

CONSIDERACIONES HISTÓRICO-CULTURALES Y BIOÉTICAS SOBRE EL “*MORIR HUMANO*”

Dr. Antonio Crespo-Burgos*

RESUMEN

Se presenta un análisis respecto al proceso de morir y a los criterios con que se lo interpreta y se asume la responsabilidad de su atención. Se plantea reflexiones en torno a su concepción invitando a debatirlas, para lo cual se expone como ámbitos temáticos, el por qué y para qué de la Bioética, las prácticas eutanásicas, la marginación técnico científica industrial de la nueva cultura por un "Digno Morir Humano", el rescate de la tradición moral andino amazónica para mitigar el sufrimiento y los dilemas morales que suscita la eutanasia. Los relaciona con el dolor y el sufrimiento, a la vez que enfatiza la inequidad distributiva de la riqueza al exponer la realidad de la situación política, económica y social de la región, a su vez, responsable del rol de la salud pública frente al enfermo moribundo y, al referirse de manera particular al Ecuador, describe cuatro épocas que las identifica como: Prehispánica, Colonial, Republicana y Actual. Para finalmente formular conclusiones y sugerencias relativas a la interpretación del proceso de morir, la eutanasia y la realidad actual de la salud pública, incluyendo consideraciones respecto a la autonomía que debe tener el ser humano para preservar su dignidad al morir.

PALABRAS CLAVE: Bioética, dolor, sufrimiento, eutanasia, salud pública, tradición moral andino amazónica.

ABSTRACT

An analysis is presented regarding the process of dying and the criteria whereupon is interpreted it and how to assume the responsibility of its attention. It considers reflections around its conception inviting to debate them, for which it is exposed themes like, why and for what is the use of Bioethics, the issues about the practice of Euthanasia, the technical scientific marginalization of industrialism from the new culture for a " Human Death with Dignity", the rescue of the Amazonian Andean moral tradition to mitigate the moral suffering and dilemmas that euthanasia provokes. It relates to the pain and the suffering, at the same time that it emphasis the inefficacy in the distribution of wealth by exposing the reality of the social, economic, and political situation of the region, the roll played by the public health caring for the sick and dying patient, when referring in a particular to Ecuador, describes four stages that identifies them as: Pre- Hispanic, Colonial, Republican and Present. Finally formulating conclusions and suggestions relative to the interpretation of the dying

*Director del Museo Nacional de Medicina del Ecuador “Eduardo Estrella” y Profesor de Bioética y de Historia de la Medicina en la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE).

process, euthanasia and the present reality of the public health, including considerations in respect to the autonomy and the right that must have the human being to preserve its dignity when dying.

KEY WORDS: Bioethics, pain, suffering, euthanasia, public health, Amazonian Andean moral tradition

1. INTRODUCCIÓN¹

El osado motor de esta revisión monográfica sobre la vivencia humana limítrofe en el confín de nuestra existencia bio-psico-social, no es otro que invitarles sana, cordial y respetuosamente a reflexionar en torno al proceso aflictivo de los moribundos *-más aun de aquellos situados al margen del sistema-*; ya que a nivel planetario, se intensifica exponencialmente un clamor ciudadano por información referencial *-ética, cultural, científica, religiosa, etc.-* suficiente en cantidad y calidad, que posibilite ayudar, cuidar y paliar amplia, sistemática y dignamente *-si no es posible curar-* las complejas y tan delicadas congojas finales de las personas.

Reciban anticipadamente mi sincera gratitud, quienes otorguen unos instantes de su valioso tiempo para leer estas líneas; más indeleble aun mi agradecimiento, a los que acepten participar decorosa y pluralmente en la debate dialógico que este trabajo pueda propiciar.

Encarar con responsabilidad esta nada fácil y casi utópica temática, constituye una opción válida para colmar de sentido nuestra presencia en esta realidad terrenal, plagada de sinsentidos y sometida a las inexorables cadenas del tiempo y del espacio. Si somos capaces de generar un gran espacio deliberativo al respecto *-reconociendo previamente, con humilde modestia, el rol protagónico de la desoladora realidad medio-ambiental-*, avizoro exquisitos y jugosos frutos.

El entorno natural sin duda, tan finito, frágil y menesteroso como cualesquier

¹ *Abreviaturas empleadas :*

(A) Autonomía

(B) Beneficencia

(E) Eutanasia

(EA) Eutanasia Activa

(EP) Eutanasia Pasiva

(J) Justicia

(NM) No-Maleficencia

(RC) Relación Clínica

(RME) Relación Médico-Enfermo

(RMP) Relación Médico-Paciente

(RSU) Relación Sanitario-Usuario

(SMA) Suicidio Médicamente Asistido

forma de vida; al que no sólo, estamos íntimamente unidos -*espalda contra espalda como dos hermanos siameses*- sino porque sin él resultaría imposible el mismísimo *vivir y morir* humanos². Además, resulta oportuno expresar que el más justo y meritorio reconocimiento a la Dra. *Elisabeth Kübler-Ross*, quien es artífice germinal de esta nueva cultura sobre el fin de la vida humana con la publicación de su obra: *On death and dying*³.

2 El filósofo español contemporáneo Xavier Zubiri, denominó a la existencia misma de cualesquier realidad "*Filosofía Primera*"; y a la vez, ésta será germen y fundamento de otra "*Segunda*" (***Sobre el Hombre***. Madrid: Alianza, 1986).

3 Esta 1ª edición publicada en 1966, bajo el título ***Sobre la muerte y los moribundos*** fue traducida al castellano (Barcelona: Ed. Grijalbo, 1975). A través de su libro ***La muerte: un nuevo amanecer***, fue conocida por millones de personas; más todavía, con su obra ***La Rueda de la Vida*** (Barcelona: Ediciones B, S.A., 1997).

2. MARCO TEÓRICO Y CONTENIDOS

Sin desmerecer la importancia nuclear, tanto de las estrategias y decisiones políticas como de los instrumentos normativos, que posibiliten promover y difundir la novedosa cultura del *Morir Humano con Dignidad*; éstas no constituyen el objetivo central de estas líneas, pero tampoco han sido excluidas del todo.

Este artículo contiene un breve repaso de cinco (5) ámbitos temáticos: ¿Porqué y para qué la Bioética?; Fundamentación Teórica del Dolor; Prácticas Eutanásicas y Bioética; Marginación Tecnocientífica e Industrial de la Nueva Cultura por un “*Digno Morir Humano*”; y, Rescate de la Tradición Moral Andino-Amazónica para Mitigar el Sufrimiento.

Insisto una vez más, la promoción y desarrollo de esta reciente orientación cultural, precisan edificar una estructura comunicativa y dialógica -a la vez *razonable, plural y crítica*-; además, dependiendo tanto del rigor metódico y de la convicción real como de la intensidad motivadora y de la prioridad con que demande la sociedad civil, será posible o no alcanzar niveles de excelencia en estas metas.

3. ¿PORQUÉ Y PARA QUÉ LA BIOÉTICA?

El respeto humano universal y sin distinciones, constituye el anhelado punto de partida que podemos y debemos concertar socialmente, para edificar instrumentos normativos que legitimen el derecho a *morir dignamente*. Para que estas reglas de juego lleguen a feliz término, idealmente se precisa que actores y protagonistas de pueblos y naciones asuman la imperativa responsabilidad ética de ceñir sus actos cotidianos -de manera *consecuente y sin desmayo*-, no sólo al principio moral ciudadano de solidaridad recíproca sino a

la virtud de consolar con piedad sacra a todas las personas que sufren, desde el momento de la concepción hasta el último segundo de su vida.

Sin embargo, el dictamen jurídico *-que necesariamente es coactivo y de carácter público-* tan sólo obliga a restringir nuestros actos a unos mínimos decentes; tanto así, que la **BIOÉTICA** coincide plenamente con estas disposiciones legales, circunscribiéndolas al cumplimiento estricto y sin excepción de dos (2) principios: el de **No-Maleficencia** y el de **Justicia**.

Esta **BIOÉTICA** civil de “mínimos” políticos y socioeconómicos, es la que puede y debe ser impuesta con todo el rigor de la ley, posibilitando una convivencia pública armónica y pacífica para superar las vergonzosas condiciones de miseria y postergación, francamente reñidas con los derechos humanos universales; de este modo, todos los ciudadanos podrán cumplir satisfactoriamente con sus proyectos de vida o de felicidad.

Por encima de estos mínimos éticos, jurídico-sociales y económicos *-respetando el libre arbitrio de cada persona-*, se han de levantar los sistemas valorativos privados (*credos religiosos y políticos, preferencias culturales, orientaciones tecnocientíficas e industriales, etc.*); mismos, que están regulados *-también-* por dos (2) principios **bioéticos** de “máximos”: el de **Beneficencia** y el de **Autonomía**.

4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL DOLOR

4.1 El Dolor y el Sufrimiento ¿son sensaciones, percepciones o emociones? Discrepancias entre las Ciencias Biológicas y las Sociales.-

Esta experiencia desagradable ha motivado mucho interés, siendo estudiado desde diversos prismas o perspectivas *-circunstancia en que aparece o a medida que se desarrolla y adquiere cierta estructura-*, pero sólo son relevantes aquellas

que han indagado e interpretado metódicamente la condición ontológica de la existencia humana, durante el siglo XX.

La *Antropología Filosófica*, desempeñará un rol protagónico para comprender tan crucial vivencia biográfica. Buytendijk⁴, afirma que aquella estuvo en proceso de validación científica para independizarse de la Biología a inicios del siglo XX; por tanto, al ser considerada una disciplina en estado de investigación experimental, debió sortear *-a partir de la 3ª década-* los obstáculos *metódicos analíticos del dolor* que le impusiera la *Psiquiatría Moderna* y no la *Psicología*. Él considera que la *Psiquiatría* reconoce y acepta la radical unidad existencial del ser humano, sin embargo que la enraíza y supedita a la esfera “vital”.

Muy distinto y esforzado es el camino recorrido por la *Psicología*, intentando desentrañar si la *experiencia dolorosa* es una *sensación* o una *percepción*. Wenke *-entre otros-*, afirmaba que la *percepción* es neuro-fisiológica y que su condición neutral de la conciencia *-estímulo/impresión-*, obstaculiza la posibilidad de reducir o analizar su carácter fáctico; además, relacionó directamente a la *sensación* con nuestras propias perspectivas, y que por su profundo efecto emocional desagradable nos obliga a tomar decisiones muchas veces arbitrarias. Wenke argumentó además, que la intensidad del desagrado no tiene relación directa con la intensidad perceptiva, aunque el estímulo doloroso se mantenga constante; así, el desagrado variará en grado y en carácter, a tal punto que el *dolor* puede tener sensaciones de deseo pero sin desagrado.

Basándose en estas reflexiones, la *Psicología* aceptará no sólo la distinción teórica del dolor entre *percepción* y *sensación* sino los estrechos vínculos con *emoción*, *concepto*, *pensamiento* y *decisión*. Determinaciones prudentes y certeras, posibilitarán conocer metódicamente los fundamentos de varias encrucijadas sin respuesta en torno a esta compleja y delicada experiencia.

4 Estudios de Antropología filosófica *-fenomenológico-constructivista-* realizados por E. Husserl, M. Scheler, O. Schwarz, V. Weizsäcker, E. Straus, y V. Gebattel, entre otros (Buytendijk, F. J. J. “El dolor y la experiencia”. EN: **Teoría del Dolor**. Buenos Aires: Ediciones Troquel S. A., 1965. p. 125-142).

Las investigaciones sobre *percepción-sensación* y su íntima relación con la vida emocional, generaron importantes aportes al conocimiento; uno de ellos, determinó que no sólo las alteraciones emocionales asociadas con enfermedades mentales, permiten explorar la estructura y las relaciones de la experiencia, sino que el método utilizado demandaba edificar una *Teoría de las Emociones*. Las acaloradas disputas sobre la vida de las sensaciones, serán estimadas por Meyer -entre otros- como “la ballena entre los peces”⁵.

4.2 Scheler y Husserl: Aportes a la Antropología Filosófica del Dolor.-

- La imponderable contribución del eminente pensador alemán contemporáneo Max Scheler, en un intento por ordenar tan aparente caos, contribuye con su original distinción que clasifica las *senso-percepciones* en *cuatro (4) categorías*⁶: I. Sensaciones de los *sentidos*; II. Sensaciones *físicas* -tales como estados- y sensaciones *de vida* -como funciones-; III. Sensaciones puramente *físicas* -sensaciones del ser-; y, IV. Sensaciones *mentales* -de personalidad-.

Al DOLOR lo ubicará en la categoría I, y el carácter universal de la sensación física dolorosa constituirá su inherente capacidad de experimentarse “*necesariamente como un estado y nunca como una función o una acción*”. Scheler afirma, que la *experiencia dolorosa* tan sólo nos permite optar un camino, liberarnos de ella o evitar su causa; además, que esta cualidad sensitiva se relaciona con el ser íntimo y no con la persona, como un estado mental que no se lo puede recordar ni anticipar, tampoco imaginar tal como sería, y peor aun recrear para sentirlo de nuevo.

Así como la novedosa clasificación antes citada y la correcta distinción entre

⁵ Textualmente dice: “*La ballena se diferencia doblemente del resto de peces: en primer lugar, cuando se la ve a la distancia parece enorme entre ellos, y segundo, al examinarla de cerca se descubre que no es un pez. Predigo algo análogo para la teoría de las emociones, entre los libros y revistas de psicología*”. (Meyer M. F. “That whale among the fishes-the theory of the emotions” (**Psychol. Review**) 40:1933, 292).

⁶ *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik*, título original de la 1ª publicación en idioma alemán (Halle 1921). (Scheler M. **Ética. Nuevo ensayo de fundamentación de un personalismo ético** (trad. esp.). Madrid: Revista de Occidente, 1941. Vol. I.).

sensación superficial y profunda, merecen el más justo y loable reconocimiento; también es oportuno citar, al menos dos debilidades de Scheler: a) La indistinta definición del dolor, en unos casos como percepción de sensación y en otros como sensación de los sentidos; y, b) La subestima a los estudios cualitativos sobre sensación profunda. La primera motivo duras críticas de sus detractores por haberla excluido; en consecuencia, le demandaron esclarecer el siguiente cuestionamiento: *¿De qué manera podrían los seres humanos concienciar su propia existencia personal, ya sea subjetiva -de que “existamos” como personalidades emocionales o conceptuales- u objetiva -de que “existimos” como personas-. Y la omisión de que la sensación profunda es menos transitoria -por tanto que no pasa con tanta rapidez y no puede hacérsela de lado-, descartaba su poderoso atributo positivo transformador para la construcción de la personalidad y la formación del carácter.*

Tan desmedidas fueron las acusaciones que Max Scheler debió afrontar, al extremo de poner *-injusta y despectivamente-* en tela de juicio la legítima validez global del soberbio aporte al pensamiento senso-perceptivo de occidente; sin embargo, desde hace no más de 3 décadas iniciará el rescate valorativo de sus trabajos en los más amplios espacios deliberativos de la Filosofía Aplicada, de la Antropología y de la Bioética⁷.

- En 1913, la mente libre, sistemática y genial de Edmund Husserl⁸, logró *-con tenacidad y perseverancia habitual-* forjar sus grandes aportes, añadiendo un nuevo rango diferencial entre *percepciones dolorosas* y *sufrimiento del dolor* del *sufrimiento* en si. A este último, lo concibió como una acción intencional de incumbencia individual, a diferencia de la *percepción dolorosa* que

⁷ Gracia Guillén se refiere a la *Ética Material de los Valores* de Scheler con las siguientes palabras: “Este juicio de Scheler sobre las (...) éticas epistemológicas de orientación talitativa es importante, porque demuestra hasta que punto este autor tenía clara conciencia de su identidad de objetivos con el genio de Königsberg en la tarea de situar la ética en un orden estrictamente trascendental.” (*Fundamentos de Bioética*. Madrid: EUEMA, 1989; p. 470-474). Léase también: Pintor Ramos, A. *El Humanismo de Max Scheler. Estudio de su Antropología Filosófica*. Madrid: Edica, 1978.

⁸ Prohombre de la filosofía contemporánea (1859-1938) de nacionalidad alemana, considerado el padre de la *Fenomenología*. Tras su ejemplar desempeño en la cátedra de Filosofía de la Universidad de Friburgo, su discípulo Martin Heidegger heredará la titularidad de la misma en 1928.

continua independiente de la acción causal; de tal modo, que todas las formas de dolor genuino son capaces de convertirse en causa de sufrimiento, y tanto la intensidad como la profundidad del ataque doloroso, implican no sólo un desafío para quien padece, sino que se presenta en forma de percepción emocional primaria y estática. Sin embargo, ni las categorías conceptuales ni sus definiciones de la percepción dolorosa y del sufrimiento, nunca fueron del todo satisfactorias para sus detractores.

Los estudios metódicos de Husserl, le posibilitarán concluir que todas las impresiones sensoriales, en especial las de tono emocional⁹, se conectan directa y velozmente con el sistema motor, y que este responde de modo reflejo *-y la mayor de las veces de manera inefectiva-*; además, que aquellas son experimentadas no tanto como una aceptación de su intensidad cualitativa, sino como un evento que conmociona e impresiona por si mismo. De otra parte, la afirmación de que a la reacción visible le sigue la impresión sensorial misma, pero que ambas constituyen una unidad, lo llevó a concluir que a todo *dolor* se lo percibe activamente, y que a su estado se lo experimenta como un esfuerzo, sintiendo que uno mismo se esfuerza.

En otras palabras, la experiencia dolorosa ya no será una sensación sino un proceso dinámico *-“tendance motrice”, la denominará H. Bergson en 1914-*, que integra o desintegra al organismo. Bergson, sustentará la transformación de *sensación* en *emoción*, no sólo por que varía de grado y no de naturaleza, sino por que aquella constituye un verdadero proceso de enseñanza-aprendizaje. Además de que la sensación percibida hace referencia exclusiva al objeto, y lo notorio de la emoción constituye lo *súbito* del cambio, no omitió la indisoluble unidad entre percepción y acción.

4.3 Experiencia dolorosa y sufrimiento.-

Dentro del contexto citado *-por un lado, que la sensación física del dolor se la experimenta como un estado, del cual podemos únicamente evitar su causa o*

⁹ Un color agradable, un sonido estridente o un gusto repugnante.

liberarnos de él; y por otro, que el estado mental de la misma se relaciona con el ser íntimo y no con la persona, lo que imposibilita ser anticipada, recordada o imaginada tal como es o será-, intentaré articular los conceptos de experiencia dolorosa con los de sufrimiento.

Estas cualidades inherentes a la experiencia dolorosa, capaces de generar emociones desagradables, determinan respuestas tan reflejas que impiden tomar decisiones coherentes y sensatas; por tanto, las decisiones suelen ser arbitrarias, disgregadas e inefectivas. Con el ánimo de comprender cómo se produce el dolor cuando el organismo trata de hacer algo que es incapaz de realizar, Bergson dice: *“Todo dolor es un esfuerzo local y este aislamiento es causa de su inefectividad, ya que el organismo, a causa de la solidaridad con sus partes, sólo reacciona a los esfuerzos del conjunto”*. En definitiva, no sólo lo que dejamos de hacer es lo doloroso, sino lo que hacemos mal es lo que hace que algo produzca dolor.

En cierto sentido, si asumimos como una gran verdad que toda nuestra actividad es “errónea” *-debido a lo imperfecto de nuestra condición orgánica ontológica, que restringe nuestro actuar a una sección de la realidad en tiempo y espacio-*, menos desatino, insensatez y en un sentido más amplio, resultaría afirmar que *toda actividad es fuente de sufrimiento*. Abordaré con más detalle este tema bajo la óptica sociocultural, más adelante (véase numeral 9).

4.4 Acto de Sentir Dolor y Estado Análogo.-

Nada más inobjetable y fáctico que el hecho cualitativo de una emoción, y si la satisfacción y el placer son precisamente esto, el dolor siempre será dolor; sin embargo, la evidencia del estado emocional no la sienten de modo idéntico todas las personas. Por tanto, cave distinguir entre la objetividad real de la percepción, y la subjetividad abstracta de la impresión dolorosa; pero ambas, poseen estructura, significación y esencia propias.

Cualesquier órgano sensorial, es un ente intermediario que establece relación

concreta con el mundo exterior, en cambio ser sensible constituye una abstracción de estar envuelto en una situación dada; en definitiva, la existencia de sensaciones propiamente dichas sería irreal, frente a la objetividad fáctica de seres sensibles. Esto tiene gran importancia, ya que repercute sobre la naturaleza y el significado del dolor, y sólo podrá entenderse analizando conceptualmente el fenómeno que experimenta un hombre que sufre el dolor; así, el análisis del estímulo local como fuente exclusiva de él resulta inadmisibles y parcial, pues deberemos admitir el rol protagónico de la subjetividad individual y colectiva.

Para esclarecer la íntima y dual relación concreto-abstracto, vale diferenciar las características dolorosas entre los individuos que dan lastima, de aquellos considerados dolientes. En la imagen del hombre lastimero, destaca el grito y la gesticulación, que encoge las extremidades tratando de alcanzar la zona lesionada del cuerpo; muy distinta es la del doliente, que se queja, suspira y lamenta, moviendo la cabeza de un lado a otro, con los dientes y puños apretados, los ojos cerrados o fijos con una mirada perdida.

5. PRÁCTICAS EUTANÁSICAS Y BIOÉTICA

5.1 Consideraciones generales.-

La práctica de *Eutanasia* (E) desde la antigüedad remota hasta nuestros días y en el mañana, intenta remediar el doloroso *-a veces insoportable-* padecimiento humano que acontece en la frontera final de su existir biológico y biográfico; y más que una, se trata de variadas prácticas para paliar tan insondables sufrimientos físicos, emocionales, personales, familiares y sociales. Por lo general, la parcialidad mítico-religiosa *-de fuerte arraigo popular-* esta reñida con este ejercicio, y restringe la culpa de aquel dilema moral al desarrollo de la tecnociencia industrial de la biomedicina¹⁰; y ante tales cuestionamientos *-como*

10 Para la Eutanasia, sus recursos son injustamente distribuidos, su empleo a veces suele ser mal

frente a tantos otros-, es la sociedad civil organizada quien debe asumir la responsabilidad por esclarecerlos públicamente, y de ser necesario desterrarlos si no es posible sancionarlos.

Sin embargo, clarificar una moralidad mítica desvirtuada es tarea difícil pero no imposible, pues las semillas generadoras de este proceso sociocultural tan humano, constituyen tanto la reflexión íntima como el estudio y la deliberación colectiva *-siempre metódica, y a la vez racional, plural y crítica-*; este germen propicio, fructificará con abundancia en tierra fértil si es meticulosamente abonada y cuidada, mediante la inherente necesidad, el suficiente interés, y el esperanzador anhelo ciudadano sin desmayo. De no contar con amplia participación de la sociedad civil, el consenso plural y la legitimación socio-jurídica, resultará ilusa.

La exquisitez de sus frutos, no sólo dependerá del diseño e implementación de sesudos, claros y vigorosos cuerpos legislativos, que fijen límites autorizados, sanciones y condenas para los trasgresores; sino, de la templanza y la decidida valentía política para hacerlos cumplir estrictamente y sin excepciones, hasta en el último rincón de la Patria.

No cabe duda, que estas prácticas *per se* son de extraordinaria importancia personal y colectiva (*pública y privada*), capaces de suscitar transdisciplinarios y esenciales dilemas morales, con repercusiones de orden sociocultural, político, económico, tecnocientífico, religioso, jurídico, etc. La reacción primaria e instintiva hacia su ejercicio, suele ser de rechazo; más tarde, tras meditarlas y discutir las viene la convergencia local, nacional, regional, continental y mundial. Esto explica el porqué, algunas naciones *-como la nuestra-* condenan severamente la eutanasia, otras condicionan su legitimidad *-despenalizándola-*, y muy pocas han aceptado legalmente su ejercicio (*Holanda*); sin contar, fines e intereses de muy diversa índole.

intencionado, y en incontables casos incrementa la angustia y el sufrimiento. Para el enfermo terminal, la tecnociencia biomédica tan sólo consigue prolongar temporalmente la vida biológica previa a la muerte, desestimando el mismísimo valor ontológico de la rica conciencia humana.

Desde mediados del siglo XX, se ha intensificado y generalizado al interior de los amplios espacios deliberativos, el empleo de las llamadas *teorías comunicativas* o *discursivas*, por ser más razonables, prácticas y útiles. La ética de estos instrumentos conceptuales -como los de *Apel* y *Habermas*-; no solo para clarifican el intelecto, integran el saber y liberaran la mente, sino que señalan la convergencia, posibilitando tomar decisiones socioculturales y políticas prudentes, legítimas y duraderas.

5.2 Dualidad Bioética del Morir Humano: Entre “Hechos” y “Valores”.-

Desde el origen del hombre, los practicantes de la (E), han enfrentado un complejo, dicotómico y fluctuante obstáculo, entre dos vivencias humanas radicales; por un lado, están las evidencias que captamos del mundo objetivo y real -mediante las *senso-percepciones es posible constatar los “hechos” objetivos y fácticos, en particular aquellos que valida la Biomedicina-*; y por otro, las estimaciones inherentes al sutil ámbito subjetivo y abstracto -tal el caso de los *sistemas valorativos-*. En este difícil proceso dual, es muy comprensible que la peor suerte haya recaído sobre el campo valorativo de la moralidad, ya que su objetividad es tenue y casi imperceptible respecto a la fuerza con que evidenciamos los hechos de la realidad.

Pese a ello, ningún ser humano sería capaz de negar la existencia veraz y cotidiana, no sólo de sus propios criterios estimativos -como *la belleza, la verdad y la amistad-* sino de los juicios de valor emitidos sobre las evidencias que registramos del mundo circundante. La impotencia o la incapacidad metódica, para reducir las valoraciones a hechos particulares o generales, no constituye razón suficiente para desconocer su existencia real; por tanto, si los valores son tan reales, verdaderos y siempre presentes, como los registros de las percepciones visuales y auditivas; lo inadmisibles sería, llegar al extremo de la negación dogmática absoluta, tan absurdo como descartar la realidad de nuestra propia esencia humana.

Considero oportuno y fundamental, caracterizar estas dos polaridades al

momento de enfrentar las desgarradoras vivencias fronterizas de la vida. Por un lado, la Biomedicina *-exacta, básica y/o experimental-* defiende y protagoniza el registro objetivo del proceso sanitario, atribuyendo cualidades superlativas al conocimiento científico de los “hechos” orgánico-biológicos; no sólo, como la única posibilidad para alcanzar el saber último *-episteme-* sobre el dolor y el sufrimiento, sino sobre su propia valoración como única vía posible para gobernar técnicamente *-tekhne-*¹¹ al padecimiento. Desde el siglo XIX, incrementará aun más el estatus utilitario de la tecnociencia biomédica para el control de las congojas, si el rigor de la constatación tecnológica posibilita su aplicación a nivel industrial; en nuestro caso, tanto a los métodos diagnósticos como a los terapéuticos. Esta distinción, constituye el mayor aporte concedido por el pensamiento *Positivista*.

La posición contraria de esta paradoja *-más allá de lo estrictamente médico-*, la sustentan con rigor coherente y razonable las ciencias sociales y humanas *-que la tecnociencia desmerece precisamente por su fragilidad-*; disciplinas, que defienden férreamente su rol protagónico para la comprensión íntegra, holística y global del sufrimiento. Del mismo modo que la tecnociencia médica, la filosofía, historia, antropología, sociología y psicología, argumentan con solidez un prisma que permite tomar las más justas y dignas decisiones personales y colectivas; mismo, que dota de sentido al sinsentido de nuestra existencia pasajera, y en particular a los actos humanos.

5.3 La Eutanasia: Responsabilidad Bioética y Social Imperativas.-

Si la relevancia de la (E), constituye hoy una urgencia ética y social insoslayable, es alarmante la sistemática marginación reinante a la que ha sido sometida, complicando radicalmente el reto que debe enfrentar la humanidad. Sólo una moral responsable y sabia, edificará amplias estructuras, sesudos métodos procedimentales y espacios dialógicos, para articular coherentemente

11 Los filósofos presocráticos (“sofistas”) de los siglos VI-V a.C. argumentaron que sólo la práctica de una medicina “arte” *-tekhne-*, es en único sendero que posibilita *saber* el *qué hacer* y el *porqué hacer* *aquello que se hace*. (Lain Entralgo, Pedro. **Historia de la Medicina**. Barcelona: SALVAT editores S.A., 1982. pp. 80-81).

los hechos con los valores. Potter¹² delineó hace 35 años, una disciplina que la denominó *Bioética*, para alcanzar un balance entre los pensamientos de la cabeza y las estimaciones del corazón en pro del consenso; y en estas últimas tres décadas, se ha esmerado sin descanso por armonizar las dos condiciones dicotómicas radicales del ser, con el fin último de tomar las más acertadas, prudentes y decorosas decisiones, especialmente en aquellas situaciones que causan mayor incertidumbre, como las que desata nuestra vida pasajera.

La estructura de tan novedosa y práctica disciplina-puente, no soslaya el estudio de sus propios antecedentes (Historiografía Científica), ni las cosmovisiones culturales, objetivos, credos, sistemas de referencia moral, cuestiones de procedimiento, dudas, juicios de valor y aspectos legales; tampoco, distinciones terminológicas, definiciones, destrezas tecnocientíficas -*clínicas, quirúrgicas y auxiliares*-, consecuencias favorables y perjudiciales, planes y programas para su difusión e implementación. En fin, no omite las suficientes investigaciones socioculturales e historiográficas para validar, cuan vigentes e imperiosos son los problemas éticos y socioculturales -*privados y públicos*- del *Morir Humano*.

Prioritario deber ético-social respecto a la (E), porque más allá de las inenarrables vivencias límite que no sólo las atravesaron y asumieron con madurez nuestros antepasados, así como quienes hoy las viven, algún momento las experimentaremos todos y cada uno de nosotros, más temprano que tarde. Entonces, tomar partido cotidiano y sin desmayo en torno a ella, congruente con nuestras meditadas decisiones -*una vez asumidas e integradas al contexto de nuestras ideas y pensamientos*-, constituye una de las más altas obligaciones morales de ciudadanía.

12 El médico norteamericano e investigador del cáncer, Dr. Rensselaer van Potter, tiene el mérito de ser el pionero en desarrollar una disciplina en torno al término "Bioética" (Potter, Van Rensselaer. "Bioethics, science of survival" *Persp. Biol. Med.* (14): 127-153, 1970. **Bioethics, Bridge to the Future** -*Bioética: Puente hacia el Futuro*-. New Jersey: Prentice-Hall Inc., 1971. "Humility with Responsibility, a Bioethic for Oncologists Presidential Address". *Cancer Research* (35): 2297-2306, 1975). No está por demás indicar, que el término "bioética" ha sido encontrado aislado en una publicación científica del año 1928.

6. MARGINACIÓN TECNOCIENTÍFICA E INDUSTRIAL A LA NUEVA CULTURA POR UN “*DIGNO MORIR HUMANO*”

6.1 El Valor Económico: Motor de la Falaz y Perversa Inversión Ética.-

Las personas al margen extremo del sistema imperante y sus comunidades, son precisamente sobre los que se ensañan las más enigmáticas y tortuosas experiencias en los confines de la vida; a los que no se les concede un mínimo, justo y digno espacio protagónico, postergando sistemáticamente su promoción pública y consolidación sociopolítica. Este menosprecio obedece a múltiples factores, todos apuntalados en la desvirtuada y estatuida sobre valoración - *conciente e intencional o no-* de la estimación “*económica*”, muy propia de la modernidad liberal; una valoración, que no es precisamente moral, y cuya osadía ha llevado al extremo de invertir la legitimación histórica de cualesquier escala ético-cultural.

Desde la tercera década del siglo XX, cuando el liberalismo económico -*con la venia del político y del filosófico-* decidió optimizar la “Oferta” -*2ª Ley del Mercado-*, como el único camino posible para universalizar el bienestar y la felicidad de pueblos y naciones, en especial de los países “empobrecidos” del planeta; elevó sin medida, el status *moral* de esta estimación *no moral* que pone precio a las “cosas”. El valor más elemental, ha tenido la perversa, desvergonzada y falaz osadía de someter bajo su desproporcionada atribución, a los supremos y rectores valores éticos concedidos a las conductas biográficas y espirituales.

El indolente modelo “*económico de libre mercado*”, es responsable directo de las miserables, inhumanas y vergonzosas condiciones de vida, que padece más de la mitad de ecuatorianos; abrumadora inmoralidad económica, contra la

sociedad civil que habita el país “MEGABIODIVERSO” por antonomasia. Nación pletórica de recursos y posibilidades de vida, necesarias y suficientes para que todos sin excepción vivamos por encima del mínimo decoroso de calidad humana. Las indignas e inadmisibles cifras oficiales publicadas entre 1995 y 1999, revelan un incremento de la incidencia de extrema pobreza o indigencia de consumo en Ecuador, del 12 al 20%; además, constatan una elevación porcentual de hogares que consumen por debajo de la línea de pobreza, del 34 al 56% (INEC)¹³. Más todavía, la extrema pobreza nacional para el 2007 se ha duplicado.

Es alarmante y despiadado, que la “democracia” sociopolítica ecuatoriana sea cómplice desvergonzada de la abrumadora miseria ciudadana, al negar las mínimas opciones para ejercer con decencia y equidad los derechos humanos universales (civiles, políticos, sociales, económicos, culturales y de las futuras generaciones o de los no nacidos)¹⁴; es decir, a mezquinar y a coartar el libre y autónomo ejercicio de los derechos a vivir, vestirse, alimentarse, recibir atención médica, disponer vivienda, educación, trabajo, protección social y ambiental, etc.

Pero lo que verdaderamente preocupa, es el apático desinterés y la indigna autoestima particular y pública, así como el débil y tibio vigor de las decisiones políticas gubernamentales; evidenciando únicamente, una absurda impotencia para dar la cara al ahogado clamor de auxilio nacional, que nos implora asumir con valentía y templanza la responsabilidad de imponer *-a todos los ciudadanos por igual-* las atribuciones de la fuerza coactiva estipulada en nuestros cuerpos legislativos; es decir, a que ciñamos obligatoriamente nuestras conductas éticas, tan sólo a unos mínimos de respeto y consideración legal, que posibilite

13 Órgano oficial de estadísticas y censos nacionales que publica anualmente los datos vitales promedio, a nivel global, provincial y local. El estudio de las Condiciones de Vida (ECV) entre estos años, determina que el impacto inmoral e ilícito de mayor desgobierno acontece el año 1998. (Sacoto, Fernando, *et al.* “Capítulo 2: La coyuntura ecuatoriana”. EN: **Estabilidad y Remuneraciones. El Personal de Salud del Ecuador a inicios del Siglo XXI**. Quito: AH/editorial – LACHSR - OPS/OMS, 2004. pp. 11-14).

14 Véase: Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU 1948), Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (OPS. **Bol Of San Panam** (Washington) 108 (5-6): 646-647, 1990).

convivencias pacíficas y armónicas, sean privadas, familiares o colectivas.

La inmensa mayoría de compatriotas, mantiene encendido el esperanzador anhelo de que esta puerta justa e idónea *-casi utópica-* se abrirá más temprano que tarde, hacia el sendero firme y creativo de una conciencia personal y comunitaria de autoestima e identidad; cuya meta última, sea la de disponer los recursos, medios y posibilidades necesarias, para cumplir a cabalidad con nuestros propios proyectos de vida y de felicidad.

Considero que la magnitud de las contradicciones socioeconómicas *-violencia, insatisfacción, marginalidad, migración, pobreza y vulnerabilidad extremas-*, mediadas por luchas que reivindican los derechos humanos, disminuirá directamente proporcional al grado de legitimación e implementación estricta y eficaz de una veraz Justicia Distributiva pública y privada. Mientras menor sea la decisión y ejecución sociopolítica de atender el honroso decoro de estas demandas, mayor será su impacto perjudicial sobre las generaciones más jóvenes y venideras, así como sobre los moribundos¹⁵.

6.2 Inequidad Socioeconómica: Valores Morales Trastrocados.-

En la 2ª mitad del siglo XX a nivel mundial, ha crecido exponencialmente la aberrante supremacía del tan elemental valor *-no moral-* económico, bajo el patrocinio de minoritarios grupos hegemónicos que detentan los poderes político-económicos, empresariales y multinacionales; controlando, imponiendo y concentrando, los mayores beneficios y utilidades productivas de los recursos y riquezas públicas, en desmedro de los que son más o del “bien común”; estatuyendo, la violación impune de las mínimas obligaciones éticas y jurídicas tradicionales de occidente.

Vale acotar, que el valor económico ha pisoteado y sometido primero, la condición más fuerte y el status superior de los *valores vitales* (salud,

15 Maffesoli, M.; Agar Corbinos, L. “El surgimiento de lo trágico y nuevas formas de insurrección social”. *Acta Bioethica* (Santiago de Chile) 8 (1): 21-26, 2002.

enfermedad, bienestar, sufrimiento, vida, muerte, etc.); y no satisfecho con su poderío, ha denigrado la condición relevante y última de los *valores éticos, biográficos y espirituales*. Sin duda, la valoración de nuestra salud como bienestar y calidad de vida digna, tiene una categoría moral inferior al *valor ético del espíritu*; sin embargo, la primera es más fuerte y prioritaria que el segundo, por que previo a la mismísima existencia de la realidad valorativa espiritual, es imprescindible solventar la supervivencia biológica. En consecuencia, resulta idílico y utópico aspirar que los seres humanos prioricen la riqueza del valor biográfico, sin antes satisfacer al menos las mínimas necesidades vitales.

No por otra razón, los grandes héroes, santos, genios y mártires de todos los tiempos, han recibido siempre los más altos reconocimientos éticos, sociales y públicos a sus insustituibles méritos, y sus inquebrantables y sacrificadas convicciones en beneficio del “bien común”. Al contrario, han sido duramente criticadas, aborrecidas, castigadas e incluso “*satanizadas*”, aquellas intenciones y actos perversos, desleales y delincuenciales, que *-anteponiendo, intereses banales, avaros, mundanos y mezquinos (el “bien particular” o grupal sobre el “bien común”)-* generaron y desatan devastadores perjuicios a las grandes colectividades. Los actos que traicionan no sólo a credos políticos y religiosos, sino a los más elementales principios éticos (Justicia y No-Maleficencia), han sido y son muy aborrecidos por su vil y perversa inmoralidad.

Hoy, los países del Norte -“*democráticamente*” *enriquecidos*- protagonizan a su favor el mayor abismo ético, legal y socioeconómico de injusticia inequitativa en la distribución de las riquezas colectivas, a expensas de las naciones “*empobrecidas*” del Sur¹⁶. No tiene parangón histórico comparable, tanto la progresiva disminución del número de personas que concentran descomunales beneficios, como el incremento desproporcionado entre esta minoría opulenta y la menesterosidad mayoritaria.

16 Maldonado, A. *América se escribe con sangre*. Cuenca: Gráficas Hernández, 2005. (II Asamblea Mundial de la Salud de los Pueblos).

6.3 Comentarios y Conclusiones.-

1ª Sin duda, la inequidad distributiva atentatoria contra los mínimos principios morales y derechos humanos, no excluye sus nefastas consecuencias sobre aquellos que reivindican ser tratados con respeto y dignidad en sus últimos momentos. Para remediar esta impune e injusta trasgresión valorativa al momento de distribuir con equidad los bienes socioeconómicos de carácter público, Gracia¹⁷ ha estructurado un sencillo, didáctico y muy sesudo sistema de referencia moral, conformado por dos premisas: 1ª Ontológica: “*el hombre es persona, y en tanto tal tiene dignidad y no precio*”; y, 2ª Ética: “*en tanto que personas, todos los hombres son iguales, y merecen igual consideración y respeto*”. Él atribuye a la premisa ética una condición universalizable, que explícitamente incluye a moribundos y ancianos; por que al igual que todos, también son merecedores de respeto y del derecho a recibir una atención sanitaria justa y equitativa; imposible alcanzar este último, sin el concurso de los recursos y medios mínimos necesarios para el efecto, que obviamente deben provenir de los bienes colectivos.

2ª Los miembros de las sociedades civiles actuales -*cada vez más seculares y plurales, y tan propias del liberalismo político y social modernos*-, tras una lucha de siglos, apuntalan sus decisiones y actos en los irrenunciables derechos humanos, y la columna vertebral de la moralidad legitimada democráticamente constituye el respeto a la libertad y a la autonomía de las personas. En otras palabras, el atributo para decidir sobre la vida, la enfermedad o la muerte de cada ser humano, es expreso, tácito, privado y exclusivo de cada sujeto competente e informado. La gestión del cuerpo sano o enfermo es responsabilidad de su propietario, pero también es una obligación civil y política irrenunciable de cada Estado. Las estipulaciones del sistema vigente, insisten en la prohibición legal y ética de intervenir en contra de las determinaciones y actitudes de terceras personas, sin su consentimiento verbal y escrito previo; y todos los ciudadanos, incluidos los profesionales sanitarios, deben acatarla con

17 Gracia, D. “Dilemas éticos en los confines de la vida: Suicidio Asistido y Eutanasia Activa y pasiva”. **Ética y Vida N° 3: Ética de los Confines de la Vida**. Santa Fe de Bogotá: Editorial El Búho Ltda., 1998. pp. 309-312.

todo el rigor coercitivo que impone la Ley.

3ª A nivel nacional e internacional se han diseñado y legitimado instrumentos jurídicos, posibilitando a sus miembros tomar decisiones anticipadas al destino de sus vidas, que se las conoce ampliamente como Directrices o Decisiones Previas o Anticipadas, y de modo puntual como Testamentos Vitales, Poderes Notariales, Designación de Mandatarios y Órdenes de no Reanimar. Por el hecho de no constar en nuestro cuerpo legislativo nacional, no significa que estén prohibidos.

4ª Estas estructuras jurídicas deben cumplir al menos, con los siguiente requisitos: a) informar a la sociedad de su existencia, b) detallar los métodos que emplean para evaluar la competencia de los sujetos, y c) difundir a la ciudadanía que su uso para tomar las decisiones más convenientes para cada persona es libre, sin coacción o amenaza, ya sea a corto, mediano o largo plazo. Estos procedimientos, tan sólo evidencian un formalismo para dar real cumplimiento a las mínimas exigencias de respeto a los derechos humanos y de los pacientes. Los derechos de estos últimos, han sido reivindicados por enfermos y familiares que han experimentado tratos humillantes e inhumanos, en particular aquellos que viven procesos inciertos al final de la vida. Estos mártires y héroes desconocidos, demandaron de las biomedicina y de los servicios de salud desde la 6ª década del siglo XX, una atención justa, digna y de calidad.

5ª Es inadmisibles la irresponsabilidad socio-civil actual, de no anteponer todos los medios a su alcance para mitigar el dolor físico, el sufrimiento y la marginación social; sino más bien, han estatuido la insensibilidad al consuelo, a piedad y a la compasión humanas. Este inaceptable descuido y abandono ha llegado al extremo, de permitir que el sufrimiento de muchas personas en fase terminal haga de sus vidas algo insoportable, envilecedor y muy humillante. Muchos *moribundos* consideran a estos insondables y desoladores padecimientos, peores que la propia muerte e indignos a ser vividos; su único anhelo, es culminar de inmediato con su existencia biológica y biográfica, solicitando ayuda profesional para el suicidio.

Lo más alarmante y despiadado aun, tras relegar tanto las obligaciones de Justicia (J) y No-maleficencia (NM), muchos galenos y enfermeras proveen diligente y servicialmente sus servicios, aceptando la petición de poner fin a tantas vidas humanas. La ceguera del *cientismo* a ultranza, obnubila la conciencia para reconocer e integrar en la mente, que los enfermos terminales además de mitigar los estragos físicos, ansían obsesivamente un anclaje razonable y muy humano que dote de sentido a sus tediosas vidas. Precisamente estos profesionales de salud, son los que se oponen férrea y tenazmente a la ejecución penal de la Eutanasia Activa Directa (EA) y del Suicidio Médicamente Asistido (SMA); prácticas o actos transitivos, sancionados en occidente como delitos delincuenciales y penales (*Más detalles sobre estas Prácticas, véase en el numeral 7.3*).

6.4 Sugerencias.-

1ª Implementar en los centros académicos de formación sanitaria, espacios y bibliografía selecta sobre esta temática; y en las unidades de asistencia o servicio público y privado, la relevancia de reflexionar sobre los confines de la vida, para el debate plural que les posibilite integrar coherentemente a sus ideas y pensamientos de salud.

2ª Es imperativo para los gobiernos y sociedades *globalizadas* de hoy, la responsabilidad de promover y desarrollar sistemas de atención socio-sanitaria destinados a pobres, menesterosos y agónicos, para abolir de una vez por todas la degradación y el abandono que los victimiza.

3ª Tanto las políticas públicas de salud pública como las de atención médica privada, tienen la urgente y prioritaria obligación moral de implementar la creación y el desarrollo de Unidades de Cuidados Paliativos o Centros para Terapia del Dolor, adscritos a sus propias instituciones asistenciales sanitarias.

7. RESCATE DE LA TRADICIÓN MORAL ANDINO-AMAZÓNICA PARA MITIGAR EL SUFRIMIENTO

Congruente con el fundamento superlativo del ejercicio artístico de la medicina occidental, que consiste en “*ayudar y cuidar a las personas que sufren, y si es posible curarlas*”; en nuestro territorio nacional, también ha estado presente una larga tradición colectiva, sensiblemente humana, solidaria y recíproca con el padecimiento de los individuos. Sin embargo, en las últimas décadas tiende a estatuirse el abandono a tan larga y sensible tradición moral de la medicina nacional, en particular con peregrinos, ancianos y menesterosos.

Si la exquisita trayectoria histórica y humanitaria de nuestras naciones andino-amazónicas, idealizó a las relaciones comunitarias como el más legítimo deber sanitario; sin duda, nuestra grata y consecuente responsabilidad con tan soberbia distinción, no puede ni debe ser otra que rescatarla del desamparo e investigarla sistemáticamente, para difundir sus fortalezas y elevadas virtudes de autoestima personal y colectiva. Esta sostenida actitud comunitaria ejemplar, constituye el mayor legado de nuestra celosa identidad patria.

Resulta muy llamativo *-precisamente a inicios del tercer milenio-* el insensible descuido del padecimiento físico, psíquico y sociocultural, cuando los medios y recursos que dispone la sociedad civil y gubernamental para solventar con sobrada holgura las tortuosas agresiones de las entidades morbosas que aquejan a los moribundos, sean tan favorables, abundantes, oportunos y sin parangón. El Ecuador cuenta con una singular y desmedida riqueza humana, económica y biomédica, como para remediar en demasía los tormentos inherentes al dolor humano. Hoy contamos con la más amplia, generosa y efectiva variedad de insumos, fármacos y procedimientos biomédicos (clínicos y quirúrgicos) para la terapia del dolor y del sufrimiento; así como, de las más especializadas terapias psicológicas y de cuidados paliativos.

Sin duda, desde las más remotas convivencias comunitarias de nuestra América hasta la fecha, se han cultivado y sostenido inquebrantablemente aquellos hábitos, virtudes y cosmovisiones colectivas de piedad y compasión

humanas; mismas, que contagiaron a los sistemas médicos y a nuestros sanadores. A continuación, repasaré someramente los principales escenarios y protagonistas de tan relevante empresa moral e histórica, clasificándolos en cuatro (4) etapas:

I. Época Prehispánica.-

Las fuentes escritas, etnohistóricas y arqueológicas del largo y remoto período aborígen ecuatoriano, revelan *-en general-* que uno de los fundamentos morales de sus cosmovisiones fue la “*Idealización de las Relaciones Sociales*”¹⁸; principio ético elemental, que imperó con rigor referencial para tomar las decisiones de los actos sociales. Esta moral solidaria, recíproca y redistributiva de conocimientos e instrumentos con valor de uso, cobijó también la entrega de saberes, destrezas e idealidades médico-sanitarias.

Consecuentes con tan nobles y reconocidos valores, las medicinas interculturales y etnomédicas de hoy, continúan sacramentando los ritos de paso hacia el más allá, como una enseñanza heredada con honor y celoso orgullo.

II. Época Colonial.-

Desde la conquista peninsular, la asistencia sanitaria fue asumida ejemplarmente por las autoridades españolas, al hacer efectiva la orden de fundar hospitales de misericordia en sus colonias; misma, que fuera decretada mediante cédula real el año 1531¹⁹. Arcos, se refiere a las desgarradoras

18 Estrella afirma que la cultura de la comunidad influye en la terapéutica médica, aseverando que el hombre andino “Está conciente, además de la solidaridad existente en el grupo; que está protegido por su familia y sus vecinos” (Estrella, E. **Pensamiento Médico Ecuatoriano, Primera Parte**. Quito: Banco Central del Ecuador / Corporación Editora Nacional, 2004).

19 El médico e historiador de la medicina Gualberto Arcos [1933 (1979): 237-246], señala que la cédula real de Carlos V (27-X-1531), decretó: “*en todos los pueblos españoles e indios de sus Provincias y Jurisdicciones, que funden hospitales donde sean curados los pobres enfermos y en los que se ejercite la caridad cristiana*”. Eduardo Estrella (2004: 51-55), además de ratificar la fuente documental de Arcos, afirma que la fundación del primer hospital en Quito «Nuestra Señora de la Antigua» fue antes de 1548, respaldándose en un Acta de Cabildos del 12 de noviembre de aquel año. (Arcos, G. **Evolución de la Medicina en el Ecuador**. Quito: CCE, 1979. Estrella, E. *Op. cit.* 9.

escenas del padecimiento que suscitaban las enfermedades epidémicas en la Colonia, narrando con sensible, estremecedora y sabia humanidad:

“Las pestes empezaron a flagelar con inusitada furia a la humillada, a la impotente raza aborigen. Las míseras viviendas pueblerinas, los infectos tugurios regados en los breñales andinos, se llenaban de cadáveres y los supervivientes, locos de terror, abandonaban aquellas madrigueras de miseria y de muerte, para salir agónicos a fallecer a los bordes de los caminos o de las quiebras de las montañas, sin tener quien acercara a sus abrasados labios una sola gota de agua, ni menos quien mitigara los sufrimientos de la enfermedad, e hiciera menos angustiosa su muerte”.

III. Época Republicana.-

Desde finales del siglo XIX hasta la década de los años 70 del XX, los hospitales de la Asistencia Social ayudaron y cuidaron gratuitamente los padecimientos de las víctimas de la miseria. La tradición misericordiosa de los hospitales coloniales *-en consonancia al amor y desinterés de Cristo sin esperar retribución por el acto médico proporcionado-*, fue modificada por la noción de *“beneficencia”*²⁰.

IV. Situación actual.-

Paradójicamente, desde 1970 *-al tenor de los tiempos modernos y de la globalización monetaria exclusiva-* crece la prioridad política imperante para satisfacer las demandas públicas de salud mediante una atención clínico-quirúrgica directa *-en esencia privada-*, relegando e infravalorando

²⁰ La Junta de Beneficencia fue fundada por el general Alfaro a fines del siglo XIX, para administrar los hospitales públicos, casas asistenciales, y fortalecer la enseñanza-aprendizaje de la formación médica; indiscutiblemente, fue la magna obra social que alcanzó la Revolución Liberal, perdurando institucionalmente hasta 1972. Paredes Borja afirma que *“el liberalismo pudo dar el paso de mayor alcance en la atención pública de enfermos, desde pasados tres y medio siglos en que se dio el primero, al fundar el Hospital de la Santa Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo, en Quito.”* (Paredes B, V. *Historia de la Medicina en el Ecuador*, 2 Vol. Quito: Editorial de la Casa de la Cultura, 1963. T II, p. 383). Además, el liberalismo económico *-sustentado en las leyes del mercado (oferta y demanda)-* consolidará el sistema de atención sanitaria de la medicina privada. Estrella destaca que *“la influencia del positivismo (1848-1912) se hace sentir en el país (...) Todos los campos de la medicina son reestructurados sobre la base de la investigación y de la contrastación de los hechos. La práctica médica se vinculará con el proceso de acumulación capitalista y colaborará a la consolidación del régimen burgués”* (Estrella, E. *Medicina y Estructura Socio-Económica*. Editorial Belén, 1980. p. 257- 271).

peyorativamente a las políticas públicas de salud y a las casas asistenciales de atención médica estatal. Concomitante al crecimiento empresarial de los servicios de atención médica liberal y privada *-básicamente curativos y reparadores-*, el Ecuador testificará también novedosos procesos socio-sanitarios, como la creación del Ministerio de Salud Pública (MSP) en marzo de 1967²¹ y la reorganización del Seguro Social (IESS) *-y más tarde del Campesino (SSC)-*; estos dos procesos sanitarios, sellarán definitivamente las categorías de la práctica médica nacional. Pese a los incesantes y sacrificados esfuerzos de distinguidas personalidades, varios profesionales de salud y algunos funcionarios ejemplares, el status de la salud pública y las acciones de atención médica gubernamental a los desposeídos, marginados y moribundos, decrecerá significativamente; así, los intereses tecnocientíficos y económicos de la medicina privada e industrial, difundirán aceleradamente una estimación valorativa de carácter irrelevante y hasta despectivo, a las actividades de salud colectiva y popular. Los conocimientos, destrezas e ideas médicas del profesional *-científico-* estatuirán su condición de superioridad valorativa, minimizando las acciones inherentes al mismísimo “arte” médico de ayudar y cuidar a quienes sufren, bajo la categoría peyorativa de los trabajos artesanales.

V. Comentario Final.-

Eduardo Estrella²², resume con elocuencia las falencias vigentes y las perspectivas de la salud ecuatoriana vigente, en las siguientes líneas:

“La medicina nacional no ha logrado hasta los momentos actuales, solucionar

21 Crespo, A. **Ministerio de Salud Pública del Ecuador: 39 AÑOS DE VIDA (1967-2006)**. Quito: Página WEF del MSP, 2006.

22 Estrella. *Op. cit.* 11. pp. 366-

los graves problemas de salud de la población. Reconocemos que la acción médica por si sola no está en capacidad de resolver esta situación; sin embargo, es imperativo señalar que mediante una profunda reflexión, la medicina puede tomar conciencia de sus funciones, que le hacen parte de una sociedad injusta, y que por lo tanto, debe cambiar.”.