

Hermanos de
San Juan de Dios
Barcelona

Año 39. Segunda época. Enero - Febrero - Marzo 1987
Número 203. Volumen XIX

CONSEJO DE REDACCIÓN

Director

Miguel Martín

Redactores

Joaquín Plaza
Pilar Torres
Mariano Galve
Francisco Sola

Secretario y Administración

Benjamín Pamplona

CONSEJO ASESOR

Francisco Abel
Felipe Aláez
Ramiro José Alloza
Miguel A. Asenjo
José Buj
Ángel Calvo
Jesús Conde
Rudesindo Delgado
Francisco de Llanos
Joaquín Erra
Rafael Herrera
Fernando Jordán
Pilar Malla
Antonio Maset
Amat Palou
Inmaculada Roig
M.ª Dolores Vázquez

DIRECCIÓN

Curia Provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Carretera Esplugas s/n
Teléfono 203 40 00
08034 Barcelona

Publicación autorizada por el Ministerio
de Sanidad como Soporte Válido. Ref.
SVR n.º 401.

ISSN 0211-8262
Depósito Legal: B. 2998-61
EGS - Rosario, 2 - Barcelona

Sumario

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | EDITORIAL | 14 |
| 2 | REFLEXIONES SOBRE UN CAMBIO J. Plaza Montero | 16 |
| 3 | ENFERMERÍA Y SALUD Joaquim Erra, Immaculada Roig y Pilar Torres | 22 |
| 4 | APUNTES DE UNA NUEVA ANTROPOLOGÍA Mariano Galve | 25 |
| 5 | LA SALUD, LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE A LA LUZ DEL MISTERIO PASCUAL Antonio Salas, O.S.A. | 30 |
| 6.1 | GUÍA DE ÉTICA MÉDICA EUROPEA Colegios Oficiales de Médicos | 36 |
| 6.2 | INSTRUCCIÓN SOBRE EL RESPETO DE LA VIDA HUMANA NACIENTE Y LA DIGNIDAD DE LA PROCREACIÓN Congregación para la Doctrina de la Fe | 39 |
| | INFORMACIONES | 52 |

O.H.S.J.D.
CURIA PROVINCIAL
SANT BOI
5.E.22

1. EDITORIAL

Decir que estamos en un época de grandes y acelerados cambios, en comparación con épocas pasadas, es ya un tópico. Cambios culturales, demográficos, sociales, científicos y tecnológicos han existido desde que el mundo es mundo, desde que el hombre lo ha pisado.

No obstante, los cambios, hoy, son infinitamente más rápidos y las adaptaciones del hombre, del **ser humano**, a estos cambios más problemáticos, más difíciles.

Uno de los problemas fundamentales de la existencia del hombre, precisamente, reside en el logro de su adaptación a todas las condiciones externas que componen el ambiente que le rodea, al entorno en su más amplia acepción.

El **ser humano** responde ante las variaciones del medio con un proceso de cambio, de adaptación continua, cuyo debilitamiento o interrupción produce la enfermedad..., o la muerte.

Ante el reto del cambio, el hombre responde con su capacidad adaptativa. La relación **cambio/adaptación** debe dar, como resultado, un *ratio* equilibrado: **la salud**.

LH durante 1987 quiere hablar de este *ratio* huidizo y de difícil cuantificación, de este **equilibrio/desequilibrio** ante el cambio, y lo va a abordar desde un enfoque sistémico, desde una estructura —la propia de la revista— de puntos de vista diferenciados y, sin embargo, confluyentes, integradores, en dirección a un punto: **el hombre, el ser humano**.

En los tres números normales, correspondientes a este año, trataremos del **cambio/adaptación** y de su resultado, unas veces equilibrado: **salud**, otros desequilibrado: **enfermedad**, y otros, los más, de los intentos de igualar a una dicha relación: **promoción de la salud, prevención de la enfermedad**.

El cuarto número, el monográfico, intentará integrar, desde una perspectiva única, todo el enfoque analista de los tres anteriores. Recogerá en sus páginas el aparente reto o irreal antagonismo entre **técnica y humanización** como resultado de otra relación, de otro *ratio*: **hombre/humanización**.

Así pues, de todo ello, casi nada, vamos a tratar en este, ya cambiante, 1987.

LABOR HOSPITALARIA

¡A NUESTROS SUSCRIPTORES!

1 Bien comenzado ya el nuevo año os rogamos hagáis efectivo el importe correspondiente a la suscripción del presente ejercicio.

2 **LH** ha elevado el precio de su suscripción:

- España: 1.500 ptas.
- Extranjero:
 - Ordinario 14 \$
 - Aéreo 19 \$

Las razones son fáciles de imaginar y creemos que totalmente comprensibles.

3 En breve se enviará una carta a algunos de vosotros con el fin de normalizar los sistemas de cobro y la revisión de las direcciones.

Agradecemos vuestra colaboración

2. REFLEXIONES SOBRE UN CAMBIO

J. Plaza Montero

- Consecuencia de una verdadera revolución en las necesidades de la población.
- En un mundo de acelerados avances tecnológicos.
- Asistimos a un cambio profundo de la asistencia sanitaria.
- En base a la utilización de siempre discutidos recursos económicos.

Preámbulo

Cincuenta años de evolución es toda una vida para un individuo. El mismo período para la evolución de la Humanidad resultaba, hasta mediados del presente siglo, una etapa en la que, todo lo más, llegaban a consolidar algunos descubrimientos trascendentales que iniciaban, después de un largo período puramente científico, una difusión e influencia en el estilo de vida de la población en general.

Sin embargo, estos cambios en la población humana han sufrido en los últimos 50 años que nos ha tocado vivir activamente una aceleración sin precedentes.

Transformaciones que en tiempos pasados requerían largos períodos y muchas veces varios siglos, las vemos acontecer en el momento actual en decenios. Pero además, observamos una concatenación tal de acontecimientos que transforman por completo la Sociedad y no sólo una parte o un estilo de vida de la misma, en muy breves períodos de tiempo.

Creemos que vale la pena pararnos a reflexionar sobre lo acontecido en la población de nuestro entorno desde la década de los años treinta hasta nuestros días; en cuyas reflexiones podremos intentar hallar muchas explicaciones de hechos que compartimos y que padecemos o que nos facilitan nuestro modo de vivir. Asimismo, estaremos en mejores condiciones de comprender las perspectivas de futuro que pueden vislumbrarse.

Pero además, es nuestra intención el que estas modestas reflexiones personales sirvan de base y coordinación a una serie de artículos que hemos solicitado a firmas de prestigio en el mundo de la sociología, de la asistencia sanitaria y de otros campos con ellas relacionados.

Aun cuando todos los puntos sobre los que vamos a reflexionar tienen entre sí unas estrechísimas relaciones de dependencia, nos ha parecido adecuado para nuestro fin plasmarlas en un análisis secuencial que el lector comprenderá rápidamente y podrá perdonar su artificiosidad.

Los avances tecnológicos

Como es lógico, nos vamos a referir únicamente a algunos de los que se relacionan más o menos directamente con el mundo de la salud y que intentaremos esquematizar en los cuatro apartados siguientes:

El conocimiento anatomofisiológico del hombre

Sin duda uno de los hitos importantes en las posibilidades de escudriñar en la morfología interna de nuestra economía fue el descubrimiento por Röntgen de los rayos X en el último tercio del siglo XIX. Se precisaron más de 60 años para que esta energía radiante encontrase su máximo esplendor en el apoyo a comprender las alteraciones anatómicas y fisiológicas del ser humano. En las dos últimas décadas esta misma energía, combinada con el tratamiento computarizado de la información, nos aporta la posibilidad de *ver* aún con mucha mayor precisión la anatomía interna mediante la *tomografía axial computarizada* y en los últimos 10 años comienza ya un desarrollo esplendoroso la *resonancia nuclear magnética* basada en las posibilidades de captación, también computarizada, de las microrradiaciones de los intercambios de estructuras celulares sometidos a la influencia de un potente campo magnético. Todo ello nos permite *observar* láminas anatómicas de seres vivos incluso mucho más detalladas que las que estudiábamos en nuestros tiempos de Licenciatura en los textos de Anatomía obtenidos de la disección de cadáveres.

Pero incluso un paso tanto o más trascendente está resultando en los últimos años el aprovechamiento de imágenes anatómicas y fisiológicas, obtenidas in vivo, mediante el uso de ultrasonidos con lo que, además, se descarta el peligro de uso de radiaciones ionizantes como en los procedimientos anteriormente citados. Con ello se llega a adentrarse de un modo totalmente inocuo y no invasivo en la anatomía y fisiología del corazón y, lo que resulta aún más asombroso, en la anatomía y fisiología del feto humano en el mismo útero de su madre.

Para no extendernos demasiado citaremos los enormes avances en el conocimiento de la ultraestructura y en la bioquímica celular; los decisivos descubrimientos en las respuestas inmunológicas de los seres vivos con la definición exacta de la función de extirpes celulares apenas diferenciadas hace 40 años y de las que se puede hoy seguir toda su secuencia funcional y sus concatenaciones bioquímicas. La posibilidad de exactas valoraciones funcionales de órganos y sistemas en los que no podemos entrar en este momento.

Para concluir este apartado, diremos que

éstas y otras muchas posibilidades están a nuestro alcance, no sólo en los arcanos de la investigación, sino a disposición del clínico asistencial. Ahora bien, su utilización origina más y más dispendios de recursos económicos, de tal cuantía que hace imprescindible la limitación prudente y razonada de las indicaciones de su uso.

He ahí el primer gran reto que nos plantea la tecnología.

La posibilidad de manipulación del hombre

Dentro de los avances de la Biología, uno de los campos que está resultando más trascendente es el de la Genética humana.

Las posibilidades de manipulación, conservación y reactivación de gametos han conducido a abrir el campo de la fecundación in vitro o reproducción artificial y si a ello se agregan posibilidades de clonación cromosómica no resulta aventurado considerar como un hecho la posible manipulación genética.

Es este uno de los puntos que más inquietudes está llevando al campo de la Bioética ya que todos los países están dedicando esfuerzos y atención para encauzarlo dentro de unas normas ético-jurídicas que puedan salvaguardar, no sólo la confesionalidad de las conciencias, sino hasta la propia dignidad de la persona humana.

A este reto tecnológico en sus aspectos éticos y jurídicos dedicamos de manera especial gran parte de la atención de nuestro último número monográfico.

El tratamiento y manejo de la información

Otro campo del avance tecnológico, no directamente relacionado con la asistencia pero sí de gran influencia en el desarrollo de la misma, es la *Informática*.

La posibilidad de reducir extraordinariamente el espacio ocupado por los datos de todo tipo y, sobre todo, el tiempo y las posibilidades de comparación e interconexión de los mismos, ha revolucionado extraordinariamente el campo de la ciencia y de la asistencia. Cálculos matemáticos y estadísticos, obtención de datos y manipulación de los mismos que hace muy pocos años necesitaban dedicación exclusiva de uno o varios investigadores o clínicos durante períodos prolongados de tiempo, son susceptibles de ser obtenidos hoy en fracciones de segundo y, además, con una seguridad de resultados impensable anteriormente.

Este es otro de los retos que nos tiene planteados a los clínicos el avance tecnológico.

Apenas nos hemos adentrado en sus posibilidades pero ya se nos aparecen tan desmesuradas que nos obliga a la prudencia para no perdernos en un enmarañado mundo, a nuestro alcance, pero necesitado también de dispendios económicos que necesitan ser ponderados muy cuidadosamente.

Los medios de difusión social

La telefonía, la radiodifusión, la televisión, la cinematografía, el vídeo..., son medios que se han adentrado y, nos atreveríamos a decir, que adueñado de tal forma de nuestra vida cotidiana que apenas le concedemos trascendencia y en ocasiones hacen surgir en nosotros, por su misma presencia en nuestra intimidad, sensaciones de rechazo.

Sin embargo *constituyen, a nuestro entender, uno de los motores que ha impulsado con más fuerza el cambio social*. Conocimientos, descubrimientos, pensamientos y corrientes ideológicas son puestos al alcance inmediato del gran público, en muchas ocasiones sin la ponderación debida. Lo que no hace muchos años permanecía en los recónditos conocimientos de iniciados, es hoy puesto a disposición de la población en general dando lugar a veces a interpretaciones más o menos erróneas y muchas veces arbitrarias, pero dejando en muchísimos casos un poco de inquietud y curiosidad que a la postre genera cultura.

La Divulgación Sanitaria ha encontrado en ellos unos medios de aceleración impensables en los tiempos, aún cercanos, en que todo el esfuerzo había de basarse en el consejo personal del médico de cabecera.

Un nuevo reto, y desde luego uno de los más importantes, que nos plantea el avance tecnológico; porque

siendo como son medios inapreciables de apoyo y ayuda de la labor de consejero del médico, hace peligrar sin embargo en gran manera la relación directa y personal de esa figura que acabamos de citar, el médico de cabecera que consideramos insustituible.

Podríamos haber citado muchísimos más avances tecnológicos ocurridos en los últimos años. Una de las características de nuestra época es, ya lo hemos dicho, la concatenación de los avances científicos, su rápida difusión y su pronta aplicación. Pero en un puro intento de marcar unas pinceladas significativas de un *verdadero cambio tecnológico* nos han parecido suficientes los citados.

La población humana

En los campos en que se ha desarrollado la actual *civilización occidental* que hoy tiene preponderancia en las más significativas masas de población del mundo entero, han ocurrido en los últimos 50 años unos cambios acelerados mucho más sobresalientes que los que en tiempos pasados sucedían en varios siglos.

Estos cambios en unos países se encuentran ya claramente definidos, en otros sólo se muestran incipientes dependiendo del grado de su industrialización. Pero en todos ellos es previsible que alcancen similares características si pensamos en las posibilidades de difusión acelerada de los conocimientos y en la estrecha interrelación de Naciones y Estados que impone el sistema macroeconómico de las sociedades más avanzadas; cuya búsqueda de recursos las hace competentes y competitivas en mundos, de los que algunos incluso se encuentran saliendo en estos momentos de la prehistoria.

Por lo que, a nuestro interés por reflexionar sobre cambios de la población humana relacionados más o menos directamente con la asistencia sanitaria, vamos a considerar los siguientes cuatro apartados.

Cambios en la estructura poblacional

La población envejece y este envejecimiento en nuestros entornos se ha hecho más y más patente en los últimos decenios.

Por una parte la *prolongación de la «esperanza de vida»* del hombre que ha rebasado ya ampliamente los 70 años en base, eso sí, de una manera fundamental a la *enorme disminución de la «mortalidad infantil»* durante el primer año de vida. Pero también, sin duda, a un aumento de la *longevidad* por disminución de la *mortalidad general*.

Estos fenómenos han ido acompañados de una *evidentísima disminución, en los países industrializados, de la «natalidad»*; con tasas que en algunos grupos de población, entre las cuales se está incluyendo ya Catalunya, hacen a la población regresiva por no alcanzar a mantener positivo el *aumento vegetativo* de la población.

La significación de estos hechos es tal que conducen a importantes cambios en la estructura de las poblaciones de una manera especial por su celeridad, pues al fin y al cabo constituía en gran parte característica de tiempos anteriores el elevado índice de *natalidad*. En siglos pasados las posibles disminuciones eran compensadas por las más o menos violentas mezclas de razas que conllevaba el expan-

sionismo económico y político que compensaba con nuevos aumentos el índice de natalidad y la aparición de nuevas etnias. Las posibles explosiones demográficas de etapas históricas eran compensadas por los grandes cataclismos epidemiológicos, además de la siempre elevadísima mortalidad infantil. Las grandes pandemias de peste bubónica, de cólera, de gripe y las no menos onerosas endemias de tuberculosis, de tifoideas, de difteria, de tosferina, etc., etc., hacían verdaderos estragos.

El cambio de estructura de la población es un hecho de tal trascendencia que bien merece que pidamos algunos artículos que nos lo pueda situar en sus justas medidas y nos permita vislumbrar futuros, así como su influencia en la asistencia sanitaria.

Cambios en la distribución geográfica de la población

Nos hemos referido en el apartado anterior a los movimientos migratorios de los siglos precedentes consecutivos a invasiones y conquistas guerreras.

En épocas muy recientes, y de una manera especial desde finales del siglo pasado, la eclosión de la economía industrial aceleró los movimientos migratorios. Sin duda estos cambios de población por las grandes migraciones han sido un factor altamente influyente en las condiciones de asistencia sanitaria ya que hemos asistido, incluso en los años de nuestra existencia, a verdaderos cambios en masa de poblaciones que buscaban asentamiento a cientos de kilómetros de su lugar de origen.

Pero nosotros queremos destacar en este momento un movimiento a nuestro entender mucho más significativo, el cual es el de

la gran disminución de la población rural que se ha transformado rápidamente en urbana y de manera especialmente intensa ha hecho aparecer un fenómeno social desconocido en siglos anteriores: el de las megápolis.

Ciudades rebasando el millón, los dos millones, los cinco millones de habitantes son algo que padecemos en nuestro entorno. Pero es que además, como algo que puede marcar tendencias más o menos similares, vemos crecer, casi en el sentido literal de la expresión, ciudades no tan cercanas como México, Tokio, Londres, etc., etc., cuyas cifras de población de alrededor de los 600.000 a 2.000.000 de habitantes de la época de nuestros estudios de Bachillerato, en nada se parecen a las de 15.000.000 a 20.000.000 de habitantes de los momentos actuales. Sociológicamente escalofriante.

Sus atenciones asistenciales sanitarias es bien evidente que han de adaptarse a nuevas condiciones de vida.

El hacinamiento, la masificación, el alejamiento de la naturaleza son fenómenos inherentes a estos cambios especialmente significativos en el suburbio, zonas de habitación muy significativas desde el punto de vista social y sanitario.

Cambios en los padecimientos y en la patología

Ya hemos señalado anteriormente cómo han desaparecido de los padecimientos de la humanidad las grandes pandemias: peste bubónica, cólera, morbo asiático, gripe epidémica.

Pero es tanto o más destacable los grandes cambios en las patologías endémicas surgidos como consecuencia de tres fenómenos fundamentales: descubrimiento de los antibióticos, difusión de las vacunaciones y eclosión de la divulgación sanitaria.

Es evidente que dos grandes problemáticas de los tiempos de nuestra licenciatura, la tuberculosis y la enfermedad reumática aguda, se sitúan hoy fuera del contexto ordinario de la clínica.

La difteria, uno de los azotes más temido por los pediatras de la década de los 40, es hoy una verdadera rareza. Lo mismo puede decirse de la poliomielitis, y el padecimiento casi obligado del sarampión ha pasado también a ser un hecho histórico.

Pero todavía más significativo resulta el profundo cambio en las patologías del primer año de vida del niño que marcaba en gran manera la disposición asistencial de las unidades pediátricas. Los avances en la alimentación y en la higiene del lactante han relegado a un plano secundario las problemáticas de las diarreas infantiles y sobre todo ha disminuido extraordinariamente la necesidad de rehidrataciones parenterales.

Por el contrario, la mejor supervivencia de los padecimientos agudos ha hecho surgir nuevas patologías de relevada incidencia a los que por otra parte se les presta hoy una mayor atención. Todo el campo de la patología oncológica y de procesos con ella relacionados, como linfomas y leucemias, constituyen campos de gran relevancia en la asistencia.

Las mayores seguridades en el campo de la cirugía con atención de problemas en tiempos no muy lejanos totalmente inabordables, han hecho surgir asimismo problemáticas importantes: cirugía de las cardiopatías congénitas, de las cardiopatías adquiridas, del infarto de miocardio. Los avances de la neurocirugía, etc., etc.

Pero quizás uno de los cambios más significativos lo constituye la mucha mayor atención a los padecimientos psíquicos que sin llegar a los procesos psicóticos, que han sido siempre motivo de inquietud sanitaria, conforman en gran manera una inquietud asistencial actual: inadaptaciones, fracasos escolares, neurosis, patología en las relaciones familiares, etc., constituyen hoy un campo sanitario importante.

Por último, también constituye un importante motivo de cambio asistencial el estudio más y más exhaustivo de las fisiopatologías en base a los avances tecnológicos que señalábamos al comienzo.

Cambios en la respuesta individual, familiar y social

Dentro del campo de la naturaleza de la población unas transformaciones fundamentales se observan en la respuesta individual, familiar y social a las nuevas condiciones sanitarias.

Las mayores expectativas de solución para los padecimientos junto con el enriquecimiento desmesurado de la información científica, no siempre suficientemente contrastada y sí en muchas ocasiones demagógicamente utilizadas, hacen que las demandas de los individuos, de las familias y de la propia sociedad sean en muchos sentidos también desproporcionadas, desbordando ampliamente los medios lógicos y naturales de una primera línea de asistencia.

La politización del campo de la asistencia sanitaria, hecho lógico cuando se tratan problemas de las *polis*, de las poblaciones, no siempre es conducida por senderos de absoluta honestidad social. De una manera especial cuando los lógicos representantes de la sociedad se encuentran convertidos en *propietarios* y *empresarios* de instituciones asistenciales, cuyos particulares intereses no siempre coinciden con los de la población.

Cambios en la asistencia sanitaria

Es el campo que nos ocupa y preocupa de una manera directa y fundamental. Es aquel en el que nos gustaría ver reflejadas las inquietudes de los artículos que vamos a pedir a personalidades del mundo de la Sociología, de la Sanidad y de la Economía.

Nosotros, por nuestra parte, sólo queremos plantearnos en este momento los tres cambios asistenciales que desde un punto de vista general nos parecen más significativos:

Cambio en el equipo asistencial

De la asistencia prácticamente unipersonal de médico-paciente y en algún caso paucipersonal de médico-enfermera-paciente, *se ha pasado a la asistencia, en la mayoría de los casos, por un equipo multidisciplinar más o menos complejo.*

La propia profesión de Enfermería ha adquirido un rango de responsabilidad muy diferente de la mera ayudante del médico. La especialización médica ha hecho necesaria la multiplicación de las personas en torno al paciente. A ello se agrega la entrada en el campo asistencial de nuevas profesiones: bioquímicos, biólogos, físicos, psicólogos, etcétera, que aún complejizan más el equipo asistencial.

Cambios en la institucionalización de la asistencia

La misma complejización asistencial, junto con la complejización tecnológica, han llevado consigo la necesidad de atención hospitalaria de muchos procesos hasta no hace mucho tiempo atendidos en el propio domicilio del paciente.

No son tan lejanos los momentos en que partos, meningitis supuradas, meningitis tuberculosas, deshidrataciones, etc., eran tratados por nosotros en los domicilios de los pacientes. Si esto resulta hoy inaceptable, también es verdad que *la institucionalización de la atención ha alcanzado cotas no siempre deseables*.

Todo ello es especialmente cierto cuando consideramos la problemática actual de la atención de las urgencias, en cuyos momentos una desaforada sensación de mayor seguridad lleva a los hospitales corrientes de problemáticas inadecuadas que podrían encontrar una más lógica solución en un apoyo extrahospitalario bien planificado.

Cambios en la relación médico-paciente

Todos los hechos que acabamos de anunciar han conllevado un evidentiísimo deterioro en la relación personal-médico-paciente. En muchos casos ya no es uno solo el médico que atiende.

El paciente en instituciones complejas queda convertido en un símbolo que le priva muchas veces de su propio nombre. El número de la cama que ocupa, el número de su historia clínica o el nombre de la rara enfermedad que padece son frecuentemente simbologías empleadas.

Y es este punto uno de los más significativos sobre todo cuando tratamos de llenar de humanidad la asistencia de los enfermos.

Con este cambio el paciente ha perdido, además, aquel sentimiento mágico de su esperanza en la curación que tanto ayudaba en la buena evolución de la mayoría de los padecimientos y que tanto significaba en la recuperación de todos los procesos patológicos.

Los recursos económicos

La complejización de la asistencia en todos sus aspectos conlleva ineludiblemente la multiplicación de los costos y con ello el desaforado aumento de los recursos que requiere.

La economía de la asistencia sanitaria desborda claramente el campo de la economía familiar e individual e incluso el de la beneficencia y se convierte vertiginosamente en un campo macroeconómico.

Pero la problemática aparece no sólo en las cuantías necesarias sino también en el modo de empleo y fines de tales recursos.

Frente al inadecuado ánimo de lucro de muy concretos sectores de la iniciativa privada, aparece el inusitado despilfarro de unos recursos públicos cuya utilización no siempre muestra el freno de la prudencia y en algunos casos hasta es conducido por intereses personales o institucionales cuya justificación sería discutible.

Es por esto que queremos señalar tres campos de problemáticas que se nos plantean como esenciales en nuestras reflexiones.

Cambio en las fuentes de financiación

Lo que resulta con evidencia fuera de toda duda, es que la asistencia sanitaria de la población se ha situado en sus costos fuera del alcance individualizado de los componentes de la sociedad e incluso la atención a los más necesitados, fuera del alcance de la beneficencia en el concepto de finales del siglo pasado y comienzo del presente.

Por otra parte, los avances sociales han llevado también a la justa concepción de que la atención a las capas más necesitadas de la sociedad no puede depender en exclusiva de la bienquerencia de algunos individuos, sino que debe ser un inalienable derecho que oriente un esfuerzo comunitario. No queremos indicar con ello que estos hechos pongan en tela de juicio a la *caridad*, virtud que mantiene su plena fuerza y vigencia en sociedades sofisticadas y complejizadas, en todo lo que encierra de comprensión, ayuda y apoyo a la persona por la persona y no necesariamente reducido a los aspectos económicos.

Es un reto actual el de la necesidad de apoyo mutuo, de cooperación común, con diversos sistemas de contribución al mantenimiento de costos. Pues es un hecho real el de la imposibilidad, en la inmensa mayoría de los casos, de alcanzar la autofinanciación de los costos asistenciales.

Cambios en las condiciones de distribución de recursos

Sin duda en los tiempos en que las propias familias y sus respectivos médicos eran los encargados de esta distribución, el problema se planteaba como una simple regulación por la ley de la oferta y la demanda.

El problema cambia cuando la distribución ha de hacerse sobre un esfuerzo común. Pero mucho más cuando aparece el Estado como Ente regulador lo cual parecería ser en principio deseable. Ahora bien, cuando al propio tiempo el Estado se convierte en Patrono, con sus propias Empresas, la cuestión se complejiza y se politiza en el más peyorativo de los sentidos de esta palabra. Luchas de partidos políticos, cuando no intereses puramente personales e incluso desviación de recursos hacia otros campos no tan

directamente relacionados con la sanidad, emergen como motores de la distribución.

Y estas luchas políticas no sólo aparecen cuando se debaten las grandes corrientes de la distribución macroeconómica, sino, lo que es mucho más desgraciado, llegan a presidir la distribución de recursos a nivel institucional y de inversiones.

Cambios en la gestión de los recursos

Otro de los hechos importantes que conlleva el aumento y complejización de los recursos necesarios para la Asistencia Sanitaria es el de la gestión de los mismos a nivel de instituciones.

La antigua imagen del médico como único marcador de necesidades ha periclitado y afortunadamente en la mayoría de los casos, ha perdido plenamente la vigencia. Pero, como suele ocurrir, este hecho positivo ha significado el hecho negativo de que el médico en muchos casos incide muy poco en el destino de recursos financieros.

La aparición de la figura gerencial como elemento gestor de estos recursos es incuestionable y creemos altamente positiva.

Pero nos preguntamos, ¿es que en todos los casos la función gerencial irá acompañada de la suficiente conexión con la función del médico en particular y con la coordinación de otras profesiones asistenciales?

He aquí el reto final que a nivel institucional tiene planteada la asistencia a los pacientes.

Intentaríamos concluir estas reflexiones planteando en seis palabras las condiciones de asistencia en el campo de la salud:

SUFICIENTE en su intensidad
MODERADA en su aplicación
UNIVERSAL en su extensión social
ADECUADA en su indicación
GENEROSA en su financiación
METICULOSA en la gestión de recursos

Estas condiciones, prudentemente cumplidas, creemos que pueden llenar todo un ideal de Asistencia Sanitaria a una Sociedad en sus justas necesidades.

Nuestro Director ha sido premiado



Miguel Martín, O.H., ha sido galardonado con el **IX Premio Vida Nueva** por su artículo enviado a concurso a dicha revista **Y DIOS SE PERDIÓ EN UN HOSPITAL...**

Artículo lleno de humanidad en el que se vive la manera cómo el Servicio Religioso desarrolla en el Hospital su acción Pastoral, cómo se ve la otra vertiente de la organización de la Asistencia, cómo se decide dentro de las normas de la Ética.

En una palabra: es un artículo que condensa la esencia de nuestra Revista y nos marca a todos las líneas maestras de nuestra misión en ella.

¡Enhorabuena al padre Miguel Martín!

J. P. M.

3. ENFERMERÍA Y SALUD

Joaquim Erra
Immaculada Roig
Pilar Torres

La Enfermería, como ciencia ya tradicional por su presencia en el mundo de la salud, sigue su ritmo, no siempre el deseado pero sí con muchos profesionales empeñados en avanzar, una evolución marcada por todos aquellos elementos que en ella inciden:

- Avances propios de la evolución técnica-científica.
- Cambios inherentes al mundo y a la sociedad.
- Capacidad de investigación y apertura a nuevos planteamientos.

En este artículo nos planteamos precisamente dar una pincelada sobre este dinamismo en que se ve envuelta la Enfermería, propio por otro lado de toda ciencia viva, y a un aspecto que consideramos indispensable: presentar su interrelación con un mundo cambiante, ante el cual se presenta el reto de irse adaptando, contribuir a su evolución y dar una respuesta, desde los cuidados de Enfermería a las necesidades que presentan los individuos.

Es nuestra intención, en próximos artículos de esta revista, presentar aspectos concretos y actuales de la asistencia de enfermería en diversos campos, plantear nuevas alternativas y dar a conocer respuestas como fruto de la reflexión y actuación de los profesionales.

Pretendemos, además, hacer una panorámica global acerca del acoplamiento que en la realidad se da entre el desarrollo de la profesión y el dinámico concepto de salud. Consecuencia de ello es el darnos cuenta de las nuevas exigencias e interrogantes que debe asumir nuestra profesión y que deben animarnos a adoptar actitudes de búsqueda de respuestas idóneas para el hombre de nuestro tiempo.

1. Sociedad, naturaleza y salud

El hombre es el principal agente de las modificaciones del mundo físico, que, por acción refleja, le modificarán a él mismo, a su organización social y a su situación existencial.

El tipo de formación social determina la forma de contacto del hombre con el medio y, naturalmente, los efectos favorables o adversos, del ambiente sobre el ser humano. Según esta idea, la relación entre grupos humanos es primordial a la relación-vinculación hombre-naturaleza.

La noción de salud está en conexión recíproca tanto con el mundo social con sus instituciones, creencias, representaciones, hábitos, valores y prácticas como con el mundo natural, por la necesidad que el hombre tiene de vivir, en función de múltiples factores de orden natural, existencial y geográfico; por tanto, podemos afirmar que el concepto *salud* incluye tanto la sociedad como la naturaleza.

Las actitudes que los grupos humanos tienen frente a la salud y la enfermedad están influidas por la cultura, la cual es un producto de las formas sociales existentes. Estas actitudes y valores sostienen distintas formas de concepción de la salud, pero existe un punto común en cualquier individuo o grupo humano, que es el de *buscar y defender su salud*, tratando de encontrar el bienestar existencial para sí mismo y para el grupo al que pertenece.

Las distintas formas de concepción de la salud se basan principalmente en tres puntos:

1. De la base de donde se parte, ya sea de las tradiciones populares o del saber científico.
2. De los medios que se emplean para conseguir el objetivo deseado.
3. De las formas o proceso utilizado.

Podemos afirmar pues, que todos los factores que confluyen en un grupo humano, económico, político, cultural, van a determinar una ideología característica de dicho grupo y, por tanto, marcarán una respuesta concreta con respecto a su concepción de la salud.

2. La salud

La salud como concepto escapa a lo estático; vinculado a la realidad, las fronteras salud-enfermedad han ido variando a lo largo de la historia, en estrecha relación con la evolución de las sociedades.

En planteamientos remotos la lucha por conseguir la salud es a base de perseguir la enfermedad, entendida de distintas maneras según la época: como mal demoníaco, como castigo, como achaque biológico, para desembocar en planteamientos más multicausales partiendo de la base de una comprensión del hombre más integral, más unificada y formando parte de un medio ecológico y socio-cultural determinado.

Es así como llegamos a un planteamiento de salud, donde no se parte de una ausencia de enfermedad, sino como algo positivo, con entidad propia, valorando las incidencias e interrelaciones que pueden influir.

Es imposible, por tanto, desligar el concepto salud de la realidad variante y dinámica, del hombre; por tanto este concepto resulta abstracto e inabordable si se trata al margen del núcleo social donde se desarrolla.

Del mismo modo que el hombre escapa de lo puramente biológico, el tratamiento del concepto salud, salta también la barrera del ámbito de las ciencias médicas, por lo que, aun en la asunción del concepto, nos vemos obligados a compartir con los que reflexionan en la misma línea, desde otras perspectivas, con el fin de conseguir un enfoque acerca del concepto de *hombre sano, comunidad sana*, que responda a su realidad.

Concepto salud

Tomemos como concepto de salud «El equilibrio dinámico entre la estructura biológica, el medio interno y externo, en relación a la calidad de vida y condiciones ecológicas».

Podemos afirmar que se trata de un proceso de adaptación-desadaptación del organismo a un núcleo ecológico. Por tanto, el hombre sano muestra una armonía física, mental y se adapta al ambiente físico y social, de acuerdo a sus capacidades y habilidades personales.

Ligada a la evolución conceptual aparece la evolución a nivel social, del tratamiento y consideración de la salud, motivando el paso de un relegar y aislar la enfermedad como fruto de un castigo o de una intervención demoníaca, al reconocimiento de un *derecho fundamental* del hombre, que obliga a generar una complicada red de medios, estructuras, profesionales y sistemas, encaminados a poder conseguir el cumplimiento de dicho derecho.

Tomar conciencia de todo este cambio, aunque se haya producido en un espacio de tiempo amplio, es lo que nos lleva a revisar nuestras posturas y planteamientos profesionales frente al reto que supone la misma definición de salud, en cuanto:

— *Estado de bienestar* como algo a conseguir con toda la carga de aspectos ideológicos que conlleva.

— *Físico, mental, social* como concepto de integridad del hombre huyendo de reduccionismos y parcializaciones, por otro lado tan fáciles de realizar.

— *Capacidad de funcionar en sociedad* para cumplir la necesidad de desarrollarse en un medio que responda a unas condiciones de vida, esto requiere, tanto por parte del organismo como de las acciones a realizar en el medio, un proceso de adaptación mutua para conseguir el equilibrio que haga posible el verdadero bienestar.

3. Enfermería. Objetivo

Enfermería evoluciona, está planteándose su objetivo, el *cuidado* del individuo y comunidad.

¿Cuál es el significado del término *cuidar*? ¿Qué implicaciones tiene?

¿Realmente conoce el usuario el papel del profesional de Enfermería? Es evidente que no sabemos, a veces, dar respuestas a muchas de las cuestiones que nos formulamos acerca de nuestra profesión. Hemos hablado de la relación que existe entre la evolución social y el cambio que dicho avance representa en la concepción de la Salud a nivel individual y comunitario.

Analícemos ahora el papel que le toca al profesional sanitario y más concretamente a Enfermería, en esta evolución, y lo haremos desde dos perspectivas:

- El profesional de enfermería como individuo integrante de la comunidad.
- El profesional de enfermería como trabajador sanitario e integrante del equipo de salud.

a) El profesional de enfermería es un ser humano en constante relación con otros seres humanos, que extrapola su trabajo diario todo lo que es y lo que no es, incluyendo sus experiencias, inquietudes de vida y previsiones futuras.

Cada ser humano, como único, puede elegir el desarrollo de su proyecto de vida según su situación; sólo la experiencia existencial permite el conocimiento propio del ser y la calidad de ser del otro.

Todo hombre posee una capacidad de respuesta inherente a la condición humana, frente a otro hombre, sin imposiciones.

El individuo tiene derecho a la salud en toda su amplitud, pero la falta de conocimientos al respecto puede incapacitarle para exigir el cumplimiento de dicho derecho.

La expectativa de salud de la humanidad es inherente al concepto de enfermería, no relacionable con la *irradiación de bondad humana* e íntimamente ligado a los potenciales y limitaciones de cada individuo en particular.

El profesional de enfermería, con unas necesidades comunes a los otros individuos, tiene un papel determinado a cumplir dentro de la comunidad.

Las expectativas del papel que un sujeto debe cumplir

en la sociedad, no serán reales si los demás esperan que dicho papel sea encarnado de forma diferente.

Es por ello muy importante que el profesional de enfermería, como individuo integrante de una comunidad, dé a conocer cuál es el rol que le corresponde a su profesión, cuáles son las actividades que debe realizar y cuál es la forma como debe conducirse.

En un proceso de cambio, como en el que se encuentra la profesión de enfermería, es fácil crear confusión al usuario, ya que éste espera algo distinto a lo que en realidad se le ofrece. Será importante pues que los profesionales de la salud estén integrados en la comunidad para que se identifiquen con su papel profesional y aclarar así la contribución social de la enfermería.

Si tenemos en cuenta la afirmación «la enfermería es una experiencia que se vive entre seres humanos», podemos reflejar la importancia de vivir, estar y conocer la comunidad en la cual se proyecta el profesional.

Es por tanto un compromiso que exige a los profesionales ampliar sus conocimientos sobre el hombre, su naturaleza, condición, valores y vivencias a fin de mejorar la calidad de sus cuidados.

Enfermería debe responsabilizarse de considerar al hombre como ser único, con sus puntos de vista específicos y con realidades que van más allá de los simples juicios del *bien* o del *mal*, es decir, respetarlo en toda su integridad.

b) Enfermería tiene, como profesión, el privilegio de estar con personas que experimentan la diversidad de significados del ser humano, hombres y cosas en el tiempo y espacio de todas las edades y en todas las etapas de la vida. Tiene la oportunidad personal y junto con el paciente de experimentar y buscar el significado de la vida, del sufrimiento y de la muerte.

«La enfermería en sí misma es una forma particular de diálogo humano», es un encuentro entre personas como respuesta a una necesidad percibida en la relación salud-enfermedad, con un objetivo final.

Para que este diálogo sea real y efectivo debe existir por ambas partes apertura, receptividad, disposición y asequibilidad. El paciente solicita, la enfermera responde.

Es por tanto un compromiso profesional que responde a un objetivo concreto: *el cuidado* del individuo sano o enfermo tanto a nivel intra como extrahospitalario.

El hecho de cuidar lleva implícita una transacción intersubjetiva, que dará opción a las dos partes a tomar decisiones responsables. Sólo a través de la reflexión de las respuestas de enfermería, conjuntamente con el usuario, llegaremos al planteamiento de los cuidados individualizados e integrales del individuo.

Cuando las necesidades del hombre no están satisfechas o lo están de forma inadecuada, bien porque el individuo no sabe, no puede o no conoce, su calidad de vida no es satisfactoria.

De aquí podemos deducir que el objetivo primordial de la enfermería es ayudar al individuo a que pueda satisfacer al máximo sus necesidades humanas (como sinónimo de salud).

Ahora bien, ¿cómo ayuda enfermería a satisfacer las necesidades humanas para que el individuo alcance su punto óptimo de salud?; consideramos punto óptimo de salud la capacidad que tiene el hombre de funcionar de una manera aceptable para él mismo y para el grupo a que pertenece.

La satisfacción de estas necesidades pasa por dos aspectos:

- Supliendo al individuo cuando no puede realizar sus propios cuidados.
- Educando y motivando al individuo y comunidad para que asuman su autocuidado, fomentando personas libres e independientes, en resumen, una sociedad más sana.

Suplir a través del cuidado y motivar educando, para alcanzar una sociedad más sana, conlleva el comprometerse, partiendo de niveles idóneos de profesionalidad, a vivir una cultura de la salud que teniendo su inicio desde el propio profesional, debe con creatividad irradiarse en el entorno, utilizando fórmulas y sistemas capaces de hacer realidad nuestro empeño.

Bibliografía

1. ADAM, E.: *Hacia dónde va la enfermería*. Montreal, Interamericana, 1982.
2. Constitución Española.
3. KING, I. M.: *Enfermería como profesión*. Florida, E. Limusa, 1984.
4. LÓPEZ, F.: *Aspectos sociológicos de Enfermería*. Interamericana, 1981.
5. PATERSON, J. G. y ZDERAD, L. T.: *Enfermería humanística*. Northport, Ed. Limusa, 1979.
6. TINKHAM, C. W. y VOORHIES, E. F.: *Enfermería social*. Massachusetts, Ed. Limusa, 2.ª edición.
7. GODOY CASTILLO, E.: *Salud y cambio social*. Por un sistema integral de Salud, Grupo Z, Cultura.
8. FICHTER, J. H.: Herder, 1977.

4. APUNTES DE UNA NUEVA ANTROPOLOGÍA

¿Una nueva conceptualidad dialéctica?
¿Un nuevo suelo antropológico?

Mariano Galve

Intentar adentrarse en una reflexión sobre una nueva antropología, implica tener una buena dosis de capacidad de observación, de vitalidad y de sincera modestia.

No están los tiempos antropológicos para excesivas afirmaciones dogmáticas. Pero algo habrá que decir y que reflexionar sobre lo que es nuestro ser humano hoy.

Sin pretender sentar cátedra, pero con una incuestionable honestidad intelectual, el autor, nuestro redactor responsable del área de humanización, traspasa sus propios miedos y aborda esta reflexión.

Introducción

Este espacio de *Humanización*, en LABOR HOSPITALARIA, siempre ha querido ser un espacio-en-conexión-con-la-vida. En medio de los discursos médicos —necesariamente más técnicos—, y los pastorales y éticos —más doctrinales—, el espacio *Humanización* pretende recoger lo *actual*, con su grávido contenido de ternura y caducidad. La vida tiene que ser, sobre todo, vida vivenciada. Pero desde ese momento, desde que adjetivamos a la vida con su carga de vivencia, la vida se nos convierte en energía y en tensión; más aún cuando intentamos atraparla en los agujeros amplios de la red antropológica.

La vida, la vida vivenciada y la vida reflexionada en antropología está teñida de inquietud de forma irreparable. Y por distintas razones. En mi primera aproximación al hombre y a su vida, que dieron como fruto el título de *Antropología de una cultura* (L.H., n.º 195), me di cuenta de ese latido de inquietud que está adherido a los modos humanos de vivir. Allí enfrentaba un reto: la prisa por escribir una antropología antes de que los datos de mi generación fueran diluidos en mi memoria y en la memoria de mi generación; allí, también, señalaba cuanto de arriesgado y comprometido tenía el intento de reflejar, en pocas páginas, días y días de un vivir concreto; había, cómo no, miedo; mucho miedo de perder aquel vehículo frágil que conectaba nuestra memoria con nuestros fantasmas oníricos y, por allí, se escaparan irremediablemente nuestros sentimientos de fidelidad, oblatividad, resignada esperanza e inalterable paciencia.

Mi segunda aproximación fue cuando tuve que hacer la introducción al artículo del doctor Lillo, *La locura como amenaza* (L.H., n.º 200). Allí, el hombre aparecía —como un muñeco roto— en su más amarga fragilidad. El doctor Lillo se veía en la necesidad de rescatar al hombre de la voracidad de psiquiatras, familiares y *partes enfermas* de los mismos hombres. La tarea era, entonces, hacer posible la apertura de un espacio para que pudiera vivir lo emocional y lo subjetivo.

El artículo que hoy presento, y que lleva mi nombre, nace de otro suelo antropológico y se enfrenta a otros miedos y a otras batallas. Al principio creí no poder hacerlo porque ni me identificaba ya con las nuevas generaciones ni pensaba que debía ser yo quien debía escribirlo. Pero algo de vital —siempre con ese latido de la vida— había fermentado en mi cerebro; y éste se había puesto en marcha, de modo automático, cierto, pero con la misma urgencia tensional de aquello que debe hacerse.

Como en *Antropología de una cultura* hay, aquí, en estas notas, mucho riesgo y, consiguientemente, mucho miedo. Miedo y riesgo que tienen un sesgo diferente. Allí nacía de la urgencia de rescatar lo vivencial para la memoria; aquí la urgencia es una necesidad visceral de aclararse de cara al futuro. Y, como todas las palabras que se dicen sobre el hombre —disociadas de las apreciaciones dogmáticas— y el hombre-vivenciado, necesariamente son palabras frágiles y humildes.

Aquí debo subrayar dos cosas: lo primero, que son *notas*; que son como piezas de un puzzle que yo no me atrevo a recomponer y que, más aún, pienso que nadie, hoy, es capaz de hacerlo. Lo segundo es la emergencia violenta del *binomio salud-enfermedad* —y que, por tanto, tiene que recoger esta Revista— a la hora de repensar al hombre.

I. Un punto de partida

Ya de entrada quiero situarme, y situarles a ustedes, de cara a las realidades que yo, habitualmente, manejo. Creo no es ocioso este aterrizaje en mi realidad cotidiana porque afectará, necesariamente, al discurso que yo articulé acerca del hombre, su psicología y el campo antropológico sobre el cual se va construyendo.

Como muchos de ustedes saben mi tarea se realiza en los espacios de la enfermedad; más concretamente, en los espacios de la enfermedad mental. Llevo 16 años como capellán de un hospital psiquiátrico, y he debido llevar a la oración y a la reflexión lo que he vivido; por eso, sería ingenuo no admitir que mi visión del hombre no esté sesgada y que mi análisis antropológico no adolezca de un cierto tinte pesimista acerca de las posibilidades y perspectivas humanas. Y prefiero confesar este sesgamiento antes que embarcarme en un discurso antropológico que, necesariamente, debería ser abstracto. Por tanto, no voy a hablar del hombre desde la filosofía o la metafísica, sino del hombre histórico, social y vivencialmente concreto.

II. Un nuevo concepto de injusticia y desigualdad

Hablar del hombre y sobre el hombre —si lo quiero hacer del hombre concreto—, necesariamente debe de hacer referencia al mundo de la enfermedad. Y aquí sí que me van a permitir una aclaración: la referencia a la enfermedad no se establece porque yo venga de los espacios referenciales de la enfermedad, y de la enfermedad mental, sino que me arriesgaría a afirmar que, en el momento actual y para todo hombre, es una referencia obligada y universal.

En otros espacios socio-culturales de pasadas épocas había otro tipo de dialéctica existencial. Hoy, me parece a mí, habría que volver a repensar dónde y cómo se sitúan los términos dialécticos de la convivencia humana. Hasta no hace mucho tiempo, la dialéctica conceptual que nos permitía retomar y reflexionar al hombre era, en cierto modo, extrínseca al propio hombre. El concepto diferencial que nos permitía clasificarle pasaba por una injusticia y una desigualdad: desigualdad entre poseedores y explotados; injusticia entre capitalistas y obreros; mundo dividido entre izquierdas y derechas. Opino que, hoy, ya no nos

sirve esta dialéctica, y debemos hacer el esfuerzo de situar una nueva nomenclatura, para repescar los nuevos conceptos en los que se basa la desigualdad y la injusticia.

Hoy, esta desigualdad e injusticia, me parece a mí que podría pensarse en los términos de hombres felices-hombres fracasados (sufrientes infelices) y, también hombres que pueden llevar a plenitud el dinamismo de su vida / contra hombres que ven conculcadas sus potencialidades. De este modo, podría yo establecer una arriesgada dicotomía para el hombre actual: ricos o pobres del lado de los prepotentes y felices / contra ricos o pobres del lado de los fracasados y de las víctimas.

Como ven, la antropología me lleva, hoy, a situar en primer plano el mundo de la salud-enfermedad: plenitud-carencia; realización-frustración. La dicotomía, que antes era una dimensión externa social, viene ahora afectada por una dimensión interna, más íntima y personal.

III. Un nuevo concepto de violencia

Ciertamente que la *violencia* no es un concepto psicológico, sino antropológico. Con la violencia se encuentra el hombre sabio y atento, aquel que, en su cuidado por la lucidez, clasifica los comportamientos humanos, los clasifica y los refiere unos a otros. También es cierto que la realidad *violencia* ha sido la compañera habitual de la condición humana, pues ya, desde el principio de la Humanidad, los hombres tuvieron que saber manejarla.

Reduciendo el problema a su mínima expresión, diría que nuestros antepasados tuvieron que enfrentarse a un trágico problema: dejar libre el campo a la manifestación violenta de la agresividad y la muerte —lo que hubiera supuesto la desaparición de la especie humana— o dejar libre al Amor, a Eros, consintiendo que pudiera satisfacerse en lo inmediato, cerrado sobre lo consanguíneo —lo que hubiera supuesto estancarse en los amores mamíferos—. La especie humana siempre ha oscilado entre ambos extremos pues, en el fondo, los problemas, como una maldición cíclica, tienen la tendencia a ser planteados de nuevo.

Si yo debo enfrentar, por tanto, los modos y maneras de este dilema constante y primordial, aplicándolo en el momento actual ¿podría decir que, hoy el-hombre-concreto, el hombre-en-situación se me aparece masivamente afectado por un consumismo casi consanguíneo y mamífero y que la instancia de la destrucción y la violencia imperan con descaro y se hacen dueñas del hombre y su situación?

Para que no quede en pregunta y sospecha quiero hacer el esfuerzo de describir el modo como yo veo aparecer, hoy, el fenómeno *violencia*.

Violencia social

En primer lugar yo veo crispada nuestra sociedad de violencia.

- a) *Violencia del ambiente* (barrios superpoblados, ciudades dormitorio, casas de cerillas, stress múltiples: ruidos, desplazamientos, burocracias...).
- b) *Deshumanización* de los lugares de trabajo: prestación mecánica, fraccionamiento del proceso productivo...
- c) *Soledad y tendencia al individualismo*: el hombre menos solidario, menos comunicativo, menos relajado; más suspicaz, más a la defensiva, más unos contra otros...
- d) *Imposibilidad de abarcar todo el ciclo vital* de unos mismos y de los demás: espacios distanciados, fases históricas fraccionadas, incoherentes, sin relación las unas con las otras.

Violencia de los técnicos y de la técnica

- a) El niño-adolescente dependiente de una máquina...
- b) El marginado y anciano preterido en favor de bienes más rentables e instrumentales.
- c) El enfermo desguarnecido e indefenso frente a la sabiduría y tecnificación sofisticada del especialista.
- d) Indefensión frente a la mal-praxis médica, pedagógica o asistencial, que son silenciadas y ocultas celosamente.
- e) Prescripciones y toma de medidas que, por falta de tiempo, pueden ser más perniciosas que terapéuticas; más despersonalizadoras que individualizantes.

Violencia dirigida al mismo núcleo de la identidad

- a) Dramas más horribles cuando, en tratamientos psiquiátricos o entrevistas psicoanalíticas, el alma misma se encuentra en las manos de un desconocido, dotado de prestigio y de fuerza moral que, esperemos, tenga el sentido común de respetar la opción personal y biográfica.
- b) Dramas, también, cuando los niños y jóvenes caen en manos de los manipuladores pedagógicos, que experimentan nuevos métodos, sin estar muy seguros de ellos.
- c) Enfermos convertidos en una cosa sobre la que trabaja el especialista, con todos los derechos; incluido el decidir sobre la vida y la calidad de esta vida.
- d) Más aguda la violencia cuando se roba o escamotea la asunción de algo tan personal como es el hecho de morir. El hombre, en su final, no puede sintetizar la vida, porque se le niega algo tan suyo como su propia muerte.
- e) La no información o la información a dosis, aparece, a los más serios observadores, una de las más odiosas formas de violencia; sobre todo, cuando se ejerce sobre el indefenso: ya sea niño, anciano o disminuido o enfermo.

Violencia educativa

- a) Violencia, incluso física, que es ejercida sobre los niños. Violencia psicológica que le impide su desarrollo. Violencia moral, que los coarta y los somete.

- b) Violencia ejercida socialmente por el cambio copernicano de la mujer, con sus derechos reivindicados, con su consumismo económico, con su horario laboral. La mujer no tiene tiempo ni humor para dedicarse a los hijos. La economía del equilibrio tradicional se ha roto: el niño, ese ser desguarnecido, que necesita de cuidados hasta los 10 años, porque nace inmaduro y dependiente, no encuentra ya, fácilmente, la continuación de ese claustro materno donde se puede desarrollar biológicamente y psicológicamente. Continuamente, en mis lugares psiquiátricos, me encuentro con hombres-niños-inmaduros a los que sólo podría salvar una contención materno-uterina que ningún hospital psiquiátrico podría proporcionar. Piénsese, además, sin llegar a este extremo, las graves perturbaciones en el desarrollo intelectual y afectivo, de unos niños que crecen en un ambiente sin protección. Pensemos, más allá, en las compensaciones más corrientes: la alienación, la euforia y las depresiones; y en las compensaciones más brutales y masivas: la sustitución de *hueco materno* por el delirio, la imaginación, y la droga.

IV. Un nuevo concepto de crisis social y cultural

El hombre de hoy, con todos los reparos que mi análisis sesgado ayude a plantear, creo que está sufriendo una triple crisis:

- a) Una primera crisis, *la crisis biográfica*: El hombre actual tiene dificultades de reconocerse en su pasado y, su porvenir, lo encuentra atacado y, con frecuencia, lejos, e inalcanzable. El hombre de hoy, sin pasado recordado y con un futuro amenazado, se ve condenado a un monótono presente. Por mi experiencia sé cuán destructivo puede ser este fenómeno. El hombre, abocado a su presente, sin la sabiduría de un pasado y la serena confianza de un porvenir, se condena a una frenética, desesperada y trágica voracidad. Sólo tiene el presente, y lo debe apurar, y lo debe disfrutar ahora, porque no existe un después o un mañana.
- b) *Crisis de identidad*: Las personas de hoy, individuales o colectivas, no aciertan a encontrar su significación vital. Consecuentemente se produce el fenómeno de la falta de interés vital, con sus secuelas depresivas y desesperanzadoras. El colectivo humano, el de nuestra época, es un colectivo humano triste y, si hay alegría, es desmesurada, incierta y acentuadamente momentánea.
- c) *Crisis de función*: hoy todo el mundo habla de todo y cree entender de todo. El fenómeno del paro, con sus fantasmas respectivos, hace que el hombre se agarre a lo que sea, con tal de no ser descalificado. La competencia es desleal y tramposa. El enfoque vital, tomado con angustia, es tenso y desgarrado; muy insolidario. Esto ocasiona la producción de trabajadores sin preparación, estímulo ni vocación.

V. Un nuevo concepto de ética

La ética, detrás de la cual subyacía el mundo de los valores tradicionales, ha sido una de las primeras disciplinas que más ha sido afectada por este cambio antropológico. Hoy todo el mundo habla de ética: se gobierna según una ética, se sufre y se trabaja según unos presupuestos éticos y se vive de un modo determinado apelando a la ética; hoy, se vive, se muere y se mata según una ética peculiar, que implica valores peculiares.

La ética, pues, nos plantea todo el problema antropológico. Y debía ser así por su misma definición. El profesor Aranguren define la ética como: «la parte de la filosofía que trata de los actos humanos considerados desde el punto de vista del *fin* o del *bien*. (Ética, J. L. Aranguren, Madrid, Rev. de Occ., Sexta ed., pág. 133.) No voy a entrar en análisis filosóficos, pero déjenme decirles que, hoy, ya no es unívoco ni el fin ni tampoco el bien es entendido por todos de la misma manera. Nuestros actos, por tanto, son regulados por una multiplicidad de fines y de concepciones del bien que, necesariamente, nos llevan a lo que, en la actualidad, ya se denomina *pluralidad de éticas*.

Sólo un ejemplo, que implica una nueva sensibilidad: «No es posible ignorar la dureza y el egoísmo de la sociedad actual frente a muchas mujeres, casadas o solteras que esperan un hijo. Proponer como solución a sus dificultades la interrupción del embarazo no sería más que reforzar esta situación de grave injusticia y adquirir fácilmente una buena conciencia. Todo aborto provocado implica un fracaso. Es una desgracia, un atentado radical a la vida humana».

Una vez afirmado lo anterior, nos guardaremos de juzgar, y mucho menos condenar a las personas que están enfrentadas a situaciones dramáticas. Llamamos a todos los cristianos a representar frente a ellas el ser testigos fieles del amor de Dios... (*Religieuses dans les Professions de Santé*, n.º 299, pág. 85.) Un cristiano más celoso —o más intolerante— consideraría esta afirmación de las religiosas francesas demasiado tibia e incluso ambigua.

Pero es importante, aquí, para mi tema, señalar en qué ha cambiado la disciplina ética:

- 1.º Nuestra vida —y, por consiguiente, nuestras conductas— ya no están reguladas por la naturaleza, sino por la técnica y la ciencia.
- 2.º Inmediatamente, han cambiado los modos de regulación de experimentarse la vida: la vida, ya no es simplemente vida, sino:
 - a) vida humana,
 - b) vida humana-digna,
 - c) vida humana-digna-realizable,
 - d) vida-humana-digna-realizable-feliz,
 - e) vida-humana-digna-realizable-feliz-solidaria.

La diversidad de ética, por tanto, dependerá dónde se coloque el acento ético (en la vida, en lo huma-

no, digno, realizable, feliz, o solidario). Incluso en las diversas combinaciones de los modos y posibilidades del vivir se puede articular una particular organización que implique un particular discurso ético.

Pienso que remansar toda esa movilidad y pathos de los enfoques éticos será tarea de una década de nuestra vida; yo, por lo menos, me confieso incapaz de sintetizar, sistematizar y pontificar acerca de los diversos modos de entender el concepto ética. Lo que no quiere decir que descuide el recoger sus aspectos más significantes, los vaya clasificando en mi memoria y mi cabeza los vaya configurando, a lo largo del tiempo, según un orden y un sentido antropológico. En mi hospital, que vuelvo a manifestar que es un hospital psiquiátrico, será una de las tareas primordiales de nuestro Servicio Religioso, dentro del Comité de Ética.

VI. Un intento de síntesis-diagnóstico

He dicho muchas cosas —espero que oportunas— acerca del hombre y sus modos diferentes de vivirse y entenderse, pero ¿podré hacer una síntesis, una especie de diagnóstico de él?

• Yo veo al hombre, y así lo he señalado, en línea de salida en la dura carrera hacia la felicidad que nuestra sociedad implícitamente le promete. En esta carrera muchos son injustamente descalificados, otros se sienten mal porque no soportan el ritmo, porque caen en el camino o simplemente porque no aciertan a encontrarlo.

• Yo veo al hombre, violentamente enfrentado a una ambivalencia inmemorial, debatirse entre el incesto y la muerte. Y veo que ésta —y sus mensajeros: agresión, terrorismo, destrucción— se están adueñando de nuestra sociedad y nuestra cultura. Veo que la estructura humana se edifica de un modo traumático, a trompicones, sin ritmo ni cadencia y que el instinto de muerte —el viejo principio freudiano— invade como un cáncer maligno nuestros tejidos y células, nuestros pensamientos y emociones. Veo que hay mucha acidez y destemplanza que impide crecer, desarrollarse y convivir; veo mucha voracidad que agosta y sofoca en un momento las mejores energías de nuestra existencia. Es la violencia, que he descrito, afectando no sólo nuestro entorno, sino nuestra propia intimidad.

• Yo veo al hombre luchando contra una triple crisis que no consigue quitarse de encima: crisis biográfica, de identidad y de función. El hombre errante, confuso, sin saber dar respuesta a preguntas tan básicas como: ¿quién soy? —crisis de identidad—, ¿de dónde vengo? —crisis biográfica— y ¿a dónde voy? —crisis de función.

• Finalmente, veo al hombre solicitado por una múltiple y variopinta variedad de praxis éticas, a través de las

cuales intenta —desesperadamente— explicar a los demás y, sobre todo, explicarse a sí mismo el sentido de su vida y el porqué de sus acciones y conductas.

Pero, hoy por hoy, me veo incapaz de tomar el pulso, examinar las constantes y emitir un diagnóstico. Me encuentro como aquel que tiene el arroz y el agua, el fuego y la sal, el pollo y el pimiento, y no sabe hacer una paella. Pienso, en cambio, que ya es importante poder tener y distinguir todos sus ingredientes.

La paella antropológica la hice una vez, y disfruté en la tarea. Muchos de ustedes la habrán leído, otros releído y algunos simplemente ojeado. Se llamaba *Antropología de una cultura*, y consistía en el empeño de relatar los parámetros de los hombres que nacimos hace 60, 50 ó 40 años. Allí mismo, confesaba ya mi incapacidad de articular una antropología de los años 30, 20, 10 o del hoy mismo y, por ello, invitaba a otros para que pensasen en aspectos de nuestro acontecer humano. Debo añadir que es una tarea apasionante, frente a la cual yo me considero incapaz, ya sea por cansancio o simplemente porque también de inercia mental —una manera de morir al pensamiento—, como un producto más de esa instancia agresiva y mortal, me haya también afectado; en todo caso, me es difícil identificarme ya con algunos comportamientos y los hombres jóvenes, de otra generación, sienten de otro modo y enfocan las cosas de modo distinto. Acaso, simplemente, necesite tiempo.

Solicito tiempo, y esto me reconforta, pues no me apeetece adormecer mi energía mental, dejar la tarea para otros y, con toda sinceridad, morir a mi cultura, a mi tiempo. Por eso, voy a intentar, por lo menos, *dar unas pistas sobre lo que, según mi parecer, debemos de hacer los creyentes*:

- 1.º Veo necesario un *discernimiento claro sobre nuestra presencia en el mundo de hoy*; y muy en concreto, en el mundo de la salud.
- 2.º Es preciso, en segundo lugar, *superar los complejos de inferioridad y de encierro*, junto con las consabidas reacciones viscerales de la secuencia: *decepción* por el no reconocimiento de nuestros indudables valores y aportaciones históricas / *frustración* existencia por tener que renunciar a privilegios / *sobrecarga* intelectual y afectiva de adaptaciones y preparación con el consiguiente coste de esfuerzo personal y colectivo / *superación* de la tendencia al *autismo* narcisista.
Otro modo de salir de este círculo vicioso sería implantar, en cada uno y en todos, una mayor apertura a los valores laicos y una presencia eficaz, activa y colaboradora en los *espacios* de convivencia.
- 3.º Un tercer aspecto consistiría en *desterrar la mediocridad*. Que podamos hacer el deslizamiento desde una actividad pietista y de compasión degradante hacia una *caridad sólida*, que esté engarzada en un adiestramiento profesional. Por profesional quiero y debo entender: una tarea garantizada por una formación, fiel en lo

básico a las normas de las sociedades civil y adaptada a las exigencias científicas y técnicas.

- 4.º Una mayor capacidad, sería el cuarto aspecto, de *tolerar el compartir nuestro trabajo con los demás* —incluso si los demás tienen otro sentido de su vida y su ética se refiere a valores que no están en el evangelio—; aprender a colaborar en equipo para comunicar, con el ejemplo y la dedicación, el signo de la caridad cristiana, hecha de paciente y constante ternura.
- 5.º Una continuidad en el *testimonio cristiano*, sin escapismos. Testimonio cristiano que se concreta, en el mundo sanitario, en saber afrontar la pregunta más quemante respecto a la existencia de Dios que está conectada con el misterio del mal: *¿cómo es posible, si existe, que Dios permita el sufrimiento de los inocentes?* Y, en este punto, como iluminación, habría que hablar, no de crisis de fe, sino de *crisis en la fe*, porque ésta se nos vuelve, aquí, en los mundos de la enfermedad, del dolor y la muerte, más inquieta, más exigente y menos centrada en respuestas hechas.
- 6.º Por último, y de cara a la evangelización —la primera vez que nombro esta palabra, pues le tengo un considerable respeto— es imperativo que demos *signos de unidad*. Es escandaloso que los creyentes vayamos cada uno por nuestro lado. Es vergonzante que los sacerdotes se constituyan en protagonistas únicos de anuncio evangélico y disocien, así, toda esa carga madura del amor cristiano que religiosos/as, familias y cristianos de a pie van tejiendo en los lugares del dolor y el sufrimiento. Como vergonzoso es el que los religiosos/as vayan a su aire, imponiendo su ritmo, las más de las veces caduco y trasnochado, en contra corriente con todo un clamor del espíritu que pide y exige hoy colaboración, agrupamiento, tarea común, corresponsabilidad. También vergonzosa la constante, y que es ya casi crónica, minoría de edad del laico en la Iglesia. Y me da igual que la culpa la tenga el cura, que no quiere dejar el mando, o el laico que se duerme en esclavas dependencias.
- 7.º Y, como una especie de síntesis, diría yo: *hay que aumentar más los productos amorosos e ir desterrando los productos destructivos*. Un modo de decirlo en política, sería: *construyamos más casas habitables y no movamos un dedo para construir una bomba*. En antropología, el lenguaje sería:

Dejemos que la instancia de Eros —la instancia amorosa— se establezca en mí, salte al otro, construya mi grupo de referencia y se abra a la Humanidad y al mundo; que Eros tome el timón de nuestra vida y nos haga volver a vivenciar que la muerte ya ha sido vencida.

5. LA SALUD, LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE A LA LUZ DEL MISTERIO PASCUAL

Antonio Salas, O.S.A.

El problema de la salud y la enfermedad ha venido a ser una de las mayores inquietudes de nuestros contemporáneos. Con frecuencia se habla de la salud y de la enfermedad como si fueran conceptos claros, estables y uniformes, cuando en realidad bajo estos términos, se encierran contenidos muy heterogéneos.

El hombre de nuestra cultura quiere vivir plenamente y a toda costa. La alergia al sufrimiento provoca un sufrimiento mayor y la patología más peligrosa: el miedo neurótico de la enfermedad.

Por otra parte, la muerte ha pasado a ser, en los últimos tiempos, un tema tabú y asistimos al secuestro y negación de la muerte.

Antonio Salas, O.S.A., director de la Escuela Bíblica de Madrid y de la revista *Biblia y Fe*, conocido autor de las problemáticas bíblicas, brinda a los lectores una exposición religiosa de cuño bíblico que ayuda a despejar las incógnitas de la salud, la enfermedad y la muerte desde Jesucristo resucitado, El Viviente.

Antiguo Testamento: ¿Cómo vencer el dolor?

La suprema aspiración del ser humano siempre ha sido lograr la inmortalidad. Todas las mitologías antiguas atestiguan su esfuerzo —tan vano como incesante— por arrebatarse a los dioses la enigmática *planta de la vida*, cuyos frutos se suponían antídoto eficaz contra la temible muerte. El mito bíblico da una viraje radical a tal creencia, suponiendo que Dios, al crear el hombre, le infundió el don de la inmortalidad, privilegio que muy pronto perdería a causa de su pecado. Una vez expulsado del paraíso, se ini-

ció para él una trágica andadura, cuyo fin era siempre el mismo: ¡la muerte! Y el hombre, en cambio, nada anhelaba tanto como vivir. Trágico destino el suyo. Así es como interpreta el mito bíblico las secuelas de ese pecado, que desde sus mismos orígenes, comparten quienes jalonan la historia de la humanidad.

La experiencia del pueblo elegido, tensada por su ansia de vivir y su miedo a morir, comenzó muy pronto a interpretar con categorías religiosas los eventos que conformaban la existencia de cada individuo. Y ello hizo que cuanto respiraba aires de muerte fuese considerado expresión de los poderes demoníacos, infiltrados en el interior de los seres humanos, quienes se sentían en cambio agraciados por la divinidad al afianzar o vitalizar su efímera existencia. Tales criterios fijaron módulos religiosos para interpretar el tándem *enfermedad-muerte* como sino luctuoso, mientras la *salud-vida* se suponía don gratuito de la divinidad.

Enfermedad y muerte: realismo trágico

La reflexión religiosa del hombre bíblico establecía un vínculo indisoluble entre las realidades físicas, psíquicas y morales. Ello explica que, al afrontar el desvalimiento que da la enfermedad, lo interpretara como castigo divino¹. Se pensaba que las personas aquejadas por alguna dolencia no hacían sino recibir el correctivo merecido por sus pecados. Aun cuando normalmente se creía ser Dios quien infligía las dolencias físicas (Num 12, 9-13), tampoco se excluía que pudiera hacerlo a través de algún ángel (2 Sam 24, 16-17) o fueran incluso debidas a la intervención de Satán (Job 1, 5-6). No en vano los demonios se suponían en continuo acecho, esperando el momento de infiltrarse en la interioridad de los humanos tan pronto como éstos adoptasen un porte indigno con la divinidad.

El pueblo elegido se presenta como indultado en virtud del pacto sinaítico, la mejor terapia sin duda contra toda dolencia colectiva (Ex 15, 26). En caso de mantenerse fiel a su compromiso aliancista, Yahvé le inmunizará de toda debilidad. Sin embargo, sus continuos pecados poco tardarían en excitar la cólera divina que, al desencadenarse, sumía al pueblo en una lastimosa postración. Ello acredi-

taba el carácter social del pecado, pues la ira de Yahvé se desencadenaba contra el pueblo entero, privándole de cuanto lozanía e ilusión generan el porte fiel.

Ello explica que el profetismo proclamase una cruzada contra la hegemonía del pecado, traducido sobre todo a abusos e injusticias que impedían al pueblo vivir con autenticidad su compromiso religioso². Éste debía luchar con denuedo por su subsistencia, objetivo que sólo lograría vibrando al ritmo de la *santidad* exigida por Yahvé. Tal planteamiento privó durante varios siglos. Llegó, no obstante, el momento en que la forma religiosa de entender la enfermedad experimentó un viraje radical. Al ver, en efecto, cómo Job, aun siendo justo, quedaba sumido en tal cúmulo de desventuras, se planteó a fondo el problema de la responsabilidad personal. ¿Qué decir? La reflexión bíblica pronto tuvo la respuesta: su tragedia sólo puede explicarse por la dimensión social del pecado. Es preciso, pues, erradicarlo de todo el pueblo si se quiere evitar la ira divina traducida a enfermedades e incluso a la misma muerte.

La muerte siempre fue considerada como el grado sublime de postración humana. Su presencia, no por inevitable, era menos trágica. Marcaba, en efecto, el fin de un periplo existencial llamado en principio a la plenitud. Ciertamente que los israelitas creían prolongar de algún modo la vida personal a través de la prole. Pero en el fondo cada óbito era expresión de un fracaso humano, cuya raíz debía buscarse en el pecado. ¿Cómo vencer, pues, a la enfermedad y sobre todo a la muerte? La experiencia del pueblo elegido, analizada desde una perspectiva religiosa, acreditaba que *sólo* la conversión a Yahvé podía frenar el ímpetu del mal, cuyos estragos eran cada vez más escalofriantes. No es que las enfermedades fuesen realmente en aumento. Lo que aumentaba era el miedo de no poderlas contener y —al constatar cómo el pecado echaba cada vez más hondas raíces— se llegó a temer que el pueblo mismo acabara postrado en un desvalimiento irreversible, signo inequívoco de aniquilamiento.

Las curaciones eran obviamente consideradas signo de gracia y bendición. Y es que, en el fondo, Dios no quiere que el pecador muera, sino que se convierta y viva (Ez 18, 23). Tal convicción garantizaba que —siendo Dios la fuente misma de la vida— algún día la muerte acabaría por desaparecer. El pueblo elegido se asió firmemente a esta esperanza, por más que fuese incapaz de lograr mayores precisiones al respecto. Cada israelita luchaba con denuedo por recobrar su salud, una vez que ésta se había visto quebrada. Los profetas avivaban el espíritu de lucha, garantizando «que el sol de justicia lleva la salud en sus rayos» (Mal 4, 2). Por eso, cuando el pecador se humilla, acaba Dios otorgándole la curación. Así había ocurrido, en efecto, con el rey Ezequías, cuya dolencia y curación pasaron a ser modélicas en la experiencia religiosa del pueblo (2 Cron 32, 21-34). Este se encontraba, no obstante, muy lejos aún de vislumbrar cómo contener el inquebrantable poder de la muerte, cuya presencia aterradora privaba a los humanos de su más codiciado don: ¡la vida!

Salud y vida: sueño hecho ilusión

Donde hay salud hay vida. Y, en consecuencia, gracia y bendición. No en vano la reflexión bíblica siempre aso-

ció la vida con la divinidad, de quien la reciben los humanos. Estos, aunque creados para la inmortalidad, se saben acosados por el pecado que entronizó el reino de la muerte en el mundo. Y ello convirtió obviamente la existencia humana en pura quimera. ¿Cómo aferrarse, pues, a ella si siempre acaba segada por la muerte? Tal realidad respingaba pesimismo. Sin embargo, la profunda vivencia religiosa del pueblo tuvo fuerza para infundirle optimismo e ilusión. Y así se aferró a la vida con delirio, aun siendo consciente de su caducidad. Por eso los israelitas daban siempre tanta importancia a la salud, entendida como vínculo amistoso con la divinidad³.

En tanto no se atisbó la existencia de una vida ultraterrena, el pueblo elegido se aferró a la presente, tratando no sólo de prolongarla al máximo sino de mantenerla también inmune de enfermedad.

Este encuadre, aun sin abocar a un reprochable hedonismo, conllevaba una excepcional valoración de las realidades terrenas. Tanto que, para expresar el premio reservado por Dios a los justos, la tradición bíblica fraguó el mito de los patriarcas prehistóricos, cuya edad rayaba en el milenio. Tales cifras no pueden ser entendidas de forma literal. De hecho, el hombre antiguo vivía mucho menos que el de hoy. No obstante, esa vida desmesuradamente larga pretendía significar cómo bendice Dios a quienes le sirven con fidelidad. Tal tesis afianzaba las convicciones religiosas del pueblo, consciente de que su vida y, en consecuencia, su salud estaban condicionadas por su parte con respecto a Yahvé.

La salud siempre se creyó signo de complacencia divina. Ciertamente que a veces los malvados gozaban de vida sana mientras los justos se sumían en el más degradante desvalimiento físico o moral. Era ésta una de las grandes incógnitas que la teología bíblica pugnaba en vano por despejar: por una parte la justicia divina garantizaba que los justos eran objeto de sus complacencias; mas, por otra, la experiencia atestiguaba que un sinnúmero de justos vivía en la marginación o moría violentamente en la flor de la edad (guerras, accidentes...).

¿Cómo entender tales anomalías? En un principio el profetismo ahondó en el tema de la solidaridad para explicar que los pecados de unos incidían en los demás. Pero ¿por qué lo permitía Yahvé? Esta pregunta venía formulada cada vez con mayor insistencia. Y fue en el destierro babilónico donde alcanzó su punto álgido. Tanto que Ezequiel se vio precisado a elaborar la teología de la responsabilidad personal, garantizando que cada persona era responsable de sus propios actos y nada más⁴. Pero entonces, ¿por qué permitía Dios que algunos justos vivieran en precario mientras muchos impíos disfrutaban de una vida larga y próspera? Cada vez urgía más dar respuestas a tan retador interrogante.

La literatura posexílica se afaná por mantener al individuo lo más lejos posible de la enfermedad. Por eso los sabios le prevenían contra los peligros de la intemperancia (Eclo 31, 19-24), contra la melancolía, la envidia, la ira y cuantas situaciones personales conllevaran cierta desazón. A su vez recomendaban la alegría y el temor de Dios (Prov 3, 7-8) como los antídotos más eficaces. Mas era obvio que tales soluciones no podían aquietar a un pueblo en marcha, cuya ilusión se cifraba en vivir sin trabas, sabiendo que —aun sin poderlo explicar— sólo el pecado era responsable de que tan honda ilusión no pasase de quimera. Ello hizo replantear a fondo la experiencia religiosa del pueblo, buscando soluciones válidas para cauterizar sus frustraciones. Tales soluciones al fin llegaron. Ciertamente que no de forma definitiva, pero al menos con fuerza suficiente para trocar su desencanto en esperanza.

¿Cómo conservar la vida? El hechizo de la esperanza

La aportación del profetismo fue decisiva a la hora de abrir al pueblo nuevos horizontes. De hecho, sus vaticinios sobre el futuro reino mesiánico le permitieron albergar la ilusión de vivir al fin de forma auténtica.

Algo así como habían vivido los primeros padres antes de cometer el pecado. Mas para ello era preciso que llegara el famoso *día* en el que Yahvé, declarando guerra sin cuartel al imperio del mal, erradicara de este mundo la fuerza del pecado. Sólo entonces se recobraría la perdida armonía creacional. ¿Cuándo decidiría Yahvé afrontar sin remilgos la fuerza del mal? Nadie podía saberlo. Parecía obvio asociar tal momento con la venida del mesías, a quien incumbiría liderar ese reino de plenitud instaurado tras el gran combate escatológico.

Estas creencias dieron un impulso tan decisivo a la esperanza del pueblo que éste ya no se cuestionaba tanto por la justicia divina cuanto por la llegada del *gran día*. Todos anhelaban compartir las delicias de ese reino futuro donde sólo se respiraría paz, armonía y amor. Tal reino quedaría instalado en este mundo, previamente transformado, al arrancar Dios de raíz cuanto fluía del pecado. Y así toda la tierra sería como un inmenso paraíso en el que los justos disfrutarían una paz mesiánica que ya nadie les podría arrebatar. Sólo entonces serían felices de verdad.

Esta expectación tuvo por sí sola fuerza para avivar la esperanza de un pueblo en crisis. No obstante, también planteaba nuevas incógnitas. Y, entre ellas, la más candente era sin duda la relacionada con el destino de los fallecidos *antes* de la instauración de ese reino paradisíaco. Una vez muertos, ¿adónde habían ido? La respuesta poco se hizo esperar: ¡al *sheol*!⁵. Este era el lugar donde los muertos continuaban —extraña paradoja— *viviendo su muerte*.

Pues bien, ¿qué ocurriría con ellos el *día* en que Yahvé instaurara por fin el tan esperado reino mesiánico? La respuesta sólo se tuvo en una época rayana al Nuevo Testamento. Sería, en efecto, el autor del libro de Daniel (12, 1-3) quien por vez primera apuntara la tesis de la resu-

urrección de los justos. Estos —en virtud de una intervención providencial de Yahvé— serían arrancados de las garras del abismo (= *sheol*), recobrando la misma vida que tuvieron antes de morir. Sólo que ahora podrían disfrutarla de forma indefinida, pues su gran enemigo —¡la muerte!— habría sido previamente aniquilada.

Nadie sabía cómo se iba a llevar a efecto la resurrección escatológica, pues ésta aún no había ocurrido ni una sola vez en la historia. La literatura apocalíptica no cejó, por supuesto, de hacer cábalas. Mas todas ellas eran fruto de la pura fantasía. Lo único cierto —¡certeza de fe!— era que Yahvé descendería al mundo de los humanos para, a través de su *mesías*, instaurar el reino vaticinado por el profetismo. Entonces quedaría entronizada la vida plena, previa aniquilación del pecado. Debe observarse, no obstante, que, aun cuando la tradición judaica atisbara la posibilidad de una vida *eterna* (Dan 12, 3), entendía la eternidad como simple duración ilimitada, cuyo término nadie podía fijar⁶. Pero, por supuesto, llegaría el momento —así pensaban— en que hasta el propio reino mesiánico se desintegraría. ¿Y entonces? Sólo quedaría Dios. ¿Y el resto de los seres? ¡Aniquilación total!

A pesar de ello, todo esfuerzo quedaba compensado con la esperanza de vivir por tiempo indefinido sin verse bloqueados por la enfermedad y ni siquiera por la muerte. Con esta inquietud se adentró el judaísmo en el período neotestamentario, donde Jesús proclamaría un mensaje revolucionario que nadie entendió hasta después de su resurrección. Tal mensaje giró siempre en torno al *reino de Dios* que Jesús brindó a quienes encarnaran su proyecto de vida. Mas para asir esta nueva perspectiva se impone conectar con el ámbito neotestamentario, cuyo eje gira obviamente en torno a la resurrección de Jesús.

Nuevo Testamento: el enigma de la felicidad

Jesús de Nazaret ha sido sin duda el mayor revolucionario de la historia. Sólo que su revolución se inspiró en criterios no tanto de violencia destructiva cuanto de vivencia constructiva. Fue tan radical el reto de su mensaje que revolucionó el propio sistema religioso del judaísmo. Ciertamente que sus diatribas y denuncias dejaban al descubierto las lacras de su pueblo. Mas también su forma de actuar y su porte mismo se tornaron reto. De hecho, jamás el puritanismo judaico hubiera intuido que un predicador acreditado osara preocuparse de los enfermos y desclasados. Si éstos sufrían con ello las consecuencias del pecado, no tenía sentido tratar de ayudarles.

Jesús, denunciando como absurda tal actitud, consagró su mayor atención a los enfermos y marginados que la sociedad atávica de su tiempo sumía en el más drástico ostracismo. Su proceder sorprendió hasta a los judíos más ponderados. Y es que la religiosidad judaica jamás había pensando canalizar el amor y la entrega ayudando a los oprimidos.

Jesús en cambio centró en ellos su mayor interés. No podía ver a un enfermo sin buscar inmediato alivio a su dolor. No cesó de mostrar su amor ayudando a los necesitados. Sus múltiples curaciones poco tardarían en acreditarse como taumaturgo afamado. Mas él no había venido a recabar aplausos. Su misión se cifraba en abrir al ser humano nuevos caminos de realización. Y tal mensaje lo centró siempre en ese *reino mesiánico* que el judaísmo ortodoxo anhelaba con tanta ansiedad. Mas Jesús mostró cómo tal reino estaría integrado no tanto por los puritanos de profesión cuanto por quienes —a pesar de su aparente condición pecaminosa— encarnasen su proyecto de vida.

Sin embargo, Jesús pasó como un gran incomprendido. Ciertamente muchos admiraban sus portentos y la sublimidad de su mensaje. Pero el pasmo nunca ha sido signo de comprensión. Ésta resultaba imposible, pues mientras Jesús hablaba desde la vida, ellos le entendían desde la mente. Y es obvio que el plano de lo vivencial es muy superior al ideológico. Éste invitaba a descubrir a un Jesús enamorado de los débiles y en continuo litigio con los fuertes y poderosos. Mas la novedad de su proclama no estribaba en estas menudencias, sino en mostrar al ser humano la senda que le llevara a la vida plena⁷. Sí, por fin la humanidad tenía a su alcance la solución por la que tanto suspirara. Jesús se la brindaba. Mas, para asirla, además de adherirse a su proclama, era preciso encarnarla y traducirla a vida propia. Y ello ¿cómo podía hacerse?

Tal incógnita quedaría despejada una vez muerto Jesús. Y es que mientras la experiencia histórica (viernes santo) atestiguaba su óbito en la cruz, la experiencia de fe (pentecostés) garantizaba su presencia en la comunidad cristiana. Entonces los creyentes constataron —siempre se entiende lo que se vive— cómo la fuerza del resucitado erradicaba de sus vidas todo atisbo de muerte para adentrarlas en la plenitud de una vida nueva. Tal vivencia dio el impulso inicial a una nueva forma de vivir que —al verterla en un módulo religioso concreto— recibiría el nombre de *cristianismo*. Y sólo desde una perspectiva auténticamente cristiana puede el ser humano —hoy igual que ayer— dar el genuino valor a sus enfermedades, a su poquedad, a sus limitaciones e incluso a su misma muerte. Y es que todo ello siempre viene contemplado desde el ángulo de la vida. La misma que Cristo infundió a sus discípulos en pentecostés y que sigue impulsando la dinámica de la comunidad eclesial en sus veinte siglos de existencia.

Misterio pascual: sentido de la enfermedad

Los primeros cristianos, al quedar inundados por el espíritu pentecostal, experimentaron un profundo cambio en su existencia. Tanto que en adelante se sentirían con ánimos para proclamar esa fuerza hecha mensaje que tan hondo les acababa de calar. Y es que ella les había permitido comprender a Jesús *desde* la vida. Tal vivencia trocó por completo su dinámica existencial. De cobardes y timoratos se tornaron valientes y decididos. En adelante poco les importaría que la autoridad religiosa o civil intentara cerrarles el camino. Sorteando toda clase de obstáculos, su entusiasmo no vendría frenado ni por la misma muerte⁸. ¿Qué había ocurrido? Su encuentro con el resucitado les

había inyectado una nueva vida. Y ¿no era esta precisamente la vida que los humanos siempre anhelaron? Por más que no pudiesen demostrarlo, sabían que era así. Por ello su ilusión resultaba incontenible.

Mas con esa vida nueva no habían desaparecido las dolencias personales o colectivas, dado que los pobres seguían siendo pobres y lo mismo ocurría con los enfermos. Sí había variado en cambio el modo de afrontar tales situaciones. Ahora ya no se veía la enfermedad como castigo divino. ¿Iba, en efecto, a castigar Dios a quienes poco antes agraciara con la fuerza del resucitado?

Ésta les daba energía para afrontar sus dolencias con la firme esperanza de trocar algún día su poquedad presente en plenitud. Para ello sería necesaria una segunda venida de Cristo que, aun creyéndola en un principio inminente, poco tardaron en comprender que iba para largo. Y fue entonces cuando decidieron organizar su vida comunitaria para que —al retornar Cristo— les encontrara dispuestos.

Vistas así, las enfermedades venían interpretadas como una prueba inherente a la caducidad humana. Ciertamente los enfermos seguían sufriendo, pero lo hacían con la convicción de que sus dolencias eran transitorias. Por otra parte, su vivencia les garantizaba que el óbito no podía marcar el fin de quienes encarnaban al resucitado. Y es que éste les había infundido tal dosis de vida que la muerte no se la podría arrancar. Era, pues, obvio que tras el óbito existiese otra forma de vivir, donde la enfermedad y el desvalimiento no tendrían acceso. Tal esperanza dio fuerza a la comunidad primitiva para adentrarse en el futuro con paso decidido a pesar de las contrariedades de un presente lleno de limitación.

¿Por qué la comunidad actual no puede compartir las mismas inquietudes que los primeros cristianos? No en vano el Vaticano II, invitando a bucear en las fuentes de nuestra religión, pretende no tanto enriquecer nuestros conocimientos teóricos cuanto apuntalar nuestra vivencia práctica. Y, en este sentido, cabe decir que la praxis del cristianismo naciente —caldeado aún con el hálito de pentecostés— debería resultar modélica a la hora de afrontar hoy nuestras problemáticas.

Ello invita a ver hoy la enfermedad como fruto de la limitación. Nadie ha sido capaz de explicar satisfactoriamente el origen del mal (físico-psíquico-moral) que acosa a cuantos jalonamos la historia humana. Algo parecido ocurre con los cataclismos, accidentes, desastres ecológicos, guerras... La experiencia religiosa del hombre siempre ha entendido tales fenómenos como expresión del pecado. Pues bien, Jesús vino para enseñarnos que no es así. El dolor que a todos nos acosa sólo puede entenderse como fruto de los límites inherentes a un mundo en marcha. Por otra parte, lo más importante no es cono-

cer el origen del dolor, sino obtener el sentido cristiano del mismo, dentro del misterio pascual. Nos asegura que ninguna enfermedad tiene por qué bloquear al creyente en sus ansias de superación personal.

Los condicionantes impuestos por las dolencias se traducen en impedimentos concretos a la hora de cumplir la propia misión en la vida. Mas la enfermedad nunca podrá obstaculizar la realización del que la padece. Éste sabe —se lo dice la fe pascual— que ya *ahora* puede comenzar a vivir su vida plena a pesar de los límites impuestos por su desvalimiento. Los humanos jamás lograremos la felicidad potenciando simplemente nuestro propio bienestar⁹. Al contrario, éste se convierte casi siempre en fuente de tensiones y luchas absurdas. La experiencia de fe garantiza que sólo se es feliz a medida que se ancla la vida en la esperanza de plenitud. Y, por supuesto, la presencia crítica en el corazón del creyente es el mejor aval de tal esperanza.

Misterio pascual: sentido de la salud

Los primeros cristianos, aun sabiendo que su vida presente no revestía carácter definitivo, trataban de disfrutarla al máximo. Con ello sorprendieron a los demás, que les veían alegres y optimistas aunque su situación socio-económica fuera lamentable. Y quien ama así la vida, lógico es que considere la salud como un privilegio. La salud es signo de dominio sobre los traumas y dolencias, cuyas raíces nadie puede explicar. Los primeros cristianos interpretaban sus propias contingencias desde esta perspectiva pascual. Y ella les invitaba a saberse enrolados ya ahora en el reino de plenitud que con tanto ahínco proclamara Jesús.

Cierto que en este mundo nunca conseguirían disfrutarlo al máximo, por impedírsele su caducidad, sus limitaciones y sobre todo la inevitable muerte, todo lo cual infundía a su existencia carácter de provisionalidad. No obstante, su profunda vivencia crística les situaba más allá de las represiones, invitándoles a sazonar sus vidas con una dinámica de entusiasmo e ilusión. Y ello contribuía a suspirar por una vivencia plena donde saborearían sin límites esa fuerza crística entronizada ya en el fondo de sus corazones.

Tal porte no deja de ser orientador para el hombre de hoy. Éste a veces da a su salud un presunto carácter definitivo, lo que le sume en un materialismo hedonista. Se limita sin más a disfrutar el presente. Y sólo se acoge a la religión cuando se siente acosado por alguna contrariedad física o moral. ¡Cuán absurdo resulta recurrir a Dios únicamente en la adversidad! De hecho, quien analice su salud desde un prisma religioso verá en ella un reto a explotar sus valores personales sin los condicionantes de traumas o dolencias. Haciéndolo así, su mirada irá siempre dirigida —exigencias de la fe crística— hacia esa meta mágica llamada *cielo*. Pero el cielo más que un lugar reservado a quienes mueren llenos de Cristo es la situación existencial donde el ser humano, rebasando las lindes de su caducidad, puede vivir en plenitud¹⁰.

La actual vivencia crística permite intuir —desde la fe— cómo será esa existencia en plenitud. Así pues, quien disfruta de una vida sana, está en mejores condiciones para acariciar, aunque sea sólo a tientas, la ilusión de la dicha suprema. Ésta se consigue sólo en el *más allá*. Pero hay que ganarla en el *más acá*. ¿Cómo? Dando a la existencia la orientación que el resucitado marcara ya en pentecostés. Y ello exige regirse por parámetros de carga positiva (servicio-entrega-amor), erradicando por ende cuanto resume negatividad (pecado-egoísmo-injusticia). Quien así se comporta, convierte su vida presente en anticipo de la plenitud escatológica¹¹.

Resulta, por otra parte, obvio que la muerte pone fin a toda situación presente. Éstas nunca ofrecen, por tanto, carácter definitivo. *Salud-enfermedad* constituyen un extraño binomio que rige el destino de cada ser humano. Mas la fe crística invita a confiar que el óbito pondrá fin a esa andadura salpicada de inseguridad. Y es que quien hoy está sano, mañana puede estar enfermo; o a la inversa. En consecuencia, la salud y la enfermedad son coyunturas circunstanciales que —exigencias de la limitación— van jalando la trayectoria humana. Pues bien, ésta, analizada desde la fe crística —¡misterio pascual!—, exige afrontar con ilusión esperanzada incluso las postraciones más mortificantes.

La vivencia de fe garantiza que la auténtica felicidad se fragua en el interior de la persona. La salud nunca ha hecho a nadie feliz. Puede contribuir sin duda a facilitar la valoración de ese sublime don llamado *vida*.

Mas ¿por qué no ha de ocurrir igual en caso de enfermedad? Nuestra religión nos enseña que también los enfermos —analizando su situación circunstancial a la luz de pascua— pueden serenar su existencia con la garantía de esa vida en plenitud que ellos van vislumbrando ya en el *más acá* conforme consiguen adecuarse a la vivencia crística. Y ésta es tan plenificante para el enfermo como para el sano.

Misterio pascual: dolor sublimado

Muchos piensan que la religión cristiana enseña a no sufrir. ¡Lamentable error! El dolor es algo inherente a la condición humana.

Nadie puede erradicarlo de su vida. Incluso las personas más sanas y desproblematizadas jamás logran situarse más allá del sufrimiento. No sólo los enfermos sufren. Y los cristianos no son obviamente una excepción. Entonces, ¿qué aporta nuestra religión a quienes, acosados por la angustia lacerante, acuden a ella en busca de ayuda y orientación? Muy sencillo: el cristianismo —visto desde pascua— enseña a sublimar el dolor. ¿Cómo? A fuerza de esperanza. Sí, el creyente queda invitado a comprender que más allá de la caducidad presente le espera una vida plena donde rebosará una dicha que nada ni nadie le podrá arrebatar.

El gran problema para los humanos estriba no tanto en sufrir cuanto en dar sentido a su dolor. De hecho, infinidad de personas se hunden viendo cómo su desvalimiento es absurdo. Por otra parte, hasta la fecha nadie se ha lamentado de sufrir por auténtico amor. Quien ama de verdad afronta con entereza las pruebas y soporta con alegría las contrariedades y hasta las mismas desgracias.

Pues bien, tal tesis —traducida a categorías cristianas— permite comprender cómo la vivencia crística ayuda a superar el dolor en base a una firme esperanza. El creyente sabe —se lo dice su fe— que las coyunturas presentes abocarán irreversiblemente a un mundo donde sólo tenga cabida la felicidad plenificante. Y tal convicción da fuerzas para afrontar toda crisis o contratiempo.

Sería, sin embargo, falso pensar que el cristianismo invita a amar el dolor. Al contrario, nuestra religión empuja hacia la felicidad. Sólo que para adentrarnos en sus dominios es preciso superar antes un sinfín de obstáculos que a veces hacen sangrar por dentro. Si el cristianismo fomentara el dolorismo, mal podría anclarse en el mensaje de pascua. Éste inunda al ser humano de esa paz que fluye del amor¹². No en vano Cristo es la encarnación del mismo amor divino. Quien se adecua a las exigencias crísticas entroniza en su vida el amor. Y éste ¿puede no sublimar el dolor? Ciertamente el creyente sigue sufriendo, pero su dolor tiene ya sentido. Se lo da el amor, hecho ilusión esperanzada. Tal es el mensaje que fluye de pascua, punto de arranque de nuestra religiosidad. Somos cristianos no tanto por los portentos que protagonizara Jesús cuanto por el hecho incontestable de su resurrección gloriosa. Ésta nos garantiza que sigue vivo en la comunidad y en cuantos miembros ajustan a pascua su módulo existencial.

Se comprende, pues, que enfermos y sanos compartan idéntica esperanza ante la muerte vista desde la vida. Para ellos morir es ir viviendo cada día con mayor intensidad. Tal convicción permite ir superando el freno de lo caduco. Y así, incluso en las situaciones más adversas y conflictivas, consiguen conservar el optimismo que da la vida. No en vano ésta tiene sentido para quien vive de esperanza. La fe crística se la brinda a cuantos anclan su existencia en el proyecto pascual. Así lo hicieron los primeros cristianos, logrando asombrar al mundo con su temple y entusiasmo. Ciertamente que también entre ellos había enfermos y sanos. ¿Dónde descubrir, pues, el secreto de su inquebrantable optimismo? ¡En su fe crística! Ésta les permitió superar aquella compleja búsqueda (Antiguo Testamento) para trocársela en encuentro (Nuevo Testamento).

La fe cristiana patentiza que el impacto pentecostal conectó a los creyentes con el resucitado, cuya presencia vivencial les infundió tal impulso que ni la enfermedad ni la muerte misma conseguían atemperar. Pues bien, ¿por qué no puede ocurrir algo parecido con el cristianismo de hoy? Quien se adhiera con firmeza al mensaje pascual comprenderá —no tanto desde la mente cuanto desde la vida— que tanto la enfermedad como la salud son situaciones en las que los humanos hemos de ir explotando nuestros va-

lores creacionales para ir así madurando para la plenitud. En tan singular empeño ningún creyente ha de sentirse solo. Cuenta con la ayuda incondicional de ese Cristo vivo que —¡fuerza de la resurrección!— sigue impulsando la dinámica existencia de cuantos le entronizan en el fondo de sus corazones.

Notas

1. Tal hermenéutica era, en el fondo, fruto de la creencia popular según la cual Dios había creado a todos los seres infundiéndoles su *espíritu* (= «ruah»). Y así, cuando éste se retiraba o enervaba, el ser creado comenzaba a acusar una debilidad que, vista desde categorías religiosas, se suponían expresión clara del pecado, si quien debía soportarla era el ser humano. Así, EICHRODT, W.: *Teología del Antiguo Testamento, II: Dios y mundo - Dios y hombre*. Madrid, 1975, págs. 56-58.
2. Cf. RUIZ, G.: *La actividad política de los profetas y el pueblo del país*. En *Cultura Bíblica*, 31 (1974), págs. 19-22.
3. Cf. GRABER, F. y MÜLLER, D.: *Salud, curación*. En *Diccionario Teológico del Nuevo Testamento*. Vol. IV, Salamanca, 1984, págs. 138-144. Es interesante el estudio de los autores, cifrado en mostrar cómo el pueblo elegido siempre asociaba tanto la salud como la curación a un nexo especial del ser humano con la divinidad.
4. Cf. CAZELLES, H.: *Alliance nouvelle, coeur nouveau*. En *Christus*, 25 (1978), págs. 90-99.
5. Son varios los estudios recientes escritos en castellano, donde se aborda a fondo la problemática del *sheol* y sus implicaciones en el proceso reflexivo del pueblo de Dios. Pueden hallarse orientaciones clarificadoras en la obra de: SALAS, A.: *La Biblia ante el «mas allá»; ¿inmortalidad o resurrección?* 2 ed., Madrid, 1980, págs. 36-66.
6. Sobre este punto pueden consultarse los estudios siguientes: SALGUEIRO, J.: *La resurrección de los cuerpos en Dan 12, 1-3*. En *Cultura Bíblica*, 23 (1966), págs. 151-160; BONORA, A.: *Il linguaggio di risurrezione in Daniele 12, 1-3*. En *Rivista Biblica*, 30 (1982), págs. 111-125.
7. Jesús fue, en el fondo, portador indiscutible de un amor revolucionario, que situaba al ser humano en el centro mismo de toda su inquietud y proclamación mesiánica. Así es como se impone entender el famoso espíritu de denuncia revolucionaria que la crítica actual asocia con el quehacer histórico de Jesús. Cf. SÁENZ GALACHE, M.: *Jesús, el revolucionario*. En *Biblia y Fe*, 6 (1980), págs. 55-75.
8. Cf. ALONSO DÍAZ, J.: *La vida y la muerte de Jesús dentro del esquema del sacrificio*. En *Cultura Bíblica*, 30 (1973), págs. 67-86.
9. Así se infiere de un análisis aséptico de las *bienaventuranzas*, donde Jesús asocia la auténtica felicidad con la encarnación de su proyecto de vida, el cual exige una entrega incondicional al reino. Uno de los estudios sobre las *bienaventuranzas* donde se consigna con más claridad esta tesis es sin duda el de: LÓPEZ MELÚS, F.: *Las Bienaventuranzas. Ley fundamental de la vida cristiana*. Zaragoza, 1982.
10. Mucho se está escribiendo últimamente sobre los tradicionales *novísimos* a los que se intenta liberar de su tradicional carga mítica. Una visión desmitificada del *cielo* que se ajusta a las líneas señaladas es la de: SALAS, A.: *¿Qué es el cielo? Respuesta bíblica*. Madrid, 1985.
11. Tal es la pauta existencial marcada por Cristo en su condición de esperanza de Israel hecha realidad en virtud de su triunfo resurreccionista. Éste instaura una nueva economía de salvación que permite al creyente saborear ya ahora las delicias de la tan anhelada plenitud escatológica. Estas ideas vienen muy bien expuestas en la obra de: ALONSO DÍAZ, J.: *De la esperanza de Israel a la esperanza cristiana*. Madrid, 1975, págs. 125-138.
12. Quizá no siempre se haya resaltado suficientemente la hegemonía del amor introducida por Jesús como norma suprema de valoración existencial. Un recorrido de la trayectoria histórico-salvífica permite realizar sin duda la dinámica amorosa que Jesús convierte en centro neurálgico de su mensaje. Sobre este punto son orientadoras las ideas expuestas en un número monográfico de la revista *Biblia y Fe* dedicado todo él a la *teología de amor*, 33 (1985). Pero, entre sus aportaciones, la más clarificadora es la siguiente: SÁENZ DE SANTA MARÍA, M.: *El amor viene de Dios (1 Jn 4, 7). El amor: respuesta*. En *Biblia y Fe*, 33 (1985), págs. 286-296.

6.1. GUÍA DE ÉTICA MÉDICA EUROPEA

Colegios Oficiales de Médicos

En el número anterior de L.H., monográfico, publicábamos en la página 238 la Guía de Ética Médica. Su texto comenzaba, según el original que obraba en nuestro poder, con el artículo 13, desconociendo las razones de dicha irregularidad.

Poco después de ser publicado, ha llegado hasta nosotros la versión original de los *Principios de Ética Médica Europea*, adoptado por la *Conférence Internationale des Ordres et des organismes d'attributions similaires*, el pasado 6 de enero de 1987.

Así las cosas, hemos considerado oportuno publicar el nuevo texto, dado tanto el interés del mismo, como las variaciones en él introducidas.

Guía de Ética Médica

El presente texto contiene los principios más importantes destinados a inspirar la conducta profesional de los médicos, sea cual fuere su forma de ejercicio, en su relación con los enfermos, la comunidad y entre sí. Se refiere asimismo a la situación específica de los médicos, de quienes depende el buen ejercicio de la profesión. La Conferencia recomienda al Colegio de Médicos u Organismo de competencia similar de cada Estado miembro de las Comunidades Europeas, se sirva tomar las medidas oportunas destinadas a garantizar que las exigencias nacionales por cuanto respecta a los deberes y derechos de los médicos hacia los enfermos y la comunidad, al igual que sus relaciones profesionales, estén conformes a los principios dictados en el presente texto, de forma que la legislación de su país permita la aplicación eficaz de tales principios.

Artículo 1. La vocación del médico consiste en defender la salud física y mental del hombre y aliviar su dolor en el

respeto por la vida y la dignidad de la persona humana, sin distinción de edad, raza, religión, nacionalidad, condición social e ideología política, o cualquier otra razón, tanto en tiempos de paz como en tiempos de guerra.

Compromiso del médico

Art. 2. El médico, en el ejercicio de su profesión, se compromete a dar prioridad a los intereses de salud del enfermo. El médico sólo podrá utilizar sus conocimientos profesionales para mejorar o mantener la salud de aquellos que confían en él, a petición de los mismos; en ningún caso puede actuar en perjuicio suyo.

Art. 3. El médico no puede imponer al enfermo sus criterios personales, filosóficos, morales o bien políticos, en el ejercicio de su profesión.

Consentimiento ilustrado

Art. 4. Salvo en caso de urgencia, el médico debe informar al enfermo sobre los efectos y posibles consecuencias del tratamiento. Obtendrá el consentimiento del paciente, sobre todo cuando los actos propuestos presentan un serio peligro.

El médico no puede sustituir su propio concepto de la calidad de vida por el de su paciente.

Independencia moral y técnica

Art. 5. Tanto si se trata de aconsejar como de actuar, el médico debe disponer de su total libertad profesional y de las condiciones técnicas y morales que le permitan actuar con plena independencia.

Debería informarse al paciente, de no reunirse semejantes condiciones.

Art. 6. Cuando el médico actúa por cuenta de una autoridad privada o pública, cuando se le encomienda una misión por parte de terceros o de una institución, debe informar asimismo al paciente.

Secreto profesional

Art. 7. El médico es el confesor necesario del paciente. Debe garantizarle el secreto total de cuanta información haya obtenido y de cuanto haya podido comprobar a raíz de sus contactos con él.

El secreto médico no queda abolido al morir los pacientes.

El médico debe respetar la vida privada de los pacientes y tomar cuantas medidas sean necesarias para que resulte imposible revelar cuanto haya llegado a su conocimiento con el ejercicio de su profesión.

Cuando el derecho nacional contempla excepciones por lo que respecta a la obligación del secreto médico, el médico podrá solicitar asesoramiento previo a su Colegio Médico u Organismo de competencia similar.

Art. 8. Los médicos no pueden colaborar en la constitución de bancos electrónicos de datos médicos que puedan poner en peligro, o bien mermar, el derecho del paciente a la intimidad, a la seguridad y a la protección de su vida privada. Por respeto a la ética profesional, todo banco de datos médicos informatizado deberá quedar bajo la responsabilidad de un médico especialmente designado para ello.

Los bancos de datos médicos no pueden tener relación alguna con otros bancos de datos.

Competencia del médico

Art. 9. El médico debe emplear todos los recursos de las ciencias médicas para aplicarlos de forma adecuada a su paciente.

Art. 10. No podrá valerse de una competencia que no posea.

Art. 11. En caso de que una exploración o tratamiento sobrepase sus conocimientos, recurrirá a un compañero más competente.

Ayuda a los moribundos

Art. 12. En cualquier circunstancia, el médico está implicado en el constante respeto por la vida, la autonomía moral y la libre elección del paciente. No obstante, en caso de enfermedad incurable o terminal, el médico puede limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente administrándole los tratamientos adecuados y manteniendo, en todo lo posible, la calidad de una vida que se agota. Es imperativo asistir al moribundo hasta el final y actuar de forma que pueda conservar su dignidad.

Trasplantes de órganos

Art. 13. Cuando se trate de un enfermo con imposibilidad de invertir el proceso terminal de cese de sus funciones vitales mantenidas artificialmente, los médicos comprobarán el fallecimiento del paciente tomando en cuenta los datos más recientes de la ciencia.

Por lo menos dos médicos se encargarán de redactar por separado un documento sobre tal situación.

Serán independientes del equipo encargado del trasplante.

Art. 14. Los médicos encargados de extraer un órgano destinado a un trasplante, pueden aplicar tratamientos particulares, orientados a conservar en actividad los órganos destinados a dicho trasplante.

Art. 15. Los médicos encargados de la extracción comprobarán por todos los medios posibles, que el donante no ha emitido declaración alguna en vida, ni por escrito, ni antes sus familiares.

Reproducción

Art. 16. A petición del paciente, el médico le facilitará toda información útil en materia de reproducción y contracepción.

Art. 17. Para un médico, es conforme a la ética —en base a sus propias convicciones— negarse a intervenir en el proceso de reproducción o en caso de interrupción del embarazo o aborto, invitando a los interesados a solicitar el consejo de otros compañeros.

Experimentación sobre el hombre

Art. 18. El avance en Medicina está fundado en la investigación, la cual no puede prescindir de una experimentación relacionada con el hombre.

Art. 19. El protocolo de toda experimentación proyectada sobre el hombre debe someterse previamente a una comisión de ética, ajena al que practique la experimentación, para solicitar asesoramiento y consejo.

Art. 20. Deberá recogerse el consentimiento libre e ilustrado del individuo objeto de la experimentación, tras haberle informado de forma adecuada acerca de los objetivos, métodos y beneficios previstos, así como sobre los riesgos y molestias potenciales, y su derecho a no participar en la experimentación y a poder retirarse en cualquier momento.

Art. 21. El médico no puede relacionar la investigación biomédica con los cuidados médicos, con el propósito de adquirir nuevos conocimientos médicos, a no ser que dicha investigación biomédica esté justificada por una utilidad diagnóstica o terapéutica potencial con respecto a su enfermo.

Tortura y tratamientos inhumanos

Art. 22. El médico jamás debe secundar, participar o admitir actos de tortura u otra forma de tratamientos crueles, inhumanos o degradantes, sean cuales fueren los argumentos invocados (falta cometida, acusación, opiniones), y en cualquier situación, así como en caso de conflicto civil o armado.

Art. 23. El médico jamás debe emplear sus conocimientos, su competencia o su habilidad para facilitar el empleo de la tortura o de cualquier otro método cruel, inhumano o degradante, sea cual fuere el fin perseguido.

El médico y la sociedad

Art. 24. Para cumplir su misión humanitaria, el médico tiene derecho a la protección legal de su independencia profesional, tanto en tiempos de paz como en tiempos de guerra.

Art. 25. El médico que actúa sea individualmente o bien por mediación de las organizaciones profesionales, tiene el deber de llamar la atención de la comunidad por cuanto respecta a las deficiencias en lo referente a la calidad de los cuidados y a la independencia profesional de los médicos.

Art. 26. Los médicos deben participar en la elaboración y ejecución de todas las medidas colectivas destinadas a mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades. Deben colaborar particularmente, y desde un

punto de vista médico, en la organización de auxilio, sobre todo en caso de siniestro.

Art. 27. En la medida de sus competencias y posibilidades, debe participar en la constante mejora de la calidad de los cuidados por medio de la investigación y del continuo perfeccionamiento, de modo que pueda ofrecer al paciente unos cuidados acordes con los elementos de la ciencia.

Confraternidad

Art. 28. Las reglas de confraternidad quedan introducidas en interés de los pacientes. Están destinadas a evitar que éstos sean víctimas de maniobras de competencia desleal entre médicos. Estos, sin embargo, pueden hacer uso legítimo de las cualidades profesionales reconocidas por sus semejantes.

Art. 29. El médico que tenga que atender a un paciente que ya esté recibiendo tratamiento por parte de uno de sus compañeros, debe intentar ponerse en contacto con este último en interés del enfermo y salvo oposición por parte del mismo.

Art. 30. No supone faltar al deber de confraternidad, el que un médico comunique al órgano profesional competente las infracciones a las reglas de ética médica y de competencia profesional, de las que haya tenido conocimiento.

Publicidad de los descubrimientos

Art. 31. El médico tiene el deber de comunicar prioritariamente a la prensa profesional los descubrimientos que haya realizado o bien las conclusiones derivadas de sus estudios científicos en materia de diagnóstico o terapia. Los someterá al criterio de sus compañeros siguiendo los cauces adecuados, antes de divulgarlos al público no médico.

Art. 32. Cualquier aprovechamiento de un éxito médico en beneficio de una persona, de un grupo o de una academia, es contrario a la ética médica.

Continuidad de los cuidados

Art. 33. El médico, sea cual fuere su especialidad, debe considerar como un deber atender a los cuidados de urgencia de un enfermo en peligro inminente, a no ser que se le garantice que otros médicos pueden facilitar tales cuidados y que están capacitados para hacerlo.

Art. 34. El médico que acepta atender a un paciente, se compromete a garantizar la continuidad de su asistencia y, de ser necesario, solicitando la ayuda de médicos adjuntos, médicos suplentes o bien de socios con competencia adecuada.

Libre elección

Art. 35. La libre elección de médico, por parte del enfermo, constituye un principio fundamental de la relación médico/enfermo. El médico debe respetar y hacer respetar tal libertad de elección.

Por cuanto respecta al médico, éste puede negarse a prestar asistencia sanitaria, salvo si se trata de un enfermo en peligro.

Huelga médica

Art. 36. En caso de que un médico decida secundar una oposición colectiva organizada, por cuanto respecta a la prestación de sus servicios, no queda eximido de sus obligaciones éticas hacia los pacientes a quienes debe garantizar los cuidados de urgencia y aquellos otros cuidados necesarios para los enfermos que estén en tratamiento.

Honorarios

Art. 37. En caso de no existir contrato o convenio individual o colectivo que determine su remuneración, el médico, al presentar sus honorarios, tomará en consideración la importancia del servicio prestado, las circunstancias particulares eventuales, su propia competencia y la situación económica del paciente.

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS

Ediciones Paulinas, en colaboración con los Hermanos de San Juan de Dios, acaban de publicar los dos primeros libros de su *Colección Biblioteca Hospitalaria*.

N.º 1

POR UN HOSPITAL MÁS HUMANO

Marchesi - Spinsanti - Spinelli

- Humanicemos el Hospital.
- La ética para una medicina humana.
- La aportación de las ciencias humanas a la obra de humanización del personal sanitario.

132 págs. P.V.P. 750 ptas.

N.º 2

MORIR EN LA TERNURA (Vivir el último instante)

Christiane Jomain

- La muerte y su proximidad.
- El enfermo terminal y los otros.
- El moribundo es una persona viva.
- Aprender a cuidar a los moribundos.

184 págs. P.V.P. 900 ptas.

Solicítelos en cualquier establecimiento de la red de Librerías San Pablo, o pídañoslos a L.H. (a nuestros suscriptores se les efectuará el 10 % de descuento).

6.2. INSTRUCCIÓN SOBRE EL RESPETO DE LA VIDA HUMANA NACIENTE Y LA DIGNIDAD DE LA PROCREACIÓN

Respuesta a algunas cuestiones de actualidad

Congregación para la Doctrina de la Fe

Advertíamos en el número anterior la inminencia de la aparición de la Instrucción de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe sobre temas de palpitante actualidad en el ámbito de la bioética.

Aparecido el Documento en cuestión, L.H. cree conveniente y necesario ofrecérselo a sus lectores.

La exposición seguirá el siguiente plan: la introducción recordará los principios fundamentales, de carácter antropológico y moral, necesarios para una exacta valoración de esos problemas y para la elaboración de la correspondiente respuesta; la primera parte tratará del respeto debido al ser humano desde el primer momento de su existencia; la segunda parte afrontará las cuestiones morales planteadas por las intervenciones técnicas sobre la procreación humana; en la tercera parte se señalarán algunas orientaciones acerca de la relación existente entre ley moral y ley civil a propósito de la consideración debida a los embriones y fetos humanos en dependencia con la legitimidad de las técnicas de procreación artificial.*

Introducción

1. La investigación biomédica y la enseñanza de la Iglesia

El don de la vida, que Dios Creador y Padre ha confiado al hombre, exige que éste tome conciencia de su inestimable valor y lo acoja responsablemente. Este principio básico debe colocarse en el centro de la reflexión encaminada a esclarecer y resolver los problemas morales que surgen de las intervenciones artificiales sobre la vida naciente y sobre los procesos procreativos.

Gracias al progreso de las ciencias biológicas y médicas, el hombre dispone de medios terapéuticos cada vez más eficaces, pero puede también adquirir nuevos poderes, preñados de consecuencias imprevisibles, sobre el inicio y los

Preámbulo

Diversas Conferencias Episcopales y numerosos obispos, teólogos, médicos y hombres de ciencia, han interpellado la Congregación para la Doctrina de la Fe, planteando la cuestión de si las técnicas biomédicas que permiten intervenir en la fase inicial de la vida del ser humano y aun en el mismo proceso procreativo son conformes con los principios de la moral católica. La presente Instrucción, que es fruto de numerosas consultas y en particular de un examen atento de las declaraciones episcopales, no pretende reproducir toda la enseñanza de la Iglesia sobre la dignidad de la vida humana naciente y de la procreación, sino ofrecer, a la luz de la doctrina precedente del Magisterio, una respuesta específica a los problemas planteados.

* Los términos «cigoto», «pre-embrión», «embrión» y «feto» en el vocabulario biológico pueden indicar estadios sucesivos en el desarrollo del ser humano. La presente Instrucción utiliza libremente estos términos, atribuyéndoles un idéntico significado ético. Con ellos designa el fruto, visible o no, de la generación humana, desde el primer momento de su existencia hasta el nacimiento. La razón de este uso quedará aclarada en el texto (cf. I, 1).

primeros estadios de la vida humana. En la actualidad, diversos procedimientos dan la posibilidad de intervenir en los mecanismos de la procreación, no sólo para facilitarlos, sino también para dominarlos. Si tales técnicas permiten al hombre «tener en sus manos el propio destino», lo exponen también «a la tentación de transgredir los límites de un razonable dominio de la naturaleza»¹. Por eso, aun cuando tales técnicas pueden constituir un progreso al servicio del hombre, al mismo tiempo comportan graves riesgos. De ahí que se eleve, por parte de muchos, una llamada urgente a salvaguardar los valores y los derechos de la persona humana en las intervenciones sobre la procreación. La demanda de luz y de orientación proviene no sólo de los fieles, sino también de cuantos reconocen a la Iglesia, «experta en humanidad»², una misión al servicio de la «civilización del amor»³ y de la vida.

El Magisterio de la Iglesia no interviene en nombre de una particular competencia en el ámbito de las ciencias experimentales. Al contrario, después de haber considerado los datos adquiridos por la investigación y la técnica, desea proponer, en virtud de la propia misión evangélica y de su deber apostólico, la doctrina moral conforme a la dignidad de la persona y a su vocación integral, exponiendo los criterios para la valoración moral de las aplicaciones de la investigación científica y de la técnica a la vida humana, en particular en sus inicios. Estos criterios son el respeto, la defensa y la promoción del hombre, su «derecho primario y fundamental» a la vida⁴ y su dignidad de persona, dotada de alma espiritual, de responsabilidad moral⁵ y llamada a la comunión beatífica con Dios.

La intervención de la Iglesia, en este campo como en otros, se inspira en el amor que debe al hombre, al que ayuda a reconocer y a respetar sus derechos y sus deberes. Ese amor se alimenta del manantial de la caridad de Cristo: a través de la contemplación del misterio del Verbo Encarnado, la Iglesia conoce también el «misterio del hombre»⁶; anunciando el Evangelio de salvación, revela al hombre su propia dignidad y le invita a descubrir plenamente la verdad sobre sí mismo. La Iglesia propone la ley divina para promover la verdad y la liberación.

Porque es bueno, Dios da a los hombres —para indicar el camino de la vida— sus mandamientos y la gracia para observarlos; y también porque es bueno, Dios ofrece siempre a todos —para ayudarles a perseverar en el mismo camino— su perdón. Cristo se compadece de nuestras fragilidades: Él es nuestro Creador y nuestro Redentor. Que su Espíritu abra los ánimos al don de la paz divina y a la inteligencia de sus preceptos.

2. La ciencia y la técnica al servicio de la persona humana

Dios ha creado el hombre a su imagen y semejanza: «varón y mujer los creó» (*Gen 1, 27*), confiándoles la tarea de «dominar la tierra» (*Gen 1, 28*). La investigación científica, fundamental y aplicada, constituye una expresión significativa del señorío del hombre sobre la creación. Preciosos recursos del hombre cuando se ponen a su servicio y promueven su desarrollo integral en beneficio de todos, la ciencia y la técnica no pueden indicar por sí solas el sen-

tido de la existencia y del progreso humano. Por estar ordenadas al hombre, en el que tienen su origen y su incremento, reciben de la persona y de sus valores morales la dirección de su finalidad y la conciencia de sus límites.

Sería por ello ilusorio reivindicar la neutralidad moral de la investigación científica y de sus aplicaciones. Por otra parte, los criterios orientadores no se pueden tomar ni de la simple eficacia técnica, ni de la utilidad que pueden reportar a unos a costa de otros, ni, peor todavía, de las ideologías dominantes. A causa de su mismo significado intrínseco, la ciencia y la técnica exigen el respeto incondicionado de los criterios fundamentales de la moralidad: deben estar al servicio de la persona humana, de sus derechos inalienables y de su bien verdadero e integral según el plan y la voluntad de Dios⁷.

El rápido desarrollo de los descubrimientos tecnológicos exige que el respeto de los criterios recordados sea todavía más urgente; la ciencia sin la conciencia no conduce sino a la ruina del hombre. «Nuestro tiempo, más que los tiempos pasados, necesita de esa sabiduría para humanizar más todas las cosas nuevas que el hombre va descubriendo. Está en peligro el destino futuro del mundo, a no ser que surjan hombres más sabios»⁸.

3. Antropología e intervenciones biomédicas

¿Qué criterios morales deben ser aplicados para esclarecer los problemas que hoy día se plantean en el ámbito de la biomedicina? La respuesta a esta pregunta presupone una adecuada concepción de la naturaleza de la persona humana en su dimensión corpórea.

En efecto, sólo en la línea de su verdadera naturaleza la persona humana puede realizarse como «totalidad unificada»⁹. Ahora bien, esa naturaleza es al mismo tiempo corporal y espiritual. En virtud de su unión sustancial con un alma espiritual, el cuerpo humano no puede ser reducido a un complejo de tejidos, órganos y funciones, ni puede ser valorado con la misma medida que el cuerpo de los animales, ya que es parte constitutiva de una persona, que a través de él se expresa y se manifiesta.

La ley moral natural evidencia y prescribe las finalidades, los derechos y los deberes, fundamentados en la naturaleza corporal y espiritual de la persona humana. Esa ley no puede entenderse como una normatividad simplemente biológica, sino que ha de ser concebida como el orden racional por el que el hombre es llamado por el Creador a dirigir y regular su vida y sus actos y, más concretamente, a usar y disponer del propio cuerpo¹⁰.

Una primera conclusión se puede extraer de tales principios: cualquier intervención sobre el cuerpo humano no alcanza únicamente los tejidos, órganos y funciones; afecta también, y a diversos niveles, a la persona misma; encierra por tanto un significado y una responsabilidad morales, de modo quizá implícito, pero real. Juan Pablo II recordaba con fuerza a la Asociación Médica Mundial: «Cada persona humana, en su irreplicable singularidad, no está constituida solamente por el espíritu, sino también por el cuerpo, y por eso en el cuerpo y a través del cuerpo se alcanza a la persona misma en su realidad concreta. Respetar la dignidad del hombre comporta, por consiguiente,

salvaguardar esa identidad del hombre *corpore et anima unus*, como afirma el Concilio Vaticano II (Const. *Gaudium et Spes*, 14, 1). Desde esta visión antropológica se deben encontrar los criterios fundamentales de decisión, cuando se trata de procedimientos no estrictamente terapéuticos, como son, por ejemplo, los que miran a la mejora de la condición biológica humana»¹¹.

La biología y la medicina contribuyen con sus aplicaciones al bien integral de la vida humana, cuando desde el momento en que acuden a la persona enferma respetan su dignidad de criatura de Dios. Pero ningún biólogo o médico puede pretender razonablemente decidir el origen y el destino de los hombres, en nombre de su competencia científica. Esta norma se debe aplicar de manera particular al ámbito de la sexualidad y de la procreación, pues ahí el hombre y la mujer actualizan los valores fundamentales del amor y de la vida.

Dios, que es amor y vida, ha inscrito en el varón y en la mujer la llamada a una especial participación en su misterio de comunión personal y en su obra de Creador y de Padre¹². Por esa razón, el matrimonio posee bienes y valores específicos de unión y de procreación, incomparablemente superiores a los de las formas inferiores de la vida. Esos valores y significados de orden personal determinan, en el plano moral, el sentido y los límites de las intervenciones artificiales sobre la procreación y el origen de la vida humana. Tales procedimientos no deben rechazarse por el hecho de ser artificiales; como tales testimonian las posibilidades de la medicina, pero deben ser valorados moralmente por su relación con la dignidad de la persona humana, llamada a corresponder a la vocación divina al don del amor y al don de la vida.

4. Criterios fundamentales para un juicio moral

Los valores fundamentales relacionados con las técnicas de procreación artificial humana son dos: la vida del ser humano llamado a la existencia y la originalidad con que esa vida es transmitida en el matrimonio. El juicio moral sobre los métodos de procreación artificial tendrá que ser formulado a la luz de esos valores.

La vida física, por la que se inicia el itinerario humano en el mundo, no agota en sí misma, ciertamente, todo el valor de la persona, ni representa el bien supremo del hombre llamado a la eternidad. Sin embargo, en cierto sentido constituye el valor «fundamental», precisamente porque sobre la vida física se apoyan y se desarrollan todos los demás valores de la persona¹³. La inviolabilidad del derecho a la vida del ser humano inocente «desde el momento de la concepción hasta la muerte»¹⁴ es un signo y una exigencia de la inviolabilidad misma de la persona, a la que el Creador ha concedido el don de la vida.

Respecto a la transmisión de otras formas de vida en el universo, la comunicación de la vida humana posee una originalidad propia, derivada de la originalidad misma de la persona humana. «Y como la vida humana se propaga a otros hombres de una manera consciente y responsable, se sigue de aquí que esta propagación debe verificarse de acuerdo con las leyes sacrosantas, inmutables e inviolables de Dios, las cuales han de ser conocidas y respetadas por

todos. Nadie, pues, puede lícitamente usar en esta materia los medios o procedimientos que es lícito emplear en la genética de las plantas o de los animales»¹⁵.

Los progresos de la técnica hacen posible en la actualidad una procreación sin unión sexual, mediante el encuentro *in vitro* de células germinales extraídas previamente del varón y de la mujer. Pero lo que es técnicamente posible no es, por esa sola razón, moralmente admisible. La reflexión racional sobre los valores fundamentales de la vida y de la procreación humana, es indispensable para formular un juicio moral acerca de las intervenciones técnicas sobre el ser humano ya desde sus primeros estadios de desarrollo.

5. Las enseñanzas del Magisterio

El Magisterio de la Iglesia ofrece a la razón humana, también en esta materia, la luz de la Revelación: la doctrina sobre el hombre enseñada por el Magisterio contiene numerosos elementos que iluminan los problemas aquí tratados.

La vida de todo ser humano ha de ser respetada de modo absoluto desde el momento mismo de la concepción, porque el hombre es la única criatura en la tierra que Dios ha «querido por sí misma»¹⁶, y el alma espiritual de cada hombre es «inmediatamente creada» por Dios¹⁷; todo su ser lleva grabada la imagen del Creador. La vida humana es sagrada porque desde su inicio comporta «la acción creadora de Dios»¹⁸ y permanece siempre en una especial relación con el Creador, su único fin¹⁹. Sólo Dios es Señor de la vida desde su comienzo hasta su término: nadie, en ninguna circunstancia, puede atribuirse el derecho de matar de modo directo a un ser humano inocente²⁰.

La procreación humana presupone la colaboración responsable de los esposos con el amor fecundo de Dios²¹; el don de la vida humana debe realizarse en el matrimonio mediante los actos específicos y exclusivos de los esposos, de acuerdo con las leyes inscritas en sus personas y en su unión²².

I. El respeto de los embriones humanos

Una atenta consideración de las enseñanzas del Magisterio y de las verdades de razón antes recordadas permite dar una respuesta a los numerosos problemas planteados por las intervenciones técnicas sobre las fases iniciales de la vida del ser humano y sobre el proceso de su concepción.

1. ¿Qué respeto se debe al embrión humano en virtud de su naturaleza e identidad?

El ser humano ha de ser respetado —como persona— desde el primer instante de su existencia.

Los procedimientos de fecundación artificial han hecho posible intervenir sobre los embriones y los fetos humanos con modalidades y fines de diverso género: diagnósticos y terapéuticos, científicos y comerciales. De todo ello surgen

graves problemas. ¿Cabe hablar de un derecho a experimentar sobre embriones humanos en orden a la investigación científica? ¿Qué directrices o qué legislación se debe establecer en esta materia? La respuesta a estas cuestiones exige una profunda reflexión sobre la naturaleza y la identidad propia —se habla hoy de «estatuto»— del embrión humano.

La Iglesia por su parte, en el Concilio Vaticano II, ha propuesto nuevamente a nuestros contemporáneos su doctrina constante y cierta, según la cual «la vida ya concebida ha de ser salvaguardada con extremos cuidados desde el momento de la concepción. El aborto y el infanticidio son crímenes abominables»²³. Más recientemente la *Carta de los derechos de la familia*, publicada por la Santa Sede, subrayaba que «la vida humana ha de ser respetada y protegida de modo absoluto desde el momento de su concepción»²⁴.

Esta Congregación conoce las discusiones actuales sobre el inicio de la vida del hombre, sobre la individualidad del ser humano y sobre la identidad de la persona. A ese propósito recuerda las enseñanzas contenidas en la *Declaración sobre el aborto procurado*: «Desde el momento en que el óvulo es fecundado, se inaugura una nueva vida que no es la del padre ni la de la madre, sino la de un nuevo ser humano que se desarrolla por sí mismo. Jamás llegará a ser humano si no lo ha sido desde entonces. A esta evidencia de siempre... la genética moderna otorga una preciosa confirmación. Muestra que desde el primer instante se encuentra fijado el programa de lo que será ese viviente: un hombre, este hombre individual con sus características ya bien determinadas. Con la fecundación inicia la aventura de una vida humana, cuyas principales capacidades requieren un tiempo para desarrollarse y poder actuar»²⁵. Esta doctrina sigue siendo válida y es confirmada, en el caso de que fuese necesario, por los recientes avances de la biología humana, la cual reconoce que en el cigoto * resultante de la fecundación está ya constituida la identidad biológica de un nuevo individuo humano.

Ciertamente ningún dato experimental es por sí suficiente para reconocer un alma espiritual; sin embargo, los conocimientos científicos sobre el embrión humano ofrecen una indicación preciosa para discernir racionalmente una presencia personal desde este primer surgir de la vida humana: ¿cómo un individuo humano podría no ser persona humana? El Magisterio no se ha comprometido expresamente con una afirmación de naturaleza filosófica, pero repite de modo constante la condena moral de cualquier tipo de aborto procurado. Esta enseñanza permanece inmutada y es inmutable²⁶.

Por tanto, el fruto de la generación humana desde el primer momento de su existencia, es decir, desde la constitución del cigoto, exige el respeto incondicionado que es moralmente debido al ser humano en su totalidad corporal y espiritual. El ser humano debe ser respetado y tratado como persona desde el instante de su concepción y, por eso, a partir de ese mismo momento se le deben reconocer los derechos de la persona, principalmente el derecho inviolable de todo ser humano inocente a la vida.

* El cigoto es la célula resultante de la fusión de los núcleos de los dos gametos.

La doctrina recordada ofrece el criterio fundamental para la solución de los diversos problemas planteados por el desarrollo de las ciencias biomédicas en este campo: puesto que debe ser tratado como persona, en el ámbito de la asistencia médica el embrión también habrá de ser defendido en su integridad, cuidado y sanado, en la medida de lo posible, como cualquier otro ser humano.

2. ¿Es moralmente lícito el diagnóstico prenatal?

Si el diagnóstico prenatal respeta la vida e integridad del embrión y del feto humano y si se orienta hacia su custodia o hacia su curación, la respuesta es afirmativa.

El diagnóstico prenatal puede dar a conocer las condiciones del embrión o del feto cuando todavía está en el seno materno; y permite, o consiente prever, más precozmente y con mayor eficacia, algunas intervenciones terapéuticas, médicas o quirúrgicas.

Ese diagnóstico es lícito si los métodos utilizados, con el consentimiento de los padres debidamente informados, salvaguardan la vida y la integridad del embrión y de su madre, sin exponerles a riesgos desproporcionados²⁷. Pero se opondrá gravemente a la ley moral cuando contempla la posibilidad, en dependencia de sus resultados, de provocar un aborto: un diagnóstico que atestigua la existencia de una malformación o de una enfermedad hereditaria no debe equivaler a una sentencia de muerte. Por consiguiente, la mujer que solicitase un diagnóstico con la decidida intención de proceder al aborto en el caso de que se confirmase la existencia de una malformación o anomalía, cometería una acción gravemente ilícita. Igualmente obraría de modo contrario a la moral el cónyuge, los parientes o cualquier otra persona que aconsejase o impusiese el diagnóstico a la gestante con el mismo propósito de llegar en su caso al aborto. También será responsable de cooperación ilícita el especialista que, al hacer el diagnóstico o al comunicar sus resultados, contribuyese voluntariamente a establecer o a favorecer la concatenación entre diagnóstico prenatal y aborto.

Por último, se debe condenar, como violación del derecho a la vida de quien ha de nacer y como transgresión de los prioritarios derechos y deberes de los cónyuges, una directriz o un programa de las autoridades civiles y sanitarias, o de organizaciones científicas, que favoreciese de cualquier modo la conexión entre diagnóstico prenatal y aborto, o que incluso indujese a las mujeres gestantes a someterse al diagnóstico prenatal planificado, con objeto de eliminar los fetos afectados o portadores de malformaciones o enfermedades hereditarias.

3. ¿Son lícitas las intervenciones terapéuticas sobre el embrión humano?

Como en cualquier acción médica sobre un paciente, *son lícitas las intervenciones sobre el embrión humano siempre que respeten la vida y la integridad del embrión, que no lo expongan a riesgos desproporcionados, que tengan como fin su curación, la mejora de sus condiciones de salud o su supervivencia individual.*

Sea cual sea el tipo de terapia médica, quirúrgica o de otra clase, es preciso el consentimiento libre e informado

de los padres, según las reglas deontológicas previstas para los niños. La aplicación de este principio moral puede requerir delicadas y particulares cautelas cuando se trate de la vida de un embrión o de un feto.

La legitimidad y los criterios para tales intervenciones han sido claramente formulados por Juan Pablo II: «Una acción estrictamente terapéutica que se proponga como objetivo la curación de diversas enfermedades, como las originadas por defectos cromosómicos, será en principio considerada deseable, supuesto que tienda a promover verdaderamente el bienestar personal del individuo, sin causar daño a su integridad y sin deteriorar sus condiciones de vida. Una acción de este tipo se sitúa de hecho en la lógica de la tradición moral cristiana»²⁸.

4. ¿Cómo valorar moralmente la investigación y la experimentación* sobre embriones y fetos humanos?

La investigación médica debe renunciar a intervenir sobre embriones vivos, a no ser que exista la certeza moral de que no se causará daño alguno a su vida y a su integridad ni a la de la madre, y sólo en el caso de que los padres hayan otorgado su consentimiento, libre e informado, a la intervención sobre el embrión. Se desprende de esto que toda investigación, aunque se limite a la simple observación del embrión, será ilícita cuando, a causa de los métodos empleados o de los efectos inducidos, implicase un riesgo para la integridad física o la vida del embrión.

Por lo que respecta a la experimentación, presupuesta la distinción general entre la que tiene una finalidad no directamente terapéutica y la que es claramente terapéutica para el sujeto mismo, es necesario distinguir la que se practica sobre embriones todavía vivos de la que se hace sobre embriones muertos. *Si se trata de embriones vivos, sean viables o no, deben ser respetados como todas las personas humanas; la experimentación no directamente terapéutica sobre embriones es ilícita*²⁹.

Ninguna finalidad, aunque fuese en sí misma noble, como la previsión de una utilidad para la ciencia, para otros seres humanos o para la sociedad, puede justificar de algún modo las experiencias sobre embriones o fetos humanos vivos, viables o no, dentro del seno materno o fuera de él. El consentimiento informado, requerido para la experimentación clínica en el adulto, no puede ser otorgado por los padres, ya que éstos no pueden disponer de la integridad ni de la vida del ser que debe todavía nacer. Por otra parte, la experimentación sobre los embriones o fetos comporta siempre el riesgo, y más frecuentemente la previsión

* Como los términos «investigación» y «experimentación» se usan con frecuencia de modo equivalente y ambiguo, parece oportuno precisar el significado que tienen en este documento:

1) Por *investigación* se entiende cualquier procedimiento inductivo-deductivo encaminado a promover la observación sistemática de un fenómeno en el ámbito humano, o a verificar una hipótesis formulada a raíz de precedentes observaciones.

2) Por *experimentación* se entiende cualquier investigación en la que el ser humano (en los diversos estadios de su existencia; embrión, feto, niño o adulto) es el objeto mediante el cual o sobre el cual se pretende verificar el efecto, hasta el momento desconocido o no bien conocido, de un determinado tratamiento (por ejemplo: farmacológico, teratogénico, quirúrgico, etc.).

cierta, de un daño para su integridad física o incluso de su muerte.

Utilizar el embrión humano o el feto, como objeto o instrumento de experimentación, es un delito contra su dignidad de ser humano, que tiene derecho al mismo respeto debido al niño ya nacido y a toda persona humana. La *Carta de los derechos de la familia*, publicada por la Santa Sede, afirma: «El respeto de la dignidad del ser humano excluye todo tipo de manipulación experimental o explotación del embrión humano»³⁰. La praxis de mantener en vida embriones humanos, *in vivo* o *in vitro*, para fines experimentales o comerciales, es completamente contraria a la dignidad humana.

En el supuesto de que la experimentación sea claramente terapéutica, cuando se trate de terapias experimentales utilizadas en beneficio del embrión como un intento extremo de salvar su vida, y a falta de otras terapias eficaces, puede ser lícito el recurso a fármacos o procedimientos todavía no enteramente seguros³¹.

Los cadáveres de embriones o fetos humanos, voluntariamente abortados o no, deben ser respetados como los restos mortales de los demás seres humanos. En particular, no pueden ser objeto de mutilaciones o autopsia si no existe seguridad de su muerte y sin el consentimiento de los padres o de la madre. Se debe salvaguardar además la exigencia moral de que no haya habido complicidad alguna con el aborto voluntario, y de evitar el peligro de escándalo. También en el caso de los fetos muertos, como cuando se trata de cadáveres de personas adultas, toda práctica comercial es ilícita y debe ser prohibida.

5. ¿Qué juicio moral merece el uso para la investigación de embriones obtenidos mediante la fecundación *in vitro*?

Los embriones humanos obtenidos *in vitro* son seres humanos y sujetos de derechos: su dignidad y su derecho a la vida deben ser respetados desde el primer momento de su existencia. *Es inmoral producir embriones humanos destinados a ser explotados como «material biológico» disponible.*

En la práctica habitual de la fecundación *in vitro* no se transfieren todos los embriones al cuerpo de la mujer; algunos son destruidos. La Iglesia, del mismo modo en que condena el aborto provocado, prohíbe también atentar contra la vida de estos seres humanos. *Resulta obligado denunciar la particular gravedad de la destrucción voluntaria de los embriones humanos obtenidos «in vitro» con el solo objeto de investigar, ya se obtengan mediante la fecundación artificial o mediante la «fisión gemelar».* Comportándose de tal modo, el investigador usurpa el lugar de Dios y, aunque no sea consciente de ello, se hace señor del destino ajeno, ya que determina arbitrariamente a quién permitirá vivir y a quién mandará a la muerte eliminando seres humanos indefensos.

Los métodos de observación o de experimentación, que causan daños o imponen riesgos graves y desproporcionados a los embriones obtenidos *in vitro*, son moralmente ilícitos por la misma razón. Todo ser humano ha de ser respetado por sí mismo, y no puede quedar reducido a un puro

y simple valor instrumental en beneficio de otros. *Por ello no es conforme a la moral exponer deliberadamente a la muerte embriones humanos obtenidos «in vitro».* Por haber sido producidos *in vitro*, estos embriones, no transferidos al cuerpo de la madre y denominados «embriones sobrantes», quedan expuestos a una suerte absurda, sin que sea posible ofrecerles vías de supervivencia seguras y lícitamente perseguibles.

6. ¿Qué juicio merecen los otros procedimientos de manipulación de embriones ligados a las «técnicas de reproducción humana»?

Las técnicas de fecundación *in vitro* pueden hacer posibles otras formas de manipulación biológica o genética de embriones humanos, como son: los intentos y proyectos de fecundación entre gametos humanos y animales y la gestación de embriones humanos en útero de animales; y la hipótesis y el proyecto de construcción de úteros artificiales para el embrión humano. *Estos procedimientos son contrarios a la dignidad de ser humano propia del embrión y, al mismo tiempo, lesionan el derecho de la persona a ser concebida y a nacer en el matrimonio y del matrimonio*³². *También los intentos y las hipótesis de obtener un ser humano sin conexión alguna con la sexualidad mediante «fisión gemelar», clonación, partenogénesis, deben ser considerados contrarios a la moral en cuanto que están en contraste con la dignidad tanto de la procreación humana como de la unión conyugal.*

La misma congelación de embriones, aunque se realice para mantener en vida al embrión —crioconservación—, constituye una ofensa al respeto debido a los seres humanos, por cuanto les expone a riesgos de muerte o de daño a la integridad física, les priva al menos temporalmente de la acogida y de la gestación materna y les pone en una situación susceptible de nuevas lesiones y manipulaciones.

Algunos intentos de intervenir sobre el patrimonio cromosómico y genético no son terapéuticos, sino que miran a la producción de seres humanos seleccionados en cuanto al sexo o a otras cualidades prefijadas. Estas manipulaciones son contrarias a la dignidad personal del ser humano, a su integridad y a su identidad. No pueden justificarse de modo alguno a causa de posibles consecuencias beneficiosas para la humanidad futura³³. Cada persona merece respeto por sí misma: en esto consiste la dignidad y el derecho del ser humano desde su inicio.

II. Intervenciones sobre la procreación humana

Por «procreación artificial» o «fecundación artificial» se entenden aquí los diversos procedimientos técnicos encaminados a lograr la concepción de un ser humano por una vía diversa de la unión sexual del varón con la mujer. La presente Instrucción trata de la fecundación del óvulo en una probeta (fecundación *in vitro*) y de la inseminación artificial mediante transferencia a las vías genitales de la mujer del espermatozoide previamente recogido.

Un aspecto preliminar a la valoración moral de tales técnicas es la consideración de las circunstancias y de las consecuencias que comportan en relación con el respeto debido al embrión humano. La consolidación de la práctica de la fecundación *in vitro* ha requerido formar y destruir innumerables embriones humanos. Todavía hoy presupone una superovulación en la mujer: se recogen varios óvulos, se fertilizan y después se cultivan *in vitro* durante algunos días. Habitualmente no se transfieren todos a las vías genitales de la mujer; algunos embriones, denominados normalmente «embriones sobrantes» se destruyen o se congelan. Algunos de los embriones ya implantados se sacrifican a veces por diversas razones: eugenésicas, económicas o psicológicas. Esta destrucción voluntaria de seres humanos o su utilización para fines diversos, en detrimento de su integridad y de su vida, es contraria a la doctrina antes recordada a propósito del aborto procurado.

La conexión entre la fecundación *in vitro* y la eliminación voluntaria de embriones humanos se verifica demasiado frecuentemente. Ello es significativo: con estos procedimientos, de finalidades aparentemente opuestas, la vida y la muerte quedan sometidas a la decisión del hombre, que de este modo termina por constituirse en dador de la vida y de la muerte por encargo. Esta dinámica de violencia y de dominio puede pasar inadvertida para los mismos que, queriéndola utilizar, quedan dominados por ella. Los hechos recordados y la fría lógica que los engarza se han de tener en cuenta a la hora de formular un juicio moral sobre la FIVET (fecundación *in vitro* y transferencia del embrión): la mentalidad abortista que la ha hecho posible lleva así, se desee o no, al dominio del hombre sobre la vida y sobre la muerte de sus semejantes, que puede conducir a un eugenismo radical.

Sin embargo, este tipo de abusos no exime de una profunda y ulterior reflexión ética sobre las técnicas de procreación artificial consideradas en sí mismas, haciendo abstracción, en la medida de lo posible, del aniquilamiento de embriones producidos *in vitro*.

La presente Instrucción considerará en primer lugar los problemas planteados por la fecundación artificial heteróloga (II, 1-3)* y sucesivamente los relacionados con la fecundación artificial homóloga (II, 4-6)**.

* La Instrucción entiende bajo el nombre de *Fecundación o procreación artificial heteróloga* las técnicas ordenadas a obtener artificialmente una concepción humana, a partir de gametos procedentes de al menos un donador diverso de los esposos unidos en matrimonio. Esas técnicas pueden ser de dos tipos:

a) *FIVET heteróloga*: es la técnica encaminada a lograr una concepción humana a través de la unión *in vitro* de gametos extraídos de al menos un donador diverso de los dos esposos unidos en matrimonio.

b) *Inseminación artificial heteróloga*: es la técnica dirigida a obtener una concepción humana mediante la transferencia a las vías genitales de la mujer del semen previamente recogido de un donador diverso del marido.

** La Instrucción entiende por *Fecundación o procreación artificial homóloga* la técnica dirigida a lograr la concepción humana a partir de los gametos de dos esposos unidos en matrimonio. La fecundación artificial homóloga puede ser actuada con dos métodos diversos:

a) *FIVET homóloga*: es la técnica encaminada al logro de una concepción humana mediante la unión *in vitro* de gametos de los esposos unidos en matrimonio.

b) *Inseminación artificial homóloga*: es la técnica dirigida al logro de una concepción humana mediante la transferencia a las vías genitales de una mujer casada del semen previamente tomado del marido.

Antes de formular el juicio ético sobre cada una de ellas, se considerarán los principios y los valores que determinan la evaluación moral de cada procedimiento.

A) Fecundación artificial heteróloga

1. ¿Por qué la procreación humana debe tener lugar en el matrimonio?

Todo ser humano debe ser acogido siempre como un don y bendición de Dios. Sin embargo, desde el punto de vista moral, sólo es verdaderamente responsable, para con quien ha de nacer, la procreación que es fruto del matrimonio.

La generación humana posee de hecho características específicas en virtud de la dignidad personal de los padres y de los hijos: la procreación de una nueva persona, en la que el varón y la mujer colaboran con el poder del Creador, deberá ser el fruto y el signo de la mutua donación personal de los esposos, de su amor y de su fidelidad³⁴. La fidelidad de los esposos, en la unidad del matrimonio, comporta el recíproco respeto de su derecho a llegar a ser padre y madre exclusivamente el uno a través del otro.

El hijo tiene derecho a ser concebido, llevado en las entrañas, traído al mundo y educado en el matrimonio: sólo a través de la referencia conocida y segura a sus padres pueden los hijos descubrir la propia identidad y alcanzar la madurez humana.

Los padres hallan en el hijo la confirmación y el completamiento de su donación recíproca: el hijo es la imagen viva de su amor, el signo permanente de su unión conyugal, la síntesis viva e indisoluble de su dimensión paterna y materna³⁵.

A causa de la vocación y de las responsabilidades sociales de la persona, el bien de los hijos y de los padres contribuye al bien de la sociedad civil; la vitalidad y el equilibrio de la sociedad exigen que los hijos vengan al mundo en el seno de una familia, y que ésta esté establemente fundamentada en el matrimonio.

La tradición de la Iglesia y la reflexión antropológica reconocen en el matrimonio y en su unidad indisoluble el único lugar digno de una procreación verdaderamente responsable.

2. ¿Es conforme la fecundación artificial heteróloga con la dignidad de los esposos y con la verdad del matrimonio?

A través de la FIVET y de la inseminación artificial heteróloga la concepción humana se obtiene mediante la unión de gametos de al menos un donador diverso de los esposos que están unidos en matrimonio. *La fecundación artificial heteróloga es contraria a la unidad del matrimonio, a la dignidad de los esposos, a la vocación propia de los padres y al derecho de los hijos a ser concebidos y traídos al mundo en el matrimonio y por el matrimonio*³⁶.

El respeto de la unidad del matrimonio y de la fidelidad conyugal exige que los hijos sean concebidos en el matrimonio; el vínculo existente entre los cónyuges atribuye

a los esposos, de manera objetiva e inalienable, el derecho exclusivo de ser padre y madre solamente el uno a través del otro³⁷. El recurso a los gametos de una tercera persona, para disponer del esperma o del óvulo, constituye una violación del compromiso recíproco de los esposos y una falta grave contra aquella propiedad esencial del matrimonio que es la unidad.

La fecundación artificial heteróloga lesiona los derechos del hijo, lo priva de la relación filial con sus orígenes paternos y puede dificultar la maduración de su identidad personal. Constituye además una ofensa a la vocación común de los esposos a la paternidad y a la maternidad: priva objetivamente a la fecundidad conyugal de su unidad y de su integridad; opera y manifiesta una ruptura entre la paternidad genética, la gestacional y la responsabilidad educativa. Esta alteración de las relaciones personales en el seno de la familia tiene repercusiones en la sociedad civil: lo que amenace la unidad y la estabilidad de la familia constituye una fuente de discordias, desórdenes e injusticias en toda la vida social.

Estas razones determinan un juicio moral negativo de la fecundación artificial heteróloga. Por tanto, es moralmente ilícita la fecundación de una mujer casada con el esperma de un donador distinto de su marido, así como la fecundación con el esperma del marido de un óvulo no procedente de su esposa. Es moralmente injustificable, además, la fecundación artificial de una mujer no casada, soltera o viuda, sea quien sea el donador.

El deseo de tener un hijo y el amor entre los esposos que aspiran a vencer la esterilidad no superable de otra manera, constituyen motivaciones comprensibles; pero las intenciones subjetivamente buenas no hacen que la fecundación artificial heteróloga sea conforme con las propiedades objetivas e inalienables del matrimonio, ni que sea respetuosa de los derechos de los hijos y de los esposos.

3. ¿Es moralmente lícita la maternidad «sustitutiva»? *

No, por las mismas razones que llevan a rechazar la fecundación artificial heteróloga: es contraria, en efecto, a la unidad del matrimonio y a la dignidad de la procreación de la persona humana.

La maternidad sustitutiva representa una falta objetiva contra las obligaciones del amor materno, de la fidelidad conyugal y de la maternidad responsable; ofende la dignidad y el derecho del hijo a ser concebido, gestado, traído al mundo y educado por los propios padres; instaura, en detrimento de la familia, una división entre los elementos físicos, psíquicos y morales que la constituyen.

* Bajo el nombre de «madre sustitutiva» esta Instrucción entiende:

a) la mujer que lleva la gestación de un embrión, implantado en su útero, que le es genéticamente ajeno, obtenido mediante la unión de gametos de «donadores», con el compromiso de entregar el niño, inmediatamente después del nacimiento, a quien ha encargado o contratado la gestación;

b) la mujer que lleva la gestación de un embrión a cuya procreación ha colaborado con la donación de un óvulo propio, fecundado mediante la inseminación con el esperma de un hombre diverso de su marido, con el compromiso de entregar el hijo, después de nacer, a quien ha encargado o contratado la gestación.

B) Fecundación artificial homóloga

Una vez declarada inaceptable la fecundación artificial heteróloga, se nos pregunta cómo se deben valorar moralmente los procedimientos de fecundación artificial homóloga: FIVET e inseminación artificial entre los esposos. Es preciso aclarar previamente una cuestión de principio.

4. ¿Qué relación debe existir entre procreación y acto conyugal desde el punto de vista moral?

a) La enseñanza de la Iglesia sobre el matrimonio y sobre la procreación afirma la «inseparable conexión, que Dios ha querido y que el hombre no puede romper por propia iniciativa, entre los dos significados del acto conyugal: el significado unitivo y el significado procreador. Efectivamente, el acto conyugal, por su íntima estructura, al asociar al esposo y a la esposa con un vínculo estrechísimo, los hace también idóneos para engendrar una nueva vida de acuerdo con las leyes inscritas en la naturaleza misma del varón y de la mujer»³⁸. Este principio, fundamentado sobre la naturaleza del matrimonio y sobre la íntima conexión de sus bienes, tiene consecuencias bien conocidas en el plano de la paternidad y de la maternidad consensuales. «Si se observan ambas estructuras esenciales, es decir, de unión y de procreación, el uso del matrimonio mantiene el sentido de un amor recíproco y verdadero y conserva su orden a la función excelsa de la paternidad a la que es llamado el hombre»³⁹.

La misma doctrina relativa a la unión existente entre los significados del acto conyugal y entre los bienes del matrimonio aclara el problema moral de la fecundación artificial homóloga, porque «nunca está permitido separar estos diversos aspectos hasta el punto de excluir positivamente sea la intención procreativa sea la relación conyugal»⁴⁰.

La contracepción priva intencionalmente al acto conyugal de su apertura a la procreación y realiza de ese modo una disociación voluntaria de las finalidades del matrimonio. La fecundación artificial homóloga, intentando una procreación que no es fruto de la unión específicamente conyugal, realiza objetivamente una separación análoga entre los bienes y los significados del matrimonio.

Por tanto, *se quiere lícitamente la fecundación cuando ésta es el término de un «acto conyugal de suyo idóneo a la generación de la prole, al que se ordena el matrimonio por su propia naturaleza y por el cual los cónyuges se hacen una sola carne»⁴¹. Pero la procreación queda privada de su perfección propia, desde el punto de vista moral, cuando no es querida como el fruto del acto conyugal, es decir, del gesto específico de la unión de los esposos.*

b) El valor moral de la estrecha unión existente entre los bienes del matrimonio y entre los significados del acto conyugal se fundamenta en la unidad del ser humano, unidad compuesta de cuerpo y de alma espiritual⁴². Los esposos expresan recíprocamente su amor personal con «el lenguaje del cuerpo», que comporta claramente «significados esponsales» y parentales juntamente⁴³. El acto conyugal con el que los esposos manifiestan recíprocamente el don de sí expresa simultáneamente la apertura al don de la vida: es un acto inseparablemente corporal y espiritual.

En su cuerpo y a través de su cuerpo los esposos consuman el matrimonio y pueden llegar a ser padre y madre. Para ser conforme con el lenguaje del cuerpo y con su natural generosidad, la unión conyugal debe realizarse respetando la apertura a la generación, y la procreación de una persona humana debe ser el fruto y el término del amor esponsal. El origen del ser humano es de este modo el resultado de una procreación «ligada a la unión no solamente biológica, sino también espiritual de los padres unidos por el vínculo del matrimonio»⁴⁴. Una fecundación obtenida fuera del cuerpo de los esposos queda privada, por esa razón, de los significados y de los valores que se expresan, mediante el lenguaje del cuerpo, en la unión de las personas humanas.

c) Solamente el respeto de la conexión existente entre los significados del acto conyugal y el respeto de la unidad del ser humano, consiente una procreación conforme con la dignidad de la persona. En su origen único e irrepetible el hijo habrá de ser respetado y reconocido como igual en dignidad personal a aquéllos que le dan la vida. La persona humana ha de ser acogida en el gesto de unión y de amor de sus padres; la generación de un hijo ha de ser por eso el fruto de la donación recíproca⁴⁵ realizada en el acto conyugal, en el que los esposos cooperan como servidores, y no como dueños, en la obra del Amor Creador⁴⁶.

El origen de una persona humana es en realidad el resultado de una donación. La persona concebida deberá ser el fruto del amor de sus padres. No puede ser querida ni concebida como el producto de una intervención de técnicas médicas y biológicas: esto equivaldría a reducirlo a ser objeto de una tecnología científica. Nadie puede subordinar la llegada al mundo de un niño a las condiciones de eficiencia técnica mensurables según parámetros de control y de dominio.

La importancia moral de la unión existente entre los significados del acto conyugal y entre los bienes del matrimonio, la unidad del ser humano y la dignidad de su origen, exigen que la procreación de una persona humana haya de ser querida como el fruto del acto conyugal específico del amor entre los esposos. El vínculo existente entre procreación y acto conyugal se revela, por eso, de gran valor en el plano antropológico y moral, y aclara la posición del Magisterio a propósito de la fecundación artificial homóloga.

5. ¿Es moralmente lícita la fecundación homóloga *in vitro*?

La respuesta a esta pregunta depende estrechamente de los principios recién recordados. Ciertamente, no se pueden ignorar las legítimas aspiraciones de los esposos estériles. Para algunos el recurso a la FIVET homóloga se presenta como el único medio para obtener un hijo sinceramente querido: se pregunta si en estas situaciones la totalidad de la vida conyugal no bastaría para asegurar la dignidad propia de la procreación humana. Se reconoce que la FIVET no puede suplir la ausencia de las relaciones conyugales⁴⁷ y que no puede ser preferida a los actos específicos de la unión conyugal, habida cuenta de los posibles riesgos para el hijo y de las molestias mismas del

procedimiento. Pero se nos pregunta si ante la imposibilidad de remediar de otra manera la esterilidad, que es causa de sufrimiento, la fecundación homóloga *in vitro* no pueda constituir una ayuda, e incluso una terapia, cuya licitud moral podría ser admitida.

El deseo de un hijo —o al menos la disponibilidad para transmitir la vida— es un requisito necesario desde el punto de vista moral para una procreación humana responsable. Pero esta buena intención no es suficiente para justificar una valoración moral positiva de la fecundación *in vitro* entre los esposos. El procedimiento de la FIVET se debe juzgar en sí mismo, y no puede recibir su calificación moral definitiva de la totalidad de la vida conyugal en la que se inscribe, ni de las relaciones conyugales que pueden precederle o seguirlo⁴⁸.

Ya se ha recordado que en las circunstancias en que es habitualmente realizada, la FIVET implica la destrucción de seres humanos, lo que la pone en contradicción con la ya mencionada doctrina sobre el aborto⁴⁹. Pero aun en el caso de que se tomasen todas las precauciones para evitar la muerte de embriones humanos, la FIVET homóloga actúa una disociación entre los gestos destinados a la fecundación humana y el acto conyugal. La naturaleza propia de la FIVET homóloga debe también ser considerada, por tanto, haciendo abstracción de su relación con el aborto procurado.

La FIVET homóloga se realiza fuera del cuerpo de los cónyuges por medio de gestos de terceras personas, cuya competencia y actividad técnica determina el éxito de la intervención; confía la vida y la identidad del embrión al poder de los médicos y de los biólogos, e instaura un dominio de la técnica sobre el origen y sobre el destino de la persona humana. Una tal relación de dominio es en sí contraria a la dignidad y a la igualdad que debe ser común a padres e hijos.

La concepción *in vitro* es el resultado de la acción técnica que antecede la fecundación; *ésta no es de hecho obtenida ni positivamente querida como la expresión y el fruto de un acto específico de la unión conyugal. En la FIVET homóloga, por eso, aun considerada en el contexto de las relaciones conyugales de hecho existentes, la generación de la persona humana queda objetivamente privada de su perfección propia: es decir, la de ser el término y el fruto de un acto conyugal*, en el cual los esposos se hacen «cooperadores con Dios para donar la vida a una nueva persona»⁵⁰.

Estas razones permiten comprender por qué el acto de amor conyugal es considerado por la doctrina de la Iglesia como el único lugar digno de la procreación humana. Por las mismas razones, el así llamado «caso simple», esto es, un procedimiento de FIVET homóloga libre de toda relación con la praxis abortiva de la destrucción de embriones y con la masturbación, sigue siendo una técnica moralmente ilícita, porque priva a la procreación humana de la dignidad que le es propia y connatural.

Ciertamente la FIVET homóloga no posee toda la negatividad ética de la procreación extraconyugal; la familia y el matrimonio siguen constituyendo el ámbito del nacimiento y de la educación de los hijos. Sin embargo, en conformidad con la doctrina tradicional sobre los bienes del

matrimonio y sobre la dignidad de la persona, *la Iglesia es contraria desde el punto de vista moral a la fecundación homóloga «in vitro»; ésta es en sí misma ilícita y contraria a la dignidad de la procreación y de la unión conyugal, aun cuando se pusieran todos los medios para evitar la muerte del embrión humano.*

Aunque no se pueda aprobar el modo de lograr la concepción humana en la FIVET, todo niño que llega al mundo deberá en todo caso ser acogido como un don viviente de la Bondad divina y deberá ser educado con amor.

6. ¿Cómo se debe valorar moralmente la inseminación artificial homóloga?

La inseminación artificial homóloga dentro del matrimonio no se puede admitir, salvo en el caso en que el medio técnico no sustituya al acto conyugal, sino que sea una facilitación y una ayuda para que aquél alcance su finalidad natural.

Las enseñanzas del Magisterio sobre este punto han sido ya explícitamente formuladas⁵¹: ellas no son únicamente la expresión de particulares circunstancias históricas, sino que se fundamentan en la doctrina de la Iglesia sobre la conexión entre la unión conyugal y la procreación, y en la consideración de la naturaleza personal del acto conyugal y de la procreación humana. «El acto conyugal, por su estructura natural, es una acción personal, una cooperación simultánea e inmediata entre los cónyuges, la cual, por la misma naturaleza de los agentes y por la propiedad del acto, es la expresión del don recíproco que, según las palabras de la Sagrada Escritura, efectúa la unión “en una sola carne”»⁵². Por eso, la conciencia moral «no prohíbe necesariamente el uso de algunos medios artificiales destinados exclusivamente sea a facilitar el acto natural, sea a procurar que el acto natural realizado de modo normal alcance el propio fin»⁵³. Si el medio técnico facilita el acto conyugal o le ayuda a alcanzar sus objetivos naturales puede ser moralmente aceptado. Cuando, por el contrario, la intervención técnica sustituya al acto conyugal, será moralmente ilícita.

La inseminación artificial sustitutiva del acto conyugal se rechaza en razón de la disociación voluntariamente causada entre los dos significados del acto conyugal. La masturbación, mediante la que normalmente se procura el espermatozoide, constituye otro signo de esa disociación: aun cuando se realiza en vista de la procreación, ese gesto sigue estando privado de su significado unitivo: «le falta... la relación sexual requerida por el orden moral, que realiza, “el sentido íntegro de la mutua donación y de la procreación humana, en un contexto de amor verdadero”»⁵⁴.

7. ¿Qué criterio moral se debe proponer acerca de la intervención del médico en la procreación humana?

El acto médico no se debe valorar únicamente por su dimensión técnica, sino también y sobre todo por su finalidad, que es el bien de las personas y su salud corporal y psíquica. Los criterios morales que regulan la intervención médica en la procreación se desprenden de la digni-

dad de la persona humana, de su sexualidad y de su origen.

*La medicina que desee ordenarse al bien integral de la persona debe respetar los valores específicamente humanos de la sexualidad*⁵⁵. *El médico está al servicio de la persona y de la procreación humana: no le corresponde la facultad de disponer o decidir sobre ellas*. El acto médico es respetuoso de la dignidad de las personas cuando se dirige a ayudar el acto conyugal, sea para facilitar su realización, sea para que el acto normalmente realizado consiga su fin⁵⁶.

Sucede a veces, por el contrario, que la intervención médica sustituye técnicamente al acto conyugal, para obtener una procreación que no es ni su resultado ni su fruto: en este caso el acto médico no está, como debería, al servicio de la unión conyugal, sino que se apropia de la función procreadora y contradice de ese modo la dignidad y los derechos inalienables de los esposos y de quien ha de nacer.

La humanización de la medicina, que hoy día es insistentemente solicitada por todos, exige en primer lugar el respeto de la integral dignidad de la persona humana en el acto y en el momento en que los esposos transmiten la vida a un nuevo ser personal. Es lógico por eso dirigir una urgente llamada a los médicos y a los investigadores católicos, para que sean testimonios ejemplares del respeto debido al embrión humano y a la dignidad de la procreación. Los médicos y asistentes de los hospitales y clínicas católicas son invitados de modo especial a honrar las obligaciones morales contraídas, frecuentemente también de carácter estatutario. Los responsables de estos hospitales y clínicas católicas, que a menudo son religiosos, pondrán su mejor esmero en garantizar y promover una exacta observancia de las normas morales contenidas en esta Instrucción.

8. El sufrimiento por la esterilidad conyugal

El sufrimiento de los esposos que no pueden tener hijos o que temen traer al mundo un hijo minusválido es una aflicción que todos deben comprender y valorar adecuadamente.

Por parte de los esposos el deseo de descendencia es natural: expresa la vocación a la paternidad y a la maternidad inscrita en el amor conyugal. Este deseo puede ser todavía más fuerte si los esposos se ven afligidos por una esterilidad que parece incurable. Sin embargo, el matrimonio no confiere a los cónyuges el derecho a tener un hijo, sino solamente el derecho a realizar los actos naturales que de suyo se ordenan a la procreación⁵⁷.

Un verdadero y propio derecho al hijo sería contrario a su dignidad y a su naturaleza. El hijo no es algo debido y no puede ser considerado como objeto de propiedad: es más bien un don, «el más grande»⁵⁸ y el más gratuito del matrimonio, y es el testimonio vivo de la donación recíproca de sus padres. Por este título el hijo tiene derecho —ha sido recordado ya— a ser el fruto del acto específico del amor conyugal de sus padres y tiene también el derecho a ser respetado como persona desde el momento de su concepción.

La esterilidad no obstante, cualquiera que sea la causa y el pronóstico, es ciertamente una dura prueba. La comu-

nidad cristiana está llamada a iluminar y sostener el sufrimiento de quienes no consiguen ver realizada su legítima aspiración a la paternidad y a la maternidad. Los esposos que se encuentran en esta dolorosa situación están llamados a descubrir en ella la ocasión de participar particularmente en la cruz del Señor, fuente de fecundidad espiritual. Los cónyuges estériles no deben olvidar que «incluso cuando la procreación no es posible, no por ello la vida conyugal pierde su valor. La esterilidad física, en efecto, puede ser ocasión para los esposos de hacer otros importantes servicios a la vida de las personas humanas, como son, por ejemplo, la adopción, los varios tipos de labores educativas, la ayuda a otras familias, a los niños pobres o minusválidos»⁵⁹.

Muchos investigadores se han esforzado en la lucha contra la esterilidad. Salvaguardando plenamente la dignidad de la procreación humana, algunos han obtenido resultados que anteriormente parecían inalcanzables. Se debe impulsar a los hombres de ciencia a proseguir sus trabajos de investigación, con objeto de poder prevenir y remediar las causas de la esterilidad, de manera que los matrimonios estériles consigan procrear respetando su dignidad personal y la de quien ha de nacer.

III. Moral y ley civil

Los valores y las obligaciones morales que la legislación civil debe respetar y sancionar en esta materia

El derecho inviolable de todo individuo humano inocente a la vida, los derechos de la familia y de la institución matrimonial son valores morales fundamentales, porque conciernen a la condición natural y a la vocación integral de la persona humana. Al mismo tiempo son elementos constitutivos de la sociedad civil y de su ordenamiento jurídico.

Por estas razones, las nuevas posibilidades de la técnica en el campo de la biomedicina requieren la intervención de las autoridades políticas y legislativas, porque el recurso incontrolado a esas técnicas podría tener consecuencias imprevisibles y nocivas para la sociedad civil. El llamamiento a la conciencia individual y a la autodisciplina de los investigadores no basta para asegurar el respeto de los derechos personales y del orden público. Si el legislador, responsable del bien común, omitiese sus deberes de vigilancia, podría verse despojado de sus prerrogativas por parte de aquellos investigadores que pretendiesen gobernar la humanidad en nombre de los descubrimientos biológicos y de los presuntos procesos de «mejora» que se derivarían de ellos. El «eugenismo» y la discriminación entre los seres humanos podrían verse legitimados, lo cual constituiría un grave atentado contra la igualdad, contra la dignidad y contra los derechos fundamentales de la persona humana.

La intervención de la autoridad política se debe inspirar en los principios racionales que regulan las relaciones

entre la ley civil y la ley moral. La misión de la ley civil consiste en garantizar el bien común de las personas mediante el reconocimiento y la defensa de los derechos fundamentales, la promoción de la paz y de la moralidad pública⁶⁰. En ningún ámbito de la vida la ley civil puede sustituir a la conciencia ni dictar normas que excedan la propia competencia. La ley civil a veces deberá tolerar, en aras del orden público, lo que no puede prohibir sin ocasionar daños más graves. Sin embargo, los derechos inalienables de la persona deben ser reconocidos y respetados por parte de la sociedad civil y de la autoridad política. Estos derechos del hombre no están subordinados ni a los individuos ni a los padres, y tampoco son una concesión de la sociedad o del Estado: pertenecen a la naturaleza humana y son inherentes a la persona en virtud del acto creador que la ha originado.

Entre esos derechos fundamentales es preciso recordar a este propósito a) el derecho de todo ser humano a la vida y a la integridad física desde la concepción hasta la muerte; b) los derechos de la familia y del matrimonio como institución y, en este ámbito, el derecho de los hijos a ser concebidos, traídos al mundo y educados por sus padres. Sobre cada uno de estas dos temáticas conviene añadir algunas consideraciones.

En algunos Estados la ley ha autorizado la supresión directa de inocentes. Cuando una ley positiva priva a una categoría de seres humanos de la protección que el ordenamiento civil les debe, el Estado niega la igualdad de todos ante la ley. Cuando el Estado no pone su poder al servicio de los derechos de todo ciudadano, y particularmente de quien es más débil, se quebrantan los fundamentos mismos del Estado de derecho. La autoridad política, por consiguiente, no puede autorizar que seres humanos sean llamados a la existencia mediante procedimientos que los exponen a los gravísimos riesgos anteriormente mencionados. Si la ley positiva y las autoridades políticas reconociesen las técnicas de transmisión artificial de la vida y los experimentos a ellas ligados, ampliarían todavía más la brecha abierta por la legalización del aborto.

El respeto y la protección que se han de garantizar, desde su misma concepción, a quien debe nacer, exige que la ley prevea sanciones penales apropiadas para toda deliberada violación de sus derechos. La ley no podrá tolerar —es más, deberá prohibir explícitamente— que seres humanos, aunque estén en estado embrional, puedan ser tratados como objetos de experimentación, mutilados o destruidos, con el pretexto de que han resultado superfluos o de que son incapaces de desarrollarse normalmente.

La autoridad política tiene la obligación de garantizar a la institución familiar, sobre la que se fundamenta la sociedad, la protección jurídica a la que tiene derecho. Por estar al servicio de las personas, la autoridad política también debe estar al servicio de la familia. La ley civil no podrá autorizar aquellas técnicas de procreación artificial que arrebatan, en beneficio de terceras personas (médicos, biólogos, poderes económicos o gubernamentales), lo que constituye un derecho exclusivo de la relación entre los esposos, y por eso no podrá legalizar la donación de gametos entre personas que no estén legítimamente unidas en matrimonio.

La legislación deberá prohibir además, en virtud de la ayuda debida a la familia, los bancos de embriones, la inseminación *post mortem* y la maternidad «sustitutiva».

Entre los derechos de la autoridad pública se encuentra el de procurar que la ley civil esté regulada por las normas fundamentales de la ley moral en lo que concierne a los derechos del hombre, de la vida humana y de la institución familiar. Los políticos deben esforzarse, a través de su intervención en la opinión pública, para obtener el acuerdo social más amplio posible sobre estos puntos esenciales, y para consolidarlo allí donde ese acuerdo corriese el riesgo de debilitarse o de desaparecer.

En muchos países la legalización del aborto y la tolerancia jurídica de los convivientes no casados hacen que existan mayores dificultades para garantizar el respeto de los derechos fundamentales mencionados en esta Instrucción. Es deseable que los Estados no se asuman la responsabilidad de aumentar la gravedad de estas situaciones de injusticia socialmente nocivas. Cabe esperar, por el contrario, que las naciones y los Estados tomen conciencia de todas las implicaciones culturales, ideológicas y políticas relacionadas con las técnicas de procreación artificial, y que sepan encontrar la sabiduría y el ánimo necesarios para emanar leyes más justas y respetuosas de la vida humana y de la institución familiar.

La legislación civil de numerosos Estados atribuye hoy día, ante los ojos de muchos, una legitimidad indebida a ciertas prácticas. Se muestra incapaz de garantizar la moralidad congruente con las exigencias naturales de la persona humana y con las «leyes no escritas» grabadas por el Creador en el corazón humano. Todos los hombres de buena voluntad deben esforzarse, particularmente a través de su actividad profesional y del ejercicio de sus derechos civiles, para reformar las leyes positivas moralmente inaceptables y corregir las prácticas ilícitas. Además, ante esas leyes se debe presentar y reconocer la «objeción de conciencia». Cabe añadir que comienza a imponerse con agudeza en la conciencia moral de muchos, especialmente de los especialistas en ciencias biomédicas, la exigencia de una resistencia pasiva frente a la legitimación de prácticas contrarias a la vida y a la dignidad del hombre.

Conclusión

La difusión de técnicas de intervención sobre los procesos de la procreación humana plantea gravísimos problemas morales, relativos al respeto debido al ser humano desde su misma concepción y a la dignidad de la persona, de su sexualidad y de la transmisión de la vida.

Con este documento, la Congregación para la Doctrina de la Fe, cumpliendo su tarea de promover y tutelar la enseñanza de la Iglesia en tan grave materia, dirige de nuevo una calurosa llamada a todos aquellos que, por la función que desempeñan y por su actividad, pueden ejercer una influencia positiva para que, en la familia y en la sociedad, se respete debidamente la vida y el amor: a los responsables de la formación de las conciencias y de la opi-

nión pública, a los hombres de ciencia y a los profesionales de la medicina, a los juristas y a los políticos. La Iglesia desea que todos comprendan la incompatibilidad que existe entre el reconocimiento de la dignidad de la persona humana y el desprecio de la vida y del amor, entre la fe en el Dios vivo y la pretensión de querer decidir arbitrariamente el origen y el destino del ser humano.

La Congregación para la Doctrina de la Fe, en particular, dirige una confiada y alentadora invitación a los teólogos y sobre todo a los moralistas, para que profundicen y hagan más accesible a los fieles las enseñanzas del Magisterio de la Iglesia, a la luz de una concepción antropológicamente correcta de la sexualidad y del matrimonio y en el contexto del necesario enfoque interdisciplinar. De este modo se comprenderán cada vez mejor las razones y el valor de estas enseñanzas: defendiendo al hombre contra los excesos de su mismo poder, la Iglesia de Dios le recuerda los títulos de su verdadera nobleza. Sólo de este modo se podrá asegurar a la humanidad del mañana la posibilidad de vivir y de amar con la dignidad y la libertad que nacen del respeto de la verdad. Las precisas indicaciones contenidas en esta Instrucción no pretenden frenar el esfuerzo de reflexión, sino más bien darle un renovado impulso por el camino de la irrenunciable fidelidad a la doctrina de la Iglesia.

A la luz de la verdad sobre el don de la vida humana y de los principios morales consiguientes, se invita a cada uno a comportarse, en el ámbito de su propia responsabilidad, como el buen samaritano y a reconocer en el más pequeño de los hijos de los hombres al propio prójimo (cf. *Lc* 10, 29-37). Resuenan aquí de modo nuevo y particular las palabras de Cristo: «Cuanto dejasteis de hacer con uno de éstos más pequeños, también dejasteis de hacerlo conmigo» (*Mt* 25, 40).

El Sumo Pontífice Juan Pablo II, en el transcurso de la Audiencia concedida al suscrito Prefecto después de la reunión plenaria de esta Congregación, ha aprobado la presente Instrucción y ha ordenado su publicación.

Roma, en la sede de la Congregación para la Doctrina de la Fe, 22 de febrero de 1987, Fiesta de la Cátedra de San Pedro Apóstol.

JOSEPH Card. RATZINGER
Prefecto

✠ ALBERTO BOVONE
Arzob. tit. de Cesarea de Numidia
Secretario

Notas

1. JUAN PABLO II, *Discurso a los participantes en el 81.º Congreso de la Sociedad Italiana de Medicina Interna y en el 82º Congreso de la Sociedad Italiana de Cirugía General*, 27 de octubre 1980: AAS 72 (1980) 1126.
2. PABLO VI, *Discurso a la Asamblea General de las Naciones Unidas*, 4 de octubre 1965: AAS 57 (1965) 878; Enc. *Populorum Progressio*, 13: AAS 59 (1967) 263.
3. PABLO VI, *Homilía de la Misa de clausura del Año Santo*, 25 de di-

- ciembre 1975: AAS 68 (1976) 145; JUAN PABLO II, Enc. *Dives in Misericordia*, 30: AAS 72 (1980) 1224.
4. JUAN PABLO II, *Discurso a los participantes en la 35.ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial*, 29 de octubre 1983: AAS 76 (1984) 390.
5. Cf. Decl. *Dignitatis Humanae*, 2.
6. Const. past. *Gaudium et Spes*, 22; JUAN PABLO II, Enc. *Redemptor Hominis*, 8: AAS 71 (1979) 270-272.
7. Cf. Const. past. *Gaudium et Spes*, 35.
8. Const. past. *Gaudium et Spes*, 15; cf. también PAULO VI, Enc. *Populorum Progressio*, 20: AAS 59 (1967) 267; JUAN PABLO II, Enc. *Redemptor Hominis*, 15: AAS 71 (1979) 286-289; Exhort. apost. *Familiaris Consortio*, 8: AAS 74 (1982) 89.
9. JUAN PABLO II, Exhort. apost. *Familiaris Consortio*, 11: AAS 74 (1982) 92.
10. Cf. PABLO VI, Enc. *Humanae Vitae*, 10: AAS 60 (1968) 487-488.
11. JUAN PABLO II, *Discurso a los participantes en la 35.ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial*, 29 de octubre 1983: AAS 76 (1984) 393.
12. Cf. JUAN PABLO II, Exhort. apost. *Familiaris Consortio*, 11: AAS 74 (1982) 91-92; cf. también Const. past. *Gaudium et Spes*, 50
13. SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración sobre el aborto procurado*, 9, AAS 66 (1974) 736-737.
14. JUAN PABLO II, *Discurso a los participantes en la 35ª Asamblea de la Asociación Médica Mundial*, 29 de octubre 1983: AAS 76 (1984) 390.
15. JUAN XXIII, Enc. *Mater et Magistra*, III: AAS 53 (1961) 447.
16. Const. past. *Gaudium et Spes*, 24.
17. Cf. Pío XII, Enc. *Humani Generis*, AAS 42 (1950) 575; PABLO VI, *Professio Fidei*: AAS 60 (1968) 436.
18. JUAN XXIII, Enc. *Mater et Magistra*, III: AAS 53 (1961) 447; cf. JUAN PABLO II, *Discurso a los sacerdotes participantes en un seminario de estudio sobre «la procreación responsable»*, 17 de septiembre 1983: *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, VI, 2 (1983) 562: «En el origen de cada persona humana hay un acto creativo de Dios: ningún hombre llega a la existencia por casualidad; es siempre el término del amor creador de Dios».
19. Cf. Const. past. *Gaudium et Spes*, 24.
20. Cf. Pío XII, *Discurso a la Unión Médico-Biológica «San Lucas»*, 12 de noviembre 1944: *Discursos y radiomensajes VI (1944-1945)* 191-192.
21. Cf. Const. past. *Gaudium et Spes*, 50.
22. Cf. Const. past. *Gaudium et Spes*, 51: «Al tratar de armonizar el amor conyugal y la transmisión responsable de la vida, la moralidad de la conducta no depende solamente de la rectitud de la intención y de la valoración de los motivos, sino de criterios objetivos deducidos de la naturaleza de la persona y de sus actos, que respetan el sentido íntegro de la mutua donación y de la procreación humana, en un contexto de amor verdadero».
23. Const. past. *Gaudium et Spes*, 51.
24. SANTA SEDE, *Carta de los derechos de la familia*, art. 4: *L'Osservatore Romano*, 25 de noviembre 1983.
25. SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración sobre el aborto procurado*, 12-13: AAS 66 (1974) 738.
26. Cf. PABLO VI, *Discurso a los participantes al XXIII Congreso Nacional de los Juristas Católicos Italianos*, 9 de diciembre 1972: AAS 64 (1972) 777.
27. La obligación de evitar riesgos desproporcionados exige un auténtico respeto del ser humano y la rectitud de la intención terapéutica. Esto comporta que el médico «antes de todo deberá valorar atentamente las posibles consecuencias negativas que el uso necesario de una determinada técnica de exploración puede tener sobre el ser concebido, y evitará el recurso a procedimientos diagnósticos de cuya honesta finalidad y sustancial inocuidad no se poseen suficientes garantías. Y si, como sucede frecuentemente en las decisiones humanas, se debe afrontar un coeficiente de riesgo, el médico se preocupará de verificar que quede compensado por la verdadera urgencia del diagnóstico y por la importancia de los resultados que a través suyo pueden alcanzarse en favor del concebido mismo» (JUAN PABLO II, *Discurso a los participantes al Convenio del «Movimiento en favor de la vida»*, 3 de diciembre 1982: *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, V, 3 [1982] 1512). Esta aclaración sobre los «riesgos proporcionados» debe tenerse presente siempre que, en adelante, la presente Instrucción utilice esos términos.

28. JUAN PABLO II, *Discurso a los participantes en la 35.ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial*, 29 de octubre 1983. AAS 76 (1984) 392.
29. Cf. JUAN PABLO II, *Discurso a los participantes en un Convenio de la Academia Pontificia de las Ciencias*, 23 de octubre 1982: AAS 75 (1983) 37. «Yo condeno del modo más explícito y formal las manipulaciones experimentales del embrión humano, porque el ser humano, desde el momento de su concepción hasta la muerte, no puede ser explotado por ninguna razón».
30. SANTA SEDE, *Carta de los derechos de la familia*, art. 4b: *L'Osservatore Romano*, 25 de noviembre 1983.
31. Cf. JUAN PABLO II, *Discurso a los participantes en el Convenio del «Movimiento en favor de la vida»*, 3 de diciembre 1982: *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, V, 3 (1982) 1511: «Es inaceptable toda forma de experimentación sobre el feto que pueda dañar su integridad o empeorar sus condiciones, a no ser que se tratase de un intenso extremo de salvarlo de la muerte». SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración sobre la eutanasia*, 4: AAS 72 (1980) 550: «A falta de otros remedios, es lícito recurrir, con el consentimiento del enfermo, a los medios puestos a disposición por la medicina más avanzada, aunque estén todavía en estado de experimentación y no estén privados de algún riesgo».
32. Nadie puede reivindicar, antes de existir, un derecho subjetivo a iniciar la existencia; sin embargo, es legítimo sostener el derecho del niño a tener un origen plenamente humano a través de la concepción adecuada a la naturaleza personal del ser humano. La vida es un don que debe ser concedido de modo conforme a la dignidad tanto del sujeto que la recibe como de los sujetos que la transmiten. Esta aclaración habrá de tenerse presente también en relación a lo que se dirá sobre la procreación artificial humana.
33. Cf. JUAN PABLO II, *Discurso a los participantes de la 35.ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial*, 29 de octubre 1983: AAS 76 (1984) 391.
34. Cf. Const. past. *Gaudium et Spes*, 50.
35. Cf. JUAN PABLO II, Exhort. apost. *Familiaris Consortio*, 14: AAS 74 (1982) 96.
36. Pío XII, *Discurso a los participantes en el IV Congreso Internacional de los Médicos Católicos*, 29 de septiembre 1949: AAS 41 (1949) 559. Según el plan del Creador, «Dejará el hombre a su padre y a su madre, y se unirá a su mujer, y serán dos en una carne» (*Gen* 2, 24). La unidad del matrimonio, enraizada en el orden de la Creación, es una verdad accesible a la razón natural. La Tradición y el Magisterio de la Iglesia se refieren frecuentemente al libro del Génesis, directamente o a través de los pasajes del Nuevo Testamento que lo citan: *Mt* 19, 4-6; *Mc* 10, 5-8; *Ef* 5, 31. Cf. ATENÁGORAS, *Legatio pro christianis*, 33: *PG* 6 965-967; SAN JUAN CRISÓSTOMO, *In Matthaeum homiliae*, LXII, 19, 1: *PG* 58, 597; SAN LEÓN MAGNO, *Epist. ad Rusticum*, 4: *PL* 54, 1204; INOCENCIO III, *Epist. Gaudemus in Domino*: *DS* 778: II CONCILIO DE LYON, *IV sess.*: *DS* 860; CONCILIO DE TRENTO, *XXIV sess.*: *DS* 1798, 1802; LEÓN XIII, *Enc. Arcanum divinae Sapientiae*: *ASS* 12 (1879/80) 388-391; Pío XI, *Enc. Casti Connubii*: AAS 22 (1930) 546-547; CONCILIO VATICANO II, Const. past. *Gaudium et Spes*, 48; JUAN PABLO II, Exhort. apost. *Familiaris Consortio*, 19: AAS 74 (1982) 101-102; C.I.C. can. 1056.
37. Cf. Pío XII, *Discurso a los participantes en el IV Congreso Internacional de los Médicos Católicos*, 29 de septiembre 1949: AAS 41 (1949) 560; *Discurso a las congresistas de la Unión Católica Italiana de las Obstétricas*, 29 de octubre 1951: AAS 43 (1951) 850; C.I.C. can. 1134.
38. PABLO VI, *Humanae Vitae*, 12: AAS 60 (1968) 488-489.
39. PABLO VI, *Loc. cit.*: *ibid.*, 489.
40. Pío XII, *Discurso a los participantes en el II Congreso Mundial de Nápoles sobre la fecundidad y la esterilidad humanas*, 19 de mayo 1956: AAS 48 (1956) 470.
41. C.I.C. can. 1061: Según este canon, el acto conyugal es aquel por el que se consume el matrimonio si los dos esposos «lo han realizado entre sí de modo humano».
42. Cf. Const. past. *Gaudium et Spes*, 14.
43. JUAN PABLO II, *Audiencia general*, 16 de enero 1980: *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, III, 1 (1980) 148-152.
44. JUAN PABLO II, *Discurso a los participantes en la 35ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial*, 29 de octubre 1983: AAS 76 (1984) 393.
45. Cf. Const. past. *Gaudium et Spes*, 51.
46. Cf. Const. past. *Gaudium et Spes*, 50.
47. Cf. Pío XII, *Discurso a los participantes en el IV Congreso Internacional de los Médicos Católicos*, 29 de septiembre 1949: AAS 41 (1949) 560: «Sería falso pensar que la posibilidad de recurrir a este medio (fecundación artificial) pueda hacer válido el matrimonio entre personas incapaces de contraerlo a causa del *impedimentum impotentiae*».
48. Un problema análogo es tratado por PABLO VI, *Enc. Humanae Vitae*, 14: AAS (1968) 490-491.
49. Cf. más arriba, I, 1 ss.
50. JUAN PABLO II, Exhort. apost. *Familiaris Consortio*, 14: AAS 74 (1982) 96.
51. Cf. *Respuesta del S. Oficio*, 17 de marzo 1897: *DS* 3323; Pío XII, *Discurso a los participantes en el IV Congreso Internacional de los Médicos Católicos*, 29 de septiembre 1949: AAS 41 (1949) 560; *Discurso a las congresistas de la Unión Italiana de las Obstétricas*, 29 de octubre 1951: AAS 43 (1951) 850; *Discurso a los participantes en el II Congreso Mundial de Nápoles sobre la fertilidad y la esterilidad humanas*, 19 de mayo 1956: AAS 48 (1956) 471-473; *Discurso a los participantes en el VII Congreso Internacional de la Sociedad Internacional de Hematología*, 12 de septiembre 1958: AAS 50 (1958) 733; JUAN XXIII, *Enc. Mater et Magistra*, III: AAS 53 (1961) 447.
52. Pío XII, *Discurso a las congresistas de la Unión Italiana de las Obstétricas*, 29 de octubre 1951: AAS 43 (1951) 850.
53. Pío XII, *Discurso a los participantes en el IV Congreso Internacional de los Médicos Católicos*, 29 de septiembre 1949: AAS 41 (1949) 560.
54. SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración sobre algunas cuestiones de ética sexual*, 9: AAS 68 (1976) 86, que cita la Const. past. *Gaudium et Spes*, 51; cf. *Decreto del S. Oficio*, 2 de agosto 1929: AAS 21 (1929) 490; Pío XII, *Discurso a los participantes en el XXVI Congreso de la Sociedad Italiana de Urología*, 8 de octubre 1953: AAS 45 (1953) 678.
55. Cf. JUAN XXIII, *Enc. Mater et Magistra*, III: AAS 53 (1961) 447.
56. Cf. Pío XII, *Discurso a los participantes en el IV Congreso Internacional de los Médicos Católicos*, 29 de septiembre 1949: AAS 41 (1949) 560.
57. Pío XII, *Discurso a los participantes en el II Congreso Mundial de Nápoles sobre la fertilidad y la esterilidad humanas*, 19 de mayo 1956: AAS 48 (1956), 471-473.
58. Const. past. *Gaudium et Spes*, 50.
59. JUAN PABLO II, Exhort. apost. *Familiaris Consortio*, 14: AAS 74 (1982) 97.
60. Cf. Decl. *Dignitatis humanae*, 7.

Convocado por el Hospital Instituto San José para epilépticos (Madrid)

III Premio Iberoamericano de Epilepsia

Se regirá por las siguientes Bases:

1. Podrán concurrir al III Premio Iberoamericano de Epilepsia todos aquellos trabajos inéditos, escritos en castellano, cuyo contenido esté relacionado con cualquier aspecto científico (clínico, experimental, terapéutico, psicosocial...) referido a la Epilepsia.
2. La extensión del texto de los trabajos tendrá un máximo de 60 folios (DIN A-4) mecanografiados a doble espacio por una sola cara y numerados. En esta extensión no estará incluida la bibliografía ni la iconografía aportadas. En la primera página deberá citarse: título del trabajo, nombre y apellidos del autor o autores, domicilio, nombre del centro de trabajo y población. Para facilitar la mejor comprensión y calidad de los trabajos podrán acompañarse de fotografías, dibujos, gráficos y tablas, así como de la correspondiente bibliografía, que deberá referirse únicamente a los trabajos citados en el texto y de acuerdo con las instrucciones internacionales.
3. Los trabajos deberán ser presentados o remitidos, por triplicado (original y dos copias), al Hospital Instituto San José, Ctra. Aero-Club, s/n, apartado 27.011, 28044 Madrid (España), antes de las 24 horas del día 24 de julio de 1987. El Hospital Instituto San José acusará recibo de los originales recibidos.
4. El III Premio Iberoamericano de Epilepsia estará dotado con las siguientes cantidades: Primer premio: quinientas mil pesetas. Segundo premio: doscientas cincuenta mil pesetas. Tercer premio: cien mil pesetas y tres accésits de cincuenta mil pesetas cada uno. Todos los autores premiados recibirán el correspondiente diploma acreditativo.
5. Los premios serán otorgados por un Jurado compuesto por: el Director Médico del Hospital Instituto San José, como Presidente, un Catedrático de Universidad, el Presidente de la Liga Española contra la Epilepsia, un representante de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, un representante del Instituto de Cooperación Iberoamericana y un representante de Laboratorios Labaz, S.A. Los seis miembros del Jurado actuarán con voz y voto y, en caso de empate, el voto del Presidente del Jurado se considerará decisivo. Actuará como Secretario, con voz pero sin voto, un médico del Hospital.
6. El Jurado valorará la calidad de los trabajos presentados a concurso y adjudicará todos los premios que serán indivisibles y no podrán quedar desiertos, salvo decisión unánime de todos sus miembros. El fallo del Jurado será inapelable.
7. El fallo del Jurado se dará a conocer públicamente y a cada uno de los autores premiados el día 12 de octubre de 1987. La entrega de premios se realizará en Madrid, en el transcurso de un acto público cuyo lugar y fecha de celebración se indicará oportunamente.
8. Los trabajos premiados serán publicados en una Monografía editada a tal efecto. El importe de los premios se entenderá que compensa a los autores de sus derechos de publicación exclusiva.
9. Los originales no premiados podrán ser recogidos o solicitados en el Hospital Instituto San José, en el plazo de los tres meses siguientes a la otorgación de los premios. Al término de este plazo los no recogidos se entenderá que los autores renuncian a su derecho de propiedad.
10. La participación en el III Premio Iberoamericano de Epilepsia implica la total aceptación de estas bases, así como el fallo del Jurado.

Segundo Symposium Nacional de Enfermería Pediátrica

Objetivo

La División de Enfermería del Hospital San Juan de Dios de Barcelona celebrará el próximo mes de noviembre las Primeras Jornadas Nacionales de Enfermería Pediátrica, con el objetivo de servir de foro de intercambio, sensibilizar de las distintas problemáticas, contribuir a la formación de opinión, informar sobre avances y fomentar, mediante la adecuada promoción, la participación de personal de enfermería.

Información e inscripciones

Hospital San Juan de Dios. Barcelona.
Carretera de Esplugues, s/n.
Teléfono: 203 40 00, ext. 308 (llamar de 15 h a 16 h).

Día 12 de noviembre de 1987

- 9.00 Entrega de materiales y recepción de congresistas.
- 9.30 Inauguración oficial del Congreso.
- 10.00 *I ponencia*: «Atención de Enfermería, cuidados al niño enfermo». Aspectos somáticos.
- 11.30 Descanso y desayuno.

- 12.00 *I comunicación.*
- 12.15 *II comunicación.*
- 12.30 *III comunicación.*
- 12.45 *IV comunicación.*
- 13.00 Descanso y comida de trabajo.
- 16.00 *II ponencia:* «Atención de Enfermería, cuidados al niño enfermo».
Aspectos psicológicos.
- 17.00 Descanso.
- 18.00 *V comunicación.*
- 18.15 *VI comunicación.*
- 18.30 *Rueda de preguntas y conclusiones del día.*
- 19.00 Final Jornada.

Día 13 de noviembre de 1987

- 10.00 *III ponencia:* «Atención de Enfermería, aspectos sociales».
- 11.30 Descanso y desayuno.
- 12.00 *VII comunicación.*
- 12.15 *VIII comunicación.*
- 12.30 *IX comunicación.*
- 12.45 *X comunicación.*
- 13.00 Descanso y comida de trabajo.
- 16.00 *IV ponencia:* «Atención de Enfermería, aspectos culturales».
- 17.30 Descanso.
- 18.00 *XI comunicación.*
- 18.15 *XII comunicación.*
- 18.30 *Rueda de preguntas y conclusiones del día.*
- 19.00 Final Jornada.

Día 14 de noviembre de 1987

- 10.00 *V ponencia:* «Atención de Enfermería, administración de servicios».
Formación básica, postbásica y continuada.
- 11.30 Descanso y desayuno.
- 12.00 *XIII comunicación.*
- 12.15 *XIV comunicación.*
- 12.30 *XV comunicación.*
- 12.45 *XVI comunicación.*
- 13.00 *Conclusiones finales.*
- 13.30 *Clausura de las Jornadas y entrega de diplomas.*

Por primera vez en España se crea un Instituto Universitario de Pastoral de la Salud

La Federación Española de Religiosas Sanitarias (FERS), que en 1982 creara una Escuela de Pastoral de la Salud en Madrid, intenta seguir desafiando los nuevos retos que lanza la sanidad en España a los profesionales cristianos.

IUPASA (Instituto Universitario de Pastoral de la Salud) pretende ser un lugar de encuentro para todas aquellas personas que deseen dar una respuesta cristiana a los grandes interrogantes que hoy tiene planteado el Mundo de la Salud. Pretende formar *Agentes de Pastoral de la Salud*, según las nuevas exigencias de la Iglesia y de la sociedad (Conf. BOE de 21 de diciembre de 1985; Acuerdo sobre asistencia religiosa católica en centros públicos, de 24 de julio de 1985).

IUPASA verá la luz por primera vez durante el próximo curso 1986/87, con sede en la propia Universidad Pontificia de Salamanca.

Conclusiones de las aportaciones de los grupos de trabajo en el «Simpósium internacional sobre los comités de ética en los hospitales»

(Milán)

El fuerte impulso tecnológico a que se encuentra sometida la medicina (y no digamos la informática y la telemedicina) han sugerido en todo momento la necesidad de insistir continuamente en una línea de conducta que no sea guiada exclusivamente por las inclinaciones personales o la capacidad técnica.

Numerosas voces se han levantado reclamando el enriquecimiento de la *humanización* de la medicina y de los hospitales y numerosas han sido las experiencias emprendidas (cursos de Ética Médica, comités científicos, comités éticos, tribunales para los derechos del enfermo, etc.). Los cinco grupos lingüísticos en que se ha subdividido esta asamblea han trabajado aportando experiencias propias e intentando llegar a las propuestas concretas para la promoción y constitución de los Comités de Ética hospitalarios.

Dentro de las dificultades que representa intentar condensar los argumentos tratados y las propuestas emitidas, hemos intentado responder a las siguientes cuestiones:

- Qué es un Comité de Ética hospitalaria.
- De qué debe ocuparse.
- Cómo desarrolla su labor.
- Cómo expresa y qué peso específico han de tener sus conclusiones.

Como primera conclusión del trabajo conjunto de los 14 países representados en el Simposium podría subrayar la necesidad urgente de alcanzar un lenguaje común que permita confrontar experiencias y que ofrezca la base para sus proyectos o intercambio de opiniones. Ética, Bioética y Deontología son tres aspectos de un juicio sobre el comportamiento humano y profesional; *humanización* es otro término que se propone con frecuencia para expresar el modo cotidiano de encontrarse con el enfermo. Uno de los grupos de trabajo ha subrayado la necesidad de definir claramente y con precisión estos términos.

La respuesta a la cuestión de qué es un Comité de Ética ha sido múltiple:

- a) Son lugares de diálogo y confrontaciones para reafirmar el valor primordial del hombre colocándolo en el centro de la labor médica con una profundización en el discurso antropológico.
- b) Momentos de promoción y enriquecimiento ético de los trabajadores médicos, del enfermo y de la familia.
- c) Centro educativo para el médico y todo el personal sanitario.
- d) Organismos de consulta ocasional y de discusión de grandes temas: con disposiciones específicas basadas en la tradición del país y la naturaleza del hospital (gran o pequeño hospital, instituto de investigación científica, hospital docente universitario).

Algunos grupos sostienen la necesidad de que el Comité de Ética hospitalario afronte y proponga soluciones para los grandes temas ya sea en el aspecto de investigación o en el asistencial. Otros participantes sugieren más bien que el Comité

de Ética hospitalario se ocupe sobre todo de los problemas cotidianos que pueden surgir directamente de la actuación sanitaria en relación al enfermo y su familia dejando a los Comités de expertos y a los Centros de Bioética que aporten las directrices generales.

En lo que se refiere al campo de acción del Comité de Ética hospitalario se ha aportado la necesidad de que no se limite a los problemas intra-hospitalarios sino que se abra a la zona de influencia del hospital y de sus centros de atención extra-hospitalaria. Algunos participantes describen la experiencia en el modelo francés o español de los Comités Nacionales aun cuando otros ven en ella una dificultad para el libre desarrollo de un trabajo de reflexión.

En lo que respecta a la composición del Comité de Ética hospitalario se han aportado experiencias muy variadas. Se ha concluido en la integración de 7 a 10 miembros: un miembro fijo de la dirección del hospital, un religioso (moralista, especialista en Ética, teólogo), un representante médico, uno paramédico, un asistente social, un representante del paciente y uno o más especialistas médicos en relación con el problema que se afronta. Algunas propuestas sugieren la incorporación de un psicólogo, un pedagogo, un jurista.

En cuanto a la manera de elegir los miembros no debe basarse solamente en la especialización sobre el tema tratado sino sobre todo en la disposición en que la persona se disponga a participar, en la conciencia de participar en discusiones puestas al servicio de aunar diferencias de juicio existentes y de llegar a conclusiones comunes que ayuden a la valoración del hombre como valor en sí mismo.

El riesgo mayor se ve en la posible defensa de intereses personales o de grupo, lo que podría facilitar la degradación de la Ética como ideología.

En el seno del Comité de Ética hospitalario se debe llegar a una reglamentación (alguno ha hablado de una Ética del comité) que facilite las discusiones manteniéndolas en un plano de equilibrio.

El Comité debe tener una composición pluralista o mono-orientada según la característica del hospital, sean las orientaciones laicas o confesionales. En el primer supuesto es previsible una mayor dificultad en conclusiones comunes; pero siendo en todas ellas el objeto de las discusiones el hombre puede autorizarse, como ocurre en Francia, una presentación pública de las disensiones.

Estas conclusiones deben tener, según la mayor parte de los participantes, una función consultiva y no vinculante para respetar al máximo la libertad de conciencia del trabajador sanitario, del enfermo y de la familia. Sólo en algunos casos o situaciones bien definidos, las conclusiones pueden ser imperativas (aunque no sean formalmente vinculantes) como salvaguardia moral de un comité monoorientado en profunda sintonía con la dirección del hospital que ha establecido la temática de los principios fundamentales. Algunos participantes señalan la necesidad de que el Comité de Ética hospitalario busque vías de presión sobre el poder legislativo, el poder administrativo, el poder científico, siempre que las orientaciones aparezcan como útiles a cada vez más profundo respeto del hombre bajo una óptica de riqueza ética.

Como final se indica la necesidad de comenzar a actuar en la formación de Comités de Ética hospitalarios sin esperar a las orientaciones de los organismos legislativos. Esto, junto con el movimiento en las grandes organizaciones profesionales (el ejemplo de las Federaciones Nacionales de los Colegios de Médicos) así como en la insistencia en la Universidad y en las Escuelas de Enfermería sobre la enseñanza de la Ética y los aspectos antropológicos de la medicina como contrapunto a la predominancia actual de la técnica.

Código de Ética en Enfermería

En el número anterior de LABOR HOSPITALARIA publicábamos el Código de Ética en Enfermería (págs. 229-232) elaborado bajo el asesoramiento del Institut Borja de Bioética.

Decíamos allí que estaba «en estudio por varios colegios de ATS y DE de España». Hoy podemos afirmar que ha sido admitido como tal por los cuatro colegios de Catalunya (Barcelona, Gerona, Lérida y Tarragona).

Cambios en la FERS

A finales de enero se ha celebrado la VI Asamblea General de la FERS, en la que, entre otras resoluciones, se aprobó la fusión de la FERS femenina y masculina.

Fue elegida como nueva presidenta la madre Antonia Azpilicueta, provincial de las Hermanas de Santa Ana.

Monseñor Osés sigue con nosotros

En la reciente Asamblea Plenaria de la Conferencia Episcopal Española ha sido reelegido monseñor Javier Osés, obispo de Huesca, como presidente de la Comisión de Pastoral. Desde ella continuará al frente de la Pastoral Sanitaria.

Siguen integrados en dicha Comisión: monseñor Úbeda, de Mallorca; monseñor Deig, de Menorca, y monseñor Álvarez, de Jaca. Se ha incorporado a la misma monseñor Santiago Aracil, auxiliar de Valencia.

¡Don Javier, ésta es su casa!

Conclusiones del encuentro de equipos diocesanos de Pastoral Sanitaria en Catalunya

El día 29 de noviembre del pasado año se celebró en Barcelona el «Encuentro de Equipos Diocesanos de Pastoral de la Salud» de Catalunya.

Fruto de sus reflexiones se redactaron las conclusiones que a continuación publicamos.

1. Los enfermos siempre fueron especialmente acogidos por Jesús y por las primeras comunidades cristianas. Hemos descubierto con gozo el campo privilegiado en el que hemos sido llamados a desarrollar nuestra misión en la Iglesia. A la vez descubrimos nuestras pobreza y limitaciones, tanto personales como estructurales, a la hora de dar respuesta a tantas esperanzas, ilusiones, miedos y recelos que hoy coexisten en el mundo de la salud.
2. Respetuosamente, pero también con energía, nos permitimos apelar a la sensibilidad de los Obispos, equipos de Gobierno y Pastoral de las Diócesis de Catalunya, para que se manifiesten solidarios y cercanos a esta parte de su rebaño muchas veces necesitada de la atención, el coraje y la defensa de sus pastores.

3. Recibimos gozosamente la firma del Acuerdo entre los Poderes Públicos y la Iglesia sobre la asistencia religiosa católica en los centros hospitalarios públicos. Estamos delante de un reto histórico para implantar los Servicios Religiosos en los hospitales y darles una calidad asistencial de la cual, generalmente, estaban faltos. Todo reto histórico puede ser aprovechado o pasar inadvertido. Consideraríamos una falta de sensibilidad eclesial muy importante que se diese la segunda posibilidad. Esta sería posible si la sensibilidad, el celo apostólico y la autoridad pastoral no juegan el papel a la que la realidad actual les convoca.
4. Consideramos muy importante el desarrollo que, sin prisas, pero también sin pausas, va teniendo la Pastoral de la Salud, debidamente actualizada, dentro del ámbito parroquial. Son muchas ya las que han comenzado a despertarse y se han puesto al servicio de las necesidades de sus miembros enfermos. Igualmente son numerosas las que todavía siguen ignorando esta parte importante de su comunidad. Ha de seguir insistiéndose sobre este ámbito, poniendo al día las estructuras y las mentalidades para que esta misión ocupe el lugar que le corresponde dentro de la esencia y la misión de la parroquia.
5. La importancia de la *tercera edad* está reclamando de las diócesis respuestas adecuadas a sus demandas pastorales. En la actualidad son varias las delegaciones diocesanas de Pastoral de la Salud que se ven obligadas a dar cabida a esta realidad dentro de su ámbito de responsabilidad. Unas porque las respectivas estructuras pueden e incluso parece que deben coexistir sin perder nada de sí mismas. Otras, porque la soledad en que vive la una reclama la solidaridad de la otra. Admitimos la posibilidad de que en determinados casos puedan seguir unidas, pero reclamamos a cada diócesis el replanteamiento de aquellas soluciones que sean más correctas para el desarrollo adecuado de la misión pastoral de cada uno de estos sectores.
6. En Catalunya existe un número significativo de centros de salud propiedad de patronatos en los que participa la Iglesia. Creemos que ésta ha de tomar muy seriamente la parte proporcional que le corresponde a la hora de su funcionamiento y organización de acuerdo con criterios de rentabilidad económica, pero también y muy especialmente, con criterios de humanización, de pastoral y de deontología según una visión cristiana del hombre. No tener un sentido crítico en estos casos puede hacernos cómplices de posturas y decisiones que engendran irremediablemente muchas otras en las que puede comprometer la atención integral de la persona.
7. El problema de los laicos en la Iglesia preocupa lo suficiente como para que se le dedique íntegramente el próximo Sínodo. La Iglesia del mundo del dolor no es ajena a esta preocupación. Siendo el derecho a la salud parte de la dignidad de todo hombre y reconociendo al mundo sanitario su plena autonomía secular, hay que trabajar para que los creyentes que trabajan en este campo adquieran una toma mayor de conciencia sobre su ser y su hacer. Es conveniente posibilitar la incorporación de laicos y también de religiosos/as en los equipos de los Servicios Religiosos de los hospitales, en coherencia con la nueva eclesiología del Vaticano II, con la misión de estos servicios y con las posibilidades que ofrece el mencionado acuerdo.

Banc Català de Crèdit

Cadesbank



Centrales de Esterilización



Lámparas y Mesas de Quirófanos



Sistema Centralizado
Distribución Comidas

Lo cotidiano en un Hospital es vital para muchas personas

Sábado 3.30 de la madrugada. Una mujer en avanzado estado de gestación es ingresada urgentemente. El parto es inminente.

Con prontitud, es trasladada a la sala de dilatación donde se la prepara convenientemente para su ingreso en el quirófano.

Domingo 8.30 de la mañana.

Puntualmente, la paciente toma un apetitoso desayuno. Se siente feliz: todo ha transcurrido como ella deseaba.

Detrás de esta satisfacción, toda una cotidiana y compleja organización ha funcionado de forma perfecta:

- Máxima higiene y asepsia en todo el proceso.
- Máxima seguridad y comodidad en el quirófano.
- Máxima calidad en el servicio de distribución de comidas.

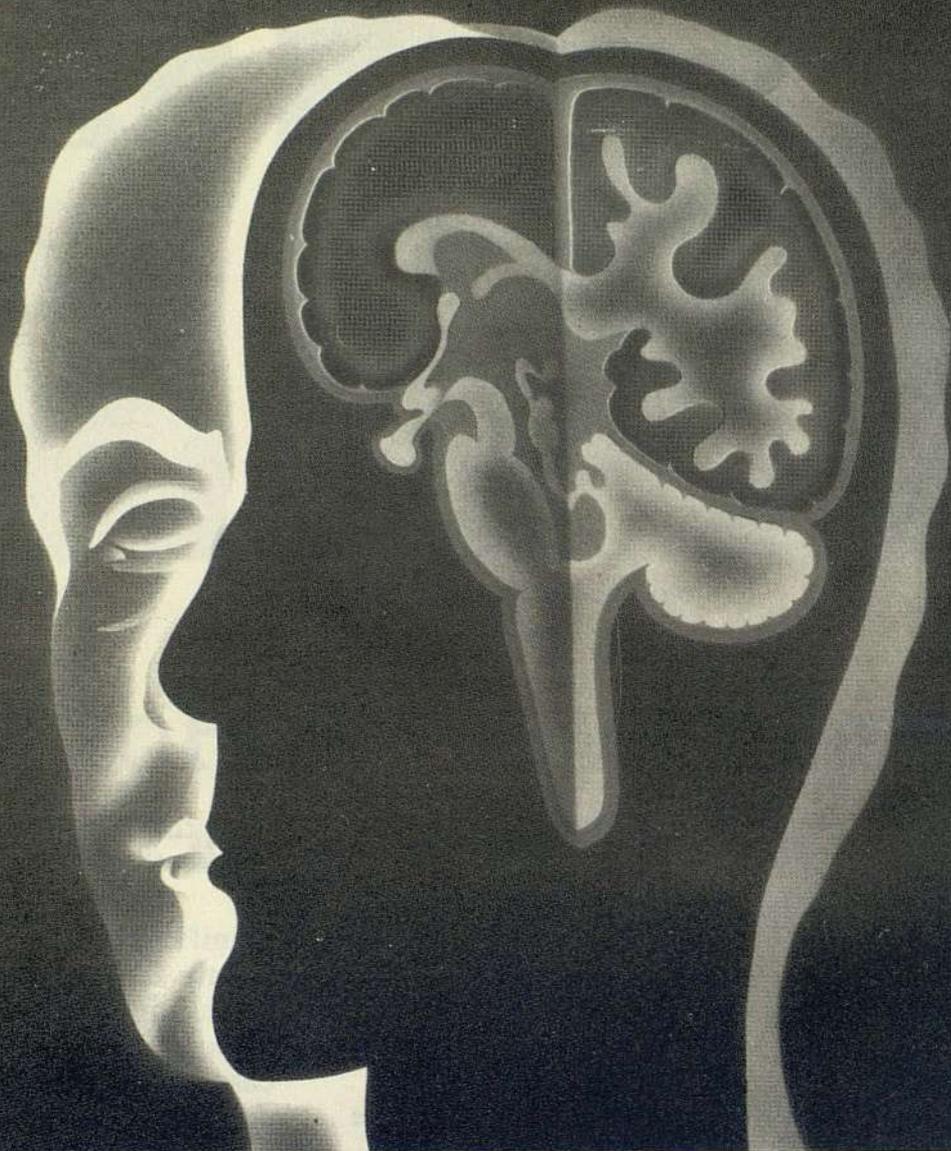
Matachana, líder en el sector, lleva muchos años contribuyendo con sus equipos a que la difícil labor de todos los profesionales de un Hospital sea más eficaz y segura. En Matachana trabajamos pensando en usted y en sus pacientes. Sabemos que un óptimo funcionamiento se basa en disponer del mejor equipo —tanto humano como técnico— que le garantice una ejecución perfecta de toda la

planificación diaria de su Centro Hospitalario. Matachana aporta soluciones concretas en cada caso con la alta tecnología de vanguardia que caracteriza a todos sus productos:

- Centrales de esterilización (la más amplia gama en esterilizadores).
- Equipamientos para quirófanos (lámparas y mesas de quirófanos con la técnica más avanzada).
- Sistema Centralizado de Distribución de comidas (equipos racionales en todo el proceso).

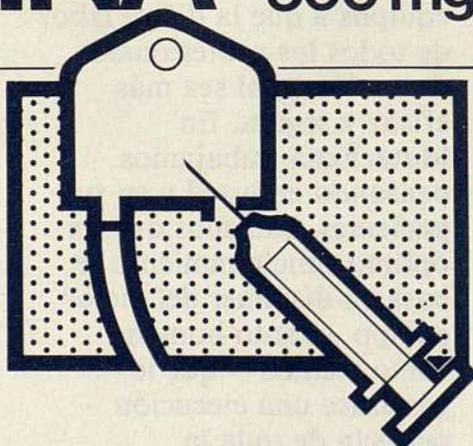
Matachana sabe, como usted, que lo cotidiano en un Hospital es vital para muchas personas.

MATACHANA
división hospitales



SOMAZINA[®] 1000 mg. 500 mg.

CITICOLINA



**Acelera la
reabsorción
del edema
cerebral**

Composición: SOMAZINA 1000: Por ampolla de 10 ml: Citidin difosfato de colina (citicolina) 1000 mg. SOMAZINA 500: Por ampolla de 5 ml: Citidin difosfato de colina (citicolina) 500 mg. Agua bidestilada, apirógena y estéril c.p.s. 10 y 5 ml. (respectivamente). **Indicaciones:** SOMAZINA 1000 y 500 mg está indicada en el tratamiento de lesiones cerebrales

graves que comportan una pérdida total o parcial de la conciencia. Traumatismos cerebrales: conmoción cerebral, contusión cerebral, coma. Accidente cerebrovascular agudo: ictus cerebral, trombosis, embolia, isquemia. Comas tóxicos. Comas metabólicos. Reanimación postanestesia: anestesia general, neurocirugía. Encefalopatías, encefalitis.

Alteraciones motoras extrapiramidales: Parkinson. **Posología y forma de administración:** SOMAZINA 1000: Una o varias ampollas al día por vía intravenosa lenta o en perfusión gota a gota (40-60 gotas/min.) dependiendo de la gravedad del cuadro a tratar. SOMAZINA 500: Puede utilizarse por vía intramuscular, intravenosa lenta o en perfusión gota a gota (40-60 gotas/min.) de una a tres veces al día de acuerdo con la gravedad del cuadro clínico y según criterio facultativo. **Presentación y P.V.P.:** SOMAZINA 1000: Caja con 3 inyectables (P.V.P. i.i. 2.699,— Ptas.). Envase clínico, cajas con 50 inyectables, SOMAZINA 500: Caja con 10 y 5 inyectables (P.V.P. i.i. 4.469,— y 2.258,— Ptas.). Envase clínico, cajas con 50 inyectables. **Otras presentaciones:** SOMAZINA 200 mg. (Cajas con 10 y 5 inyectables P.V.P. i.i. 1.835,— y 957,— Ptas. Envase clínico, cajas con 100 inyectables de 200 mg. SOMAZINA Solución a GOTAS (Envase con 30 ml.) P.V.P. i.i. 2.185,— Ptas. **Contraindicaciones:** Carece. **Incompatibilidades:** No debe administrarse junto a medicamentos que contengan centrofenoxina. **Efectos secundarios:** Ocasionalmente puede producir un discreto efecto hipotensor pasajero. **Intoxicación y posible tratamiento:** No se previene intoxicación ni aún a dosis muy superiores a las normales.



FERRER INTERNACIONAL
GRAN VÍA CARLOS III, 94 (EDIFICIOS TRADE) BARCELONA

Nosotros lavamos en el mundo entero

Electrolux-Wascator

es la marca sueca extendida por los 5 continentes, líder mundial en maquinaria y equipos para lavanderías:

- Lavanderías autoservicio, profesionales e industriales.
- Lavanderías integradas, en hoteles, hospitales, clínicas y colectivos en general.

ELECTROLUX-WASCATOR aplica a sus máquinas la más avanzada tecnología, para obtener el máximo rendimiento de sus equipos al más bajo coste de mantenimiento.

Distribuida en exclusiva en España por:

WASCOLUX, S.A.

que facilita proyecto técnico, completo asesoramiento y adecuado servicio de mantenimiento.



WASCOLUX LE OFRECE TODO LO QUE USTED NECESITA PARA UNA LAVANDERIA RENTABLE

UN EXTENSO PROGRAMA:

- LAVADORAS-CENTRIFUGADORAS de 7 a 32 Kg. de capacidad, baja velocidad (460 r.p.m.).
- LAVADORAS-CENTRIFUGADORAS de 6 a 80 Kg. de capacidad, alta velocidad (800 a 1000 r.p.m.). ¡SIN ANCLAJES!
- SECADORAS ROTATIVAS de 5 a 45 Kg. de capacidad.
- MAQUINAS CENTRIFUGAS de 8' a 20 Kg. de capacidad.
- CALANDRAS MURALES
- CALANDRAS CENTRALES DE RODILLOS MÚLTIPLES
- PLEGADORAS
- COMPLEMENTOS Y MAQUINAS AUXILIARES

WASCOLUX S.A.

OFICINAS CENTRALES:

Caballero, 5 y 7 — 08014 BARCELONA
Tels. (93) 230 69 08 - 230 69 05
Telex 98667 - Wasc - E

DELEGACIONES:

Príncipe de Vergara, 204 (Duplic. Post.)
28002 MADRID
Tels. (91) 457 07 57 - 457 05 62

Alda. Recalde, 27 8º Dpto. 16
48009 BILBAO
Tels. (94) 423 40 66 - 424 56 60

DISTRIBUIDORES EN TODA ESPAÑA

LIMPIEZA PROFILACTICA

SERVICIO DE LIMPIEZA ESPECIALIZADA PARA HOSPITALES, CONTRATADA, REALIZADA Y VERIFICADA MEDIANTE CONTROL BACTERIOLOGICO.

● RESULTADOS PROFILACTICOS:

Eliminación real del microbismo contaminante según niveles de tolerancia fijados por la Dirección Médica del Hospital o los standards recomendados por «Committee on Microbial Contamination of Surfaces of the Laboratory Section of the American Public Helth Association».

● AREA DE PRESTACION:

Barcelona y su comarca solamente.

● CONSULTAS Y PEDIDOS:

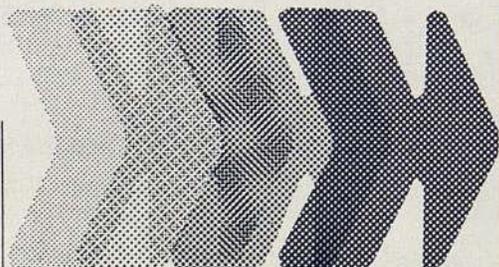
Por escrito a nuestras oficinas de Barcelona desde donde informaremos y asesoraremos gustosamente en fase de previsión anterior a la de contratación.

● REFERENCIAS:

Nuestro servicio de limpieza se realiza en 14 países.



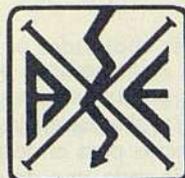
| | |
|-----------|------------|
| Dinamarca | Holanda |
| Alemania | Inglaterra |
| Austria | Noruega |
| Bélgica | Suecia |
| España | Suiza |
| Finlandia | Australia |
| Francia | Brasil |



SAEL

S.A. de Entretenimiento
y Limpieza.

Ramón Turró, 157 - Tel. 309 25 16*
Barcelona - 5



Armi

electromedicina

ELECTRONICA
MEDICA

RAYOS X

REPARACIONES

TRASLADOS

MANTENIMIENTO

SERVICIO VENTAS

- Aparatos de Rayos X nuevos y usados debidamente preparados y garantizados.

- Material radiográfico.

- Todo tipo aparatos de electromedicina.

SERVICIO TECNICO

- Mantenimiento general de salas de radiología.
- Reparación de electrocardiógrafos, electroencefalógrafos, bisturís, eléctricos, cuidados intensivos y demás equipos electrónicos.
- Montajes, traslados y reparación de equipos de radiología.
- Presupuestos completos de emplomado y acabados en general de salas de radiología.

Carrer Nou de la Rambla, 160 - Tel. (93) 242 22 43 - 08004 BARCELONA

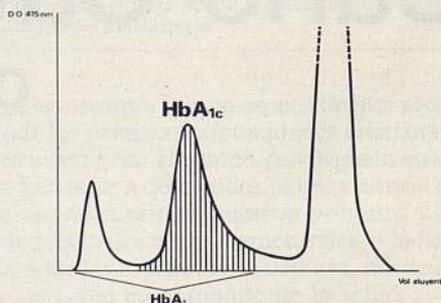
BioSystems

HEMOGLOBINA A_{1c}

Test de elección para el diagnóstico
y seguimiento de la diabetes mellitus

DETERMINACION CROMATOGRAFICA DE LA Hb A_{1c}

- CUANTIFICA ESPECIFICAMENTE LA Hb A_{1c}
- EXACTO: ELIMINA LA FRACCION LABIL
- PRECISO: C.V. (INTER-ENSAYO) < 4 %
- COMODO Y RAPIDO PARA EL ANALISIS DE RUTINA



**Especialistas en diagnóstico clínico
y biotecnología**

atom

Paseo del Monte, 18 08024 BARCELONA Tels. 214 79 04

Télex 51227 ATOM E

PHILIPS SDR 1550-XP

ANNULAR ARRAY OTRO PASO ADELANTE

TRANSDUCTORES "ANNULAR ARRAY"

PHILIPS, gigante mundial en el campo del diagnóstico por la imagen, ha puesto en el sistema SDR 1550-XP toda la experiencia acumulada en casi veinte años de investigación, desarrollo y fabricación de equipos de ecografía diagnóstica.

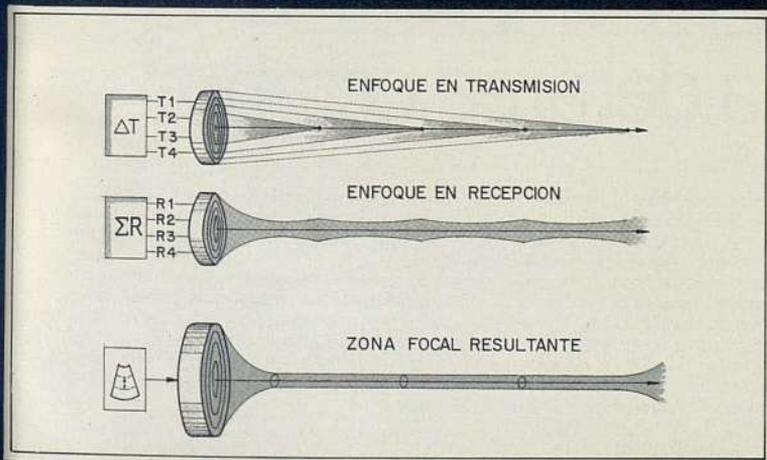
El ecógrafo SDR 1550-XP incorpora la nueva tecnología de transductores de foco variable del tipo "annular array", que ha sido una de las últimas aportaciones de PHILIPS al diagnóstico por ultrasonidos. El sistema en sí mismo está dotado de una excepcional calidad de imagen en cualquier circunstancia, una gran versatilidad y una muy elevada fiabilidad y facilidad de servicio.

La tecnología "annular array" puesta a punto por PHILIPS, incorpora lo mejor de los diferentes métodos de generación de imágenes sectoriales en tiempo real. El barrido se realiza de una forma tal que la uniformidad, densidad de líneas, rango dinámico y facilidad de servicio son óptimas. El enfoque se efectúa utilizando un elemento multicristal con disposición anular y una secuencia de disparo controlada por el ordenador.

La geometría cilíndrica del haz de transmisión resultante mantiene las mismas dimensiones de



la zona de enfoque en cualquier dirección perpendicular al eje de transmisión, con lo que la resolución lateral es idéntica en todo el frente de onda, a diferencia de lo que sucede con los transductores electrónicos convencionales. Además, la zona de enfoque es más larga que en otro tipo de transductores y es posicionable por el operador en la zona de interés, continuamente desplazable entre la parte proximal y la distal de la imagen.



EL SISTEMA SDR 1550-XP permite la utilización de una gran variedad de transductores, además de los anteriormente descritos "annular array":

- SECTORIALES de 3, 5 y 7,5 MHz.
- LINEALES de 4 y 6 MHz.
- INTRAVAGINALES de 5 y 7,5 MHz.
- TRAPEZOIDAL de 7,5 MHz.
- TRANSRECTAL MULTIPLANO de 7,5 MHz.
- DOPPLER entre 2 y 10 MHz.

que, junto con sus amplias posibilidades para ECO-CARDIOGRAFIA, DOPPLER PULSADO Y CONTINUO para aplicaciones en vascular periférico y abdominal, BIOPSIAS y gran CAPACIDAD DE CALCULO, hacen de este ecógrafo SDR 1550-XP el sistema más versátil de todos los actuales.



Sistemas
Médicos

SU COMPAÑIA DE IMAGEN

PHILIPS

Ca⁺⁺

60 Grageas

Doble duración del envase.
Mayor comodidad.

Prevención en la isquemia cerebral

Reduce factores de riesgo del A.C.V.

NERDIPINA

Calcio antagonista del área cerebral

• **Composición** — Por gragea: Nicardipina clorhidrato, *20 mg.; Excipiente, c.s. • **Indicaciones** — Arteriosclerosis cerebral. Insuficiencia cerebro-vascular crónica y sus secuelas. Alteraciones orgánicas resultantes de una apoplejía cerebral (hemorragia cerebral; hemorragia subaracnoidea, infarto cerebral, etc.) especialmente en la fase de estabilización de la sintomatología aguda. • **Dosificación** — La dosis media recomendable es de 60 mg/día, que corresponde a una gragea cada 8 horas. • **Contraindicaciones** — No debe administrarse a pacientes con hemorragia cerebral persistente, apoplejía aguda con presión cerebral elevada. No se administrará durante el período de gestación ni el de lactancia. • **Efectos secundarios** — Ocasionalmente pueden aparecer ligeros trastornos como náuseas, pérdida del apetito, pirosis, estreñimiento, diarrea, erupciones cutáneas, cefaleas, sofocación, hipotensión, edema en miembros inferiores, palpitaciones, debilidad. En raros casos alteraciones de los parámetros de función hepática o renal (GOT, GPT, fosfatasa alcalina, creatinina sérica, BUN). • **Incompatibilidades** — Se tendrá precaución en administración junto a hipotensores. • **Precauciones** — Debe administrarse con precaución en pacientes hipotensos o con alteraciones hepáticas y/o renales y glaucoma. Es conveniente suspender el tratamiento si durante el mismo aparecen anormalidades en los parámetros de función hepática y renal. • **Intoxicación y posible tratamiento** — A las dosis recomendadas no se prevé la intoxicación. Caso de producirse una intoxicación por extradosis accidental se administrará Atropina o Noradrenalina para combatir la bradicardia e hipotensión. La administración de gluconato cálcico por vía endovenosa puede ser beneficiosa. • **Presentación** — Envase con 30 grageas. P.V.P. (IVA): 1.519 pts. Envase con 60 grageas. P.V.P. (IVA): 3.030 pts.



FERRER INTERNACIONAL
FARMACIA SERRAVALLE, S.A. (SUCURSAL) - BARCELONA

Petit Cheri

Tan suave como
las caricias de mamá

Mamá sabe que tu piel es muy delicada. Por eso sólo confía en Mousse Savon Bébé y Eau de Cologne Bébé de Petit Cheri para tu higiene diaria. Petit Cheri tiene una fragancia muy fresca, como a ti te gusta. Y sobre todo, suaviza y cuida tu piel con el mismo cariño que te da mamá.



Petit Cheri
LEGRAIN

LIMPIEZA PROFILACTICA

SERVICIO DE LIMPIEZA ESPECIALIZADA PARA HOSPITALES, CONTRATADA,
REALIZADA Y VERIFICADA MEDIANTE CONTROL BACTEOROLOGICO.

- RESULTADOS PROFILACTICOS:

Eliminación real del microbismo contaminante según niveles de tolerancia fijados por la Dirección Médica del Hospital o los standards recomendados por «Committee on Microbial Contamination of Surfaces of the Laboratory Section of the American Public Helth Association».

- AREA DE PRESTACION:

Barcelona y su comarca solamente.

- CONSULTAS Y PEDIDOS:

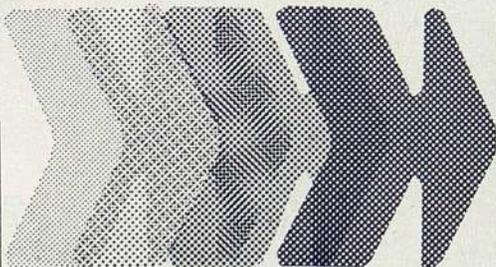
Por escrito a nuestras oficinas de Barcelona desde donde informaremos y asesoraremos gustosamente en fase de previsión anterior a la de contratación.

- REFERENCIAS:

Nuestro servicio de limpieza se realiza en 14 países.



| | |
|-----------|------------|
| Dinamarca | Holanda |
| Alemania | Inglaterra |
| Austria | Noruega |
| Bélgica | Suecia |
| España | Suiza |
| Finlandia | Australia |
| Francia | Brasil |



SAEL

S.A. de Entretenimiento
y Limpieza.

Ramón Turró, 157 - Tel. 309 25 16*
Barcelona - 5