

Hermanos de
San Juan de Dios
Barcelona

Año 41. Segunda época. Abril - Mayo - Junio 1989
Número 212. Volumen XXI

CONSEJO DE REDACCIÓN

Director

Miguel Martín

Redactores

Joaquín Plaza
Pilar Torres
Mariano Galve
Francisco Sola

Administración

Benjamín Pamplona

Secretaría de Dirección

Lourdes Coll

CONSEJO ASESOR

Francisco Abel
Felipe Aláez
Ramiro José Alloza
Miguel A. Asenjo
Ángel Calvo
Jesús Conde
Rudesindo Delgado
Francisco de Llanos
Joaquín Erra
Rafael Herrera
Fernando Jordán
Pilar Malla
Antonio Marset
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 0211-8268

Depósito Legal: B. 2998-61

EGS - Rosario, 2 - Barcelona

Sumario

1	EDITORIAL Nuevos matices...	96
2	ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE LA LEGALIZACIÓN DE LA EUTANASIA	98
3	DOCTORA ELISABETH KÜBLER-ROSS «Morir con dignidad significa morir con mi carácter, con mi personalidad, con mi estilo» Miguel Martín Rodrigo	106
4	III JORNADAS DE PEDAGOGÍA HOSPITALARIA	112
5	LIBERTAD Y AUTENTICIDAD Guillermo Nicolás Kuri	116
6	LA RELACIÓN DE AYUDA PASTORAL Angelo Brusco	121
7	III JORNADAS DE PROFESIONALES SANITARIOS CRISTIANOS	130
7.1	Conclusiones de los participantes sobre la Eutanasia	131
7.2	Conclusiones de los grupos de trabajo sobre Los profesionales sanitarios y la familia del enfermo	132
7.3	Así opinan algunos asistentes	139
8	INFORME FINAL DE LA COMISIÓN ESTATAL DE LOS PAÍSES BAJOS SOBRE LA EUTANASIA	143
9	DOCUMENTOS DE BIOÉTICA (III)	148
9.1	Criterios de muerte cerebral en el niño	148
9.2	Documentos del Comité Nacional Francés de Ética para las Ciencias de la Vida y de la Salud (y III)	152
10	INFORMACIONES	161

1. EDITORIAL

NUEVOS MATICES...

LH quiere en este número subrayar la importancia del debate actual sobre un problema antiguo pero que en el transcurso de los años ha ido adquiriendo nuevos matices. Nos referimos a la discusión en torno a dos problemas distintos y contrarios: el de la eutanasia activa y el del encarnizamiento terapéutico, que de manera imprecisa y paradójica se analizan con frecuencia bajo la misma denominación de eutanasia.

LH quiere sumarse a las voces de quienes consideran conveniente en estos momentos definir el término *eutanasia* como «acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente, ya sea por su propio requerimiento o a petición de los familiares».

LH quiere también manifestar que en la legislación holandesa actual sobre eutanasia activa sigue manteniéndose el carácter de delito en los artículos 292 y 293 de su código penal, no habiendo sido aceptadas las enmiendas propuestas a estos artículos. Puesto que en repetidas ocasiones y desde diversas instancias se publican informaciones erróneas sobre la legislación holandesa, **LH** publica una traducción del resumen inglés del «Informe final de la comisión estatal de los Países Bajos sobre la eutanasia» para esclarecer a sus lectores este punto.

LH ha constatado también que la Comisión Ad Hoc de expertos sobre los progresos en las ciencias biomédicas (CAHBI) considera eutanasia el «acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente, que sufre mucho, a requerimiento propio».

Esta comisión consideró inadecuada y causa de confusión la definición de eutanasia pasiva en los términos descritos en un cuestionario que, sorprendentemente, ha utilizado como referencia el Colegio de Médicos de Barcelona para su encuesta, que publicamos. Paradójicamente la intención de los responsables de este cuestionario ha sido la de ayudar a esclarecer la confusión conceptual existente.

LH publica también en este número las conclusiones a las que llegaron los participantes en las III Jornadas de Profesionales Sanitarios Cristianos, que tuvieron lugar en Torremolinos los días 10 al 12 de marzo pasado, tratándose diferentes aspectos del tratamiento y acompañamiento a pacientes terminales. Subrayamos el compromiso eclesial de los profesionales sanitarios.

La entrevista que LH hace a la doctora Elisabeth Kübler-Ross nos recuerda su indiscutible y meritoria contribución a la comprensión de las reacciones psicológicas de los moribundos. Hemos de recordar, sin embargo, que, para esta autora, la muerte se percibe como último estadio del crecimiento del individuo sin entrar en el estudio de la muerte como dramática realidad de ruptura óptica, por lo que su visión, práctica desde la perspectiva psicoterapéutica, resulta reduccionista para el cristiano.

LH desea y espera que cuantos participen en los debates y escriben sobre los problemas relacionados con la eutanasia y el encarnizamiento terapéutico mantengan el rigor conceptual que evite la confusión entre las dimensiones éticas y las jurídicas de los problemas. También propone que se suprima la utilización del término *eutanasia pasiva* en la literatura de divulgación por la ambigüedad en que se utiliza el término: para algunos significa la renuncia arbitraria de la obligación de la asistencia necesaria para procurar conservar la vida y la salud. Para otros significaría solamente la no utilización de las máximas posibilidades terapéuticas por un paciente cuya situación es irreversiblemente fatal.

Quedan atrás los días del magnífico documento de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe sobre la eutanasia (5 de mayo de 1980) que introducía la esclarecedora distinción entre medios proporcionados y desproporcionados, suprimía el término confuso de eutanasia pasiva y orientaba sobre el necesario tratamiento del dolor.

Hoy se requiere un nuevo esfuerzo clarificador en el que esperamos contribuir positivamente.

LABOR HOSPITALARIA

Hno. JOSÉ L. FONSECA

nuevo Superior Provincial

El pasado día 12 de mayo, en el Capítulo Provincial celebrado en San Antonio de Vilamajor (Barcelona), fue elegido Superior Provincial de los Hermanos de San Juan de Dios —Provincia de San Rafael— el hermano José Luis Fonseca Bravo.

LH desea al hermano José Luis toda suerte de éxitos en la importante labor que ha sido llamado a desempeñar.



2. ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE LA LEGALIZACIÓN DE LA EUTANASIA ENTRE LOS MÉDICOS COLEGIADOS EN LA PROVINCIA DE BARCELONA

LH considera oportuna la publicación de la encuesta que el Colegio de Médicos de Barcelona ha hecho a una muestra de 344 médicos. Las definiciones de eutanasia que los autores de la encuesta atribuyen erróneamente al Consejo de Europa y a la legislación holandesa tienen un carácter funcional que no afecta a los resultados de manera directa. Otra cosa son las ambigüedades de algunas preguntas que se prestan a más de una interpretación posible. Notemos la incorrecta formulación de la cuestión sobre eutanasia y muerte cerebral que resulta muy sorprendente en un colectivo médico.

Hay que valorar la oportunidad de la encuesta, la preocupación de los médicos en su representación colegial en tomar el pulso a los colegas y, también, hay que decirlo, el noble gesto de arriesgarse a ceder parcelas de autonomía profesional.

Encuesta

INTRODUCCIÓN

La eutanasia es un tema que ha alcanzado una gran relevancia en el debate social y sanitario de los últimos años. Es un hecho que el avance de la ciencia médica y sus esfuerzos por la conservación y prolongación de la vida están llevando, también, a plantearse sus limitaciones y consecuencias en lo que se refiere a la lucha contra la muerte.

Es evidente la complejidad que supone el estudio sobre la eutanasia, pero también lo es la necesidad de plantearlo al ámbito médico. Con esta finalidad el Colegio de Médicos ha realizado una encuesta, con un doble objetivo: en primer lugar, conocer el estado de opinión que tiene el médico sobre la legislación de la eutanasia y, en segundo lugar, definir aquellos elementos de reflexión que aportan estos profesionales de la salud frente a una posible aplicación de la eutanasia.

La elaboración del cuestionario ha supuesto un proceso largo y cuidado, especialmente en lo referente a las definiciones de eutanasia que, en la actualidad, están marcadas por la controversia, tanto médica como legal. Se trataba de distinguir los distintos tipos de eutanasia y reflejarlo a lo largo de todo el cuestionario. El punto de referencia ha sido el documento del Consejo de Europa, que recoge el texto de la legislación holandesa*.

Este estudio pretende ser una aportación al debate que enfrenta y preocupa no sólo a los médicos sino a toda la sociedad.

Encuesta

1. ¿Considera usted que las tres suposiciones incluidas en la definición de Eutanasia Pasiva constituyen una práctica médica habitual?

1 — NO
2 — SÍ

2. ¿Cree usted que se han de utilizar recursos técnicos aptos únicamente para prolongar una vida que el enfermo ya no es capaz de asumir con posibilidades de darle un sentido?

1 — SÍ
2 — NO

* Definiendo la eutanasia como «la ayuda a una buena muerte», básicamente hay que diferenciar dos conceptos:

EUTANASIA PASIVA que contempla tres aspectos:

1. No empezar o interrumpir un tratamiento cuando el enfermo lo pide de una forma seria y explícita.
2. No empezar o interrumpir un tratamiento cuando su inicio o continuación no tenga sentido, de acuerdo con los criterios médicos disponibles en la actualidad.
3. Comenzar un tratamiento que es necesario y que por su naturaleza está dirigido a mitigar el sufrimiento (grave) del enfermo, a pesar de que, como consecuencia de este tratamiento, la muerte sea o pueda ser acelerada.

Y EUTANASIA ACTIVA que es la acción que por su intención y naturaleza causa la muerte en una situación grave e irreversible.

3. ¿Cree usted que este último tipo de actuación constituye una práctica habitual en nuestro país?

1 — SÍ
2 — NO

4. ¿Cuál es su opinión sobre la actuación profesional delante de las siguientes suposiciones?:

A) Cuando existe evidencia de muerte cerebral, usted sería favorable a

1. Dejar de aplicar medios técnicos de mantenimiento de la vida.
2. Seguir aplicando los medios técnicos para mantener la vida.
3. Realizar una acción positiva para causar la muerte.
4. Otro (especificar) ...

B) Cuando una persona anciana sufre un proceso irreversiblemente fatal y ha formulado explícitamente el deseo de no seguir viviendo, usted sería favorable a

1. Seguir aplicando todos los medios para mantener la vida.
2. Aplicar exclusivamente tratamientos para mitigar el sufrimiento.
3. Realizar una acción positiva para causar la muerte.
4. Otro (especificar) ...

C) Cuando un enfermo de cualquier edad sufre un proceso irreversiblemente fatal, y ha formulado explícitamente el deseo de no seguir viviendo, usted sería favorable a

1. Seguir aplicando todos los medios para mantener la vida.
2. Aplicar exclusivamente tratamientos para mitigar el sufrimiento.
3. Realizar una acción positiva para causar la muerte.
4. Otro (especificar) ...

D) Cuando un enfermo padece un proceso irreversiblemente fatal y no está en situación de decidir, usted sería favorable a

1. Dejar de aplicar medios técnicos de mantenimiento de la vida.
2. Seguir aplicando los medios técnicos para el mantenimiento de la vida.
3. Realizar una acción positiva para causar la muerte.
4. Otro (especificar) ...

E) Cuando el proceso no supone una amenaza vital, pero comporta una grave limitación funcional irreversible y el enfermo ha formulado explícitamente el deseo de no seguir viviendo, usted sería favorable a

1. Seguir aplicando todos los medios para mantener la vida.
2. Aplicar exclusivamente tratamientos para mitigar el sufrimiento.
3. Realizar una acción positiva para causar la muerte.
4. No hacer nada.
5. Otro (especificar) ...

F) Cuando una persona de cualquier edad sufre un proceso que no supone una amenaza vital, pero comporta una grave limitación funcional irreversible y el enfermo no está en situación de decidir, usted sería favorable a

1. Seguir aplicando todos los medios para mantener la vida.

2. Aplicar exclusivamente tratamientos para mitigar el sufrimiento.

3. Realizar una acción positiva para causar la muerte.
4. No hacer nada.
5. Otro ...

5. ¿Quién tendría que tomar la decisión sobre la conducta a seguir cuando el enfermo no está en situación de decidir?

1. Los familiares íntimos.
2. El médico.
3. Los familiares y el médico conjuntamente.
4. El equipo sanitario.
5. Los familiares y el equipo sanitario conjuntamente.
6. El juez.
7. Otros (especificarlos) ...

6. ¿Considera usted necesario el desarrollo de una ley que regule la aplicación de la eutanasia?

1 — SÍ
2 — NO

Si en Q-6 contesta: SÍ (1) Pasar a Q-8

Si en Q-6 contesta: NO (2) Hacer Q-7 y pasar a Q-10

7. ¿Por qué razones?

1. Éticas.
2. Religiosas.
3. Éticas y religiosas.
4. Otras (especificarlas) ...
9. No es pertinente.

8. La ley tendría que regular la eutanasia.

1. Permitiendo la pasiva y prohibiendo la activa.
2. Prohibiendo la pasiva y la activa.
3. Permitiendo la pasiva y la activa.
9. No es pertinente

Si contesta (1 o 2) en la Q-8 — Contrario en la Q-9

Si contesta (3) en la Q-8 — Partidario en la Q-9

9. ¿Por qué razones es CONTRARIO a que la ley permita la eutanasia activa?

1. Éticas.
2. Religiosas.
3. Éticas y religiosas.
4. Otras (especificarlas) ...

¿Por qué razones es PARTIDARIO de que la ley permita la eutanasia activa?

9. No es pertinente.

10. En el caso de que se aprobase una ley sobre la eutanasia, ¿tendría que prever que el médico pudiera negarse a aplicar la eutanasia si esta conducta es contraria a sus principios?

1 — SÍ
2 — NO

11. En su experiencia profesional, ¿algún paciente le ha formulado explícita y seriamente el deseo de interrumpir un

tratamiento que únicamente comportaba la prolongación de la vida?

1 — SÍ
2 — NO

Si contesta SÍ (1) en Q-11 — Hacer Q-12
Si contesta NO (2) en Q-11 — Pasar a Q-13

12. En el caso de que no existiesen impedimentos legales, ¿usted lo habría hecho?

1 — SÍ
2 — NO

13. En su experiencia profesional, ¿algún paciente le ha formulado explícita y seriamente el deseo de no seguir vi-
viendo?

1 — SÍ
2 — NO

Si contesta SÍ (1) en Q-13 — Hacer Q-14
Si contesta NO (2) en Q-13 — Pasar a Q-15

14. En el caso de que no existiesen impedimentos legales, ¿usted habría realizado una acción positiva para causar la muerte?

1 — SÍ
2 — NO

15. En su experiencia profesional, ¿ha vivido en alguna ocasión la situación de un paciente con un proceso irreversible-
mente fatal y sin capacidad de decidir?

1 — SÍ
2 — NO

Si contesta SÍ (1) en Q-15 — Hacer Q-16
Si contesta NO (2) en Q-15 — Pasar a Q-18

16. En caso de que no existiesen impedimentos legales, ¿usted habría interrumpido la aplicación de los medios técnicos a su alcance?

1 — SÍ
2 — NO

Si contesta SÍ (1) en Q-16 — Hacer Q-17
Si contesta NO (2) en Q-16 — Pasar a Q-18

17. En caso de que no existiesen impedimentos legales, ¿usted habría realizado una acción positiva para causar la muerte?

1 — SÍ
2 — NO

18. Tiene alguna sugerencia sobre la eutanasia en general, o en relación a los aspectos que tendría que contemplar una futura ley sobre la eutanasia?

0 — No hace sugerencias
1 — Hace sugerencias

19. ¿Le gustaría participar en una encuesta que profundizase sobre este tema?

1 — SÍ
2 — NO

Descripción del actual puesto de trabajo

(Si tiene más de uno, el que comporte un mayor número de horas de dedicación)

Especialidad (1).....

Centro de Trabajo (2).....

Servicio (3).....

Localidad.....

Código postal.....

Centro:

1. Público - 2. Privado

1. Hospitalario - 2. Extrahospitalario

Ejemplos:

(1) Medicina General, Cardiología, Pediatría, etc.

(2) Hospital de la Santa Creu, Centro de Asistencia Primaria, Consultorio Privado, Clínica del Remedio, en paro, etc.

(3) Unidad de Cuidados Intensivos, Digestivo, Cirugía General, etc.

Edad: - Sexo

1. Mujer - 2. Varón

Estado Civil

1. Soltero/a - 2. Casado/a - 3. Viudo/a - 4. Separado/a - 5. Divorciado/a.

Religión

¿Es usted creyente?

1. Sí - 2. No - 3. No me lo planteo

Si es creyente, ¿de qué religión?

Material y métodos

MUESTRA

Partiendo de la lista de médicos colegiados en la provincia de Barcelona, constituida por unos 18.000 médicos, se han escogido una muestra aleatoria simple que fuese representativa de este colectivo profesional.

Para conseguir una precisión del 10 %, con un margen de error del 5 %, era necesario disponer de un efectivo de 384 médicos. No obstante, en previsión de la posibilidad de que algunos médicos seleccionados no fuesen localizables o no quisiesen participar en el estudio, se elaboró una muestra constituida por 500 médicos.

LA ENCUESTA

El cuestionario que han respondido los médicos participantes consta de 25 preguntas relativas a los siguientes aspectos: 1) características personales y profesionales de

los médicos; 2) necesidad de regular jurídicamente la eutanasia y contenido de la ley; 3) opinión sobre la aplicación de la eutanasia en diferentes supuestos teóricos; 4) experiencias profesionales relacionadas con la eutanasia y actitud ante estas situaciones.

La encuesta se inició el 1 de junio y finalizó el 7 de julio de 1988. Las respuestas se han obtenido por entrevista directa, en catalán o castellano. Los médicos seleccionados por la muestra, previamente informados por el Colegio, recibían un encuestador médico especialmente preparado para obtener la información de manera neutral y homogénea.

El tratamiento de la información se ha realizado de forma anónima y confidencial.

Para el análisis de los resultados se ha empleado el paquete estadístico SPSS para microordenador. Los tests utilizados han sido el Chi-cuadrado para los datos independientes y el de McNemar para los datos emparejados. Sólo se presentan las diferencias que son significativas desde el punto de vista estadístico. Como umbral de significación se ha adoptado el valor $p < 0,05$.

Resultados

COBERTURA DE LA ENCUESTA

Del total de 500 médicos seleccionados, 344 (68 %) participan en el estudio, y 156 (31,2 %) no pudieron ser entrevistados por motivos diversos.

El hecho de haber obtenido la colaboración de 344 médicos, en lugar de los 384 inicialmente previstos, ha determinado una ligera disminución en la precisión de los resultados. En lugar de un intervalo de confianza del $\pm 0,05$ % previsto en el muestreo, el error de la muestra asociado a los porcentajes que se presentan es un poco más amplio, pero, en todo caso, no superior al $\pm 0,0528$.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

De los 344 médicos participantes, el 67,2 % son hombres y el 32,8 % mujeres. La edad media es de 39,1 años con una desviación estándar de 12,2, siendo la edad mínima de 24 años y la máxima de 86 años.

El 65,7 % son creyentes, de los cuales el 85 % son católicos.

El 50,9 % de los encuestados trabajan en el medio hospitalario.

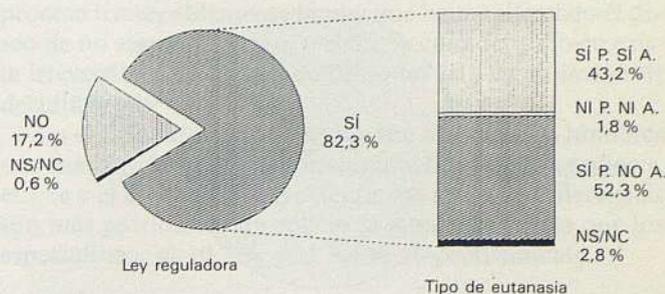
En Barcelona ciudad trabaja el 57,8 % de los participantes.

El 68 % ejercen como especialistas y el 22 % como médicos generalistas. El 10 % restante son residentes o realizan actividades no asistenciales.

LEGALIZACIÓN DE LA EUTANASIA

El desarrollo de una ley que regule la práctica de la eutanasia es una necesidad que manifiestan el 82,3 % de los

Gráfico 1
ENCUESTA SOBRE LA EUTANASIA
OPINIÓN SOBRE EL DESARROLLO DE LA LEY



Fuentes y elaboración: I. C. R.

médicos del estudio (gráfico 1). Hay un 17,2 % que se manifiestan contrarios a la elaboración de una ley; las razones expresadas por quienes se oponen a ello son de carácter ético-religioso.

En relación a los tipos de eutanasia que ha de permitir la ley, el estudio muestra que un 52,3 % de los médicos creen que se ha de permitir la eutanasia pasiva y prohibir la activa. Por otro lado, el 43,2 % consideran que se ha de permitir tanto la eutanasia pasiva como la eutanasia activa (gráfico 1).

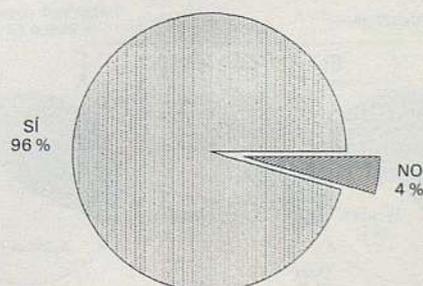
LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Contemplar la objeción de conciencia en la legislación sobre la eutanasia aparece como una opinión compartida por todo el colectivo médico (gráfico 2). Si la práctica de la eutanasia se regula mediante una ley, el 96 % de los médicos consideran necesario que contemple el hecho de que el médico pueda negarse a aplicar la eutanasia si esta conducta es contraria a sus principios.

¿QUIÉN HA DE TOMAR LA DECISIÓN?

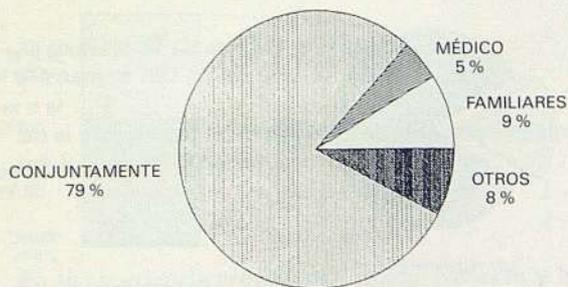
Ante un enfermo que padece un proceso irreversiblemente total y que no está en situación de decidir, la mayoría

Gráfico 2
ENCUESTA SOBRE LA EUTANASIA
LEY CON OBJECCIÓN DE CONCIENCIA



Fuentes y elaboración: I. C. R.

Gráfico 3
DECISIÓN SOBRE LA CONDUCTA A SEGUIR
ENFERMO CON INCAPACIDAD DE DECISIÓN



Fuentes y elaboración: I. C. R.

de los médicos, el 79 %, creen que la responsabilidad de determinar la conducta a seguir ha de ser compartida por los familiares del paciente y por el médico, o el equipo sanitario que le asiste.

Un 9 % cree que la decisión han de tomarla tan sólo los familiares, y un 5 % considera que es competencia exclusiva del médico (gráfico 3).

EUTANASIA PASIVA

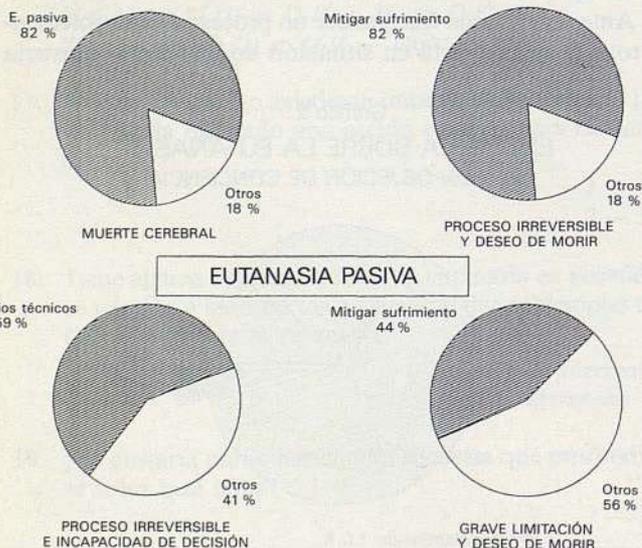
Globalmente, el colectivo de médicos de la provincia de Barcelona se manifiesta mayoritariamente favorable a la eutanasia pasiva en los procesos irreversiblemente fatales (gráfico 4).

Cuando se trata de un caso en el que existe muerte cerebral, un 82 % de los médicos opina que se han de dejar de aplicar medios técnicos para el mantenimiento de la vida.

En un proceso irreversiblemente fatal en el que el enfermo ha formulado el deseo de no seguir viviendo, también un 82 % opina que se han de aplicar exclusivamente tratamientos para mitigar el dolor.

Gráfico 4

Fuentes y elaboración: I.C.R.



Cabe destacar que, en caso de muerte cerebral, las mujeres son más partidarias de dejar de aplicar medios técnicos que los hombres (90 % y 77 % respectivamente).

Es relevante que los médicos que son creyentes se manifiesten más frecuentemente partidarios que los no creyentes de dar solamente tratamiento para mitigar el dolor en caso de personas ancianas con un proceso irreversible fatal y con deseo de no seguir viviendo (86 % y 75 % respectivamente).

Si se trata de un proceso irreversible pero el enfermo no tiene capacidad de decidir, un 59 % de los médicos opina que se han de dejar de aplicar medios técnicos para el mantenimiento de la vida.

Ahora bien, cuando el proceso no supone una amenaza vital pero el enfermo ha formulado explícitamente el deseo de no seguir viviendo, un 44 % de los médicos opina que debe aplicarse exclusivamente tratamientos para mitigar el dolor, pero un 55 % piensa que han de continuar aplicándose todos los medios para mantener la vida.

Ante la cuestión de si los tres supuestos de eutanasia pasiva constituyen una práctica médica habitual, no existe una respuesta conclusiva del colectivo médico. La mitad de los médicos, el 52 %, piensa que se trata de una práctica frecuente, mientras que la otra mitad, el 48 %, considera que la eutanasia pasiva no es una práctica médica habitual.

PROLONGAR LA VIDA

La respuesta del colectivo médico encuestado es «no a la prolongación de la vida cuando el enfermo no es capaz de asumirlo con posibilidades de darle un sentido». El 80 % de los médicos entrevistados consideran que no se han de utilizar recursos técnicos en situaciones irreversibles, con la única finalidad de prolongar la vida. Ahora bien, la opinión de los médicos creyentes es más favorable a utilizarlos: el 21,3 % de los creyentes, frente al 9,1 % de los no creyentes.

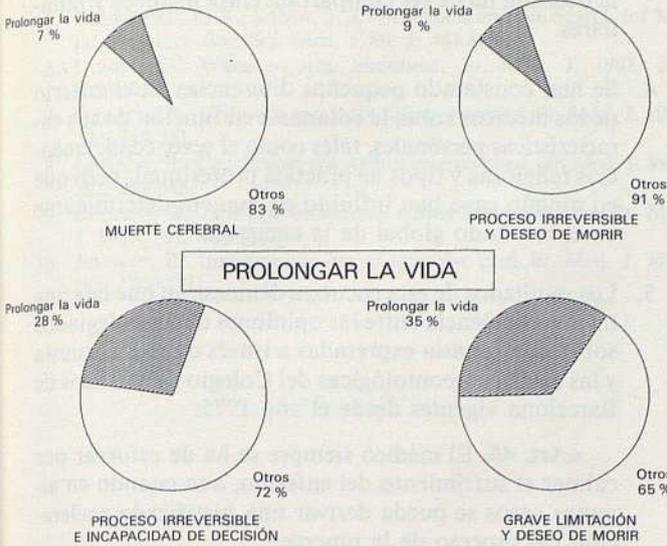
Cuando un paciente presenta evidencia de muerte cerebral, tan sólo un 6,7 % de médicos son partidarios de seguir utilizando medios técnicos para mantenerlo con vida (gráfico 5).

Si nos referimos a un enfermo que padece un proceso irreversible fatal y ha formulado explícitamente el deseo de no seguir viviendo, en este caso, un 9 % de los médicos son partidarios de utilizar todos los medios técnicos para el mantenimiento de la vida. Es en este supuesto en el que los creyentes son más favorables a utilizar soporte tecnológico en adultos o jóvenes: el 12 % entre los creyentes, y el 3,5 % entre los no creyentes.

Considerando la situación en la que un enfermo padece un proceso irreversible fatal y no está en situación de decidir, el 28 % de los médicos son favorables a seguir utilizando todos los medios técnicos para seguir la vida (gráfico 5). Cabe destacar que los médicos que ejercen en medio extrahospitalario son más partidarios de utilizar recursos técnicos, un 32,2 %, que los que ejercen en medio hospitalario, 21,3 %. Los creyentes utilizarían medios técnicos en un 33,6 %, frente a los no creyentes que lo harían en un 17,5 %.

Gráfico 5

Fuentes y elaboración: I.C.R.



Cuando el proceso no supone una amenaza vital y el paciente ha formulado explícitamente el deseo de no seguir viviendo, 34,6 % de los médicos son favorables a mantener la vida mediante el uso de recursos técnicos. En este caso, también los creyentes se muestran más partidarios de prolongar la vida: 43,5 % que no creyentes, 19,3 %.

En general los médicos que tienen más tendencia a prolongar la vida son los que ejercen en medio extrahospitalario y son creyentes, aunque no en todos los supuestos hay una diferencia significativa desde la óptica del análisis estadístico.

A la cuestión sobre si la utilización de medios técnicos dirigidos solamente a la prolongación de la vida es una práctica habitual en nuestro país, el 53,8 % de los médicos piensa que es cierto, mientras que el 43 % opina que esta utilización no es habitual.

EUTANASIA ACTIVA

Los médicos favorables a la eutanasia activa no superan el 10 % en ninguno de los supuestos planteados (gráfico 6).

La opinión es más favorable a la aplicación de la eutanasia activa cuando el enfermo ha explicado el deseo de no seguir viviendo. El 9,9 % de los médicos son partidarios de aplicar la eutanasia activa cuando se trata de un proceso irreversible fatal, y el 5,8 % cuando no comporta una amenaza vital.

Cuando el enfermo no está en situación de decidir, el número de médicos favorables a la eutanasia activa es inferior. El 4,9 % son partidarios de aplicarla en caso de muerte cerebral, y el 3,2 % en los procesos irreversiblemente fatales.

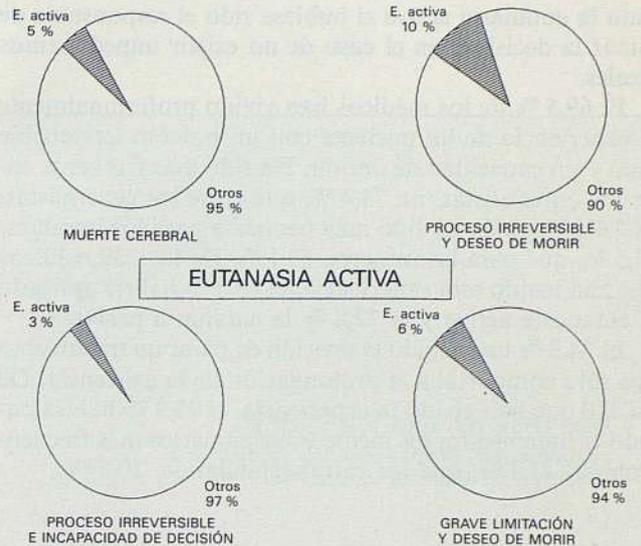
En todos los supuestos, los no creyentes son más favorables a la aplicación de la eutanasia activa. Entre los creyentes, el porcentaje de partidarios oscila entre el 6,2 % en el caso de una persona anciana que padece un proceso irreversible fatal y ha manifestado el deseo de no seguir vivien-

do, y el 1,3 % cuando se trata de un proceso irreversiblemente fatal y el enfermo no está en situación de decidir. Entre los no creyentes, los porcentajes oscilan entre el 18,3 % en el caso de un enfermo de cualquier edad con un proceso irreversiblemente fatal y que ha manifestado el deseo de no seguir viviendo, y el 6,1 % cuando también existe irreversibilidad pero el enfermo no está en situación de decidir.

En el caso de evidencia de muerte cerebral, los hombres son más favorables a la eutanasia activa que las mujeres, el 7 % y el 0,9 % respectivamente; los médicos generalistas son más partidarios de aplicar la eutanasia activa que los especialistas: el 10,7 % y el 3,4 % respectivamente.

Gráfico 6

Fuentes y elaboración: I.C.R.

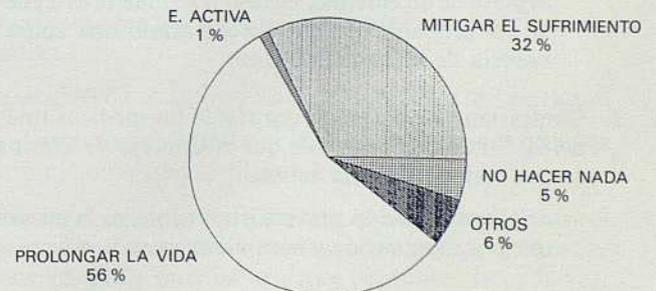


NO AMENAZA VITAL E INCAPACIDAD DE DECIDIR

El supuesto más conflictivo es el que considera a un paciente que padece un proceso grave pero que no supone una amenaza vital y está incapacitado para decidir (gráfico 7). Es en este caso en el que la opinión médica con un 56 %

Gráfico 7

OPINIÓN SOBRE LA ACTUACIÓN PROFESIONAL GRAVE LIMITACIÓN E INCAPACIDAD DE DECISIÓN



Fuentes y elaboración: I. C. R.

es más favorable a seguir aplicando todos los medios para prolongar la vida. Un 32 % es partidario de dar exclusivamente tratamiento para mitigar el sufrimiento, y tan sólo el 1 % de los médicos opina que se puede plantear una acción positiva para causar la muerte.

LA EXPERIENCIA PROFESIONAL

Un número importante de médicos se ha encontrado en situaciones profesionales en que puede plantearse la aplicación de la eutanasia.

El 43,6 % de los encuestados ha vivido alguna experiencia en que un enfermo había formulado explícitamente el deseo de no seguir viviendo. De los 150 médicos que han tenido relación con estos enfermos, el 12,7 % habría aplicado la eutanasia activa si hubiese sido el responsable de tomar la decisión, en el caso de no existir impedimentos legales.

El 69,5 % de los médicos han vivido profesionalmente la experiencia de un paciente con un proceso irreversible fatal y sin capacidad de decidir. Ha sido más frecuente entre los especialistas, un 73,4 %, que entre los generalistas, 58,7 %. También ha sido más frecuente para los hombres, 77,5 %, que para las mujeres, 53,1 %. De los 239 médicos que han tenido esta experiencia, el 13,8 % habría aplicado la eutanasia activa y el 72,8 % la eutanasia pasiva.

El 34,9 % ha recibido la petición de parar un tratamiento que sólo comportaba la prolongación de la existencia. De los 120 que han vivido la experiencia, el 73,3 % habría parado el tratamiento; los médicos hospitalarios más frecuentemente, 41,7 %, que los extrahospitalarios, 30,8 %.

Conclusiones

1. La gran mayoría de los médicos se manifiesta a favor de la eutanasia pasiva en las tres situaciones asumidas como tal por el Consejo de Europa:
 - No comenzar a parar un tratamiento cuando el enfermo lo pide de una forma seria y explícita.
 - No comenzar a parar un tratamiento cuando su inicio o continuación no tenga sentido de acuerdo con los criterios médicos disponibles en la actualidad.
 - Comenzar un tratamiento que es necesario, y que por su naturaleza está dirigido a mitigar el sufrimiento grave de un enfermo, incluso si su muerte es o puede ser probablemente acelerada como una consecuencia de este tratamiento».
2. Contrariamente, la gran mayoría de los médicos (más del 90 %) está en contra de que el Consejo de Europa asuma como eutanasia activa:
 - «En una situación grave e irreversible, es la acción que por su intención y naturaleza causa la muerte».
3. La mayoría de los médicos (80 %) considera que aquella situación en la que un enfermo padece un proceso

irreversible fatal y que no está en situación de decidir, la decisión ha de ser compartida entre médicos y familiares.

4. Se han constatado pequeñas diferencias en el criterio de los médicos sobre la eutanasia en función de sus características personales, tales como el sexo, edad, creencias religiosas y tipos de práctica profesional, pero que en ningún caso han influido de manera determinante en el resultado global de la encuesta.
5. Los resultados de esta encuesta demuestran que hay una total coincidencia entre las opiniones de los colegiados sobre la eutanasia expresadas a través de esta encuesta y las normas Deontológicas del Colegio de Médicos de Barcelona vigentes desde el año 1975:

«Art. 45. El médico siempre se ha de esforzar por calmar el sufrimiento del enfermo, aun cuando en algunos casos se pueda derivar una justificada aceleración del proceso de la muerte.

Art. 46. El enfermo tiene el derecho de rehusar aquellos medios técnicos aptos solamente para prolongar una vida que ya no es capaz de asumir con posibilidades de darle un sentido, y el médico tiene la obligación de respetar este derecho a morir con dignidad. Es deber médico fundamentalmente ayudarle a asumir la propia muerte, la que sea de acuerdo con la religión o la ideología que haya dado sentido a su vida. Sólo entonces se realiza con plenitud una muerte digna.

Art. 47. Atenta contra el derecho a morir con dignidad, el hecho de prolongar la agonía cuando ello no concurre al servicio personal del paciente. Es mucho más grave, porque atenta contra el mismo derecho a la vida, interrumpirla directamente, aunque lo solicite el paciente.

Art. 48. En los casos de vida exclusivamente técnica (coma sobrepasado) no hay ninguna dificultad deontológica en suprimir la acción de aquellos medios que mantienen una cierta apariencia de vida. Es aconsejable compartir la responsabilidad de la decisión con otros colegas.»

6. La mayoría de los médicos (82,3 %) ha respondido favorablemente a la pregunta de si era necesaria una legislación sobre la eutanasia. No obstante, la mayoría (96 %) también opina que en caso de legislarse sobre la eutanasia es necesario que la objeción de conciencia del médico venga claramente establecida en la ley.

Bibliografía

1. ATKINSON, G.: *Killing and Letting Die: Hidden Value Assumptions*. Soc. Sci. Med. 1983; 23: 1915-1025.
2. BAYLISS, R.: Thou shalt not strive officiously. Br. Med. J. 1982; 6352: 1373-1375.
3. BRAITHWALITE, S., THOMASMA, D. C.: New Guidelines on Foregoing Life-Sustaining Treatment in Incompetent Patients: An Anti-Cruelty Policy. Ann. Intern. Med. 1986; 104: 711-715.

4. CHARISON, M. E., SAX, F. L., MACKENZIE, C. R., et al.: Resuscitation: How Do We Decide? *Jama* 1986; 10: 1316-1322.
5. CHURCHILL, L. R., SIMAN, J. J.: Principles and the Search for Moral Certainty. *Soc. Sci. Med.* 1986; 5: 461-468.
6. DUNEA, G.: When to stop treatment. *Br. Med. J.* 1983; 287: 1056-1057.
7. GUILLON, R.: Ordinary and extraordinary means. *Br. Med. J.* 1986; 292: 259-261.
8. GUILLON, R.: Conclusion: the Arthur case revisited. *Br. Med. J.* 1986; 292: 543-545.
9. GUILLON, R.: Acts and omissions, killing and letting die. *Br. Med. J.* 1986; 292: 126-127.
10. JENNETT, B.: Inappropriate use of intensive care. *Br. Med. J.* 1984; 289: 1709-1711.
11. KUHSE, H.: Extraordinary means and the international termination of life. *Soc. Sci. & Med.* 1981; 15: 117-121.
12. PEARLMAN, R. A., ONUI, T. S., CARTER, W. B. et al.: Variability in Physician Bioethical Decision-Making. *Ann. Intern. Med.* 1982; 97: 420-425.
13. RACHELS, J.: Active and Passive Euthanasia. *New Eng. J. Med.* 1975; 2: 78-80.
14. WAXMAN, H. M., ASTROM, S., NORBERG, A., WINBLAD, B. et al.: Conflicting Attitudes Toward Euthanasia for Severely Demented Patients of Health Care Professionals in Sweden. *JAGS* 1988; 5: 397-401.
15. YOUNGER, S. J., LEWANDOWKI, W. MCCLISH, D. K. et al.: 'Do Not Resuscitate' Orders. *Jama* 1985; 1: 54-57.

LH

Puntos de referencia para una práctica pastoral con los enfermos

Marcel·lí Carreras Oliveras

*Coordinador del Secretariado Interdiocesano
de Pastoral Sanitaria de Catalunya*

1. El agente de pastoral, al estilo de Jesús, se esfuerza para ser sanador. Ayuda a curar y a cicatrizar las heridas profundas de cada persona.
2. El agente de pastoral sabe pasar «de la discusión sobre Dios a la experiencia de Dios y a la relación con él».
3. El agente de pastoral, en el proceso de acompañar al enfermo, sabe ayudar a descubrir o a vivir más plenamente los sacramentos como signos de vida.
4. El agente de pastoral es capaz de hablar de su experiencia para llegar a una comunicación más profunda con el otro.
5. El agente de pastoral asume las personas tal como son. Aquí empieza un largo camino de progreso.
6. El agente de pastoral individualiza cada situación y tiene en cuenta el proceso.
7. El agente de pastoral respeta el ritmo que cada persona tiene para afrontar y asumir la realidad de la enfermedad y sus consecuencias.
8. El agente de pastoral ofrece tiempo, capacidad de escucha y de empatía, voluntad de sanar.
9. El agente de pastoral ayuda a mirar y afrontar la realidad por dura que sea, pero a la vez es sensible a las necesidades y a los sentimientos que la persona manifiesta.
10. El agente de pastoral procura ser creativo en su trabajo pastoral con el fin de buscar los recursos más adecuados para cada situación. Él sabe el valor que tienen los gestos, el silencio, la presencia, la mirada, la sonrisa... como lenguaje muy expresivo y comunicativo a la vez.

3. DOCTORA ELISABETH KÜBLER-ROSS

«Morir con dignidad significa morir con mi carácter, con mi personalidad, con mi estilo»

Miguel Martín Rodrigo

Director

Creo que la doctora Elisabeth Kübler-Ross no necesita mayor presentación para los lectores de LABOR HOSPITALARIA. Presumo que gran cantidad de ellos han tenido acceso a su obra principal *Sobre la muerte y los moribundos*. Y estoy por afirmar que todos ellos, en una u otra ocasión, han leído, escuchado y estudiado sus ya clásicas cinco fases en el proceso del morir humano —negación y aislamiento, ira, pacto, depresión, aceptación—.

Fue en 1969 cuando la doctora Kübler-Ross publicó por primera vez su libro fruto de un trabajo intenso y programado con pacientes moribundos a quienes ella erigió en auténticos maestros del hecho fundamental de la vida: la muerte. Y fue tal la acogida que tuvo su estudio que en tres años vio ocho ediciones.

Se puede afirmar que, con ello, la doctora Kübler-Ross se situó como un clásico en un tema tan delicado como apasionante. Todos cuantos estudios se han desarrollado con posterioridad sobre el mismo tema han de hacer referencia a los hallazgos que ella presentó. Y que ha seguido presentando en sucesivas publicaciones, entre las que destacan «To Live Until We Say Goodbye», «Coping With Death and Dying», y «AIDS: The Ultimate Challenge».

Precisamente es el SIDA uno de los lugares de la preocupación actual de esta mujer. Y no sólo de una preocupación teórica sino de compromiso: ahí está su deseo frustrado de adoptar a veinticinco niños afectados de SIDA. Y bien que lo siente, o mejor, bien que le rebela e irrita... Cuando narra esta experiencia su rostro se pone furioso, sus facciones se endurecen.

Y es que los años no le impiden a esta menuda mujer expresar una inmensa vitalidad que parece



haberla acompañado siempre. Y es que, por paradójico que parezca, tal vez sólo sea posible abordar el tema de muerte cuando se apuesta sinceramente por la vida. Como ella lo ha hecho y lo sigue haciendo, aun cuando no hace mucho estuviese al borde de la muerte. No teme narrar su propia experiencia al respecto; mas bien parece *enorgullecerse* de ello: es como una reválida superada, como una carta de legitimidad para quien, en su día, se atrevió a introducirse en el inédito campo de la muerte.

A ella la hemos abordado a su paso por Barcelona en donde ha impartido unas conferencias y ha presentado la 8.^a edición de *Sobre la muerte y los moribundos*.

L.H. —*Dra. Kübler-Ross, ¿qué le movió a estudiar un tema como el de la muerte?*

Dra. K.-R. —Es un tema importantísimo, porque si sabemos apreciar que nada es permanente, entonces gozamos mucho más de la vida. Es como si vas a Palma de Mallorca y dispones de una semana; cada minuto es precioso. Pero si vas a Palma de Mallorca durante cinco años, continuamente, no te diviertes, no te fijas; pierdes, desperdicias mucho tiempo.

“Si sabemos apreciar que nada es permanente, gozamos mucho más de la vida”

Lo mismo ocurre con la vida: si tú sabes que no la tienes para siempre, entonces realmente la agarras, la gustas, la disfrutas...

L.H. —*¿Cree usted que actualmente, en nuestra sociedad, está de moda el tema de la muerte a nivel de discusión, de diálogos, de estudios...?*

Dra. K.-R. —Sólo se ha convertido en «aceptable», digamos, en los últimos 20 años.

Hace 25 años nadie hablaba de la muerte. No se hablaba de ella en las Facultades de Medicina, tampoco se hablaba de ella en los Seminarios de Teología o en las Escuelas de Enfermería. En ninguna parte se hablaba de la muerte, pero ahora no hay ni una sola Escuela que no lo enseñe, o que no hable de ella. Y es muy importante que los médicos, las enfermeras, los sacerdotes y los ministros religiosos sepan cómo manejar estos temas.

“Hace 20 años nadie hablaba de la muerte”

La Dra. KÜBLER-ROSS dijo que...

De las conferencias que la Dra. Kübler-Ross pronunció en la Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona, en Barcelona, en un curso sobre *La Muerte: la enfermería entre el rol profesional y la actitud ética*, tomamos nota de las siguientes frases. Creemos que las mismas contienen suficiente densidad como para ser reflexionadas detenidamente.

- ◆ *En la gran mayoría de las culturas el moribundo provoca huida, rechazo. Grandes ceremonias con los muertos, pero bien poco con los moribundos que aún están vivos.*
- ◆ *El problema fundamental es la falta de comunicación con el moribundo que, sin embargo, está siempre muy animado para hablar.*
- ◆ *En la comunicación con el moribundo no hemos de proyectar nuestro propio miedo a la muerte.*
- ◆ *La enfermera ha de saber aceptar la realidad de la muerte para poder hacer aceptable, e incluso glorioso, el tiempo anterior a ella del moribundo.*
- ◆ *La falta de tiempo no puede ser nunca excusa. La atención al moribundo requiere en realidad muy poco tiempo sobreañadido.*
- ◆ *En la intercomunicación con el moribundo debemos emplear un lenguaje simbiótico; hay que aprender a compartir para que nazca la empatía.*
- ◆ *En el trato con el moribundo no son momentos de charlas intrascendentes que serán vividas por él como comedia. Tampoco es tiempo de consejos.*
- ◆ *Hay que aprender a sufrir con el moribundo. Nadie puede ayudar mejor a una persona que sufre que quien ha sufrido.*
- ◆ *El moribundo, incluso en el caso de niños, sabe que va a morir; no con la mente, pero sí con el corazón.*
- ◆ *En la mayoría de los casos la comunicación con el moribundo se logra, más que con el lenguaje verbal, con el simbólico. Hay que aprender a interpretarlo.*
- ◆ *En el niño un lenguaje simbólico muy significativo es el dibujo. Dale ocasión de emplearlo.*
- ◆ *Un gesto, una expresión, una caricia, un saber sentarse junto al moribundo y oírle, escucharle, son comunicaciones que le permiten muchas veces abrir el cuadrante espiritual.*
- ◆ *El moribundo que logra hablar de su propia muerte con sus prójimos ya no necesita tanta ayuda.*
- ◆ *El lenguaje simbólico verbal, el de las parábolas de Jesucristo, es el más complejo. Pero también el más adecuado para la comunicación espiritual.*
- ◆ *Un cuadrante muy importante también para el moribundo es el emocional. Quien es capaz de repartir amor, amor incondicional, no tendrá miedo a morir.*



porque si das inyecciones para el dolor estás libre de «dolor», pero te quedas atontado, estás totalmente sedado y no puedes pensar claramente, no puedes comunicarte con los demás. Con el M.S.T. está libre de dolor y piensas, estás despierto, y ésta es la gran ayuda, la mejor ayuda.

En América —estoy hablando especialmente de América, de Suiza, de Alemania...— los pacientes no piden la eutanasia. Y yo me siento (...), soy un poco (...), estoy opuesta, ¡me opongo! a esta muerte que significa la «eutanasia activa».

¡Nunca, nunca se debería prolongar una vida innecesariamente, pero tampoco deberías acortar una vida innecesariamente.

Cuando yo escribí este libro —«Sobre la muerte y los moribundos»—, en mis años dorados me gustaba mucho estudiar el tema y solicitaba a la gente su opinión.

Había gente que pedía que se les diera una inyección para acortar su vida. Hace 25 años había personas que te pedían, te suplicaban: «¡por favor, dame algo!», porque ¡sufrían tanto! ¡tenían tantos dolores! que no lo podían aguantar. O sea, la elección, entonces, era estar totalmente atontado, sediento, o tener mucho, mucho dolor.

Esto era hace 25 años, pero ahora se sientan así..., alegremente, y se ríen contigo y hacen broma... ¡no todo el mundo, claro!, pero están mucho mejor, muchísimo mejor. Éste es el cambio más importante que se ha producido en los últimos 25 años; y la gente puede hablar de eso ahora, ya no dicen: «¡Oh! ¡no hables de esto!». Es decir, que las cosas han mejorado mucho. Luego, tenemos cientos de «hospices» y esto es una cosa buena. Pero no todos los «hospices» son buenos, como no todos los hospitales son buenos.

L.H. —*Usted, doctora, en su libro marcó las fases de la aceptación de la muerte, que han sido, se han hecho «clásicas» en este tema. ¿Sigue considerando —después de la experiencia de escribir este libro—, básicas estas fases? ¿han cambiado en algo?*

Dra. K.-R. —No, las fases que describí son una especie de «VERDAD UNIVERSAL», pero han sido utilizadas mal, o mal interpretadas, muchas veces. Como por ejemplo: una enfermera entra en la sala de una paciente y ésta se halla muy enfadada y dice ser muy desgraciada. Entonces la enfermera sale, se va, y escribe sencillamente: «el paciente está en estado de 'stress', de enfado». Y ello en lugar de hablar con el paciente y preguntarle: '¡bueno! ¿por qué estás enfadada?' Quizás la comida era 'malísima', y convendría entonces llamar al especialista en dietética».

“Nunca, nunca se debería prolongar una vida innecesariamente, pero tampoco nunca se la debería acortar innecesariamente”

O sea, la gente dice: «¡Oh! el paciente está en el estadio número dos». Y deduce: «tiene que estar rabioso tres semanas, enfadado» —¡Pero las personas no son robots!—. Esto es todavía más claro en los niños. Hoy quieren esto...

Otra opción es una Unidad de Asistencia Paliativa.

La tercera opción es la de poder ingresar en un «hospice». Y la última y la mejor opción —que la mayor parte de la gente querrá y tomará— es el que se les permita morir en su casa. El médico, el sacerdote, la enfermera, van a verte a TU CASA.

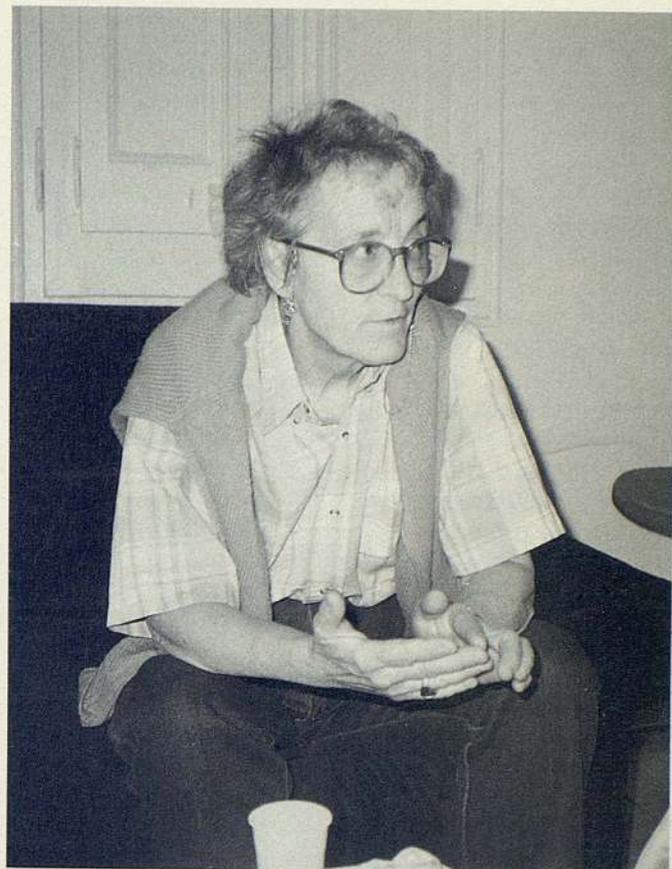
Es decir, actualmente, la gente tiene diferentes posibilidades para escoger y, probablemente, el progreso mayor se halla en la medicación para paliar el dolor. Ya no hay dolor. Los pacientes de cáncer se pueden sentar en una silla, mirar por la ventana, contemplar su granja, tener el perro a sus pies y a los niños en la falda... Ya no sufren, ¡y están en plena metástasis! Y no se les administran inyecciones,

L.H. —*¿Qué condiciones de la sociedad actual han hecho «aceptable» la muerte? cosa que antes era «inaceptable», según nos dice.*

Dra. K.-R. —La diferencia, o las principales diferencias, son que los pacientes, ahora, pueden elegir. En América, por ejemplo, una elección es la de poder morir en un Hospital pero muy pocas personas escogen morir en un Hospital (me estoy refiriendo, principalmente, a pacientes de cáncer).

mañana lo otro, se enfadan, y al día siguiente están depresivos, y suben y bajan; ellos se saltan las etapas, y pueden pasar las cinco etapas en una hora o en un día. La razón por la cual yo describí estas cinco etapas, es la misma que se produce como cuando por ejemplo entra un sacerdote —los sacerdotes, a veces, no son muy buenos con los pacientes que están muy irritados, pues no se sienten «cómodos»— y el paciente, que está muy enfadado, dice algo fuerte contra Dios. Muchos sacerdotes se quedan perplejos y responden: «¡Oh! No puedes hablar así, no debes hablar así!». Yo les recrimino: «Pero si lo que has de hacer es ayudarles a enfadarse más, ayudarles a seguir enfadados —Dios es lo bastante grande para aceptar esto y para comprenderlo— Yo siempre les digo: «¡Si estuvieras dentro del fuego! ¡Métete en el fuego y luego te sales!, y comprenderías cómo ayudar a tu paciente.

“Buena muerte significa que se te está permitido el no sufrir dolor intenso que te haga clamar contra el mundo”



expresan dibujando. El dibujo es un lenguaje simbólico muy propio del niño; es el lenguaje simbólico más empleado por el niño y debe dársele ocasión para emplearlo. Y también debemos esforzarnos en saberlo interpretar.

L.H. —*Ya nos ha indicado usted que las etapas o períodos de la reacción del moribundo son muy cambiantes en el niño. Pero ¿cree usted que el niño reacciona igual a pesar de la escasez de su esfera espiritual?*

Dra. K.-R. —¡Nada de eso! En el niño, cuyo cuadrante físico se destruye, no sólo aumenta extraordinariamente su cuadrante afectivo, sino sobre todo su vertiente espiritual. Puede comprender fácilmente su «trascendencia» y aceptar la muerte como un hecho natural. Todo ello, como es lógico, si la persona que para él es el símbolo, casi siempre su madre, en el que él centra su afecto, no le traspasa el pánico a la muerte. Por eso conviene saber explicarle al niño y hablar con él con la naturalidad de su estado de ánimo. Y aquí vuelvo a señalar la importancia de aprender a emplear el lenguaje simbólico del dibujo o del juego que es el que mejor comprende.

L.H. —*En estos momentos, en España está en plena actualidad el tema de la eutanasia, ante una posible legislación. Usted ya ha dicho anteriormente que no a la eutanasia activa, directa. ¿Qué opina usted sobre la eutanasia? O, en todo caso ¿cómo definiría usted el MORIR CON DIGNIDAD?*

Pero en lugar de aprender cómo tratar a todos y cada uno de los pacientes que están en una etapa diferente, y en un estado de ánimo diferentes, algunos sacerdotes lo utilizan como si fuera un simple marco teórico.

Resumiendo esto: debe ayudar a cualquiera que está irritado, debe ayudarle a que saque fuera este enfado. Por otro lado hay que afirmar que las «etapas de la muerte» no tienen nada que ver con el morir. Por ejemplo: mi esposo me abandona y se casa con una mujer joven. O bien, pierdes tu puesto de trabajo; o se quema tu casa. Reaccionas exactamente de la misma manera, es una reacción humana ante cualquier PÉRDIDA. Si estás esperando que te nazca un hijo sano y luego te dicen que tu niño ha nacido ciego, o que es retrasado mental, tú reaccionas exactamente igual, de la misma manera: «¡No puede ser cierto! ¡No es justo! ¿Por qué, Dios mío, has hecho esto conmigo?».

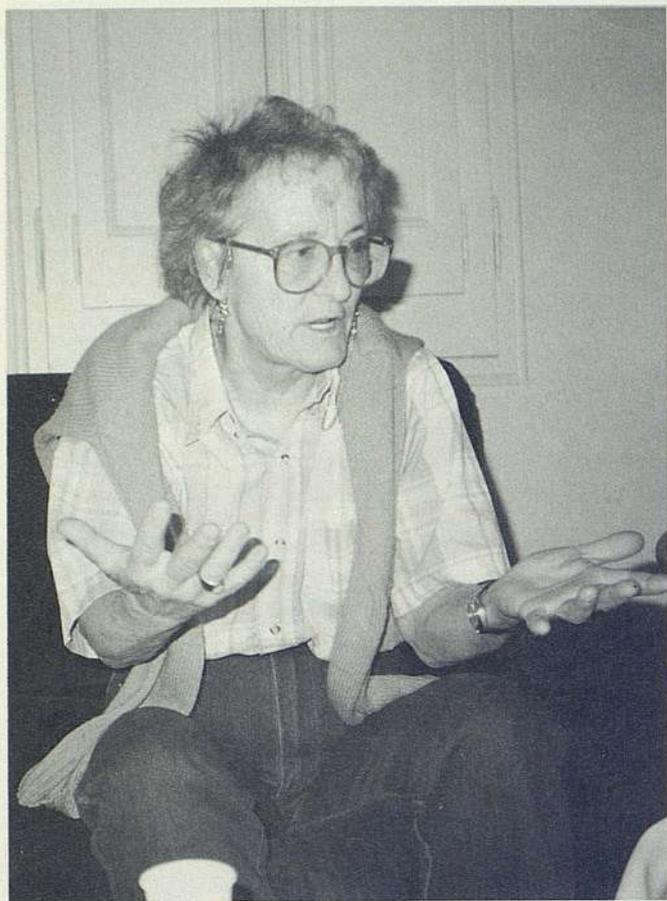
Se trata de una reacción humana muy natural.

L.H. —*Usted ha hablado de las reacciones de los niños. ¿Cómo cree usted que reaccionan ellos ante la proximidad de la muerte?*

Dra. K.-R. —Los niños no tienen miedo a la muerte, sino a que se les entierre. Como en todos los casos dependerá mucho de sus experiencias anteriores. Si un niño ha tenido la experiencia de la muerte natural de su abuelo, por ejemplo, ha podido jugar con él cuando, próximo a la muerte, tenía ya claros impedimentos, lo ha podido besar y acariciar y después ha podido «vivir» todo el drama natural de su ausencia y su recuerdo, su concepción de la muerte se hace aceptable, natural.

L.H. —*¿Pero usted cree que el niño puede darse cuenta realmente de que va a morir?*

Dra. K.-R. —Los niños moribundos saben que van a morir no con la mente, lo saben con el corazón y eso lo



Dra. K.-R. —Voy a acabar primero con la problemática de la eutanasia. La palabra eutanasia viene del griego, y quiere decir «buena muerte». Yo intento defender una realidad, la «muerte natural», y quiero decir que todo el mundo debiera tener una buena muerte.

Una buena muerte significa que se te está permitido el no sufrir dolor, dolor intenso que te hace clamar contra el mundo. Una buena muerte significa que yo hago la elección de dónde quiero morir: si me quiero morir en casa, puedo morir en casa. Una buena muerte significa que yo tenga a mi lado alguien que me pueda escuchar. Y que no se me coloque en la última habitación del hospital, lejos de las enfermeras, lejos de todos, SOLA.

Y también significa una buena muerte que nadie tiene que darme una sobredosis de nada para matarme prematuramente: esto es algo que está en contra de una LEY UNIVERSAL.

Las «Leyes Universales», y esto es algo que la gente tiene que saber, SON LEYES ABSOLUTAS.

Tú no mates, punto. No debes MATAR. Pero tampoco tienes por qué prolongar la vida hasta el infinito; esto es TAN CRUEL como matar a alguien prematuramente. Es decir, hay que sopesar y buscar el equilibrio.

«Morir con dignidad» significa que se me permite morir con mi carácter, con mi personalidad, con mi estilo. Y esto es muy, muy importante.

Si te encuentras con un hombre terrible, agresivo, rabioso que siempre ha sido un hombre incontrolado, en sus nego-

cios, con su mujer, con sus hijos ¡ésta es su personalidad! No es muy agradable, pero así es él, y él te da a ti la oportunidad de amarle incondicionalmente, sin criticarle porque es malo o agresivo.

Si un hombre así con este carácter, se muere, no debes darle una elección ya hecha: «Vas a ir al hospital, a esta sala, éste es tu médico, ésta es tu enfermera». La Institución, por otro lado, dice cuándo la familia le puede visitar. La enfermera le ordena: «a las 3 tenemos una prueba médica». Entonces se siente como un «pelele», nadie le da la oportunidad de elegir, y los pacientes se vuelven «malísimos» y están rabiosos, y se sienten «miserables». Son pacientes terribles, y a todo el mundo le desagrada un paciente así.

Es muy sencillo, muy fácil. Él tiene que tener la sensación de tener control sobre algo en esta vida y no que alguien le controle. Por eso sería mejor ir a este paciente y decirle: «Mira, tenemos que hacer este análisis de sangre, ¿prefieres que se lo hagan a las 10 de la mañana o a las 8 de la tarde? —Sería no obstante conveniente para usted a las 3 de la tarde—, ¿cuál de las dos prefiere?». Y él piensa y toma una decisión, como si fuera la de un gran ejecutivo y entonces él *decide* que la quiere tener a las 3 de la tarde.

Y respecto a las visitas de su mujer, le dices: «¿cuándo te gustaría que te visite tu mujer? Bueno, hoy no es muy conveniente, sería mejor el miércoles o pasado mañana». Y entonces se le pregunta al paciente: ¿cuándo te gustaría que viniera a visitarte?». Y es el propio paciente quien decide cuándo quiere que venga su mujer.

De esta forma los pacientes así se vuelven agradables y están contentos. ¡Es tan fácil, tan sencillo! Sólo necesitas saber un poco las debilidades humanas, porque no vas a cambiarles. Después de ser durante 70 años rabiosos y agresivos, no se van a volver dulces y dóciles.

Y así, este hombre «muere con dignidad», porque vive la sensación de que tiene algo que decir sobre su tratamiento y, sobre todo, sobre cómo le tratan.

L.H. —¿Cuál sería el papel de las creencias, de la fe, en la aceptación de la muerte?

Dra. K.-R. —La religión es un tema muy difícil.

Probablemente no es el problema en España, pero ¡donde yo vivo! ¡Ustedes creen que tienen problemas, pero nosotros tenemos problemas mucho mayores!

“La Iglesia Católica, con la Madre Teresa en cabeza, ha abierto sus puertas a los enfermos del SIDA”

Sí —y voy a ser muy honrada ahora, muy sincera— si tú eres una fundamentalista —protestante, y no católica—, y tú crees que el SIDA es un «castigo de Dios» y que mereces morir de una muerte miserable, si yo te ayudo, entonces yo, automáticamente, estoy maldita, fuera de la bendición de Dios.

Yo he atendido a padres que tenían 3 hijos hemofílicos, y los tres tenían el SIDA. La comunidad les aisló: ¡están malditos, fuera! Y los trajeron al hospital. No se les podía llevar al colegio, ni se les permitía jugar al fútbol, ni recibir visitas de ningún niño amigo. Cuando volvieron a la comunidad, cuando vivían de nuevo en su hogar, les quemaron el mismo. Estos niños habían perdido todo.

En esto tenemos un grave problema los protestantes, un problema muy grande.

La Iglesia Católica, con la Madre Teresa en cabeza, ha abierto sus puertas. Crean centros para los pacientes del SIDA, para las mujeres, los niños, los hombres, ¡para todos! y la Iglesia Episcopal lo mismo.

Naturalmente, yo me sitúo realmente en contra de los que no abren sus brazos, me siento PERJUDICADA por ellos.

No sé cuál es el estado ni la situación aquí, pero yo creo ¡y espero! que vuestra Iglesia Católica no juzgue, no sea de este estilo, y que sus prácticas y su vida ofrezca el «amor incondicional».

Cuando yo intenté adoptar niños recién nacidos, con dos años de edad, que todos padecían el SIDA y que iban a morir en breve, la comunidad me amenazó con quemar mi granja porque había aceptado niños con SIDA; y me querían matar —intentaron «lincharme»— y tuve que volver a la granja con una escolta de policías... y no he podido conseguir el permiso para adoptar ¡ni un solo bebé con SIDA! —y ahora tenemos 3.000—. Entonces me lancé en una campaña de relaciones públicas muy amplia, y encontré —hasta ahora— 150 familias que adoptan mis «bebés con SIDA». Pero lo que es yo no puedo adoptar ni un solo bebé con SIDA, y esto es ciertamente terrible.

“Los niños moribundos saben que van a morir, no con la mente sino con el corazón, y lo expresan mediante el dibujo”

Las religiones, si practicasen realmente el «ama a tu prójimo como a ti mismo», adoptarían, indudablemente, a es-

“Los niños no tienen miedo a la muerte, sino a que se les entierre”

tos niños, los amarían, ¡pero esto no sucede siempre en la vida real!

Ha habido personas que han llegado a decirme: «yo soy un cristiano renacido. Si tú me pides una ambulancia yo te la mandaré, pero si me mandas a un niño que padece SIDA, inmediatamente te cerraré las puertas».

Yo me pregunto: pero ¿tú eres cristiano? Jesucristo se cuidaba de los leprosos, los acogió y los cuidaba con amor. ¿Por qué ustedes no pueden adoptar a estos niños? Y con mirada irritada parecía que me dijese: «¡Pero tú no eres Jesús!». En definitiva, en América no hay lugar para la esperanza en este campo. ¡No hay salida!

He tenido experiencias muy negativas con las que se llaman «personas religiosas» porque, para mí, ellos no practican el espíritu cristiano. Por todo ello... depende. Dependiendo de la religión, tú puedes ser un representante de una religión auténticamente coherente, o a lo mejor, según hables y actúes, no vas a ser cristiano, en mi modesta opinión. Y bueno, creo tener una opinión muy bien definida al respecto.

La verdad es que apenas si me ha dejado hablar esta buena mujer: es un huracán. Por eso, se habrá quedado sin aclarar su duda. A mí, personalmente, me gustaría que me considerase cristiano, es decir, seguidor de Jesús... sí, del que se acercaba a los leprosos.

LH

4. III JORNADAS DE PEDAGOGÍA HOSPITALARIA

Organizadas por:

Escuela de Educación Especial del Hospital San Juan de Dios. Manresa

Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya

El mes de octubre del pasado año se celebraron las III Jornadas de Pedagogía Hospitalaria con carácter estatal, organizadas conjuntamente por la Escuela de Educación Especial del Hospital San Juan de Dios de Manresa y el «Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya».

Si bien la historia oficial de las Jornadas empezó el año 1986, en el Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia, celebrándose las siguientes —el octubre del 87— en el Hospital de Paraplégicos de Toledo, el interés para llevar a cabo un encuentro de maestros que trabajen en el ámbito hospitalario viene de más lejos.

La labor de una Escuela de Hospital es normalmente poco conocida para la mayoría de la gente, aunque la nuestra cumplirá —el mes de noviembre— treinta y cinco años de existencia.

Teniendo en cuenta que estamos en unos momentos de divulgación, crecimiento y consolidación de la profesión, para estas Jornadas nos propusimos los siguientes objetivos:

1. Difundir la esencia y aplicación de la pedagogía hospitalaria.
2. Buscar las posibilidades de actuación de la escuela dentro de un hospital.
3. Profundizar en las características psicopedagógicas del niño con una determinada enfermedad.
4. Ofrecer recursos humanos, institucionales y didácticos para la salud del niño.
5. Potenciar la continuidad de comunicación entre sus profesionales.
6. Conocer qué se hace y cómo se hace más allá de nuestras fronteras.

Aunque iban dirigidas especialmente a maestros que trabajan en los hospitales, estaban abiertas a todos los profesionales que se mueven en estos dos mundos, aparentemente diversos, como son los de la salud y la educación, con el fin de conseguir una línea conjunta de actuación, para atender al niño enfermo en todas sus necesidades.

La sede de las Jornadas fue el Centro de Recursos Educativos para deficientes visuales «Juan Amades» en la Carretera de Esplugas s/n. Barcelona y el Hospital San Juan de Dios de Manresa (en la sesión del día 21 por la tarde).

El acto inaugural estuvo presidido por el «Honorable Conseller d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya, Sr. Josep Laporte», y por el Gerente del Hospital San Juan de Dios de Manresa, Hno. Moisés Val Cacho.

Los temas que se desarrollaron fueron los siguientes:

- El papel de las escuelas de ámbito hospitalario.
- La atención educativa de los niños hospitalizados en la Gran Bretaña.
- La preparación psicológica para la intervención quirúrgica.
- Estudio de investigación sobre las escuelas de ámbito hospitalario en el territorio español.
- Recursos humanos e institucionales para la salud del niño.
- La normalización de la vida del niño con enfermedad oncológica. Aspectos médicos, psicológicos, pedagógicos y sociales.

Paralelamente a la realización de las Jornadas, permaneció abierta una muestra de recursos bibliográficos, audiovisuales y de juegos relacionados con la educación, la salud del niño y las escuelas en los hospitales.

Como acto social a destacar, después de la sesión celebrada en Manresa, el día 21 por la tarde se efectuó una recepción oficial en el Excelentísimo Ayuntamiento de Manresa.

La diversidad de temas tratados a lo largo de ambos días, fruto de la investigación y experiencia sobre este tipo de actuación pedagógica, implica especificar las conclusiones en los siguientes apartados:

- PREPARACIÓN PSICOLÓGICA PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.
- SITUACIÓN ACTUAL DE LAS AULAS HOSPITALARIAS EN ESPAÑA.
- RECURSOS HUMANOS E INSTITUCIONALES PARA LA SALUD INFANTIL.
- LA NORMALIZACIÓN DE LA VIDA DEL NIÑO CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA. ASPECTOS MÉDICOS, PSICOLÓGICOS, PEDAGÓGICOS, SOCIALES.



«Todos los niños ingresados en un hospital deben tener atención escolar»

Después de éstas, anexamos un resumen de la conferencia realizada por Miss G. I. Maxwell, directora de la Escuela del Hospital Guy's (I.L.E.A.) de Londres, bajo el título «Atención educativa a los niños hospitalizados en la Gran Bretaña».

- Es necesaria la preparación al ingreso e intervención quirúrgica del paciente pediátrico y teniendo presente que el enfermo pediátrico es un ser bio-psico-social y debe ser atendido en su integridad, es imprescindible ofrecerle una explicación adecuada y puntual, de forma y manera comprensible para su edad y condición.

Preparación psicológica para la intervención quirúrgica

- La prevención de cualquier trastorno psíquico o físico es algo que implica a toda la sociedad.
- La prevención a realizar, dentro del hospital, pide ser llevada a cabo por un equipo multidisciplinario.
- Es necesario aprovechar los recursos didácticos que un hospital nos ofrece tanto durante el ingreso hospitalario como en el caso de niños sanos.

Situación actual de las aulas hospitalarias en España

- Todos los niños ingresados en un hospital deben tener atención escolar.
- Los hospitales con suficiente número de niños ingresados deben disponer de profesor o profesores que se ocupen de atenderles.

- Los hospitales que ingresen niños deben solicitar a los organismos competentes en materia de educación la creación de un Centro Escolar Hospitalario.
- Las administraciones potenciarán la creación de Aulas Hospitalarias en todos los hospitales que crean necesario.
- Las administraciones tendrán en cuenta el mayor desgaste afectivo que este trabajo produce al profesorado, canalizando soluciones.
- La Ley de Reforma de la Educación deberá contemplar el carácter transitorio de la situación especial en que se encuentran algunos niños.
- Los hospitales deben ofrecer locales exclusivos para las aulas hospitalarias, en buenas condiciones de espacio y luz, así como lugares de expansión para juegos.
- Los hospitales tendrán en cuenta la labor del profesor, procurando disminuir los problemas que el medio hospitalario le plantea a la hora de abordar tareas escolares.
- Los hospitales facilitarán un sistema efectivo de cooperación con el profesorado a todos los niveles.
- El profesor de hospital deberá adaptarse a las normas y costumbres del hospital.
- El número de niños por profesor vendrá determinado por las condiciones del espacio y las especiales características del niño.
- Se atenderán los niños con edades comprendidas entre los 4 y los 14 años.
- El número de horas lectivas será el mismo que para el resto de las escuelas.
- La titulación necesaria para el docente en el hospital deberá ser, como mínimo, la de profesor de E.G.B.
- La administración deberá establecer un cauce que dé uniformidad a la situación de los profesores de aulas hospitalarias, respetando los derechos de antigüedad y especialización, de modo que de producirse un cambio en la situación administrativa de las aulas hospitalarias, éste no debe ir en detrimento de la situación del profesorado que hasta ahora se ha ocupado de ellas.
- Las administraciones deberán elaborar un convenio en el que se tengan en cuenta los siguientes aspectos:
 1. Orientaciones que sirvan de ayuda y guía para la creación y ampliación de nuevas aulas.
 2. Regulación de las aulas ya existentes.
 3. Regulación de la titulación, forma de acceso y continuidad del profesorado.
 4. Aportación de una dotación inicial de mobiliario y material en las nuevas aulas hospitalarias.
 5. Regulación del mantenimiento de estas aulas.
 6. Regulación de las asignaciones periódicas que las aulas reciben.

Recursos humanos e institucionales para la salud infantil

- Las actividades escolares que se realizan fuera del aula, como son los talleres donde el niño juega, manipula y se mueve, además de ser un incentivo importante en el desarrollo del niño hospitalizado, sirven como refuerzo a la función educativa de la institución escolar como tal.
- Se considera necesario recoger sistemáticamente la bibliografía y los recursos existentes en este tema.
- El interés existente por parte de las instituciones, entidades profesionales, fundaciones, etcétera, son evidentes, si bien también es cierto que no siempre es fácil establecer vías de comunicación entre ellas. En cualquier caso es necesario conocer los recursos existentes en nuestro entorno para ponerlos al alcance de todos y potenciar, de este modo, nuevas iniciativas en este campo.
- Las administraciones muchas veces no pueden llegar a toda la población dentro del espacio hospitalario y es necesario potenciar la aplicación de Programas de Salud y Consumo como medidas de prevención y tratamiento.
- Es necesario conocer la realidad socio-sanitaria y escolar a través de diseños experimentales y planteamientos de investigación científica que permitan la formulación de medidas legislativas.

La normalización de la vida del niño con enfermedad oncológica. Aspectos médicos, psicológicos, pedagógicos y sociales

- El enfermo oncológico precisa de una personalización e individualización en virtud de sí mismo y de su entorno.
- El maestro debe ser un elemento más, y con toda su importancia, dentro del Comité Oncológico.
- La comunicación entre médicos-hospital-psicólogos y escuela no debe limitarse a ser exclusivamente una relación médico-familia, sino que todos deben participar activamente en esta comunicación.
- El maestro debe tener y mantener una relación con el equipo técnico y la familia para obrar conjuntamente para el bien del enfermo.
- La asistencia al colegio deberá ser lo más cercana posible a la «normalidad» de acuerdo con lo establecido para los niños de su edad.

Resumen de la Conferencia

LA ATENCIÓN EDUCATIVA DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS EN LA GRAN BRETAÑA

Miss G. I. MAXWELL.
Directora de la Escuela del Hospital Guy's (I.L.E.A.)
de Londres.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA

5 escuelas hospitalarias en Londres:

- S. George's
- Royal Till hospitales generales
- Guy's
- G.O.S. Great. Ormond Street
- Mandsley — hospital psiquiátrico

Además de:

- Quen Mary's — hospital general
- Q.E.H. hospitales infantiles
- Westminster

1 o 2 profesores en 15 hospitales generales.

En el Hospital Guy's trabajan 13 profesores, a dedicación plena, otros especialistas a dedicación parcial y otro personal no docente como por ejemplo: bibliotecario, servicio de autobús, así como maestros de enseñanza a domicilio y ayuda especializada (fisioterapeutas, logopedas... etcétera).

LA EDUCACIÓN EN EL HOSPITAL GUY'S

Contenidos: gran variedad de trabajo en temas diversos: jardín de infancia, música, orfebrería, diseño, cocina, etc.

Metodología: didáctica basada en la experimentación y la praxis:

- Desarrollo sensorial: vista, oído, gusto y tacto.
- Visitas extraescolares al teatro y al campo.
- Viajes al extranjero: Francia, España...

Cuatro casos especiales: breves apuntes de cada uno de los casos expuestos.

Sue. Un accidente le provocó la intervención en una pierna y estuvo ingresada de enero a junio. Trabajo escolar. Colaboración de la familia respecto a los trabajos escolares.

Lee. Tratamiento de diálisis. Sin interés ni motivación por los trabajos escolares. Sólo se sentía feliz cocinando. En el transcurso de su estancia en la escuela recibió la formación adecuada y en la actualidad es «chef» de un importante restaurante.

Caroline. Tratamiento psiquiátrico a consecuencia de tres intentos de suicidio. Hizo los estudios de la Escuela Secundaria con éxito. Durante un tiempo estuvo trabajando en las oficinas del hospital.

Brian. Ingresa en el hospital para la intervención quirúrgica. Trabajo de búsqueda con la colaboración de otros compañeros. Se dirige la experiencia sobre la base del trabajo en equipo.

Se trabaja con la coordinación del equipo de «nursery» y enfermería y en colaboración con los padres. Contactos a menudo con la escuela ordinaria.

PLANTEAMIENTO CURRICULAR

- Se estudian las necesidades específicas de cada alumno con el fin de adecuar respuestas educativas pertinentes a cada situación individual.
- Si bien la propuesta curricular es muy variable (ya que el sistema educativo es muy flexible y heterogéneo), este hecho no supone ninguna irregularidad. Se acostumbra a registrar las actitudes de los alumnos a partir de los dos años de edad. El volumen más alto corresponde al alumnado de la Escuela Primaria. También hay alumnos de la Escuela Secundaria.
- Se trabaja con alumnos de ingreso frecuente (casos de intervenciones repetidas).

LH

5. LIBERTAD Y AUTENTICIDAD

Guillermo Nicolás Kuri

He aquí, puesto en clave filosófica, todo ese espeso pathos de la condición humana que LABOR HOSPITALARIA intenta reflejar entre sus páginas. De vez en cuando, es bueno que nos apartemos de lo más inmediato y, abstrayéndonos de preocupaciones diarias, podamos dedicar nuestra energía mental a «poder pensar de nuevo». El doctor Kuri es un buen guía en este laberinto. Conceptos como *carencia óptica* llevan, irremediabilmente, a los de *nostalgia fundamental*. Sobre estos dos parámetros, LIBERTAD, AUTENTICIDAD, RESPONSABILIDAD Y ALTERIDAD deben administrarse de modo inteligente en el proyecto que, en sus primeras líneas, dibuja el autor: liberarse de los yo postizos y, después de esta cirugía delicada, atreverse a mirarse en el espejo insobornable para encontrar nuestra verdadera identidad. Más aún —señala el doctor Kuri—, no sólo basta con esta operación de maquillaje, sino que la tarea se hace dura en el intento de levantar las pesadas capas geológicas para ir asentándolas en el fondo de nuestro yo necesario e irreplicable. Por último, y después de tanta tarea y tal esfuerzo, conseguir, inteligentemente, encontrar nuestro *diseño original*.

Ser *auténtico* se ha convertido ya en uno de los temas capitales de nuestro tiempo. Por mimetismo, por simple pose o por snobismo, pero también por convicción personal, por una de esas urgencias que no titubearíamos en calificar de instintivas, el hombre de hoy habla de la autenticidad como uno de los deberes ineludibles e impostergables, como una virtud esencial del ser humano... Y tiene toda la razón, muchísima más razón de la que él cree o sospecha. Lo que no siempre ha logrado —y esto es lo grave del caso— es obtener una idea justa y cabal de lo que esa autenticidad significa e implica; y no pocas veces sucede que cuando más satisfactoria le parecía la respuesta, la pregunta seguía en realidad con un pie en el aire, torsionando en figura de angustiosa interrogación...

Y es que no se trata de una tarea fácil. Se trata nada menos, y por principio de cuentas, que liberarse de esos «yos» postizos que se han ido enquistando en la zona periférica de su existencia, hasta hacerle incognoscible su propio rostro. Y se trata luego —cumplido ese requisito de cirugía tan delicada como dolorosa—, se trata de lanzarse decidido e impertérrito a la búsqueda de la verdadera identidad y en ese espejo insobornable mirarse bien a la cara (sin máscaras, sin velos y hasta sin maquillaje). Todavía más. Se trata de ir levantando —en una excursión vertical— las diversas capas geológicas que, aun siendo más, no cobran fuerza ni sentido si no es asentándolas sobre ese fondo de mi yo necesario e irrevocable, de mi yo individualísimo e irreplicable, de ese yo más abismático de lo que se le supone. Tan abismático que a veces la sonda que en él se arroja ya no vuelve a subir. Ya decía Heráclito: «Aunque pruebes todos los caminos, no hallarás los confines del alma: tan profunda cosa es ella». Se trata, en fin, de haber sacado y reconstruido —de entre las ruinas que es muchas veces una vida— el insustituible diseño original... He aquí —en mínima abreviatura— la tarea que implica la búsqueda de la autenticidad. Tarea formidable de verdad y a veces también heroica. Ser o no ser auténtico es de hecho la gran cuestión, la máxima, la decisiva.

■ A diferencia del bruto que en cierto modo es siempre auténtico, el hombre puede no serlo. No cabe duda que lo más trágico en la condición humana es que el hombre puede suplantarse a sí mismo y, por lo tanto, falsificar su vida.

No cabe duda que lo más trágico en la condición humana es que el hombre puede suplantarse a sí mismo y, por lo tanto, falsificar su vida.

Hay fracasos y fracasos: aquí se trata del fracaso por antonomasia. ¿Se tiene conocimiento de alguna otra realidad que pueda ser precisamente lo que no es, la negación de sí misma, su alienación radical?... Y es que, a diferencia del bruto que nace completo y perfecto en su especie, el hombre nace solamente en esbozo, nace sin acabar. Hace su aparición en el escenario de este mundo como un actor en busca de personaje. En realidad, sin embargo, ese personaje o programa que debe representar lo lleva ya configurado en lo más hondo de su ser. En boceto, sí, pero de una manera indeleble. Como mera posibilidad, como sim-

hombre no se elige. Lo único que se elige es serle fiel o infiel. Lo único que sí se elige son los medios para llevarla a cabo... He aquí, en síntesis, una distinción absolutamente indispensable para aclarar muchos malentendidos y algo de la mucha confusión que hay al respecto (por ejemplo, todo lo referente a la llamada creatividad del hombre y a su innegable historicidad).

En lo esencial, la vocación del hombre no se elige. Lo único que se elige es serle fiel o infiel.

La palabra «libertad» tiene connotaciones o resonancias que pueden ir desde lo ridículo y grotesco hasta lo sublime y heroico, pero es tan sólo cuando expresa el ideal de plena realización que encuentra su eco más profundo en el ser humano y se convierte en el presupuesto esencial de todo quehacer... Ello implica, por una parte, que el hombre se vea liberado de las numerosas esclavitudes y enajenaciones de las que ha sido objeto a lo largo de su historia (y a esto se le conoce más bien con el nombre de «liberación», al menos cuando aquéllas son externas) y, por otro lado, que consiga ser plenamente él mismo (y es de esta libertad de la que estamos propiamente hablando).

Tal, pues, como aquí la abordamos, la libertad no es la mera cualidad de un acto ejecutado de vez en cuando. Es, por el contrario, la característica esencial del hombre, no tanto como naturaleza, sino precisamente como persona, como sujeto responsable de su quehacer como que-hacer, o lo que es igual, de su propia opción a favor o en contra de sí mismo. Una libertad que, con Rhaner, podemos llamar «libertad óptica» («Seinsfreiheit»), ya que no se refiere a este o aquel acto, a este o aquel bien del sujeto, sino al sujeto en su conjunto, al sujeto como un todo, a un sujeto, en fin, que —por constitución— tiende a la plena coincidencia consigo mismo.

Libertad y responsabilidad

Ya se ha dicho que ser libre es hacer lo que se quiere, haciendo lo que se debe. Pues bien, hacer lo que se debe es justamente obrar en conformidad con ese diseño original de que hablábamos al principio; o sea, obrar según las exigencias de la naturaleza humana. Pero hacer esto ¿qué otra cosa es sino responder al proyecto fundamental que ella entraña y con que ella me llama? En otras palabras, ¿qué otra cosa es sino la respuesta al Autor de la misma? Y es precisamente aquí, de cara al Absoluto, que esa respuesta adquiere toda su fuerza y todo su sentido. La Familia, la Patria, el Progreso o cualquier otro Ideal, por más grande que se antoje, podrán tener cierta eficacia por algún tiempo, pero al final de cuentas la «responsabilidad» siempre exigirá un «alguien» que se encuentre más allá del hombre mismo, un alguien que trascienda toda cosmovisión inmanentista. El «sí» o el «no» de mi respuesta será siempre —de manera constante, original e irrebalsable— el «sí» o el «no» a ese Alguien que es mi Dios, y es por eso que, incluso allí donde Dios no es cantado en una objeti-

vación categorial, la libertad humana será indefectiblemente una libertad teocéntrica¹...

Franca o evasiva, satisfecha o insegura, auténtica o fraudulenta, el hombre, pues, es básicamente una respuesta, respuesta que no se acaba sino hasta el momento en que la vida exhala aquel último suspiro, que es también su última gracia... Aquel que desoyendo las voces que invitan al despilfarro y disipación de su ser autóctono, ha sabido escuchar su verdadera llamada, ya sabe también que la misma conlleva una apasionada necesidad de grandeza, no menos que una imperiosa exigencia de superación.

No está de más aludir siquiera al hecho de que es cabalmente en esta coincidencia consigo mismo, en la que consiste el «prodigioso fenómeno de la felicidad». Cuando la vida efectiva coincide con la vida proyecto, el hombre se siente feliz. Por el contrario, cuando se aleja de la misma experimenta mal humor, aburrimiento, la angustia y el vacío propio de la infelicidad.

Esta angustia —«muy distinta de la angustia metafísica»²— es hija de la desazón propia de quien sabe, presente o sospecha que su vida efectiva es una deformación de ese programa vital que es su vida auténtica. La desazón de quien incluso aun no sabiendo a ciencia cierta lo que es, sabe que dista mucho de serlo y que dista de ello no sólo por simple omisión, sino por empeñarse en llenar su existencia con sustitutos, mediante los cuales pretende sobornar una consciencia que —precisamente por ser una insobornable— le dice o le grita su desacuerdo o indignación...

Esta angustia surge de la consciencia de nuestra limitación y contingencia... de eso que alguien llamara «mutilación ontológica», cuya herida sólo el encuentro con el todo puede curar.

No falta, por supuesto, cierto tipo de actividades e intereses (el arte, la ciencia, la «cultura», algunas formas de mística revolucionaria, etc.) que de momento y hasta un período más o menos largo, parecen dejarnos satisfechos e incluso como embriagados. Pero si tenemos el valor de mirarnos bien a la cara, es decir, de adentrarnos hasta el fondo de nuestro yo profundo y trascendental, veremos que estamos muy lejos de haber encontrado la medida de nuestra nostalgia fundamental, que hemos confundido el océano con lo que no pasa de ser un simple lago... En otras pala-

¹ La razón última de este teocentrismo puede resumirse muy brevemente de la siguiente manera: la libertad es una postura ante Dios, porque es una postura ante el bien absoluto; y es una postura ante el bien absoluto, porque la inteligencia —a quien sigue— es una apertura al ser trascendental, absoluto y por lo tanto, a Dios. Hay que añadir, pues, que esa gravitación natural de la persona humana hacia Dios es ya una respuesta —inviscerada en lo más profundo de su ser— a la llamada creadora de Dios. He aquí el proyecto que es el hombre, en una de sus dimensiones.

² Esta angustia surge de la consciencia de nuestra limitación y contingencia, no menos que del carácter incompleto e imperfecto de las cosas; de eso que alguien llamara «mutilación ontológica», cuya herida sólo el encuentro con el todo puede curar. Es, pues, una angustia o «angostura» que lleva entrañada, sin embargo, una apertura hacia «la liberación de lo que aún no es», una aspiración a un «ser más», una perenne inquietud, y una insatisfacción radical... A diferencia de la angustia sartreana que —de una manera radicalmente gratuita— añade a la contingencia la absurdez y encierra a aquella en sí misma, la angustia de la que estamos hablando es como el resorte íntimo y poderoso de nuestro progreso y superación.

bras, que se ha sacrificado el todo en aras de una parte y luego se ha convertido esa parte en un todo: partes, pues, que poseyendo aspectos «totalitarios» rechazan ferozmente lo que no es suyo. Al no poder integrar los quehaceres al quehacer, el hombre «unidimensional» acaba por suplantarse a lo que podemos llamar el hombre «omnidimensional». En suma, lo que podía y debía ser una ayuda, se ha convertido en un obstáculo, más aún, en una trampa para el logro de la madurez humana...

Pero si tenemos el valor de mirarnos a la cara, es decir, de adentrarnos hasta el fondo de nuestro yo profundo, veremos que estamos muy lejos de haber encontrado la medida de nuestra nostalgia fundamental.

Libertad y alteridad

Estaría totalmente equivocado quien de lo dicho hasta aquí sacara la conclusión de que la autenticidad es algo así como un coto cerrado, una especie de empresa privada, un replegarse narcisísticamente sobre sí mismo. No, la empresa de llegar a ser hombre incluye ineludiblemente al otro. En primer lugar al Otro con mayúscula. De esto ya hemos dicho o insinuado lo suficiente. Lo que ahora nos toca subrayar —siquiera de manera casi aforística— es la vinculación con los otros, con los demás...

El hombre no llega a ser él mismo sino a través del otro. Nunca entra más dentro de sí que cuando sale de sí. Para vivir la comunión con los otros. En otras palabras, la «mis-midad» no se realiza sin la «alteridad».

Ya en el conocimiento, la alteridad juega un papel decisivo, esencial. A diferencia de la «enajenación» que, como todos saben, significa la pérdida de la propia identidad, en el conocimiento se llega a ser otro, pero cabalmente para enriquecer y afianzar la propia identidad. Mas aún, hay una cierta identificación, en la que, sin embargo —y ésta es la maravillosa paradoja—, mi ser y el otro ser permanecen distintos y precisamente en tanto que permanecen distintos hay verdadero conocimiento. Desde este punto de vista, pues, no existe el menor peligro de que la «totalidad» del pensamiento acabe absorbiendo o diluyendo al otro, como afirma Levinas... Pero esto no basta. Yo puedo poseer el universo sin salir de mi torre de marfil. Y para que el hombre se realice, hay que entrar en contacto con el otro, no sólo en una pura inmanencia contemplativa, sino en el campo de la inmediatez concreta. Y es en este contacto directo que —como dice Buber— «el hombre se hace auténticamente yo y el otro auténticamente tú»... Y no está de más añadir que para estos dos pensadores que acabamos de mencionar —lo mismo que para Ebner y otros más—, la relación interpersonal es el lugar en el que se manifiesta el absolutamente Otro. Nos recuerda esto aquella frase que dejó escrita un prisionero de guerra, hombre de profunda experiencia: «Buscaba a mi Dios y Él desaparecía; buscaba a mi alma y no me era posible encontrarla; busqué a mi hermano y encontré las tres cosas»...

La existencia personal es, pues, solidaria con el otro. Está



en comunión con el otro; está orientada constitutivamente hacia el otro. Si la libertad es, pues, como decíamos, la posibilidad de afirmarse o negarse, la capacidad de decidirse en pro o en contra de sí mismo, hay que añadir ahora que es también la capacidad de decidirse en pro o en contra de los demás, precisamente porque el «autos» de mi autenticidad lleva entrañado en sí mismo al otro. Todo lo que se debe hacer para lograr la autenticidad va ligado al reconocimiento del otro, esto es, al hecho de ser alguien para el otro³. Ya decía Einstein, por su parte, que «una vida que no es vivida para los demás, no vale la pena de ser vivida».

...un hombre que no ha conseguido vivir un amor real y auténtico a los demás, es un hombre truncado y mutilado.

Pasar de aquí al amor para iluminar, completar y especificar esta «evidencia primaria» es algo que rebasa, más que nuestro tema, nuestro tiempo. Nos contentaremos con afirmar que un hombre que no ha conseguido vivir un amor

³ Esto puede parecer hasta banal. En realidad, se trata del «giro copernicano» que ha dado la antropología filosófica a través del llamado «pensamiento dialógico», uno de cuyos precursores es, sin duda, Ferdinand Ebner, figura tan importante como poco conocida. Por otra parte, hace falta decir que esto (la dimensión vertical y horizontal del amor, a que lleva o debe llevar la susodicha «revolución») ha constituido —hoy y siempre— la esencia del Cristianismo...

real y auténtico a los demás, es un hombre truncado y mutilado. Ni siquiera verdaderamente libre... En resumidas cuentas, porque es un alienado. Y es un alienado, porque al alejarse de los demás no hace otra cosa que escapar de sí mismo. Su aislamiento egoísta —que no es lo mismo que soledad— no es riqueza, sino pobreza; no es ganancia, sino pérdida; no es liberación, sino obstrucción de todo un mundo de maravillosas posibilidades, orientadas a una auto-posesión, cuya esencia más íntima —¡oh paradoja!— exige la autodonación...

Conclusiones

En contra de una idea bastante difundida, que es —la mayoría de las veces— hija legítima de una sed de emancipación tan alegre como alocada, la auténtica libertad no debe concebirse como ausencia de vínculos. En todo caso, hay que distinguir. Hay vínculos y vínculos. Hay vínculos liberadores y hay vínculos alienantes. Los primeros son los que me constituyen (mi compromiso conmigo mismo, con mi Dios y con los demás). Los segundos son los que obstaculizan mi libertad, tanto interior como exteriormente. Los obstáculos pueden reducirse (al menos en su inmensa mayoría) al egoísmo, con sus formas y disfraces terriblemente proteicos, los exteriores surgen de las fuerzas opresoras de la naturaleza, o de las fuerzas opresoras del hombre. Pues bien, es precisamente contra estas últimas formas antilibertarias, que han surgido a lo largo de la historia los diversos movimientos de liberación... No siendo la autenticidad del hombre algo automático, ni siquiera una posesión definitiva, sino un quehacer, un proyecto, la suya es una tarea histórica, sujeta a las vicisitudes del tiempo y del espacio. Y es cabalmente en esta tarea histórica donde entra o puede entrar —aquí sí— la labor «creadora» del hombre.

Le toca al hombre «inventar» todos los medios, todas las condiciones necesarias para lograr su autorrealización, es decir, para actualizar en su devenir existencial todo lo que está implicado en su propia esencia de hombre, con toda la gama de sus inagotables posibilidades... Pero precisamente por eso, por ser inagotables, el hombre rebasará siempre al hombre o, si lo prefieren ustedes, el hombre «esencial» siempre desbordará al hombre «existencial»⁴. Incluso cuando no se contenta con ser mero espectador y se convierte en actor y protagonista de la historia, él mis-

mo reconoce —y lo reconoce sólo en virtud de su propia autenticidad— que ha llegado al cabo de sus fuerzas y que, en realidad y al final de cuentas, no ha terminado del todo la obra... ¿Conclusión pesimista y desalentadora? No lo creemos. Más bien creemos todo lo contrario: el hombre es tan grande que no se basta a sí mismo (ser «transfinito» lo llamamos). Y si algo revela lo uno y lo otro es su inquietud radical, su capacidad de insatisfacción, su incurable nostalgia fundamental, esa especie de amor sin amado y como un dolor que tenemos en miembros que no tenemos... Y es por eso mismo que también creemos que su realización plena y definitiva, la verdadera culminación de su obra —algo así como una segunda edición de la especie humana— sólo será posible «en un cielo nuevo y en una tierra nueva» y tan sólo mediante Aquel que ha dicho: «He aquí que hago nuevas todas las cosas...»

El hombre es tan grande que no se basta a sí mismo. Y si algo lo revela es su inquietud radical, su capacidad de insatisfacción, su incurable nostalgia fundamental, esa especie de amor sin amado y como un dolor que tenemos en miembros que no tenemos.

Pero concluyamos ya... Libertad para la autenticidad y autenticidad para la libertad o, lo que es lo mismo, ser libres para ser verdaderos y ser verdaderos para ser libres («La verdad os hará libres»)... Hay, pues, lo que se llama «reciprocidad de causas», o mutuo condicionamiento. Si la libertad es la que forja día a día nuestra autenticidad, también es la autenticidad la que, derribando todas las barreras que existen en nosotros, robustece nuestra libertad, ensancha sus horizontes y nos permite así vivir de verdad la vida, es decir, vivir en toda su amplitud, profundidad y magnificencia nuestra verdadera vida. A mayor autenticidad, mayor libertad, y a mayor libertad mayor autenticidad. Una y otra, pues, son susceptibles de progreso y de progreso indefinido, como lo es cabalmente la tarea de llegar a ser hombre...

⁴ La esencia finita del hombre no está nunca «acabada» en sí misma. Siempre hay «movimiento» o potencialidades en ella. No significa, pues, sino el marco en que tienen lugar todos los desenvolvimientos del hombre. Al mismo tiempo que lo define y, por lo tanto, que lo limita, le abre perspectivas que están más allá de todas las realizaciones concretas que pueda encerrar. Parafraseando a Sartre —pero con intenciones diametralmente opuestas— podemos decir que el hombre «no es lo que es», precisamente por ser siempre más de lo que es (o existe).

6. LA RELACIÓN DE AYUDA PASTORAL

Angelo Brusco

Director del Centro Camiliano de Pastoral Sanitaria de Verona (Italia)

Counseling o relación de ayuda es un método, o mejor un estilo, de relación terapéutica que cada vez está entrando con mayor fuerza en el mundo de la acción pastoral.

De hecho supone un intento de profesionalizar, en el sentido de conferir operatividad real, lo que hasta ahora hemos venido denominando *visita pastoral*. Visita pastoral que, hemos de reconocer, no pocas veces hemos realizado con tan buena voluntad como escasa preparación de la misma.

¿En qué consiste la *relación de ayuda pastoral*? ¿Cómo se lleva a efecto la misma? ¿Qué objetivos persigue? A todo ello pretende dar respuesta el presente artículo de Angelo Brusco, de los P.P. Camilos, director del Instituto Camiliano de Pastoral de la Salud de Verona (Italia), y experto en este tipo de acción pastoral.

Un artículo profundo pero básico, que sienta los principios pero que ejemplariza su desarrollo.



«¡Cuántos diálogos, por desgracia, no alcanzan una calidad pastoral porque quienes los conducen se pierden en lugares comunes o en discusiones estériles!»

o *counseling*¹, pero pueden serlo si asumen las particularidades características que se describen en este artículo.

¹ *Counseling* es una expresión inglesa que indica una especial relación entre dos personas, de las cuales una se encuentra en situación de necesidad y la otra tiene capacidad de ayudarla. Adaptada al campo de la pastoral, el *counseling* puede definirse como un ministerio de la comunidad creyente que tiene como finalidad la curación, la liberación y el crecimiento de la persona. Este ministerio se basa en la *relación* entre uno o más agentes de pastoral competentes y una persona o grupo interesados en este encuentro (conversación o interacción). Tal relación es un *proceso dinámico* con una estructura bien definida y objetivos acordados mutuamente, y se da dentro de la tradición y de los recursos de la comunidad creyente.

La traducción italiana más común de *counseling* es la relación de ayuda. En el presente artículo utilizaremos libremente las dos expresiones.

Introducción

La solicitud de ayuda dirigida a un agente de pastoral que desarrolla su actividad en el mundo de la salud asume formas diversas. Junto al que pide oraciones o bendiciones, existe el que tiene necesidad de recomendaciones, de consejos, de ánimo. No faltan los enfermos deseosos de ser acompañados para vivir su enfermedad o su situación de crisis como una experiencia de crecimiento. En ocasiones, son también los familiares quienes hacen demandas más explícitas. Y, finalmente, no es raro que miembros del personal lancen peticiones de ayuda concernientes a su trabajo o a su vida fuera del ambiente hospitalario. Estos múltiples encuentros que llenan la vida de un agente de pastoral no constituyen automáticamente unas relaciones de ayuda

Un caso

El «guión» de un encuentro entre un capellán y una enferma ingresada en una planta de ginecología-obstetricia, *constituye el hilo* de nuestra reflexión.

Capellán. — *Buenos días, señora. ¿Cómo se encuentra hoy?*

Paciente. — Ah, es usted (silencio, sonrisa). Oiga, Padre, ¿qué piensa de las ligaduras de trompas?

Capellán. — (Sonrió también yo. Silencio). *Tengo la impresión que usted encuentra difícil este tema...*

Paciente. — Bien... Ya sabe usted... Soy católica, educada en un colegio de monjas... Ya sabe usted éste es el tercero: no lo esperaba. He estado tomando la pildora durante cinco años. La dejé y empecé a utilizar el calendario... No puedo tener más. El primero tiene diez años. Mi marido tiene sólo cuarenta y dos (breve silencio). Antes de ingresar hablé con unas amigas que son también católicas. Ellas se hicieron la ligadura... No sé qué hacer. Usted vea: el calendario no funciona; mi marido trabaja lejos de aquí y vuelve a casa cada tres semanas. Ya sabe, es un hombre... Me falta valor para tener otro hijo. No se trata de egoísmo (silencio). ¿Y si me decido a hacerme la operación, los médicos hablan del lunes, puedo comulgar? ¿Y el Papa?

Capellán. — *La veo preocupada e insegura...*

Paciente. — Sí, querría ver claro... Además... no quiero ir al infierno... (Silencio)... Ustedes, los curas ¿qué dicen? No puedo tener más hijos. Me parece que ya he cumplido con mi obligación.

Capellán. — *Es penoso vivir en la incertidumbre y sentir a Dios como alguien que castiga...*

Paciente. — (Lágrimas. Se tiende de lado y mira a la vecina de la otra cama). Quisiera tomar una decisión tranquila. Si alguien me dijese que no hago nada malo... Me sentiría bien.

Capellán. — *A veces, en la vida, es difícil tomar decisiones solo.*

Paciente. — Sobre todo cuando se ha tenido una educación como la nuestra.

Capellán. — *Tengo la impresión de que usted vive una religión de miedo, en la que hay un Dios que castiga a cada momento...*

Paciente. — Es verdad. Me han dicho que hacerse la ligadura de las trompas es pecado. No lo sé (silencio). Han cambiado muchas cosas en los tiempos actuales. Ya no es como antes...

Capellán. — *Y usted. ¿Cómo vive estos cambios? ¿Le parece que yo podría animarla a reflexionar sobre sí misma para llegar a actuar según su conciencia?*

Paciente. — Creo que sí... Todavía ustedes, los sacerdotes, son los que forman las conciencias...

Capellán. — *Se lo decía... en el sentido de poder ayudarla a ver más claro...*

En este fragmento del diálogo aparece clara la dirección emprendida (intención) del agente pastoral: guiar a la paciente para que tome una decisión moral responsable.

El modo adoptado para alcanzar tal objetivo se basa en el conocimiento de la *dinámica del comportamiento de un individuo que actúa en situación de necesidad*. Siguiendo libremente las indicaciones de Luciano Cian, podríamos presentar tal dinámica del siguiente modo.

Cuando una persona pide ayuda, llega al diálogo así:

- Vive una *situación* que la presenta desde sus dificultades.
- Las dificultades se inscriben en una situación precisa, para ella evidente, más evidente que a los demás.
- Las dificultades le provocan *sufrimiento* más o menos profundo.
- El sufrimiento produce un *sentimiento* que se vive desde lo profundo del ser y tiende a obstaculizar la vida o a trastornar el flujo regular de las energías.

En el caso arriba presentado, aparecen claras las dificultades de la paciente. Aprisionada en un conflicto de valores —la ley moral, la vida, la salvaguardia de la relación conyugal...—, vive un sufrimiento profundo que se expresa en varios sentimientos: ansiedad, culpabilidad, inseguridad, miedo...

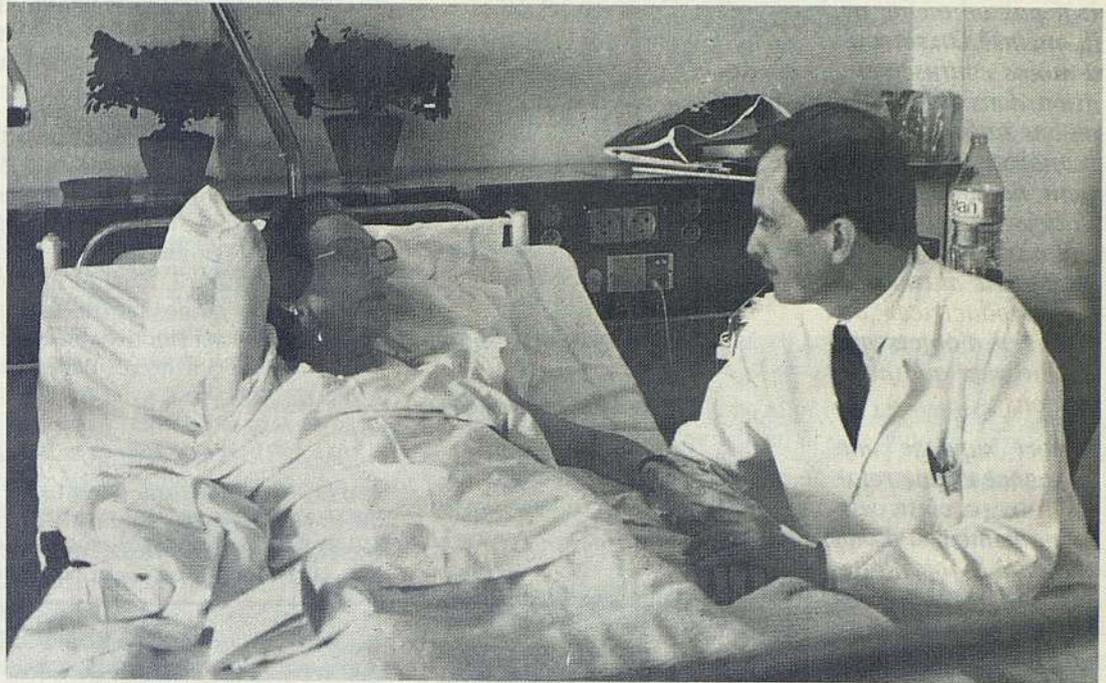
Una persona agobiada por una situación difícil que la empuja a pedir ayuda querría ser acogida así:

- Se espera que el agente de pastoral comprenda, ante todo, el *sentimiento* vivido por ella.
- Que participe del propio *sufrimiento* como pueda, según sus posibilidades empáticas.
- Que examine con el interesado las *dificultades* y penetre con él el sentido de su problema sin enjuiciarlo.
- Que valore la *situación* y qué es lo que puede hacerse, dejando al sujeto la búsqueda de las «pistas vitales» que ha de seguir para salir de ella definitivamente.

Acoger a la persona

Comprensión de los sentimientos y participación en las vivencias de la persona que pide ayuda: éste es el primer paso que el agente de pastoral debe dar junto con las actitudes indispensables de acogida calurosa, escucha activa, respeto profundo y autenticidad.

En el diálogo anterior, el agente de pastoral ha demostrado saber moverse en esta línea, evitando centrarse de inmediato en el problema, presentado de modo explícito, por la paciente. Si se hubiese movido en la línea de la intervención rápida, probablemente habría tenido poco éxito ya que la carga emotiva que pesaba sobre la paciente se interpondría para una creativa recepción del mensaje. La atención a las vivencias de la mujer le facilitó la exclusión de actitu-



«El consejero pastoral es un hombre siempre abierto a "hacer la verdad sobre sí mismo"»

des dogmáticas y moralistas. Según Faber, ser dogmático significa enunciar juicios doctrinales sobre todo cuanto dice el interlocutor, dejando a este último con su lucha interior. Pudo caer en el dogmatismo que suele aparecer en las discusiones, olvidándose de los sentimientos. Nadie niega la importancia del dogma; pero quien en el diálogo pastoral se limita a reclamar del otro un juicio dogmático, demuestra su incapacidad para ayudarlo. En lo que se refiere al moralismo, consiste en una relación del interlocutor basada en principios morales y que no está precedida por una aceptación del otro como persona. Sólo se consigue sentimientos de verse juzgados.

Continuando el análisis del diálogo, es evidente también la ausencia de intervenciones inquisitorias, de falsos estímulos, de fáciles consejos. En cuanto a éstos, tan frecuentes en la práctica del diálogo pastoral, vale la pena reflexionar sobre las conclusiones de una investigación realizada en América y que resume así Bruno Giordani:

- Los consejos que se dan después de una simple escucha de la situación se han revelado generalmente inútiles y, a veces incluso dañinos, sea porque el consejero no consigue entrar en el mundo del individuo, sea porque tiende a proyectar los propios valores y las convicciones o preferencias personales en la vida del otro, imponiéndole lo que él, subjetivamente, cree válido para sí mismo.
- Las personas «dirigidas» a base de instrucciones y de consejos suelen resultar con frecuencia más dependientes e inestables que los otros.
- Los eventuales progresos alcanzados durante el «tratamiento» a base de consejos se desvanecen apenas falta el apoyo externo.
- A veces, en tales personas se notan profundas reacciones de resistencia a cada sugerencia y una fuerte carga de agresividad, expresiones normales de una necesidad

más o menos consciente de salvaguardar la propia independencia y hacerse responsable de sus propias acciones.

- También los que espontáneamente piden consejos, o aceptan sin objeción cualquier indicación, cuando se encuentran en la situación concreta se olvidan fácilmente de las indicaciones recibidas, o asumen una actitud diametralmente opuesta a la que les fue sugerida.

Escuchando activamente, el agente de pastoral no sólo toma notas de la canción triste y descorazonada que la paciente canta, sino que le ofrece la posibilidad de «decidirse» a ella misma, colocándola en la mejor condición para explorar su propia vivencia.

La escucha activa es la llave que permite entrar en el mundo del otro, desarrollando una postura empática. La palabra «empatía» adquiere siempre un espacio más amplio en el campo de las relaciones interpersonales. Vale la pena iluminar algunos elementos que hace difícil la actuación de la empatía. Está comporta, antes que nada, la capacidad de «ponerse en el punto de vista del otro»; actitud no natural sobre todo en la cultura contemporánea. «Poner entre paréntesis», aunque sólo sea temporalmente, los propios puntos de vista exige disciplina, sentido de la limitación y respeto a la diversidad.

En segundo lugar, la comprensión empática se diferencia claramente de la simpatía. Mientras que esta última consiste en el «hacer propios» los sentimientos del otro conservando la distancia necesaria para una consideración objetiva del problema del interlocutor. Si en el diálogo que hemos visto, el agente de pastoral no hubiese sido capaz de frenar la natural tendencia a «identificarse» con la otra persona, habrían quedado reducidas sus posibilidades de ayudarla a hacerse un camino: los sentimientos que ella vive, hechos propios, le habrían engullido oscureciéndole toda perspectiva.

Evitar la simpatía no significa asumir una actitud de indiferencia. Al contrario, quien es empático —y éste es el tercer elemento— se dispone a ser vulnerable, esto es, susceptible

de «resultar herido» por la comunicación vivencial del otro. Es esta vulnerabilidad la que genera cercanía y participación en el sufrimiento del interlocutor. Si el miedo a caer en una exagerada «implicación afectiva» vuelve prudente la inversión de las propias energías, ese miedo no debe, sin embargo, avanzar hasta el punto de «secar» la relación interpersonal.

Resumiendo el recorrido hecho por el agente de pastoral en el diálogo con la paciente, pueden fijarse los siguientes resultados:

- Han sido puestas las bases para el establecimiento de una relación basada en la confianza.
- La paciente ha tenido la posibilidad de liberarse de la carga emotiva que le pesaba en su corazón.
- Ha habido después un proceso que ha posibilitado tanto a la mujer como al capellán ver el problema desde la variedad de todos sus aspectos.

En la conducción del diálogo, el capellán ha utilizado algunas técnicas que le han facilitado su misión. El análisis de sus respuestas muestra el recurso a la *reformulación*. Esta astucia le ha permitido enviar de nuevo a su interlocutora lo que había comprendido de su mensaje, tanto en términos de contenido como de sentimientos. Aunque la reformulación es una técnica, lo es al servicio de una actitud de respeto y de confianza. Centrarse sobre lo que la persona ha comunicado significa tomar en consideración su mensaje convirtiéndolo en protagonista del diálogo. Es la certeza de haber sido comprendido lo que da al interlocutor el deseo de continuar hablando de sí mismo y de su problema.

De la acogida al discernimiento

Esta fase del «counseling» es fácilmente pasada por alto por el agente de pastoral. A la dificultad de acoger las vivencias del enfermo, frecuentemente se alía la tendencia a querer solucionar enseguida los problemas. Si esta fase es considerada con gran atención, como insustituible etapa del acompañamiento pastoral, es importante, sin embargo, saber ir más allá. Quienes hacen prácticas de «counseling», se dan cuenta de la dificultad de pasar de la escucha empática a la fase que tiene como objetivo el ayudar a la persona a comprender las causas del propio problema y a discernir los diversos elementos de la situación, para disponerse a afrontar una difícil adaptación, un arriesgado cambio o una elección determinante.

Volviendo sobre el diálogo tantas veces citado, notamos que el pastoralismo se detiene en la primera fase. En este caso particular, ir más allá en el acompañamiento significaría:

- Ayudar a la enferma a responder a una necesidad de clarificación sobre su problema.
- En el actual contexto socio-cultural, el individuo está supeditado a la influencia de las diversas teorías morales, a menudo contrarias. Los medios de comunicación

social y las conversaciones diarias informan sobre las divergencias entre las opiniones de los teólogos, pastores y expertos en ética civil en determinadas cuestiones morales.

- Hacer con la paciente un «discernimiento» apropiado para distinguir lo que es más importante y lo que lo es menos en el panorama de los valores en conflicto. Por una parte se imponen las exigencias personales, conyugales y familiares y, por otra, las implicaciones de una ley moral a la cual la interlocutora querría adherirse. En éste, como en otros tantos casos, el conflicto se vive más a nivel emotivo que intelectual; la persona, en efecto, sabe por dónde debería ir pero nota pesadas resistencias.

Además de las actitudes recordadas (acogida, escucha activa, comprensión empática, respeto, confianza...) es adecuada en esta fase la utilización de la confrontación. Forma de ayuda eficaz, pero delicada, la confrontación consiste en poner al interlocutor delante de posibles incongruencias y contradicciones de su propio comportamiento cuando éste es considerado a la luz de los valores proclamados y de la Palabra de Dios.

La práctica de esta actitud debe ser prudente. Sólo se utilizará cuando entre el agente de pastoral y el interlocutor se haya establecido una relación lo suficientemente buena de modo que la confrontación no suene como juicio o condena. Xavier Thèvenot remarca que la confrontación o el comportamiento profético debe ser practicada de manera «no indiscriminada», esto es, considerando la coyuntura en la cual se desenvuelve. El ejemplo de Jesús es elocuente: «Mientras que con los fariseos, en cuanto bien seguros de su propio poder religioso, se comporta con extrema violencia, en sus diálogos sobre los valores morales con los pecadores o extraviados se vuelve casi tímido. Así, cuando la mujer sorprendida en flagrante adulterio (Jn 8, 3-11) y considerada como un objeto de repulsión por el moralismo de los escribas y fariseos, fue llevada hasta Jesús, éste asume una actitud casi silenciosa y, volviendo a la mujer a ser sujeto de palabra es, simplemente, llamada a la propia responsabilidad: «Ve y de ahora en adelante no piques más». Igualmente con la samaritana (Jn 4). Jesús se contenta con la palabra de verdad: (has dicho bien «no tengo marido», en efecto has tenido cinco maridos) y con pedirle a la mujer una actitud más radical. ¡Extraño modo de ejercitar el profetismo y la corrección fraternal! Modo sin embargo excelente, ya que no encierra a la persona en la estrechez del legalismo sino, al contrario, la abre a un nuevo futuro».

Al poner en práctica el discernimiento y la confrontación no debe olvidarse la posible activación de vínculos transferenciales entre el agente de pastoral y la persona ayudada.

No hay duda que toda relación de ayuda —aunque sea breve— está marcada siempre por efectos transferenciales, esto es, por una reactivación, normalmente inconsciente, de antiguas experiencias infantiles. En la literatura pastoral este argumento está ampliamente tratado, pues «la relación pastoral, examinada psicológicamente, a menudo se revela llena de necesidades afectivas, conscientes o incons-

cientes, tanto en el agente de pastoral como en su interlocutor». Entre los muchos ejemplos citados por André Godín, recordemos uno.

«Una persona, frustrada y necesitada de afecto, inicia el diálogo manifestando (sin darse cuenta) la esperanza de que el Pastor le dé, a la larga, un afecto sin riesgos y luego una ilusoria expectativa de haberse dado a Dios sin comprometerse realmente. Al deseo de sentirse objeto de afectuosa comprensión, responde eventualmente la satisfacción del Pastor de ofrecer un poco de calor consolador que la caridad le parece exigir. La tendencia actual a atenuar el carácter formal de las relaciones pastorales, aunque teológicamente es considerada oportuna, puede provocar en este caso algunos problemas relacionales, especialmente si el pastor (célibe o casado) tiene una sexualidad mal integrada: maternidad o paternidad suspendidas en el celibato, o afectividad poco madura en las relaciones conyugales insatisfactorias. Desde el punto de vista psicológico, no se subrayan solamente, ni sobre todo, los peligros morales que acompañan esta situación. Sino, más radicalmente, en sentido cristiano, la dificultad de este pastor para representar otra cosa que un amor ofrecido (que la persona recibe probándolo más o menos confusamente), a estimular en sí mismo el «ágape» que incita a cada cristiano a dirigirse activamente hacia el prójimo para amarlo como el Hijo Primogénito amó a los hombres, particularmente a los débiles.

Hacia la acción

La acogida y el discernimiento llevan hacia una ulterior fase de la relación de ayuda: la acción. Escuchada, comprendida, respetada y ayudada a clarificarse sobre su vida, la persona es llamada a entrar en la fase operativa de su camino. En el caso visto en este trabajo, la paciente debía tomar una decisión responsable. En otras circunstancias, podría tratarse de la adaptación a una situación de cronicidad, de la aceptación de un penoso estado de soledad, de una necesaria separación, de una vuelta a la fe abandonada, de una reconciliación con los demás, de la aceptación de la muerte...

A veces, el paso a la fase operativa es una consecuencia espontánea de las dos primeras. En otros casos, la persona necesita ser acompañada también en esta etapa. Si las actitudes recomendadas en las fases precedentes se mantienen, su utilización debe mirar al logro de este particular objetivo. Evitando tomar las decisiones en lugar de la persona interesada, el agente de pastoral se compromete a ayudar a su interlocutor:

- A encontrar en sí, en el ambiente en el que vive y en la tradición religiosa que le ha alimentado, los recursos necesarios para superar o vivir apropiadamente la situación en la que se encuentra. Tales recursos pueden ser de diverso tipo: energías adormecidas y fuerzas desconocidas que forman parte del patrimonio personal, relaciones significativas, la fe, la Palabra de Dios, la oración, la meditación...

Los recursos religiosos citados son también un precioso instrumento en las manos del agente de pastoral en su función de acompañamiento para que, como invita H. Clinebell, no sean usadas «irreligiosamente».

Hablando concretamente de la Biblia, el mismo autor afirma que la palabra de Dios puede ser utilizada para confortar, instruir, diagnosticar. El uso diagnóstico de la Biblia se basa en el proceso de identificación con los personajes del relato sagrado: hay gente que está siempre en «disponibilidad» como Abraham; otros se sienten como María (contemplación) o como Marta (acción)...

- A vivir en la fe el camino emprendido, superando la lentitud, la marcha atrás, las dudas, el desánimo.
- A mantener la certeza de que el Señor le acompaña con su amor hecho compasión, perdón y espera, a pesar de las eventuales y discutibles opciones consumadas.

Una metáfora: el sanador herido

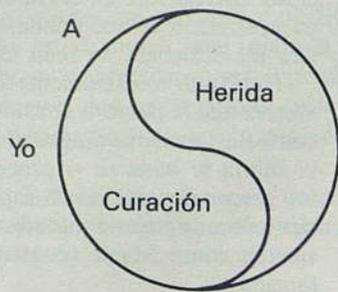
La metáfora del sanador herido, universalmente utilizada para ilustrar el profundo significado de la relación pastoral de ayuda servirá para fijar los puntos fundamentales de todo lo expuesto en las páginas precedentes.

El sentido de tal metáfora se basa en la hipótesis de que tanto el que ayuda como el que es ayudado conviven la experiencia del sufrimiento (herida) y el poder de la curación (fig. 1 A).

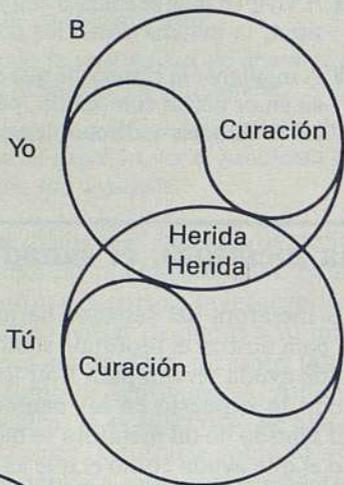
Partiendo de tal hipótesis, son posibles tres modalidades de ayuda.

- Hay quien, ignorando o negando la propia herida, encuentra el sufrimiento del otro sólo en la dimensión «curativa», transformándose así en el «salvador» que asume toda la responsabilidad del problema. Su intervención puede hacer disminuir la capacidad de respuesta del otro bloqueándole sus recursos internos «curativos». En este caso, la curación es incompleta y la intervención, a la larga, será estéril. Esta primera modalidad de ayuda refleja la situación de cuantos pretenden resolver los problemas de los otros, sustituyéndoles a ellos (fig. 1 B).
- Hay quien responde al sufrimiento del otro limitándose a compartir el dolor. En este caso, vertiendo el propio sufrimiento sobre el sufrimiento del otro, las dos personas coinciden únicamente a nivel de «heridas» y su identificación sólo puede intensificar el dolor y el problema.

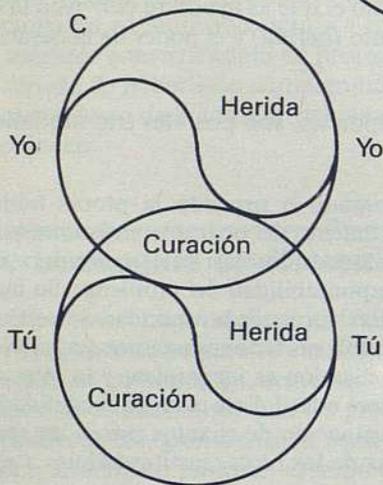
Se reflejan en este modelo cuantos, por demostrar su solidaridad con el que sufre, hacen exhibición de sus heridas. La típica expresión «no os quejéis tanto; yo también he sufrido las mismas cosas...», frecuentemente en la boca de tantos consejeros, únicamente añaden desesperación a la desesperación, poca fe a la poca fe. El comportamiento que sobresale en tal situación es la simpatía que frecuentemente no hace sino confirmar o agravar el sentido de impotencia o el vacío de esperanza vivido por el otro (fig. 1 C).



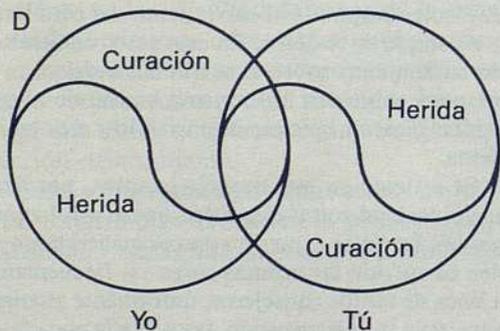
En cada persona tanto están la herida como el poder curativo. Mi herida sólo reacciona ante mi capacidad de curarme. Mi poder curativo no puede sanar tu herida, ni viceversa.



Si cuando yo respondo a tu sufrimiento reviviendo mi dolor y conviviéndolo contigo, nos comunicamos sólo a nivel de herida, nuestra identificación sólo puede intensificar el dolor y el problema.



Si nos encontramos yo como sanador y tú como herido, creyéndome yo el salvador que asume toda la responsabilidad, hay riesgo de que mi intervención disminuya tu capacidad de respuesta; podría bloquear tu «sanador» interno.



Cuando nos encontramos herida y herida, y sanador y sanador, mi herida no contaminará la tuya pero se pondrá junto a ti como presencia y comprensión; mi sanador no correrá a salvar tu sensación de impotencia, pero apelará a las fuerzas curativas que están en ti.

Fig. 1. El sanador herido (adaptado de AUGSBURGER, D., *Pastoral Counseling across culture*, The Westminster Press, Philadelphia, 1986, pág. 369)

■ Hay, en fin, quien encuentra a los que sufren, sea a nivel de herida, sea a nivel de poder curativo. Es la posición del *sanador herido*. Apelando a las fuerzas curativas presentes en la propia persona, sabe aceptar a integrar lo negativo que se expresa en las diversas formas de sufrimiento físico y espiritual (la soledad, la dificultad para madurar, la separación, los riesgos de la elección, la enfermedad...). La reconciliación con los propios límites y con el peso del dolor inherente a la condición humana, le hace capaz de pararse junto a otra persona que sufre, dejándose tocar por su tragedia y manteniendo con ella un contacto cargado de ternura. La experiencia del propio sufrimiento.

Cambios operativos

Los principios enunciados en las páginas precedentes son aplicables a cada encuentro pastoral. Incluso en el coloquio individual reviste una particular importancia para la persona visitada, pudiendo constituir una ocasión propicia de crecimiento humano y espiritual o un estímulo para continuar en la búsqueda. Un ejemplo puede ayudar a aclarar esta afirmación. Un joven estudiante de Formación Pastoral Clínica se propone ir a visitar a un paciente, al que ha estado acompañando en su camino hacia la muerte. Se trata de una persona cuya vida, difícil, ha estado iluminada por la fe. En la misma habitación se encuentra su hermana, acompañada de una amiga de la familia. La hermana habla de la actitud de aceptación de su hermano cercano ya a la muerte, y de su seguridad de encontrar en el Paraíso a su mujer y demás familiares. La amiga, que se había quedado escuchando en silencio, interviene de improviso y es con ella con la que se desarrolla el diálogo:

Señora. — ¡Ellos al menos tienen la fe para sostenerlos!

Capellán. — *¿Quiere decir que usted no cree en Dios?*

Señora. — No. En Dios creo, pero no creo en el más allá, en el Paraíso... Después de esta vida no hay nada y tampoco es mejor vivir así.

Hermana. — También ella (hablando de su amiga) ha visto tanto... ¡Demasiado!

Capellán. — (Dirigiéndose a la amiga). *Intuyo que ha tenido una vida muy difícil.*

Señora. — Todavía no ha terminado. Siempre sufrimientos, amargura... Nunca un momento de paz, de alegría. ¡Esto no es vida!

Capellán. — (La hermana de Enrique se acerca a la cama. Yo quedo sólo con la amiga de Enrique. Nos sentamos). *Ha sufrido y está sufriendo mucho ¿verdad?*

Señora. — Nunca he acabado de sufrir. No creo en el Paraíso. Existe demasiado sufrimiento, no habrá nunca paz. No creo que haya un lugar donde todo sea bello. Pero usted. ¿De verdad cree?

Capellán. — *Sí. Y el creer me da mucha felicidad. Tantas cosas torcidas, tantas relaciones equivocadas, tanto sufrimiento, serán redimidos. Podremos experimentar una felicidad duradera. Esto es lo que me da tanta esperanza y fuerza para afrontar las dificultades.*

Señora. — ¡Ah...! Después de un tiempo las fuerzas decaen, no somos capaces de resistir.

Capellán. — *Es cierto. Algunas veces parece que uno solo no puede resistir.*

Señora. — Cuando me encuentro así blasfemo, me rebelo. Si existe Dios, no puede permitir tanto sufrimiento y siempre en la misma persona.

Capellán. — *Se siente golpeada injustamente... y se rebela.*

Señora. — ¿Qué debería hacer?

Capellán. — *Según mi opinión, hace bien. La rebelión es un sentimiento profundo. En la Biblia hay un personaje que, como usted, se rebela contra Dios frente a tanta injusticia: es Job.*

Señora. — Y Dios. ¿Qué le responde?

Capellán. — *No le responde claramente, pero le dice que su sufrir tiene un sentido, aunque no lo comprenda.*

Señora. — Tampoco yo lo comprendo... Y esto es duro.

Capellán. — *Le pesa más el no comprender el dolor en sí ¿verdad?*

Señora. — ¡Oh, sí, cierto! Todos, antes o después, debemos sufrir y morir pero, ¿por qué mueren los niños a causa del hambre? Si hay guerra aún se entiende que es la maldad de algunos, que es querida por los hombres. Pero otros que no saben nada, que no tienen culpa... también mueren... No comprendo.

Capellán. — *Menos lo comprendo yo. Usted se siente golpeada injustamente... Creo entender que usted no ha recibido mucho bien en su vida.*

Señora. — Así es. Nunca he tenido el amor de una familia, sólo disgustos... Una vida dura, llena de sufrimientos...

Capellán. — *También Dios es injusto con usted...*

Señora. — No, no digo que es malo o injusto... Pero no creo que vayamos al Paraíso.

Capellán. — *Según usted, Él tampoco le quiere demasiado bien...*

Señora. — ...No lo sé...

Capellán. — *Mira, Dios es Padre pero no tiene relaciones como podemos tenerlas nosotros, llenas de contradicciones y de sufrimientos... Él nos ama de verdad, y por eso nos llama al Paraíso... Porque nos quiere...*

Señora. — Esto es bello... Pero es difícil creerlo...

Capellán. — *Es verdad. Es muy difícil creer que Dios nos quiere cuando toda nuestra vida es un continuo sufrimiento, como es su vida...*

Señora. — Sí, pienso que sea difícil comprender cuán duro y malo ha sido mi destino...

Capellán. — *Intento comprenderla, pero nunca llegaré a sentir en mi interior todo lo que usted siente... Siento una profunda compasión por su vida...*

Señora. — Usted es afortunado: es joven, tiene toda una vida por delante... Tiene una fe que le da esperanza...

Capellán. — *Sí, es verdad. Soy más afortunado que usted; no tengo una vida muy difícil; pero me parece que usted también tiene fe profunda, íntima, muy probada. También usted reza a Dios pidiéndole el porqué de su vida, de sufrimientos... Verá que sentirá la presencia de Dios en su vida...* (Silencio. Encienden las luces de la habitación).

Señora. — Padre, ¿se acordará de rezar un Ave María por mí?

Capellán. — *Sí... ¿Y por qué no hacer una oración juntos?*

Señora. — ¡Sí!

Capellán. — *Entonces roguemos a Dios, nuestro Padre, pensando especialmente en la frase: «Hágase tu voluntad».*

Señora. — (Me interrumpe, y con tono de amargura). No consigo decir esta frase. Es como darle carta blanca.

Capellán. — *Encuehtra difícil darle carta blanca... Yo también encuentro difícil abandonarme en las manos del Señor, renunciando a todos mis deseos y proyectos... Es más, ¿Cuántas veces me doy cuenta de que no lo hago!... ¿No consigo fiarme de Él siempre... Es difícil!*

Señora. — ¡Para mí es una dificultad casi insuperable!

Capellán. — *La comprendo... Y Dios que la comprende mejor que yo y que le ama comprenderá su dificultad... No se preocupe... Puede decir el Padre Nuestro sin pronunciar la frase que no consigue decir...*

Señora. — Está bien. ¡Recemos!

Capellán. — *Padre Nuestro...* (lo dice íntegramente). *Le ha costado mucho decir esta oración. ¿Verdad?*

Señora. — Sí, pero estoy contenta... ¡Gracias, Padre!

Capellán. — *Gracias a usted. Me ha ayudado a reflexionar cuando rezo... Desde ahora, cuando diga el Padre Nuestro me acordaré de usted.*

Señora. — Gracias, Padre (me coge la mano y la estrecha calurosamente). Digamos una oración por Enrique...

Capellán. — (Nos levantamos, y nos acercamos a la cama. Recitamos la oración y me voy después de darle ánimos).

A pesar de los límites de contenido y técnicos, el coloquio muestra a un agente de pastoral comprometido con

su humanidad y con su fe en la lucha interior de aquella persona que se debate entre fe y rebelión. Se puede pensar que aquel único encuentro haya contribuido a volver un corazón humano mayormente disponible a la acción del Señor. ¡Cuántos diálogos, por desgracia, no alcanzan una calidad pastoral porque los conducen, frecuentemente arrastrados por la distracción o inhibidos por el miedo, se pierden en lugares comunes o en discusiones estériles!

Evidentemente, la eficacia del «counseling» pastoral depende de diversas variables, entre ellas la continuidad de los encuentros, la metodología adoptada, la preparación... El movimiento de los enfermos en un hospital es tal que puede impedir encuentros continuados con la misma persona, cosa posible en otras instituciones y contextos pastorales. Sin embargo, no es suficiente encontrarse más veces con la misma persona para poder hablar de relación de ayuda. Muchos encuentros repetidos se inician siempre desde el mismo punto y siguen un esquema repetitivo.

El proceso del counseling exige que se establezcan unos objetivos, que se respeten los tiempos de crecimiento maduro y que se conozcan las etapas del recorrido. Como cualquier otro ministerio, la relación pastoral de ayuda exige una preparación idónea que, aun no siendo académica, ofrezca al agente de pastoral la posesión de las actitudes y técnicas de base del diálogo.

El consejero pastoral

Hablando del proceso del «counseling» pastoral, no han faltado referencias a la persona del consejero, que constituye el elemento más importante en la relación pastoral de ayuda. Lo que la teoría psicoterapéutica ha formulado en relación a la incidencia de la calidad de ser del terapeuta, es válida también en el contexto de la relación pastoral.

Son numerosos los escritos dedicados a esbozar el perfil del consejero pastoral. Atentos a los aspectos humanos y espirituales, presentan el ideal de una persona cuyo comportamiento debe ser una puesta en acto del «ágape», expresándose en un amor alegre por la verdad, en la paciente, en una actitud optimista frente al futuro de la persona, en la presentación del perdón como posibilidad siempre actual. Abierto a «hacer la verdad sobre sí mismo», el consejero pastoral no duda en explorar responsablemente su propia personalidad para alcanzar un nivel adecuado de libertad que le permita diferenciar las propias necesidades de las de la persona ayudada, de evitar indebidas proyecciones y de darse cuenta que las «situaciones pastorales» pueden ser fácilmente contaminadas por tendencias narcisistas, por una excesiva preocupación de afirmarse, por deseos irrealistas de resolver cada problema y por actitudes moralizantes. En páginas incisivas de su libro «Ministerio Creativo», Henri Nouwen resalta la específica fisonomía del consejero pastoral.

Anclado en una identidad segura, fruto de la preparación especializada, y convencido de la validez de su ministerio, sabe armonizar la propia autoafirmación con el reconocimiento de la pura instrumentalidad de su acción. Signo de un amor que lo trasciende, se compromete a ha-

cer visible tal signo a través de la práctica de actitudes humanas —como la comprensión respetuosa y la confiada aceptación— que hacen creíble el amor divino anunciado. Al establecer la relación con el que sufre, no se deja guiar por la mentalidad del *contrato* sino por la mentalidad de la *alianza*: sobre la estela del Señor que mantiene su fidelidad a pesar de que la respuesta del hombre no siempre es igual. En la maraña de las vicisitudes y acontecimientos humanos es llamado a participar a través de su propio ministerio; se esfuerza en leer a la luz de la Palabra de Dios los movimientos del corazón humano, tan profundos y contradictorios en su relación frecuentemente inconsciente, con la voluntad de Dios. Practicando el acercamiento global al enfermo, signo de la superación de vanos dualismos de sabor maniqueo, subraya la dignidad del hombre cuya integridad es un himno a la gloria de Dios.

Conclusión

En un estudio, escrito en la primera mitad de este siglo, Karl Jung habla de incómodos emotivos que a menudo se manifiestan a través de los interrogatorios concernientes al significado último de la vida. ¿A quién debe dirigirse la persona que vive una situación parecida: al agente de pastoral o al psicoterapeuta? Aun convencido de que, en línea de principio, el sacerdote constituiría el interlocutor más idóneo, Jung no tiene por menos demostrar que un número creciente de personas se dirigen al psicoterapeuta para encontrar alivio a su malestar espiritual. Para explicar el paso de un grupo de profesionales al otro, el psiquiatra suizo hace referencia al rechazo del hombre actual de las verdades tradicionales, al comportamiento directivo y a menudo crítico del clero, a la incapacidad del Pastor de «dar al hombre moderno lo que él busca», y a su falta de preparación en el campo de las ciencias humanas.

A más de medio siglo del estudio de Jung, repetidas encuestas han demostrado que, a pesar de los fenómenos de la secularización y del pluralismo cultural, el número de personas que se dirigen a los agentes de pastoral para pedir ayuda se sitúa en niveles todavía bastante elevados.

Entre los elementos que explican tal fenómeno, hemos

de recordar los importantes proyectos realizados para hacer a los agentes de pastoral más idóneos para desempeñar el «counseling». Mientras que en algunos países la sensibilidad hacia este ministerio pastoral se ha desarrollado significativamente, haciendo *relevante* la respuesta de la Iglesia al *mal vivir* que acompaña a la persona en su itinerario existencial, en otros se advierte todavía una notable resistencia.

Un mayor compromiso en este sector específico de la pastoral contribuirá a promover una comunicación más eficaz del amor redentor de Cristo, realidad a la cual, en manera más o menos consciente, el hombre moderno aspira.

Bibliografía

1. BIZOUARD, C.: *Dall'accoglienza al dialogo*, Ed. Il Samaritano, Milano, 1986.
2. BRUSCO, A.: «La decisione morale — Note di relazione di aiuto», in: *Anime e Corpi*, n. 120, 1985, pp. 355-364.
3. CIAN, L.: *Camino verso la maturità e l'armonia*, LDC, Torino, 1986.
4. COLOMBERO, G.: *Dalle parole al dialogo*, Ed. Paoline, Milano, 1986.
5. CRUCHON, G.: *Il sacerdote consigliere e psicologo*, Marietti, Torino, 1972.
6. GIORDANI, B.: *La psicologia in funzione pastorale: metodologia del colloquio*, Ed. La Scuola-Antonianum, Brescia-Roma, 1981.
7. GIORDANI, B.: *Il colloquio psicologico nella direzione spirituale: il metodo di R. Carkhuff*, Ed. Rogate, Roma, 1985.
8. GIORDANI, B.: *Psicoterapia umanistica. La terapia centrata sulla persona*, Cittadella Ed., Assisi, 1988.
9. GODIN, A.: *La relazione umana nel dialogo pastorale*, Ed. Borla, Torino, 1964.
10. HILTNER, S.: *Il consigliere pastorale*, Ed. Il Samaritano, Milano, 1986.
11. HOSTIE, R.: *Il sacerdote consigliere spirituale*, Ed. Borla, Torino, 1966.
12. IANDOLO, C.: *Parlare col malato — tecnica, arte ed errori della comunicazione*, Armando Ed., Roma, 1983.
13. MUCCHIELLI, R.: *Apprendere il counseling*, Ed. Centro Studi M. H. Erickson, Trento, 1987.
14. NOUWEN, H. J. M.: *Ministero creativo*, Queriniana, Brescia, 1981.
15. NOUWEN, H. J. M.: *Il guaritore ferito. Il ministero nella società contemporanea*, Queriniana, Brescia, 1982.
16. THÉVENOT, X.: «L'aiuto non direttivo: una rinuncia etica?», in: *Principi etici di riferimento per un mondo nuovo*, LDC, Torino, 1984.
17. VAN KAAM, A.: *Il counseling, una moderna terapia esistenziale*, Ed. Città Nuova, Roma, 1985.

7. III JORNADAS DE PROFESIONALES SANITARIOS CRISTIANOS

Torremolinos, 10-12 de marzo de 1989

Se celebraron en Torremolinos (Málaga) las III Jornadas Nacionales de Profesionales Sanitarios Cristianos que este año acogían como hilo conductor a *La Familia del Enfermo*, enlazando así con el lema del Día del Enfermo del presente año.

Alrededor de doscientos cincuenta profesionales, procedentes de treinta y siete diócesis españolas, acudieron a la convocatoria en el Hotel Natali, de Torremolinos. Allí se debatió durante dos días la problemática de la familia del enfermo en los diferentes campos de la salud en que dichos profesionales desarrollan su trabajo. Por otro lado, se puso en común el trabajo que los correspondientes equipos diocesanos han ido estudiando a lo largo del curso, en seminarios, sobre la eutanasia.

Ambos temas fueron abordados con una metodología de trabajo que intentaba asumir tanto la correspondiente iluminación doctrinal, como la experiencia que, sobre la práctica, tenían cada uno de los participantes.

Las Jornadas fueron presididas por monseñor Javier Osés, obispo de Huesca, y presidente de la Comisión Episcopal de Pastoral. Asimismo estuvo presente el obispo de Málaga, monseñor Ramón Buxarráis, que impartió una conferencia sobre *Jesús y la Familia del Enfermo*.

Asistió como invitado el doctor Dominique Nenna, presidente de la Federación Europea de las Asociaciones de Médicos Católicos.

LABOR HOSPITALARIA publica las conclusiones que sobre el tema de la eutanasia se abordaron en dichas Jornadas, los resultados a los que los grupos de trabajo llegaron en el de *La Familia del Enfermo*, y unos ecos personales de dichas jornadas en algunos de los participantes. A todo ello acompaña una panorámica gráfica de lo que fueron las III Jornadas de Profesionales Sanitarios Cristianos.



José Juan Candel, delegado diocesano de Málaga, verdadero *causante* de la perfecta organización de las Jornadas.

7.1 CONCLUSIONES DE LOS PARTICIPANTES SOBRE LA EUTANASIA

- 1 *En cuanto miembros de una sociedad democrática*, que debe contar con la participación de las ideas y la acción de los ciudadanos para resolver los graves problemas que a éstos se les plantean, proponen:
 - 1.1 Influir en las instituciones educativas de la sociedad para que, ya desde la escuela, se aborde el tema del morir en cuanto última etapa de la vida, de la muerte en cuanto fin natural de la misma, y el de la asistencia debida a los moribundos.
 - 1.2 Promover un cambio de mentalidad social, contando con los medios de comunicación, particularmente con los que dependen del Estado, destinado a desdramatizar el tabú de la muerte, y a suscitar actitudes de ayuda a los moribundos y a sus familias.
 - 1.3 Potenciar el estudio y desarrollo de la medicina paliativa para el tratamiento de pacientes terminales siguiendo la filosofía de los Hospices.
 - 1.4 La creación de los Comités de Ética en los hospitales.
 - 1.5 Estudiar las *vías jurídicas* adecuadas para que los derechos de los enfermos terminales y de los profesionales sanitarios queden protegidos ante posibles abusos.
2. *Como miembros de la Iglesia*, con la doble misión específica de anunciar en el mundo las implicaciones del misterio pascual de la muerte y resurrección de Jesucristo, y de sensibilizar a la propia Iglesia en la índole de los problemas que en nuestro mundo se plantean en torno al morir humano, proponemos:
 - 2.1 Impulsar dentro de la Iglesia una pastoral que mueva a los cristianos a mostrar que la fuerza de su fe puede ayudarles a superar el miedo al morir, confiando en la ayuda de Dios y en la asistencia de sus hermanos.
 - 2.2 Incluir, con la amplitud requerida, en los programas de catequesis para todas las edades, y en los de formación de todos los agentes de pastoral, los aspectos del mensaje cristiano que mira al morir y a la muerte, así como a la asistencia debida a los moribundos y sus allegados.
 - 2.3 Impulsar una colaboración más intensa entre el Servicio de Asistencia Religiosa de los Hospitales y los Profesionales Sanitarios Cristianos, para proporcionar una buena muerte a los enfermos ingresados.
 - 2.4 Formación de un voluntariado que desde la Comunidad Parroquial, y como equipo de Pastoral Sanitaria de la Parroquia, visite, acompañe, cuide y alivie a sus miembros enfermos terminales y familias, dándoles una asistencia personalizada e integral.
 - 2.5 Pedir a la Iglesia que promueva ella misma, a través de sus instituciones sanitarias, el desarrollo de la medicina paliativa y de los Hospices (modalidad hospitalaria).
 - 2.6 Que la Iglesia recupere la celebración del Sacramento de la Unción y del Viático, actualizando la catequesis de ambos Sacramentos.
 - 2.7 Proporcionar a la Jerarquía Eclesiástica una información actualizada sobre la evolución de los problemas médicos, jurídicos y éticos que afectan al morir humano en nuestra sociedad.
 - 2.8 Presentar, con el apoyo del Episcopado, un Testamento Vital que promueva la buena muerte cristiana, frente a otros testamentos vitales ya en circulación e inductores de la eutanasia activa.
- 3 *Como cristianos, que viven su fe y desarrollan su trabajo profesional en el mundo de la salud*, proponemos:
 - 3.1 Elaborar un protocolo para la asistencia al enfermo terminal y difundirlo para su uso.
 - 3.2 Pedir a las autoridades académicas que los programas de formación en medicina, enfermería y auxiliar, incluyan una educación suficiente de los alumnos en la asistencia integral a los enfermos terminales y a sus familias.
 - 3.3 Pedir a las autoridades sanitarias que hagan lo mismo con los programas de educación sanitaria ciudadana y con los de formación continuada del personal sanitario ya titulado.
 - 3.4 Que las llamadas residencias de cuidados mínimos se conviertan en verdaderos centros capacitados para brindar una buena muerte a los enfermos terminales en compañía de sus familias.
 - 3.5 Que se desarrollen programas de asistencia integral a domicilio de enfermos terminales.
 - 3.6 Personalmente, los Profesionales Sanitarios Cristianos nos comprometemos a:
 - Cultivar personalmente las actitudes de acogida, respeto, presencia y testimonio de nuestra fe cristiana ante los enfermos terminales y sus familias.
 - Dar una información veraz y gradual al enfermo terminal y a su familia.
 - Mantenernos unidos a nuestros obispos y tenerlos informados.
 - Colaborar, en la medida de nuestras posibilidades, para la realización de las propuestas anteriores.

7.2 CONCLUSIONES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO SOBRE

Los profesionales sanitarios y la familia del enfermo

Primer grupo

FAMILIA DEL NIÑO ENFERMO

1.1 a) Detectamos unas tendencias generales de comportamiento en dos categorías excluyentes:

- Familiares que confían en el Profesional Sanitario.
- Familiares que no confían, o exigen fuera de toda medida, o intentan regatear una mejor asistencia, con el Profesional Sanitario.

b) También puede haber actitudes diferenciadas si la familia del enfermo es:

- No creyente.
- Creyente no practicante.

c) Otra conducta o serie de conductas que suele adoptar la familia del enfermo, del niño enfermo (puede depender del mayor o menor grado de choque entre los valores de la familia y los del Profesional Sanitario) son: *Ansiedad, Impaciencia, Abandono, Colaboración.*

1.2 a) La unidad familiar, familiar/es del enfermo, tiene la responsabilidad, o el papel, de acompañar a su enfermo, es un derecho y una obligación moral.

b) La familia debe tomar conciencia de que el lugar primordial donde se debe tratar ciertas enfermedades es en su domicilio, en su medio habitual. La familia ha de evitar, tiene el papel de evitar la *transferencia de responsabilidad.*

c) La familia debe evitar, o debe comportarse de modo que evite aumentar la angustia y el miedo del niño, al hacer palpable su propia angustia.

2.1 a) Los Profesionales Sanitarios, Cristianos o no, debemos trabajar en equipo, es fundamental.

b) Debemos potenciar o exigir de las autoridades que reconozcan el papel de la familia en el proceso de la enfermedad y tomen decisiones al respecto.

c) Detectar si existe una excesiva transferencia de responsabilidad de la familia al Profesional Sanitario y tomar medidas al respecto, o mejor dicho, poner en marcha mecanismos para corregir las desviaciones.

d) Debemos poner en conocimiento de la familia sus derechos y deberes, haciendo hincapié *en sus derechos.*

2.2 a) Es necesaria una formación continuada del Profesional Sanitario (incluido el médico) en temas como so-

PRIMER CUESTIONARIO

1.1 Desde tu experiencia ¿cuál es la conducta que suele adoptar la familia del enfermo?

1.2 ¿Qué papel crees tú que puede y debe desempeñar la familia del enfermo?

SEGUNDO CUESTIONARIO

2.1 ¿Qué podemos hacer los profesionales sanitarios cristianos de cara a promover el reconocimiento del papel de la familia del enfermo y la ayuda para que pueda desempeñarla?

2.2 ¿Qué podemos hacer los profesionales sanitarios cristianos de cara a la atención integral (asistencial, psicológica, social y espiritual) a la familia del enfermo a nivel domiciliario, ambulatorio y hospitalario?

Monseñor Osés preside la Eucaristía, concelebrada por sacerdotes que trabajan en el mundo de la salud



Presidencia de las Jornadas: Joan Viñas, Pilar Cebrián, monseñor Osés y Francisco Moreno



Grupos de trabajo en plena discusión



Aspecto parcial que presentaba la sala



ciología del enfermar, psicología, ética, valores (de la orden de San Juan de Dios en nuestro caso) para potenciar el *autocontrol de calidad humana*.

- b) Hay que poner en práctica el modelo de Jesús, de cara a las familias y de cara también al resto de Profesionales Sanitarios.
- c) Hemos de tener en cuenta que el primer contacto entre el enfermo, su familia, y el Profesional Sanitario es primordial para la buena marcha posterior de las relaciones entre ellos. Este primer contacto debe ser, por parte del profesional, *amable y respetuoso*.
- d) No tener miedo ante críticas o diferentes puntos de vista, si el Profesional Sanitario Cristiano defiende una posición sanitario-cristiana ante cualquier problema que se pueda presentar con un igual o superior. Hay que confiar en Jesús ante la adversidad.
- e) Visitar a la familia del enfermo en su domicilio para detectar posibles carencias o necesidades de tipo asistencial, psicológico, social, espiritual, o simplemente acudir a visitarles para decirles: ¡Hola amigo! ¿Cómo estás?

Segundo grupo

FAMILIA DEL ANCIANO ENFERMO

1.1 Vemos dos tipos de familia:

- Aquella en que el anciano aglutina a todos los miembros.
- Aquella en la que el anciano es ignorado.

Para llegar a esta conclusión se tienen en cuenta los siguientes factores:

- La situación social de la familia, por ejemplo sus compromisos sociales.
- La situación económica del anciano y de su familia.
- La valoración que el anciano le merece a la familia. Habitualmente no se le suele considerar un miembro activo.
- La aceptación o no de la enfermedad por parte del anciano y de su familia.
- La pérdida de los valores morales y de la idea de patriarcado.
- Se aprecia más al anciano en las zonas rurales que en las urbanas.
- El anciano enfermo crea dependencias en la familia.
- La incorporación de la mujer al mundo laboral, con el consiguiente abandono del hogar durante muchas horas al día.
- La ignorancia de la familia a nivel sanitario.

Hay que considerar aparte la problemática del anciano sin familia, sobre todo cuando prefiere permanecer en su casa, entonces suele estar abandonado.

1.2 — Acoger al anciano enfermo y que tenga «voz y voto» en la familia.

- La familia tiene un papel muy importante porque es quien más conoce al enfermo.
- Debe ayudar a que el equipo sanitario, en colaboración con la propia familia, sepa integrar al anciano en su entorno y que el anciano acepte la ayuda que se le ofrece.

- La familia debe tomar conciencia, programarse, unirse y aunar criterios, adaptarse a la etapa que le ha tocado vivir con su anciano y evitar al «anciano itinerante».
- Que las residencias se utilicen sólo en los casos extremos.
- Actuar desde la propia experiencia y orientar a la familia hacia el enfermo.

2.1 — La creación de una Carta de Derechos y Deberes de la familia del anciano enfermo.

- La educación sanitaria a la familia, de manera que sean capaces de cuidar a sus ancianos enfermos, facilitándoles los cuidados y atenciones que necesitan.
- Nuestro quehacer es la ayuda al familiar a iniciar y reforzar el sentido de la obligación que tienen las familias del cuidado de su anciano.
- Nuestro apoyo cristiano se centrará en ayudarles a vivir la cercanía de Dios en el dolor y en la enfermedad. Esta ayuda va desde darle sentido a la vida del enfermo, concederle la atención necesaria, hasta confortarle en sus momentos de dolor. Y dar sentido cristiano también a la situación que vive la familia.
- Impedir el sentido de resignación de la familia. Nuestro carisma cristiano ha de estar presente en nuestra disponibilidad.
- Enseñar a vivir la ancianidad y con la persona anciana.
- Evitar siempre el paternalismo.

2.2 — Formación teológica, moral, ética, humana y profesional.

- Poseer y cultivar las virtudes de disponibilidad, generosidad, hospitalidad, acogida, servicio, atención, humildad y atención a los demás.
- Trabajo coordinado en forma de equipo multidisciplinario, en el que hay que incluir también al capellán, catequista, etc.
- La atención integral a la familia del anciano debe prolongarse más allá del fallecimiento del anciano.

Tercer grupo

FAMILIA DEL ENFERMO CRÓNICO

1.1 — *Evasión*. No pasa nada por miedo a enfrentarse a la realidad.

- Abandono progresivo del enfermo, hasta ser total, por cansancio psicológico.
- Actitud de hiperprotección, de paternalismo que lleva al rechazo del enfermo y la indiferencia.
- Falta de información y formación, que lleva a la situación de rebeldía y agresividad hacia el personal sanitario.
- Depresión de la familia, especialmente de los miembros más pequeños, ante la enfermedad.
- La rebeldía o falta de aceptación de la enfermedad por parte del paciente que dificulta el acompañamiento de la familia.
- La deshumanización y el consumismo dificultan la relación familia-paciente.
- El abandono se da menos cuando la relación es materno-filial.

- Autocompasión de los familiares pasando el enfermo al segundo plano.
- Como excepción vemos la ayuda y el apoyo que algunos enfermos, como por ejemplo los laringectomizados, reciben.
- Impotencia y/o resignación según los casos y su cultura, su religiosidad, etc.
- Se solucionan los problemas del enfermo si no se pierden de vista los valores humanos. Se observa que en el medio rural, la aceptación del enfermo es mejor, por tener una idea distinta de lo que es la unidad familiar.

- 1.2 — Puede y debe organizarse para no sobrecargar a un solo miembro de la familia, como por ejemplo, las hermanas, hijas solteras.
- Educación psicológica para aceptar la enfermedad, tanto por parte de la familia como del propio paciente.
 - Ayuda económica cuando lo necesite.
 - Atención en las limitaciones, darle apoyo y protección pero potenciando sus posibilidades, evitando la compasión.
 - El familiar debe estar informado y relacionado con el equipo sanitario; dicha colaboración debe ser veraz, siendo la familia filtro de la información.
 - Debe concienciarse de que está enfermo y ayudarlo a que se relacione con enfermos de sus mismas características.

- 2.1 — Concienciarnos los Profesionales Sanitarios Cristianos de las necesidades de la familia para la terapia asistencial, olvidándose de sus propios problemas, unir fuerzas formando un equipo sanitario con los otros profesionales.
- Potenciar la educación sanitaria en la escuela, para que a medida que los niños crezcan, lo haga en ellos la aceptación del dolor y del sufrimiento.
 - En enfermos crónicos se debe educar e integrar a un miembro familiar en el equipo sanitario para enseñarle las técnicas adecuadas para el tratamiento del enfermo.
 - Educación sanitaria y psicológica del grupo familiar para la aceptación de la enfermedad.
 - Información de derechos y deberes del enfermo y de la familia.
 - Organizar charlas, cursillos, etc., para familias con enfermos crónicos.
 - Ayuda en las tareas después del alta hospitalaria (ayudas económicas, religiosas, ambientales, etc.).
 - Debemos reconciliarnos con la familia de los enfermos.

2.2 *Asistencial:*

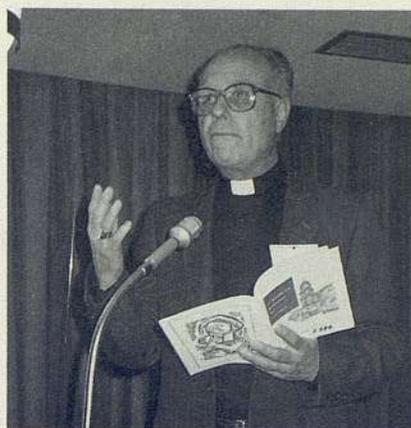
- Preparación técnica y humana adecuada.
- Trabajo en equipo con nuestros compañeros de sanidad.
- Motivar con nuestro ejemplo a nuestros compañeros.

Social:

- Integración de personal sanitario en grupos extrahospitalarios para educación y enseñanza sanitaria.
- No hay asistencia integral si no se cambia la forma de trabajo en ambulatorios.

Psicológica:

- Capacidad de escucha.
- Estimulación para vencer la barrera de su enfermedad.



Monseñor Ramón Buxarráis,
obispo de Málaga

Espiritual:

- No hay que evangelizar sólo con la palabra, hay que ejemplarizar.
- Disponibilidad de ayuda.
- Trabajo en equipo con los capellanes hospitalarios.

Cuarto grupo

FAMILIA DEL ENFERMO TERMINAL

- 1.1 La conducta de la familia está en función del tipo de enfermedad que le ha llevado al estadio terminal.

- Si el paciente está conectado a medios de soporte vital, la familia busca una liberación.
- Si se trata de un paciente que llega a través de una situación aguda como un infarto de miocardio, un accidente de tráfico o una hemorragia cerebral, la familia no suele aceptar la situación.
- Si se trata de un paciente crónico u oncológico, la familia puede estar «adaptada».
- En función de la información que recibe, la familia puede estar desorientada o sentir miedo.

Las actitudes que presenta la familia suelen ser:

- No aceptación de que ha llegado el final, por falta de información.
- Angustia, huida y rechazo que se manifiesta en la ausencia de la familia. En estos casos la muerte se ve como una liberación.
- Sobreprotección y dedicación máximas.
- Complot de silencio, negándole al paciente la información e incluso la asistencia religiosa.
- La familia se arroga derechos tales como llamar al notario, pedir el alta voluntaria...

- 1.2 El papel de la familia es insustituible. Debe ser más participativo y activo.

La familia debe:

- Acompañar, caminando al ritmo del enfermo.
- Ayudar al enfermo a asumir la muerte como un acto propio.

- Intentar conocer y saber interpretar los deseos del enfermo.
- Escuchar y establecer una buena COMUNICACIÓN.
- Debe brindar apoyo, ayuda y amor responsable, respetando los derechos del enfermo terminal.
- Debe informarse plenamente de lo que le ocurre a su familiar enfermo.
- Formar parte integrante del equipo de salud.
- Dar atención a todas sus necesidades: hidratación, higiene, paliación del dolor, en una palabra, dar calidad de vida, ayudando a vivir, y no a morir, porque el enfermo terminal es alguien que aún sigue viviendo.
- Si la familia es creyente debe ser Agente de Pastoral, compartiendo juntos la fe que profesan.

2.1 Los profesionales podemos promover:

- Asumiendo personalmente el reconocimiento del papel del familiar.
- Difundiendo entre los profesionales sanitarios las conclusiones de estas jornadas.
- Sensibilizando a la opinión pública.
- Poniendo en marcha Comités de Acreditación, de Control de Calidad y Comités de Ética en los Hospitales.
- Promoviendo una Carta de Derechos y Deberes de la familia.

Podemos ayudar:

- Apoyando y reconociendo a la familia su papel, pero que lo desempeñe.
- Dando formación e información a la familia para que pueda prestar los cuidados que contribuyan a dar una mejor calidad de vida al enfermo.
- Favoreciendo la comunicación con la familia.
- Brindándole apoyo psicológico.
- Conociendo la historia del entorno familiar del enfermo y orientar a la familia para que asuma su papel.
- Dejando al familiar dentro de la habitación cuando se realice la visita del médico o se presten cuidados de enfermería.

2.2 Podemos ayudar a la asistencia integral en tres niveles:

A nivel domiciliario:

Asistencial:

- Coordinación del hospital con el centro de asistencia primaria.
- Visita diaria, o cuando lo necesite, del médico y ATS.
- Ofrece cuidados paliativos.
- Según la enfermedad y su calidad de vida, a veces será mejor ingresarle.

Psicológico:

- Información sobre *cuidados y formación*.
- Escucha.
- COMUNICACIÓN.

Social:

- Dar personas a plena dedicación, por ejemplo conseguir la *baja laboral para el familiar*.
- Servicio de lavandería.
- Servicio de comida.

Espiritual

- Brindar respeto.
- Ofrecer solidaridad.

- Si son cristianos, que los familiares se sientan acompañados por la comunidad parroquial.

A nivel ambulatorio:

- Educación sanitaria de la población sobre cuidados y necesidades de la persona y de la familia en estado de enfermedad terminal y muerte.

A nivel hospitalario:

Asistencial:

- Medio ambiental adecuado.
- Habitación individual para el enfermo y su familia.
- Crear unidades para enfermos terminales.

Psicológico:

- Comprender y aceptar las reacciones de la familia.
- Comunicación.
- Atención psicológica a la familia y al equipo.

Social:

- Sentirnos parte de esa familia.
- Promocionar el voluntariado porque la familia precisa de un relevo.

Espiritual:

- Concienciarnos de que la misión de acompañamiento espiritual no es sólo del sacerdote sino de todos los cristianos.
- Presencia del Servicio Religioso y promover la atención religiosa con respecto a su Credo Religioso.

Conclusión final:

Los Profesionales Cristianos han de estar empeñados en la creación de grupos de humanización.

Quinto grupo

FAMILIA DEL ENFERMO MENTAL

1.1 Reacción de rechazo ante la angustia que causa la locura. Esta reacción se manifiesta en diferentes actitudes:

- Negación-minimizando la enfermedad o inculcando al enfermo.
- Miedo, que magnifica la importancia de los síntomas.
- Desentendimiento, sobre todo en crónicos, que se justifica por parte de la familia con problemas familiares: «está mejor en el hospital».
- Sobreprotección, sobre todo en las depresiones y en los niños.

Esta actitud negativa va mejorando, aunque aún queda mucho por hacer. La vergüenza de la familia ante estos enfermos ha disminuido, más que el miedo. Ambas actitudes están muy en relación con el nivel de formación e información sobre estas enfermedades.

1.2 La familia tiene un papel muy importante de colaboración tanto en el tratamiento como en la reinserción social. Pero para que pueda realizar esto es indispensable ayudar y preparar a la familia, informarla, quitar miedos, que la familia conozca y comprenda lo que está ocurriendo para que pueda asumirlo.

2.1 Primero, mentalizar a la familia del papel que juega en la enfermedad y la vida del enfermo. Para ello se pueden

crear grupos de sensibilización de la propia familia, mediante grupos de familias con enfermos mentales, donde pueden recibir información e intercambio de experiencias.

Fomentar asociaciones de familias que sensibilicen a otras familias, no sólo las afectadas y que puedan reivindicar la creación de los recursos necesarios, tales como hospitales de día, talleres protegidos, centros de cuidados intermedios, etc.

Campañas de divulgación a la población en general, con una doble función, tanto preventiva, ya que cualquier familia puede llegar a tener un enfermo en su seno, como dar apoyo a las familias afectadas.

2.2 Veámos en el grupo dos premisas para todos los niveles de asistencia, tanto domiciliario, ambulatorio como hospitalario:

- Considerar siempre a la familia como sujeto de atención sanitaria.
- Que cada uno de los profesionales preste una asistencia integral.

A nivel domiciliario:

Que la asistencia integral sea una realidad. Hoy en día prácticamente no se da con el enfermo mental.

A nivel ambulatorio:

Que la atención no se limite a una revisión «técnica» del enfermo, sino que también se tienda a la familia, que se interese por su situación, cómo asume la enfermedad, cómo va colaborando.

A nivel hospitalario:

- Mayor cooperación y coordinación de todo el equipo sanitario: celadores, personal de enfermería, médicos, capellanes, etc.
- Promover la formación de los profesionales sanitarios con vistas a una humanización de la asistencia sanitaria, tanto en hospital como en ambulatorio, mediante seminarios, charlas, etc.
- En este sentido contamos como punto de partida con las reflexiones de las Primeras Jornadas celebradas en El Espinar (Segovia) y que ya están publicadas.

Sexto grupo

FAMILIA DEL DROGODEPENDIENTE

1.1 Suele presentar: negación, miedo y ocultamiento, especialmente también en el enfermo alcohólico.

- Rechazo.
- Sentimiento de vergüenza y culpabilidad.
- Actitudes castigadoras.
- Falta de conciencia de enfermedad.
- Impotencia ante el problema y con las pocas soluciones.
- Falta de conciencia de que la familia es trascendental para una posible rehabilitación.

1.2 La familia juega un papel primordial. Cuando es estable, hay mayores posibilidades de erradicar el problema.

Ante una familia con problemas económicos, falta de comunicación, neurosis, diferencias en la pareja, etc., es ne-



Doctor André-Dominique Nenna,
Presidente de la Federación Europea
de las Asociaciones de Médicos Católicos

cesario un tratamiento familiar: mentalización del problema y análisis de la situación de la familia. Vemos una necesidad de educar a la familia tanto por parte de los profesionales sanitarios como por parte de otras familias con el mismo problema.

En la familia debe haber mayor comunicación, diálogo, motivación y estímulos. Hay que cambiar el abandono por amor.

2.1 Los profesionales sanitarios podemos:

- Hacer sensibilización ante el problema.
- Mantener un mayor diálogo con la familia de los enfermos.
- Realizar la formación y educación sanitarias.
- Conocer los distintos centros asistenciales para poder informar a los familiares y dirigirlos al lugar adecuado.
- Sensibilizar a la familia para que se fomenten las agrupaciones familiares y exigir a las autoridades centros coordinados entre sí, como por ejemplo urgencias con los ambulatorios del hospital.
- Hay una necesidad de entrega voluntaria en horas fuera de trabajo para colaboración desinteresada.

2.2 *A nivel asistencial:*

- Debemos ser receptivos y crear un ambiente de cordialidad y confianza.
- Debemos procurar que los familiares estén cómodos con los medios que estén a nuestro alcance para atenderlos. Cuidar la higiene del lugar, la comodidad, la propia existencia de una sala de estar, etc.

A nivel espiritual:

- Atender con caridad aunque no sean cristianos.
- Dar testimonio.
- Unirnos como equipo humano y cristiano para dar todo lo mejor de nosotros a la familia.
- Como utopía, llegar a formar una comunidad cristiana.
- Dar a conocer la necesidad de voluntarios para ayudar a la familia en sus domicilios, creando equipos en el ambulatorio y en los hospitales.

Séptimo grupo

FAMILIA DEL ENFERMO DE SIDA

- 1.1 Constatamos abandono por parte de la familia, de niños que son portadores, sobre todo si las madres son prostitutas y drogadictas.

En cuanto a la aceptación de estos enfermos se dan dos posturas:

- Los familiares los aceptan bien pero se ha señalado que estos mismos familiares están muy atentos a las reacciones de los profesionales sanitarios ante estos enfermos. Un dato a observar es que estos familiares *no* tienen las medidas de precaución que *sí* utilizan los sanitarios.
- Rechazo por parte de los familiares, con ocultamiento, ignorancia y estos familiares exigen que todas las necesidades primarias de estos enfermos las cubran los profesionales sanitarios y no ellos mismos.

- 1.2 — Que los familiares tengan una mayor información y conocimiento de la enfermedad.
- Aceptación, cariño y apoyo total al enfermo.
 - La familia ha de exigir a los órganos de gobierno, a la Iglesia y a la sociedad, recursos para los enfermos de SIDA.
 - La familia debe exigir a los órganos de salud que a través de los medios de comunicación social se haga una información que desmitifique el tabú que se ha creado en torno a la enfermedad.
 - Colaboración de la familia con el personal sanitario, es decir, ayuda mutua entre ambos.

Una premisa: Con el enfermo de SIDA es muy difícil hacer algo porque estos enfermos perdieron la confianza en la familia y en la sociedad.

- 2.1 — A la hora de ingresar, dar a los familiares la carta de derechos y deberes de los familiares. Apoyando la propuesta de Barcelona.
- Entablar un mínimo de diálogo con los familiares para abrir un clima de confianza a la entrada del enfermo en el hospital.
 - Información y formación a la familia; no importa quién lo haga, pero sí que se haga.
 - Reconocer el papel insustituible de la familia en todo momento, durante las 24 horas del día, no sólo cuando nos hacen falta para algún servicio al enfermo, sino también cuando son «molestos» haciendo preguntas.

- En algunos casos el enfermo de SIDA rechaza a la familia y tendremos que hacer de PUENTE entre ambos.

- 2.2 — Querernos, aceptarles como son y mostrarnos con estos familiares como con los de los demás enfermos.
- Tratar a la familia de una forma integral, tanto psicológica, económica, afectivamente, etc.
 - Formación e información de los familiares.
 - Desmitificación de la palabra SIDA.
 - Hacerse familiares de la familia que tiene enfermos de SIDA.

Propuesta para las Jornadas del próximo año: Crear un grupo en todas las Diócesis de detección y seguimiento de los enfermos de SIDA.

Octavo grupo

FAMILIA DEL MINUSVÁLIDO

- 1.1 — La conducta suele ser de rechazo, pena, lástima y superprotección.
- 1.2 — Potenciar los valores humanos.
- Dejar desarrollar al minusválido como persona.
 - Dejar al minusválido que haga todo lo que pueda hacer por sí mismo, siendo su complemento sin suplantarle.
 - Aconsejarles que se pongan en contacto con otras familias con el mismo problema, creando asociaciones o poniéndose en contacto con las ya existentes para hacer mayor presión a la administración para ayudas culturales, económicas y sociales.
- 2.1 — Que el propio personal tome conciencia de la importancia de la familia.
- Recordar los derechos de la familia así como informar sobre ellos y también sobre los deberes de la familia.
 - Suavizar las normas existentes según las necesidades concretas de cada enfermo.
 - Formar e informar a los familiares de la enfermedad, sus consecuencias, y las formas de ayuda.
- 2.2 — Una visita, una llamada, un escuchar es aceptado todo ello de muy buen grado por el enfermo y su familia.
- Demostrar con nuestra actitud que pueden contar con nuestro apoyo.
 - Conectar con equipos multidisciplinarios para lograr la atención integral.

7.3 ASÍ OPINAN ALGUNOS ASISTENTES

LABOR HOSPITALARIA brindó sus páginas a un grupo de personas que asistieron a las Jornadas para que manifestaran a través de ellas sus impresiones, o mejor dicho, su impresión general, sobre el desarrollo de las mismas.

Siendo necesaria e importante, como en todo, la estructura, en la pastoral, y más en la pastoral de la salud, son decisivas las personas, su calidad humana y profesional, su experiencia de fe...

Por eso nos ha parecido oportuno acoger esa mezcla de imagen y mensaje que pone color y calor a nuestra información.



**PILAR NAYA
SOLDEVILA**

Lérida

Como Profesional Sanitaria, mi impresión global de las jornadas es muy buena. Yo, que he vivido las tres anteriores, creo que ésta es la mejor, dado el número de asistentes, la buena organización y el ambiente en que hemos compartido el trabajo. A

pesar de estar en un hotel, no se ha roto el espíritu de unión de todos nosotros. Me sorprendió positivamente el haber usado la discoteca como lugar para la reunión de grupos, que quedó muy acogedora.

Las conclusiones a las que llegamos, tanto en el tema de la familia del enfermo como de la eutanasia, son muy importantes como compromisos asumidos. Lástima que tuvimos poco tiempo para debatir este último tema. Estoy contenta de la propuesta sobre la difusión de un Testamento Vital Cristiano, como medio de sensibilización para una mejor evangelización de los enfermos terminales.

La Ponencia de Virtudes Pacheco nos informó bien sobre las necesidades que las familias de los enfermos ingresados tienen, así como sus quejas.

También me gustó el talante de nuestros obispos, tan cercanos. Don Javier Osés, ya le conocemos de siempre, y fue grato el contacto, aunque breve, con M. Buxarráis, obispo de Málaga, cuya conferencia, en tono sencillo y coloquial caló hondo en los asistentes.

Estoy convencida que ésta es la línea a seguir por la Comisión de Profesionales Sanitarios Cristianos y, si no se pierde, los siguientes encuentros tendrán el éxito asegurado de antemano.

Llevar la Buena Noticia al mundo de la Sanidad y de los Profesionales Sanitarios debe hacerse siempre sin elitismos ni

protagonismos, todos los profesionales unidos sin clasismos, pues todos somos hermanos que tenemos la misma misión, evangelizar, aunque cada uno con sus carismas particulares.



ASUNCIÓN MUR BESCÓS

Huesca

Éste es el primer año que he participado en las jornadas de Profesionales Sanitarios Cristianos. Ha sido una experiencia nueva para mí a través de la cual he podido conocer mejor qué es la Pastoral Sanitaria y descubrir la labor de la Comisión de Profesionales Sanitarios Cristianos.

El tema tratado en las jornadas, el intercambio de ideas, experiencias e impresiones, así como el haber convivido estos días con compañeros a quienes he visto como gente seria y comprometida a la que nos une no solamente nuestra experiencia profesional sino también un mismo sentir en la fe, ha enriquecido mi vida y ha hecho que volviera a Huesca y a mi lugar de trabajo con ganas renovadas de trabajar y de ampliar mi compromiso como militante cristiana siguiendo en la línea del Evangelio de Jesús.

Pienso que han merecido la pena estos días y el esfuerzo realizado por estar allí presentes, y creo sinceramente en la importancia de seguir trabajando y avanzando juntos, porque esto, además de enriquecernos y estimularnos, nos ayuda a ser mejores testigos de Jesús en este mundo sanitario tan lleno de conflictos y problemas, a pesar de las dificultades que surjan, del esfuerzo que suponga, creo, de verdad, que el enfermo y su familia son merecedores de ello.



**ISMAEL MONTAÑEZ
MARTÍN**

Barcelona

Pienso que hay dos líneas básicas a valorar:

La organización de las jornadas. El contenido de las mismas.

Con respecto al primer punto, y en líneas generales, ha sido correcta, quizás una mayor

disponibilidad de tiempo para una mejor exposición de los temas. En cuanto a la ubicación, en futuras jornadas y dado el

creciente número de asistentes, se debería intentar disponer de un lugar dedicado a este efecto, por las siguientes razones:

Conseguir una mayor relación entre los asistentes.
Evitar interferencias de terceras personas.

En cuanto al contenido de las jornadas, y en su conjunto creo que han estado a la altura esperada, ya que se ha contactado la necesidad imperiosa de dar a la familia del enfermo el lugar que le corresponde y que *hasta la presente no ocupa*.

Así pues, creo que hay que luchar por incorporar a la familia como elemento activo en el proceso de atención del familiar enfermo, y procurar que esta actitud siga viva aun cuando el paciente esté en su domicilio.



ÁNGELES PÉREZ MARTÍNEZ

Logroño

Estuve hace algún tiempo en la Pastoral Sanitaria, lo dejé por haber sido nombrada presidenta regional de otro movimiento que me llevaba mucho tiempo. Al enfermar mi madre hace un año gravemente, este movimiento también tuve que dejarlo y lo hice un tanto quemada.

Mi madre murió hace dos meses.

Se presentaron estas Jornadas y llegaron a interesarme a pesar de no querer meterme nuevamente en nada. Pensé que podrían ayudarme en el trabajo, no hubo otro interés. Y en estas Jornadas dedicadas a «La Familia del Enfermo», a pesar de las dificultades y las deficiencias habidas en todo lo realizado por el ser humano, he visto el gran interés, esfuerzo y cariño porque todo llegara a ser perfecto, porque todos encontráramos una luz para caminar día a día en ese tiempo de nuestro trabajo, hacia el bien del enfermo con la ayuda de la familia o quizá ayudando a la familia.

En las reuniones de grupo aporté mi experiencia como familiar que fui de enfermo y como vivencia profesional sanitario, pero he recibido mucho de los demás para seguir trabajando sin desánimo, con gran fuerza, entusiasmo, sin que sea una carga sino una entrega este mundo tan difícil y tan aparte como es el del enfermo y, lo he recibido para también hacerme ver a mí y hacerle ver a la familia, el papel tan importante que tenemos los humanos, más o menos sanos, al lado del enfermo.

Creo que ha habido mucho positivo, porque aunque sólo sea el ver a más de doscientos cuarenta profesionales sanitarios juntos, de casi toda España, en un lugar lejano para muchos de ellos, con una idea en común de mejorar el vivir del enfermo, es un avanzar y hasta las deficiencias que quizá se hayan presentado, todos sabemos que son también positivas.

Estas Jornadas han sido un empujón alegre y dinámico. Y es ahora, cuando escuchando las conferencias y sobre todo las conclusiones de los grupos a través de las cintas grabadas, estoy experimentando mayor empuje, para junto con los de esta Pastoral, aportar lo más posible en el mundo del enfermo, para que esa enfermedad se haga lo más suave posible, bajo ese prisma de nuestra fe en ese Dios Padre que no quiere el sufrimiento, pero que al existir, pone al lado de él almas

que lo suavizan como explosión primaveral. Creo que es muy importante hacer de la vida una canción y llenar de optimismo nuestro entorno y vivir en fiesta continua.

He vuelto con ganas de ello.



NIEVES M.ª MONTESINOS ALFONSO

La Laguna (Tenerife)

Después de estas Jornadas, me planteo mi vida desde tres puntos de vista:

1. Soy joven, estoy llena de dudas e inquietudes que quiero poner en claro en la medida de mis posibilidades. Veo muchas cosas que me interpelan y no de-

seo quedarme con los brazos cruzados.

2. Soy enfermera, y quiero mejorar mi profesión, para que llegue a ser todo lo digna y reconocida que se merece. Y quiero participar y poner mi granito de arena en la mejora de la Sanidad.

3. Soy cristiana y mi vida va por el camino que me traza Jesucristo en el Evangelio: el del amor a Dios y al prójimo.

Estas tres cosas juntas pueden ser «explosivas», y eso fue lo que pasó en Málaga. Una «explosión» en la que los megatones llegaron en onda expansiva a todos los rincones de España, con el fin de revolucionar y cambiar una sociedad en la que el enfermo vale poco, y la familia del enfermo es un estorbo.

Salgo de estas Jornadas llena de nuevos conocimientos, con la ilusión de seguir trabajando por algo que considero humanamente justo: el buen trato a la familia del enfermo. Y con el convencimiento de que somos más de 240 voces que gritamos al unísono.



MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

Orense

1. Valoro muy positivamente el trabajo previo a las jornadas sobre la eutanasia. Con ese completo dossier tenemos material suficiente para enterarnos del tema. Gracias por ello. La organización ha sido estupenda.

2. La disciplina con que se ha trabajado, agradeciendo también al Dr. Moreno su audacia para aprovechar el tiempo a lo máximo puesto que el horario se ha cumplido casi a la perfección.

3. Me gustó cómo han actuado los ponentes, con claridad, concreción...

4. La estancia en el hotel muy bien, es importante que la Iglesia actúe también a modo de fermento con los medios que este mundo de hoy nos facilita ya que 240 personas no es fácil acogerlas y en el hotel Natali hemos tenido el espacio necesario para todo, incluso el trabajo en grupos que tanto nos ha gustado y tan positivo lo hemos visto.

5. El ambiente cristiano que se respiraba: todos nos hemos sentido bien a pesar de ser cada uno de un lugar de España...

6. Las celebraciones han sido de gran provecho espiritual. Puedo decir que por mi parte le daría una buena nota. Pero también quiero manifestar algo que he echado en falta:

Sería bonito y provechoso que siendo el tema «La Familia del Enfermo» hubiese más participación de la familia, cosa que ha faltado y considero importante que algunos testimonios vivientes nos hicieran partícipes de sus propias experiencias.

Propongo que las próximas Jornadas se hagan en el centro de España, porque se hace difícil poder desplazarse tan lejos...



LUIS MIGUEL GONZÁLEZ FLORES

Sevilla

Dijo Ernst Curtius en cierta ocasión que «los ríos más profundos son los que corren con menos rumor» y las III Jornadas de Profesionales Sanitarios Cristianos recientemente celebradas en Torremolinos han sido, para mí, sin ningún género

de dudas, un profundo río que, aunque quizás puedan pasar desapercibidas para la gran mayoría de los Profesionales Sanitarios de nuestro país, sí han supuesto un clamoroso rumor para todos aquellos que hemos tenido la dicha de acudir a esta cita anual que organiza la Pastoral Sanitaria de España y que vienen celebrándose desde hace tres años, desde las ya casi legendarias I Jornadas de El Espinar, hasta estas últimas de Torremolinos.

Es difícil poder condensar en pocas palabras lo que estas Jornadas han supuesto para todos aquellos de nosotros que hemos hecho de nuestra vida el proyecto profesional de sentirnos al lado del mundo del dolor y de la enfermedad; y es difícil porque han sido muchos los momentos vividos, muchas y muy hermosas las experiencias sentidas y muchos los temas tratados en vertientes tan especialmente significativas cuales pueden ser las referidas a las vivencias y experiencias de las familias de los enfermos en aspectos tan significativos como son los enfermos crónicos, terminales, drogodependientes, ancianos, niños, mentales, etc., todas ellas tratadas y trabajadas magistralmente por los distintos grupos que se configuraron; la organización del Sistema Sanitario y su relación con las familias de los enfermos; las expectativas de las familias de los enfermos con relación a los Profesionales Sanitarios y las respuestas que los Profesionales Sanitarios Cristianos debemos dar ante ellas; todo ello, unido a la síntesis de los trabajos derivados de los distintos seminarios que han venido celebrándose a lo largo del último año en distintas provincias españolas sobre el candente y difícil tema de la eutanasia; han supuesto un difícil ejercicio de concreción y síntesis que sólo ha podido conseguirse merced a la adecuada presentación de los temas y trabajos de los grupos y a una seriedad organizativa digna de todo encomio, ya que cada uno de estos temas merecerían por sí mismo un tiempo y un estudio que desbordaría las posibilidades de cualquier reunión. Mer-

ced a todo ello, se ha podido llegar a una serie de importantes consideraciones y conclusiones que, estimo, merecen la pena destacarse y difundirse ya que pueden aportar elementos muy valiosos a desarrollar en nuestro complejo y controvertido mundo de la salud y del dolor.

Con especial significación me gustaría resaltar los aspectos que se relacionan con la necesidad de promover una Carta de Derechos y Deberes de la Familia de los Enfermos; la de instar a la aplicación de los principios recogidos en la Ley General de Sanidad sobre la instauración de los Comités de Acreditación, Control de Calidad, Ética, etc.; la necesidad de establecer la protocolización de los cuidados para la asistencia terminal; el estudio para la elaboración de un testamento vital que ofertar a la libertad de los enfermos terminales; la absoluta necesidad de una labor y de un trabajo en equipo por parte de todos los profesionales que de una forma u otra interactúan con los enfermos y muchos otros aspectos que se reflejan en las conclusiones finales de estas Jornadas y que esperamos sean difundidas en un breve espacio de tiempo.

Ante todo ello estimo que nos corresponde ahora a nosotros la importantísima tarea de desarrollar y profundizar en estos aspectos, dándoles verdadera vida en nuestros ambientes de trabajo ya que, pienso, de nada serviría el esfuerzo realizado si todo esto no se refleja y aplica en nuestros lugares de referencia; a ello hemos quedado convocados y a ello debemos comprometernos muy seriamente.

Finalmente, creo que es de justicia destacar el magnífico trabajo desarrollado por el Comité Organizador de Málaga que, unido a la incansable actividad desplegada por Joan Viñes en su difícil misión de Coordinador de la Comisión Nacional de Profesionales Sanitarios Cristianos, a la serena y permanente tutela de Mons. Javier Osés, las refrescantes y cordiales intervenciones de Mons. Buxarráis como obispo de Málaga, el trabajo importante y serio de ponentes y comunicantes, así como el calor humano de todos los participantes; han supuesto una experiencia altamente gratificante que yo recomendaría muy sinceramente a todos para que la vivieran el próximo año en nuestra cita de Barcelona. Una sola fue la nostalgia que sentimos al no haber podido contar con la presencia de nuestro Director en el Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria, Rudesindo Delgado; a pesar de ello, siempre estuvo presente en el recuerdo y en el deseo de que conociera cómo esta obra camina con paso firme y decidido hacia un futuro que vislumbramos pleno de vitalidad con la fuerza del Espíritu que nos fortalece y convoca.



M.ª ASUNCIÓN CAMPOS ROSENDE

La Coruña

La celebración de unas *Jornadas de Profesionales Sanitarios Cristianos* es un acontecimiento muy importante, tan importante que la sensación que a veces sentimos de estar solos en nuestros hospitales, se diluye totalmente. La contribución de todos

para mejorar la asistencia al enfermo y a la familia del enfermo hará que los objetivos que nos hemos propuesto se hagan realidad.

Fueron importantes los trabajos en grupos; se profundizó en los temas y fueron enriquecedores desde el punto de vista humano puesto que al expresarnos sobre temas tan importantes como son las distintas enfermedades, siempre se tuvo en cuenta a la persona que sufre, aunque se discrepara a la hora de actuar de una u otra forma. De todas maneras, se echó en falta un compromiso real de nuestra actuación, no sólo humana sino a nivel espiritual, como si ya diésemos por supuesto una serie de realidades espirituales que vemos no existen en la sociedad y que, por tanto, no se pueden suponer a nivel individual. Debemos sensibilizarnos en el sentido de que, general

mente, los «miedos» a recibir auxilios espirituales está más en la mente de los profesionales que en la del propio enfermo.

En cuanto a la organización, se puede decir que no hubo fallos notables. Lo único que se echó en falta fue la agilidad en medios audiovisuales: micrófonos a tiempo, proyector de diapositivas y pantalla, que no fueron los más adecuados a los requerimientos de los participantes en las ponencias y comunicaciones. Ello no quiere decir que no abundara la buena voluntad tanto de ponentes como de *jornadistas*. Con todo lo demás no pudo ser más acertado el lugar de este encuentro. Mi felicitación a los compañeros de Málaga.

PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL SANITARIA

IV Conferencia Internacional

VIVIR: ¿POR QUÉ? (Sobre el SIDA)

Aula del Sínodo
Ciudad del Vaticano

Días 13, 14 y 15 de noviembre de 1989

8. INFORME FINAL DE LA COMISIÓN ESTATAL DE LOS PAÍSES BAJOS SOBRE LA EUTANASIA*

Oficina de Publicaciones del Gobierno.
La Haya, 1985

Holanda es el país cuya legislación sobre la eutanasia ha sido más comentada en nuestros medios de difusión basándose, creemos, en debates previos al rechazo del Gobierno en introducir cambios substanciales en su código penal. Presentamos el artículo de la ley y las enmiendas propuestas en su día que no fueron aceptadas.

- Capítulo 6. Terceras partes intervinientes.
- Capítulo 7. Preparación y dispensa de drogas destinadas a terminar la vida.
- Resumen.
- Apéndices.
- Informe de la minoría, con apéndice.

2.^a parte: Informe legal comparativo.

3.^a parte: Audiencia preliminar «hearings».

La versión holandesa del informe final está disponible en la Oficina de Imprenta del Gobierno, La Haya, Países Bajos (tel.: 070.789911).

Introducción

La Comisión Estatal sobre la Eutanasia fue constituida en los Países Bajos en 1982, a instancias del entonces Ministro de Sanidad y Protección del Medio Ambiente y del Ministro de Justicia en orden a asesorar la futura política gubernamental sobre la eutanasia y auxilio al suicidio con particular referencia a la legislación y aplicación de la Ley.

Las recomendaciones de la Comisión Estatal se incluyen en su informe final, el cual, junto con un informe de la minoría, fue sometido el 19 de agosto de 1985 al Ministro del Bienestar Social, Sanidad y Cultura (anteriormente Ministro de Sanidad y Protección del Medio Ambiente) y al Ministro de Justicia.

El informe final de la Comisión Estatal sobre eutanasia consta de:

1.^a parte: Recomendaciones.

- Capítulo 1. Introducción.
- Capítulo 2. Métodos de trabajo.
- Capítulo 3. Recomendaciones en relación a los arts. 293 y 294 del Código Penal.
- Capítulo 4. Trámites en relación a los preparativos del funeral.
- Capítulo 5. Categorías especiales de pacientes.

Antecedentes

El 29 de enero de 1976, la Asamblea Consultiva del Consejo de Europa adoptó la recomendación número 779 sobre los derechos del enfermo y del moribundo.

La parte II de la recomendación señala:

«establecer comisiones nacionales de investigación, compuestas de representantes de todos los niveles de la profesión médica, abogados, moralistas, psicólogos y sociólogos; establecer normas morales para el tratamiento de las personas que se acercan a la muerte y determinar los principios médicos orientativos en la aplicación de medidas extraordinarias para prolongar la vida, considerando por eso y entre otras, la situación que puede plantearse a los miembros de la profesión médica, tal como las sanciones legales, tanto civiles como penales, en aquellos supuestos en que se han abstenido de llevar a cabo medidas artificiales para prolongar el proceso de muerte en los casos de pacientes terminales cuyas vidas no pueden salvarse con la medicina actual o en aquellos otros supuestos en que han tomado medidas positivas cuya intención inicial era aliviar el sufrimiento de estos pacientes y que pudieran tener efectos secundarios en el proceso de muerte; y examinar la cuestión de las declaraciones escritas efectuadas por personas legalmente capaces, autorizando al médico de abstenerse de tomar medidas conducentes a prolongar la vida, espe-

* Resumen (Informe original en holandés).

cialmente en el caso del cese irreversible de la función cerebral.»

Durante el debate de Presupuesto de Sanidad de 1979 en la Cámara Baja de la Asamblea General a finales de 1978 se prestó atención a la recomendación del Consejo de Europa. Poco después el gobierno fue preguntado por escrito si estaba preparado para hacer efectiva la parte II de la recomendación número 779. El entonces Ministro de Sanidad y Protección del Medio Ambiente, Sr. Veder-Smit, contestó afirmativamente, solicitando posteriormente al Consejo de Sanidad la elaboración de un informe orientativo sobre la eutanasia.

En 1980 fue nombrado un Comité de Sanidad encargado de redactar un informe orientativo, bajo la presidencia del profesor A. D. Belinfante. En su informe, presentado en 1982, el Comité adelantó un número de premisas y principios básicos dirigidos a permitir que una nueva Comisión Estatal hiciera recomendaciones más concretas sobre el tema de la eutanasia.

Con esta premisa el Comité se abstuvo de hacer juicio alguno sobre la permisibilidad de la eutanasia y lo que consideró como cuestión conexas de auxilio al suicidio.

La Comisión Estatal de 15 miembros, presidida por Mr. H. J. M. Jeukens, fue con posterioridad nombrada por Real Decreto de 18 de octubre de 1982, a instancias del entonces Ministro de Sanidad y Protección del Medio Ambiente, Sra. M. H. M. F. Gardeniers-Berendsen, y el Ministro de Justicia, Sr. J. de Ruiter.

Métodos de trabajo

Para preparar su informe, la Comisión Estatal solicitó al Centro de Investigación y Documentación del Ministerio de Justicia que efectuara un estudio comparativo de la legislación, jurisprudencia y doctrina legal referente a la solicitud de poner fin a la vida y a la de asistencia al suicidio. La Comisión Estatal consultó a expertos y doctrina con vistas a recopilar un estudio de los datos disponibles (principalmente cuantitativos) de actividades sobre eutanasia, solicitudes efectuadas y casos actuales de eutanasia y auxilio al suicidio en los Países Bajos en varias situaciones. Posteriormente la Comisión consideró las sugerencias sobre las bases de un memorándum que había elaborado con las premisas básicas y los puntos clave del problema.

Recomendaciones en relación a los artículos 293 y 294 del Código Penal

La Comisión Estatal define la eutanasia como la terminación deliberada de la vida por un tercero, y a solicitud de la persona interesada.

La mayoría de la Comisión sostiene la tesis que, en ciertas circunstancias y bajo ciertas condiciones, la eutanasia no debería ser un delito. Estos miembros sostienen unánimemente la opinión que la eutanasia deba ser llevada a cabo exclusivamente por médicos y respaldan las condiciones relativas al cuidadoso proceder médico y controles.

No se alcanzó unanimidad en un punto. La mayoría propuso que la eutanasia debería gozar de inmunidad de procesamiento, siempre que el paciente estuviera en una situa-

ción insostenible y sin perspectivas de mejora, a lo cual cuatro miembros añadirían «y al punto en que la muerte inevitablemente se siguiera». Dos miembros no compartieron la opinión del resto de la Comisión, respecto a si la eutanasia debería estar exenta de castigo en ciertas circunstancias y bajo ciertas condiciones y han expresado su opinión en el informe de la minoría.

Por lo que respecta a una solicitud de terminar la vida, la Comisión Estatal sostiene la opinión que una solicitud escrita dirigida a tal fin debe ser considerada como una indicación de los deseos de los pacientes, sujeta a la condición de que tal declaración de intenciones sólo adquiere relevancia una vez que el paciente ya no es capaz de expresar su voluntad. Mientras el paciente sea capaz de ello, sólo debe tomarse en cuenta la expresión verbal y las instrucciones escritas pueden revocarse o enmendarse en cualquier momento.

La Comisión Estatal juzga esencial que el Parlamento manifieste su posición en relación a la eutanasia. La Comisión teme que la cuestión pudiera ser politizada, y a tal fin encarece a una libre votación en la que los miembros del Parlamento puedan votar de acuerdo con su conciencia. La Comisión basa este juicio en la existencia de una amplia incertidumbre en torno al ámbito del art. 293 del Código Penal en relación a la eutanasia.

En opinión de la Comisión, el desarrollo de una jurisprudencia significativa tardaría tanto que pasarían años antes de que pudiera aparecer una noción precisa de lo que constituye y no constituye un delito. Ni siquiera proporciona la necesaria claridad y seguridad jurídica el hecho de que la política penal se haya estado debatiendo desde 1982 por la Conferencia de Procuradores Generales.

En lo relativo a la tarea del legislador, la Comisión Estatal advierte que éste debería considerar si, y en su caso, hasta qué punto, suprimir la sanción legal en el tema de la eutanasia sería coherente con el art. 2 de la Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales, cuyo párrafo primero, en su primera frase, preceptúa: «La Ley protegerá el derecho de toda persona a la vida».

Partiendo de la formulación de esta obligación en el derecho internacional, la Comisión Estatal ha trabajado bajo la premisa de que los estados miembros de la Convención gozan de un amplio margen de libertad para decidir el modo como la vida debe ser protegida en su sistema legal. No obstante, el Parlamento debe mostrarse cauteloso antes de suprimir las sanciones legales vigentes contra la eutanasia.

Con respecto al auxilio al suicidio prestado por un médico, la mayoría de la Comisión Estatal sostiene que debería dejar de considerarse delictivo en las mismas circunstancias y bajo las mismas condiciones que las referentes a la terminación de la vida a petición. Los firmantes del informe minoritario rechazaron esta propuesta. La Comisión no considera justificada la supresión de sanciones legales en los supuestos de auxilio al suicidio —incluyendo particularmente el suicidio racional— dado que la opinión social y profesional aún no ha cristalizado en estas áreas. Se entiende por suicidio racional la terminación de una vida considerada inaceptable o sin sentido por un individuo que no está mentalmente perturbado y que puede ser juzgado

en razón a su estado de salud mental, capaz de valorar satisfactoriamente su situación social y psicológica y las consecuencias del suicidio.

La Comisión propone que el art. 293 del Código Penal sea enmendado en el sentido que el fin intencionado de la vida de otra persona, en respuesta a una solicitud explícita y formal no sea un delito, con tal de que ello fuera llevado a cabo por un médico en el contexto de un procedimiento médico apropiado y en relación a un paciente que se encuentra en una situación insostenible y sin perspectiva de mejora. La Comisión no ha dado más explicaciones acerca del significado de este término, puesto que las situaciones de sufrimiento insoportable que podrían merecer consideración para acabar una vida son demasiado amplias para poder ser integradas en una normativa. Dicha situación insoportable puede ser causada tanto por el sufrimiento físico como mental.

La Comisión Estatal redactó su recomendación en la forma de una propuesta de enmienda del Título XIX del Libro II del Código Penal. La Comisión era de la opinión que una decisión de poner término a una vida debería ser llevada a cabo por un médico y no podía ser delegada por este último a un tercero, como por ejemplo, un familiar o una enfermera. Lo mismo se puede aplicar «mutatis mutandis» al auxilio al suicidio. En su propuesta para reformar la legislación, la Comisión redactó una serie de garantías a las que ajustarse para asegurar el tratamiento médico adecuado. Una de ellas es la necesidad de consultar otro médico designado por el Ministerio de Bienestar, Salud y Asuntos Culturales.

La Comisión Estatal contempló una excepción a su premisa básica de que la eutanasia presupone la solicitud de la persona interesada. Se consideró que el término intencional de la vida de una persona incapaz de expresar su voluntad no constituiría un delito supuesto que fuera llevado a cabo por un médico en el ámbito de un tratamiento médico adecuado y en relación a un paciente que, según los conocimientos médicos actuales, haya perdido irreversiblemente su conciencia y supuesto también que el tratamiento haya sido suspendido por inútil. En el caso de un coma irreversible, donde los criterios médicos objetivos no ofrecen una esperanza de mejoría, la Comisión Estatal sostiene la opinión que el término de la vida por un médico está justificada, pero sólo después de que el tratamiento se haya suspendido por considerarse inútil. Una vez más, la Comisión juzga esencial que otro médico sea consultado.

La Comisión Estatal considera tan importante que otro médico sea consultado, que propone la introducción de una sanción punitiva separada (artículo 293 bis), que cubra aquellos supuestos que el médico responsable omite esta exigencia. Para asegurar la observancia de los trámites propuestos por la Comisión Estatal en relación a los preparativos del funeral, la Comisión propone que la omisión deliberada de la obligación de facilitar información, o el suministro de información incorrecta, en los casos en que ha terminado la vida, sea considerado como un delito separado (artículo 293 ter).

En las audiencias preliminares la Comisión Estatal se vio confrontada con el hecho de que en la práctica hay una amplia incertidumbre en torno a qué acciones pueden ser

constitutivas de eutanasia. Con el deseo de evitar mayor incertidumbre, la Comisión ha resumido varios tipos de acciones en su propuesta de artículo 293 cuarto que, a su juicio, no constituyen la terminación o privación de la vida, como se recoge en el Título XIX del Libro II del Código Penal. Entre los ejemplos se incluye el retirar o suspender a petición del paciente un tratamiento que se considera inútil continuar según la opinión médica prevalente.

Categorías especiales de pacientes

En relación a los menores, la Comisión Estatal sostiene la opinión que terceras partes, tales como padres, personas autorizadas o médicos, no pueden tomar decisiones referentes a la vida de los menores. La decisión de poner término a la vida se reserva exclusivamente a la persona afectada. En los supuestos en que los menores sean capaces de expresar sus opiniones y entender su situación, una solicitud del menor de poner fin a su vida no debería ser desestimada. Los criterios que permiten poner fin a la vida tal como están establecidos en el artículo 293 del Código Penal, se aplicarían con no menor rigor en los casos de una solicitud de un menor. La Comisión estima muy importante que los padres y demás personas con autoridad sobre el menor se sientan implicados en el proceso de toma de la decisión, aunque éstos no deben tener la palabra final.

Dada la especial naturaleza de la solicitud presentada por el menor, la Comisión recomienda que en tales casos sea designado un tutor que vele por el interés del menor.

En los supuestos de otras personas incapaces de expresar su opinión, tales como deficientes mentales o ancianos dementes, la Comisión Estatal sostiene, una vez más, la opinión que terceras partes (ej. tutores) no pueden tomar la decisión de poner término a la vida en lugar de la persona afectada, tal como se recoge en el art. 293 del Código Penal. Si en razón de una grave enfermedad física o mental, o incluso perturbaciones, la decisión de poner término a la vida es tomada sin la solicitud del paciente, se aplicará el propuesto artículo 292, bis, párrafo primero.

Será distinto el caso si el paciente incapaz de expresar adecuadamente su voluntad hubiera previamente dejado una declaración escrita de intenciones solicitando que se pusiera fin a su vida en las circunstancias que él mismo especifica y que constituyen una situación insoportable sin perspectivas de mejora tal y como se recoge en el art. 293, párrafo 2.º.

La Comisión Estatal también examinó el caso de los prisioneros, sosteniendo la opinión que la condición de prisionero no proporcionaba razones suficientes para que se otorgase un tratamiento especial a las solicitudes de poner término a la vida. Si en tales casos se suprimieran las sanciones legales, las condiciones establecidas en el art. 293 deberían ser observadas. La Comisión subraya que el médico encargado de ocuparse de una solicitud de poner término a la vida procedente de un prisionero debería decidir si la detención ha influido en la solicitud.

Trámites en relación a los preparativos del funeral

El informe de la Comisión Estatal incluye propuestas en relación a los preparativos del funeral, sobre la base de

las enmiendas a la Ley de Entierros e Incineración de Cadáveres, actualmente ante la Cámara Alta de la Asamblea General. La Comisión sostuvo la opinión que semejantes trámites deberían estar ideados de modo que permitiesen un juicio retrospectivo, del modo en cómo la decisión de poner término a la vida fue tomada y llevada a cabo. Como consecuencia de las enmiendas propuestas, la Comisión propuso que el médico responsable debería notificar personalmente al fiscal que ha puesto fin a la vida del paciente o le ha auxiliado al suicidio.

Tal notificación debería acompañarse por un informe del modo en que los criterios especificados en el Código Penal habían sido tenidos en consideración. También el médico responsable debería enviar al fiscal una declaración con las recomendaciones del médico consultado. En orden a trazar una distinción entre suicidio y asistencia al mismo y eutanasia, por una parte, y los casos de muerte por causas no naturales por otra parte, la Comisión propuso que el médico avisara al Registro de Nacimientos, Muertes y Matrimonios, en todos los supuestos de muerte por causas no naturales, en que un certificado de muerte no hubiera sido redactado. Los preparativos del funeral solamente podrían llevarse a cabo si el Ministerio Fiscal expediera una certificación de no objeción al entierro o incineración. Del mismo modo, la Comisión estatal sostuvo la opinión que el médico debería aludir al hecho que la eutanasia había sido practicada cumpliendo el formulario de causas de muerte.

Terceras partes intervinientes

La Comisión ha discutido también la posición de terceras partes, tales como el personal de enfermería, implicadas en llevar a cabo una decisión de acabar una vida. Con respecto al problema de los objetores de conciencia (tema que también se había suscitado en las audiencias), la Comisión considera que nadie debe sentirse obligado a obedecer una solicitud de poner fin a una vida o auxilio al suicidio. A juicio de la Comisión, un médico con objeciones de conciencia debería asegurar que el tratamiento se mantiene y el paciente tiene acceso a información acerca de otras agencias o colegas preparados para prestarle asistencia.

En interés tanto de los pacientes como de las agencias de cuidado de la salud, y personal, la Comisión rogaría franqueza en relación a la buena disposición para llevar a cabo o auxiliar en los actos conducentes a poner fin a la vida.

La premisa sentada por la Comisión de que la supresión de sanciones legales sobre la eutanasia debería únicamente limitarse a los médicos tiene implicaciones en la situación de terceras partes sujetas a la ley penal. La Comisión ha llegado a la conclusión que, en función de las circunstancias del caso en cuestión, los fundamentos para la supresión de sanciones contenidas en los arts. 292 bis y 293 debería aplicarse a terceras partes en la medida que hayan intervenido o auxiliado a la comisión del acto. Resulta obvio que el autor o el auxiliar debería encontrarse en la situación del médico responsable y que los requisitos establecidos en los arts. 292 y 293 deben cumplirse.

Preparación y dispensa de drogas destinadas a terminar la vida

El informe de la Comisión examina la preparación y dispensa de drogas destinadas a terminar la vida y la posición de los farmacéuticos y sus auxiliares. En relación con la preparación y el suministro de drogas únicamente destinadas a poner término a la vida que no están cubiertas por la Ley de Medicamentos, la Ley del Opio y disposiciones administrativas derivadas de estas leyes, la Comisión sostiene la opinión que se precisa una regulación especial. Las estipulaciones de la Ley de Medicamentos no pueden ser enmendadas para cubrir drogas de esta naturaleza porque es preciso que la definición del término «medicina» contenido en esta ley sea coherente con la establecida al respecto en la Directiva del Consejo de la Comunidad Europea de 26 de enero de 1965 sobre la modificación de disposiciones estatutarias y administrativas relativas a los preparados farmacéuticos (65/65).

La Comisión Estatal sostiene la opinión que la preparación y dispensa de drogas destinadas a terminar la vida debería confiarse a aquellas personas autorizadas para practicar la farmacología bajo la sección segunda de la Ley del Medicamento, es decir, el farmacéutico, el médico que receta y los ayudantes farmacéuticos. Para prevenir el mal uso, semejantes drogas deberían ser entregadas directamente al médico responsable. La Comisión no considera responsabilidad de los farmacéuticos el determinar en cada caso específico si las condiciones para la terminación de la vida o auxilio de suicidio sin sanción legal se han cumplido. Este punto de vista comporta que un farmacéutico no es en principio responsable penalmente por una decisión llevada a cabo por un médico. Lo mismo cabe decir del auxiliar de farmacia.

La Comisión entiende que los farmacéuticos no están obligados a suministrar drogas para poner fin a una vida. Tanto los farmacéuticos como sus auxiliares pueden negarse a cooperar si la preparación y dispensa de tales drogas les suponen objeciones de conciencia o de otra naturaleza.

Apéndice

Párrafo 3.3 de la parte 1.^a

Enmiendas propuestas al Título XIX del Libro 2 del Código Penal

Artículo 292 bis. 1. Cualquier persona que intencionalmente pone término a la vida de otra persona por motivos de grave enfermedad física o mental o perturbaciones padecidas por esta otra persona, y este último es incapaz de expresar su voluntad, estará sujeto a un término de prisión no superior a los seis años o a una multa de cuarta categoría.

2. La acción definida en el párrafo primero no será un delito si la terminación de la vida es llevada a cabo por un médico, como parte de un tratamiento médico apropiado, en relación a un paciente que, según la opinión médica dominante, ha perdido irreversiblemente la conciencia y supuesto que el tratamiento haya sido previamente suspendido por inútil.

3. Apropiado tratamiento médico, como el referido en el párrafo segundo, significa que en cualquier caso el médico ha consultado a un experto designado por el Ministro de Bienestar Social, Sanidad y Asuntos Culturales.

Artículo 293. 1. Cualquier persona que intencionadamente pone fin a la vida de otra persona a solicitud expresa y formal de ésta, estará sujeto a un período de prisión no superior a los cuatro años y seis meses o a una multa de cuarta categoría.

2. La acción definida en el párrafo primero no será delito si el término de la vida es llevado a cabo por un médico como parte de un tratamiento adecuado en relación a un paciente en una situación insostenible y sin perspectivas de mejoría.

3. Con respecto a la aplicación del párrafo segundo, se considerará que la eutanasia incluye el suministro de drogas como parte de un adecuado tratamiento médico para posibilitar la comisión de suicidio y el auxilio prestado a este fin.

4. Un tratamiento médico adecuado como el referido en los párrafos 2 y 3 supondrá en todo que:

a) El paciente ha sido informado de sus circunstancias particulares.

b) El médico ha llegado al convencimiento de que el paciente ha tomado la decisión de poner fin a su vida después de una seria reflexión y voluntariamente cumple su decisión.

c) El médico ha decidido que poner fin a una vida en función de sus informes está justificado porque ha llegado a la conclusión con el mismo paciente de que no hay otra solución para la situación insostenible de este último.

d) El médico ha consultado a un experto designado por el Ministro de Bienestar Social, Sanidad y Asuntos Culturales.

5. En relación a un paciente que ha efectuado una solicitud escrita de poner fin a su vida y que es incapaz de expresar su voluntad, un tratamiento médico adecuado tal como se refiere en el párrafo 2 supondrá en todo caso que:

a) El médico ha llegado al convencimiento de que el paciente ha efectuado su solicitud voluntariamente y después de una seria reflexión.

b) El médico ha decidido poner fin a la vida en fun-

ción de sus informes y ello se justifica por haber llegado a la conclusión de no existir otra solución para la situación insostenible del paciente.

c) El médico ha consultado a un experto designado por el Ministro de Bienestar Social, Sanidad y Asuntos Culturales.

Artículo 293 bis. El médico que se halla en la situación descrita en el párrafo segundo de los arts. 292 bis y 293 y que antes de llevar a cabo una eutanasia deja de consultar a un experto designado por el Ministro de Bienestar Social, Sanidad y Asuntos Culturales, estará sujeto a un período de prisión no superior a los tres años o a una multa de cuarta categoría.

Artículo 293 ter. Sin perjuicio de las disposiciones del art. 228, un médico en la situación descrita en el párrafo 2 de los artículos 292 bis y 293, que intencionadamente deja de cumplir el requisito legal de facilitar información, estará sujeto a un período de prisión no superior a los tres años o a una multa de cuarta categoría.

Artículo 293, cuarto. A efectos de aplicación de las disposiciones de este Título, la privación o terminación de la vida de una persona se entiende que excluye:

a) La retirada o supresión del tratamiento o solicitud expresa y formal del paciente.

b) La retirada o supresión del tratamiento en los supuestos en que éste es considerado inútil según la opinión médica dominante.

c) Fracaso en el tratamiento de enfermedades secundarias o perturbaciones en el caso de un paciente que, según la opinión médica dominante, ha perdido irreversiblemente la conciencia.

d) Aceleración del proceso de muerte como efecto secundario de un tratamiento específicamente designado a aliviar el grave dolor de un paciente y esencial para tal fin.

Artículo 294. Cualquier persona que deliberadamente induzca a otro al suicidio o le auxilie y suministre drogas a tal fin, estará sujeto, si el suicidio se consuma, a un período de prisión no superior a los tres años o a una multa de cuarta categoría.

9. DOCUMENTOS DE BIOÉTICA (III)

9.1 CRITERIOS DE MUERTE CEREBRAL EN EL NIÑO

*Comité de Ética
del Hospital San Juan de Dios
Barcelona*

Criterios de muerte cerebral

INTRODUCCIÓN

El grupo de trabajo que en un tiempo elaboró el documento «Criterios de Muerte Cerebral» ha procedido, a instancias del Comité de Ética, a una revisión y actualización del citado documento en base a la experiencia acumulada y nuevas aportaciones sobre el tema aparecidas recientemente en la literatura médica. El Dr. Joan Conill sustituye en el grupo al Dr. Eduard Estivill que ha causado baja en la plantilla del hospital.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Real Decreto 426/1980, de 22 de febrero de 1980 (Ministerio de Sanidad y Seguridad Social), por el que se desarrolla la Ley 30/1979, de 27 de octubre de 1979, sobre Extracción y Trasplante de Órganos. Por su especial interés destacamos el artículo 10:

«Los órganos para cuyo trasplante se precisa la viabilidad de los mismos sólo pueden extraerse del cuerpo de la persona fallecida previa comprobación de la muerte cerebral, basada en la constatación y concurrencia, durante treinta minutos al menos, y la persistencia seis horas después del comienzo del coma, de los siguientes signos:

- Ausencia de respuesta cerebral, con pérdida absoluta de conciencia.
- Ausencia de respiración espontánea.
- Ausencia de reflejos cefálicos, con hipotonía muscular y midriasis.
- Electroencefalograma «plano» demostrativo de inactividad bioeléctrica cerebral.

Los citados signos no serán suficientes ante situaciones de hipotermia inducida artificialmente o de administración de drogas depresoras del sistema nervioso central.

El certificado de defunción basado en la comprobación de la muerte cerebral será suscrito por tres médicos, entre los que deberá figurar un neurólogo o neurorinjano y el Jefe del Servicio de la Unidad médica correspondiente o su sustituto. En aquellos casos en los que esté interviniendo la autoridad judicial podrá figurar un médico forense designado por aquella.

Ninguno de los facultativos a los que se refiere este artículo podrá formar parte del equipo que vaya a proceder a la obtención del órgano o a efectuar el trasplante».

2. Normativas de la Generalitat de Catalunya sobre trasplantes. Programa d'atenció a la Insuficiència Renal. Departament de Sanitat i Seguretat Social. 1984.
3. Normas para la coordinación de la extracción de órganos (Protocolo del Hospital de Nuestra Señora del Mar de Barcelona). 1984.
4. Guidelines in EEG American Electroencephalographic Society: «Minimum technical standarts for EEG recording in suspected cerebral death». R.N. Harner, M.D., Editor 1980.
5. Recommendations for the practice of Clinical Neurophysiology. The International Federation of Societies for

Electroencephalography and Clinical Neurophysiology. «Standarts of clinical practice of EEG in cases of suspected cerebral death». Elsevier. Amsterdam-New York-Oxford. 1983.

6. Diagnóstico neurofisiológico de muerte cerebral en la donación de órganos. Sociedad Española de Neurofisiología Clínica. Ed. Saned. Madrid. 1986.
7. Diagnóstico de la muerte. Criterios neurológicos. (Documento oficial de la Sociedad Española de Neurología, aprobado en el V congreso nacional de Neurología, Diciembre de 1982). Centenario de la Neurología Española. Ed. Servicio de Neurología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. 1983.
8. Normas para la determinación de la muerte cerebral en los niños. Task Force on Brain Death in children. Pediatrics. 1987; 24; 130-132.
9. Determinación de la muerte cerebral en el recién nacido. J. Volpe. Pediatrics. 1987; 24; 69-73.
10. Orbicularis oculi-reflex in brain death. A. Metha, and cols. J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 1976, 39: 784-787.
11. Estudio del reflejo trigémino-facial en diferentes patologías del sistema nervioso en la infancia. J. Campistol. 1985. Tesis doctoral. Barcelona.

COMENTARIO PREVIO

En opinión de este grupo de trabajo, el mayor inconveniente a la hora de fijar los criterios clínicos y neurofisiológicos de muerte cerebral en el niño (en principio el sujeto básico de este hospital), reside en las especiales características del sistema nervioso en la infancia, con mayor capacidad de resistir una agresión y gran plasticidad,

lo que obliga en general a recomendar gran cautela en este diagnóstico.

Por ello se ha creído conveniente contemplar cuatro situaciones de acuerdo con la división por grupos de edad:

Grupo A de seis años de edad, o mayores.

Grupo B entre trece meses y cinco años de edad.

Grupo C entre dos y doce meses de edad.

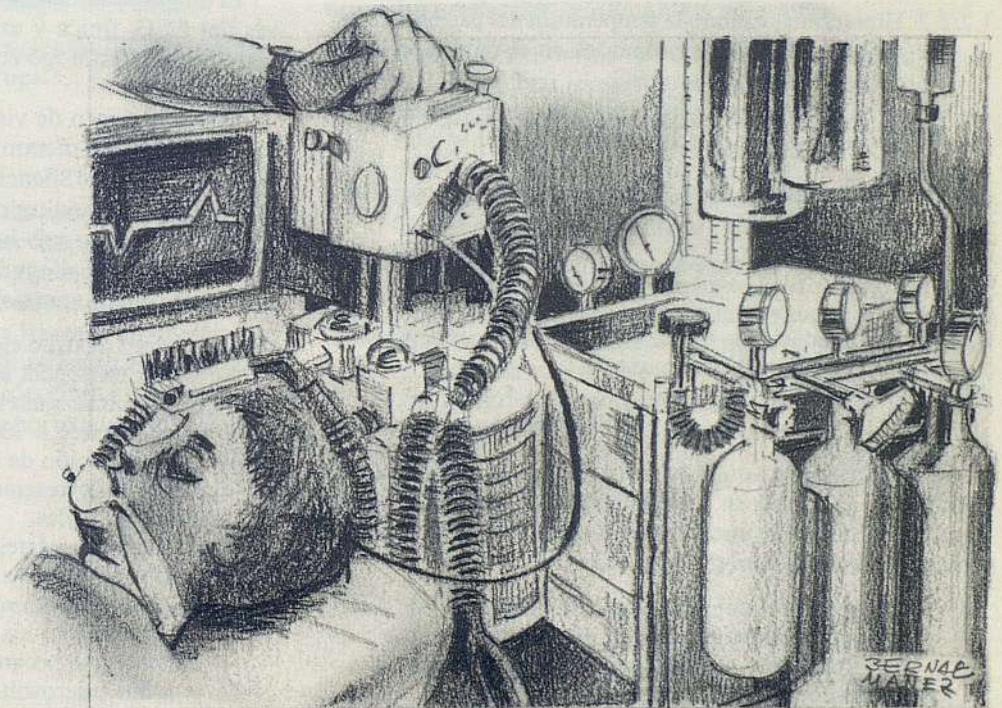
Grupo D entre siete días y dos meses de edad.

GRUPO A (de seis años de edad, o mayores)

Criterios Clínicos de Muerte Cerebral

El diagnóstico clínico de muerte cerebral deberá ser realizado por un neuropediatra, basándose en la constatación y concurrencia durante treinta minutos, y la persistencia seis horas después del inicio del coma, de los siguientes signos y síntomas que se detallan en los apartados 1.1 y 1.2.

- 1.1 Ausencia completa de funciones cerebrales.
 - 1.1.1 Ausencia de cualquier tipo de respuesta verbal o motora, apropiada o inapropiada (respuestas de decorticación y descerebración) a estímulos nociceptivos. Es compatible con el diagnóstico de muerte clínica cerebral la presencia de reflejos osteotendinosos, el signo de Babinski y los movimientos de retirada de extremidades atribuibles a una respuesta medular.
 - 1.1.2 Abolición de los reflejos troncoencefálicos.
 - 1.1.2.1 Pupilas midriáticas o de medida mediana, arreactivas a la luz. Debe utilizarse una luz potente. Hay que excluir la presencia de cataratas, así como anomalías pupilares previas o una intoxicación por anticolinérgicos, organofosforados, glutetimida o escopolamina.
 - 1.1.2.2 Abolición de los reflejos corneales.



- 1.1.2.3 Abolición de los reflejos oculocefálicos, horizontales y verticales.
- 1.1.2.4 Abolición de los reflejos oculovestibulares, horizontales y verticales.
- 1.1.2.5 Abolición de los reflejos orofaríngeos.
- 1.1.3 Ausencia de respiración espontánea. Para ello se deberá efectuar una prueba de apnea con el objeto de producir una hipercapnia (se considera suficiente una $PCO_2 > 60$ mm Hg), el estímulo más potente del centro respiratorio. Se hace respirar al paciente oxígeno al 100 % durante 15-20 minutos, después se desconecta el respirador y el oxígeno se deja en flujo continuo a 6 litros por minuto a través de la cánula endotraqueal, en estas condiciones se valora la persistencia de respiración, y se vuelve a conectar el respirador al paciente transcurridos 5-10 minutos. Si el paciente está previamente hiperventilado, es consecuente reducir el VM hasta conseguir una PCO_2 de 40 mm Hg en el punto de partida de la prueba. Es necesario monitorizar la oxigenación del paciente durante la prueba de la apnea.
- 1.1.4 Los criterios neurofisiológicos se detallan más adelante.
- 1.2 Irreversibilidad de la pérdida de funciones encefálicas.
- 1.2.1 Comprobación mediante la anamnesis, evolución, y técnicas clínicas y/o complementarias necesarias, que la causa del coma es una lesión estructural neurológica.
- 1.2.2 Excluir las siguientes situaciones que precisarán de unos criterios específicos que se determinarán en el apartado «Situaciones Especiales».
- 1.2.2.1 Intoxicación por drogas depresoras del sistema nervioso central (barbitúricos, benzodiazepinas, meprobamato, methaqualona, tricloretilo...).
- 1.2.2.2 Hipotermia, cuando la temperatura del paciente es inferior a 32 grados centígrados en el momento de la exploración clínica y EEG.
- 1.2.2.3 Bloqueo neuromuscular (miastenia gravis, intoxicación por curare...).
- 1.2.2.4 Paciente en estado de «shock» durante la exploración clínica y EEG.
- 1.2.2.5 Cualquier alteración metabólica que pueda causar coma.
- 1.2.2.6 Malformaciones extensas y complejas en el sistema nervioso central del paciente.
- 2.1.1 Si se conoce el fármaco, esperar hasta que se negativicen sus niveles plasmáticos. Pasado este tiempo, iniciar el proceso de diagnóstico de muerte cerebral especificado en 1.
- 2.1.2 Si se desconoce el fármaco, o no se pueden determinar sus niveles plasmáticos, a pesar de utilizar las técnicas de laboratorio idóneas, se convocará una reunión para decidir la conducta a seguir en cada caso. A esta reunión deben asistir al menos: un médico intensivista, un neurólogo, un neurofisiólogo y un farmacólogo.
- 2.2 Coma de causa desconocida: si el paciente cumple los criterios clínicos y neurofisiológicos de muerte cerebral, se convocará una reunión para decidir la conducta a seguir en cada caso, constituida por: un médico intensivista, un neurólogo y un neurofisiólogo.
- 2.3 Coma de etiología metabólica endógena: Se precisará la constatación y concurrencia de los criterios clínicos y neurofisiológicos de muerte cerebral durante treinta minutos, y su persistencia al cabo de seis y veinticuatro horas después.
- 2.4 Coma por anoxia cerebral: si se conoce la causa de la anoxia se procederá igual que en 2.3. Si se desconoce la causa se procederá igual que en 2.2.
- 2.5 Coma por malformaciones extensas y complejas del sistema nervioso central: Se convocará una reunión para decidir la conducta a seguir en cada caso, constituida por los facultativos citados en el apartado 2.2.
- 2.6 La persistencia de la situación de shock, hipotermia por debajo de los 32 grados centígrados, y el bloqueo neuromuscular no permiten el diagnóstico de muerte cerebral.

Criterios Neurofisiológicos de Muerte Cerebral

El diagnóstico neurofisiológico de muerte cerebral, a través del EEG, única y exclusivamente puede ser realizado por un neurofisiólogo en posesión del título de la especialidad.

Desde el punto de vista neurofisiológico, la muerte cerebral sólo puede dictaminarse con la existencia de un EEG que muestre un «Silencio Eléctrico Cerebral» comprobado por períodos de treinta minutos, separados por un espacio mínimo de seis horas.

El EEG en el diagnóstico de la muerte cerebral se ha de realizar con los requisitos que se detallan a continuación:

- Mínimo de ocho electrodos en el scalp, y eventualmente una referencia auricular.
- Impedancia interelectrodos inferior a diez mil ohms, pero superior a 100.
- Comprobación de la integridad del sistema de registro mediante la creación de artefactos manipulando los electrodos y cables.
- La distancia interelectrodos será de: mínimo diez centímetros en pacientes del grupo A, mínimo de siete centímetros en pacientes del grupo B y mínimo de cinco centímetros en los grupos C y D.
- Incrementos progresivos de la amplificación desde siete a dos microvoltios por milímetro.

Situaciones especiales

Se presentan en aquellos casos en que la etiología del proceso no garantiza su irreversibilidad, y que consecuentemente precisan de unos criterios específicos para la determinación de la muerte cerebral.

- 2.1 Intoxicación: debido a que la intoxicación por determinadas drogas puede simular un estado clínico de muerte cerebral, tal vez reversible si se depura el organismo de ellas, se exigirá:

- Utilización de las constantes de tiempo de 0,3 o más largas durante una parte del registro.
- Uso de técnicas de monitorización.
- Pruebas de reactividad frente al dolor, ruidos intensos o luz.
- Tiempo total del registro EEG: treinta minutos.
- Sólo un técnico cualificado puede encargarse de la obtención del trazado EEG.
- Repetición del EEG si hay alguna duda acerca del «Silencio Eléctrico Cerebral».
- Hay que utilizar montajes con derivaciones a grandes distancias (longitudinales, transversos y standards).
- Se pueden utilizar los filtros con valores: treinta y cinco, o setenta y cinco hercios.
- Para la interpretación del registro es necesario un conocimiento profundo de los diversos tipos de artefactos que se producen en estas situaciones; debido a ello, sólo pueden interpretar estos trazados EEG los neurofisiólogos titulados y experimentados.

GRUPO B (entre tres meses y cinco años de edad)

Para determinar la muerte cerebral (clínica y EEG) en este grupo, deben cumplirse todas las condiciones expuestas para el grupo A comprobándose su persistencia al cabo de doce horas. Además deberá reunirse en todos los casos la comisión formada por el médico neurólogo, el neurofisiólogo y el intensivista.

GRUPO C (entre dos y doce meses de edad)

Por la edad cada vez menor de los pacientes, este grupo es especialmente de difícil manejo, deberá reunirse siempre la comisión constituida por el neurólogo, neurofisiólogo e intensivista y además comprobar la persistencia de los signos clínicos y neurofisiológicos de muerte cerebral por espacio de setenta y dos horas.

GRUPO D (entre siete días y dos meses de edad)

En los casos presentados con pacientes de este grupo, habrá que actuar igual que en el grupo C, y añadir un médico neonatólogo a la comisión.

APÉNDICE A

Hay en la actualidad otras técnicas neurofisiológicas de exploración que permiten una mejor adquisición de datos para valorar la situación real del enfermo.

En lo concerniente al diagnóstico de muerte cerebral son de excepcional interés cuando estás frente a un cuadro de los que hemos clasificado como «Situaciones Especiales». En esas circunstancias la exploración clínica e incluso el EEG pueden verse falseados y las aportaciones de los lla-

mados Potenciales Evocados y del «blink-reflex» permiten un mejor conocimiento de la situación del paciente en cuanto a la reversibilidad que se puede esperar.

Potenciales evocados

Las exploraciones de Potenciales Evocados pueden efectuarse en la cabecera de la cama, aportan información sobre el nivel de funcionalidad, no sólo de los hemisferios, sino especialmente del tronco cerebral. Pueden explorarse por dos vías sensoriales distintas, con lo cual se evitan los problemas derivados de una posible lesión periférica del órgano perceptivo.

Los resultados obtenidos tienen una gran reproductibilidad interindividual e intraindividual, y apenas se ven modificados por la administración de fármacos, ni por trastornos metabólicos endógenos.

Cuando se efectúan varias exploraciones seriadas, puede seguirse la evolución rostro-caudal de la muerte en el sistema nervioso central si llega a producirse.

«Blink-Reflex»

Este es el único método neurofisiológico para confirmar la muerte cerebral a nivel del tronco, del que se dispone ahora en nuestro hospital.

En condiciones apropiadas, la ausencia de respuestas en el reflejo trigémino-facial en un niño en estudio clínico de muerte cerebral es una evidencia neurofisiológica de la afectación irreversible del tronco cerebral y constituye junto con el EEG el diagnóstico neurofisiológico de muerte cerebral.

APÉNDICE B

En los últimos párrafos del precedente documento «Criterios de Muerte Cerebral», a cuya revisión se ha procedido, el grupo de trabajo hacía algunas recomendaciones, que no se han cumplido y que ahora reiteramos.

- Que se dicten normas para que ante la sospecha de un caso de muerte cerebral el médico intensivista avise al neuropediatra para que realice la exploración neurológica, y de forma automática se avise al neurofisiólogo para hacer pruebas complementarias si es necesario.
- Que se adecuen los medios necesarios para una rápida localización del neuropediatra y del neurofisiólogo cuando se precise.
- Que las normas para «Situaciones Especiales», y los criterios a seguir frente a los distintos grupos en que quedan divididos los pacientes, sean revisados anualmente en base a la experiencia acumulada e información recogida durante el año, con objeto de agilizar la actuación sin disminuir la fiabilidad.

9.2 DOCUMENTOS DEL COMITÉ NACIONAL FRANCÉS DE ÉTICA PARA LAS CIENCIAS DE LA VIDA Y DE LA SALUD (y III)*

9.2.1 INFORMACIÓN RELATIVA A LAS INVESTIGACIONES SOBRE LOS EMBRIONES HUMANOS *IN VITRO* Y SU UTILIZACIÓN CON FINES MÉDICOS Y CIENTÍFICOS

(1986)

INTRODUCCIÓN

El embrión humano en los primeros estadios de su desarrollo se ha hecho accesible a las miradas y a los poderes de los biólogos, de los médicos y de los pacientes, como consecuencia del desarrollo de la fecundación *in vitro*, cuyo objetivo actual es el de permitir a las parejas infértiles el tener hijos.

- Se trata de una situación de hecho creada en el seno de instituciones científicas y médicas, para responder, gracias a las experiencias y conocimientos adquiridos en el animal, a las demandas de las parejas que sufren. La aplicación al hombre de las prácticas mediante las que progresa el bagaje científico y técnico de la reproducción, presenta aún un carácter experimental. La rapidez de las evoluciones abre hoy día nuevas perspectivas de investigación, de experimentaciones sobre el embrión humano o de aplicación al hombre de técnicas ya puestas en marcha, a una escala más o menos amplia, en la reproducción de ciertos animales (determinación y elección del sexo, etc.) con finalidades procreativas. El embrión humano puede así ser objeto de investigaciones fundamentales o de experimentación independiente, por el momento, de un proyecto procreativo personalizado.
- El conjunto de estas intervenciones actualmente realizadas, o realizables en el porvenir, suscitan a todos los niveles (filosófico, ético, científico, jurídico e incluso económico) graves cuestiones. Ellas inquietan a buen número de espíritus, interesados precisamente en los medios de investigación; ellos se interrogan con mucha razón sobre el valor del progreso así conseguido, sobre los riesgos actuales y futuros del desarrollo de la procreación médicamente asistida y sobre las consecuencias, eventualmente nefastas, que este desarrollo podría entrañar en las prácticas médica y social, así como en el área psicosocial del ser humano.

No podemos decir hoy que todos los avances científicos constituyen a priori un progreso, puesto que algunos pueden tener consecuencias ambiguas o indeseables. Estas cuestiones

han sido objeto ya de numerosos estudios desde diferentes aspectos que permiten una apreciación, más razonada, de los objetivos de la investigación biológica aplicada a los embriones humanos en los primeros estadios de su desarrollo. Pero la rapidez de los avances científicos y del desarrollo de las prácticas lleva consigo la reflexión ética necesitando, en un contexto a la vez previsorio y aleatorio, la elaboración de normas susceptibles de asegurar una regulación de los nuevos poderes.

- Tanto las inquietudes como las esperanzas que hace nacer el dominio de la reproducción humana, suscita en efecto el deseo de someter el ejercicio de este dominio a normas y/o a controles. Numerosos estados o instancias nacionales e internacionales, enfrentados a estos problemas, han tomado conciencia de la necesidad de no dejarse dominar, como por hechos consumados, por actos que precisamente porque cuestionan el sentido de la vida y de la persona, necesitan una rigurosa valoración de su legitimidad ética y científica así como de su utilidad individual, familiar y social.
- El Comité Consultivo Nacional de Ética para las Ciencias de la Vida y de la Salud, después de haber conocido las reflexiones o posiciones ya formuladas y después de haber provocado numerosas observaciones y consultas a diversos especialistas, presenta a su vez una opción, limitada a las intervenciones e investigaciones sobre el embrión *in vitro*, con fines médicos o científicos.

La presente opinión prolonga y completa las precedentes opiniones formuladas el 22 de mayo y el 23 de octubre de 1984, fechas en las que el Comité presentó diversas reflexiones y recomendaciones, algunas de las cuales pueden ser útilmente recordadas ahora.

«Provocar un nacimiento por técnicas de reproducción artificial es un acto que suscita interrogantes éticos». Ellos no se derivan a priori de que sea artificial. El hecho nuevo para el que la sociedad no tiene aún respuesta consiste en que, al disociar las diferentes etapas del proceso de reproducción, las nuevas técnicas obligan a considerar separadamente el interés de los pacientes, el de los padres en potencia y el del futuro hijo.

Por otra parte, el embrión accede a un breve período de

* Traducción de Joaquín Plaza y Miguel Martín.

su existencia sobre el que hasta el presente no hay nada establecido (dictamen del 23 de octubre de 1984).

El Comité constata que el desarrollo de la procreación por fecundación *in vitro* acentúa la tendencia a reducir el cuerpo humano al estado de instrumento; además, algunas técnicas, como la de la congelación, refuerzan el carácter artificial de la reproducción concretamente por la disociación entre la fecundación y la gestación. Las situaciones de hecho que representa la producción de embriones en número superior a las posibilidades médicas de trasplante plantean por otra parte cuestiones a las que conviene responder: pero las soluciones propuestas en el presente dictamen no legitiman esta situación de hecho. Estas soluciones no son, por lo tanto, definitivas. Se puede considerar y desear que la investigación permita en un futuro no fecundar más que los ovocitos destinados a ser trasplantados tomando como finalidad el nacimiento de un niño. La investigación médica debería trabajar de cara a lograr una disminución de los casos que plantean problemas éticos, antes que proceder a la producción de un acúmulo acelerado de problemas, cuya gravedad no guarda proporción con los objetivos buscados.

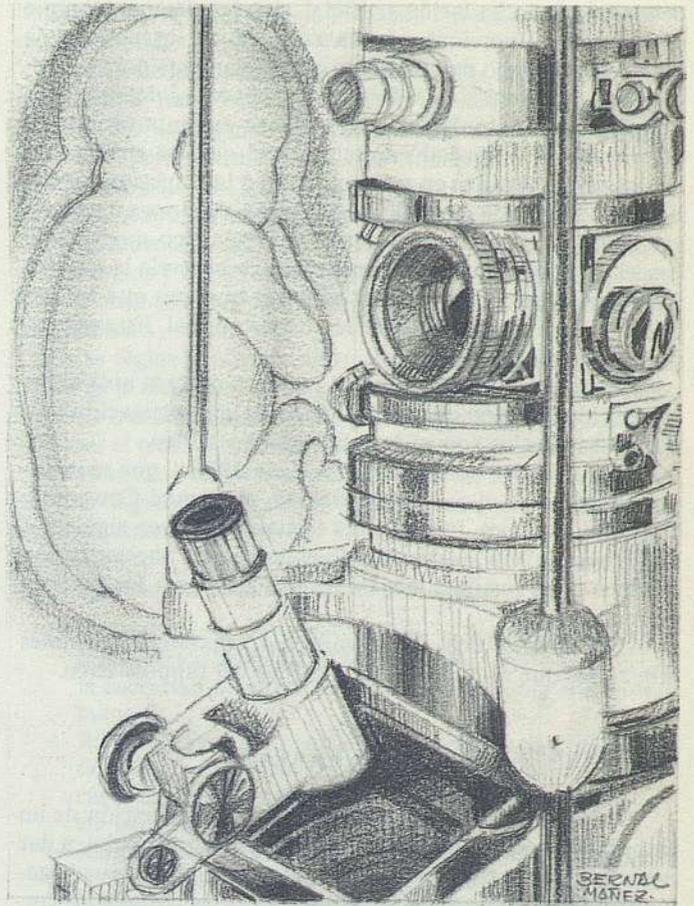
El Comité, en su primer dictamen de 22 de mayo de 1984, afirmaba que *el embrión humano debe ser reconocido como una persona en potencia* y que esta cualificación constituye el fundamento del respeto que le es debido. Después de un examen crítico de este enunciado sobre el que algunos dan preferencia al de «potencialidad de persona», el Comité mantiene que esta afirmación, razonablemente fundamentada, debe ser comprendida como el enunciado de un concepto ético. En efecto, las indicaciones proporcionadas por la ciencia relativas a los diferentes estados del desarrollo embrionario, además de su carácter incierto y científicamente discutido, no pueden, por sí mismas, definir el o los dinteles de aparición de la persona y fundamentar el respeto que le es debido. El Comité mantiene que es desde el momento de la fecundación que el principio del respeto del ser humano en desarrollo debe ser establecido. Sin pronunciarse sobre los fundamentos últimos de la persona, pero respetando la diversidad de opiniones metafísicas y filosóficas, el Comité estima que el fundamento y la medida del respeto debido al embrión pueden ser argumentados razonablemente. Se trata de tomar en consideración no sólo las significaciones antropológicas, culturales y éticas del comienzo de la vida humana, sino también las consecuencias y los trastornos que ciertas prácticas o investigaciones podrían entrañar sobre el conjunto de representaciones de la persona humana.

Estas consideraciones deben prevalecer sobre las ventajas que podrían derivarse para el conocimiento o perfeccionamiento de las terapéuticas, ya que representan una reducción al estado de objeto de la persona humana, aunque sea en potencia.

El respeto de la dignidad humana debe guiar a la vez el desarrollo de los conocimientos y los límites o las reglas que la investigación debe observar (véase rapport ético).

Resulta, por otra parte, necesario concretizar esta exigencia de dignidad indeterminada en sus consecuencias prácticas, a la vista de las contingencias ligadas al estado actual de los conocimientos, a las finalidades de las investigaciones y a los medios por los que podrían desarrollarse.

Las exigencias éticas no pueden ser formuladas siempre en términos «absolutos», con carácter dogmático. La elaboración de las reglas y su puesta en práctica implica compromisos que el principio ético del mal menor puede hacer tolerables. Este mal menor debería ser apreciado en vista de las ventajas y de



los riesgos inmediatos, a medio o a largo plazo, que sean de naturaleza científica o médica, psicológica o social, cultural o filosófica. La dificultad de su evaluación justifica las actitudes actuales de prudencia.

Así debería evitarse que la lógica de la eficacia y del rendimiento o las tentaciones de poder, sean cuales fueren los hechos de investigadores, médicos o pacientes, prevalezcan sobre la evaluación ética o científica de la utilización de embriones humanos. *Estos límites o estas condiciones* que el Comité recomienda observar, *deberán ser reevaluadas según la experiencia que resultará de su aplicación, de las evoluciones científicas y sociales*, de la profundización de la reflexión ética y de la intervención eventual de una legislación sobre la materia.

En el plano científico, las investigaciones sobre el embrión humano son motivadas en la práctica por los problemas de esterilidad y por la esperanza de mejorar la eficacia, aún débil, de la fecundación artificial. Estos últimos años se han obtenido progresos que se apoyan en las investigaciones llevadas a cabo en el animal. Estos progresos son debidos en parte al aumento de la disponibilidad de embriones con motivo de recurrir a tratamientos de multiovulación. Estos tratamientos permiten compensar por el número de embriones trasplantados la débil capacidad, aunque variable, de cada uno de ellos de lograr un desarrollo a término.

Esta práctica lleva regularmente a la producción de embriones supernumerarios que, ahora, pueden ser conservados en estado de congelación. Estos embriones se encuentran de hecho disponibles no sólo para las investigaciones que tratan

de mejorar la fecundación artificial, sino igualmente (aunque en pequeña proporción), para investigaciones susceptibles de extender su campo de aplicación (concretamente para la predicción de anomalías o enfermedades genéticas de las que es portador el embrión). Esta extensión se presenta sin límites por lo que se refiere al animal para el que las técnicas de laboratorio aplicadas en este momento a las especies domésticas conducen a la creación de quimeras, de clonas o de nuevas líneas de animales con patrimonio genético modificado (ver el rapport científico). La práctica actual revela la existencia de investigaciones sobre el embrión humano que no respetan las condiciones del «pre-requisito» animal. Esta exigencia debería ser respetada.

Sin embargo, no es suficiente por otra parte la aplicación al embrión humano de los resultados de la investigación animal, sin haberlos sometido a un examen crítico.

A la luz de las opiniones éticas y científicas, que se incluyen en anexo en el presente dictamen, el Comité Consultivo Nacional de Ética formula las recomendaciones siguientes dirigidas no sólo a los investigadores, médicos y pacientes, sino también a las instituciones de investigación y a los poderes públicos.

Algunos miembros del Comité han expresado opiniones diferentes, que se incluyen en el anexo del rapport ético.

RECOMENDACIONES GENERALES

Toda fecundación humana conduce a la formación de un embrión que estaría llamado, según el proyecto parental, a dar nacimiento a un niño aunque este nacimiento no se puede garantizar. Tratándose de fecundación *in vitro* la creación de embriones humanos es deliberada; la exigencia del respeto a la persona en potencia ya en el embrión se hace aún más subrayable.

De ahí resulta que:

- La finalidad de la fecundación *in vitro* debe ser el nacimiento de niños. En la medida en que la fecundación y trasplante de embriones, como paliativo y no como terapéutica de la esterilidad, presenta aún un carácter experimental y constituye una técnica todavía en ensayo para los pacientes, onerosa y aún poco eficaz, los poderes públicos y las instituciones de investigación deberían actuar prioritariamente con el objetivo del tratamiento de la esterilidad y de la prevención de sus causas.
- No se debe proceder, incluso con el consentimiento de los progenitores, a fecundaciones con el único objetivo de la investigación. Ello conduciría a hacer de los embriones humanos simples medios o puros objetos con desprecio del respeto a la dignidad humana, que debe prevalecer sobre las utilidades de la investigación científica.
- Todas las fecundaciones o intervenciones médicas o científicas sobre el embrión humano deben excluir cualquier tipo de comercialización. Los gametos o embriones humanos no pueden ser vendidos y no deben ser objeto de ninguna clase de comercio; los donantes no pueden ser remunerados y los organismos o personas poseedores de embriones humanos no deben perseguir, con motivo de su actuación, un fin lucrativo. Debería haber disposiciones legislativas para asegurar estos principios.
- Las fecundaciones o intervenciones médicas o científicas sobre los embriones humanos no pueden ser realizadas sino con el consentimiento libre y claramente expresado de los

progenitores. Las personas y los centros que realizan la fecundación y guardan los embriones tienen el deber de dar una información a los padres. Es ilegítimo cualquier tipo de presión para obtener dicho consentimiento. Los pacientes pueden rechazar, sin perjuicio de su derecho a beneficiarse de estos tratamientos, ciertas modalidades de fecundación *in vitro* y trasplante de embriones, que fueren contrarias a sus convicciones éticas. Del mismo modo, los médicos e investigadores pueden ampararse en una cláusula de conciencia para rechazar la realización de determinadas técnicas.

- Tanto la fecundación *in vitro* y el trasplante de embriones como la investigación sobre embriones *in vitro* no deben ser realizados sino por personas y centros específicamente habilitados por los poderes públicos en virtud de un reconocimiento, del que las condiciones prealables se anuncian en el capítulo VI del presente dictamen.

RECOMENDACIONES RELATIVAS A LA PRÁCTICA DE LA FIVTE COMO RESPUESTA A LA INFECUNDIDAD

La FIVTE se desarrolla en Francia como una técnica procreadora aceptable, con alguna reserva, la de precisar las indicaciones y las condiciones para su realización. Sin embargo, en el momento actual, no es posible evitar en todos los casos la fecundación de embriones llamados supernumerarios sobre cuya suerte conviene pronunciarse.

Indicaciones y condiciones de realización de la FIVTE

El desarrollo de la FIVTE tiene por objeto paliar la esterilidad. Parece deseable evitar una inflación de una técnica aleatoria, pesada y costosa, que no deja de tener riesgos físicos y sobre todo psíquicos para las parejas.

El Comité llama por otra parte la atención del cuerpo médico y de los pacientes potenciales sobre los peligros de la manipulación de la procreación.

Para la realización de la FIVTE el Comité formula las siguientes recomendaciones:

- Las indicaciones médicas de recurrir a la FIVTE deben concernir exclusivamente a parejas que sufran de una esterilidad o una hipofertilidad comprobadas y animadas de un proyecto de paternidad en común, dentro del cuadro de una relación estable y efectiva del hombre y la mujer. Ninguna otra indicación médica de la FIVTE puede ser propuesta hoy día (v. 3 C).
 - El consentimiento de la pareja a la FIVTE y a sus modalidades de realización debe ser dado libremente por cada uno de los miembros después de que hayan sido objetivamente informados de las posibilidades, riesgos y limitaciones de la FIVTE.
- Esta información debe recaer también sobre la eventualidad de obtener embriones en número superior a las posibilidades del trasplante y este consentimiento deberá ser recogido por escrito después de un período de reflexión. Ello puede llevar a limitar el número máximo de ovocitos a fecundar.
- La pareja debe ser informada del número de ovocitos efectivamente conseguidos y del número de embriones obtenidos.
 - El número de embriones trasplantados debe ser limitado

para reducir el riesgo de gestaciones múltiples, riesgo tanto para la madre como para los niños que van a nacer.

— En el caso de que el número de ovocitos obtenidos y fecundados sea superior a las posibilidades médicas de trasplante.

La donación de embrión de una pareja a otra por intermedio del centro de conservación merece una atención particular en razón a las divergencias de opinión expresadas en el seno del Comité.

Por un lado podría representar una forma de adopción prenatal que tendría el mérito de evitar la destrucción de embriones supernumerarios o en el caso de abandono o no realización del proyecto parental de la pareja generadora.

Por otro lado puede constituir el primer paso para la producción de embriones con el fin de la adopción. La cesión de embriones que resultaría de ello presenta riesgos graves, con peligro de comercialización y de tráfico ilícitos.

Ninguna legislación permite, en el estado actual, organizar la realización de una tal donación que acumula las dificultades de la donación de ovocitos y de la donación de espermatozoides. Nada permite responder actualmente en semejantes casos a las cuestiones jurídicas que podrían plantearse (concretamente en materia de filiación).

El Comité desea, pues, que las reglas jurídicas sean elaboradas antes de que la donación de embriones a otras parejas pueda ser ensayada. Subraya la urgencia de una intervención legislativa. En su defecto existe el riesgo de que se desarrolle un verdadero mercado negro de embriones.

El conjunto de cuestiones concretas que la fecundación *in vitro* y la congelación de embriones hacen surgir, muestra las dificultades de elaborar soluciones plenamente satisfactorias. Revela, por otra parte, los riesgos de los engranajes en los que nos introducen las prácticas incontroladas de reproducción medicalizada. Es por ello que debería evitarse concretamente el fecundar más ovocitos de los que parezca razonable y prudente trasplantar. Sin embargo, en el estado actual de las prácticas y de los conocimientos no resulta siempre posible el fecundar con seguridad nada más que los ovocitos necesarios. El lograr estos objetivos puede justificar hoy día las investigaciones sobre embriones *in vitro*.

RECOMENDACIONES RELATIVAS A LAS INVESTIGACIONES SOBRE EL EMBRIÓN *IN VITRO*

Principios fundamentales

de la investigación sobre los embriones humanos

La investigación sobre el embrión humano, en cuanto a su legitimidad ética y científica, es objeto de divergencias importantes de opinión, tanto sobre los principios como sobre las modalidades.

Algunos rechazan el principio mismo de toda investigación sobre el embrión, en razón del respeto que les merece la persona que reconocen en él. El embrión no puede en consecuencia ser sometido a experiencias que conducen a tratarlo como un objeto.

Otros, que no descartan el principio de la investigación, divergen al menos sobre el análisis de los fines que ella persigue, de los medios que utiliza, del interés o de la utilidad que presenta y sobre los límites que conviene imponerle.

La investigación sobre el embrión humano es sin embargo

hoy día una realidad que no se puede ignorar y que debe ser reglamentada.

A pesar de la oposición de algunos de sus miembros, el Comité estima que no se puede excluir a priori toda investigación sobre el embrión *in vitro*, ni prohibir la donación de embriones supernumerarios con esta finalidad.

Sin embargo, el Comité estima que las investigaciones en lo que concierne al embrión, persona potencial y en razón de sus consecuencias, deben estar sometidas imperativamente a ciertas reglas y deben ser objeto de un control social por instancias cuya composición refleje las diferentes corrientes del pensamiento.

Estas reglas y sus controles se imponen para doblar el poder de la ciencia sobre la génesis de la vida humana y para imponer a aquellos que han de poner en práctica tales investigaciones el tener que rendir cuentas del ejercicio de su poder.

El contenido de las reglas debe tomar en consideración no sólo las exigencias de la ética fundamental, sino también las contradicciones, los riesgos y las incertidumbres de la investigación sobre el embrión humano, así como las ventajas que se pueden razonablemente esperar de ellas:

- Contradicción por ejemplo entre la legitimidad de una investigación dirigida al bien del niño que va a nacer y la necesidad de investigar de antemano sobre el embrión humano.
- Riesgos ligados a la predicción o determinación de la identidad de los niños que van a nacer, riesgo de desviación hacia la eugenesia o hacia las prácticas de la pura conveniencia paterna.
- Incertidumbres relativas a las posibilidades reales de la puesta en práctica de la investigación teniendo en cuenta las condiciones a respetar para la obtención de embriones humanos.
- Ventajas que por un mejor conocimiento de los mecanismos del desarrollo embrionario *in vitro* podrían contribuir por ejemplo a mejorar la FIVTE y a la reducción de los puntos álgidos de las cuestiones éticas que ella suscita concretamente en cuanto a la congelación.

El Comité, en consecuencia, se debe orientar a formular recomendaciones precisas cuyo carácter restrictivo se justifica por la necesidad:

- De asegurar la fiabilidad y el valor científico de los proyectos de investigación susceptibles de ser autorizados.
- De disponer de un espacio de tiempo que permita verificar el adecuado fundamento de ciertas investigaciones de carácter netamente genético.
- De evitar que sean emprendidas investigaciones que no presentan interés médico y que comportan riesgos éticos o biológicos inaceptables.

Recomendaciones relativas a las investigaciones sobre el embrión humano *in vitro*

Recomendaciones relativas a las investigaciones sobre las condiciones de obtención y desarrollo de embriones humanos destinados a ser trasplantados

Ensayos clínicos para beneficio individual potencial

Son considerados como tales los ensayos clínicos por los cuales la pareja puede entrever razonablemente el aumento de sus posibilidades de tener un hijo.

Estos ensayos no pueden ser emprendidos más que si se

dispone ya en el hombre de datos preliminares suficientemente numerosos que indican que este objetivo puede ser razonablemente alcanzado.

El tratamiento a ensayar debe poder justificar, concretamente a partir de referencias en modelos animales, su inocuidad sobre el desarrollo normal después del trasplante.

- Ningún ensayo es posible sin el consentimiento de la pareja que debe ser obtenido a partir de una información de las prácticas ordinarias con las que se llevan a cabo estos intentos.
- Los ensayos sobre el embrión deben ser realizados por equipos biomédicos reconocidos, organizados bajo la responsabilidad de un biólogo y de un médico. Ellos deben, en cualquier momento, ser objeto de una evaluación a petición de un Comité de ética.
- Estos ensayos se dirigen a las parejas con ocasión del tratamiento de infertilidad.

Puede hoy día ser objeto de ensayos clínicos las investigaciones sobre los tratamientos de estimulación del ovario con miras a la producción de varios ovocitos aptos para ser fecundados y las que tratan de recrear *in vitro* las condiciones de fecundación y de cultivo semejantes a las que permiten *in vivo* el desarrollo del embrión antes de su implantación.

- No deben hoy día ser objeto de ensayos clínicos las investigaciones que tratan de predecir ciertas características genéticas del embrión, concretamente aquellas relativas a la predicción del sexo o de anomalías eventuales.

Ensayos clínicos sin beneficio individual potencial

Son consideradas aquí las investigaciones para las que no se dispone aún de información suficiente para justificar que tales investigaciones aumentan las posibilidades de un nacimiento.

- Estas investigaciones no deben ser emprendidas más que si se dispone de datos científicos suficientemente convincentes en el animal y si se puede justificar que su aplicación al hombre constituye un progreso claramente reconocible.
- El consentimiento de la pareja debe ser obtenido después de una información precisa sobre las finalidades y los pormenores del ensayo. Éste debe ser recogido por escrito.
- Los ensayos sobre el embrión deben ser llevados a cabo por equipos biomédicos especializados. Deben, de antemano, ser objeto de un examen por un Comité de ética. Este Comité, en caso de acuerdo, debe poder ser informado en todo momento del desarrollo del ensayo.
- Entre otros, hoy día deben ser considerados como ensayos clínicos sin beneficio individual potencial *las investigaciones concernientes a la congelación de embriones*. Estas investigaciones han mostrado que ellos podrían constituir un progreso, concretamente para aumentar la eficacia de la FIVTE, pero su aplicación sistemática debe esperar a que se den las condiciones que permitan su evaluación tanto en un plano científico como ético.
- No deben ser objeto hoy día de ensayos clínicos las investigaciones que utilicen técnicas invasivas* y/o aquellas que tratan de predecir ciertas características genéticas, concretamente las relativas a la predicción del sexo o de algunas anomalías.

* Por técnicas invasivas se entienden aquellas que recurren a micromanipulaciones de las células embrionarias.

Recomendaciones relativas a las investigaciones sobre los embriones supernumerarios cuyo trasplante no puede ser intentado

El Comité recuerda la prohibición de fecundaciones con miras a la investigación. Recuerda igualmente la oposición de algunos de sus miembros al principio de tales investigaciones. Considera al menos que la donación de embriones supernumerarios con miras a la investigación puede ser tolerable en cuanto que ella sea estrictamente reglamentada.

Son consideradas aquí las investigaciones concernientes a la adquisición de los conocimientos necesarios para una futura aplicación clínica (por ejemplo el aumento de las tasas de implantación o de la fecundación de ovocitos después de la congelación). Estas investigaciones permiten extender al embrión humano los resultados obtenidos en el animal (v. comunicación científica).

Se llaman embriones supernumerarios los embriones cuyo trasplante en beneficio de la pareja no puede ya ser emprendido.

La investigación sólo puede intervenir:

- Una vez finalizado el proyecto procreador de la pareja y con su consentimiento libre y claro.
- Después de un balance serio de los resultados de la investigación animal.
- Después de definir su finalidad, a fin de apreciar su interés para el progreso de la terapéutica.
- Sólo sobre embriones *in vitro* en los más iniciales estadios de su desarrollo. A este respecto, no parece justificado, tanto desde el punto de vista ético como científico, fijar una fecha límite del desarrollo *in vitro* de los embriones. La duración de 14 días preconizada por algunos textos no corresponde a un indicador científico establecido y permite creer que antes de este límite el embrión humano no es una persona humana potencial que justifica el respeto, sino un simple «material» de investigación libremente disponible. El Comité estima que los embriones humanos no deben ser cultivados sin justificación para un proyecto de investigación. Recuerda que el respeto al embrión se impone desde la fecundación. Pero el valor y el interés médico de un proyecto de investigación deben ser tomados en consideración igualmente para definir la duración límite del desarrollo *in vitro*. El conflicto de valores debe ser examinado caso por caso. A título indicativo, el Comité recomienda en todo caso no emprender investigaciones que impliquen el conservar los embriones más allá del momento de la implantación, es decir, hacia los 7 días.
- Debe probarse que la investigación sobre el embrión humano es el único y exclusivo medio de llegar a los conocimientos perseguidos.
- La investigación debe ser realizada por equipos distintos de los que realizan la FIVTE, a fin de evitar toda presión eventual sobre las parejas en curso de tratamiento.
- El proyecto de investigación debe ser sometido de antemano al juicio del Comité Consultivo Nacional de Ética. En caso de opinión favorable, la ejecución del proyecto debe ser controlada por un Comité de ética reconocido (o en su defecto por el Comité Nacional). Este Comité debería dar cuenta de sus investigaciones al Comité Consultivo Nacional de Ética.
- La conservación por congelación no puede ser autorizada más que a la vista de un proyecto científico preciso. Los equipos de investigación no deben constituir stocks de embriones sin proyecto de investigación determinado. La du-

ración de la congelación será fijada en función de cada proyecto y caso por caso.

- Los resultados obtenidos al término de la investigación autorizada deben ser publicados y puestos en conocimiento del Comité Consultivo Nacional de Ética.
- La aplicación a la práctica clínica de los resultados obtenidos debe ser objeto de una comunicación del Comité Consultivo Nacional de Ética.

Investigaciones sometidas a una moratoria

El Comité recomienda una moratoria para las investigaciones dirigidas a permitir un diagnóstico genético (diagnóstico cromosómico o genético, diagnóstico del sexo) antes del trasplante.

Ello se refiere únicamente a las investigaciones que asocian la obtención por micromanipulación (biopsia) de una parte de las células (o de los núcleos) del embrión y el análisis de las características genéticas de las células. Estas investigaciones son emprendidas por algunos para permitir finalmente no sólo mejorar por la selección de embriones el número de éxitos de la FIVTE, sino sobre todo para poner remedio a las patologías graves evitando tener que recurrir al diagnóstico prenatal en el estadio fetal.

Estas investigaciones, de hecho, conducirán a nuevas indicaciones de la FIVTE, además de la lucha contra la infertilidad.

Es cierto que la aplicación de las recomendaciones formuladas anteriormente permitirían evitar el tener que recurrir a esta moratoria. Pero persisten numerosas incertidumbres en cuanto a la aplicación inmediata de estas recomendaciones.

También, a pesar de las reservas de algunos de sus miembros sobre el principio mismo de la moratoria, el Comité considera, después de haberlo debatido ampliamente, que ésta se impone tanto por razones éticas como médicas y científicas.

Estas investigaciones hacen patente el riesgo de que se desarrollen prácticas de carácter eugenésico que, al banalizarse, podrían suscitar deseos éticamente condenables de normalización de la reproducción humana por razones sanitarias o de conveniencia. Estas perspectivas constituyen hoy día, con razón, una inquietud, e incluso una hostilidad, de un amplio sector de la opinión pública así como de numerosos investigadores y médicos. Las tentaciones de una elección del niño a nacer en función de sus cualidades puede aparecer como contraria a la dignidad de la persona futura, porque pone en tela de juicio el respeto a la identidad, singularidad y libertad del niño.

En todo caso, el conjunto de estas consecuencias debe ser objeto de una reflexión ética profunda antes de que se pueda pensar en someter la oportunidad de estas investigaciones a un examen caso por caso.

Además, y sobre todo, las parejas pueden recurrir actualmente a métodos fiables de diagnóstico prenatal en el estadio fetal. Este diagnóstico puede ciertamente conducir en determinados casos a un aborto terapéutico. Pero evitar de afrontar el problema moral del aborto evadiendo el problema con el uso del diagnóstico genético del embrión *in vitro*, antes del trasplante, es no querer ver que de hecho la difícil decisión del aborto nos protege contra la tentación de una selección genética de embriones *in vitro*.

Por otra parte las investigaciones llevadas a cabo actualmente en el animal muestran que los métodos de diagnóstico genético del embrión antes de su trasplante son poco numerosos y mal dominados.

El Comité considera que una moratoria de 3 años permitirá a los investigadores, a partir de los trabajos sobre el embrión animal, precisar las condiciones científicas de una eventual aplicación al embrión humano, y la reflexión ética para discernir mejor las consecuencias de estas investigaciones de carácter genético.

Investigaciones a prohibir

Terapéutica germinal

Aunque parece ser que no han sido emprendidas todavía, pero teniendo en cuenta las posibilidades de que lo sean en el porvenir, el Comité recomienda prohibir toda investigación que tenga por finalidad la terapéutica génica germinal, es decir, toda modificación artificial del genoma humano por «transgenesis» (o producción de quimeras) transmisibles a la descendencia.

La transgenesis somática (si no existe el peligro de alcanzar a las células germinales) no es afectada por esta prohibición y será objeto de un dictamen ulterior.

Investigaciones sin justificación científica ni ética

El Comité recomienda igualmente la prohibición de toda investigación que tenga por objeto el trasplante de embriones entre el hombre y el animal así como las que conciernen a la gestación masculina.

Considera que no tiene hoy día ningún fundamento científico la investigación cuya finalidad fuera la realización de una gestación completa *in vitro* (ectogénesis) o la implantación de embriones cuyo desarrollo se ha iniciado sin el aporte de espermatozoides (partenogénesis).

Recomendaciones particulares relativas a las investigaciones sobre los ovocitos llamados supernumerarios

Las investigaciones sobre ovocitos supernumerarios antes de su fecundación eventual plantea dos problemas particulares: el relativo a las condiciones de su obtención y el que concierne a la suerte a reservar a los embriones que resultarán de su fecundación.

Condiciones de obtención de los ovocitos

- Los ovocitos pueden ser obtenidos con ocasión de una FIVTE. En el estado actual de nuestros conocimientos no se puede prejuzgar el resultado efectivo de una fecundación, dada la variabilidad observada: la utilización de ovocitos para la investigación reduce las probabilidades de obtención de un niño. La pareja debe dar, pues, su consentimiento que sólo puede ser formulado nada más que en base a una información completa para la realización del proyecto de niño. La utilización para la investigación de una parte de los ovocitos recogidos con ocasión de un programa clínico de FIVTE no puede realizarse sin el consentimiento escrito de la pareja, expresado después de una información completa en la que se incluya el número de ovocitos que se destinarían a la investigación.
- Los ovocitos susceptibles de ser obtenidos con ocasión de ciertas intervenciones médicas no relacionadas con la FIVTE no pueden ser destinados a la utilización para la investigación sin el consentimiento escrito de la mujer.

Fuera de los dos casos precedentes, no es legítimo obtener, con el solo fin de investigación, ovocitos después de estimulación del ovario incluso con el consentimiento de la mujer.

Destino a reservar a los embriones resultantes de la fecundación

La fecundación de ovocitos con el solo fin de la investigación debe ser rechazada. Se trataría de fecundaciones con vistas a la investigación, contraria al principio enunciado anteriormente.

En todo caso, se puede considerar a título diagnóstico, que la fecundación puede ser obtenida con el espermatozoides del marido (con exclusión de los test de fecundación cruzada). Corresponderá a la pareja, de acuerdo con el médico, decidir la reimplantación de los embriones así obtenidos, su destrucción o su donación para la investigación, como si se tratase de embriones supernumerarios. Estos embriones estarán sometidos entonces a las reglas enunciadas anteriormente.

Las investigaciones sobre los ovocitos deberán ser llevadas a cabo por equipos especializados y constituidos bajo la responsabilidad de un biólogo y un médico de competencia reconocida. De antemano deben ser objeto de un examen por un Comité de ética.

Las investigaciones sobre la congelación de ovocitos para las cuales los datos actualmente disponibles en el animal son insuficientes, demuestran que los riesgos de fecundación anormal son más elevados: en el momento actual, los embriones humanos que fueren obtenidos después de la descongelación no deberían ser trasplantados.

El Comité recomienda que sea establecido de aquí a dos años un primer balance de las investigaciones efectuadas sobre la congelación de ovocitos. Este balance deberá permitir el establecer las condiciones de una eventual realización de las aplicaciones clínicas al respecto.

Recomendaciones relativas a las investigaciones sobre el embrión animal

Las investigaciones sobre el embrión humano deben estar supeditadas al progreso de la investigación animal. Pero la experiencia muestra que los resultados de esta investigación pueden ser trasladados con facilidad y a veces prematuramente al hombre. Es deseable que se pongan en vigor los medios para evaluar en el plano ético la evolución actual de ciertas disciplinas tales como la genética y la biología del desarrollo.

El Comité desea a este respecto coordinar sus reflexiones con la actividad de los organismos de investigación.

RECOMENDACIONES CONCERNIENTES A LAS CONDICIONES DE ESPECIALIZACIÓN DE CENTROS DE FECUNDACIÓN *IN VITRO*

En razón de la importancia que su actividad reviste para el individuo y para la sociedad, los centros de procreación artificial no deberían depender ni para su creación ni para su funcionamiento, de la libre iniciativa.

En consecuencia, ningún centro de procreación artificial

debe ser creado, ni debe funcionar, sin haber recibido la certificación de los poderes públicos. Este reconocimiento no debe ser concedido más que a centros cuyo personal científico y médico, de valor técnico probado, sean considerados como centros que reúnen las condiciones adecuadas para la acogida, información y asistencia a las parejas que los soliciten.

Ejerciendo su actividad sin finalidad comercial, deberán comprometerse a respetar los principios éticos a los que está supeditada la procreación *in vitro*.

Cada certificación deberá ser precedida de la consulta y dictamen del Comité Consultivo Nacional de Ética o de una instancia nacional especialmente establecido con esta finalidad.

Debe ser efectuado un control durante el curso de su actividad según las modalidades adecuadas, sobre el respeto de los centros, a los imperativos que le han sido impuestos y cuya transgresión podría entrañar la retirada de la certificación.

Los centros de procreación artificial existentes en la fecha de entrada en vigor de una reglamentación no podrán proseguir su actividad si no es con la condición de obtener la certificación.

Las condiciones más arriba enunciadas deben ser aplicadas a las actividades de investigación sobre los gametos y los embriones según los imperativos éticos propios de estas actividades.

El Comité emite el deseo de que, en la medida de lo posible, los equipos que practiquen la fecundación artificial sean diferentes de los equipos de investigación. Esta independencia debería ser especialmente real para las investigaciones sobre los embriones cuyo trasplante no puede ser intentado ya. Considera esta separación como un medio para evitar que la fecundación comporte a priori una finalidad experimental.

El Comité recomienda a los poderes públicos el velar para que los centros respeten las recomendaciones enunciadas en el presente dictamen.

Las autoridades encargadas del control de los centros de fecundación artificial y de investigación deben poder informarse en todo momento de la situación del conjunto de los centros donde se conserven, en estado de congelación, los embriones, con el fin de encontrarse en disposición para garantizar con el concurso de los comités de ética la transparencia de las prácticas médicas y de investigación.

— El Comité llama la atención de los consejos científicos de las instituciones de investigación, a fin de que ellos velen por su parte sobre el respeto, por los centros y los investigadores, de las recomendaciones enunciadas en el presente dictamen.

— Corresponde en fin a los poderes públicos el sacar las consecuencias de la eventual transgresión de las exigencias éticas y científicas de la investigación biomédica sobre embriones humanos, después de haber puesto los medios para garantizarlas con efectividad (concretamente en cuanto al papel de los comités de ética y del comité consultivo nacional).

Sólo con estas condiciones los responsables públicos y la sociedad podrán asegurar la regulación de las prácticas clínicas o científicas y podrán emprender las adaptaciones o las revisiones que estas recomendaciones puedan justificar en el porvenir.

9.2.2 DICTAMEN SOBRE LOS PROBLEMAS PLANTEADOS POR EL DESARROLLO DE MÉTODOS DE UTILIZACIÓN DE CÉLULAS HUMANAS Y DE SUS DERIVADOS

(1987)

El Comité recuerda su completa adhesión al principio según el cual los productos de origen humano no tienen precio y por tanto no pueden ser ni comprados ni vendidos.

El Comité ha sido consultado sobre los problemas éticos planteados por los incidentes financieros que aparecen con ocasión de los cultivos de células humanas. Formula a este respecto el dictamen siguiente, del cual le parece necesario extender sus principios, teniendo en cuenta su importancia, a los derivados biológicos de estas células o a sus constituyentes (molécula de ADN por ejemplo).

Las células, que son un producto del cuerpo humano, no pueden por ello ser objeto de comercio por parte de la persona de la que proceden. En todo caso esta persona puede hacer donación de ellas, como de su sangre.

Tratándose de un enfermo, la obtención de células con fines diagnósticos o terapéuticos para el interesado, puede ser considerado como implícitamente permitido por este último cuando —y en la medida que— la obtención es necesaria para estos fines. Se recomienda al menos que estos enfermos sean informados siempre sobre una posible utilización de estas células con fines científicos.

La utilización ulterior del material obtenido, que debe quedar siempre estrictamente anónima, puede revestir dos aspectos:

- El producto es una sustancia (una molécula o un segmento de la molécula del ADN por ejemplo) que ha necesitado un trabajo, a veces considerable, de desarrollo o aislamiento (interferon, eritropoyetina como en el caso planteado, anticuerpos monoclonales).
- El producto es una célula utilizada como reactivo de laboratorio; sin embargo ella debe ser cultivada, a veces clonada o incluso transformada para conseguir la multiplicación indefinida («inmortalización»).

Aunque en el segundo caso el trabajo de desarrollo sea menor que en el primero, se puede admitir que este trabajo pueda ser remunerado.

Dentro del trabajo de desarrollo es necesario distinguir el producto comercial que puede derivarse de él. Éste entra en los circuitos normales de la distribución.

Resulta de estas consideraciones que el sujeto del cual provienen las células permanece ignorante a las consecuencias de su tratamiento y de su utilización y que sus herederos no pueden tener sobre estas células y sus derivados mayores derechos que él mismo.

En contraposición, si las células deben servir para fines extraños a un aspecto diagnóstico, terapéutico o del conocimiento y ser utilizadas de modo preferente en el dominio únicamente de la economía, el Comité emite un dictamen desfavorable.

Los problemas así suscitados requieren ser estudiados en profundidad particularmente en el sentido de una profundización del papel de los poderes públicos en la materia. Es por ello que el Comité se reserva hacer un estudio complementario posterior sobre el tema.

RELACIÓN

Las células provenientes del cuerpo humano no pueden ser consideradas de diferente manera que cualquier otro elemento de este cuerpo. No existe pues una razón específica que las excluya del principio de rechazo de toda comercialización. De aquí se desprende que el hombre no puede ser autorizado a vender sus propias células.

Las razones de esta prohibición son las mismas que impiden todo negocio por ejemplo de la sangre o de un órgano, teniendo en cuenta la dignidad de la persona, el temor a los abusos y la explotación de la miseria. Pero por el contrario no será impedida la donación de las células del mismo modo que no lo es la donación de sangre.

Para el donante sano no aparece ninguna dificultad.

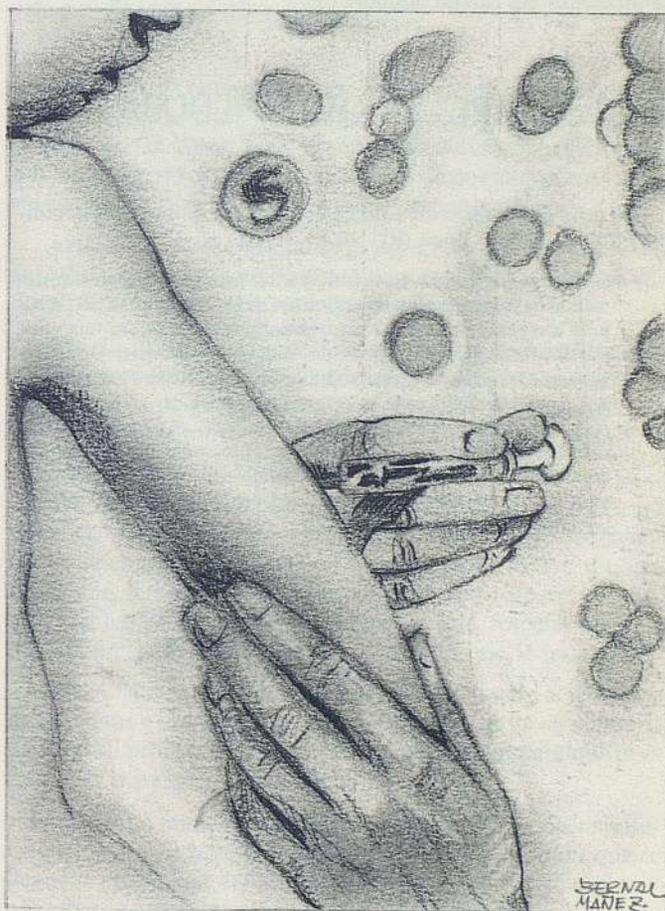
Para el enfermo la cuestión es más delicada: la hipótesis es la de una obtención necesaria teniendo en cuenta la terapéutica.

Dos problemas se han de resolver de antemano:

- ¿La donación debe ser explícita? El paciente acepta los cuidados que exige su enfermedad en todos sus aspectos. Acepta pues también la obtención de tales materiales. Se puede entonces discutir si la donación va implícita, por las razones siguientes: la obtención es a la vez necesario a buen seguro y frecuentemente saludable; forma parte del sometimiento a los cuidados formulados *ab initio*; la exigencia de un acuerdo explícito de cara a la donación sería a su vez difícil de explicar si se tienen en cuenta las diferentes mentalidades de los interesados y constituiría un obstáculo inútil para la investigación.
- ¿La donación implica el rechazo de todo aspecto financiero? Tratándose del donante la respuesta no puede ser más que afirmativa.

Pero las células, después de su cultivo, derivan hacia la fabricación de sustancias destinadas a la biología o a la medicina y vendidas con estos fines. ¿No resulta de aquí una contradicción con la prohibición de venta de productos del cuerpo humano?

Conviene recordar que la donación a la que ha consentido explícita o implícitamente el sujeto, es la de las células. A partir de aquí dos situaciones son posibles de considerar:



— Lo que está en juego no es ya un producto del cuerpo humano sino un derivado en forma de sustancias fabricadas. Por consecuencia a la fase de recogida del producto, sucede la de su transformación (en interferon o eritropoyetina en el caso que nos ha sido sometido). Lo que es objeto de un precio no es una parte del cuerpo, sino el trabajo aportado y la sustancia que de él resulta.

— En otro caso es la célula en sí misma la que es comercializada y no su derivado dividido. Se la puede utilizar en test de laboratorio. No hay razón decisiva para formular a este respecto una mayor exigencia que acrecentaría el riesgo de privar a la ciencia de un elemento de investigación.

En efecto, por una parte la noción de donación parece suficiente para evitar los abusos de que podrían ser objeto los donantes, por otra es el trabajo de los técnicos el que justifica en su mayor parte las implicaciones financieras.

En estas condiciones el sujeto, después de haber hecho la donación, no tiene derecho alguno para aprovecharse de un producto o de un trabajo que no le afectan. Sus herederos, esta es la respuesta a la cuestión precisa que nos ha sido planteada, no tienen mayores derechos que su autor.

No se puede olvidar, en fin, el problema de la eventual utilización de células humanas para la fabricación de productos no médicos.

En este caso la donación pierde su base de generosidad y su fundamento: no tendería ya a unas mejoras del diagnóstico o de la terapéutica. Permitiría exclusivamente la realización de una operación puramente comercial. Hay que admitir que no sería tolerable que la persona en cuestión no sea claramente informada del destino que se va a dar a las células obtenidas.

Pero, incluso bajo esta condición, el Comité no puede considerar como ético el traspaso total del producto del cuerpo humano del campo de la salud al de la economía.

La finalidad diagnóstica o terapéutica permite hacer tolerable el aspecto comercial del proceso. Desde el momento en que este último aspecto se hace exclusivo, desaparece toda justificación de utilización de productos del cuerpo humano.



9.2.3 RU 486, LA OTRA PÍLDORA (1987)

He aquí el dictamen del Comité Nacional de Ética sobre la utilización de la Mifepristona (RU 486):

- El Comité Consultivo Nacional de Ética ha sido objeto de una demanda de dictamen sobre la utilización de la Mifepristona (RU 486). Esta molécula tiene, entre otras propiedades, la de ser una anti-progesterona. Puede ser, pues, utilizada como abortivo. De ahí resulta que las interrupciones voluntarias del embarazo así provocadas permiten evitar toda intervención quirúrgica.
- Aun tomando en consideración este resultado, el Comité cree que debe formular con este motivo ciertas observaciones de orden general. La administración de un producto nuevo, cualesquiera que sean sus virtudes intrínsecas y su carácter beneficioso, no debería ser admitida en contradicción con la legislación.

- Siendo así que la Mifepristona, al no exigir más que una toma única, podría conducir a las interesadas a no respetar las disposiciones contenidas en la ley del 17 de enero de 1975, modificada por la ley del 31 de diciembre de 1979 sobre la interrupción voluntaria del embarazo. Por otra parte, estas disposiciones responden a imperativos de orden general que la sola aparición de un producto nuevo no puede hacer desaparecer.
- En consecuencia, resulta importante que un producto tal no sea autorizado sino dentro del cuadro de las leyes en vigor y bajo vigilancia médica. En efecto, si puede tener como efecto el evitar recurrir a una intervención quirúrgica, no debe entrañar un aumento de las interrupciones voluntarias del embarazo.
- Los problemas así planteados llevan al Comité a insistir desde este mismo momento en la importancia que de entrada tiene el no autorizar la prescripción y el empleo de este producto sino en centros altamente especializados.
- Esto sería más factible por otra parte por cuanto estos centros existen ya en la actualidad.

10. INFORMACIONES

Carta de los Derechos de la Familia del Enfermo

Las Delegaciones de Pastoral Sanitaria de las diócesis correspondientes a la Provincia Eclesiástica de Oviedo, presentaron en su XI Encuentro-Convivencia Regional, celebrado en León del 10 al 12 de abril pasado la presente *Carta de los Derechos de la Familia del Enfermo* que a continuación reproducimos. Creemos que es una magnífica idea, durante mucho tiempo acariciada, y dada a luz precisamente, en este año en el que en su jornada anual dedicada al Enfermo, la Iglesia de España la dedica a *La Familia del Enfermo*.

PREÁMBULO

Considerando que

a) Los derechos de la persona, aunque expresados como derechos del individuo, tienen una dimensión fundamentalmente social, que halla su expresión innata y vital en la familia.

b) La familia, sociedad natural, existe antes que el Estado o cualquier otra comunidad y posee unos derechos propios que son inalienables.

c) La familia constituye, más que una unidad jurídica, social y económica, una comunidad de amor y de solidaridad, insustituible para la enseñanza y transmisión de los valores culturales, éticos, sociales, espirituales y religiosos, esenciales para el desarrollo y bienestar de sus propios miembros y de la sociedad.

d) La familia es escuela de humanismo y humanización y el lugar donde se encuentran diferentes generaciones y donde se ayudan mutuamente a crecer en sabiduría humana y a armonizar los derechos individuales con las demás exigencias de la vida social.

e) La familia y la sociedad, vinculadas mutuamente por lazos vitales y orgánicos, tienen una función complementaria en la defensa y promoción del bien de la humanidad y de cada persona.

f) La sociedad, y de modo particular el Estado y las Organizaciones Internacionales, debe proteger a la familia con medidas de carácter político, económico, social y jurídico, que

contribuyan a consolidar la unidad y la estabilidad de la familia para que pueda cumplir su misión específica.

g) La familia puede sufrir situaciones de especial dificultad, por diferentes motivos, entre los que ocupa un lugar importante la enfermedad, ancianidad o invalidez de alguno de sus miembros, que la obligue a soportar cargas físicas, psíquicas, sociales y económicas extraordinarias.

h) Se carece de un instrumento básico, que considere los derechos de la familia del enfermo.

Se presenta esta

CARTA DE LOS DERECHOS DE LA FAMILIA DEL ENFERMO

a los efectos oportunos, como desarrollo de este campo concreto, inspirada en la *Carta de los Derechos de la Familia*, presentada por la Santa Sede, el día 22 de octubre de 1983, a todas las personas, instituciones y autoridades interesadas en la misión de la familia en el mundo contemporáneo.

Artículo 1. Toda familia tiene derecho a que su vida se desarrolle en un medio ambiente sano y poder gozar de una calidad de vida digna de las personas humanas.

Art. 2. Toda familia tiene derecho a que se le faciliten los medios para una adecuada educación sanitaria, mediante la organización de programas de información y formación sobre la salud, la prevención y curación de enfermedades y la rehabilitación en la salud de sus miembros.

Art. 3. La familia que cuente con un miembro enfermo tiene derecho a que personas e instituciones tomen conciencia de la complicada situación que la familia vive y soporta y, por ello, a recibir de la sociedad en general y de cada ciudadano en particular un trato humano, afable, respetuoso y solidario, en razón de la peculiar situación que le toca vivir.

Art. 4. La familia del enfermo tiene derecho a reclamar de personas e instituciones, tanto signos eficaces de solidaridad con su problema, como medidas apropiadas para que pueda llegar a paliarlo y superarlo.

Art. 5. La familia del enfermo tiene derecho a que las autoridades públicas habiliten los medios necesarios, para que se llegue a promulgar leyes y dictar normas que contemplen y atiendan la singular situación de esta familia.

Art. 6. La familia del enfermo tiene derecho a ser atendida con diligencia y meticulosidad por los poderes judiciales del Estado, cuando ella se sienta perjudicada en sus derechos o excluida de los beneficios que la ley establezca.

Art. 7. La familia del enfermo tiene derecho a urgir que los órganos ejecutivos de las Administraciones Públicas apliquen las leyes y cumplan y hagan cumplir las normas que protegen estas situaciones en toda su amplitud.

Art. 8. La familia del enfermo tiene derecho a que las Instituciones Públicas habiliten los medios necesarios para:

1) Desarrollar unas adecuadas medidas preventivas, que puedan facilitar a quienes lleguen a experimentar una situación de este tipo poder afrontarla sin menoscabo del equilibrio personal, familiar, social y económico.

2) Poner en marcha un eficaz sistema de asistencia social que garantice:

1.º) La humana, eficiente y rápida atención al miembro enfermo, tanto si se trata de las consultas médicas iniciales, como del internamiento, tratamiento subsiguiente o convalecencia del mismo.

2.º) La recepción de una atención singularizada a la propia familia, en razón de los perjuicios que ocasiona la enfermedad de uno de sus miembros.

Art. 9. La familia del enfermo tiene derecho a que las autoridades públicas creen las instituciones y habiliten los medios necesarios para:

1.º) Garantizar una adecuada y eficaz atención médica al miembro enfermo, tanto éste esté internado, como domiciliado.

2.º) Facilitar los recursos necesarios para que la familia no sufra menoscabo alguno, personal, familiar, laboral, social o económico, en razón de la enfermedad de un miembro de la misma.

3.º) Crear las condiciones idóneas para dar seguridad a la familia que ha de sobrellevar la existencia en su seno de un miembro enfermo crónico, impedido, anciano o terminal.

4.º) Articular los medios para ayudar a la familia a que supere más fácilmente la situación de dificultad que provoca el fallecimiento de un miembro de ella.

Art. 10. La familia tiene derecho a recibir de quien corresponda una información verídica, comprensible, completa, continuada, verbal y escrita acerca de la situación y evolución que experimente el miembro enfermo en el desarrollo de la enfermedad.

Art. 11. La familia del enfermo tiene derecho a ser informada del tratamiento que se le aplica a éste, así como de los riesgos que pueda conllevar y de los resultados que se pueden esperar, teniendo en cuenta su aplicación en casos semejantes.

Art. 12. La familia del enfermo tiene derecho, tras ser consultada, a emitir su juicio sobre el tratamiento que se pretende aplicar al paciente, cuando éste esté incapacitado para tomar decisiones responsables, con tal de que su decisión no vaya contra los derechos fundamentales de la persona.

Art. 13. La familia del enfermo tiene derecho a poder acompañar al miembro de ella internado, especialmente si la situación de éste es terminal, supuesta la ausencia de razones sanitarias que lo impidan.

Art. 14. La familia del enfermo tiene derecho a recibir un trato amable, cercano y solidario por parte del personal sani-

tario, tanto cuando se solicite información, como cuando esté legítimamente asistiendo al mismo enfermo.

Art. 15. La familia del enfermo tiene derecho a exigir que no se empleen medios extraordinarios para mantener con vida al enfermo terminal.

Art. 16. La familia del enfermo tiene derecho a que se mantenga y respete la vida del enfermo con el empleo de todos los medios ordinarios que estén al alcance de sí misma y de las instituciones encargadas de ello.

Art. 17. La familia del enfermo tiene derecho a recibir de forma diligente y oportuna el Informe de Alta del miembro que ha padecido una enfermedad que le ha incapacitado temporalmente para llevar una vida ordinaria.

Art. 18. La familia del enfermo tiene derecho a recibir el asesoramiento burocrático y jurídico necesario, por parte de las autoridades competentes.

Art. 19. La familia del enfermo tiene derecho a recibir el asesoramiento ético que requiera, en consonancia con sus convicciones humanísticas, filosóficas y religiosas, realizado por personas competentes y con encomienda especial para ello y facilitado por las instituciones públicas, que podrán articularlo a través de la creación y potenciación de los llamados *Comités de Ética*.

Art. 20. La familia del enfermo tiene derecho a la asistencia religiosa, acorde con sus creencias y credo, por lo que las instituciones sanitarias y religiosas han de facilitar la existencia y funcionamiento de este tipo de servicios.

Documento conclusivo del congreso de la AMCI

(Asociación de Médicos Católicos de Italia)

La Asociación de Médicos Católicos Italianos, reunidos en Florencia del 17 al 20 de octubre para celebrar su duodécimo congreso sobre el tema: *Calidad de la Medicina para calidad de la vida*, habiendo resaltado el carácter central del tema presentado y debatido, respecto al ejercicio de la profesión médica y a su constante esfuerzo y promoción de la vida humana:

- **Reitera** su fidelidad al Magisterio de la Iglesia, particularmente en lo tocante a los graves problemas concernientes a la defensa intransigente de la existencia del hombre, subrayando sus pasos más recientes encaminados a extender la tutela de la persona en todo tiempo, lugar y circunstancia, sin renunciar en modo alguno a reivindicar incluso la plena dignidad de aquellos que sufren minusvalías o de quienes se encuentran al término de su existencia.
- **Advierte**, en particular, la urgencia de un empeño preciso e inequívoco de los socios, y de cuantos defienden por convicción la vida humana, por reafirmar, en la investigación y en la práctica médicas, en las leyes y en la organización que dimana de ellas, la inviolabilidad de la vida humana naciente desde el momento mismo de la fecundación, superando cualquier discriminación en detrimento de los seres humanos más indefensos, incluso mediante la formulación de un «estatuto» del embrión humano para completar los enunciados internacionales de los derechos del hombre.

- **Declara**, en esta misma perspectiva, su total disponibilidad para proseguir su colaboración fiel y atenta con la Iglesia universal y local, manifestándola mediante su adhesión convencida a la vida y a las iniciativas del Consejo Pontificio de la Pastoral Sanitaria.
- **Expresa** su exigencia de adecuar cada vez más puntualmente su compromiso de movimiento profesional católico al servicio de la persona del enfermo, del marginado, del anciano, como contribución significativa a la mejora de la calidad de la medicina acorde con una cultura basada en compartir y acoger radicalmente las profundas exigencias de la justicia y del amor.
- **Afirma** la propia convicción de que una ciencia médica cualificada no pueda no comprender una profundización en los temas relacionados con la conservación y preservación del ambiente, atendiendo al hecho de que tanto la medicina como la ecología tienen como finalidad tutelar la vida humana, la una en la expresión histórico-temporal de la existencia y la otra en la dimensión espacial del hábitat donde aquella se desarrolla.
- **Sostiene** la necesidad de que, en los años venideros y en las iniciativas legislativas sanitarias, la relación entre el hombre y el ambiente se caracterice, no ya por la tradicional filosofía del dominio que tanto ha favorecido el saqueo de los recursos y la degradación del territorio, sino por una cultura del diálogo que considere al ambiente y al hombre en la unidad de su matriz cultural.
- **Reafirma** su propio compromiso de profundizar y desarrollar el estudio de la bioética y de la biotécnica, para que el desarrollo de las tecnologías utilizadas por la medicina, a las que considera un fenómeno positivo y a las que augura un crecimiento constante, tengan como fin la humanización de la medicina.
- **Augura** que su presencia y actuación constituyan un elemento dinámico de las iniciativas eclesiales y una contribución positiva al desarrollo de un diálogo abierto y constructivo en el mundo de la sanidad italiana.

Conclusiones del VII Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental

Granada, 9-10-11 de marzo de 1989

- Existen diversos modos de actuación de Enfermería en Salud Mental. Se manifiestan en los Trabajos presentados en el uso del proceso de atención de enfermería como método imprescindible para asumir su propia responsabilidad legal y la interrelación con otros profesionales, requisito de una Atención de Calidad.
- Los programas de actuación de las diversas autonomías, en Salud Mental, respetando sus culturas, han de tender a la convergencia de criterios girando en torno a los servicios de Salud Mental Comunitarios.
- El desarrollo de los recursos intermedios comunitarios es prioritario para poder plasmar los programas de Salud Mental: en agudos y en crónicos.
- Dentro de las funciones de Salud Mental, la educación y la prevención son prioritarias y asume la enfermería sus propias competencias.
- La Administración debe reconocer el perfil profesional del enfermo en Salud Mental.
- Es prioritaria la puesta en marcha de la Especialidad en Salud Mental.
- Se plantean muchos problemas por el avance de las tecno-

logías, por lo que es necesario profundizar en la formación de los profesionales para ser más capaces en el desarrollo diario de su trabajo tanto asistencial como de investigación.

- Los profesionales de la enfermería están en un proceso muy avanzado de mentalización sobre sus competencias y funciones; se precisa que la Administración haga otro tanto en la escucha y puesta en práctica de las mismas.

Congresos - reuniones - cursos symposiums - premios

- **I Congreso Europeo de Economía de la Salud** (Barcelona, 19, 20 y 21 de septiembre)
Información: Associació D'Economia de la Salut
M.^a Rosa Caballero
Arizala, 1, ent. 1.^a - Tel. (93) 334 85 36
08028 BARCELONA
- **V Congreso de la Sociedad Española de Informática Médica** (Santander, 8 y 9 de mayo de 1989)
Información: Grupo GEYSECO
Capitán Haya, 60, 2.^o - Tel. (91) 571 38 04
Télex: 44.676
28020 MADRID
- **XIV Reunión Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica** (Santander, 2 y 3 de noviembre de 1989)
Información: GEYSECO, S.A.
San Fernando, 42, entlo.
Apdo. Correos 2188 - Tel. (942) 37 56 12
Télex: 35.636 VIGYE
39010 SANTANDER
- **II Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias** (Reus-Salou, 8 y 9 de junio de 1989)
Información: Grupo GEYSECO, S.A.
Muntaner, 83 B, 4.^o 1.^o - Tel. (93) 253 92 89
08011 BARCELONA
- **IV Congreso Europeo de Neurología Pediátrica** (Barcelona, 5, 6 y 7 de octubre de 1989)
Información: Grupo GEYSECO, S.A.
Muntaner, 83 B, 4.^o 1.^o - Tel. (93) 253 92 89
08011 BARCELONA
- **XVIII Congreso Nacional de la Academia Española de Dermatología** (Sevilla, 1, 2 y 3 de junio de 1989)
Información: Grupo GEYSECO, S.A.
Muntaner, 83 B, 4.^o 1.^o - Tel. (93) 253 92 89
08011 BARCELONA
- **XXXII Curso Internacional de Leprología para Misioneros y Auxiliares Sanitarios** (Fontilles, del 16 de octubre al 4 de noviembre de 1989)
Información: Doctor J. Terencio de las Aguas
Sanatorio San Francisco de Borja
03791 FONTILLES (Alicante-España)

