupo de la sociedad que se lleva a cabo dentro de un marco de planes para el desarrollo del país, estableciendo los propósitos y objetivos del mismo. Al mismo tiempo, este se encuentra dirigido a un grupo cuyo rango etario ha sido determinado tomando en cuenta las normas internacionales del trabajo relativas a la edad mínima de admisión al empleo, junto con el hecho de que estos programas de capacitación tienen por objeto que el mayor número de jóvenes pasen a una actividad económica normal o a programas regulares de educación o formación profesional.

Respecto al contenido de dichos programas de capacitación, si bien no se señala nada en específico, la OIT ha señalado que es recomendable que estos se adapten y varíen, incluso dentro del mismo programa, según edad, sexo, nivel de educación y de las aptitudes de los participantes para destinarlos al género de la actividad que les corresponda atendidas dichas aptitudes. Sin perjuicio de que exista un periodo inicial en donde se instruya a todos los participantes en cuestiones de importancia, tales como las reglas generales de seguridad e higiene, estimular su interés, etc. Es de esperar que si en lo formal se cumple con las disposiciones del organismo internacional, igualmente se haga respecto de lo sustantivo.

1.2.- Las mujeres.

La creciente carga de pobreza que afecta a la mujer, las desigualdades en el campo de la educación y la capacitación, la existencia de restricciones y sobre exigencias que limitan el acceso de las mujeres al empleo en igualdad de condiciones, junto con impedir su desarrollo profesional y personal, dan cuenta de la necesidad de políticas activas que amplíen las oportunidades educacionales de las mujeres, respetando su diversidad, mejorando sus capacidades y habilidades.

Es bajo este entendido que el Programa de Gobierno pretende desarrollar un programa destinado exclusivamente a las mujeres que no están insertas en el mercado laboral, a quienes se les ofrecerá acompañamiento y recursos para optar por una formación que las habilite para ingresar al mercado de trabajo o por acciones de apoyo al micro emprendimiento. Este esfuerzo beneficiará a 300.000 mujeres en el período 2014-2018, de las cuales 40.000 recibirán capacitación para que desarrollen sus propios proyectos productivos, a este respecto cabe recordar las disposiciones de los convenios y recomendaciones internacionales del trabajo existentes sobre la formación y empleo de las mujeres, en especial la Recomendación sobre la Formación Profesional de 1962; el Convenio y la Recomendación sobre la Política del Empleo de 1964; Recomendación sobre Igualdad de Remuneración de 1951; Recomendación sobre el Servicio del Empleo de 1948; y el Convenio sobre la Discriminación (empleo y ocupación) de 1958, cuales tienen por objeto fomentar la inserción de la mujer en el mercado laboral, entre otras.

Se ha entendido por la OIT que los nuevos retos para los sistemas y políticas de formación dicen relación con la dimensión del género, en donde deben ser tenidas en cuenta las necesidades específicas de las mujeres, junto con concebir el derecho de las mujeres a la formación como un derecho fundamental, que constituye una herramienta para promover y facilitar su empleabilidad e inserción laboral.

En ese sentido la formación profesional debe contribuir a (53):

- Mejorar las condiciones de participación social, económica y política de las mujeres, en pie de igualdad con los hombres;
- Disminuir y/o eliminar la discriminación y avanzar en la reducción de las brechas entre los géneros, tanto en términos salariales como de posicionamiento y capacidad de negociación de las condiciones de trabajo;
- Incidir en otros aspectos del desarrollo social, tales como la mortalidad materna e infantil, la salud, nutrición y educación de las nuevas generaciones, el control demográfico y ambiental, la integración social y la construcción de la ciudadanía.

En ese sentido, el Programa de Gobierno permite ir disminuyendo las barreras tanto internas como externas que la OIT ha identificado que existen, las cuales limitan o frenan el acceso y el desarrollo profesional, estableciendo un diseño de política laboral que promueve la igualdad de oportunidades. Sólo cabe advertir que la OIT ha señalado que se deben cuidar la calidad y pertinencia de las capacitaciones dirigidas a las mujeres, para que la inversión de tiempo, energías y recursos que ellas invertirán sea rentable en término de inserción y desarrollo tanto profesional como personal. Es decir, los programas deben desarrollar competencias claves para la empleabilidad, que les permita a las mujeres proyectarse, adaptarse y cambiar su entorno.

Parece ser que la capacitación y formación profesional en Chile respecto de las mujeres está cambiando de forma significativa, y su relevancia ha crecido considerablemente. Pero, a pesar de esto, se requieren de esfuerzos continuos para llegar a niveles óptimos en virtud de las recomendaciones de la OIT, que dicen relación con disminuir la exclusión social entre la mujer y su inserción laboral.

En la elaboración de estas políticas de formación para ambos grupos vulnerables, el Programa de Gobierno señala que se incorpora a los actores sociales en su formulación y evaluación. Adicionalmente, eliminarán todos aquellos programas que no muestran impacto en materia de empleabilidad, remuneraciones y tienen problemas de focalización, reorientándose esos recursos hacia trabajadores con mayores dificultades de inserción laboral.

Lo anterior cumple a cabalidad con los convenios internacionales, por cuanto la OIT en innumerables ocasiones ha sostenido que los programas de capacitación y formación deben estar sujetos a revisión periódica a la luz de la experiencia obtenida, eliminando aquéllos que no han funcionado; junto con el hecho de que se deben estrechar los vínculos entre el sistema formativo y el sector productivo puesto que solo así se determinarían cuáles son las necesidades.

⁵³ Equidad de género en el mundo del trabajo en América Latina. Avances y desafíos 5 años después de Beijing presentado a la Octava Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, Lima, Perú, 8.-10 de Febrero de 2000. *“Formación profesional y capacitación como instrumentos de promoción de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres”* (Documentos Cinterfor – OIT) Disponible en:

<http://www.ilo.org/public//spanish/region/ampro/cinterfor/temas/gender/doc/cinter/equidad/>

2.- Seguro de cesantía.

Finalmente el programa pretende perfeccionar el Seguro de Cesantía, el cual es un instrumento de gran importancia en el ámbito de protección social, creado en el año 2002 (54), el cual tiene un componente de ahorro individual y un componente de seguro. Junto con realizar ajustes en su financiamiento y potenciar el rol contra cíclico del seguro.

Además, se pretende aumentar del uso del componente solidario del seguro, el cual corresponde a un fondo formado con aportes del estado y de los empleadores, al cual tienen acceso los trabajadores cuando son despedidos por necesidad de la empresa o fuerza mayor (en los contratos indefinidos) o al término de su contrato (en los trabajadores a plazo fijo, por obra o faena).

A este respecto, tomando en consideración el Convenio sobre el Desempleo de 1919, y la Recomendación sobre el Desempleo de 1934, la OIT ha señalado que un seguro de desempleo tiene efectos sobre el funcionamiento del mercado del trabajo, al generar nuevos incentivos tanto a empleadores como trabajadores. El desafío es diseñar mecanismos que brinden una adecuada protección a los desempleados sin generar distorsiones en las decisiones de los participantes del mercado del trabajo. En ese sentido, el seguro puede ser utilizado para brindar protección sin incurrir en costos. Al mismo tiempo, puede constituirse en un elemento que facilite la transición hacia economías más abiertas, al proteger la adaptación de quienes resulten afectados por los procesos de reconversión productiva (55). En dicho sentido se estaría en concordancia con las indicaciones de la OIT, pero cabe esperar que los índices de cobertura del seguro sean mayores.

Conclusiones.

Ya terminada esta labor de contraposición de las políticas propuestas por la Presidenta Michelle Bachelet en su programa de gobierno 2014 a 2018, con las normas internacionales en materia laboral, específicamente analizando los Convenios y Recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), ratificados por Chile, es dable concluir que:

Respecto al primer grupo de propuestas, relativas a la búsqueda de una mayor igualdad entre los principales actores sociales en materia laboral, se propuso la eliminación de la figura del Multirut. A este respecto, los distintos convenios de la OIT ratificados por Chile, si bien no hacen mención expresa a este tema, buscan la eficaz protección de los derechos de todo trabajador, siendo para ello fundamental la determinación exacta de quién debe ser considerado como empleador efectivo. En consecuencia, la eliminación de la figura del Multirut satisfaría los estándares generales de todo convenio OIT, determinando eficazmente el sujeto pasivo para contra el cual se podrán hacer valer los derechos de los trabajadores, otorgándoles una real eficacia.

⁵⁴ Ley N° 19.728, del 19 de abril del 2001

⁵⁵ Islas, Gonzalo. "Sistemas de protección a desempleados en los países de la OEA" (PROYECTO CIMT-OIT) Disponible en: http://www.oit.org.pe/WDMS/bib/publ/doctrab/dt_151.pdf

En segundo lugar se propone el impulso de la negociación colectiva con titularidad sindical. En éste caso, la idea de fortalecer al sindicato a través de la titularidad de la acción de negociación colectiva, es correlativo con lo propuesto por la OIT, la cual ha planteado la unificación de los grupos de trabajadores en uno sólo, cual es el sindicato. Ello, tanto en el artículo 5 del Convenio N°135 de la OIT, como los N° 87 y 98, fortaleciendo de este modo la sindicalización.

En tercer lugar, el derecho del sindicato a obtener información oportuna sobre la situación económica de la empresa. Por medio de una reforma en ésta materia se busca consagrar efectivamente el uso de la negociación, dotándola de un sentido más técnico y riguroso, logrando dar respuesta a esa necesidad del trabajador de saber qué tan factible es la realización de su pretensión en la empresa. Esto encuentra su correlato en el artículo 4 del Convenio N° 98 y las nociones generales de los convenios N° 87 y 135 de la OIT.

En cuarto lugar, el impulso de las organizaciones de trabajadoras y trabajadores, potenciando el programa de formación sindical. Esta modificación viene a convalidar lo señalado en el artículo 4 del Convenio N°98, otorgando las medidas suficientes para la realización de negociaciones colectivas, y favorece la creación de sindicatos, custodiando la libertad sindical, y con ello el Convenio N°87 de la OIT.

En quinto lugar, se proponen modificaciones al proceso de negociación colectiva reglada. Específicamente, se busca una modificación en el proceso reglado para flexibilizarlo y otorgarle más rapidez, lo cual es concordante con lo prescrito en los convenios N°87 y 98 de la OIT, dando más fuerza a una libertad sindical que hoy, en razón de las consecuencias del plan laboral en nuestra legislación, se encuentra coartada a la utilización de un procedimiento reglado estricto.

En sexto lugar, un mejoramiento y simplificación al proceso de negociación colectiva reglada. En este sentido, el proyecto debiera buscar que la negociación colectiva reglada pluriempresa sea obligatoria, del mismo modo que lo es la negociación colectiva dentro de la empresa, reconociéndole al primero mecanismos de autotutela. Otro problema en esta materia es la reglamentación relativa a la huelga, la que no obstante permitirse como mecanismo de autotutela en el procedimiento reglado, es en la práctica un instrumento débil e ineficaz. Por lo tanto, para cumplir con los parámetros del convenio número 98 de la OIT, se debe liberar nuestro ordenamiento jurídico de tantos requisitos legales respecto a esta institución, reconociéndola como un medio de autotutela legítimo y efectivo.

En séptimo lugar, una ampliación de las materias que se puedan acordar en una negociación colectiva con el empleador. A este respecto, las materias que pueden ser objeto de una negociación colectiva son en exceso limitadas. Se debe aumentar la flexibilidad laboral, la búsqueda de mecanismos de conciliación de trabajo y vida familiar, la equidad de género, entre otros, propias del mundo laboral contemporáneo. Para que estas modificaciones sean armoniosas con el Convenio N°98 de la OIT y el derecho a la libertad sindical es necesario que el aumento de materias sea significativo, permitiéndoles a los actores, por ejemplo, determinar con libertad las materias sobre las

que versarán sus acuerdos, en conformidad a sus intereses, necesidades y realidades concretas, y que no se vean limitados por una decisión unilateral del legislador.

Finalmente, en octavo lugar se propone generar un nuevo marco legal que contenga el Estatuto del Temporero y la Actividad Agrícola de Temporada. En este sentido, las medidas propuestas por la presidenta Bachelet son conducentes al cumplimiento de los Convenios N° 87, 88 y 141 de la OIT.

Respecto al segundo grupo de propuestas, relativas a la promoción de la participación laboral, la calidad del empleo, los salarios y aumentar la productividad, el programa de gobierno de la presidenta Michelle Bachelet propone tres medidas.

En primer lugar, elevar la cobertura del subsidio al empleo femenino, llegando al 60% de los hogares de menores ingresos. En diversos Convenios, recomendaciones y otras directrices de la OIT, se da cuenta de la obligación por parte de los respectivos Estados de tomar las medidas necesarias, positivas, para fomentar el acceso de la mujer al mercado laboral. Luego, una política de prestaciones dinerarias encaminadas a suplementar el ingreso que obtiene una mujer de su empleador constituye un incentivo para que estas se inserten y traten de mantenerse en el mercado laboral. En consecuencia, es una medida deseable.

En segundo lugar, y con la finalidad de evitar la discriminación que se produce en contra de la mujer al tener que cargar con el cuidado de los hijos cuyos padres trabajan, se propone eliminar el artículo 203 del Código del Trabajo. Esta propuesta del Programa va en línea con los estándares de la OIT. Sostenemos que la Propuesta tiende a moderar los efectos discriminatorios que se producen en contra de las trabajadoras con responsabilidad familiares relativas al cuidado de los hijos. La no contratación de mujeres en razón de esta carga que conllevan constituye una exclusión de género en el mercado laboral. En consecuencia una política tendiente a (i) derogar la norma que establece la obligación del empleador de proporcionar sala cuna a sus trabajadoras y (ii) a establecer un sistema universal de cuidado infantil mediante un fondo solidario financiado tripartitamente entre trabajadores, empleadores y el Estado va en línea directa con los estándares y directrices de la OIT en la materia.

Finalmente, en tercer lugar se propone tomar medidas positivas para incentivar la contratación de mujeres dentro del Sistema de Alta Dirección Pública. Si bien el convenio 111 de la OIT no se hace cargo expresamente de este problema, tampoco la excluye. Y teniendo presente los principios que inspiran esta normativa, no parece adecuando concluir que la proscripción de la discriminación en razón de sexo para acceder a la función pública no esté considerada. Por esto mismo, la propuesta del Programa va en directa relación con los estándares y las exigencias internacionales.

En último lugar, se estudió un tercer grupo de políticas, las cuales tienen por objetivo, fortificar y perfeccionar la institucionalidad laboral, específicamente por medio de la capacitación para el desarrollo y seguro de cesantía.

En primer lugar, el programa de gobierno de la presidenta Michelle Bachelet pretende crear un nuevo sistema de intermediación y capacitación laboral que apoye a todos aquellos quienes tengan problemas de inserción en el mercado laboral. En este sentido, se pretende desarrollar programas destinados a favorecer la inserción de

jóvenes y mujeres. La elaboración de estas políticas de formación para ambos grupos vulnerables cumple a cabalidad con los convenios internacionales, por cuanto la OIT en innumerables ocasiones ha sostenido que los programas de capacitación y formación deben estar sujetos a revisión periódica a la luz de la experiencia obtenida, eliminando aquellos que no han funcionado, junto con el hecho de que se deben estrechar los vínculos entre el sistema formativo y el sector productivo, puesto que solo así se determinarían cuáles son las necesidades efectivas de los futuros trabajadores.

En segundo lugar se busca modernizar y fortalecer el SENCE. Se propone aumentar el uso del componente solidario del seguro, el cual corresponde a un fondo formado con aportes del estado y de los empleadores. En consideración del Convenio sobre el Desempleo de 1919, y la Recomendación sobre el Desempleo de 1934, la OIT ha señalado que un seguro de desempleo tiene efectos sobre el funcionamiento del mercado del trabajo, al generar nuevos incentivos tanto a empleadores como trabajadores. En ese sentido, el seguro puede ser utilizado para brindar protección sin incurrir en costos, y al mismo tiempo puede constituirse en un elemento que facilite la transición hacia economías más abiertas, al proteger la adaptación de quienes resulten afectados por los procesos de reconversión productiva. Por lo antes dicho, estas medidas son concordantes con las indicaciones de la OIT. Sin embargo, cabe esperar que los índices de cobertura del seguro sean mayores.

En síntesis, las medidas adoptadas en el Programa de Gobierno de la presidenta Michelle Bachelet para los años 2014 a 2018, están bien encaminadas en relación a las normas y estándares internacionales determinados por la Organización Internacional del Trabajo, de modo tal que son un gran paso para la refundación de los estatutos jurídicos en materia de Derecho Laboral, puesto que significan grandes avances correlativos a las exigencias de la OIT. No obstante, nos parece que se deben aplicar de la forma antes mencionada, resolviendo los contratiempos descritos y analizados en el cuerpo y conclusiones del presente ensayo.

Sistema político mexicano: historia, desarrollo, transformación, reformas y su relación con la bioética.

Jose Manuel Alcalá de la Torre⁵⁶

Resumen

En este artículo trataremos de analizar la actualidad en el sistema político Mexicano, ya que la mayoría de la población está enojada con los políticos ya que estos hacen lo contrario de servir al pueblo sin embargo consideramos que es importante analizar la historia política de México para poder evitar los mismos errores que ya sucedieron es decir estamos en una época de Porfiriato pero sin Porfirio Díaz, el sistema político Mexicano, ha cambiado ha perdido su enfoque principal y solo se la pasa ayudándose a sí mismo o a las empresas trasnacionales; las reformas impartidas entre 2012 y 2015 son un claro ejemplo de la decadencia, por lo cual debe intervenir la Bioética para sanar enfoque principal de la política, por lo que este documento hablara de la falta de Bioética en el Sistema Político Mexicano.

Palabras clave

Democracia, reformas, política, bioética, biopolítica,

Summary

In this article we will discuss today in the Mexican political system, since most of the population is angry with politicians as these do the opposite of serving the people however believe it is important to analyze the political history of Mexico to avoid the same mistakes that happened and that is we are in a time of Porfiriato without Porfirio Diaz, the Mexican political system has changed has lost its primary focus and only spends helping himself or transnational corporations; the given reforms between 2012 and 2015 are a clear example of the decline, so must intervene to heal Bioethics main focus of policy, so this document speak of the lack of Bioethics in the Mexican political system.

Key words

Democracy, reforms, policy, bioethics, biopolicy

Introducción

⁵⁶ José Manuel Alcalá es Inhalo terapeuta y Bioeticista mexicano.

Mail: joemanuel@hotmail.com

El sistema político mexicano ha transitado de un régimen históricamente no democrático, a uno con mecanismos que permiten participación ciudadana, competencia político-electoral y un pluralismo moderado excluyente en tres partidos predominantes, el proceso de apertura requirió de reformas electorales orientadas a transformar el régimen y sus prácticas político-administrativas, debido a esas reformas existen controversias entre los ciudadanos, ya que con la reforma electoral del 2015 se busca la reelección de cargos políticos.⁵⁷

La competencia política ha producido un pluralismo moderado excluyente, aunque éste limita la consolidación de un cuarto partido fuerte. La pluralidad en el Congreso es una consecuencia del proceso de transición, no obstante han surgido problemas de ingeniería como el gobierno dividido y compartido. La alternancia hacia un régimen más competitivo dio término a más de 70 años de un sistema de partido hegemónico⁵⁸ y permitió el arribo del Partido de Acción Nacional (PAN) a la presidencia de la República, sin embargo el Partido Revolucionario Institucional (PRI) obtuvo nuevamente la presidencia por medio de su entonces candidato, Enrique Peña Nieto (EPN), Si bien las reformas han ubicado un sistema de partidos más competitivo, los resultados de las elecciones presidenciales de 2012 evidenciaron deficiencias técnicas y políticas en el Instituto Federal Electoral y en la legislación electoral de dicha elección, por lo cual EPÑ cuando ganó, postuló reformas en distintos ámbitos, gracias a esas reformas todos los días nos vemos rodeados de mensajes que exponen el gobierno actual y el famoso Pacto por México como lo mejor que le pudo haber pasado a este país. Anuncian las reformas mencionando solo los aspectos positivos, y las metas que éstas tienen. Absolutamente todos estos mensajes pintan las reformas como benéficas para todo el país, prometen un montón de maravillas, pero no nos dan una explicación de que es lo que se va hacer para lograr todos estos propósitos.

Lamentablemente, muchas personas siguen creyendo en los spots, y así como entran en sus oídos, de la misma manera salen de sus bocas, comunicando a más personas un mensaje que no es del todo claro o verídico, sin embargo, así como existen personas que se creen todo, también existen personas con carácter crítico, capaz de ir más allá de lo que está a su alcance, son personas que al igual que todos, han sido víctimas de los malos gobiernos por los que ha pasado México. Puede llegar a ser muy difícil para muchas personas tener acceso a información confiable, ya que esta se encuentra mayoritariamente publicaciones poco conocidas, debemos entender que la televisión abierta nunca nos va a decir las cosas como son, siempre se está ocultando algo⁵⁹.

No debemos esperar a que llegue un momento en el que nos limiten también la libertad de expresión y el derecho a la información, pues ya se ha sabido de personas que han sido reprimidas por expresar desde una simple opinión hasta los secretos más oscuros del gobierno. No hay que esperar a que el derecho de expresión y manifestación

⁵⁷ U.N.A.M. “¿Sistema presidencial o parlamentario?”. (9 ed.). México, 1999

⁵⁸ Carpizo, C.J. El presidencialismo mexicano. México, 1978.

⁵⁹ Velázquez López V.L.R. El poder compartido: ensayo sobre la democratización mexicana. México, 2000

sea totalmente reprimido, como ocurre en Venezuela actualmente, donde los opositores al régimen son torturados y asesinados con los argumentos más absurdos que se puedan dar⁶⁰.

En esta reforma electoral se establece la reelección de senadores, diputados federales y locales, y alcaldes, medida que se aplicará a partir del 2018, crea, además, el Instituto Nacional Electoral (INE) que sustituirá en sus funciones al Instituto Federal Electoral (IFE), el INE tendrá la obligación de coordinarse con los estados para realizar comicios locales, la creación del INE ha sido criticada por los propios consejeros del IFE, quienes han dicho que la transformación del órgano electoral implicará un gasto millonario y una deficiencia en su operación, esta reforma fue impulsada por el PAN y el PRD⁶¹.

El sistema político mexicano se ha modificado significativamente a través del tiempo, pero en este sexenio los más perjudicados hemos sido los ciudadanos. En 1965, Pablo González Casanova señalaba que “la democratización, era la base y requisito indispensable del desarrollo.”⁶², en nuestros días lo menos que existe es democracia, posteriormente la reforma política de 1977, aunque concedida, influyó en la apertura para reconocer a las organizaciones políticas clandestinas, como organismos legales con posibilidad de acceso a la participación política. Esto sólo fue el comienzo de modificaciones graduales posteriores en los niveles de competitividad. Fue parte de una estrategia de apertura controlada, desarrollada por la élite política ante el crecimiento de las tensiones en el período transcurrido entre los años 1968 y 1976, con la reforma de 1977, los partidos políticos fueron definidos como entidades de interés público, reformulando el sistema de representación para permitir vía de acceso de los partidos pequeños al Poder Legislativo. Durante el periodo 1979-1982 se introdujo la representación proporcional con 100 Diputados, además de los 300 de mayoría relativa, sin embargo en 1988, el Partido Revolucionario Institucional (PRI) fue puesto a prueba en la competencia electoral⁶³. El gobierno federal se valió de la caída del sistema para proclamarse vencedor ya que el Poder Ejecutivo era el encargado de organizar, vigilar y validar las elecciones. El resultado definitivo fue altamente cuestionado por la sociedad como la elección del 2012, con lo cual la historia se repite, el régimen político permitió durante décadas un sistema de partidos no competitivo, con la victoria consecutiva del PRI, el sistema político mexicano comenzó a transformarse a partir de las victorias de la oposición en algunos estados de la República⁶⁴, siendo el Partido Acción Nacional (PAN) en Baja California (1989)⁶⁵, el primero en ser reconocido por el gobierno, como

⁶⁰ Vera, V.R. Rechazo popular. Proceso. México. 2003

⁶¹ González Navarro G.N.M, Gutiérrez López G.L.C. Los partidos políticos en México durante 1994: la construcción simbólica de sus atributos. UNAM. México. 1994

⁶² González Casanova, G.C.P. La democracia en México. México.1968.

⁶³ Larrosa Haro, L.H.M. “Los procesos electorales en los estados: aspectos institucionales y la distribución del poder político,” en Elecciones y partidos políticos en México, 1997. México.1997

⁶⁴ Lujambio, L.A. Federalismo y Congreso en el cambio político en México. México.1996

⁶⁵ Guillén López, G.L.T. Gobiernos municipales en México: entre la modernización y la tradición política. México.1996

sucedió en la zona metropolitana de Guadalajara con la victoria de Movimiento Ciudadano (MC), en 2015 por lo cual surgen luchas por el poder.

En 1986 el objetivo fundamental de esta nueva reforma consistió en evitar la ampliación del sistema de partidos, así como afianzar el control gubernamental sobre la Comisión Federal Electoral (CFE), por lo cual se incrementó de 100 a 200 Diputados⁶⁶

De 1989 a 1990, uno de los cambios más significativos en el sistema político fue la creación del IFE (Instituto Federal Electoral), con lo cual quedó suprimida CFE.

En 1993 se eliminó la auto calificación del Poder Legislativo, ahora correspondería a los consejeros del IFE emitir la declaración de validez de las elecciones. Se pasó de una calificación política a una administrativa⁶⁷.

Al realizarse las elecciones de 1994, el PRI triunfó nuevamente con alta legalidad, pero ante un contexto de violencia política. Quedó demostrado el poder de convocatoria del PRI, no sólo en la Presidencia, sino en los gobiernos de los estados y en la distribución del Congreso.

En 1996 surge la reforma político-electoral, el cual fue un arreglo consensuado y negociado por los tres principales partidos (PAN, PRI y el Partido de la Revolución Democrática, PRD) para garantizar mayores condiciones a la competencia política, el límite máximo de representación de la primera fuerza electoral en la conformación de la Cámara de Diputados fue de 300 Diputados electos, por otra parte, el régimen del Distrito Federal se modificó sustancialmente. Antes de 1996, el Presidente de la República designaba y removía libremente al Regente de la Ciudad, a partir de ese momento se estableció que los ciudadanos podrían elegir de manera libre, directa, universal y secreta, como todas las demás entidades federativas⁶⁸.

La competencia política desde 1996 hasta 2006 se organizaría y vigilaría a través de la reglamentación existente. Sin embargo, desde el año 2000 se mencionan ciertas limitaciones como el excesivo gasto en las campañas, la insuficiente reglamentación referente a la propaganda en los medios de comunicación, la elección presidencial de 2012, por ejemplo, se caracterizó por la excesiva utilización de recursos, spots de televisión con descalificaciones y una lucha por el poder, que podría calificarse como sin límites. El IFE se vio rebasado como autoridad administrativa, por tanto, los partidos políticos predominantes en el Congreso acordaron modificaciones constitucionales y secundarias que concluyeron en la reforma electoral y se postuló que los partidos políticos en cuanto a su promoción y difusión de las campañas electorales, así como de sus plataformas e ideología deberían ser medidas y a los terceros involucrados, empresarios y organizaciones les corresponde realizar donativos a los partidos, pero a través de mecanismos controlados⁶⁹.

⁶⁶ Crespo, C.J. Los estudios electorales en México en Política y Gobierno. México. 1998

⁶⁷ Espinoza Toledo, E.T.R, Meyenberg, M.Y. Un intento fallido de la reconfiguración del sistema de partidos en México. México. 2001

⁶⁸ Cárdenas Gracia, C.G. Transición política y reforma constitucional en México. México. 1996

⁶⁹ Huntington, H.P. S. El orden político en las sociedades en cambio. España. 1976.

La contienda electoral del año 2000 se concentró entre dos partidos, el PAN y el PRI. El dos de julio el PRI, pierde la presidencia y accede el PAN, a través de Vicente Fox, posteriormente, en el 2006 gana Felipe Calderón, por lo cual el sector de izquierda que aglutinó al Partido del Trabajo, Convergencia y al propio PRD fueron los que no aceptaron el resultado, y lo manifestaron con el cierre de la avenida Reforma, marchas, entre otros. Si bien, la resistencia fue pertinente, el discurso político de López Obrador ha quedado fuera de contexto, lo cual ha debilitado su capital político, que actualmente busca la presidencia con su partido MORENA, México ha transitado hacia un régimen más democrático, sin embargo, no hay que confundirlo con una democracia consolidada. Los votos se concentran en partidos competitivos, casi excluyentes, con las mismas posibilidades de ganar a través de mecanismos que no permiten competitividad, faltan arreglos y adecuaciones institucionales para llegar a ser un sistema político realmente consolidado, pero tampoco podemos dejar de mencionar los avances logrados en la última década, principalmente, ya que se debe consolidar la democracia⁷⁰.

La democracia va más allá de los procesos electorales, consolidarla requiere de ciertos requisitos: ciudadanos participativos con un alto grado de cultura política, así como una sociedad atenta y vigilante, con una competencia cívica donde el ciudadano sea activo y capaz de organizarse. Los avances en materia electoral son imprescindibles para entender la apertura del sistema político mexicano, sin ellos la transición no será posible.

La época de autoritarismo e imposición en la aprobación de reformas constitucionales y secundarias existe, que estudiaremos más adelante, sin embargo, los partidos no asimilan que los gobiernos divididos no son evidencia de parálisis, sino una oportunidad de lograr equilibrios y contrapesos entre los mismos partidos, la esencia de la democracia sigue siendo la misma, los gobiernos de las mayorías, con respeto de las minorías y negociando con ellas. (13)

Por lo cual consideramos que se debe aplicar la biopolítica en nuestro país, ya que en sí la biopolítica es la capacidad del poder para incidir sobre la vida, administrarla, organizarla, regularla e inhibirla se amplifica el rol de la misma en la existencia humana, por lo cual los partidos políticos no busquen su propio bienestar, México sería un país mejor preparado en todos los aspectos y hubiera un ambiente de armonía tal como el que se plasma en nuestra Carta Magna, ya que por las violaciones a los artículos de la misma es la situación que vive actualmente México, por lo cual considero que todos los mexicanos deberían tener una idea bioeticista para poder así pedir cuentas al gobierno, sin embargo en nuestra realidad vemos un país corrompido en su sistema política por lo cual como se menciona en párrafos anteriores la reforma electoral es solo un espejo con el cual nos quieren engañar así como los españoles engañaron a los nativos de América, después de hablar de la biopolítica y de la reforma en materia electoral, ahora se analizara cada reforma de Enrique Peña Nieto, para desenmascarar la realidad y así la gente pueda tomar conciencia y tengan una visión bioética.

⁷⁰ Sartori, S.G. ¿Que es la democracia?. Mexico. 2003

Después de que hablamos de la reforma en materia electoral, ahora analizaremos cada reforma de Enrique Peña Nieto, haciendo énfasis en la reforma de salud.

Reforma en Salud

La secretaria de Salud, Mercedes Juan, afirmó que el gobierno del Presidente Enrique Peña Nieto enviará al Congreso de la Unión una propuesta de reforma para modificar el artículo 4º de la Constitución, con el fin de establecer el Sistema Nacional de Salud Universal⁷¹, para garantizar el acceso efectivo y con calidad a toda persona, independientemente de su condición social o estatus laboral, a los servicios de salud, federales o locales, al participar en los trabajos de la “Semana de la Seguridad Social” que se realizaron en la Cámara de Senadores, la doctora Juan señaló que dicha propuesta habrá de discutirse de manera amplia y se pondrá especial atención a un posible fondeo gradual de la salud, a través de impuestos generales, selección de los usuarios de un prestador de servicios y la posible participación del sector privado Dijo que la propuesta considera en dicho sistema la participación de la Federación, entidades federativas así como de los sectores privado y social. Además, propone integrar una Comisión del Sistema Nacional de Salud Universal, conformada por el IMSS, ISSSTE, Seguro Popular; así como por las secretarías de Salud y de Hacienda. Dentro de sus funciones, agregó, determinará las intervenciones susceptibles a contar con garantías explícitas a través de una serie de criterios que se tendrán que ver y analizar desde el criterio epidemiológico, el clínico, el de diagnóstico de tratamiento, de bioética y el de aceptabilidad social.

La Secretaria de salud reconoció el trabajo de la Comisión de Salud del Senado, ya que han logrado avances importantes en la Ley General de Salud en materia de rendición de cuentas y transparencia de los recursos que se otorgan a los estados⁷².

Peña anunció que presentará una iniciativa que permita la creación de un Sistema de Seguridad Social Universal “para garantizar a todos los mexicanos condiciones mínimas de bienestar”, esto será parte, dijo, de la propuesta de reforma hacendaria que pondrá a consideración del Congreso de la Unión en septiembre, de aprobarse esta idea, apuntó, se garantizará a todos los mexicanos las condiciones mínimas de bienestar, en lo que tiene que ver con la atención a la salud, un seguro de desempleo, pensión para el retiro, “como elementos fundamentales de este Sistema”, además el Presidente Peña Nieto puntualizo lo siguiente: -“Vamos a presentar en las próximas semanas esta iniciativa que acompaña o que permita la creación de un Sistema de Seguridad Social Universal, para garantizar a todos los mexicanos condiciones mínimas de bienestar que tiene que ver con la atención a la salud, un seguro de

⁷¹Acosta, A.C. Reforma en salud de EPN. IETU. ONLINE]. Available from: www.proceso.com.mx/?p=353039 [Accessed 2015].

⁷² Reforma de salud. ONLINE]. Available from: www.pactopormexico.org/reforma-salud [Accessed 2015].

desempleo y una pensión para el retiro como elementos fundamentales de este sistema de seguridad social universal”

El sector salud en México se debe preparar para una reforma legal estructural que logre la integración del Sistema Nacional de Salud (SNS) mediante la universalización¹⁸ y portabilidad de la atención médica, y de un mayor peso a la prevención y promoción de la salud, que es la piedra angular del sistema, que permite evitar mayores gastos para atender las complicaciones de las enfermedades que más afectan a los mexicanos, lo cual impactará de manera significativa en el modelo de negocio de la industria farmacéutica, pero de una manera bioética sin privatizar el servicio que es lo que busca dicha reforma, la cual empezó a implementarse a finales de 2014, cuando se establecieron nuevas reglas para la operación del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), en que se establece un padrón con el objetivo de contar con un sistema que identifique la relación de personas afiliadas a las instituciones de salud públicas, dejando en manos de las entidades federativas la responsabilidad de integrar, administrar y actualizar la relación de las personas afiliadas al sistema; asimismo, para reforzar esta medida, el gobierno de la República ya trabaja de manera simultánea en la Cédula Única de Identidad. Otro aspecto no menor consiste en que en 2015 se deben incluir en el Seguro Popular los medicamentos, la atención médica y los demás insumos necesarios para una atención médica integral y de calidad. Para que realmente se pueda tener un control de los recursos del Seguro Popular, el gobierno federal ahora cuenta con la facultad de suspender las transferencias de recursos a los estados correspondientes a la aportación solidaria o cuando dejen de informar a la federación, durante el tiempo contemplado para tal efecto, sobre la utilización de los recursos⁷³ provenientes de las cuotas familiares, por lo que los estados que no tengan un buen control administrativo deberán implementarlo lo antes posible para no perjudicar a su población con falta de atención médica y medicamentos.

En este sentido, el gobierno federal, así como las entidades federativas, estarán incorporando cada vez más nuevos modelos de negocios en los que compartan el riesgo con la industria al solicitar de forma integral servicios, incluyendo los medicamentos y, como bien supremo, la calidad. Sobre este rubro, las dependencias del sector gobierno buscan estandarizar la prestación de los productos y servicios que garanticen la máxima seguridad y calidad, para los siguientes años, en cuanto a la adquisición de medicamentos por parte del gobierno de la República, se debe tener claro que se permite la coexistencia de diversos jugadores, quienes actúan como articuladores y poseen personalidad jurídica, lo cual los dota de capacidad técnica y operativa para realizar sus propias compras, y cada ente gubernamental (sea del ámbito federal o del estatal) maneja sus propios fondos de manera independiente, diversos factores generan altos requerimientos de medicamentos en nuestro país. La cobertura de protección en salud para prácticamente toda la población⁷⁴, así como factores demográficos y epidemiológicos, son unos de ellos. En este sentido, la industria farmacéutica debe migrar a nuevos modelos de negocio que contemplen un valor agregado, a efecto de

⁷³ Artículo 7° y 8° de la Ley General de Salud; López, Rivera y Blanco, 2011

⁷⁴ Eibenschutz, Catalina. Atención médica neoliberalismo y reforma sanitaria. Mexico, 2007

buscar la integración de los servicios que incluyan los medicamentos por enfermedad, a fin de poder atender en un futuro una población determinada para un padecimiento específico.

En función de dónde te corresponde acudir, si somos derechohabiente del IMSS, ISSSTE, o si tenemos derecho al servicio médico de Pemex o de Sedena, a las clínicas del Seguro Popular, al servicio estatal de salud, en cada caso hay diferencia de atención y cobertura. Cada institución opera totalmente independiente y da su servicio como mejor le conviene. Aquí no hablamos de quien tiene la fortuna de poder pagar un seguro médico privado que son una ínfima minoría, el sistema de salud está fraccionado y ello dificulta la eficiencia en la prestación de servicios médicos, e igualmente dificultará cualquier cambio requerido para llegar a la universalidad médica que fue promesa de campaña del actual gobierno sexenal.

Para la cobertura universal, incluida entre los retos del programa sectorial de salud, del Plan Nacional de Desarrollo (PND), no se ve claro. Estamos a mediados de sexenio y no se sabe si realmente hay una estrategia para alcanzar o al menos avanzar en esa aspirada universalidad, ya tendría que estar ingresando al Congreso la iniciativa de una profunda reforma de salud. La necesidad se vislumbra desde hace años. De hecho el tema viene desde el anterior sexenio. Y si bien se habla de versiones sobre el rumbo que debe tomar dicha reforma, nadie conoce bien a bien algún proyecto o bosquejo de dicha iniciativa.

Conforme los tiempos políticos, que desafortunadamente son tan determinantes para muchas decisiones cruciales, este año apenas alcanzaron a salir las reformas por todos conocidas –energética, telecomunicaciones y educativa, ahí está el caso de los esfuerzos de consolidación en las compras de medicamentos y material de curación que han generado ahorros millonarios, y que se han logrado gracias al tejido de un aparato institucional o burocrático especializado en planear esas negociaciones y adquisiciones, igualmente es el caso de emergencias obstétricas donde cualquier clínica u hospital del sector salud debe atender a una mujer embarazada en situación de emergencia sin importar si es derechohabiente. Algo similar se está vislumbrando para que las instituciones compartan la atención de la salud mental, un ámbito que está subdiagnosticado y subatendido pero que muy pronto puede detonar en un problema de enorme magnitud

La nueva instancia de fiscalización estará encargada de vigilar el acceso a servicios de salud y que haga exigibles para los usuarios las garantías explícitas y tendrá “facultades para obligar a las instituciones a prestar servicios o a pagar el direccionamiento del paciente a un proveedor alterno”, y será independiente respecto de las instituciones prestadoras de servicios, respecto de la Comisión del Sistema Nacional de Salud Universal, la reforma plantea que se integre por las principales instancias prestadoras y pagadoras de servicios de salud, como son el Seguro Popular, el IMSS, el ISSSTE, así como las instancias rectoras como la Secretaría de Hacienda y la de Salud.

Esta Comisión tendrá, entre otras funciones, identificar intervenciones susceptibles a contar con garantías explícitas; determinar costos y tarifas como base para pagar o compensar la prestación de los servicios; formalizar convenios específicos

de intercambio de servicios, incluidos los sistemas de información para el monitoreo de actividades y resultados y diseñar los mecanismos para garantizar el pago de servicios por la prestación cruzada entre instituciones, se trata de una reforma al artículo cuatro de la Constitución para crear el Sistema Nacional de Salud Universal que garantice el acceso efectivo y con calidad a toda persona, independientemente de su condición social o estatus laboral, a los servicios de salud, ya sea federales o estatales.

A esa reforma se sumará una ley que fijará los términos, requisitos, condiciones de funcionamiento, organización, modalidades, financiamiento y evaluación del Sistema Nacional de Salud Universal, así como de la participación de la Federación, las entidades federativas y los sectores social y privado. El Estado “planeará, conducirá, coordinará, regulará y orientará la política nacional de salud”.

La iniciativa presidencial, que se presentará en el próximo periodo ordinario de sesiones, establecerá que los recursos que el Estado destine al financiamiento del Sistema Nacional de Salud se administrarán y ejercerán con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez, con el propósito de garantizar sus fines, la fiscalización del ejercicio de dichos recursos quedará a cargo de la entidad de fiscalización superior de la Federación sin perjuicio de la competencia de otras autoridades y se creará la Ley del Sistema Nacional de Salud Universal y se modificarán las leyes del Seguro Social, ISSSTE, General de Salud, de Coordinación Fiscal y Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

En contraparte Sonia Martínez Juan, miembro activo del SITYPS (Sindicato Independiente de Trabajadores y Profesionales en Salud) afirmó que derivado de la asamblea nacional del 27 de septiembre en la Ciudad de México, trabajadores de salud acuerdan una estrategia de lucha ante el riesgo de que el Gobierno federal presente en este mes la reforma que instauraría un sistema único de salud, explicó que en este sistema de único de salud estaría integrado por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Con esta reforma entraría en un proceso de reducción de beneficios en pensiones, servicios médicos y prestaciones sociales, ya que abre camino a la privatización de los servicios y el desmantelamiento de las instancias públicas, la atención médica será para quien pueda pagarla. Los más afectados serán la clase popular y los jóvenes, indicó Martínez Juan, destacó que para la campaña que se prepara involucra además de los trabajadores de salud, académicos, investigadores, profesionistas, estudiantes, amas de casa y toda la sociedad en general, porque “la salud es derecho de todos y no de unos cuantos”. En conferencia de prensa, integrada por trabajadores en activos y jubilados del IMSS e ISSSTE, estudiantes de medicina de varias instituciones de educación superior, y derechohabientes, señalaron que el objetivo final de esta reforma es “privatizar” los servicios de salud y de seguridad social, abriéndolos a la participación de los grandes consorcios multinacionales de la salud. Los trabajadores explicaron que junto con esta mal llamada universalización también se busca la portabilidad de los recursos económicos destinados a la atención médica. Esto implica que aun cuando un paciente pueda ser atendido por una institución diferente con la que él está asegurado, su institución deberá pagar a aquella que lo haya atendido, ya sea

pública o privada. Destacaron que el Seguro Popular carece de infraestructura hospitalaria y atiende un paquete de 285 servicios, mientras que las instituciones de seguridad social, como el IMSS y el ISSSTE, prestan el servicio a unas 2 mil enfermedades y tratamientos. Con la homologación a la baja se pretende que en los casos no cubiertos por el seguro sean atendidos por empresas privadas, obligando a pagar o cubrir seguros médicos que los cubran, según explicaron. De manera particular, los trabajadores disidentes del IMSS denunciaron la complicidad del secretario general de su gremio, Manuel Vallejo Barragán, en el desmantelamiento y privatización de las instituciones de salud y seguridad social, por lo cual se privatizaría el derecho a la salud y es una reforma anti-bioética, ya que es una violación al artículo cuarto constitucional.

Reforma energética

En cuanto asumió el poder, el presidente de la república, Enrique Peña Nieto comenzó a mover las fichas para concretar la más importante, la reforma de reformas: la energética. Todo esto haciendo modificaciones discretas pero significativas primero al artículo sexto constitucional (sobre la manifestación de ideas y derecho a la información) luego al artículo 35 (sobre el sufragio) y concluyó con los cambios a los artículos 25, 27 y 28, con los que hoy en día, se puede considerar a un Pemex debilitado donde la inversión privada que llegue, disfrutará de opacidad y comprometerá a la soberanía y seguridad nacionales.

Todo está listo para que nadie pueda derribar semejante proyecto.

La reforma energética busca entre otros, los siguientes objetivos: Que los hidrocarburos que se encuentran en el subsuelo se mantengan siempre como propiedad de la nación, hacer a Pemex y la CFE más modernos pero sin privatizarlos, que la nación ejerza control sobre el sistema eléctrico nacional para reducir los costos de la luz, contar con mayor abasto de energéticos a menores precios y Garantizar la legalidad en rendición de cuentas, la reforma energética, por otra parte, consiste en vender la idea de la longevidad a los propios países latinoamericanos, quienes, en efecto, poseen reservas de este heterodoxo hidrocarburo. Para explotar estas reservas hace falta la avanzada tecnología que solo tienen los países más desarrollados como Estados Unidos y China. De esta manera, Estados Unidos logra hacer atractivo un 'plan que obliga al cliente a hacer modificaciones legislativas con el fin de dar entrada a transnacionales petroleras capaces de extraer el petróleo de sus reservas. Una vez logrados los contratos, estas empresas buscaran explotar el crudo tradicional, garantizando la suficiente reserva para los Estados Unidos.

Es por eso que, de acuerdo con la opinión de algunos analistas que tienen en mente diversas advertencias de la Organización de Países Exportadores de Petróleo (OPEP), México no debería dejar entrar a las grandes petroleras, debería seguir explotando sus propias reservas de crudo nacional y abstenerse por el momento, de involucrarse con las reservas, por tratarse de un producto que se encarecerá al transcurso

de los años y del cual se pueden obtener beneficios mayores a largo plazo: México podría, (bajo la hipótesis de la escasez en el futuro) lograr mejores y más lucrativos negocios con Estados Unidos funcionando directamente como vendedor de crudo, que como socio en la extracción.

De esta manera, comienzan a encajar en un mismo rompecabezas, el crecimiento, los intereses internacionales de EUA⁷⁵, el conflicto en el medio oriente, y la reforma energética en México.

Como siempre, México no toma las decisiones por sí solo, pues siempre ha habido países más poderosos, principalmente Estados Unidos que está supervisando constantemente lo que hace México y averiguando que tanto le conviene, es un país que siempre ha influenciado en las decisiones que se toman en nuestro país.

La reforma energética propuesta por Peña Nieto amenaza con atropellar a la industria eléctrica mexicana. La iniciativa va en sentido de acotar el uso que la nación puede hacer de sus recursos generadores de electricidad para ofrecerlos a particulares, quienes ya controlan 45% de la producción en el país.

Nada indica que este cambio vaya a disminuir las tarifas, en cambio, hay señales de que podría desatar la especulación.

La reforma energética, propuesta por Peña, busca que la nación renuncie a aprovechar los bienes y recursos que se requieren para la producción de electricidad. Su iniciativa- que implica suprimir partes de la constitución- permitía que el capital privado, en especial las grandes trasnacionales, generara toda la electricidad que quisiera para venderla al mejor postor, incluso deja un resquicio para que se impongan proyectos de energía renovable aun contra la voluntad de comuneros. Hoy está en juego un mercado de aproximadamente 329 mil millones de pesos que aún está en manos públicas.

De acuerdo con trabajadores y jubilados de la industria, esta reforma entrega el negocio eléctrico a los poderosos empresarios, y según pensionados de la CFE consideran que la participación privada se concentraría en las zonas de mayor consumo, en detrimento de quienes no podrían pagar un servicio de primera. Esto implicaría que la CFE deviniera en empresa deficitaria “se va a decaer y en un futuro no muy lejano morirá de inanición porque le van a dejar la parte más costosa del negocio: las zonas populares”. Tampoco van a bajar las tarifas, no hay experiencia exitosa de mercado en el mundo, se correrá el riesgo de que empiece una guerra especulativa en el mercado eléctrico. La especulación, el encarecimiento y el boicot entre empresas generadoras y vendedoras de electricidad es nuestro futuro.

El estado mexicano renuncia a su soberanía en viento, agua y sol al eliminar la última frase del párrafo 5° del artículo 27 Constitucional , que dice: “ la nación aprovechará los bienes y recursos naturales que se requieran para dichos fines: generar, conducir, transformar, distribuir y abastecer energía eléctrica” El peligro es que las tierras y aguas que hoy son de comunidades indígenas y

⁷⁵ Jalife.J.A. ¿Qué busca Estados Unidos con la reforma energética mexicana? ONLINE. Available from: <http://www.sopitas.com/site/267329-que-busca-estados-unidos-con-la-reforma-energetica-mexicana/> [Accessed 2015].

campesinas se pueden ceder a los extranjeros, quienes las aprovecharán instalando sus parques eólicos o presas, sin importarles la parte social ni la preservación de los recursos naturales.

De 1994 a 2013 el gobierno ha creado alrededor de 918 permisos a particulares en todas las modalidades excepcionales.

Los primeros permisos fueron entregados en 1996 por la Comisión Reguladora de Energía (CRE). La estadounidense AES y la española Iberdrola fueron las primeras transnacionales en recibir permisos de productor independiente. Esta modalidad permite a un particular generar energía con la condición de que toda se le venda a la CFE. Se espera que sea a un bajo precio, para que la paraestatal pueda comprarla, y de esta manera, también ofrecer un precio reducido a la población mexicana. Pero la empresa extranjera, que tiene el permiso, financia su planta generadora en 80%, con dinero de un banco que le cobra 6% de interés. La planta aporta un 20%, pero le cobra a la CFE un 25% de interés. Al final de cuentas, la CFE termina pagando más por su energía debido a los altos intereses que le cobra la empresa privada, y gracias a esto es imposible que las tarifas bajen. Por lo cual se privatizaría el petróleo y recursos naturales de la nación y es una reforma anti-bioética, ya que es una violación al artículo veintisiete constitucional.

Reforma de telecomunicaciones⁷⁶

Según la página oficial de la presidencia de la república, con esta iniciativa se atienden nueve compromisos acordados en el famoso Pacto por México: Será una realidad el fortalecimiento de los derechos vinculados con la libertad de expresión e información y el establecimiento del derecho al acceso a las tecnologías de la información y la comunicación y a los servicios de radiodifusión y telecomunicaciones, incluida la banda ancha.

Se fomentará la competencia en televisión abierta y restringida, radio, telefonía fija y móvil, servicios de datos y telecomunicaciones en general, para asegurar la competencia efectiva en todos los segmentos.

Se generarán las condiciones para incrementar sustancialmente la infraestructura y la obligación de hacer más eficiente su uso, lo cual tiene un impacto directo en las caídas de los precios y en el aumento de la calidad de los servicios.

Esta reforma tiene los siguientes objetivos:

- Fortalecer la Comisión Federal de Competencia (CFC)
- Creación de tribunales especializados en materia de competencia
- Derecho al acceso a la banda ancha
- Reforzar autonomía de la COFETEL
- Desarrollar una robusta red troncal de telecomunicaciones
- Agenda digital y banda ancha en edificios públicos.

⁷⁶ Refugio R.J. Los contras de la reforma energética: contaminación. ONLINE.

Available from: <http://www.sdpnoticias.com/columnas/2013/12/13/los-contras-de-la-reforma-energetica-contaminacion> [Accessed 2015].

- Competencia en radio y televisión
- Competencia en telefonía y servicios de datos
- Adopción de medidas de fomento a la competencia en televisión, radio, telefonía, y servicios de datos⁷⁷.

Las reformas a la ley de telecomunicaciones y radiodifusión forman parte de la estrategia del gobierno de Peña Nieto para legitimar su cuestión en el marco de sus primeros 100 días de gobierno. Pero estas acciones les incomodan a los grandes magnates en México de este sector, como Carlos Slim de Telmex y Telcel, y Emilio Azcárraga de grupo Televisa- asociado con TV Azteca- quienes sintieron que estos pequeños cambios no les traerían consecuencias muy favorables. Cabe recordar que ambos corporativos son grandes monopolios formados gracias a que los anteriores gobiernos les “echaron la mano” otorgándoles concesiones y beneficios, la mayoría de las veces no del todo legítimos. De aquí puede surgir la siguiente pregunta: ¿Por qué les incomoda a Slim y Azcárraga dicha reforma? Tal vez porque con dicha iniciativa se reconoce el libre acceso a la información veraz plural y oportuna, así como la búsqueda y difusión de ideas de toda índole por cualquier medio de expresión. También se reconoce el derecho a las tecnologías de la información y a los servicios de radiodifusión y telecomunicaciones, incluida la banda ancha. Con esto, el estado establece condiciones de competencia efectiva en la prestación de este servicio. Pero hablando con la verdad, ¿de qué se preocupan? Si el gobierno vive de ellos, quienes le mantienen una buena imagen frente a todos los televidente y radioescuchas mexicanos que se creen los spots; además, son ellos mismos los que están moviendo las fichas actualmente, son ellos quienes formulan y proponen las reformas detrás de la cara de un presidente al que no se le hubieran ocurrido todas estas jugadas, ¿Por qué el gobierno les daría la espalda? Simplemente, podríamos sospechar que se trate de otra mentira, de la que solo se verán beneficiados ellos mismos⁷⁸

Desde que Enrique Peña Nieto gobernaba el Estado de México, Televisa le construyó una andadera política y comercial que hizo del mexiquense una estrella más. Pero ahora con la reforma de telecomunicaciones, el mismo Peña impulsa la prohibición de este tipo de propaganda. Se pudo tratar seguramente de algo que ya tenían planeado Televisa y Peña, desde ese tiempo ya empezaban a usar la imagen de Peña para asegurar la buena reputación, llegar a la presidencia y desde ahí comenzar con toda la gama de reformas poco diáfanos que ahora experimenta el país.

La cámara de diputados se ha convertido en un lugar donde las iniciativas llegan para ser aprobadas sin análisis, sin discusión. Así ocurrió con la reforma de

⁷⁷ Cervantes,C.J. Telecomunicaciones. ONLINE.
Available from: www.hemeroteca.proceso.com.mx [Accessed 2015].

⁷⁸ Reforma de telecomunicaciones. ONLINE.
Available from: www.pactopormexico.org/reforma-telecomunicaciones [Accessed 2015].

telecomunicaciones, que paso por la comisión de puntos constitucionales sin ser debatida.

¿Por qué decir que la libertad de expresión es un derecho amenazado? Esto es a causa de los vicios sistémicos que tiene el estado mexicano, de la colusión de autoridades con el crimen organizado, y del propio interés del estado por mantener a la población poco informada, la opacidad en la que se ejerce la función pública, que es la cuna de pingües negocios para quienes detentan el poder, ya sea de modo formal o de los poderes facticos, sean legales o parte del crimen organizado. El incremento desmedido de la violencia está asociado a un sistema de procuración de justicia ineficaz. Una consecuencia grave de la situación de violencia ha sido la vulneración del derecho a la libertad de expresión. Las agresiones a periodistas y medios de comunicación se han triplicado desde 2001 a 2013 respecto al periodo 1991-2000. En los últimos trece años, se registraron 85 asesinatos de periodistas, 20 desapariciones y 40 atentados a medios de comunicación. Más de la mitad de las agresiones son cometidas por funcionarios públicos, aunque en los casos de agresiones graves (homicidios y desapariciones) son atribuibles al crimen organizado. Parte del problema total radica en que es el Estado el que más agrede a quienes ejercen la libertad de expresión, por medio de tácticas disuasorias o intimidaciones directas. Es el Estado quien junto con elementos del crimen organizado, atenta contra periodistas, se vuelve indolente en su obligación constitucional de velar por el respeto a los derechos humanos. Por lo cual se manipula la libre expresión, y se favorece el monopolio y es una reforma anti-bioética, ya que es una violación a los artículos sexto, séptimo, veintisiete y veintiocho constitucional

Reforma educativa

Con la Reforma Educativa se pretende lograr, entre otras cosas: Crear el Sistema de servicio profesional docente, el cual estará integrado por concursos de ingresos para docentes y para la promoción a cargos con funciones de dirección y de supervisión en la educación básica y media superior.

Se busca que la evaluación magisterial, no sea voluntaria, sino obligatoria para todos los maestros y el maestro que repruebe la evaluación se tendrá que ir, se busca darle a cada escuela, los medios necesarios para que cada director haga las mejoras de infraestructura, compre los materiales didácticos, equipe a las escuelas, etcétera. Se crea el Sistema de Información y Gestión Educativa. Este tiene como propósito realizar un censo de escuelas

Se quiere impulsar el suministro de alimentos nutritivos y prohibir la comida que no favorezca a la salud de los alumnos.

La reforma educativa, carta de legitimación en el arranque del sexenio, y punto más celebrado por Peña Nieto en el mensaje que dirigió la nación con motivo de su primer informe de gobierno, fue redactada para satisfacer los lineamientos impulsados por varios de los hombres más ricos del país, y por la organización para la cooperación y el desarrollo económico (OCDE)”. Así lo han denunciado expertos en la materia y en distintos momentos también los profesores del sindicato nacional de trabajadores de la

educación (SNTE) y de la coordinadora nacional de trabajadores de la educación (CNTE).

Mexicanos Primero- organismo que aglutina a empresarios como Emilio Azcárraga, Fernando Landeros y Claudio González también de Televisa- y la OCDE dictaron línea por línea la iniciativa que aprobó el congreso⁷⁹.

Documentos de ambas instancias demuestran lo anterior, lo mismo que los profesores disidentes ya habían advertido y en que coinciden los especialistas en el ramo.

Los documentos de la OCDE, suponen recomendaciones para aplicar reformas a México y responden a convenios firmados con el anterior presidente Felipe Calderón en 2008 y se derivan del acuerdo de colaboración estratégica entre México y la OCDE firmado por Enrique Peña Nieto en 2012, donde se pacta la participación de ese organismo internacional para el diseño de las reformas de este gobierno.

De los textos de la OCDE destacan las recomendaciones para profesionalizar y evaluar a los docentes, incrementar la autonomía de las escuelas, fortalecer el sistema de rendición de cuentas, y la vigilancia por parte del Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE)⁸⁰.

Los personajes que formularon esta reforma

Los principales iconos del organismo OCDE y Mexicanos Primero, son los siguientes:

NOMBRE	EMPRESA
Emilio Azcárraga Jean	Televisa
Claudio X González	Televisa
Carlos Hanz González	Grupo financiero interacciones y Hermes
Alejandro Bailleres Gual	Grupo Bal. (Concentra Industrias Peñoles, Palacio de Hierro y GNP Seguros)
Carlos Fernández González	Grupo modelo
Eduardo Haro Tricio	Lala
Alejandro Ramírez Magaña	Cinopolis
Daniel Servitje Montull	Bimbo
Marcos Martínez Gavica	Santander
Agustín Coppel Luken	Coppel
José Antonio Fernández Carbajal	Femsa
Fernando Landeros	Teletón
Alicia Lebrija	Fundación Televisa

El gobierno federal está abrumando los medios con sus recurrentes spots, que son muy similares a los divulgados durante el sexenio de Carlos Salinas de Gortari, cuando impulsaba el Pronasol. En estos spots abundan imágenes de niños y maestros en escuelas prosperas y felices donde el mensaje central es “la reforma educativa eleva la

⁷⁹ Hernández, H.G. Reforma hacendaria es profundamente regresiva. ONLINE]. Available from: www.proceso.com.mx/?p=353039 [Accessed 2015].

⁸⁰ Iguartua, I.S. Educación privada. Proceso. México. 2003.

calidad de la educación y respeta los derechos de los maestros”. Pero ni la información proporcionada acerca de esta reforma en las páginas web gubernamentales, ni los spots en televisión y radio explican cómo es que todos estos propósitos anunciados pasaren de ser sueños a ser una realidad.

Esta iniciativa no tiene un proyecto explícito, o al menos no a la vista de todos los mexicanos. No hay nada que esclarezca las dudas de cómo resolver los principales problemas del sector.

Se dice que lo que se aprobado es nada menos que una reforma laboral y administrativa disfrazada de educativa, que tiene entre sus objetivos quitar a los docentes de un derecho adquirido: la estabilidad en el empleo. Por otra parte, esta reforma está poniendo toda la responsabilidad en manos de los maestros, y es que ellos no son los únicos que forman a los alumnos, la educación se lleva desde el hogar. Se pedirá una estricta rendición de cuentas a los docentes, y quedarán solo “los mejores”. Tal vez este sea un aspecto positivo de la reforma, pero, es de esperarse que como siempre, pueda haber corrupción en estas acciones y de todos modos habrá maestros insuficientes. (22,23)

El pacto por México asegura que la autonomía de gestión facilitara que los recursos públicos lleguen a las escuelas y sean eficazmente utilizados, garantizando una educación pública gratuita. Pero la verdad es que esta legislación abre la puerta para que en nombre de esa autonomía, y con el pretexto de involucrar a los padres de familia en gestión y mantenimiento de las escuelas, se legalicen de facto las cuotas, se permita la entrada de empresas a los centros escolares, a lo que se le puede considerar privatización, por lo cual se privatizaría el derecho a la educación con lo cual es una reforma anti-bioética, ya que es una violación al artículo tercero constitucional

Reforma Hacendaria

Es una gran reforma social que abrirá paso para acelerar el crecimiento y la estabilidad económica, buscando garantizar a todos los mexicanos una red de protección social.

En distintos ámbitos se espera:

- En los energéticos: se elimina el subsidio a las gasolinas y el diesel de manera gradual. El nuevo régimen fiscal para Pemex será equipable a los regímenes de petroleras extranjeras.
- En los impuestos: los alimentos y medicinas no se gravarán con el IVA, tal como ocurre actualmente. Desaparece el impuesto empresarial, la tasa única y el impuesto a los depósitos en efectivo, en las inversiones: se amplía la inversión en ciencia, tecnología e innovación. Mayor inversión para la educación media y superior.
- En la seguridad social: se reforman los artículos 4 y 123 constitucional, para dar seguro de desempleo y pensión universal a los trabajadores mayores de 65 años, en lo que se denominó “un nuevo sistema de seguridad social universal”. El nuevo régimen de incorporación busca sumar a los negocios la formalidad. Los trabajadores de empresas recién

incorporadas al sistema tributario serán quienes tendrán acceso al seguro social a cuotas reducidas⁸¹.

En las empresas: “pagaran más los que más ganen”. Se cobrarán impuestos a las empresas por las utilidades que tengan en la bolsa de valores. Para ampliar la base de contribuyentes, las obligaciones de los emprendedores y nuevos incorporados al sistema tributario solo se incrementarán de manera gradual.

La reforma hacendaria consta de 11 decretos, que incluyen una reforma a los artículos 4° y 123 constitucionales, la creación de 4 leyes, y modificación de 15 documentos legales.

De todo este conjunto se derivan medidas de alto impacto político, social y mediático, entre las que se incluyen las siguientes:

- Se instrumentarán la pensión universal para mayores de 65 años y un seguro de desempleo para trabajadores formales
- Asegurados y beneficiados del IMSS podrán atenderse en el ISSTE u otra institución y viceversa.
- Habrá más escuelas de tiempo completo donde los niños dedicarán más tiempo a sus estudios, en localidades con mayor marginación los alumnos recibirán aumentos sanos y nutritivos para su mayor aprovechamiento.
- Habrá más carreteras, autopistas, puertos, aeropuertos, hospitales e infraestructura hidráulica.
- Se ampliará la inversión en ciencia, tecnología e innovación
- Se propone un programa de aceleración del crecimiento económico que implica un déficit del 0.4% del PIB en 2013 y del 1.5% en 2014⁸². Estos déficits serán transitorios en lo que se recupera la economía nacional.
- Se cobrarán impuestos sobre las ganancias que las empresas Opagan a sus dueños dividendos, así como las utilidades obtenidas en la bolsa de valores.
- Se propone eliminar tres cuartas partes de los tratamientos preferenciales y prácticamente la mitad de los regímenes especiales.
- Se propone eliminar el régimen de consolidación fiscal, que permite a las empresas con subsidiarios pagar impuestos como si fuera una sola.
- Para facilitar el pago de impuestos, desde la casa u oficina, sin necesidad de contratar un contador, el servicio de administración tributaria ofrecerá un sistema digital abierto y gratuito para el cumplimiento fiscal a

⁸¹ Maya M.A. Lo bueno, lo malo y lo feo de la reforma educativa. ONLINE.

Available from: <http://www.elfinanciero.com.mx/archivo/lo-bueno-lo-malo-y-lo-feo-de-la-reforma-educativa.html> [Accessed 2015].

⁸² Acosta, A.C. Reforma hacendaria de EPN: no IVA a alimentos y medicinas; propone eliminar IETU. ONLINE. Available from: www.proceso.com.mx/?p=353039 [Accessed 2015].

personas físicas y a las pequeñas y medianas empresas, se inducirá a las empresas y a los trabajadores a incorporarse al sector formal.

- Disminuir las cuotas de seguridad social para los trabajadores de menos ingresos, ya que actualmente llegan a pagar casi 30% de su sueldo.
- Habrá impuestos que gravarán el consumo de combustibles por carbono y a los plaguicidas, para de esta manera proteger el ambiente.
- Para el problema de la obesidad, se impondrán impuestos a las bebidas azucaradas con el fin de disminuir su consumo.
- En tiempos de elevado crecimiento se establecerá un fondo de ahorros de largo plazo.
- Se establecerán nuevos mecanismos institucionales para transparentar la eficacia del gasto público, especialmente aquel destinado a la educación y la salud.

El resultado de esta reforma puede ser una legislación que incumpla los objetivos recaudatorios y desacelere la actividad económica teniendo consecuencias devastadoras para la población.

En septiembre de 2013 Peña Nieto decidió no aplicar el IVA en alimentos y medicinas, argumentó que “aplicar un impuesto a insumos básicos, en momentos en que la economía está creciendo a un ritmo menor de los esperado, tendría un efecto adverso en el consumo y el bienestar de la gente”. Además de eso, anuncio que el IVA se mantendría en el actual 16%. Pero, aunque no se apliquen impuestos a alimentos y medicinas se están aplicando en muchas otras cosas más, y de todos modos la población ya se está viendo afectada.

Investigadores del departamento de la universidad Iberoamericana de Puebla califican la reforma hacendaria como regresiva, ya que dejara intactos los privilegios fiscales de los grandes contribuyentes y afectara a la clase media y a los que menos tienen.

Aunque el presidente diga que el objetivo de su iniciativa es crear una nueva red de protección social, un sistema tributario más justo y transparente e impulsar al crecimiento económico, lo cierto es que la mayoría de sus planteamientos son simulaciones.

Tras un análisis del contenido de la iniciativa, han encontrado que tal como está planeada la reforma hacendaria implicaría la privatización del petróleo, la excusión de derechos sociales, gravar proporcionalmente más a los sectores trabajadores de la población y la clase media y dejar intactos los privilegios fiscales de los contribuyentes.

Servicios y productos a los que se aplicaran impuestos IVA del 16% a alimento para mascota. IVA también a mascotas: quienes adquieren perros, gatos y pequeñas especies “reflejan capacidad contributiva y esas manifestaciones de “riqueza” deben ser gravadas.

Conciertos de rock: se aplicarán impuestos a los espectáculos públicos, exceptuando el teatro y el circo.

El chicle: la goma de mascar no se ingiere, por lo que no es considerada un alimento. IVA de 16%

Tijuana y Juárez: los residentes de la región fronteriza pagan 11% de IVA Casas, hipotecas y alquiler: el gobierno busca gravar la compra-venta de casas, así como el pago de intereses hipotecarios y el alquiler. Asegura que los hogares de mayores ingresos son los que se benefician más de esta medida y por ello la quiere suprimir Colegio privado: con la intención de gravar más a los que más tienen, el gobierno quiere eliminar la exención del IVA a los servicios de educación privada. Transporte público: la iniciativa propone eliminar la exención del IVA al servicio de transporte foráneo de pasajeros. El microbús y peceras quedarán exentos Oro, joyería y piezas artísticas: quitar el tratamiento del 0% de tasa a joyería, cuyo contenido mínimo de dicho material sea de 80%, siempre que su enajenación no se efectúe en ventas al menudeo con el público en general. Congresos y convenciones: se busca gravar las agencias que organizan congresos o exposiciones dirigidos al mercado extranjero, y que en suelo mexicano no pagan impuesto agregado por servicios como alojamiento, transporte, alimentos y bebidas. Impuesto al Valor Agregado (IVA) del 16%.

Para los que ganan más de medio millón al año: la propuesta de reforma quiere subir la tarifa más alta del ISR de personas físicas de 30% a 32%. Esto sería aplicable para las personas con ingresos gravables superiores a 500 mil pesos anuales. Si juegas a la bolsa: el gobierno quiere gravar con 10% las ganancias que obtengan las personas físicas en la bolsa mexicana de valores.

Cerveza y alcohol: los impuestos a estos productos no bajaran, aunque se había previsto una reducción. Las cervezas siguen con 26.5% y el alcohol en 53%. Bebidas saborizadas: las bebidas saborizadas con azúcares añadidas deberán pagar el impuesto especial sobre producción y servicios. La medida se justifica como un combate a los altos índices de obesidad. Si eres empresario: el régimen de consolidación fiscal (que a veces se abusaba para lograr “planeaciones fiscales” y facilitaba la evasión y elusión fiscales) desaparecerá, según la propuesta. Si eres microempresario: busca eliminar que los pequeños contribuyentes tengan un trato especial y quiere que todos los contribuyentes paguen el IVA eliminando privilegios. En el campo: el gobierno ya no quiere que los contribuyentes del sector primario paguen menos que otros, busca homologar la tasa del ISR para todos. Los gasolinazos continúan, pero más leves: los aumentos mensuales a la gasolina y el diesel continuarán, pero ahora son de 6 centavos mensuales para la Magna y de 8 centavos mensuales para la Premium. Impuestos ambientales: la propuesta busca establecer gravámenes nuevos para reducir la emisión de bióxido de carbono a la atmosfera y también para desincentivar el uso de plaguicidas. Menos deducciones: muchos profesionistas y trabajadores cada vez presentan más gastos a hacienda para deducir sus impuestos, el gobierno de Enrique Peña Nieto quiere limitar esta práctica. Por lo cual se aumentan los intereses, se pierden derechos de pensiones y solo favorece a grandes empresarios y políticos y es una reforma anti-bioética, ya que es una violación al artículo cuarto y ciento veintitrés constitucional

Reforma financiera

La reforma financiera modifica el esquema de trabajo de los bancos en el país, con lo que se busca que haya mayor disponibilidad de préstamos y créditos para los usuarios en mejores condiciones de las actuales, sin embargo, en dicha reforma se establecen medidas más rigurosas para los evasores, y cabría la posibilidad de que deudores de los bancos puedan ir a la cárcel, dicha reforma modificó más de 30 leyes. Fue aprobada ya por ambas Cámaras del Congreso de la Unión. Podemos saber que las reformas que se aplicaran a partir del sexenio de Enrique Peña Nieto, no nos beneficiaran del todo, éstas tienen más cantidad de aspectos negativos que positivos, además no sabemos cuáles de las medidas se van a aplicar tal como se dice y cuáles no. La verdad sobre las reformas es la misma de siempre, fueron creados con la finalidad de beneficiar más al gobierno que a los mexicanos, situación a la que ya estamos acostumbrados⁸³. Casi todo lo que escuchamos en los medios acerca de ellas es mentira, y no debemos fiarnos mucho de este tipo de información. Por lo cual el dinero escaseara y el trabajo será mayor y la paga menor y es una reforma anti-bioética, ya que viola al artículo ciento veintitrés constitucional

Analizamos que Enrique Peña Nieto está atacando los artículos principales de nuestra Constitución, por lo cual queda nula la bioética aplicada, el México actual es un país que sin duda necesita cambios drásticos, pero no necesariamente los que se están llevando a cabo actualmente, el presidente Enrique Peña Nieto se ha caracterizado en el poco tiempo transcurrido de su sexenio, por sus reformas. Es un gobierno comparable con el mandato de Carlos Salinas de Gortari, pues a los ojos del mundo, está dando una muy buena imagen, similar a lo que hacía Salinas, mientras que México se venía abajo.

Pero ¿estará sucediendo lo mismo ahora? Es muy probable que sí, no podemos obtener una respuesta certera de esta pregunta, pues nunca podremos saber absolutamente toda la verdad, ya que nunca hemos sido del todo libres para expresarnos, de lo que podemos darnos cuenta es que las reformas son todas muy distintas, cada una se enfoca a diferentes ámbitos, pero no hay un solo aspecto que no sea tocado por ellas, por lo que nadie se libra de tales cambios, sean buenos o malos. Lo cierto es que como siempre, las personas que más pagan son las que más se ven afectadas, aquellas personas que nunca fallan con el pago de sus impuestos y que tienen lo suficiente para vivir dignamente, pero que tampoco les sobra, son las que tendrán que seguir aportando más para recibir menos, y cada vez se ven más limitadas de recursos, es muy probable que no se cumplan los propósitos de las reformas tal como se espera, pues es inevitable que haya secretos detrás de todo, pues siempre son los que las formulan los que más beneficiados se ven. Siempre ha habido este tipo de tranzas, pero eso no significa que las seguirá habiendo, pues las personas que estamos viviendo el presente y que vamos a vivir el futuro de México somos las responsables de cambiar la historia, y tenemos la mejor arma para lograrlo: la educación, llegará el día en que los corruptos e interesados que nos están gobernando ahora se tendrán que ir, y el puesto tendrá que ser ocupado por otras personas, pero se necesita gente con moral y

⁸³ Rionda Ramírez. Planeación y reformas económicas en el México postmoderno. México 2014

educación, que no solo vea por su propio bien, se necesita gente capaz de enfrentar los problemas que dejen los gobiernos actuales, pero los problemas no se enfrentan con armas, no debe ser una lucha en la que no sea necesario derramar sangre, debe ser más bien, una revolución donde las armas sean sustituidas por el intelecto y el interés por el bien común.

Aportes a la historia del Departamento de Nefrología del Hospital Barros Luco-Trudeau. (1963 a 1994)

Dr. Jorge Morales Barría⁸⁴

La transformación del HBLT

En los inicios de la década de los 60 del siglo XX, las autoridades de salud de Chile consideraron que la clara disminución en la incidencia de tuberculosis (Tbc) justificaba la transformación parcial o completa de hospitales dedicados a esta enfermedad a servicios hospitalarios más generales, para así dar acogida a nuevos problemas de salud que la población iba presentando.

Ello explica el nacimiento del complejo hospitalario Barros Luco-Trudeau que anexó un hospital donado para la atención de pacientes con Tbc, el Hospital Trudeau (HT, fundado el año 1947 merced a una donación de los EEUU y en honor del médico norteamericano Edward L. Trudeau especialista en Tisiología), a un hospital general, el Hospital Barros Luco (fundado en 1911, bajo la presidencia de don Ramón Barros Luco).

El primer Director del HT fue el Tisiólogo Dr. Sótero del Río Gundián quien fue sucedido por el Dr. Rafael Donoso Montalva al momento que el Dr. del Río asumía como Ministro del Interior en el gobierno de Don Jorge Alessandri Rodríguez cargo que ocupó durante todo aquel gobierno (1958-1964).

Mientras era ministro el Dr. del Río visitó varias veces su antiguo hospital, recorría sus nuevas dependencias e incluso almorzaba con el nuevo Director. ¡Otros tiempos! El HT era en realidad una gran familia, compartiendo amistosamente todos los aspectos de una vida hospitalaria como se podría dar en una provincia chilena o

⁸⁴ Profesor Agregado, Facultad de Medicina Universidad de Chile. Nefrólogo, Clínica Las Condes.

Europea. Algún médico podría enseñarle a uno los secretos de la Tbc y otras enfermedades pulmonares, o aconsejarlo en literatura o bridge. Ahí se podía aprender versos de Víctor Hugo como “*la vie est breve, un peu de amour, un peu de reve et puis bonjour; la vie est vaine, un peu de espoir, un peu de haine, et puis bonsoir*”⁸⁵, como recitaba calladamente el Dr. Mendel Steinzapir cuando añoraba su niñez en Rusia y adolescencia en Bélgica (Lieja), antes de llegar a la nueva tierra prometida, Chile.

Nuevos contratos, nuevos Servicios

Un cambio radical en el desarrollo de la nueva unidad hospitalaria ocurrió en 1963 cuando se aumentó significativamente el número de contratos de médicos Generales, Internistas y Cirujanos lo que posibilitó la atención de un creciente número de enfermos hospitalizados y pacientes de consultorios periféricos que se fueron creando en diferentes poblaciones del Área Sur de Santiago: Clara Estrella, La Victoria, José María Caro, La Legua, entre otras. En el año 1965 se creó el Banco de Sangre y luego vinieron el Policlínico Adosado de Especialidades (año 1966), Anatomía Patológica (año 1969) y Psiquiatría (año 1970).

Los Servicios de Medicina y Cirugía del Área Sur de Santiago se instalaron en dependencias del HT en el curso del año 1961 bajo la jefatura del Dr. Osvaldo Pérez Zañartu en Medicina Interna y Leónidas Aguirre Mackay en Cirugía.

La llegada de la Universidad

Por gestiones de una nueva generación de médicos incorporados el año 1963 la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile decidió instalar un nuevo campo clínico el año 1964 a cargo de los Profesores Titulares Drs. Luis Hervé Lelievre y Leonidas Aguirre Mackay, en Medicina y Cirugía respectivamente. Los nuevos médicos llegado en 1963 eran los Drs. Humberto de la Cuadra, Jaime Ramos, Salvador Sarrá, Víctor Vargas y Jorge Morales que se agregaban a los propios del servicio, entre otros los Drs. René Cruz (cardiólogo), Alberto Daiber (hematólogo), Isaac Con (hematólogo), Dr. Sergio Silva, Rafael Sanz (gastroenterólogo), el ya mencionado Mendel Steinzapir (Medicina Interna), Raúl Ramírez (Medicina Interna), Alberto Abuabud (Medicina Interna), Ignacio Ovalle (Medicina Interna), entre otros.

La atención en la periferia

Era una condición *sine qua non* que los médicos atendieran al menos 22 horas semanales en un consultorio periférico. El procedimiento generalizado consistía que un jeep o ambulancia del hospital trasladaba al médico al consultorio alrededor de las 2 de la tarde y lo dejaba en terreno para atender una consulta teórica de 12 pacientes que en la realidad nunca fueron menos de 20. La vuelta a casa o al hospital solía hacerse por

⁸⁵ *La vida es breve, un poco de amor, un poco de sueño y buenos días después; la vida es vana, un poco de esperanza, un poco de miedo y después buenas noches.*

locomoción colectiva por cierto no tan desmedrada como en los tiempos actuales. Eso sí, la llegada a casa nunca ocurría antes de las 8 de la noche. En invierno, cobijado en la oscuridad, deambular solitario por las calles sin pavimentar de las poblaciones, muchas veces en estado de formación, era un poco intimidante. Los médicos también hacían la residencia de los respectivos servicios, cubriendo así el horario vespertino y los sábado, domingo y festivos.

El Campus Sur de la Chile

Pero la labor asistencial no era el único bocado que les esperaba a los jóvenes médicos ingresados a Medicina y Cirugía. A partir del año 1964 se hicieron convenios para efectuar docencia de pregrado a alumnos de la Universidad de Chile (y por un periodo de 2 años también a alumnos de la Universidad Católica), abriendo un campus académico que perdura hasta la fecha. Las diferentes subespecialidades de la Medicina y Cirugía empezaron a desarrollarse con los pocos recursos de esa época heroica, incorporándose nuevos médicos: Drs. Crisólogo Venegas y Humberto Viveros (cardiología), Alberto Donoso Fernández y Timoleón Anguita (hematología), Antonio Morales (gastroenterología), Hugo García (nefrología), Claudio Liberman (endocrinología) y más tarde Rogelio Altuzarra (medicina interna y medicina intensiva).

La idea de un centro de diálisis y la colaboración de Bélgica

En el caso de la nefrología el perfeccionamiento se hizo gracias al apoyo generoso y desinteresado de especialistas del Hospital Clínico de la Universidad Católica que entregaron las bases tecnológicas para efectuar biopsias renales que eran informadas en el Departamento de Patología de dicha universidad por el Dr. Helmar Rosenberg, de gran disposición para enseñar y apoyar la gestión clínica.

El año 1969 fue presentado al Ministerio de Relaciones Exteriores del Gobierno de Bélgica un proyecto para Crear un Centro de Diálisis y un Laboratorio de Nefrología en el Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT). La iniciativa fue estimulada por el Profesor de Nefrología de la Universidad Católica de Lovaina Dr. Charles van Ypersele, tutor de la Estadía de Perfeccionamiento en dicha Universidad del Dr. Jorge Morales. Se contaba además con el apoyo del Jefe de Nefrología del HBLT el Dr. Hugo García, y del Jefe del Departamento de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Profesor Hervé.

Del proyecto de un centro de diálisis fue informado el entonces Ministro de Salud del gobierno de Don Eduardo Frei Montalva, el Dr. Ramón Valdivieso quien se sorprendió de una iniciativa muy desconocida y a destiempo para la medicina chilena de la época. Después de dos años de tramitación el gobierno de Bélgica dio su aprobación a un proyecto de valor aproximado a los 500.000 dólares, y la contraparte, es decir el gobierno chileno, se comprometió aportar la construcción del edificio, que sustantivamente consistía en la remodelación de una de las salas del Servicio de

Medicina agregando al proyecto la primera Unidad de Tratamiento Intensivo de la naciente unidad hospitalaria.

El proyecto en su parte arquitectónica estuvo a cargo de la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios entidad que hizo los planos de acuerdo a las recomendaciones del Dr. García y del Dr. Morales, participando el Dr. de la Cuadra en lo que correspondía a la Unidad de Tratamiento Intensivo. Las obras de remodelación fueron demorosas y había momentos en que estaban francamente paralizadas, sea por problemas de gastos no considerados en el proyecto original como por los problemas sociales que afectaban a todo el país.

La influencia de los acontecimientos políticos

En efecto, los acontecimientos políticos ocurridos entre los años 1970 y 1975 trastocaron significativamente la realización del proyecto, sobretudo en la parte construcción. El gobierno belga solicitó un informe de avance por lo que hubo de precisar a las autoridades del Ministerio de Relaciones de ese país que el proyecto era viable a pesar de las condiciones socio-políticas del país, y que se mantenía su ubicación en el mismo hospital.

Inauguración e historia del centro de diálisis del HBLT

Finalmente, en 1975, más o menos 6 años después de presentado el proyecto y en presencia de autoridades chilenas y del Embajador de Bélgica, pudo ser inaugurado el Centro de Diálisis y Laboratorio de Nefrología con lo que se pudo concretar la ejecución de una verdadera terapia de sustitución de la Enfermedad Renal Crónica Terminal en el Área Sur de Santiago, poniéndose al día con lo que se hacía en el resto del mundo desarrollado.

Se habilitaron 7 máquinas de riñón artificial (Drake Willock® con filtros de celofán tipo Kiil®, primeras máquinas de diálisis en Chile con el sistema single pass) y además un riñón artificial (Travenol® estanque con dializado recirculando) dedicado al tratamiento de pacientes con insuficiencia renal aguda hospitalizados en la nueva Unidad de Tratamiento Intensivo. Anecdóticamente se puede contar que el Gobierno de Bélgica se negó a autorizar la pública formalización de la donación del Centro de Diálisis y Laboratorio de Nefrología dadas las tensas relaciones entre Bélgica y el gobierno militar de Chile, lo cual pudo zanjarse al proponérseles que se redactara en la placa conmemorativa un texto que decía que se trataba de “una donación del pueblo de Bélgica al pueblo de Chile”.

Previamente, aproximadamente un año antes, el Dr. Jorge Morales había asumido la jefatura del Departamento de Nefrología por renuncia del Dr. García y se habían sumado al departamento los Dres. Edmundo James, Salvador Sarrá y Carlos Zehnder, este último proveniente de la Universidad de Concepción. En los años posteriores se incorporaron al staff de Nefrología los Dres. Alfredo Mocarquer, Jacqueline Pefaur, Luis Aris, Antonio Vukusich, todos nefrólogos altamente calificados

y capacitados que dieron servicios asistenciales y académicos de la más alta calidad que pudiera observarse en el país y en Latinoamérica.

Inicialmente el entrenamiento de las enfermeras se pudo hacer por la generosidad del Departamento de Nefrología de la Universidad Católica de Chile y el apoyo de los Drs. Salvador Vial y Atilio Vaccarezza. El equipo de técnicos en diálisis, es decir los encargados del funcionamiento correcto de las máquinas de diálisis y de la central que abastece de agua tratada a los monitores de diálisis, estuvo a cargo de un joven de menos de 21 años, el Técnico Fermín San Martín, egresado de una Escuela Técnica Electro Mecánica del Área Sur de Santiago. Fermín, que desconocía el idioma inglés en forma absoluta tradujo palabra por palabra manuales de alta complejidad, y la labor del jefe de la unidad fue poner orden esas palabras para que saliera un texto inteligible; sus servicios fueron tan correctos y atinados que en el correr del tiempo dio asistencia a otros centros de diálisis y finalmente creó una empresa propia que presta esos servicios.

Un ensayo preliminar del funcionamiento de las máquinas se hizo en un perro; la máquina hizo lo suyo correctamente, pero la prescripción de diálisis en el animal fue incorrecta en lo que se refiere a cebado y reposición de volumen y el animal falleció.

El Laboratorio de Nefrología fue equipado con Fotómetro de llama, Espectrofotómetro de absorción atómica y otros equipos menores satisfaciendo la necesidad de información oportuna y veraz de los datos de laboratorio de los pacientes renales. Estuvo a cargo por más de 10 años de la Bioquímica Lilian Thielemann quien fue reemplazada por la Tecnóloga Médica Ivonne Morales; ambas tuvieron un desempeño impecable acomodándose a ofrecer un servicio oportuno y de alta calidad.

El Centro de Diálisis pudo constituirse con enfermeras entrenadas en diálisis en la Universidad Católica de Chile: ellas fueron EU Beatriz Saavedra, Gabriela Artigas, Ingrid Thielmann, Verónica Andaur; y en la Universidad Católica de Lovaina lo hizo la EU Chantal de Halleux. Las diálisis duraban 8 horas, lo que obligaba a no más de un turno diario; después de varios años se pudo implementar el uso de filtros capilares (de Cordis Dow®) que acortaron el periodo de diálisis a 4 horas, usado por primera vez en el país en el HBLT, beneficiándose un mayor número de enfermos y mejorando la calidad de la diálisis significativamente.

El programa de diálisis crónica permitió tratar centenas de pacientes algunos provenientes de las diferentes regiones del país. Permitted también realizar docencia y dar entrenamiento a becados de Medicina Interna y Nefrología y a Enfermeras que obtenían la calificación suficiente para dar sus servicios al número creciente de centros de diálisis que surgían en el país.

El Programa de Trasplantes

Muy pronto se hizo evidente que el proyecto quedaba incompleto sin un programa de trasplante renal para lo cual después de muchas conversaciones y entrevistas con diferentes especialistas del hospital, que en su mayoría estuvieron renuentes a participar del proyecto, fue contactado el Dr. Jorge Aguiló, cirujano

vascular y de cabeza y cuello, que estuvo dispuesto a participar haciendo toda la cirugía de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, principalmente la cirugía de accesos vasculares y los trasplantes en su aspecto procuración de órganos e implante.

Posibilitó la participación del Dr. Aguiló desde luego el entusiasmo con que tomó el inmenso desafío propuesto, pero también su condición de universitario *full time* que lo habilitaba a disponer de un horario adicional a las tareas exigidas en la parte asistencial y docente. La situación del Dr. Morales era similar, jornada completa de 44 horas, mitad en horario asistencial por parte del Servicio de Salud Metropolitano Sur y mitad horario académico que posteriormente transformó en dedicación exclusiva a la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en labores asistenciales, docentes y de extensión.

Se inició un trabajo experimental de trasplante renal en perros en el Departamento de Medicina Experimental de la División Central de la Facultad de Medicina, cuyo Director a la sazón era el nefrólogo pediatra Dr. Jorge Weinberger. Además se hicieron gestiones en la Oficina de Asuntos Internaciones del Ministerio de Salud, que dirigía el Dr. Yuricic, las que dieron espléndido resultado aprobándose una estadía de entrenamiento en cirugía de trasplante para el Dr. Aguiló en la Universidad de San Pablo, Brasil, institución que ya tenía una experiencia importante en trasplante renal, especialmente con donante vivo relacionado y no relacionado, ejecutada por cirujanos muy experimentados.

El primer trasplante en el HBLT ocurrió el 6 de Julio de 1976 con un trasplante renal de donante vivo. Participaron en el equipo de trasplante, y en los sucesivos por más de 20 años, los Dres. Aguiló, Osvaldo Rodríguez y Jorge Gaete. La cronología de los primeros trasplantes efectuados en el HBLT se reseña en la siguiente tabla.

Tabla 1
Fechas significativas de los primeros trasplantes efectuados en el Programa de Trasplante del Hospital Barros Luco-Trudeau (1976-1993)

TIPO DE CIRUGÍA	FECHA
Trasplante renal adulto, donante relacionado	06-07-1976
Trasplante renal, donante fallecido	15-11-1978
Trasplante pediátrico (16 años)	24-03-1981
Trasplante en Diabético Tipo 2	30-12-1981

Desde su inicio la tipificación de Histocompatibilidad se realizó en el Instituto de Salud Pública (ISP) en el Departamento de Inmunología que dirigía la Dra. Elizabeth Jurlow, con la participación de Cecilia Fuentes y María Eugenia Wegmann.

En el ISP se hacían reuniones periódicas donde se coordinaba el trabajo de los diferentes equipos de trasplante, se estudiaban normas comunes, se establecían criterios éticos, se presentaban casos ejemplarizadores, se generaban cursos, jornadas anuales y congresos internacionales. Hay que pensar que no existía una ley de trasplante y que sólo había vagas normas aplicables al trasplante en el Código Sanitario. De hecho el

trasplante renal no se consideraba una técnica de rutina, sino un procedimiento excepcional que sólo era importante en cuanto generaba noticia y estupor en la población. La decisión del equipo de trasplante del HBLT fue clara: había que poner el tratamiento trasplante renal al servicio de todos los que lo requirieran, de cualquier condición socio económica y de cualquier parte del país, siendo las únicas restricciones las estrictamente biológicas o las que dependían de la voluntad de los pacientes. Tan rápido llegó nuestro programa a la comunidad médica nacional que en pocos años ya recibíamos pacientes referidos de Arica a Punta Arenas.

Con la mayor expectación el primer Trasplante renal donante fallecido se efectuó el 15-11-1978 de un donante obtenido en el Hospital Salvador con un equipo médico dirigido por el Dr. Eduardo Katz quien personalmente en pabellón hizo entrega del órgano al Dr. Morales para luego trasladarlo en vehículo particular (¡Fiat 600 amarillo!) al HBLT para su exitoso implante. A partir del año 90 el número de trasplantes de donante fallecido llegó a empatar a los donantes vivos fundamentalmente por el vigor que el sistema aplicó a la pesquisa y mantención de la hemodinamia en los eventuales donantes en una perfecta coordinación entre el grupo de trasplante, la UTI y Servicio de Urgencia del HBLT. Además, siempre se contó con el apoyo de la naciente Corporación Chilena de Trasplante gracias a la participación de voluntarios como la Sra. Patricia Palma y del Sr. Patricio Fernández I., su fundador (QEPE).

Estos primeros trasplantes prematuramente nos demostraron la relativa eficacia de los inmunosupresores disponibles dado que había un 50 a 60% de rechazo agudo de los cuales afortunadamente la mayoría se recuperaba con dosis altas de esteroides con leve menoscabo de la función renal cuando el tratamiento anti rechazo se efectuaba oportunamente⁸⁶⁻⁸⁷. Pero del mismo modo nos quedó como experiencia preliminar los efectos adversos de las drogas empleadas: esteroides y azatioprina mostraban efectos tóxicos en la forma de diabetes insulino dependiente, infecciones por virus y gérmenes oportunistas, entre otros virus citomegálico, virus Ebstein Barr, neumocystis y criptococo⁸⁸⁻⁸⁹ y cáncer especialmente de piel. Esta situación se modificó drásticamente con el uso de Ciclosporina (CsA) utilizada por primera vez en Chile en los pacientes del HBLT en 1984⁹⁰.

En 17 años se efectuaron 441 trasplantes (promedio de 26 trasplantes por año) de ellos 149 fueron de donante fallecido y 292 de donante vivo, números significativos para una unidad hospitalaria chilena. La enorme carga asistencial no impedía que el Jefe del programa asistiera a pabellón a casi todos los trasplantes efectuados entre 1976 y

⁸⁶ Morales-Barria J. *The long-term effect of acute rejection episodes on kidney function; a paired study.* Transplantation 1983;35:503-504.

⁸⁷ Morales J, Aguilo J, James E, Rodriguez O. *Clinical experience with 33 cases of kidney transplant.* Rev Med Chil. 1981 May;109(5):416-19.

⁸⁸ Gallegos R, Altuzarra R, James E, Mocarquer A, Aris L, Zehnder C, Aguiló J, Morales J. *Infections in kidney transplant recipients.* Rev Med Chil. 1985;113(6):557-63.

⁸⁹ Chea R, Morales J, Mocarquer A, Aris L, James E, Segovia L, Castillo J, Moyano C. *Cryptococcosis in renal transplantation. A report of 4 cases.* Rev Med Chil. 1988 ;116(10):1061-5.

⁹⁰ J. Morales-Barria, C. Zehnder, A. Mocarquer, E. James, L. Aris, R. Trivino, and J. Aguilo. *A Prospective One-year Study Evaluating the Clinical Outcome of Recipients of Living Donor Kidneys Treated with Cyclosporin and Azathioprine.* Nephrol Dial Transplant.1989; 4(4): 293-296.

1993 solamente para atemperar la inquietud que producía cada instante del procedimiento y por una instintiva desconfianza en todo lo que es quehacer humano tan proclive al olvido y el error. Como ejemplo se puede contar que al momento de dejar las indicaciones del donante y receptor la tarde previa al trasplante se dejaba en la misma tabla de indicaciones lo que había que prescribir y lo que NO había que indicar para evitar por ejemplo que al ver un hematocrito bajo algún residente se inspirara en dejar una transfusión de sangre o glóbulos rojos que alteraría la inmunidad del receptor, o cosas de ese estilo.

Pocos años después de iniciado el programa de trasplante, se incorporaron al Departamento de Nefrología dos médicos que significativamente incidieron en su progreso: los Dres. Alfredo Mocarquer (posteriormente Jefe de Nefrología del HBLT) y Luis Aris, nefrólogos dedicados y estudiosos que elevaron el clima de trabajo y exigencia a favor de cada paciente que en esos primeros años llegaban derivados desde distintos hospitales del país. También fue relevante el aporte del Dr. Antonio Vukusich y de la Dra. Jacqueline Pefaur quien sucedería al Dr. Mocarquer en la jefatura del Departamento de Nefrología. Nuestro recuerdo de esos años es que todos aprendíamos de todos y que los pacientes con esa sabiduría infinita del enfermo y el genio de la enfermedad nos enseñaban más que nadie, al propio momento en que destinábamos muchos recursos y tiempo a nuestra formación personal. Posteriormente se agregaron nuevos profesionales como las doctoras Andrea Fiabane y Rosa Chea que asumieron no sólo roles en la atención sino también en la docencia de nefrología a alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Un paso importante ocurrió cuando la Dra. Viola Pinto nefróloga del Hospital Exequiel González Cortés (HEGC) contactó al grupo de trasplante del HBLT. Nació allí una colaboración de inimaginables consecuencias entre dos hospitales, el HBLT y el HEGC en beneficio de niños con enfermedad renal crónica terminal. El primer trasplante renal pediátrico en la experiencia conjunta del HBLT y HEGC se efectuó el 24-03-1981. Similarmente, el primer trasplante renal en un paciente con diabetes mellitus 2 del HBLT se realizó el 30-12-1981 abriendo una nueva etapa en el tratamiento de la nefropatía diabética en etapa terminal dado que hasta ese momento la diabetes era un criterio de exclusión para trasplante dados los riesgos cardio y cerebro vasculares implícitos en esta enfermedad, por lo que el destino de esos pacientes era permanecer en diálisis por el resto de su existencia.

El desafiante trabajo de un hospital público con alta demanda de atención de una patología compleja con tratamientos más complejos aún exigía a todos trabajar sábados, domingos y festivos sin recibir recompensa económica ninguna. Por un tiempo ello quedó encargado solo a la Jefatura, sabiendo que los residentes no podían estar al día de un tratamiento que era nuevo para todos, incluso los especialistas. Pero luego se sumaron todos los médicos del Departamento de Nefrología a las visitas en días festivos, o a la concurrencia a urgencia para atender a uno de nuestros pacientes todo ello sin ninguna recompensa o reconocimiento económico.

También hubo preocupación relacionada con la formación científica y académica de los profesionales y técnicos. Se procedía periódicamente a recolectar la

información clínica de la experiencia que se acumulaba con la realización de alrededor de 30 trasplantes por año. Esa información se transformó en comunicaciones a congresos locales e internacionales, ayudando a difundir una tecnología poco conocida en nuestro medio, en tópicos como profilaxis de rechazo con transfusiones donante específicas⁹¹, modalidades nuevas del tratamiento de rechazo⁹², cirugía vascular del donante⁹³ y otros temas.

El procuramiento de órganos

Inicialmente el mismo staff de enfermeras de la Unidad de Diálisis participó en el diseño de la coordinación de trasplante; finalmente fue la E.U. Beatriz Saavedra la encargada del programa de Trasplante Renal y su compromiso y eficiencia fue ejemplar, participando en todas las etapas de la procura de órganos y del post trasplante. Beatriz detectaba donantes eventuales en el Servicio de Urgencia del HBLT y en la UTI, trasladaba los donantes, asistía a los médicos de UTI y enfermeras en las terapias de mantención, coordinaba los pabellones, las citaciones a control, informaba a diario de la concentración de creatinina de los trasplantados y muchas otras actividades sin perder la paciencia a pesar de las innúmeras dificultades. Años después, cuando Beatriz se retiró del hospital fue reemplazada por la EU María Eugenia Olivares quién sumó energía y organización al programa el cual alcanzaba un promedio de más de 30 trasplantes por año y exigía muchas horas extras de trabajo. En esta primera época de trasplante en el HBLT se diseñó una hoja de seguimiento y un programa de control de los pacientes que era riguroso y que permitía ubicar a los pacientes que no acudieran a su control.

Relaciones internacionales

Desde el inicio y para ordenar mejor el seguimiento el programa de trasplante del HBLT adhirió al Collaborative Transplant Study (CTS) dirigido por el Dr. Gerard Opelz de la Universidad de Heidelberg reportando todos los datos clínicos y de laboratorio solicitados por ese estudio colaborativo internacional aún vigente. Los informes periódicos del CTS mantenían informado al staff de los avances en los programas de trasplante en otras latitudes y también indicaban las modificaciones que debían hacerse a los protocolos locales.

Desde el punto de vista asistencial y académico fue muy importante el convenio facilitado por el British Council y realizado con la Universidad de Londres, específicamente con el Guy's Hospital, que se puso en marcha el año 1989 mediante el

⁹¹ Morales J, James E, Mocarquer A., Zehnder C., Aris L., Rodriguez O, Aguiló J. *Influence of different transfusion policies on the results of related live transplantation donors sharing an haplotype*. Rev Med Chile 1985;113 (12) :1170-4.

⁹² Morales J, Mocarquer A, James E, Aris L, Herrera L, Morales I. Use of intravenous cyclosporin in the treatment of episodes of irreversible rejection in renal transplantation. Rev Med Chil.1987; 115 (12) : 1172-5.

⁹³ J. Aguiló, J. Morales y cols. *Trasplante renal con donante vivo con arteria múltiple*. J. Bras Urol 1987; 13 (5) : 119-122.

cual nefrólogos, patólogo y cirujano del HBLT pudieron efectuar una residencia de 3 meses en la unidad de nefrología que dirigía el Dr. Stewart Cameron en un periodo presidente de la Sociedad Internacional de Nefrología. Recíprocamente médicos de esa institución (entre ellos el Dr. Gwyn Williams y el inmunólogo Dr. Ken Welsh), estuvieron en Chile dictando conferencias en Santiago y regiones con lo que se logró difundir los avances en trasplante a diversos centros hospitalarios del país en ámbitos tan diversos como la inmunología y la cirugía del trasplante.

Las inquietudes de perfeccionamiento se manifestaron con una estadía de perfeccionamiento en calidad de Lecturer en el Beth Israel Hospital de Harvard Medical School en Boston el año 1983 del jefe del Departamento, gracias a la invitación del Dr. Patricio Silva (Profesor de Medicina en Harvard Medical School e investigador básico notable), que dio la oportunidad de conocer los primeros trabajos de citometría de flujo en trasplantados renales en el laboratorio del Dr. Terry Strom y de los primeros ensayos clínicos de pacientes tratados con CsA que revolucionaron por completo la historia de los trasplantes.

En 1984 se inició un estudio con el uso de CsA en receptores de donante vivo⁹⁴ el cual contó con el valioso aporte y coordinación del Dr. Alfredo Elberg, médico asociado al Laboratorio Sandoz y fue proyectado e iniciado por el Dr. Carlos Zehnder. Los resultados espectaculares obtenidos en estos primeros ensayos con la combinación de esteroides, azatioprina y ciclosporina auspiciaban que la historia de los trasplantes estaba a las puertas de una transformación gigantesca

La extensión a regiones

El programa de trasplante del HBLT se propuso extender la tecnología del trasplante renal a regiones. Así fue como se realizó un programa de trasplante integrando a médicos del HBLT y de la Clínica Antofagasta y del Hospital de Antofagasta.

El primer trasplante de donante vivo relacionado de este proyecto se efectuó en la Clínica Antofagasta el 02-04-1991 el que fue seguido de dos trasplantes realizados el año 1992 y dos el año 1993. Los nefrólogos participantes de este programa fueron los Drs. Ivo Vucina, Antonio Vukusic y Jorge Morales; los cirujanos fueron los Drs. Jorge Aguiló y Juan Balart; los urólogos: Dres. Edmundo Ziede Diaz y Edgardo Alvarez; los anestesiastas los Drs. Marcos González y Patricio Vidal con la contribución de médicos de UCI Drs. Guillermo Illanes, Luis Ediap y Boris Kuzmicic.

En estos pacientes y según describe el Dr. Vucina la evolución post-operatoria fue siempre favorable, los riñones transplantados iniciaron la diuresis de inmediato, y los pacientes fueron dados de alta en 7 días quedando en control por los nefrólogos locales. Hoy me pregunto si no será posible replicar este modelo de atención que acerca la medicina al paciente de regiones cuando las condiciones locales son favorables.

⁹⁴ *Op.cit.*

Las tareas formativas

El Departamento de Nefrología y el Programa de Trasplante del HBLT estuvieron siempre abiertos a participar de la comunidad dedicada al trasplante y a recibir a médicos y otros profesionales de la salud que quisieran compartir la experiencia que se estaba desarrollando en el Hospital del Área Sur de Santiago, todo ello aunque no se pudo constituir una beca formal que diera institucionalidad a dichos procesos formativos que ocurrían de hecho. Pero retrospectivamente se puede observar con más claridad que sí efectivamente hubo un proceso de enseñanza y aprendizaje de mutuo beneficio con todos los otros centros dedicado a la especialidad en el país y con varias universidades, pero muy especialmente la Universidad de Chile, Universidad Católica, Universidad de Concepción y Universidad de Valdivia.

El programa de trasplante renal del HBLT no ha detenido su crecimiento. Primero bajo la jefatura del Dr. Alfredo Mocarquer y luego de la Dra. Jacqueline Pefaur en la parte Nefrológica, y del Dr. Jorge Aguiló en la parte Quirúrgica, ha superado la calidad del proyecto original incorporando nuevas tecnologías y generando proyectos de investigación clínicos. Así se pudo efectuar el 8 de Julio de 1994 el primer trasplante combinado de páncreas y riñón hecho en Chile en una acción conjunta del HBLT y Clínica Las Condes⁹⁵ lo que puede ser considerado un hito en la historia de la medicina chilena.

⁹⁵ Buckel E., Morales J, Aguiló J., Rosenfeld R., Pefaur J., Zavala C., Herzog C. *Trasplante simultaneo de páncreas y riñón. Primeros casos en Chile.* Rev Med Chile 1996; 124(1):83-8.