

Hermanos de
San Juan de Dios
Barcelona

Año 42. Segunda época. Julio - Agosto - Septiembre 1990
Número 217. Volumen XXII

CONSEJO DE REDACCIÓN

Director

MIGUEL MARTÍN

Redactores

MARIANO GALVE
JOAQUÍN PLAZA
CALIXTO PLUMED
FRANCISCO SOLA

Administración

BENJAMÍN PAMPLONA

Secretaría de Dirección

LOURDES COLL
EDUARDO GARCÍA

CONSEJO ASESOR

FRANCISCO ABEL
FELIPE ALÁEZ
M.ª CARMEN ALARCÓN
MIGUEL A. ASENJO
MANUEL CEBEIRO
ESPERANZA CACHÓN
ÁNGEL CALVO
JESÚS CONDE
RUDESINDO DELGADO
JOAQUÍN ERRA
FRANCISCO DE LLANOS
PILAR MALLA
JAVIER OBIS
JOSÉ A. PAGOLA

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 Enfermería: algo más que una profesión	174
2	PROTOCOLOS DE CONTROL DE SÍNTOMAS EN PACIENTES DE CÁNCER AVANZADO Y TERMINAL	176
3	FORMACIÓN HUMANA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Esperanza Cachón Rodríguez y María Carmen Alarcón Castillo	184
4	«UNO DE LOS DRAMAS DE LAS PROFESIONES SANITARIAS, HOY, ES QUE SE HAN DESHUMANIZADO» Calixto Plumed Moreno y Miguel Martín Rodrigo	186
5	LA COMUNIDAD CRISTIANA Y EL MUNDO DE LA SALUD EN LA ARCHIDIÓCESIS DE BARCELONA Delegación de Pastoral de la Salud de la Archidiócesis de Barcelona	197
6	«LOS 200 AÑOS DE PRESENCIA EN ESPAÑA SON UN RETO DE FIDELIDAD AL CARISMA» Miguel Martín Rodrigo	215
7	LAS FAMILIAS Y LOS CÍRCULOS MALDITOS DE LA ENFERMEDAD MENTAL Mariano Galve Moreno	219
8	EN TORNO AL INICIO DE LA VIDA HUMANA	227
8.1	Del parlamento europeo	227
8.2	Aborto: las lecciones de la historia Philippe Durant	228
8.3	En favor de toda vida humana Juan María Uriarte	230
8.4	El cigoto: ser o no ser una persona Carlos Alonso Bedate, S.J. y Robert C. Cefalo, M.D., Ph. D.	231
8.5	El uso del tejido fetal y del anencefálico para trasplante Robert C. Cefalo y H. Tristram Engelhardt, Jr.	233
8.6	Inicio de la vida humana: aspectos morales Francesc Abel, S.J.	240
9	INFORMACIONES	243
9.1	III symposium informática hospitalaria	243
9.2	I congreso europeo de familiares de enfermos psíquicos	246

1. EDITORIAL

ENFERMERÍA: ALGO MÁS QUE UNA PROFESIÓN

Enfermería es una profesión sanitaria que se ha significado, y sigue significándose, como eje básico en los cuidados de salud que toda comunidad humana necesita que le sean prestados. Elijase el modelo sanitario que se quiera, siempre habrá que contar con ella como pieza insustituible del mismo. Eso nadie osa ponerlo en duda.

Pero nadie duda, tampoco, de que Enfermería es una profesión que necesita ser asumida por quien la ejerce con todos los aditamentos propios de una vocación. Predisposición, capacitación, ilusión, realización personal..., es decir, todas aquellas actitudes que dotan a la actividad profesional de ese plus particular que le hace ser una profesión vocacionalizada, o si ustedes prefieren, una vocación profesionalizada.

Implicada de lleno en la crisis que hoy vive el mundo de la salud, hoy, Enfermería no vive ajena a los vaivenes a que todas las profesiones sanitarias se ven expuestas. Y uno de esos vaivenes no es sino la pérdida, parcial o total, de ese talante vocacional en aras de una resituación dentro de los parámetros de una llana y simple identificación más.

La corriente de deshumanización que hoy acecha al sistema sanitario en general, y al hospital en particular; la escasez de profesionales en este campo que hace de los mismos un bien escaso; las exigencias de mejoras salariales y sociales que dicha situación genera; la conquista ya casi alcanzada de una identidad profesional propia que reclama una defensa del propio rol frente a otras profesiones sanitarias... Todo ello, y otras muchas razones, pueden resultar hoy una tentación difícil de esquivar que invite, como hemos dicho más arriba, al abandono del carácter vocacional que siempre ha tenido y ha de seguir teniendo la profesión de Enfermería.

Reivindicar tal carácter nunca ha de interpretarse como una pretensión, consciente o inconsciente, de impedir el desarrollo adecuado de una identidad profesional; nunca ha de constituirse en un freno a las justas y lógicas aspiraciones profesionales que todo hombre, y todo colectivo, ha de tener; nunca ha de entenderse como el deseo de situar en minoría de edad a una actividad que por antigüedad, experiencia y dedicación ha demostrado sobradamente lo contrario. Nada de eso.

Es, precisamente, todo lo contrario. Una sociedad adulta es, entre otras cosas, una sociedad que sabe reconocer y agradecer el servicio que determinados

colectivos profesionales prestan a la misma. Un servicio humano, entregado, generoso y cualificado a los ciudadanos más necesitados de la misma.

Si esa sociedad, despistada en las fuerzas implacables que genera una sociedad de consumo como la nuestra, olvida dicho deber, esos profesionales —tal vez poco *productivos*—, acabarán desmotivándose, desilusionándose.

Y, al final, una vez más, acabará pagando la factura, como siempre, el enfermo. Lo malo, o quién sabe si tal vez no tan malo, es que, seguramente mañana el enfermo será yo... y usted.

LH

III Centenario de la Canonización de san Juan de Dios

EL MEJOR HOMENAJE



El día 16 de octubre la Orden Hospitalaria celebrará el III Centenario de la Canonización de su fundador, san Juan de Dios. Esa misma fecha, sólo que trescientos años antes, en 1690, el papa Alejandro VIII celebraba, en la Basílica de San Pedro la ceremonia de la canonización del mismo.

Con el fin de conmemorar dicho acontecimiento, los hermanos de san Juan de Dios hemos preparado diversos actos, entre los que destacan los que se llevarán a cabo en Granada, ciudad en la que el santo desarrolló fundamentalmente su obra caritativa, en la que murió y en la que tuvo su origen la Orden Hospitalaria.

Pero, una vez más, es la vida ordinaria la que nos ha ofrecido en bandeja la posibilidad de tributar a nuestro Fundador el *mejor homenaje*.

Cuando el pasado mes de agosto los diferentes medios de comunicación nos informaron de la dantesca situación que vivía Liberia, y de modo especial Monrovia, su capital, cuatro hermanos de san Juan de Dios se encontraban en medio de ese infierno al frente del hospital que allí dirige la Orden.

Invitados en varias ocasiones por el señor embajador de España en ese país a abandonar el centro ante el peligro que significaba la permanencia en el mismo, nuestros hermanos jamás aceptaron dicha invitación sino que, al contrario, decidieron seguir al lado de los enfermos pasase lo que pasase.

Sólo cuando el hospital fue militarmente tomado, constituido en centro de operaciones y, consecuentemente, anulada cualquier posibilidad de seguir prestando en él sus servicios, los hermanos decidieron abandonarlo. Pero, eso sí, llevándose con ellos a los enfermos más graves en busca de un centro sanitario que pudiera prestarles la atención que requerían.

Sólo cuando ese objetivo fue conseguido, emprendieron el viaje de regreso a España, aun cuando su corazón siga todavía en Liberia, como ellos mismos han manifestado, a donde quieren regresar tan pronto como un rayo de esperanza asome por el horizonte de ese país.

Sin proponérselo, cuatro hermanos de san Juan de Dios acaban de rendir a su Fundador el mejor de los homenajes. El mismo talante hospitalario, en este caso vivido en clave de radicalidad, que los demás hermanos intentamos vivir, desde las propias limitaciones, allí donde se halla presente la Orden Hospitalaria.

Hermano MIGUEL MARTÍN RODRIGO, O.H.

2. PROTOCOLOS DE CONTROL DE SÍNTOMAS EN PACIENTES DE CÁNCER AVANZADO Y TERMINAL

El doctor Jordi Roca y su equipo de colaboradores del hospital de Vic nos exponen en los Protocolos que van a continuación su propia experiencia en la atención a los pacientes afectados de cáncer avanzado o terminal.

El trabajo es de una riqueza extraordinaria por lo exhaustivamente que se consideran todas las posibles situaciones. Pero para nosotros la mayor riqueza que encierra es la enorme humanidad con que está escrito y sistematizado. De su lectura se desprende fácilmente la sensación plena de trabajo en equipo, la existencia de una gran leader, conductor, del mismo y la vivencia cotidiana de las situaciones que, si individualmente para las familias son enormemente traumáticas, para los cuidadores nunca llegan a hacerse rutinarias, sino, por el contrario, permanecen siempre plenas de afectividad.

Sólo con una gran entrega y extraordinaria dosis de cariño hacia el hombre doliente y hacia la propia profesión, vemos posible superar el gran trauma que siempre representa la vivencia de la muerte y la enorme angustia que invade en los días o semanas que la sabemos cercana y nos encuentra inermes para detenerla o tan siquiera posponerla.

Estas situaciones aparentemente sin esperanza, las saben convertir el doctor Roca y sus colaboradores en períodos de paz y sosiego, no exentos de angustia y tristeza, pero propicios a transformarse en campo abonado a la espiritualidad.

Una vez más vemos un ejemplo práctico de lo que siempre hemos defendido: la ciencia y la técnica adecuadamente aplicadas, del brazo de la sociedad y del espíritu, en defensa del hombre integral.

J. PLAZA

Equipo Interdisciplinar de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de la Santa Cruz de Vic

1 INTRODUCCIÓN

El objetivo de este protocolo es el de exponer criterios básicos de actuación para el control de síntomas en los pacientes terminales, más específicamente relacionados con los aspectos farmacológicos de la terapéutica. Es evidente que también las medidas ambientales juegan un papel determinante en la consecución de

la eficacia terapéutica y que hay que asociarlas en todos los casos. El ambiente relajado, tranquilo y confortable es fundamental.

Es de especial interés que la aplicación de las medidas incluya activamente a todos los elementos asistenciales (médicos, enfermeras, asistentes sociales, fisioterapeutas, etc.) en una concepción realmente multidisciplinaria de la terapéutica.

Por otro lado, hay que insistir en el aspecto global de la situación en los pacientes terminales, que requiere tiempo, dedicación, comunicación y atención a los detalles para ser realmente eficaz.

Sin estas medidas conjuntas, el tratamiento farmacológico de los síntomas logra solamente una parte de sus objetivos y obtiene menos eficacia en conseguir *el confort para los pacientes y sus familiares, que ha de ser el objetivo terapéutico fundamental en esta situación.*

1.1 Criterios que definen la «situación de enfermedad terminal»

La situación de enfermedad terminal se caracteriza por unos elementos que la diferencian muy claramente de la de los pacientes crónicos o de la del paciente con cáncer avanzado de evolución lenta. Es evidente que los conceptos y protocolos de actuación pueden ser similares en el último caso.

Estos criterios serían:

1. Evolución rápida, intensa y progresiva, en la que aparecen frecuentes complicaciones.
2. Falta de posibilidades de respuesta a tratamientos específicos.
3. Problemas intensos multifactoriales (síntomas).
4. Gran impacto emocional en: enfermo, familiares y equipo terapéutico.
5. Pronóstico de vida inferior a 6 meses (+/- 3) con medias de supervivencia de semanas en centros específicos.

1.2 Actitud ante los síntomas en el enfermo terminal

Es conveniente que, en la situación de paciente terminal, sigamos principios y actitudes racionales ante la aparición de síntomas, para permitir una terapéutica individualizada y eficaz.

El método a seguir sería:

1. *Analizar causas* sin olvidar que a menudo son multifactoriales.
2. *Evaluar el impacto* funcional y emocional de los síntomas en el enfermo y familiares.
3. *Definir los objetivos y plazos* del tratamiento con el enfermo, familiares y equipo.

4. *Iniciar tratamiento farmacológico* según los criterios expuestos, tratando los mecanismos de base causantes.
5. *Pensar en el uso de medidas no farmacológicas y ambientales* que pueden ser de utilidad en todos los casos.
6. *Explicar bien* a los pacientes y familiares las causas y los objetivos.
7. *Evaluar y medir:* situación y respuesta.

1.3 Criterios para el uso de fármacos en el tratamiento paliativo terminal

Los criterios generales son:

1. *Objetivo de confort.*
2. *Eficacia terapéutica.*
3. *Efecto alcanzable.*
4. *Pocos efectos indeseables subjetivos.*
5. *Vía oral.* Evitar tabletas grandes y de mal gusto.
6. *Administración sencilla.*
7. *Número de fármacos igual o menor que 5.*
8. *Pensar en vías alternativas:* subcutánea, sublingual, rectal, de gran utilidad en la atención domiciliaria.

1.4 Criterios generales para el uso de fármacos en los pacientes terminales

Es evidente que el objetivo básico de la terapéutica es el confort. Por lo tanto tendría poco sentido la administración de fármacos no dirigidos al mismo y podremos ir abandonando progresivamente los demás. (Por ejemplo, tratamiento de la insuficiencia cardiaca —dado que se tiene en reposo—, el de la hipertensión, el de la diabetes, etc.). Hay que plantearlo de una forma progresiva e informando al enfermo y a los familiares delicadamente. («Dado que se mueve poco, no le hace falta tratamiento para el corazón»).

Por otro lado, los objetivos terapéuticos que nos planteamos, han de ser *alcanzables*, tanto desde el punto de vista del tipo de objetivos (casi nunca lograremos mejorar la debilidad), como por el tiempo (hay que saber que el efecto de algunos fármacos, como los antidepressivos, tarda semanas en aparecer).

Nos han de preocupar más efectos indeseables subjetivos de los fármacos que los que, aunque mayores, afecten poco a la calidad de vida (insuficiencia renal a largo plazo, agranulocitosis, etc.). Hay que ser especialmente prudentes en el uso y combinación de psicofármacos, de los que se potencian mucho los efectos secundarios (sequedad de boca, somnolencia, retención urinaria).

La *vía oral* es (excepto en la situación de agonía) la de elección. Permite un tratamiento adecuado en más del 80 % de las situaciones de enfermedad terminal. Dado que los trastornos del gusto y la sequedad de la boca son muy frecuentes, conviene hacer uso de presentaciones solubles, tabletas y comprimidos de tamaño reducido y mejorar el gusto con la adición de jarabes.

Hay que tener en cuenta la *posología*: es aconsejable el uso de fármacos que se administren 1 a 2 veces al día. Aconsejamos el uso de preparados *Retard*.

Hemos podido comprobar que con una media de 5 fármacos diferentes por enfermo y día podemos controlar la mayoría de las situaciones. El número reducido disminuye efectos secundarios y facilita el cumplimiento del tratamiento.

Finalmente hay que tener en cuenta *vías de administración* que son fáciles y cómodas: la *vía sublingual* permite la administración y absorción rápida y eficaz de muchos fármacos (diacepam, temazepam, lorazepam, escopolamina, etc.). La *vía rectal* permite, aun en situación de agonía, tratar adecuadamente muchos síntomas (cloruro mórfico, diazepam, espasmolíticos). Aconsejamos la *vía subcutánea* para la administración de aquellos fármacos que sean hidrosolubles y cuyo volumen a inyectar sea pequeño, dado que es muy poco dolorosa y sencilla. (Por ejemplo, el haloperidol).

Creemos que la *vía intramuscular* no es aconsejable en la si-

tuación de enfermedad terminal (dolorosa, personas encamadas, poca masa muscular). La *vía endovenosa* resulta muy compleja y no es más eficaz que las citadas anteriormente. Nosotros la utilizamos en menos del 10 % de los enfermos.

2 PROTOCOLOS

2.1 Dolor

2.1.1 Aspectos generales

El dolor está presente en el 60-80 % de los pacientes con cáncer avanzado y terminal según diversas series. El planteamiento terapéutico ha de tener en cuenta varios factores:

1. Las causas del dolor en los pacientes terminales están directamente relacionadas con el cáncer (metástasis óseas, compresión neurológica, invasión de tejidos y vísceras) en cerca del 70 % de casos, pero hay que tener en cuenta otras causas no relacionadas en más del 20 %.

2. En un mismo enfermo existen frecuentemente *tipos y causas* muy diferentes del dolor, que hay que tratar individualmente.

3. Las *características* del dolor son, en este tipo de pacientes, *diferentes* del dolor agudo y crónico no tumoral. Hay que tener muy en cuenta el concepto del *dolor total* (C. Saunders) que tenga presentes los aspectos físicos, emocionales, sociales, espirituales y otros elementos que pueden condicionar de forma muy relevante el impacto sobre el paciente y la respuesta terapéutica.

4. Hay *Medidas no farmacológicas y factores ambientales* que pueden contribuir muy significativamente al éxito de la terapéutica: todas las medidas de aumento del dintel del dolor (diversión, descanso, sueño, tranquilidad, compañía) son fundamentales.

Hay que plantearlas en todos los casos.

2.1.2 Actitud ante el paciente con dolor

Es preciso establecer un método eficaz y ordenado de abordaje que incluiría 5 puntos:

2.1.2.1 EVALUAR ANTES QUE TRATAR

1. *Causas.* Porque pueden aconsejar un tratamiento diferente (especialmente coanalgésicos y coadyuvantes).

2. *Intensidad.* Definirá en muchos casos *el nivel* de analgesia requerido; y ya hemos dicho que su percepción está modulada por muchos factores.

3. *Impacto emocional.* Relacionado muchas veces con la connotación negativa del dolor en los enfermos con cáncer, que asocia la presencia del dolor a la progresión de la enfermedad.

4. *Impacto funcional.* Sobre actividades previas o deseadas por el paciente. También es un parámetro medible.

2.1.2.2 DEFINIR AL PRINCIPIO

1. *Objetivos.* Tienen que ser alcanzables y graduales. En el caso del dolor, puede plantearse la graduación de: ausencia de dolor durante la noche → durante el descanso → durante la movilización.

2. *Plazos.* Es conveniente establecer, juntamente con el enfermo, los plazos en los cuales planteamos la consecución de un objetivo y las condiciones para las modificaciones.

2.1.2.3 INICIAR TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO QUE INCLUYA

1. *Analgésicos.* Analgésicos o fármacos específicamente dirigidos al control del dolor.

2. *Co-analgésicos.* Co-analgésicos no específicamente analgésicos, pero que, asociados a ellos, y en situaciones específicas mejoren la respuesta terapéutica de éstos. Por ejemplo, antiinflamatorios en dolor óseo.

3. *Otros.* Modifican situaciones que afectan al dintel de la percepción del dolor. *De todas formas, el control de los demás síntomas es una herramienta para el control adecuado del dolor.* Por ejem-

plo, los ansiolíticos pueden, en un paciente con componente ansioso importante, reducir la necesidad de otros analgésicos.

2.1.2.4 PREVENCIÓN DE YATROGENIAS

Hay que preparar y prevenir las yatrogenias medicamentosas, especialmente en el caso de los narcóticos y los psicotropos.

2.1.2.5 PENSAR EN MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Pensar en medidas no farmacológicas, específicas o no, que ayuden al control del dolor. Los dolores articulares por inmovilización responden mejor a la movilización pasiva que a la morfina, y los espasmos musculares se benefician mucho de los masajes. No hay que olvidar otras medidas: calor local, acupuntura, etc.

Este protocolo no incluye estas medidas, ni tampoco las de la analgesia espinal o intervencionista, que consideramos indicadas y eficaces en situaciones específicas.

2.1.2.6 EXPLICAR BIEN AL PACIENTE Y FAMILIARES

Explicar bien al paciente y familiares tanto las causas del dolor como la estrategia terapéutica que proponemos*.

2.1.3 Fármacos básicos para el tratamiento del dolor en el paciente terminal

Hemos escogido el siguiente listado, basados en los criterios de uso de fármacos expuestos en revisiones de la literatura y de la experiencia en centros. Es evidente que hay muchos más fármacos, pero creemos que hay que conocer bien los básicos.

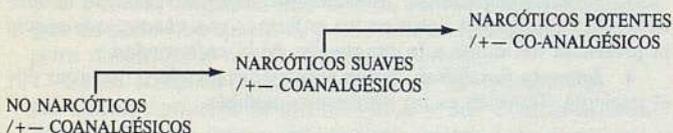
— ANALGÉSICOS

- No narcóticos:** — AAS
— Paracetamol
— Antiinflamatorios no esteroideos (AINE)
- Narcóticos suaves:** — Codeína
— Propoxifeno
- Narcóticos potentes:** — Morfina
— Metadona

— CO-ANALGÉSICOS

2.1.4 Escala básica de analgesia (OMS, 1986)

Está básicamente relacionada con la intensidad del dolor y su respuesta terapéutica.



Hay que precisar:

1. **La escala ascendente** si no hay respuesta. *No es muy eficaz el cambio de fármaco del mismo grupo.*
2. **Hay que usar dosis regulares, fijas y adecuadas.**
3. **El uso de coanalgesicos I/O coadyuvantes se ha de plantear siempre.** *Dependerá de las causas más específicas del dolor, y es relativamente independiente de la escala en cuanto a la gradación de intensidad.*

Por ejemplo: si estamos tratando el dolor debido a una invasión de tejidos blandos con Paracetamol + Codeína por Morfina oral, pero no hay que abandonar el Diclofenac.

* Obviamente hay que tener en cuenta las medidas específicas de modificación del proceso tumoral (QT, HT, RT), pero no las describiremos aquí, dado su uso restringido en pacientes terminales.

2.1.5 Estrategia de tratamiento (ver tabla)

Iniciaremos la escala de analgesia con los criterios expuestos, y evaluaremos en cada caso específico la indicación de analgésicos y coadyuvantes definida por las causas del dolor y otros factores.

2.1.6 Descripción por grupos

2.1.6.1 NO NARCÓTICOS

Caracterizados por una acción preferentemente periférica, asociada o no al efecto antiprostaglandinas, y relativa buena tolerancia.

Los básicos son:

- PARACETAMOL
- ASS

Hay preparados orales (comprimidos, solución) y rectales.

2.1.6.2 NARCÓTICOS SUAVES

Casi siempre asociados a analgésicos no narcóticos y/o a los antiinflamatorios no esteroideos.

Los que recomendamos son:

- CODEÍNA. Vía oral o rectal.
- DEXTROPROPOXIFENO. Vía oral: comp. de liberación prolongada.

La eficacia terapéutica viene condicionada por la intolerancia digestiva: (náuseas y constipación) y central: (somnia), especialmente en personas de edad avanzada.

2.1.6.3 NARCÓTICOS POTENTES

El fármaco de elección es, sin duda, la **morfina**. Hay muchas alternativas, entre las que describiremos la **metadona**.

2.1.6.3.1 Morfina (cloruro mórfico, sulfato de morfina)

Se utiliza en el 60-80 % de los pacientes terminales ingresados en centros especializados. Las formas de administración son:

- Solución acuosa oral de morfina.
- Comprimidos de liberación prolongada.
- Supositorios.
- Inyección: subcutánea, intramuscular o intravenosa.
- Inhalación.

Solución acuosa oral de morfina

Es el analgésico más utilizado en las fases terminales, y conviene hacer una serie de aclaraciones (útiles para todas las patologías de la morfina).

Composición. La solución acuosa es la fórmula adecuada, una vez añadidos conservantes y estabilizantes. La adición de alcohol y/o cocaína no ofrece ventajas adicionales farmacocinéticas ni en la eficacia. La adición de jarabes (grosella, etc.) puede mejorar el gusto y pueden utilizarse frascos monodosis o bien dosificadores.

Posología. Ha de ser administrada cada 4 horas, pudiendo prescindir de la dosis de la madrugada (a veces doblando la dosis de la noche). Hay que adelantarse a la existencia del dolor.

Dosis. La dosis media estará entre 20 y 30 mg/4 h. La inicial dependerá de los analgésicos previos y oscila entre 20 y 50 mg. Hay que aclarar 2 cosas:

— Un porcentaje pequeño de pacientes *requieren dosis elevadas* (hasta 200 mg cada 4 horas. No hay que tener miedo de administrarlas, porque la existencia de dolor contrarresta a menudo los efectos secundarios.

— Las dosis bajas de morfina son muy útiles para tratar la disnea y la diarrea, pero poco útiles para tratar el dolor.

Cambio de dosis. Si no hay respuesta en 24 horas, o aparece más dolor (y previa evaluación de las causas), la escala ascendente de la dosis se realiza aumentando el 50-100 % de la anterior, según las necesidades de cada enfermo y evaluando la respuesta en horas o en pocos días.

— Conviene no abandonar repentinamente la morfina, incluida la situación agónica. La reducción de dosis será gradual en el porcentaje (50 % de la dosis) y en el tiempo.

Efectos indeseables. Los más frecuentes en la práctica cotidiana son:

1. **Náuseas y vómitos.** Aparecen en un 60-70 % de los pacientes y acostumbran a:

— Disminuir en los primeros 2 días.

— Responder bien a los antieméticos:

a) Haloperidol 1-5 mg (10-50 gotas) en una toma al día.

b) Clorpromazina 25-50 mg (1-2 compr.) cada 6-8 horas (efecto sedante asociado).

2. **Constipación.** Es muy frecuente. Hay que administrar laxantes de forma sistemática (ver protocolo de constipación).

3. **Centrales.** No suelen ser limitantes en pacientes con dolor y dosis adecuadas. Mejoran en 3-4 horas después del inicio.

Advertencias

1. Hay que tener en cuenta las causas del dolor antes de prescribir morfina o aumentar la dosis.

2. Hay dolores que no responden a la morfina (invasión nerviosa, neuríticos, pélvico intenso, neurológico central).

3. Es necesaria frecuentemente (más del 70 %) la asociación de coanalgésicos, laxantes y antieméticos (60 % en el tiempo).

4. Hay que desmitificar y normalizar en nuestro ámbito el uso de la morfina en el cáncer avanzado.

Morfina en comprimidos de liberación prolongada (MST tabletas)

Puede ser de extraordinaria utilidad en aquellos pacientes (10-30 %) que:

— Presenten una estabilización del control del dolor después de más de una semana de tratamiento con solución oral de morfina.

— Rechacen o prefieran una posología cada 12 horas.

Posología. 1 compr. (30-60-100-200 mg) cada 8-12 horas.

Dosis. La misma de la solución acuosa (× 6).

Efectos secundarios. Igual que la solución acuosa.

Morfina rectal

De buena absorción y de especial interés en: Pacientes con intolerancia oral / disfagia / vómitos. Agonía / obnubilación.

Dosis. La misma.

Posología. Cada 4 horas.

Presentación. Supositorios (a fabricar por Farmacia) de 30 mg.

Morfina parenteral. SC / Im / EV

Presentación. Ampollas de 10 y 20 mg.

Vía de elección:

— La menos traumática es la subcutánea, en inyección cada 4 horas o en perfusión continua (Syringe driver).

— Las vías IM o EV nos parecen más agresivas y complejas en una situación de enfermedad terminal.

Indicaciones:

— Intolerancia gastrointestinal alta y/o rectal.

— Obnubilación y coma.

— Oclusión intestinal (ver capítulo específico).

Dosis:

— La conversión de morfina oral a parenteral es de una reducción al 50 % aproximada.

Vías:

— Subcutánea: cada 4 horas. 10-40 mg inyectados en el área tórax superior, abdomen o espaldilla superior.

— Subcutánea perfusión continua (Syringe driver) (ver anexo).

— Intramuscular: igual que subcutánea, pero más dolorosa para el paciente.

— Intravenosa: en nuestra experiencia *indicada muy ocasionalmente y no más eficaz* que las otras expuestas. Normalmente la indicación es fruto de la ansiedad de pacientes o familiares o del equipo asistencial.

El inconveniente básico es el de la necesidad de una vía endovenosa permanente y el aumento de la dependencia que esto supone para el paciente.

Metadona

Es un narcótico potente, con potencia analgésica ligeramente superior a la morfina.

Sus ventajas podrían ser:

— T medio más largo (15 h) que permitiría hacer tratamientos sencillos especialmente domiciliarios.

— Relativa buena absorción oral y rectal.

Problemas:

— Tendencia a acumulación, especialmente en ancianos o en insuficiencia renal o hepática.

— Receta de tóxicos.

Indicaciones:

— Intolerancia a morfina.

— Facilidad de posología por vía oral o en situación de agonía (especialmente en domicilio).

Dosis:

— 10-40 mg orales totales en 2-3 tomas diarias.

— Puede ser que se tenga que disminuir a las 2 semanas.

2.1.6.4 CO-ANALGÉSICOS

2.1.6.4.1 Antiinflamatorios no esteroideos

Tienen un efecto anti-prostaglandinas, y, por tanto, son de especial interés como co-analgésicos en: invasión ósea, invasión tejidos blandos.

Hay que aclarar que:

— Se utilizan en el 50-60 % de los pacientes.

— Muchas veces hay que *asociarlos a los narcóticos potentes* simultáneamente.

— No hay muchas diferencias en la eficacia terapéutica entre los distintos grupos.

Por lo tanto, siguiendo los criterios expuestos en la página de objetivos, recomendamos:

— Flurbiprofeno.

— Diclofenac de liberación prolongada. Orales c/8-12 h.

— Naproxeno.

En caso de necesitar protección gástrica:

— Ranitidina 1 compr. cada noche o Cimetidina 1 compr. cada noche.

2.1.6.4.2 Corticoides

Se utilizan en el 45-50 % de casos.

De especial interés co-analgésico cuando haya:

— Compresión neurológica periférica o central.

— Grandes masas tumorales.

— Hepatomegalia masiva.

— Derrames masivos.

— Linfedema.

Fármacos recomendados:

- Prednisona 10-40 mg orales.
- Dexametasona 2-16 mg orales.

Aclaración:

- Puede utilizarse vía oral en la mayor parte de los casos.
- Se puede hacer una prueba de 1 semana y evaluar los resultados sobre los síntomas.

2.2 Síntomas gastrointestinales

2.2.1 Náuseas y vómitos

(Se excluyen las causadas por la RT)

Las causas más frecuentes de náuseas y vómitos en la enfermedad terminal son:

Obstrucción tumoral total o parcial del aparato digestivo:

- «Alta»: esófago, píloro, duodeno.
- «Baja»: intestino delgado y grueso.
- En los tumores caracterizados por una diseminación intraperitoneal (ovario, mama, gástrico, colon y endometrio en ocasiones), pueden haber múltiples localizaciones de la oclusión o ascitis.

Obstrucción no tumoral:

- Hay que pensar en la posibilidad de fecalomas, sobre todo en enfermos encamados tratados con opiáceos. Podemos palparlos o detectarlos por tacto rectal.
- Las otras causas pueden relacionarse con yatrogenias tardías (bridas postquirúrgicas o post RT).

Yatrogenia:

- Fundamentalmente por opiáceos. Aparecen en el 60 % de los enfermos tratados con morfina oral.

Centrales:

- Por hipertensión endocraneal (metástasis cerebral).

Otras:

- Gastritis: yatrógenas (corticoides, antiinflamatorios).
- Metabólicas: hipercalcemia, uremia, hiperglucemia.
- Metástasis hepáticas masivas.
- Desplazamientos gástricos.
- Asociados al síndrome sistémico.
- Valorar también la posibilidad de enfermedades asociadas (biliar, etc.).

El tratamiento de las náuseas y vómitos

Medidas generales y dietéticas:

- Fraccionar la dieta, evitando los grandes volúmenes.
- Favorecer dietas pastosas y/o de fácil masticación.
- Cuidados de la boca.
- Favorecer infusiones (manzanilla, tila).
- **Hablar con el enfermo y familiares** de las causas y dar instrucciones dietéticas inteligibles.

El tratamiento farmacológico:

- Los antieméticos pueden clasificarse según su lugar de acción y mecanismo preferente en:

- a) Acción central: centro vómico, «Trigger zone».
- b) Acción periférica.

- Conviene hacer *uso específico* de los fármacos para cada situación.

- Adecuándonos a las características del Vademécum en nuestro medio, sugerimos el uso de 4 fármacos básicos: haloperidol, clorpromacina, metoclopramida y escopolamina.

Haloperidol:

Dosis. 1-3-5 mg cada 8-12-24 horas.

Vías. Oral, subcutánea, IM.

Ventajas. Poco efecto sedante. - Muchas veces efectivo en una sola toma diaria. - Ampollas de 1 cc con 5 mg.

— *Problemas.* Reacciones extrapiramidales ocasionales. - Retención urinaria ocasional. - Frascos de gotas demasiado pequeños para la administración oral de dosis altas.

— *Indicaciones sugeridas.* Náuseas/vómitos yatrógenos por la morfina. - Excelente para la administración subcutánea en oclusión intestinal.

— *Presentación. Gotas:* 10 gotas = 1 mg (10-30 gotas cada 8-12-24 horas). *Ampollas:* 1 ampolla = 5 mg (media a 1 ampolla cada 12-24 horas). - SC / IM. Se aconseja iniciar dosis fija nocturna y aumentar la posología si es necesario. En caso de reacción extrapiramidal, hay que administrar biperideno [Akineton (R)] oral o IM.

Clorpromacina:

— *Dosis.* 10-50 mg/6-8 h.

— *Vías.* Oral, IM, EV.

— *Ventajas.* Efecto sedante muy útil en algunos pacientes.

— *Ingredientes.* Sedante (somnolencia). - Administración cada 6-8 horas. - Ampollas demasiado grandes (5 cc) de difícil administración subcutánea y dolorosa IM. - Otros efectos secundarios: retención urinaria, amargor, sequedad de boca, reacciones extrapiramidales.

— *Indicaciones sugeridas.* Náuseas y vómitos acompañados de ansiedad.

— *Presentación. Largactil (R).* - Gotas: 1 gota = 1 mg. - Ampollas: 1 ampolla = 25 mg. - Comprimidos: 1 comp. = 25 mg.

— *Administración.* 10-25 gotas. - 1-2 comp. - 1/2-1-2 amp. aconsejamos administrarlo con jarabe para mejorar el sabor y la tolerancia (gotas).

Metoclopramida. Actúa preferentemente a nivel periférico

— *Dosis.* 10-40 mg/4-6-8 horas.

— *Vías.* Oral, IM, EV.

— *Ventajas.* Buena tolerancia - pocos efectos centrales secundarios. - Buena absorción oral.

— *Inconvenientes.* Dosificación frecuente. - Contraindicación en oclusión.

— *Indicaciones sugeridas.* Gastritis (asociada a antiácidos). - Esofagitis por reflujo. - Repleción gástrica.

— *Presentación: Primperan.* Comprimidos: 10 mg 1-3 cada 6-8 h. - Solución: 1 mg/cc: 10-30 cada 6-8 h. - Inyectable: 10 mg/vial: 1-3/6-8 h.

— *Alternativas: Domperidona.*

Escopolamina. (Y alcaloides belladona)

Alcaloide con menos efectos secundarios cardiovasculares y generales que la atropina.

— *Dosis.* 1/2-1 mg cada 8-12 horas.

— *Vías.* Subcutánea (ampollas). - Sublingual (comprimidos).

— *Ventajas.* Efecto más específico sobre intestino. - Buena tolerancia. - Buena absorción sublingual y subcutánea (muy útil en oclusión).

— *Inconvenientes.* No comercializada.

— *Indicaciones sugeridas.* Vómitos por oclusión intestinal baja. - Dolor abdominal por espasmo. - Tratamiento de los estertores por secreciones bronquiales agónicas.

— *Presentación: Escopolamina (Farmacia Llevat, Barcelona).* - Vial de 1 mg: 1/2-1 cada 8-12 h - Comprimidos de 1 mg: 1/2-1 sublingual u oral cada 8-12 horas.

2.3 Cuidados de boca

2.3.1 Introducción

La boca es una constante fuente de malestar para el enfermo oncológico y las infecciones son frecuentes. Esta experiencia

de nuestra práctica diaria nos lleva a encontrar diversas soluciones:

- Aumentar el bienestar del enfermo.
- Prevenir infecciones.
- Curación precoz de las infecciones.

Y no tan sólo en el enfermo oncológico, sino en cualquiera. Hay que cuidar esta, como muchos han llamado, auténtica ventana del organismo.

2.3.2 Propuestas de higiene y prevención

- Después de cada comida, opcional: - Cepillado con pasta dentífrica. - Hacer gárgaras con: oraldine, clorhexidina acuosa, manzanilla.

- Revisión de la boca cada mañana al hacer la higiene corporal.
- En caso de prótesis: hacer limpieza con cepillado después de cada comida. Por la noche, ponerlas en un recipiente con desinfectante (tipo clorhexidina).

2.3.3 Problemas

a) Sequedad de boca

- Puede ser causada por hiposialia, por trastornos de la mucosa o por evaporación excesiva de líquido de la cavidad bucal.

Debido al tumor. Invasión de las glándulas salivales. - Erosión extensa de la mucosa.

Relacionadas con el debilitamiento. Respiración por la boca - Deshidratación. - Infección: candidiasis, parotiditis.

Derivadas del tratamiento. Fármacos: opiáceos, fenotiacinas, haloperidol, antidepresivos tricíclicos, alcaloides de la belladona, antihistamínicos, antiespasmódicos, diuréticos - Post-irradiación. - Post cirugía. - Estomatitis asociada a granulocitopenia.

- *El tratamiento requiere.* Información adecuada. - Concienciar al enfermo y a la familia de la importancia de la higiene de la boca diaria y después de cada comida. - Revisión del tratamiento farmacológico. - Lavados meticulosos cada 2 horas con: manzanilla, agua y limón, agua timolada, una cucharadita de sal y vinagre, pastillas efervescentes que contengan menta, mentol, timol y ácido metilsalicílico. - Hacer dieta blanda-pastosa - Masticar algo: chiclets, caramelos, trozos de piña... - Aumentar ingestión de líquidos. - Humidificación de labios y boca: insistir en la limpieza frecuente de la boca, agua con dosificador cada 2 horas, gases con hielo debajo de la lengua, humidificación del ambiente, vaselina en los labios, una capa fina varias veces al día. - Salivas artificiales: de fácil preparación por farmacia, administrar con dosificador cada 2 horas.

b) Halitosis: respiración maloliente

Causas

- Infección o necrosis de la boca, faringe, nariz, senos o pulmones.
- Muy mal estado general.
- Fumar.
- Ingestión de sustancias como ajos, cebollas, alcohol o paraldehído, de los cuales los productos volátiles son excretados por el pulmón o la saliva.

Tratamiento

- Cuidar la higiene oral y dental.
- Ingestión adecuada de líquidos.
- Lavados con oraldine.
- Tratamiento de la infección existente (candidiasis).
- En caso de neoplasia orofaríngea: si sobreinfección: lavados con povidona yodada antibióticos (de prescripción médica). - Aumentar las medidas de higiene. - Enjuagar con agua oxigenada al levantarse, después de cada comida y al acostarse.

En caso de candidiasis

- Prevención con higiene bucal y revisión exhaustiva en pacientes de riesgo (inmunodeprimidos, tomas de solución acuosa de morfina...).

- En caso de prótesis dentales, sacarlas antes de tomar el antibiótico y lavarlas; por la noche dejarlas en agua y nistatina [*Micostatin* (R)] 5 ml, o bien en solución diluida de hipoclorito sódico.

- Indicar un antibiótico antifúngico según prescripción médica. Generalmente Ketoconazol, 1 píldora de 200 mg diaria (después de comidas para reducir la irritación gástrica) y solución de nistatina cada 4 horas.

3 SITUACIONES ESPECIALES: LOS ÚLTIMOS DÍAS

3.1 Características de la situación

Si el control de síntomas previo ha sido correcto, es habitual un deterioro progresivo del estado general, de la conciencia y funciones intelectivas. Pueden persistir total o parcialmente los síntomas previos y aparecer otros nuevos. Entre éstos últimos hay que destacar:

- Deterioro del estado general.
- Deterioro de la conciencia, orientación, agitación psicomotriz y/o trastornos de la comunicación, coma.
- Trastornos respiratorios: *estertor* por acumulación de secreciones, trastornos del ritmo.
- Fiebre: es frecuente, dada la elevada frecuencia de las infecciones como causa de muerte en pacientes con cáncer.
- Dificultad o incapacidad de la ingestión.
- Retención urinaria (sobre todo en los tratados con psicotropos, fenotiazinas o haloperidol).
- Ansiedad, depresión, miedo (explícitos o no).

La evolución suele ser *progresiva*, pero son frecuentes los *cambios rápidos de situación o «crisis»*, debidos a infecciones, fallos de los órganos, hemorragias o bien a la aparición de síntomas nuevos o preexistentes (dolor, vómitos, etc.).

Otra característica fundamental de la situación es el impacto sobre los familiares (y el equipo terapéutico), con la frecuente aparición de *crisis* que hay que prevenir y tratar adecuadamente.

3.2 Objetivos terapéuticos

El objetivo fundamental es el *confort del enfermo* y familiares, basado en:

- Control de síntomas.
- Respaldo emocional.
- Comunicación.
- Explicación y aclaración de los objetivos terapéuticos *al* enfermo y familiares y *entre* el equipo terapéutico.
- Prevención y tratamiento de las crisis.
- Revisión frecuente de la situación.

Un objetivo adicional es el de favorecer la adaptación de la familia a la situación, con medidas de tratamiento del duelo. Los métodos para conseguirlo son:

- Definir bien los objetivos terapéuticos para cada situación en esta fase. Este ejercicio simplifica mucho la terapéutica y disminuye significativamente la angustia.
- Establecer un tratamiento farmacológico sencillo y orientado hacia el control de síntomas predominantes, con los criterios de uso de fármacos ya descritos. Conviene no prescindir del uso de narcóticos potentes si ya se tomaban, adoptar pautas regulares de tratamiento de los síntomas predominantes y dejar anotadas pautas condicionales para la aparición de situaciones previsibles.
- Prescindir de fármacos que no tengan utilidad inmediata. Por ejemplo, antiinflamatorios, corticoesteroides, antidepresivos, etcétera.
- Establecer un protocolo de atención de enfermería específico para esta situación y que incluya: Administración de fármacos. - Cambios posturales aconsejables. - Previsión de situaciones especiales.

— Discutir y programar situación *con todos los miembros del equipo*.

— *Informar bien* a los familiares (con tiempo y espacio):

a) Situación y causa de los síntomas.

b) Posibles descompensaciones («puede tener una hemorragia...»).

c) Formas y objetivos de la terapéutica. Por ejemplo: «Aunque no coma, no pondremos sondas y/o sueros porque no mejorarían su bienestar». - «Si tiene una hemorragia, no pondremos transfusiones porque...». - «Hemos previsto el tratamiento, por si aumenta el dolor, con inyecciones subcutáneas».

d) Cosas prácticas: cómo ponerse en contacto con funeraria, traslados, etc.

e) Permitir una evaluación y entendimiento de la evolución de la enfermedad, destacando los aspectos positivos y aclarando dudas: «Si hubiésemos hecho...». - «Creo que no padece ni padecerá».

f) Aconsejar sobre la manera de estar y acompañar al enfermo. Es conveniente la presencia permanente de los familiares durante la visita.

— No olvidar que el enfermo, aunque obnubilado o somnoliento o desorientado, *también tiene percepciones*.

a) Explicarle bien (todo lo posible) la situación y la terapéutica.

b) Cuidar las medidas no verbales (tacto).

c) Preguntar siempre sobre confort y problemas: «¿Hay cosas que le preocupen?». - «¿quiere que le aclaremos alguna duda?». - «¿Descansa bien?».

3.3 Vías de administración de fármacos

— *Oral*. Siempre que sea posible. Dificultosa por disminución de la conciencia, vómitos o sequedad.

— *Subcutánea*. Excelente; poco yatrógena y bien tolerada (excepto fármacos liposolubles o grandes cantidades). Morfina, haloperidol, escopolamina.

— *Rectal*. Excelente. Morfina, diazepam, clorpromacina.

— *IM*. No aconsejable (muy dolorosa especialmente en enfermos desnutridos).

— *EV*. No es necesaria en el 90 % de los casos si se hace uso razonable de las anteriores. Hablarlo siempre con la familia.

3.4 Dolor

El fármaco de elección es la morfina:

— Oral, si es posible.

— Subcutánea, cada 4-6 horas, 10-20 mg.

— Con bomba de infusión (Syringe driver).

— Rectal: el cloruro mórfico se absorbe bien por esta vía. Las dosis son las mismas que por vía oral, si se puede administrar con jeringa.

— IV: se puede prescindir si se hace uso correcto de las otras citadas.

Pueden abandonarse, en esta fase, los coadyuvantes y coanalgésicos (o individualizar su uso).

Aunque el enfermo esté en coma, es conveniente no dejar de administrar la morfina, aunque puede reducirse la dosis.

3.5 Agitación, confusión, delirio

Procurar ambiente tranquilo.

Favorecer presencias confortantes: familia, enfermeras.

Mejoran también con morfina.

Otros fármacos específicos son:

— *Haloperidol*. Efecto menos sedante, pero indicado en estados confusionales: 25-50 gotas o 10 mg SC / 12-24 horas.

— *Clorpromacina*. Buen efecto sedante, además de antiemético: 25-50 gotas / 6-8-12 horas.

— *Diazepam*. 5-10 mg oral, sublingual o rectal.

3.6 «Estertor»

Crea mucha angustia en los familiares:

No creemos conveniente aspirar (medida dolorosa y agresiva).

En ocasiones el cambio de postura lo disminuye.

El fármaco de elección es la Escopolamina (Hioscina): 5-10 mg SC / 8-12 horas.

3.7 Fiebre

No hace falta tratamiento específico si no crea problemas o impacto en los familiares.

3.8 Otros síntomas

Usar medidas descritas, teniendo en cuenta el pronóstico y los objetivos terapéuticos. Por ejemplo: no hace falta poner enemas si hay ausencia de defecación en 2-3 días.

3.9 Atenciones de enfermería básica

— *Postura y cambios posturales*. Conviene obtener posición confortable y cambios en el confort. La postura que aconsejamos es el decúbito lateral que: - Disminuye los estertores. - Facilita los cuidados de la piel. - Posibilita la vía rectal.

— *Cuidados de la boca*. Es un elemento fundamental de confort. - Soluciones con infusiones. - Agua con limón. - Jugos de frutas. - Hay que tener gasas húmedas o *torundas* que el enfermo pueda chupar (reflejo de succión persistente). - Poner crema protectora en los labios (Vaselina).

— *Cuidados de la piel* / higiene básica. - No exagerar en el uso de jabones. - Favorecer el uso de cremas o leches hidratantes (sensación de confort). - En la situación de agonía, la prevención de úlceras de decúbito deja de ser un objetivo primordial.

— *Nutrición e hidratación*. Es un aspecto que angustia mucho a los familiares («si no come se encontrará peor», «hace horas que no bebe nada...»). - Explicar bien a los familiares y al enfermo que la falta de ingestión es una *consecuencia* (y no causa) de la situación. - Aconsejar dietas líquidas, jugos, infusiones de buen gusto, si es posible respetando el deseo del enfermo. - Recordar que los objetivos del tratamiento en la fase agónica no son la *hidratación* ni la *nutrición*, sino el confort. Dan más resultado para el tratamiento de la sed los cuidados de la boca que los sueros o las sondas nasogástricas.

— «*Constantes*». Desde el punto de vista de los objetivos terapéuticos, no tiene mucho sentido el seguimiento regular de las *constantes* (TA, FVM, FR, temperatura, diuresis, etc.). Por el mismo motivo no cremos indicada la práctica de analítica ni exploraciones adicionales que no vayan dirigidas al confort.

En cualquier caso es conveniente cambiar horarios (por ejemplo no despertar al enfermo para tomar constantes).

De todas formas hay que destacar que el cambio en el seguimiento de las constantes ha de ser planteado con delicadeza y tacto, o tal vez haya que cambiar el uso de estos actos (tomar la TA puede ser una forma de hablar con el enfermo).

Conviene individualizar estas prácticas según la demanda de enfermos y familiares.

Es imprescindible explicarlo:

«No hacemos análisis porque ya sabemos cuáles son los problemas y no cambiaría el pronóstico ni el tratamiento».

«Hoy ha tenido un poco de fiebre, pero no le molesta nada».

3.10 Crisis de claudicación emocional familiar

En el transcurso de la evolución aparecen a menudo crisis de descompensación del enfermo o de sus familiares, en las que se acentúan los problemas o su impacto. A veces se originan muchas *demandas de intervención médica o técnica*.

Causas frecuentes de estas descompensaciones son

— Síntomas mal controlados o aparición de nuevos (especialmente dolores, disnea, hemorragia, vómitos).

— Sentimientos de pérdida, duelo.

— Miedos, temores, incertidumbres: «¿Padeceré?». «¿Padecerá?».

— Depresión, ansiedad, soledad.

3. FORMACIÓN HUMANA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

*Esperanza Cachón Rodríguez
María Carmen Alarcón Castillo*

El objetivo de este artículo es sensibilizar a los profesionales de enfermería sobre las implicaciones éticas que se derivan del ejercicio profesional.

Para ello pretendemos:

- Argumentar la necesidad e importancia de la formación humanística de las/os enfermeras/os.
- Definir contenidos y objetivos de esta formación para integrarlos en los planes de formación continuada.

FORMACIÓN HUMANÍSTICA DE LAS/OS ENFERMERAS/OS

Necesidad e importancia

Si se considera de forma global la evolución de la enfermería española en el siglo XX, deben reconocerse algunos procesos claros: el paso de una orientación centrada en la enfermedad a una orientación teórica hacia la salud; la paulatina transformación desde un criterio de total dependencia médica al descubrimiento y toma de conciencia por parte de los profesionales de que existe una función propia de las/os enfermeras/os, además de las funciones delegadas por el médico, y de que existen los cuidados de enfermería sobre los que los profesionales deben poseer competencia, y de los que son responsables. Desde una noción de enfermería al servicio de la medicina, se ha pasado a la noción de enfermería al servicio del cliente o enfermo. En este último campo, queda todavía un largo camino por recorrer para que tal noción sea efectivamente una realidad cotidiana¹.

Si bien la enfermería tiene un amplio campo de acción, con un aumento importante de la actividad extrahospitalaria, vamos a hacer unas reflexiones centradas fundamentalmente en la actividad hospitalaria, ya que en términos generales en los hospitales donde la relación enfermera/o-paciente tiene una mayor incidencia, entre otros factores, por la continuidad de esa relación.

Por tanto, al elaborar planes de formación humanística, este factor ha de considerarse explícitamente.

La evolución de la sociedad y el progreso de la medicina en los últimos 50 años han cambiado completamente la atmósfera de los hospitales.

La mayoría de los enfermos salen de ellos curados o en mejores condiciones de salud.

Gracias a la tecnología moderna, la medicina puede obtener en personas de cualquier edad resultados inesperados. Estos progresos técnicos corren el riesgo, no obstante, de aislar al enfermo y alejarlo del equipo sanitario. El diagnóstico se hace en gran parte utilizando aparatos cada vez más sofisticados y observando análisis de laboratorio, más que interrogando, examinando y dialogando con el enfermo.

Esta deshumanización de los establecimientos hospitalarios es una realidad que inquieta a toda la sociedad².

El Insalud puso en marcha en 1989 el llamado «plan de humanización» como respuesta a un claro imperativo social: cubrir las necesidades del paciente hospitalizado, más allá del aspecto puramente asistencial. Ello supone el reconocimiento implícito de que la asistencia está deshumanizada.

Por otra parte, según V. Henderson, si bien todos los seres humanos tienen necesidades comunes, hay que tener en cuenta que estas necesidades se satisfacen mediante sistemas de vida tan variados que puede afirmarse que no hay dos iguales. Esto significa que la enfermera, por competente que sea en su trabajo y por mucho que en él se esfuerce, nunca podrá comprender totalmente a una persona, ni proporcionarle todo lo que ésta necesite para su bienestar. Lo único que puede hacer es ayudarla en aquellas actividades que contribuyen a ese estado que para esa persona significa salud o convalecencia de una enfermedad, o la muerte sin sufrimiento.

Los cuidados básicos de enfermería, considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes; sin embargo, varía constantemente porque cada persona manifiesta a su manera las necesidades. En otras palabras, la enfermería básica se compone de los mismos elementos identificables, pero éstos se han de adaptar a las modalidades y a la ideosincrasia de cada persona³.

Del análisis expuesto anteriormente, podremos deducir la necesidad e importancia de la formación humanística en enfermería.

CONTENIDOS Y OBJETIVOS

Si analizamos los diferentes planes de formación continuada para enfermería que presentan los diferentes hospitales y colegios profesionales, nos encontramos que en su gran mayoría el contenido formativo de dichos planes es exclusivamente técnico.

Reconociendo la importancia que tienen los aspectos técnicos

y científicos, sólo podemos hablar de prosperidad y progreso en nuestra profesión si, a la vez que avanzamos en estos aspectos, lo hacemos paralelamente en los aspectos humanos para dispensar a nuestros pacientes unos cuidados cada vez más humanizados.

En la formación continuada del personal de enfermería debemos también contemplar la siguientes materias:

- BIOÉTICA
- PSICOLOGÍA
- LEGISLACIÓN

Aunque es cierto que estas materias están incluidas en los planes de estudio actuales de la formación básica de enfermería, también es verdad que muchos profesionales que en la actualidad desarrollan un trabajo asistencial han recibido una formación muy sonora en estas materias.

Por otra parte, tanto los profesionales que llevamos ejerciendo muchos años como los de nueva incorporación, corremos el riesgo de caer en la rutina del trabajo diario, cada vez más tecnificado y burocrático, en perjuicio de nuestra relación humana con los pacientes.

OBJETIVOS

Bioética

- a) Potenciar en el profesional de enfermería su modo ético de ser.
- b) Identificar los componentes del proceso de la vida humana y las repercusiones éticas y morales que ello plantea.

Psicología

1. Recordar conceptos básicos de sociología que permiten interpretar y criticar las estructuras sociales.
2. Analizar grupos humanos, enumerando los distintos tipos y siguiendo su formación y evolución.
3. Repasar los aspectos psicológicos de la situación de la persona enferma, con sus conductas concretas desde el punto de vista individual y social.
4. Describir los factores psicológicos insertos en el proceso de hospitalización discriminando factores personales e institucionales.
5. Analizar la relación personal sanitario-enfermo.

6. Recordar la importancia de la comunicación entre los componentes del equipo sanitario y el enfermo.

Legislación

1. Que el profesional conozca todo lo existente en materia de legislación sanitaria.
2. Que sea plenamente consciente de la posible repercusión legal de sus actos.

Contenidos del programa de ética

1. Trasplantes de órganos.
2. Manipulaciones genéticas y del cerebro humano.
3. Experimentación humana.
4. Muerte y atención al moribundo.
 - El hombre moderno ante la muerte.
 - Cuidados para ayudar al bien morir.
 - Atención del profesional de enfermería al moribundo.

Contenidos del programa de Psicología

1. Relaciones interpersonales.
2. Problemática psicológica de los cuidados hospitalarios.
3. La comunicación.
4. Aspectos psicológicos del dolor.
5. Aspectos psicosociales del enfermo y la enfermedad.

Contenidos del programa de Legislación

1. Responsabilidad penal.
2. Delitos contra la vida, la salud y la integridad física.
3. Delitos contra la salud pública.
4. Trasplante de órganos.
5. Régimen disciplinario de los colegios profesionales.
 - Intrusismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. DOMÍNGUEZ-ALCÓN, C.: *Los cuidados y la profesión de enfermería en España*. Pirámide, 1986.
2. INSTITUTO HENRY DUNANT: *Hacer el hospital más humano*. Ginebra, 1986.
3. HENDERSON, V.: *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. I.C.N., 1971.

Máximo González Jurado

Presidente del Consejo General de DE

4. «UNO DE LOS DRAMAS DE LAS PROFESIONES SANITARIAS, HOY, ES QUE SE HAN DESHUMANIZADO»

Desde hace tiempo estaba en nuestro punto de mira.

En el clima de efervescencia que está viviendo, ya hace tiempo, el mundo de la salud, la Enfermería no es un factor ajeno sino, muy al contrario, parte muy significativa del mismo.

Una profesión fundamental en cualquier sistema o estructura sanitaria que se instaure; una profesión que se ha visto profundamente reconvertida, ejerciendo en ello el ingreso en la Universidad de su formación un efecto o causa importante, según se mire; una profesión que ha trabajado, y sigue haciéndolo, como pocas en la conquista de una propia identidad; una profesión tan necesaria y demandada como actualmente escasa en sus efectivos; una profesión que se siente injustamente tratada en su remuneración social y económica...

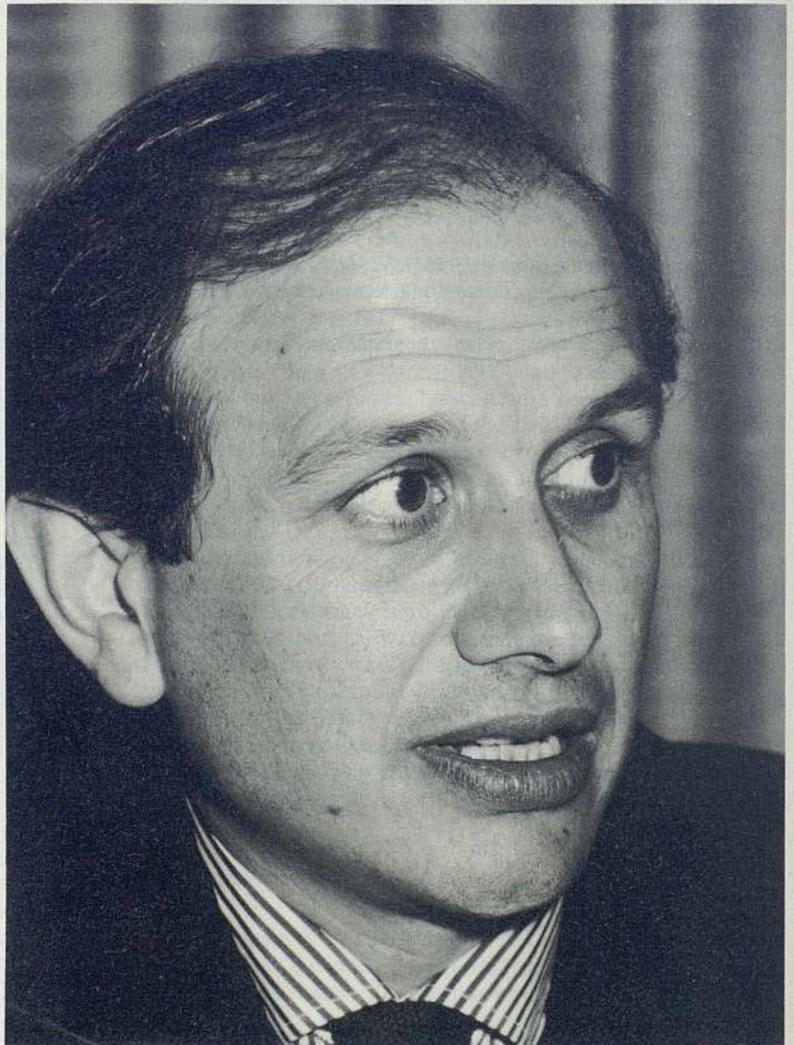
Una profesión así resulta una tentación como objeto de análisis, comentario, búsqueda de pistas de futuro.

Y pretendíamos hacer todo ello desde la mayor perspectiva posible. Seguramente, comprobando ya el análisis inmediato y subjetivo que proporciona el codo a codo con el profesional amigo, o con el que diariamente compartimos tareas y esfuerzo, buscábamos complementarlo con el que pudiera ofrecernos alguien que viviese el mismo desde otra atalaya.

Nadie mejor para ello que nuestro hombre: Máximo González Jurado, Presidente del Consejo General de ATS y DE de España.

Natural de Puente Genil (Córdoba), cuenta en su haber 41 años. Está casado y es padre de tres hijos.

En 1970 finaliza sus estudios de ATS en la Escuela del Hospital San Juan de Dios



en Málaga. Dos años más tarde obtiene la especialidad de Podología.

Es nombrado vicepresidente del Consejo General en 1982. Cinco años más tarde, en 1987, accede al cargo de presidente del mismo y que ostenta en la actualidad.

Es profesor de la Escuela Universitaria de Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid. Asimismo, es miembro del Comité Consultivo de Enfermería de la CEE.

Hombre de fácil verbo, la entrevista no resulta complicada en absoluto. Al finalizar, uno se queda con la impresión de que la misma le ha quedado corta a nuestro personaje. Estoy convencido de que se han quedado más cosas por decir que las que ha dicho. Y eso que ha dicho unas cuantas. Compruébenlo ustedes mismos.

L.H. —¿Qué motivaciones le impulsaron a presentarse para acceder al cargo que actualmente ocupa?

M.G. —Llevaba cinco años en el Consejo, como Vicepresidente del mismo, y creía que había unos objetivos por cumplir que hasta ese momento no había sido posible.

Por otro lado, ya había tenido la oportunidad de conocer una serie de organizaciones profesionales de enfermería de otros países —Inglaterra, Dinamarca, Alemania, EE.UU., Canadá—, y veía que las mismas gozaban de algo tan importante como es la credibilidad por parte de los profesionales, y respeto por parte de las instituciones.

Pienso, sinceramente, que una organización colegial puede cumplir una función social muy importante. Y como durante el tiempo que yo estuve de Vicepresidente no pudo ponerse en marcha el proyecto que yo consideraba adecuado para España —que no era una simple copia de las anteriormente mencionadas, pero sí adaptando mucho de lo bueno que había visto en ellas—, pensé que podría contribuir, desde la óptica de la organización colegial, al desarrollo de la profesión de la enfermería y, lógicamente, al desarrollo sanitario. Y digo desde la óptica de la organización colegial porque pienso que también hay otras organizaciones e instituciones que también tienen responsabilidad en el desarrollo de la profesión de enfermería.

L.H. —¿Cuáles son estos objetivos de los que usted habla?

M.G. —El primero sería el de estructurar una organización que en mi opinión estaba totalmente desarticulada, y algo muy difícil que es el de adecuar esta organización al Estado de las Autonomías.

Después, dar agilidad a la organización colegial, desde el punto de vista de prestar servicios, en primer lugar como defensa a los intereses de la profesión, servicios docentes, sociales, de apoyo al profesional en todos sus ámbitos. Cuando, conociendo un poco la estructura existente, hicimos un estudio de la misma vimos que ni los Colegios Provinciales ni el propio Consejo General reunían, en mi opinión, un mínimo de condiciones para poder hacer estas prestaciones. Había que hacer casi una revolución dentro de la organización colegial.

Los Colegios Profesionales tuvieron una lamentable actuación en la época de la dictadura; limpiar esa imagen, limpiar asimismo la imagen del conservadurismo que parece que emana de los mismos con respecto a su actuación permanente, y, al mismo tiempo, limpiar un poco la imagen de las luchas enormes que hubo desde el proceso de unificación colegial en 1977 en que yo accedí al cargo de Presidente... Todo ello constituía un reto interesante, no sé si alcanzable, pero sí interesante, repito.

En 1987 yo había pensado en retirarme. Había conseguido el mayor objetivo que me había marcado como Vicepresidente, que no era otro que el de traer a España el mayor evento mundial en el mundo de la Enfermería, su Congreso Internacional. Para ello luchamos contra Inglaterra, que era luchar contra el coloso en cuanto al país, más poderoso del mundo en cuanto organización profesional, el que, fundó el EJE y lo ubicó durante 50 años. La elección fue en un país de la Commonwealth con más de 40 países de lengua inglesa y sólo 20 de lengua española; era casi una misión imposible pero conseguimos sacarlo adelante: 34 países a favor de España por 24 a favor de Inglaterra.

Mi reto personal ya estaba conseguido. Por ello pensaba retirarme y dedicarme exclusivamente a la organización del Congreso. Pero avatares de la propia organización, en un momento en el que se desarticulaba toda la estructura, hicieron que varios Presidentes de Colegios Provinciales e incluso miembros del propio Consejo viniesen a pedirme me presentara a la elección de Presidente. Pues mis condiciones, lo que se llama vulgarmente «erótica del poder», yo la tenía ya satisfecha con el Congreso antes citado, sabiendo con quién tenía que bregar —Colegios Provinciales y el propio Consejo General—, y teniendo una idea muy clara de lo que tenía que ser una organización colegial moderna y agresiva. Hubo una reunión de Presidentes de Colegios Provinciales a la que asistieron más de treinta; yo puse en ella mis condiciones y qué quería de esta organización. Se aceptó mi planteamiento, presenté mi candidatura y salí elegido.

Todo ello fue el proceso de mi presentación y posterior elección, en la que yo nunca había pensado por cuanto creía que ello exigía una dedicación que yo no podía ofrecer por cuanto residía fuera de Madrid. Tan es así que ello me ha conllevado el trasladar mi domicilio familiar aquí, por cuanto considero ello es necesario para que un Presidente del Consejo dedique al mismo lo que éste requiere.

L.H. —¿En qué medida ha ido consiguiendo los objetivos que se había propuesto?

M.G. —Juzgar uno su propia labor siempre es difícil. Pero creo que alguno de los objetivos que nos habíamos propuesto los hemos alcanzado e incluso superado.

Para mí el objetivo más importante es el que hemos conseguido que haya un período de paz completa y absoluta dentro de la organización colegial. Hoy no existen las guerras que había hace unos años; se podrá estar más o menos de acuerdo con la línea de actuación, pero podemos decir que hoy, por ejemplo, en las Asambleas de Presidentes existe un respeto total y absoluto, se dialoga, se discute, se critica, se vota... En la Asamblea en que se votan los presupuestos, que para mí es la más importante en cuanto un presupuesto marca una política, se aprobó el mismo por unanimidad.

“Pienso que una organización colegial puede cumplir una función social muy importante”

“Una vez conseguido, como vicepresidente, el traer a España el Congreso Internacional de Enfermería, pensé en retirarme”

“Creo haber conseguido un período de paz completa dentro de la organización colegial”

Se ha conseguido que gran parte de las personas que no creían en la posibilidad de un proyecto de organización colegial ni de enfermería, porque proceden de otra filosofía, que respeto, pero no comparto, hayan ido abandonando sus puestos de responsabilidad. Así se han ido modernizando las estructuras desde las propias personas.

En cuanto a estructuras, se ha cambiado de una forma importantísima. Anteriormente apenas si existía ésta en nuestra organización; hoy poseemos una de las estructuras más modernas que existen en este país. Pero no solamente a nivel de organización colegial —que me atrevo a decir que es la mejor y más moderna de España—, sino incluso compitiendo con el mundo de la empresa. Tenemos una estructura con una gran agilidad. Tanto es así que en el campo de la informática tenemos un modelo que hoy está siendo copiado por el Palacio de la Moncloa. Tenemos nuestro banco de datos que está conectado —a nivel experimental— con más de veinte puntos de España (Colegios Provinciales y alguna Escuela Universitaria de Enfermería), donde los datos entran y salen directamente y se obtienen los documentos originales vía láser y a través de almacenes de escáner. Y además con la posibilidad de contar próximamente con redes internacionales de bancos de datos y poder poner los mismos al alcance de cualquiera de nuestros Colegios y, consecuentemente, al alcance de cualquier colegiado.

Respecto a la estructura tuvimos un conflicto hace un año que fue el de los planes de estudios cuando el Consejo de Universidades quiso sacar por decreto un proyecto que era lesivo con la profesión de Enfermería, y se creó un centro operativo aquí en donde junto a Escuelas de Enfermería, sindicatos y todo tipo de organizaciones. Entonces se vio que existía la capacidad operativa de llegar a varios cientos de puntos con documentación exhaustiva que se elaboraba sobre la marcha. Crear una red así creíamos que era muy importante.

Cuando accedí a la Presidencia, todo los medios de que se disponía era un miniordenador para tratamiento de textos. Hoy tenemos una red informática propia y periférica.

Hemos creado un Gabinete Jurídico Socio-laboral que en lo que va de año ha elaborado cerca de 7.000 informes para colegios y colegiados. Se colocó la red de fax en todo el territorio nacional.

En el terreno de lo docente, otro de los objetivos propuestos, creo que hemos superado lo previsto. Íbamos, en un principio, hacia la formación continuada. Desde un estudio realizado, observamos que en ella no existían criterios comunes, cada uno lo hacía de forma distinta, no respondía a crear algo que pudiera servir a todo el conjunto de la profesión, estaba en manos especulativas, había provincias pequeñas que apenas si podían acce-

“En España, la teorización de la Enfermería ha ido por delante del propio sistema sanitario”

“...Creo que el Curso de Nivelación no ha cumplido con la función para la que se creó”

“...Nos interesa que el ATS cambie de mentalidad y filosofía; sus conocimientos teórico-prácticos son excelentes”

“... Todavía hay 53.000 profesionales que son ATS”

“La desmotivación de los profesionales es un hecho real... y en todos los países”

“Al profesional de Enfermería nunca se le ha dado, ni regalado, ni tan siquiera prestado, nada”

“Cuando no se recibe un reconocimiento ni social ni empresarial, la frustración llega”

der a ella... En este campo estamos satisfechos, no teníamos objetivos tan altos como los que hemos podido conseguir.

L.H. —*Por ejemplo...*

M.G. —Mire; en estos momentos somos propietarios de una Escuela, adscrita a la Universidad Complutense, para la formación post-básica y continuada, y los programas que estamos estableciendo respecto a la formación continuada están llegando a las 52 provincias, con recursos propios y ajenos, como por ejemplo conciertos con el Ministerio de Sanidad que este año puede llegar a los 200 millones de pesetas. Se ha logrado uniformidad, se hace sin costos para los colegiados. Estamos, al mismo tiempo, contribuyendo a formar profesorado de Enfermería en formación continuada. Se hace homogénea, en el sentido de que planes de Enfermería que son importantes para el resto de la profesión se están haciendo a nivel nacional y, por lo tanto, estamos contribuyendo a paliar el déficit que supone el que la troncalidad de la carrera básica sea muy baja y consecuentemente cada Universidad haga un módulo distinto de enseñanza de Enfermería, lo que llevaría a encontrarnos a unos profesionales que se parecieran en muy poco en función de la Universidad de procedencia...

Estamos haciendo algo de investigación y contribuyendo a que se haga. Antes nunca se planteó ello en esta casa; hoy estamos haciendo estudios propios y subvencionando proyectos a profesionales e instituciones.

En el campo de las especialidades estamos ayudando a que se elabore un modelo de las mismas que sea para el profesional y que se cuente con él.

Por otro lado, y en este campo de la docencia, queremos establecer dos Masters, uno en Salud Pública y otro en Gestión Sanitaria. Estamos intentando establecer un convenio con una Universidad extranjera para realizar el de Gestión Sanitaria; el de Salud Pública ya lo tenemos tan sólo pendiente de firmar con la Universidad de Albany, en Nueva York.

El Master de Gestión Sanitaria responde a una intención elemental: hasta ahora hay Dirección y Gestión de Enfermería y nos quedamos en el nivel de Gestión de Enfermería, pero no terminamos de entender por qué. No sabemos por qué un Diplomado de Enfermería no puede ser Gerente de Área o Gerente de un Hospital o Director General. Por ello se trata de establecer un Master de muchísimo prestigio al que puedan acceder distintos profesionales de la salud —no queremos ser exclusivistas—, pero que esté orientada desde una óptica propia a través de esta Escuela de Especialización en licencias de la Salud que hemos creado y que ha aprobado la Junta de Gobierno de la Universidad Complutense.

Quedan muchas metas por conseguir, no obstante.

L.H. —*Con la fluidez que desgrana la conquista de sus objetivos, da la impresión que ha sido el Carl Lewis en sus 100 metros lisos, pero quiero creer que lo suyo habrá sido, más bien, una carrera de obstáculos.*

M.G. —Sí, claro, obstáculos ha habido muchos. Para mí los más importantes han sido las resistencias internas al cambio. Se lo explico.

Mire, uno de los obstáculos más importantes y con el que siempre nos encontramos, es el económico. Sin dinero yo no sé cómo se pueden hacer las cosas; sí sé cómo se puede administrar bien el dinero, y sobre todo cuando éste no es propio, pero sin dinero no se puede hacer nada.

Nosotros tuvimos que duplicar los ingresos que teníamos, y nuestros ingresos provienen de los Colegios Provinciales.

Nosotros hicimos un proyecto, compartido y dialogado con todos. Pero ese proyecto tenía, lógicamente, un precio. El proyecto fue aprobado pero tuvo unas resistencias importantísimas hasta el punto de que poco faltó para que el mismo fuese retirado. Más de veinte Colegios Provinciales formaron un bloque y se negaron a contribuir al Consejo General; además, entre ellos se encontraban los Colegios con mayor número de colegiados.

Tuvimos mucha fe en el proyecto. Fuimos convenciendo, uno a uno, a todos los presidentes; a otros, que no convencimos, hubimos de aplicarles medidas de tipo jurídico y disciplinario...

Había posturas muy comprensibles. Nos decían que hiciésemos un cambio que ofreciese credibilidad para que los colegios asumiesen la subida correspondiente de sus cuotas. Pero eso era una trampa mortal. Era imposible hacer ese cambio sin tener los recursos necesarios. Tenían que ser ellos quienes nos ofreciesen su confianza avalándonos ante los colegiados.

Felizmente el proyecto se pudo llevar a cabo. Y la satisfacción que yo tengo es que presidentes que en su momento fueron muy críticos con el mismo, hoy están colaborando de una forma total y absoluta, sin reserva. Y, por si fuera poco, han tenido la gentileza de venir a decirme: «Habéis conseguido algo que no creíamos posible. Contad con nosotros».

L.H. —*Al hilo de lo que usted nos comenta acerca de la homogeneidad o diversidad en la enseñanza de la Enfermería, usted bien sabe que ha habido y hay modelos diferentes desde diversas Asociaciones, Escuelas de la Enfermería en España. ¿Ha podido armonizar esta pluralidad? ¿Cómo se ha situado frente a la misma?*

M.G. —Yo creo que lo primero que hay que tener, y cuando alguien me lea esto seguro que va a sonreír, es humildad y no querer imponer algo tan delicado. Es cuestión de reunirse con mucha gente, dialogar con todos, escuchar a todos, e ir consensuando, poco a poco, algo que puede ser asumido por la mayoría.

Eso empezó a darse en la reunión de Cuenca, en la que invitamos a todo el mundo y participó gente que era impensable lo hiciese. Y cuando se vio que no era un montaje sino que se dejaban las puertas abiertas para que la gente pudiese contribuir a la verdad, y que aquellas conclusiones que sostenían son las que se han ido respetando y poniendo en marcha, la gente ha observado que es posible trabajar.

Hoy para nosotros es una satisfacción ver cómo personas, instituciones y organizaciones que podíamos decir que pasaban, aun cuando algunas de ellas eran hostiles a la propia organización colegial y al Consejo General, no tienen el menor inconveniente en estar contribuyendo de una forma totalmente abierta. Eso



es porque han visto que se ha respetado mucho a la persona y a la institución.

Por ejemplo, en el Proyecto de carrera profesional que hemos ofrecido ahora, se han elegido una serie de expertos sin mirar procedencias ni filosofía, sino tan sólo buenos expertos. Y se les ha dicho: «trabajen ustedes un proyecto, háganlo con toda libertad». Y a mí me han requerido, como presidente de dicha comisión, tan sólo cuando se han encontrado con auténticos obstáculos.

Así es como pueden surgir proyectos que, trabajados en libertad, luego son respetados y asumidos. Lo mismo ocurrió con el Código Deontológico recientemente aprobado. Teníamos necesidad de un Código Deontológico. Se creó un equipo de expertos —yo no sé si era el mejor, pero se les eligió—, se les dio toda la libertad, pidieron documentación, elaboraron un proyecto. Hasta que se llegó al redactado definitivo sufrió mil transformaciones y a todo el mundo se dio la posibilidad de opinar y aportar sus puntos de vista.

“El nivel de nuestros profesionales está en primera línea mundial”

“Que se esté contratando sin criterios profesionales no es correcto”

“Nuestro Código Deontológico antepone siempre los derechos de los usuarios a los de los profesionales”

“... Me da pena que en nuestros programas de carrera la ética no sea obligatoria y que se imparta en cuatro meses”

Esta es la política que estamos intentando seguir: que la gente, tanto a nivel individual como colectivo, pueda trabajar y hacer oír su voz y que ésta sea respetada. ¡Qué duda cabe que pueden existir aspectos en los que nosotros tenemos más responsabilidades concretas! Para ello hemos sido elegidos y tenemos la capacidad de tomar decisiones, pero en cuanto a todo aquello que pueda suponer una configuración de la regulación del desarrollo de la profesión... mire, yo tengo una idea muy clara, clarísima: yo no creo que nadie, aunque jurídicamente pueda estar representando a una profesión, nadie puede estar legitimado para decir que está representando a alguien con quien no cuenta.

Ese es el modelo que hemos elegido y, hasta ahora, no nos está yendo mal. Estamos consiguiendo el tener un nivel de relación y participación con instituciones que eran impensables hace, simplemente, dos o tres años.

L.H. —*Siguiendo con el objetivo global de integración que parece haberse propuesto, ¿cómo ha vivido esa pugna existente entre el enfoque teórico de la Enfermería y su realización en la práctica?*

M.G. —La teorización es absolutamente imprescindible por cuanto va abriendo una serie de caminos aunque, a veces, nos podamos equivocar.

Lo que no creo que sea acertado es que esa teorización se tenga que imponer, y además de una forma radical y rápida; entre otras cosas, porque creo que es imposible.

Yo creo que se está intentando aproximar la teorización a la práctica, pero tengo mis dudas de que realmente hayamos llegado a conseguir un mínimo de esa simbiosis teoría-práctica.

L.H. —*¿Pesa en ello la diferencia entre el antiguo ATS y el nuevo DE?*

M.G. —Sí, de una forma total.

La verdad es que entre todos hemos contribuido a que vaya cambiando, y eso es importante, la actitud y la receptividad del

ATS hacia un modelo nuevo sanitario y, por lo tanto, hacia un modelo de Enfermería.

Lo que ocurre es que yo creo que en este país, en la teorización de la Enfermería se ha ido por delante del propio sistema sanitario. Cuando todavía pervivía el modelo curativo en España, ya apuntaba nuestra teorización hacia un modelo distinto, preventivo, educativo, etc.

Por eso era muy difícil que profesionales que se habían educado en un sistema y que estaban plenamente integrados en él, de pronto y de forma radical pudiesen entender ese nuevo sistema cuando ni tan siquiera estuviese apuntando en el marco político sanitario.

Yo creo que ahí se intentó, quizá un poco bruscamente, hacer el cambio de la profesión de Enfermería.

¿Qué ha ocurrido? Pues que poco a poco ha ido viniendo el cambio de modelo sanitario. Y la profesión de Enfermería ha tenido una receptividad hacia el mismo mayor que ninguna otra profesión. Esto está demostrado.

Los profesionales están encantados con el cambio, pero tal vez no se les hayan dado las suficientes oportunidades ni medios como para adaptarse al mismo adecuadamente. Y sobre todo está el gran fallo, el enorme fallo en mi opinión, en el sistema hospitalario. Se ha avanzado mucho en la atención primaria y la gente se ha adaptado a ella con ilusión, porque además era un campo nuevo totalmente.

Sin embargo a mí, que me gusta mucho hablar con los profesionales que trabajan en un hospital, me llegan sus quejas siempre en un mismo sentido: «es que yo no veo que haya cambiado mi trabajo, mi responsabilidad en los últimos diez años». Eso es gravísimo por cuanto ese profesional difícilmente puede cualificar su actitud hacia un cambio que es absolutamente imprescindible.

Creo que se han perdido unos años preciosos porque desde las Direcciones de Enfermería no se tenía tampoco muy claro qué era la Enfermería y qué se podía hacer en el Hospital; tampoco hemos tenido un nivel de autonomía suficiente en los hospitales como para ir creando una organización y una estructura en que el enfermero entendiese mejor cuál era su función y su nuevo papel.

Quizá por todo esto, estamos orientando para el próximo curso académico los programas de atención continuada en el sector hospitalario, para desde ahí ir contribuyendo no solamente a perfeccionar sino a cambiar mentalidades respecto a la Enfermería.

L.H. —*¿Ha contribuido a ello el Curso de Nivelación?*

M.G. —Creo que respecto a este Curso de Nivelación no se puede afirmar ni todo positivo ni todo negativo. Ha podido contribuir a que cambien actitudes por una parte determinada de Enfermería, sin duda. Pero también creo que hay otra parte de enfermeros que lo han realizado y en los que no se ha producido ese cambio de actitud.

Yo creo que el Curso de Nivelación, que ahora podemos analizar más detenidamente tras estos años de experiencia, no ha cumplido con la función para la que se creó. Estimo que podía haber otra serie de modelos mucho menos agresivos para el profesional y que hubiesen contribuido, y todavía estamos a tiempo de que contribuyan...

¿Qué nos interesaba profundamente del ATS? Pues que cambie profundamente su mentalidad y su filosofía, porque los conocimientos teórico-prácticos que tiene son excelentes. Pero, sin embargo, no es así con la forma de pensar en cuanto a un sistema y un modelo sanitario. Para ello puede haber fórmulas menos agresivas que el profesional no deba hacerlas por miedo o por necesidad, sino por convencimiento.

Estamos viendo, por ejemplo, en el campo de la atención primaria cómo la gente está verdaderamente motivada desde el cambio del modelo sanitario operado. Porque, no nos engañemos, el cambio a la identidad de la Enfermería no viene por sí misma,

sino desde unos modelos o parámetros mundiales de la asistencia sanitaria. Al haber un cambio importante de la filosofía a través de Alma-Ata, todas las profesiones de la salud tienen necesidad de cambiar en su identidad. Tal vez Enfermería ha sido la más rápida en adaptarse, pero estamos viendo cómo la medicina está sufriendo unas modificaciones importantísimas también.

Creo que se podían haber buscado otras vías diferentes, y además ha habido aquí algo que no debe hacerse nunca como es le no saber rectificar. Es decir, cuando un modelo está agotado, hay que buscar vías alternativas.

Yo defiendo que todavía necesitamos reciclar a nuestros profesionales porque hay 53.000 en estos momentos que siguen siendo ATS. Y no es un problema de tener un título u otro, sino de que tengan una mentalidad enfermera o no enfermera. Eso va a contribuir o no a que se pueda transformar o no el sistema sanitario.

El Comité Nacional de Especialidades ha adoptado un acuerdo que ha sometido a los Ministros de Sanidad y de Educación para que se busquen fórmulas a fin de que los actuales ATS puedan nivelar para que cursen dichas Especialidades. Si no, puede ocurrir que el ATS que no haya nivelado, que puede ser un magnífico profesional, no pueda cursar una especialidad.

Estamos creando una realidad que es peligrosa, y esa es responsabilidad nuestra: no nos podemos permitir el lujo de tener dos profesiones, porque estaríamos como antes de la unificación. Tendríamos el enfermero con titulación y mentalidad, que para mí es lo más importante, y el ATS con otra filosofía distinta. Y esto es gravísimo.

L.H. —*Por cierto y hablando de especialidades. Introducidos otro factor que nos gustaría saber cómo lo valora el Consejo: es el auxiliar especialista que procede de la FP. Ya se está dando algunos rumores al respecto.*

M.G. —Sí, son los típicos globos sonda que se hacen desde los poderes públicos.

Yo estoy convencido de que el Ministerio de Sanidad quiere tener buenos profesionales, sin duda alguna. Ninguna empresa quiere tener malos profesionales. Pero no es menos cierto que hoy hay una crisis económica muy importante en materia de salud, porque las exigencias cada día son mayores y los presupuestos no crecen al ritmo de las mismas.

Entonces puede existir la tentación de que con un profesional menos cualificado poder ir cubriendo una serie de parcelas de Enfermería que, lógicamente, abaraten los costos de la asistencia. Esa tentación la venimos denunciando desde hace unos cuantos años, y no desde un punto de vista exclusivamente corporativo, no. Creo que estamos todos de acuerdo en que un buen enfermero con una especialidad, va a tener una preparación científica y humanística mucho más importante de la que puede tener un técnico de Formación Profesional.

No es defender una profesión, y tenemos la obligación de hacerlo, sino porque estamos convencidos de que puede prestar mejores servicios.

Estuve hace poco tiempo en la Organización Mundial de la Salud, en la región de las Américas, en Washington, en una reunión a la que fui invitado y el Ministro de Colombia nos dio una conferencia con un alto grado de participación. Y allí, en Colombia, las enfermeras tienen un papel importantísimo, pero son muy pocas.

Otros niveles de asistencia están en manos de aficionados o de voluntarios y cuando le preguntaron sobre ello, el Ministro respondió: «No le quepa la menor duda de que yo ahí pondría enfermeras, que son las personas cualificadas. Pero no las puedo tener porque no tengo dinero».

Pienso que en ese aspecto debemos tener las ideas bastantes claras y reivindicar una asistencia con calidad. Y ahí tienen que definirse claramente las Administraciones Públicas: qué tipo de

asistencia se ha de dar en el sistema sanitario y quién debe asumir las responsabilidades de esa asistencia.

L.H. —*Está claro que hay escasez de enfermeras, y que, al mismo tiempo, hay escasez de Escuelas de Enfermería. ¿Por dónde se puede salir de esta situación?*

M.G. —En este aspecto yo tengo las ideas bastante claras, sinceramente. En primer lugar es cierto que hay escasez de enfermeras pero hasta dónde existe tal escasez. Creo que nadie en este país en este momento, está en condiciones de decirlo. Voy a tratar de explicarme.

Tenemos en el sector público 120.000 profesionales de los 160.000 que somos ya. Si hay que sustituirlos en los tres meses de verano necesitan un stock de parados de 40.000, que el resto del año estarían sin trabajo. Eso no se lo puede permitir ninguna profesión. Hay que buscar otras fórmulas más imaginativas. ¿Cuáles podrían ser? Pues la primera, incentivar las vacaciones los doce meses del año con medidas sociales y económicas. Y las hay: dar más días de vacaciones, un salario extra... Seguro que habría profesionales que aceptarían la fórmula.

Así se le hace un favor al sistema sanitario, ya que supongo que estaremos de acuerdo en que un hospital no puede perder su calidad asistencial durante los meses de verano —y ahora lo está perdiendo—; y por otro lado evitamos la existencia de un grupo de profesionales parados que una profesión no se lo puede permitir.

“Las Administraciones Públicas han de definir claramente qué tipo de asistencia quieren dar y quién debe darla”

“Es cierto que hay escasez de enfermeras, pero nadie hoy está en condiciones de evaluar dicha escasez”

“Sustituir a los 120.000 enfermeros del sector público en los tres meses de verano implicaría contar con un stock de 40.000 profesionales en paro. Eso no es posible”

“... Hay que buscar nuevas fórmulas: contratos a tiempo parcial, incentivar las vacaciones los otros meses del año...”

Otra solución que nosotros aportamos, y que se está llevando ya a cabo en otros países, es la contratación a tiempo parcial.

Si hoy tenemos, y lo sabemos, magníficos profesionales, sobre todo en el campo femenino, que tiene que abandonar la profesión por problemas domésticos, ¿por qué no aprovechamos parte de su jornada laboral y así recuperamos gente muy bien preparada? Esto se hace, por ejemplo, en Canadá: ahí está la madre de familia trabajando cuatro horas en su hospital, y por la tarde se dedica a su familia.

Ciertamente hay fórmulas. No obstante, como ya le he dicho, nosotros estamos haciendo un estudio, un trabajo de investigación del personal de Enfermería a nivel de todo el Estado español. Subvencionado por el Ministerio de Sanidad, lo realizamos como organización colegial. Este es un estudio que nos va a dar datos, que es de lo que se carece en estos momentos. Pero, cuando tengamos los datos, se hace imprescindible, en mi opinión, que las

Administraciones Públicas se pronuncien en cuanto a una planificación sanitaria a medio y largo plazo. Si no es así, cuando afirmamos que faltan enfermeras, ¿en base a qué parámetros asistenciales lo hacemos? Por ello, desde los datos reales que tengamos en este estudio y desde la planificación que hagan las Administraciones —Ministerio de Sanidad y Consejería de Salud de las Comunidades Autónomas—, podremos decir: para los próximos 10 ó 5 años se necesitarán 50.000 enfermeras, por ejemplo.

L.H. —...y aquí entramos en el tema de las Escuelas de Enfermería, don Máximo.

M.G. —Yo he dicho siempre, porque creo que es mi talento y forma de pensar, muy liberal. Huyó mucho, y casi lo odio, tal intervencionismo. Yo creo en la calidad.

De ahí que la naturaleza jurídica de una Escuela Universitaria de Enfermería me da exactamente lo mismo. Lo que me interesa es que se dé una calidad educativa adecuada.

En ese sentido, yo creo que de forma desordenada no podemos caminar. No creo que sea razonable ni abrir Escuelas ni aumentar el número de alumnos, ya que, como decíamos antes, no sabemos las necesidades que tenemos. En base a ello sí se podría perfectamente hacer un estudio y comprobar qué capacidad docente pueden tener las Escuelas existentes, ver si cubren y cumplen las mismas los objetivos para los que han sido creadas —porque probablemente haya Escuelas que merecerían estar cerradas hace tiempo—, y en función de ello hacer una planificación en cuanto a la docencia de la Enfermería en este país. Es decir, vamos a necesitar 50.000 profesionales, tenemos 80 Escuelas de Enfermería con esta capacidad docente, pues adecuamos ambos parámetros.

Porque, desde mi experiencia personal, puedo decirle una cosa: cuando se amplían los recursos docentes, jamás se disminuyen. Si se crea un número de plazas de profesores titulares, o de catedráticos, esas plazas quedan de por vida. Si ello se hace de forma indiscriminada y poco planificada, el día en que ya no exista necesidad de ese número de enfermeras, esas Escuelas ¿cómo se cierran?

“La sanidad española está desarticulada”

“Todavía hay una falta de sintonía entre el sector público y el privado de la sanidad”

“...pero creo que la actual Administración está corrigiendo errores propios anteriores”

No debemos precipitarnos, hemos de actuar planificadamente. Mire, esta mañana el Ministro de Sanidad decía en una intervención que le he escuchado que el *numerus clausus* debía haberse establecido en medicina en el año 1977-78, y así hoy no existiría la crisis médica tan importante que hay. Por otro lado, yo recuerdo que en el año 1981 contribuí en la Escuela de Enfermería de Córdoba, cuando era Presidente de dicho Colegio, con el Director de la misma a establecer en ella el *numerus clausus*; fue la primera Escuela de España. Cuando entré como Presidente en el Colegio de Córdoba había 500 parados en un censo de 1.500; cuando lo he dejado, ocho años después, había déficit. ¿Por qué? Porque se hizo una planificación y se tomaron medidas políticas que, a veces, pueden no entenderse, pero que hay que tomarlas.

Resumiendo. Tenemos necesidad, en primer lugar, de conocer nuestros propios recursos. Segundo, previsiones del sistema sanitario, público y privado. Tercero, planificación de la docencia. Abrir las Escuelas que sean necesarias siempre que cumplan los requisitos necesarios, cerrar las que haya que cerrar, y ampliar el número de alumnos de las Escuelas que haya que ampliarlo.

Mi postura es clara: que sea pública, privada, mixta o como quiera. Eso sí, que tenga la calidad adecuada que creo ha de exigírsele a un centro docente.

L.H. —Cambiamos de tercio. En el ingreso de España en la Comunidad Económica Europea, y la consecuente libertad de movimientos de profesionales en la misma, todos los colectivos se analizan y valoran las consecuencias que para ellos puede suponer. ¿Cómo se halla la Enfermería española en relación a la del resto de los países de la CEE? ¿Estamos en condiciones de competir con ellos?

M.G. —Competimos con toda garantía porque creo que el nivel de nuestros profesionales está en primera línea a nivel mundial y, por supuesto, a nivel de la Comunidad Europea.

La enseñanza que hoy tiene nuestra Enfermería garantiza y está muy por encima de los requisitos que marca la directiva de la CEE. Somos el único país de Europa en el que todo el nivel de Enfermería se halla integrado a la Universidad y por lo tanto ello garantiza el alto nivel de enseñanza y aprendizaje de nuestros profesionales.

Quizá podríamos decir, en base a la pregunta anterior, que la identidad profesional está mejor estructurada en algunos otros países en los que no ha habido estas convulsiones o esta situación peculiar de España en que han existido varias profesiones que han venido a confluir en una sola.

Pero, hoy, en cuanto conocimiento, preparación y práctica clínica, nuestros profesionales están situados magníficamente, por encima de la media europea.

L.H. —¿Cuál sería la filosofía del Consejo General sobre el polémico tema de las especialidades?

M.G. —Ciertamente el problema de las especialidades es un problema de filosofía que hasta este momento, en este país, muy poca gente ha expresado. Es decir, ¿para qué sirven las especialidades o los especialistas? Hablamos de la necesidad de formar especialistas, pero ¿para qué? Esta es una pregunta que hay que ser valientes y contestarla.

¿Vamos hacia un modelo especializado, vamos hacia un modelo de generalistas, vamos hacia un modelo mixto? Entonces, en función de la contestación, tendremos también la planificación. Si apostamos hacia un modelo especializado, el número de estudiantes y de Escuela tiene que ser distinto que si únicamente se trata de ocupar ciertas especialidades.

Es un problema de filosofía. Filosofía que el Consejo la tiene, pero que quiere hablarlo con todo el mundo para ver si va coincidiendo con los demás para evitar que existan criterios contrapuestos que pudieran frenar el desarrollo de las especialidades.

L.H. —Pero este tema de las especialidades se asemeja un poco al famoso «¿cuándo desaparecerá la censura?» de un semanario de humor ya desaparecido. ¿Sólo es un problema filosófico, o existen también problemas políticos, económicos...?

M.G. —El problema filosófico hace referencia al número de especialidades que vamos a necesitar. Pero en cuanto que salgan o no salgan. Bueno, yo pertenezco al Comité Nacional de Especialidades y creo que honestamente he trabajado y he contribuido a que las mismas se desarrollen.

Pero, como en otras cosas, digo que todavía no me han dado potestad para firmar decretos y órdenes ministeriales que salgan

publicadas en el BOE. Si fuese así, hace mucho tiempo que ya lo estarían.

Yo creo que, en este caso, las Administraciones Públicas, en este caso la Sanitaria y la Educativa, mantienen criterios no coincidentes que es lo que está haciendo que el proceso de las especialidades esté tan retrasado en estos momentos. Es decir, para que nos entendamos, el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Educación no están en absoluto de acuerdo sobre el modelo de las especialidades. Y esto está haciendo que el Comité Nacional de Especialidades, que tiene una gran ilusión y que ha trabajado de una forma durísima, se encuentra en estos momentos con que ha concluido su labor de elaboración de las mismas, éstas no estén ya jurídicamente en la calle. Por lo tanto, la responsabilidad exclusiva la tienen los dos Ministerios.

L.H. —*La gran escasez actual de profesionales que hace decantarse descaradamente la balanza en el peso de la gran demanda existente; el hecho de que estudiantes que finalizan su carrera se vean literalmente acosados por ofertas de trabajo... todo ello, ¿no puede erosionar ostensiblemente el carácter vocacional y humanitario de la profesión introduciendo a ésta en la dinámica de la economía de mercado más desencarnada? ¿No puede rebajar esto de forma notoria los criterios de formación, de selección de los propios profesionales?*

M.G. —Creo que es una pregunta excelente.

Estoy en absoluto de acuerdo de que no pueda existir criterios de selección para el personal contratado, y de que los poquísimos que haya sean de carácter laboral y no profesional. Y digo esto porque entiendo que el sistema de contratación en un Hospital debe hacerse con criterios profesionales, y que el contratante tenga la capacidad de contratar con esos criterios.

Eso, hoy, no existe. Se va al número pero no a la cualificación. Mire, lo que no se puede concebir es que en un hospital, las vacaciones de los profesionales de Enfermería se den todas ellas en tres meses. Eso es una falta de responsabilidad total por parte de los responsables de la sanidad de este país. Es inadmisibles, porque no es serio, que en puestos de esta responsabilidad como puede ser un quirófano o una UCI entre un profesional recién graduado en su Escuela de Enfermería. Eso no tiene seriedad, y además no tiene parangón. En cualquier país medianamente serio existen distintos niveles y en función de ellos se van teniendo responsabilidades profesionales.

Que se esté contratando sin criterios profesionales no es correcto. Voy a contar una anécdota que me ocurrió a mí en la clausura del Curso Académico en una Universidad española, y concretamente en una Escuela de Enfermería. En el acto de imposición de becas y de entrega de orlas, uno de los estudiantes de Enfermería iba con bermudas y con camisa de colorines. Me pareció una falta de respeto a la profesión, a la institución académica y a todos. Ese señor tiene un título que le ha dado la Universidad pero, yo personalmente, no creo que esté cualificado para entrar en un hospital y ejercer la función sanitaria adecuada.

L.H. —*Recientemente acaba de ser publicado el Código Deontológico de Enfermería. ¿A qué intenta responder el mismo y qué aspectos fundamentales destacaría usted de él?*

M.G. —El Código Deontológico intenta responder, fundamentalmente, a dos objetivos. El primero, el cumplir con la legalidad; es decir, una profesión se caracteriza en primer lugar, por tener un título universitario, y después por tener responsabilidades propias, autonomía profesional, y, finalmente, por tener un código de responsabilidades. Esta profesión estaba carente del mismo, la ley le da la potestad de crearlo al Consejo General y así se ha hecho. Pero no tan sólo porque lo mandara la ley sino porque creemos que a esta profesión, que creemos que ha cumplido la mayoría de edad hace años, le faltaba algo importantísimo como

es el Código. Y con esta intención pusimos todos los mecanismos para que se pudiera elaborar.

¿Aspectos a destacar del mismo? Pues yo destacaría uno que hemos intentado estuviera reflejado en todo su articulado: antepone siempre los derechos de los usuarios a los derechos de los profesionales. Entiende el Código que el profesional utiliza siempre unos recursos, unos conocimientos y unas aptitudes para entregarse a un fin que es, en unos casos, a paliar un déficit de salud, y en otros, a proteger y promover la salud.

Si se tiene como centro, siempre, los derechos de los usuarios, de los ciudadanos y de la sociedad, entiende que eso es lo más destacable del Código. No se hace para defender los derechos de los profesionales, sino para defender los derechos del usuario.

L.H. —*Directamente relacionado con esta dimensión deontológica de la profesión, se halla un tema que a LABOR HOSPITALARIA siempre le ha preocupado grandemente: el tema de la huelga en el mundo de la salud. El problema de la regulación del derecho de huelga es algo que siempre queda en el trasfondo de las negociaciones del Gobierno con los Sindicatos; nadie se atreve a entrar en él, tal vez porque resulte algo dificultoso. Últimamente se ha corrido el rumor de que en un hospital concreto se habían abandonado, en el curso de una huelga que tenía lugar en el mismo, los servicios de Urgencias, o se había boicoteado el acceso al mismo... ¿Cuál es la opinión del Consejo en lo referente a este tema?*

M.G. —El Consejo se ha manifestado sobre el mismo a través del Código, precisamente, que trata de ello en varios de sus artículos. El Código, y el Consejo General por supuesto, respeta los derechos constitucionales que los enfermeros tienen en su condición de trabajadores de la salud. Pero por encima de esos derechos antepone el derecho del usuario.

El problema es cuando ambos derechos —el del enfermero como trabajador y el del usuario—, entran en colisión. Estamos viviendo, en mi opinión, un mundo deshumanizado, con una falta de responsabilidad tremenda pero, sobre todo, en un momento falto de solidaridad. Ni se cree ni se practica la misma. Antepone siempre nuestras necesidades e inquietudes a las de los demás, no entendemos que quien menos tiene necesita más por parte de quien más tiene.

A mí me preocupa mucho en este conflicto de derechos —trabajador y usuario— las manipulaciones a las que estamos sometidos, manipulaciones de tipo político. Digo esto porque, quizá por disponer, dado el puesto que ocupo, de un nivel superior de información al de otros profesionales, pueda disponer de información que indica que ciertas huelgas se han provocado con criterios políticos o electoralistas. Y ello porque mucho de lo que se ha reivindicado en estas huelgas, ya estaba negociado previamente y consensuado. Esto que digo es grave pero lo puedo demostrar.

El profesional que va a la huelga muchas veces desconoce lo que se teje a sus espaldas. Lo que sí es cierto que le ponen por delante una serie de reivindicaciones justas y necesarias. Entonces el profesional acude a la huelga porque se identifica con lo que la motiva. Pero, sin embargo, desconoce lo que hay detrás del escenario.

Esto a mí me preocupa porque entiendo que hay momentos en los que los diferentes profesionales, incluso los sanitarios, tienen necesidad de llegar al último recurso que es la huelga. Pero creo que en la gran mayoría de las ocasiones se pueden encontrar vías que eviten el tener que llegar a ello.

Repito, yo respeto el derecho del trabajador pero, hoy, yo me pondría del lado del usuario. Quizá alguien podrá recordarme que he promovido huelgas en otro momento; es cierto. Todos tenemos nuestras fases y maduramos en un sentido o en otro. Hoy me pondría de parte del usuario.

L.H. —¿Quiere aportar su opinión acerca del rumor que antes mencionábamos en sentido del abandono e imposibilitar el acceso a un servicio de Urgencias por parte de profesionales de Enfermería?

M.G. —El que se abandone un servicio, cualquiera pero sobre todo un servicio en el que la vida puede estar en manos nuestras, es un acto despreciable. Y, desde luego, los responsables de aplicar el Código Deontológico son los Colegios Provinciales. Pero puedo asegurarle que si esto se diese en el Colegio del cual yo soy Presidente, serían expedientados de inmediato los profesionales que hubiesen realizado esa acción. Incluso pediría a la Comisión Deontológica que aplicase el mayor grado de dureza, hasta, si se llegase, expulsarles de la profesión.

L.H. —Siguiendo con los aspectos deontológicos, me gustaría preguntar, no a Máximo González sino al Presidente del Consejo General, qué posición toma él mismo ante los grandes temas bioéticos actuales, como por ejemplo el aborto, la eutanasia, la manipulación genética...

M.G. —Ésta es una pregunta muy difícil de contestar desde el punto de vista siguiente: Cuando se está en un organismo en el que uno pretende representar a toda una profesión, es difícil pronunciarse como tal representante de la misma. Claro, no todo el mundo de esa profesión opina igual sobre temas tan importantes como los que usted acaba de plantear.

Nosotros tratamos estos temas, también, en el Código Deontológico. Es más, por ejemplo, en el tema de la eutanasia fuimos los primeros en España en celebrar un Congreso Nacional para que se debatiese el mismo.

El Código manifiesta el respeto absoluto y total a la vida. Nuestra función, indudablemente, es promover la salud, intentar ayudar a recuperarla cuando se ha perdido, parcial o totalmente, y ayudar y contribuir a una muerte digna. No creo que la misión de un enfermero sea la de ayudar a deteriorar la salud, ni contribuir a la muerte de ningún ciudadano.

Respecto a la manipulación genética pensamos que el ser humano merece un respeto como persona, y por tanto creemos que la ciencia debe avanzar pero con todo el respeto y toda la garantía hacia el ser humano.

L.H. —¿Se halla satisfecho el Consejo de la formación ética que tienen los ya profesionales y la que se imparte a los estudiantes de Enfermería en la actualidad?

M.G. —Voy a intentar responderle diciendo algo muy sencillo: en los programas de estudio de la carrera, para mí, lo más valorable sería la ética, la moral. Creo que uno de los grandes dramas que sufren las profesiones sanitarias —y la de Enfermería es una de ellas— es que se han deshumanizado. Es necesario un reencuentro con uno de los aspectos más importantes de una carrera como la de Enfermería.

Necesitamos tener conocimientos científicos altos, habilidades técnicas, porque estamos en medio de un mundo importante y complejo. Pero todo ello ha de estar supeditado al aspecto humanístico del trato con el paciente.

Un enfermo terminal no necesita un superespecialista; necesita una persona que conozca su cuerpo y su alma, diría yo. Entonces, me da pena, y lo subrayo, que la asignatura de Ética Profesional en la carrera de Enfermería no sea obligatoria, que además sea durante un cuatrimestre. Que una profesión que debería caracterizarse, precisamente, por su componente humanístico, toda la enseñanza de Ética que tenga sea durante cuatro meses y con carácter voluntario, es un hecho gravísimo.

L.H. —¿Y ha pensado el Colegio alguna forma de poner remedio a esta situación?

M.G. —Claro, el Consejo tiene sus limitaciones porque esto tiene que hacerse en la reforma de enseñanzas, de planes de estudio, y que las Escuelas de Enfermería potencien este aspecto tan importante en la formación de los enfermeros.

La ley está, pero se puede interpretar de mil formas; las Universidades y las Escuelas tienen capacidad y autonomía para darle toda la importancia que tiene. ¿Para qué queremos un especialista si le falta una buena formación ética y un corazón para entregarse totalmente al enfermo! Ese profesional no nos sirve; será un magnífico especialista pero un mal enfermero.

“Respecto al tema de la huelga sanitaria me preocupa mucho el problema de las manipulaciones de tipo político”

“Ante una huelga en el campo de la salud, yo, hoy, me pondría de parte del usuario”

Espero que este rechazo que ha habido a todo cuanto significa ética y moral durante los últimos años, se reconsidere —creo que ya se está empezando a reconsiderar— por cuanto es absolutamente imprescindible.

En el año 1988, en Bruselas, en el ámbito de la CEE, se hizo un Seminario para conmemorar el X Aniversario de la Directiva comunitaria en materia de Enfermería. Y en el perfil del enfermero del siglo XXI, que es de lo que se trató, uno de los aspectos que más se consideró es la necesidad de potenciar al máximo la formación humanística de la Enfermería.

L.H. —Saliendo ya del campo de la Enfermería, que es el específicamente suyo, nos gustaría nos hiciese un diagnóstico de la situación sanitaria española y le pedimos sugiera algún tipo de tratamiento para las posibles patologías que en ella pudieran existir.

M.G. —No es fácil. Si yo tuviese la capacidad de hacer bien ese diagnóstico y proponer un tratamiento adecuado, estoy casi convencido que me harían Ministro de Sanidad.

Yo creo que la sanidad española está desarticulada. Primero, porque al haber un cambio de modelo sanitario tan importante como el que se está realizando en estos últimos años, eso requiere que haya una transformación de los profesionales, de los ciudadanos hacia ese nuevo modelo asistencial o sanitario, y de los recursos económicos que el país está dispuesto a gastarse en el nuevo modelo.

Evidentemente, ni hay los recursos, ni todavía las actitudes de los distintos profesionales de la salud ni de la propia sociedad están en consonancia con el nuevo modelo al que queremos llegar. Por lo tanto, no es fácil.

En segundo lugar, yo diría que hay todavía una falta de sintonía entre el sector público y el privado. Los dos son, pienso yo, absolutamente imprescindibles, pero hay que articularlos adecuadamente, y creo que ninguno de los dos está articulado.

En tercer lugar, se están corrigiendo desde la actual Administración sanitaria socialista errores que se provocaron durante el primer mandato socialista. Concretamente yo creo que por filosofía política, o mejor dicho, por inmadurez política, no se supieron aprovechar los recursos ni humanos ni asistenciales que había en el país. Y digo esto, como un ejemplo, refiriéndome a un hospital que conocí, el que ustedes —los Hermanos de San Juan de Dios— tienen en Barcelona donde, no sé si puedo estar mal informado, hasta casi se les persiguió, porque no era del sec-

tor público sino que pertenecía a una Orden religiosa. Creo que esto fue un error gravísimo que hizo el Gobierno socialista en los primeros años.

Pienso que transformar a una sociedad, a unas profesiones y a un sistema sanitario y, además, con pocos recursos económicos, exige, para empezar, un nivel de inteligencia y de imaginación tremendo, pero sobre todo, exige un nivel de diálogo por encima de todo. Y me parece que no ha habido ninguna de las tres cosas: ni imaginación, ni inteligencia, ni, por supuesto, diálogo.

Así resulta muy difícil que se realice un cambio tan enorme como el que se quiere realizar si no se tienen los ingredientes necesarios.

Creo que la actual Administración está corrigiendo errores; por lo tanto, creo que hay voluntad de ir poniendo estos ingredientes dentro de las posibilidades presupuestarias que todavía entiendo que son limitadas. Sigo pensando que la educación y la salud exigen unas inversiones mucho mayores y que el ciudadano debe saberlo y decidir, si está dispuesto a asumir ese gasto que comporta vía presupuestos.

No creo que estemos en estos momentos en una articulación de la sanidad porque, entre otras cosas, se tiende a ir hacia un modelo que parece que es inevitable, pero que no se puede o no se quiere por los costos políticos que tendría el decirlo. Y habría que apostar y decirlo: «Vamos hacia este modelo, probablemente hace diez años pensábamos de forma distinta —yo también he conocido mi propia evolución—; ahora estamos en esta situación, en este contexto, con unos márgenes muy estrechos porque la propia Comunidad Europea nos tiene muy cercados».

Y, a partir de ahí, que todo el mundo adquiera un compromiso; porque sin adquirir un compromiso todos los sectores que intervienen en el mundo de la salud, me parece muy difícil que lleguemos a conseguir, en un plazo razonable, un objetivo de salud.

Entiendo que se están dando pasos para aprovechar los recursos materiales, estructurales y humanos que hay en este país, que se está dando un proceso de diálogo superior al que se venía dando, pero que, desde luego, falta muchísimo. Por una razón: tomemos el pulso, bajemos a la calle y preguntémosle al ciudadano si está satisfecho con el servicio sanitario que se le está ofreciendo. Si la respuesta es que no, es porque el modelo todavía no ha llegado a donde debe llegar.

L.H. —*Al entrar en contacto con el profesional de Enfermería, uno de los sentimientos que te manifiesta con más convencimiento es que se halla desmotivado, desilusionado. Al principio uno cree que ello es debido a las circunstancias concretas del centro en el que ese profesional presta sus servicios. Poco tardas en comprobar que eso no es así. La desmotivación aparece como un fenómeno común: en centros públicos y privados, en atención primaria y en hospitalaria... Señor Presidente del Consejo General de DE y ATS, ¿es real esa desmotivación? Si es real la misma, ¿a qué causas puede obedecer?*

M.G. —La desmotivación es importantísima, y creo que en todos los profesionales, pero en el profesional de Enfermería, que es el que nos ocupa, por supuesto que sí. Y no es sólo en nuestro país. De hecho, el abandono de la profesión en los países occidentales es tremendo. Habría que ver cuáles son sus causas.

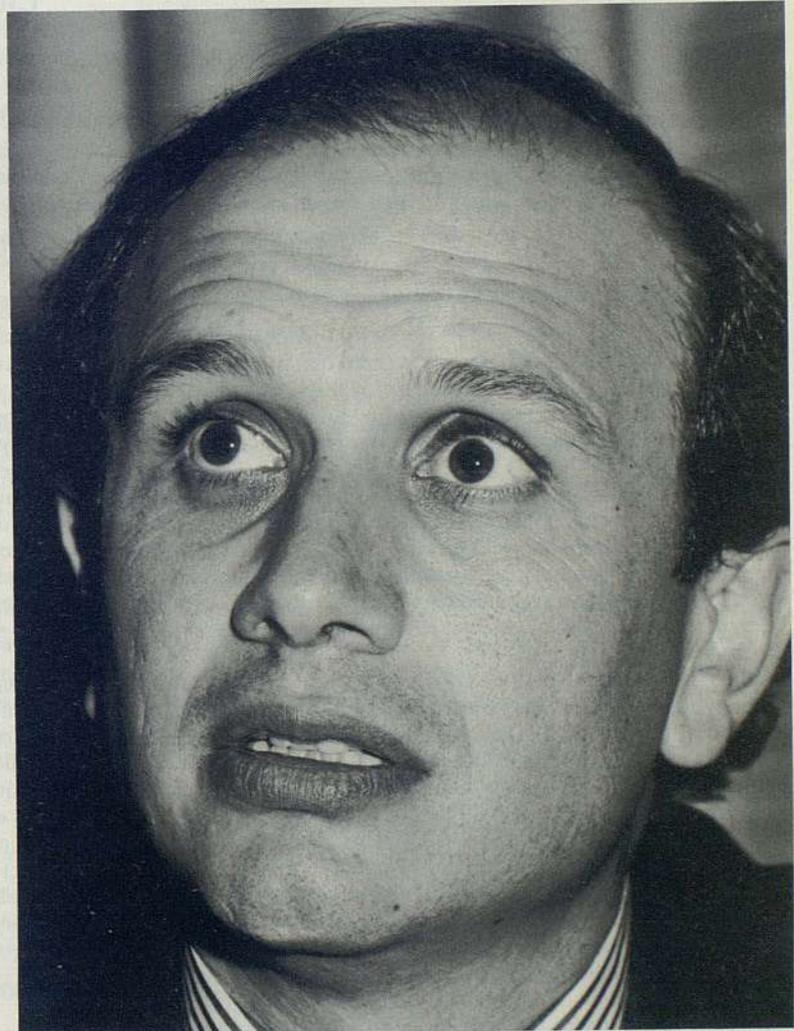
Desde luego, las causas económicas voy a dejarlas para el final como síntesis de las anteriores.

Al profesional de Enfermería nunca se le ha dado, ni regalado, ni, tan siquiera, prestado nada. Procede

de tres profesiones distintas, que eran profesiones auxiliares para hacer el trabajo que otros no querían hacer. Crea a un médico chiquito que lo forma para hacer cuatro cosas, controla su enseñanza desde las Escuelas, y enseña lo que le interesa para formar hasta cierto punto en unas materias concretas de la medicina. Por lo tanto, el profesional de Enfermería tiene que pensar por sí mismo en un momento determinado, plantearse un reto importante, y cuando el Gobierno lo va a integrar en la Formación Profesional, decir no, nosotros tenemos una profesión que ésta, que tiene una función concreta y que, además, debe estar integrada en la Universidad. Tiene que luchar y conseguir que se transformen las Escuelas y se incorporen a la Universidad; tiene que luchar por tener un profesorado propio cuando la legislación se lo prohibía; tiene que luchar por dejar de ser un auxiliar del médico y tener un reconocimiento profesional y unas responsabilidades propias; tiene que luchar por formarse y reciclarse permanentemente con sus propios recursos —porque no se le ponen por parte de las instituciones— y fuera de la jornada laboral, sin tener posibilidad de acceder a becas y bibliotecas... Y todo esto lo va haciendo heroicamente y en muy poco tiempo.

Crea una estructura, crea una identidad, forma profesionales, forma profesores, va creando una profesión, profesión hoy importantísima, a la que se le tiene en cuenta aun cuando no tanto como se le debería.

Entonces ese profesional sigue viendo la discriminación en el día a día. A otros profesionales de la salud se le dan unos incentivos sociales, profesionales y económicos que no se le dan a él.



El enfermero tiene un trabajo importante, con una carga de responsabilidad, física y emocional, tremenda; tiene unas jornadas de trabajo desagradecidas porque tiene tres turnos, y sábados, domingos, festivos... A cambio de todo ello no recibe un reconocimiento ni de la sociedad, ni de sus empleadores o empresa.

Yo entiendo esta situación desde el marco de los religiosos. Cuando éstos entraban en el mundo de la sanidad lo hacían por vocación, sin pedir nada a cambio. Evidentemente, nosotros, además de vocacionales, somos también personas, trabajadores, familias, etc.

Cuando no se recibe un reconocimiento, un agradecimiento por parte ni de la sociedad ni de la empresa, entonces la frustración llega. Pero cuando, además, uno ve que realiza esfuerzos diarios y no se le reconocen; que se forma con su dinero y fuera de la jornada laboral y no se le reconoce; cuando se establecen pluses de productividad, de especial dedicación por otros profesionales, y no se le reconoce tampoco a él; cuando se suben los salarios y se hace proporcionalmente más a otros profesionales que a él; y cuando uno se da cuenta que todo esto exige una dedicación, una entrega, una preparación, cuando su período de formación en la Universidad es superior a todas las diplomaturas universitarias, con 4.600 horas cosa que ninguna otra tiene...

Si a todo esto se añade la falta de un adecuado reconocimiento económico, llega un momento en el que el profesional se pregunta qué hace él ante esta situación.

Cuando este profesional ve que el joven compañero que acaba de salir de la Universidad, entra en el mismo puesto de trabajo que él, con las mismas responsabilidades que él y con el mismo salario que él, ¿qué motivaciones puede tener después de veinte años que lleva como profesional, que he tenido una experiencia extraordinaria en mi hospital, que me he volcado con el sistema sanitario durante esos años, si resulta que este muchacho/a recién terminado tiene exactamente el mismo nivel que yo? ¿no hay motivos, entonces suficientes para que esté desmotivado el profesional? Lo que creo es que es heroico que todavía continúe trabajando en el sistema sanitario, y que su contacto con los enfermos, muchos de ellos, la mayoría, siga siendo excelente. Pero desmotivación total.

L.H. —¿Y qué habría que hacer para terminar con esa desmotivación?

M.G. —Eso no es fácil, porque yo creo que hay algo que se ha perdido en el sistema sanitario, que es el respeto entre los profesionales de una misma profesión por un lado, entre profesionales de distintas profesiones por otro, y, en tercer lugar, con respecto al enfermo.

Entonces, eso es un problema grave. Volver nuevamente a recuperar la motivación inicial... Yo recuerdo que hace veinte años mi ilusión era estar dentro del Hospital, lo defendía como si fuera mi casa. Hoy la gente está esperando que llegue la hora para irse a la calle. Volver a una situación de ésas cuando la crisis de valores que sufre nuestra sociedad es enorme en estos momentos, no es fácil, para empezar.

Luego, el sistema socio-político que hay en los hospitales... ¡Bueno, es que se hace más política dentro de ellos que en el Parlamento! Y eso es algo totalmente irresponsable; el hospital es un centro de recuperación de la salud y no un centro político. A la política y a las cuestiones político-sociales deberíamos dejarlas un poco puertas afuera de los hospitales.

Y desde luego hay que adoptar medidas concretas, rápidas y eficaces para que los profesionales no pierdan la motivación o intenten recuperarla cuanto antes. Por ejemplo: en el terreno de la formación tenemos que poner recursos a disposición de los profesionales, en su medio, y con cargo a los presupuestos del Estado y nunca a los del propio profesional; contribuir a que pueda realizar investigación; que sientan que lo que hacen sirve para algo; que se proteja al profesional desde la propia empresa y que no

siempre que haya un accidente o una malpraxis sea la culpa de él. Pongo un ejemplo: si muere una enfermera de SIDA, el responsable de la empresa enseguida advierte que parece que dicha enfermera tenía relaciones con un drogadicto, en lugar de salir inmediatamente en su defensa, que ha podido contraer la enfermedad tratando enfermos en el hospital.

Si, además de esto, establecemos medidas para que uno entienda que con su experiencia, su trabajo, su dedicación docente va alcanzando una serie de niveles —me estoy refiriendo a la carrera profesional— habrá un aliciente. Se sabrá que a través de ese esfuerzo que realizó —formación continua, presentación de ponencias práctico-profesional, puestos de responsabilidad—, voy subiendo de nivel, y ello implica un reconocimiento profesional, social y económico, eso me dará una motivación concreta.

Pero si sé que toda la vida haciendo lo mismo, voy a estar ganando lo mismo y sin un reconocimiento concreto y, además, en un mundo deshumanizado, está justificada la desmotivación y no existen salidas para la misma.

Por otro lado, yo creo mucho en las instituciones. Y ha habido unos años en que se ha ido a romperlas. Una sociedad hay que articularla a todos los niveles, no es solamente la sociedad política y la sociedad civil. Hay cientos de instituciones que bien articuladas van a poder ofrecer un nivel de participación muy importante que canalicen todo tipo de inquietudes. Eso hay que potenciarlo. Porque entre todas estas instituciones hemos de volver a darle a esa sociedad valores de todo tipo, pero sobre todo, de tipo ético.

L.H. —*Don Máximo, no me gustaría volverme a Barcelona llevándome esta pregunta, un tanto desenfadada pero que creo interesante. Si Enfermería es una profesión en la que ganan por goleada las mujeres, ¿cómo es que su máximo representante es un hombre?*

M.G. —Bueno, eso no es culpa mía, ni ser hombre, ni haber sido elegido para este cargo (ríe abiertamente).

L.H. —*¿Nunca ha venido ningún colectivo feminista desde dentro de la misma profesión, pidiendo su cabeza?*

M.G. —No, no creo.

Realmente éste es un Consejo General que está equilibrándose bastante ya que somos nueve hombres y ocho mujeres.

La verdad es que no es fácil, por las condiciones culturales y socioprofesionales del país, el que la mujer, a pesar de ser un colectivo mucho mayor que el de los hombres en nuestra profesión, se integre en puestos de responsabilidad. Ello conlleva casi un abandono de la familia. Y en nuestra cultura, hoy, la mujer ejerce de profesional y de madre.

El estar en un Consejo General y, sobre todo, en un puesto de Presidente del mismo resultaría muy difícil para una mujer casada, no así, evidentemente, para una mujer soltera.

No es éste un problema que se plantea a la hora de unas elecciones. Estoy convencido de que hay mujeres perfectamente preparadas para ocupar el cargo de Presidente del Consejo General pero, tal vez, han decidido dedicar su actividad a otras ramas de la profesión, como por ejemplo la docencia, la investigación. Han decidido no entrar en el mundo difícil y complejo que es la organización colegial. Estoy convencido que a la hora de las votaciones los electores optan por quien consideran está capacitado y reúne las condiciones. En ningún caso se discrimina a la mujer.

Personalmente yo, que creo mucho en la mujer, he procurado que en los últimos procesos electorales la lista que me acompaña sea muy igualada entre los hombres y las mujeres.

**Calixto Plumed Moreno
y Miguel Martín Rodrigo**

5. LA COMUNIDAD CRISTIANA Y EL MUNDO DE LA SALUD EN LA ARCHIDIÓCESIS DE BARCELONA

*Delegación de Pastoral de la Salud
de la Archidiócesis de Barcelona*

PRESENTACIÓN

La renovación de la acción evangelizadora de la comunidad cristiana en torno a los enfermos es uno de los objetivos prioritarios de esta Delegación de Pastoral de la Salud en la Archidiócesis, para el trienio 1990-93.

Para favorecer la realización de este proyecto pastoral nos hemos apoyado en los datos proporcionados por una amplia encuesta realizada en las parroquias el año 1986. Este material nos proporciona unas líneas orientativas que podrán marcar la pauta de acción de las comunidades cristianas; hay que decir que también hemos tenido siempre delante de nuestros ojos la meta propuesta por el Subsector de Pastoral Sanitaria en el Congreso de Parroquia Evangelizadora (Madrid, 11-13 noviembre, 1988).

Todo el trabajo relativo a la elaboración y estudio de las respuestas recibidas de las parroquias ha estado a cargo de la socióloga Laura Mendoza; ha puesto toda su alma y podemos asegurar que ha triunfado.

Al final del artículo hay cuatro apéndices. El 1.º y el 2.º son obra de dos eminentes teólogos de nuestra Facultad de Teología de Cataluña: me refiero a Antoni M. Oriol i Tateret, que presenta la situación de los que sufren inspirándose en el documento Christifidelis Laici; y Josep M. Rovira i Belloso, que ofrece unas orientaciones teológicas que vienen a dar savia y vida a un panorama de encuestas gráficas y conceptos que podrían teñir todo el conjunto de una aparente avidez.

También quiero mencionar a las parroquias que, teniendo como tienen suficientes problemas, se tomaron la molestia de devolver a esta Delegación las encuestas debidamente cumplimentadas.

Y una última palabra —que podría ser la primera— para todos los miembros del Secretariado de esta Delegación: hermana M.ª Àngels Grau, doctor Francisco Moreno, doctor Joan Bertran, mossèn Miquel Pessarrodona, señora Mercè Juan, mossèn Antoni Rodríguez, señor Xavier Planas y padre Ramon Caralt. Ellos, acostumbrados siempre a la acción, han apoyado —de palabra y obra— este trabajo, ciertamente perfeccionable, pero que ha podido, finalmente, llegar a buen fin.

A todos quiero manifestar, desde aquí, mi admiración por el espíritu de colaboración con el que han realizado el trabajo, y también, no hay que decir, mi agradecimiento.

Nos gustaría que este pequeño volumen estuviese presente en todas las parroquias y comunidades cristianas de nuestra archidiócesis, como punto de referencia y como ayuda valiosa, a la hora de prestar un buen servicio, siempre susceptible de mejora? a los enfermos que están entre nosotros.

FRANCISCO SOLA PAGOLA, O.H., Delegado Diocesano de Pastoral de la Salud

SITUACIÓN DE LA PASTORAL DE LA SALUD EN LAS PARROQUIAS

Encuestas de la Archidiócesis*

El Secretariado estatal de Pastoral de la Salud lanzó la iniciativa de estudiar la situación de la pastoral de enfermos en el ámbito de las parroquias siguiendo las mismas pautas de una encuesta preparada minuciosamente. La Delegación de Pastoral de la Salud de la archidiócesis de Barcelona ha realizado un trabajo similar al del Secretariado estatal. Partiendo de las respuestas recibidas, hemos querido elaborar un estudio para conocer, con mayor o menor exactitud, cuál es la situación de la pastoral de la salud en nuestras comunidades parroquiales. Cabe decir que contamos con las respuestas de 178 parroquias (que equivale al 40 % del total de parroquias). Una vez realizados los análisis necesarios, intentaremos ofrecer orientaciones y posibles acciones a programar para poder responder a las necesidades reales.

Este informe se basa en las encuestas que hemos recibido debidamente cumplimentadas. Los porcentajes a los que aludiremos a lo largo del estudio tendrán en cuenta, evidentemente, sólo 178 parroquias, que son las que han contestado la encuesta, y no las 444 que hay en toda la Archidiócesis.

SENSIBILIZACIÓN DE LAS PARROQUIAS EN LA PASTORAL DE LA SALUD

En relación con el enfermo

A partir de las encuestas advertimos que, como en otros lugares del estado español, también aquí queda patente una sensibilidad muy acusada en lo que se refiere a la atención a los enfermos. La mayoría de las parroquias tienen, normalmente, conocimiento de sus enfermos e incluso los visitan. Esto no significa que todos los enfermos reciban visita sino que por lo menos cuentan con un servicio adecuado. Esto pone de manifiesto la existencia de una cierta conciencia y voluntad de preocupación hacia estos enfermos (gráfico 1).

Sólo un 0,5 % de las parroquias afirman que no visitan a los enfermos. Mayoritariamente se trata de parroquias rurales con me-

* El apartado de Encuestas de la Archidiócesis ha sido elaborado por LAURA MENDOZA, socióloga.

nos de 1.000 habitantes. Ahora bien, si tenemos en cuenta los resultados de la encuesta en el resto de parroquias del ámbito estatal, hemos de creer que deben de existir algunas parroquias urbanas, que no han enviado respuesta, que tampoco realizan este servicio, ya que un 1 % de las parroquias urbanas confiesan que no llegan a conocer la existencia de enfermos en sus barrios.

La visita a domicilio es muy importante y la única que se realiza en un 25 % de las parroquias. En cambio, el 75 % son visitados en su casa o en el hospital. En las parroquias rurales el porcentaje de visitas que se realiza en el domicilio del enfermo es más elevado, en cambio, en las parroquias urbanas de 5.000 a 10.000 habitantes, es más elevado el porcentaje de visitas que se hacen tanto en el domicilio como en el hospital, realizadas por el capellán y por los visitantes.

Interés por una formación permanente

La gran mayoría de las parroquias, un 60 %, realiza, sólo ocasionalmente, una formación en el seno de la comunidad parroquial, mediante catequesis u otros medios, sobre el dolor y la enfermedad en la vida humana. Un 28 % no lo hace nunca y un 10 % lo hace con una relativa frecuencia (gráfico 2).

«La espontaneidad y la gratuidad del servicio pastoral a los enfermos no exime de una formación pastoral adecuada. Se trataría de una formación:

- Teológico-espiritual.
- Mirando la relación interpersonal.
- Socio sanitaria».

La formación teológico-espiritual favorece una espiritualidad vivida con actitud de servicio, comprensión y ayuda desde un espíritu cristiano.

La formación para la relación interpersonal tiene como objetivo conocer mejor la situación psicológica de los enfermos y viejos, teniendo en cuenta su enfermedad, situación social y familiar, carácter, etc., y también saber cuáles son las actitudes humanas necesarias para una relación de ayuda positiva y auténtica.

La formación socio-sanitaria comporta el conocimiento de la doctrina social de la Iglesia, los derechos del enfermo, las orien-

(P. Virgilio Grandi, O.S. Camilo, *La Pastoral de los Enfermos en la Parroquia*. Cencapas, Bogotá, pp. 87-89).

ARCHIDIOCESIS DE BARCELONA VISITAN A LOS ENFERMOS

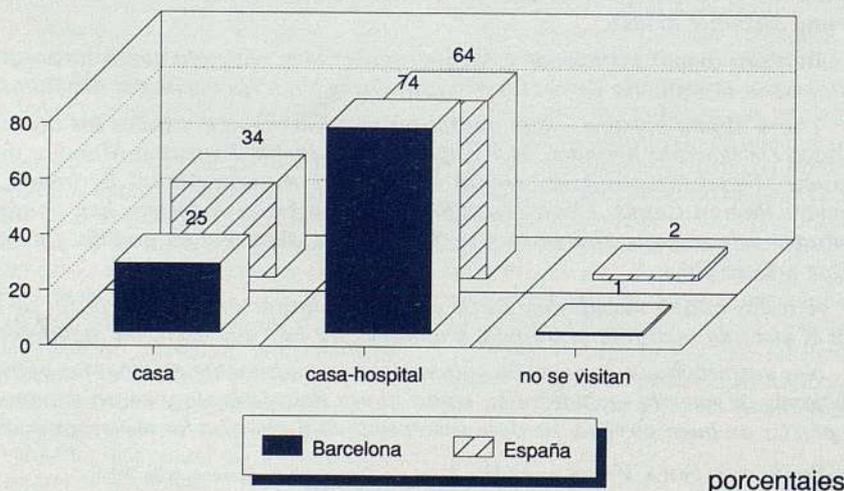
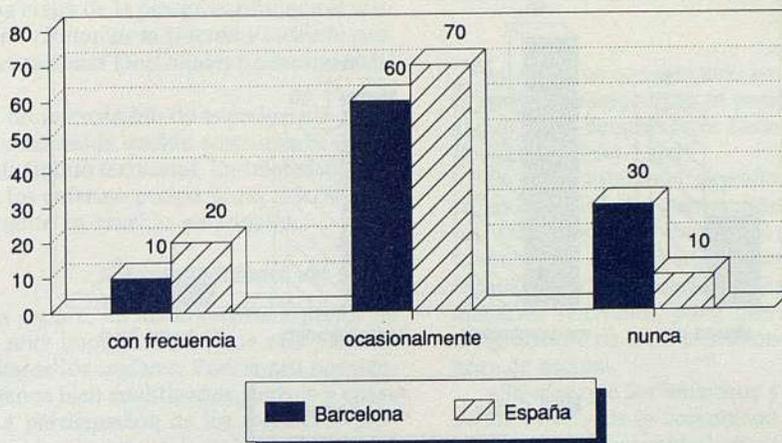


GRÁFICO 1

EDUCACION SOBRE EL DOLOR Y LA ENFERMEDAD



ARCHIDIÓCESIS DE BARCELONA

GRÁFICO 2

taciones fundamentales de higiene, nociones de primeros auxilios, conocimiento de los servicios sanitarios de nuestro país, etc.

El trabajo del grupo de pastoral de la salud pide una continua actualización y una actitud abierta y dinámica; los grupos de reflexión pueden ayudar a fomentar esta actitud.

Barreras arquitectónicas

Una cuarta parte de las parroquias afirman que existen «barreras arquitectónicas» que dificultan el acceso de los enfermos a la iglesia y a los locales parroquiales. De estas, la mitad afirma que no se ha hecho nada por eliminarlas mientras que la otra mitad dice que quieren ponerle remedio.

Para el 75 % de las parroquias de la archidiócesis de Barcelona no existen «barreras arquitectónicas», que dificulten el acceso de los enfermos a la iglesia y a los locales parroquiales. Ahora bien, se tendría que suprimir cualquier tipo de barrera arquitectónica, por pequeña que sea, de nuestras parroquias.

Después de todo esto, podemos decir: que observamos una sensibilización generalizada respecto a la visita tradicional a los enfermos; que la formación de la comunidad parroquial sobre la salud, la enfermedad y la muerte en la realidad humana, se realiza mayoritariamente de forma ocasional; por tanto, tendremos que potenciar esta formación en nuestras parroquias y también sería conveniente insistir en la eliminación total de las «barreras arquitectónicas» que dificultan el acceso de los enfermos a la iglesia y locales parroquiales, y hacer que la gente sea consciente que todavía existen barreras.

RASGOS Y CARACTERÍSTICAS DE LA PASTORAL DE LA SALUD EN LAS PARROQUIAS

Concreción del compromiso: derechos del enfermo

Uno de los grupos sociales menos reconocidos en su dignidad y su autonomía ha sido el de los enfermos. Como la enfermedad en muchos casos es transitoria, la conciencia de los derechos del enfermo no ha conseguido traducirse en instituciones estables, defensoras específicos de sus derechos, muy al contrario de lo que ocurre en el campo laboral.

La mitad de las parroquias se preocupa por la defensa de los derechos del enfermo (53 %). Esta preocupación es mayor en las parroquias que tienen de 1.000 a 10.000 habitantes, en las que los que realizan las visitas son tanto los visitantes como los capellanes. En estas parroquias se valora y se transmite el testimonio evangelizador de los enfermos.

Delante de estos porcentajes, nos preguntamos si realmente se conoce, se reflexiona y se actúa en consecuencia con estos derechos de la persona enferma. ¿Hasta qué punto los encuestados han percibido la importancia de la promoción y defensa de los derechos de los enfermos? La parroquia ha de velar para que sean reconocidos los derechos del enfermo y buscar los medios concretos para promoverlos y defenderlos.

La salud constituye un derecho fundamental del individuo y se identifica con el derecho a la vida. Hoy, el derecho a la salud se orienta hacia dos aspectos:

- A la igualdad de acceso a las atenciones sanitarias.
- A las medidas necesarias para luchar contra los peligros que asedian la salud y contra los cuales el individuo o el grupo no pueden hacer nada (pensemos por ejemplo, en la gran cantidad de accidentes laborales, la contaminación ambiental, etc.).

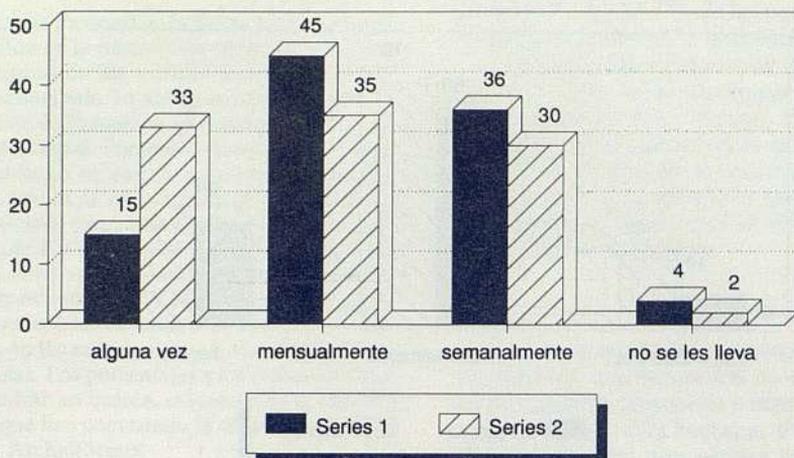
Un 47 % de las parroquias reconoce que no existe preocupación real por la defensa de los derechos del enfermo. Y el mismo porcentaje coincide en afirmar que no se comprometen en la solución de los problemas de salud de su entorno. El 53 % de las parroquias intenta canalizar estos problemas y se manifiesta preocupados por la defensa de los derechos del enfermo. Se tendría que ver cómo las comunidades concretizan estas inquietudes, ya que si se pone de manifiesto esta preocupación en un porcentaje tan elevado, se tendría que intentar encauzar y unificar criterios.

Tendrá que hacerse una reflexión comunitaria sobre los derechos del enfermo y actuar en consecuencia (ver anexo: *Derechos del enfermo*).

Pastoral sacramental

La antropología bíblica presenta al hombre como una unidad indestructible que ha de atender sus necesidades orgánicas, so-

LLEVAN LA COMUNION A LOS ENFERMOS



ARCHIDIOCESIS DE BARCELONA

GRÁFICO 3

ciales, psicológicas y religiosas de forma integral, siendo la sacramentalización la culminación de la evangelización.

El 91 % de las parroquias lleva la comunión a los enfermos regularmente, ya sea cada semana o cada mes. El 19 % sólo lo hace algunas veces o en fechas señaladas. Únicamente un 1 % no hace nunca, y en este grupo se encuentran las parroquias rurales con pocos habitantes.

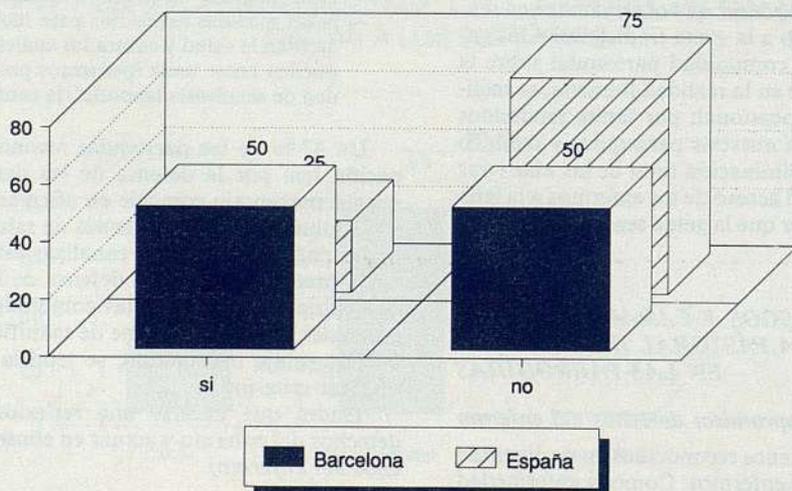
La mayoría de las parroquias cumple con este servicio sacramental (gráfico 3).

La colaboración comunitaria de la unción a los enfermos se realiza en un 49 % de las parroquias; en un 51 % solamente se celebra este sacramento en casa del enfermo e individualmente.

De las parroquias que lo celebran comunitariamente, la mitad prepara a los que reciben la unción y la otra mitad hace extensiva esta preparación a toda la comunidad (gráfico 4).

Resumiendo: la pastoral tradicional sacramental está muy arraigada en nuestras parroquias y se intenta acompañar a los enfermos en estas celebraciones. Delante de este hecho conviene actuar adecuadamente y mirar de enriquecer la celebración, sin olvidar potenciar otros aspectos de la evangelización como pueden ser: la participación activa de la comunidad, ya sea a nivel individual o comunitario y haciendo de la preparación para la celebración de la unción un momento privilegiado de formación de la comunidad, de cara a la comprensión de este sacramento.

UNCION COMUNITARIA DE LOS ENFERMOS CELEBRACION ANUAL



ARCHIDIOCESIS DE BARCELONA

GRÁFICO 4

Porque no podemos olvidar la unción de los enfermos, hay que atenderla y celebrarla desde la enfermedad, pero en una perspectiva del antes y el después; y desde la persona enferma, pero desde la familia y la comunidad. También es necesario plantearse cómo revalorizar el viático como «Sacramento del traspaso de la vida» que «marca la última etapa de la peregrinación que el cristiano inició en su Bautismo» (*Ritual de la Unción y cuidado pastoral de los enfermos*. Orientaciones Doctrinales y pastorales del Episcopado).

Sería bueno promover un intercambio de experiencias de las diferentes parroquias que celebran la unción comunitaria de enfermos dentro de un mismo ámbito territorial. La celebración comunitaria de la unción de los enfermos podría llegar a ser un objetivo prioritario e importante en muchas parroquias.

Responsabilidades del seglar

La participación de los seglares en los diferentes aspectos de la pastoral de la salud es muy importante, ya que esta pastoral se hace realidad viva mediante los seglares. Podríamos considerarlos como recursos humanos bien cualificados, activos y constantes de esta pastoral. La participación de los seglares —profesionales de la salud— es totalmente necesaria; no se puede prescindir de su soporte a los otros miembros de la comunidad capacitándolos para una mejor prestación de servicios.

La presencia del seglar en las parroquias es significativa sobre todo cuando nos referimos a visitadores, ya que éstos están en un 65 % de parroquias. En un 33 % de parroquias, un ministro extraordinario lleva la comunión a los enfermos y solamente en un 27 % de parroquias el responsable del grupo de pastoral de la salud es seglar (gráfico 5).

Esto nos demuestra que en nuestras parroquias la participación activa y responsable del seglar es aún muy escasa; tanto, que más de las tres cuartas partes de parroquias del arzobispado prescinden del seglar en la pastoral de la salud. Con los datos de que disponemos, cabe afirmar que es necesario, por tanto, apoyar y fomentar más y más la presencia del seglar en este ámbito de la pastoral, ofreciéndoles una formación adecuada, y consolidando los grupos parroquiales de Pastoral de la Salud que ya existen. Y los grupos se consolidarán si se esfuerzan por llevar a término una «renovada e intensificada acción pastoral, que no puede

dejar de implicar coordinadamente todos los componentes de la comunidad eclesial» (*Exhortación apostólica de Juan Pablo II «Los Laicos cristianos»* n.º 54, Ed. Claret. Barcelona).

Nos queda aún un interrogante: ¿qué actitud adoptan las parroquias en torno a los enfermos no católicos?

Integración del enfermo

«Contamos con vosotros para decir a todo el mundo qué es el amor. Haremos todo lo posible para que encontréis el lugar al que tenéis derecho en la Sociedad y en la Iglesia» (Juan Pablo II, *Christifideles Laici*).

Es difícil establecer el grado de integración real del enfermo en las comunidades parroquiales, como miembros activos de éstas. Términos como «valorar el testimonio evangelizador del enfermo» y de dar una «Información de las actividades de la parroquia» son muy amplios y se pueden cumplir de muy diversas maneras. Se tendría, pues, que revisar y unificar criterios sobre el significado de estas expresiones a la hora de proponer unas líneas de acción.

«Se cree que los enfermos y los ancianos solamente reciben de los otros y de la comunidad, y que ellos no pueden aportar nada útil a la comunidad cristiana y a la sociedad». Esta forma de pensar se basa en el concepto de eficacia, de productividad y de consumo predominante en nuestra sociedad.

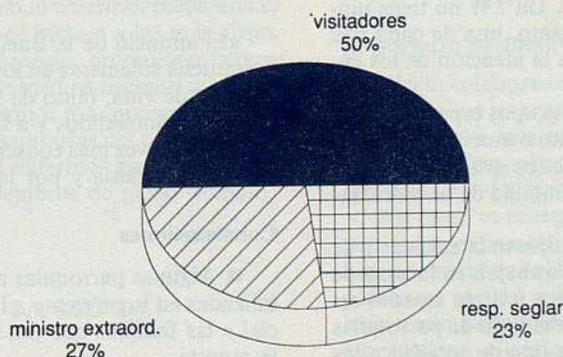
Pero no es así. Los enfermos y viejos pueden ofrecer realmente a la comunidad una aportación muy rica y valiosa.

Evangelizar es suscitar interrogantes, anunciar verdades y valores y realizar una catequesis. Todo ello lo pueden hacer los enfermos y los ancianos en la comunidad parroquial.

Ellos pueden testimoniar, ofrecer y transmitir verdaderos valores. De hecho:

- Recuerdan la realidad total de la vida humana.
- Enseñan e invitan a devolver su significado a determinados valores que hoy están en crisis, como pueden ser: la humildad, la paciencia, el amor y respeto por la salud y la vida, la solidaridad y la atención a los demás.
- Abren los horizontes de los otros mediante su experiencia.
- Ofrecen el don de una tradición.
- Recuerdan la trascendencia de la vida humana y del reino de Dios.

RESPONSABILIDAD DEL SEGLAR EN LA PASTORAL DE LA SALUD



ARCHIDIÓCESIS DE BARCELONA

GRÁFICO 5

- Ayudan a enfrentarnos con la vida y la muerte.
- Testimonian que la cruz y el sufrimiento no están fuera de la vida y que pueden tener su fecundidad a la luz del sufrimiento salvador de Cristo y de su gloriosa resurrección: aquí reside la fuerza de santificación y edificación de la Iglesia. Los enfermos y ancianos colaboran en su obra redentora, porque sufren a causa de su fe en el Crucificado y Resucitado.
- Suscitan sentimientos de esperanza cristiana.

La comunidad parroquial ha de descubrir esta misión y la riqueza de los valores que ellos testimonian, ofrecen y transmiten. Podemos aplicarles a lo que afirma la Constitución Pastoral del Concilio: «El futuro de la humanidad (y de la comunidad) está en manos de aquellos que son capaces de transmitir a las generaciones futuras razones de vida y de esperanza». Y así, los enfermos, iluminados por la fe en Cristo Resucitado, dan testimonio de la caducidad del mundo presente y anuncian la esperanza en la Vida feliz vivida —ya desde ahora— con la paz y el gozo que reciben del Espíritu.

Más de la mitad de las parroquias (un 66,9 %) considera que se valora el testimonio evangelizador del enfermo y que éste recibe información de las actividades que se realizan en la parroquia.

Esta es ya una manera de integración del enfermo en las comunidades parroquiales: lo tienen en cuenta, su testimonio se da a conocer (¿de qué manera? ¿entre quién), recibe información, lo tienen presente en la oración de la comunidad y le piden que rece para intenciones concretas.

Solamente un 14 % de parroquias ofrece otro tipo de integración al enfermo. Esta se realiza mediante la participación del enfermo en algún grupo parroquial, ya sea de pastoral sanitaria o de cualquier otro tipo. De esta manera se consigue una participación activa y responsable del enfermo en el sí de la comunidad.

«La llamada del Señor se dirige a todos y a cada uno: también los enfermos son enviados como trabajadores de su viña» (JUAN PABLO II, Chr. L.).

«Sería bueno, dentro de una pastoral de la salud, impulsar en las parroquias donde ya existe un cierto grado de integración del enfermo, una participación de éste «como sujeto activo y responsable en el trabajo de evangelización y de salvación» (JUAN PABLO II, Chr. L., 2).

ORGANIZACIÓN DE LA PASTORAL DE LA SALUD EN LAS PARROQUIAS

Grupos organizados de Pastoral de Enfermos

Según las respuestas obtenidas en la encuesta realizada, un 37 % de parroquias tiene algún grupo organizado específicamente para la atención pastoral de los enfermos. Un 7 % no tiene ninguno con esta función pastoral. Por lo tanto, una de cada tres parroquias tiene grupos organizados para la atención de los enfermos, y dos de cada tres no.

Un 13 % de parroquias no cuenta con grupos específicamente parroquiales, pero existe algún movimiento o asociación de Iglesia que se encarga de esta misión. Entre estos grupos destacan: la FRATER, la Legión de María, la Hospitalidad de Lourdes, las Conferencias de San Vicente de Paul, etc.

Si sumamos todas las respuestas que afirman la existencia de grupos parroquiales, de movimientos que trabajan en la zona de la parroquia, ya se trate de grupos antiguos u otros creados recientemente, podemos decir que un 64 % del total de parroquias que contestaron a la encuesta, ofrece este tipo de servicio a los enfermos.

El 26 % dice que no tiene ningún grupo organizado específicamente de atención a los enfermos, pero que algunas personas se encargan de atenderles en nombre de la parroquia. Algunas personas actúan a título personal sin que exista una organización estricta.

En un 12 % de parroquias no hay ningún grupo organizado, pero algunos enfermos, cuando lo necesitan, son atendidos por Cáritas. Sería preciso establecer una coordinación de estructuras con Cáritas para llevar a término una atención más específica por parte del grupo de Pastoral de la Salud (gráfico 6).

El resultado es que un 57 % de parroquias no tiene organizado nada referente a la pastoral de enfermos.

Queremos señalar, también, que en las zonas urbanas existen más grupos específicos de Pastoral de la Salud que en las zonas rurales, donde la atención a los enfermos es más un tema de vecinazgo que no algo específico de la parroquia, sobre todo si se trata de parroquias con menos de mil habitantes o de mil a cinco mil.

En las parroquias donde está organizado un grupo de Pastoral de la Salud podemos decir que existe corresponsabilidad en lo referente a la animación del grupo, ya que únicamente en un 25 % de los casos el único responsable es el capellán. En un 60 % la responsabilidad se comparte entre el capellán y un seglar, y en un 15 % un seglar es el responsable del grupo.

En un 36 % de los casos, el grupo de pastoral de enfermos tiene un representante en el Consejo de Pastoral. De este 36 % de grupos representados, no todos son específicamente de Pastoral de la Salud, ya que hay representantes de otros grupos o movimientos que también se preocupan de los enfermos.

Para potenciar la creación y realización de una pastoral de la salud en nuestras parroquias, sería conveniente, teniendo en cuenta la realidad que se refleja a partir de la encuesta:

- Establecer una coordinación con movimientos de Iglesia —que desde su propia identidad y carisma ofrecen este servicio en el territorio parroquial— para poder unificar criterios y llevar a término una pastoral de la salud que desarrolle y enriquezca nuestras comunidades.
- Facilitar formación adecuada a los seglares que ofrecen este servicio.
- Tendríamos que saber qué personas hay en las parroquias con ganas de trabajar en este campo y, a partir de aquí, apoyar la formación de grupos de Pastoral de la Salud.
- También —ya lo hemos apuntado anteriormente— se hace necesaria una colaboración y coordinación entre los grupos de Cáritas y los grupos de Pastoral de la Salud, ya que en algunas zonas las precarias condiciones de vida y las situaciones de marginación se mezclan con problemas de salud y enfermedad, lo que dificulta frecuentemente la delimitación de responsabilidades.
- Es importante consolidar y seguir apoyando a las parroquias en las que grupos específicos de Pastoral de la Salud ya estén funcionando desde hace tiempo. Su experiencia y existencia son testimonio de lo que puede ser y hacer una Pastoral de la Salud.

«El anuncio de la Buena Nueva resulta convincente cuando no resuena solamente en los labios, sino que pasa a través del testimonio de vida, tanto de los que cuidan con amor a los enfermos, a los impedidos y a los que sufren, como a estos mismos, hechos cada vez más conscientes y responsables de su lugar y trabajo en la Iglesia y por la Iglesia» (JUAN PABLO II, Chr. L.).

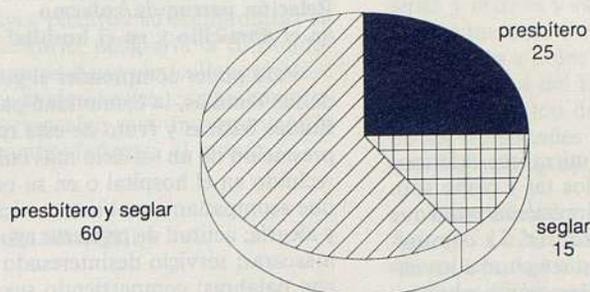
Constataciones

■ Algunas parroquias aún no están lo suficientemente sensibilizadas en lo referente a la pastoral de la salud: atención especial a las familias que pasan por la prueba de la enfermedad y la muerte.

■ Existe, frecuentemente, una pastoral *tradicional*, cuya única preocupación es *dar* sacramentos.

■ Afortunadamente, la acción de los laicos va complementando la acción del clero que, en algunos lugares, aún es el agente exclusivo.

RESPONSABILIDAD DE GRUPO EN LA PASTORAL DE LA SALUD



ARCHIDIOCESIS DE BARCELONA

GRÁFICO 6

■ Constatamos que en muchas acciones pastorales subsiste el trato *paternalista*: cuidar y atender al enfermo, pero sin reconocerle un lugar en la comunidad como miembro activo y evangelizador. Una muestra de lo que decimos es la existencia de barreras arquitectónicas que dificultan la participación de enfermos, minusválidos en celebraciones, encuentros...

■ Las comunidades cristiana no han asumido su misión de educar para vivir de manera personal la salud, la enfermedad, el sufrimiento, el desgaste físico y psíquico y la muerte.

■ Un importante número de parroquias desconoce los problemas y realidades sanitarias de su entorno y la legislación correspondiente, lo que explica que no se comprometan en trabajos de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y de mejora de la asistencia sanitaria.

■ Hay parroquias que no prestan atención a los enfermos más necesitados y más desatendidos, ni a los familiares de éstos: viejos, enfermos, crónicos, terminales, mentales, minusválidos, alcohólicos, SIDA, etc.

■ Existen parroquias que ya han conseguido un grado de atención humana y evangélica en torno al enfermo: preparan cuidadosamente las visitas a los enfermos incluso a los más allegados. Celebran la unción comunitariamente, promueven la creación de grupos y les proporcionan los medios necesarios para su formación. Se preocupan de los enfermos más necesitados y sus familias. Inmersas en los problemas sanitarios del barrio, buscan soluciones y tratan de integrar a los enfermos en la sociedad y en la comunidad cristiana como miembros de pleno derecho.

LA COMUNIDAD CRISTIANA AL SERVICIO DEL MUNDO DE LA SALUD

Cuál es su misión

Siguiendo las actitudes de Jesús, la Comunidad Cristiana, célula de la Iglesia, tiene como misión anunciar la Buena Nueva del Reino. A través de la historia, el Espíritu va haciendo presente este Mensaje... La Pastoral de la Salud, hoy, quiere hacer sentir este anuncio en el ámbito de los que lloran a causa de la enferme-

dad o están de duelo a causa de la muerte. Queremos ser presencia de Iglesia, discreta pero comprometida, palabra de esperanza y gesto de acompañamiento. Queremos escuchar el clamor de los necesitados y transmitir los anhelos que el hombre, hoy, lleva en su corazón y que muchas veces no sabe cómo explicitar. Lo acogeremos tal y cómo es y denunciaremos cualquier situación injusta, origen de sufrimiento. El enfermo —miembro activo de la Comunidad— es un actor imprescindible de esta Pastoral. Él se deja evangelizar y, sobre todo, evangeliza desde su situación dolorosa vivida en la fe.

Equipo animador parroquial

Para mantener vivo este ministerio se creará un equipo animador. «Aquí tienen su puesto los miembros de los organismos eclesiales y religiosos, asociaciones y movimientos seculares católicos. Aquí tienen un sitio las parroquias llamadas a impulsar grupos específicos de apostolado y voluntariado de ayuda a los enfermos» (JUAN PABLO II). Este equipo, por tanto, contará con la presencia insustituible de presbíteros, diáconos, religiosos, religiosas y laicos que tienen el carisma del servicio desinteresado a los enfermos.

El proyecto pastoral del Equipo animador

Con la colaboración de todos los miembros de la comunidad, procuraremos estar *próximo* a todos los enfermos —creyentes o no creyentes— que existen en el ámbito geográfico de la parroquia, y tendremos muy presente que *Buen Samaritano* es el hombre que sabe detenerse ante el sufrimiento de otro hombre.

Así pues, es necesario que atendamos las múltiples necesidades de los enfermos, tanto de orden material como moral. Hemos de considerar al hombre en su integridad y tenerlo en cuenta como una unidad indestructible. Si cumplimos esto, nuestro trabajo tenderá a la recomposición integral de aquellas dimensiones amenazadas, abatidas o malhechas por la enfermedad.

En todos los miembros de las comunidades promoveremos e impulsaremos una actitud de servicio desinteresado y generoso en torno a los enfermos más necesitados: enfermos y deficientes mentales, disminuidos físicos, ancianos, crónicos, drogadictos y alcohólicos, afectados de SIDA, enfermos terminales, enfermos recluidos en las prisiones... ¡Todos ellos, los preferidos de Jesús!

Nosotros, como miembros del Pueblo de Dios, tomaremos la firme decisión de encarnarnos en la realidad de los enfermos más marginados de los que están faltos de asistencia o bien, si la reciben, ésta es defectuosa e insuficiente.

Nuestra comunidad parroquial acogerá siempre en su seno —ofreciéndoles un lugar activo— a todos aquellos a los que la sociedad tiene más arrinconados en una pasividad absoluta y resignada.

LA COMUNIDAD SE CONSTRUYE CON LA COLABORACIÓN DE TODOS

La comunidad parroquial evangeliza a los miembros enfermos y a sus familias, aceptándolos y respetándolos tal y como son. No derrama sobre ellos composiciones baratas y estériles, sino que los acepta como personas responsables y maduras. La comunidad crece a medida que aprende a atender con solicitud a los enfermos, interesándose vivamente por sus problemas, acompañándoles en su soledad, luchando por sus derechos, rezando por ellos y con ellos, y ayudándoles a vivir en la fe con la Palabra, los sacramentos y con un servicio generosamente fraternal.

Una comunidad con este talante es una verdadera comunidad evangelizadora en el centro del mundo, porque la solidaridad con los enfermos es uno de los signos privilegiados que Cristo ha confiado a su Iglesia para anunciar la llegada del Reino: en una sociedad como la nuestra que margina a los enfermos, existe una comunidad que sabe acogerlos. En una sociedad como la nuestra en la que el menosprecio, el odio y el desamor son el pan de cada día, hay una comunidad capaz de valorar a las personas por lo que son capaces de ofrecer gestos proféticos de reconciliación y amor.

Aportación del enfermo a la comunidad parroquial

El enfermo es evangelizado por la comunidad, pero hay que decir también que el enfermo, al mismo tiempo, desde su situación de enfermedad, la evangeliza y enriquece. Fijémonos en algunos de estos rasgos evangelizadores del enfermo hacia su comunidad:

■ En un mundo como el nuestro, que vive de apariencias, el enfermo ayuda a la comunidad a ser realista. Nos ayuda a encargarnos del ser humano desde su debilidad y limitación y también, con el formidable manantial de energías que posee.

■ En la vida práctica de cada día, el enfermo es una llamada a la vida, a los valores evangélicos olvidados: la gratuidad de la existencia, la pobreza total, vivir desinstalados sin *agobiarse* por tantas cosas cuya posesión nos obsesiona (Lc 12:22-31), la fuerza del amor, el coraje en la prueba...

■ El enfermo enseña a relativizar valores y cosas que hoy son absolutizados y que van deshumanizando al ser humano: la eficacia por encima de todo, el amor a las personas por lo que tienen y hacen —y no por lo que son—, el poder, el éxito...

■ El enfermo es el rostro concreto del pobre que invita, desde su situación, a la solidaridad humana, al amor servicial y desinteresado y a la reivindicación de sus derechos.

■ El enfermo suscita interrogantes sobre el sentido de la vida, del sufrimiento, de la muerte..., purifica la imagen que nos hemos hecho de Dios y nos muestra aquello que es más original y perceptible del Dios cristiano = un dios sufridor que comparte —por amor y hasta lo más profundo— el dolor del hombre y, así lo salva. El enfermo es testimonio del Misterio Pascual: del Cristo que se alza vivo desde el fondo de la debilidad.

■ El enfermo, si vive con sentido su enfermedad, es un testimonio vivo que nos dice: es posible luchar contra la enfermedad

y asumirla con amor, mantener la paz serena e incluso hasta la alegría y madurar humana y cristianamente.

■ El enfermo muestra a la comunidad cristiana lo que realmente es: un ser pobre que se reconoce débil y necesitado de salvación, y dice a la comunidad cómo ha de llevar a cabo su misión: poniéndose al lado de los pequeños y los pobres.

Relación parroquia/enfermo en el domicilio y en el hospital

Para poder comprender el gesto evangelizador del enfermo y de sus familias, la comunidad parroquial ha de adoptar unas actitudes básicas y fruto de esta relación básica será, sin duda, la prestación de un servicio más cuidado, ya se trate de un enfermo recluido en el hospital o en su propio domicilio. Las cualidades que acompañan a un buen servicio son: profundo respeto; júbilo y alegría; actitud de pobreza; ayuda y compañía; autenticidad sin máscaras; servicio desinteresado y gratuito, con gestos más que con palabras; compartiendo sus desasosiegos, esperanzas y Esperanza. Prestando este servicio no individualmente sino comunariamente, arraigados siempre en la oración y en la fuerza del Espíritu.

Los enfermos son llamados, de una manera especial, a anunciar la Buena Nueva a sus hermanos enfermos. Les anuncian que en la fuerza del Resucitado toman ellos la fuerza necesaria para enfrentarse a la enfermedad y al sufrimiento. Así lo han hecho y lo hacen muchos de nuestros hermanos en la fe. Vale la pena que conozcamos un testimonio, el del padre José M.^a París, jesuita. Él, que durante tantos años ha sido animador de comunidades parroquiales, él, que no ahorra tiempo ni esfuerzos desde la Fraternidad de Enfermos para estar al lado de quien más lo necesite, en las proximidades de Navidad enviaba esta comunicación a los fraternos y otros amigos, escrita con un estilo muy propio de él. Es el testimonio de un enfermo que afronta la prueba con optimismo y fe, con estas palabras:

«Mi hermano cáncer: También es plena mi interpretación en la cofradía del «si no fuese». Últimamente he hecho méritos para recibir el galardón de miembro distinguido. ¿Por qué? Porque el día 15 de este mes (1989) —cuando recibáis esta carta— me operarán de un fibroma duro al final de mi aparato digestivo, que podría resolverse con una desviación en su funcionamiento normal. Os lo diré más claro, tal y como no se habla pero no se entiende y es: me tienen que operar de un cáncer en el recto y un buen resultado sería que me quedara con un ano contranatura. Esta realidad no me tiene angustiado, sino contento. Sé que lo que pase será para bien, que el amor de Dios, mi Padre, no me deja nunca. Sin embargo, os pido que no me olvidéis en vuestras oraciones, porque todo es para la mayor gloria de Dios. Estoy operado siete veces y cada vez sé más. Por ello, el listón es cada vez más alto. Como los atletas de salto de altura. Estos días estoy preparando la carrera para saltar bien. También es importante realizar una buena caída».

Los enfermos se integrarán en organismos que luchan por que la estructura sanitaria llegue a ser un verdadero servicio a la salud. Y son ellos, los enfermos, los primeros que han de defender sus derechos, ya que ¿quién como ellos conoce sus propias necesidades? Si los enfermos toman conciencia de que son los primeros actores y gestores en este campo de la salud, seguro que la evangelización —como toda auténtica evangelización— comportará una acción liberadora. Finalmente, los enfermos, reunidos en movimientos o asociaciones, vivirán abiertos al mundo para anunciar el Evangelio a todos los enfermos, especialmente a los más desatendidos, y también a los que gozan de buena salud.

La misión de los profesionales de la salud

Iluminación técnica. Su presencia es indispensable para asesorar y evitar desviaciones. Otro trabajo valiosísimo será el

de colaborar en la formación de voluntarios en la comunidad.

Proyección pastoral. El profesional sanitario cristiano cumplirá con su vocación divina y sobrenatural orientando en vida hacia la realización de la justicia y el amor en el campo concreto de las realidades temporales y sociales.

Incluso para acciones intereclesiales han de ser convocados los profesionales que vivan con mayor plenitud su compromiso en el mundo de la salud. ¡De lo contrario, peligraría la consolidación en la Iglesia de una estructura de signo clerical apoyándose precisamente en los seculares! Los profesionales, con su compromiso en el campo sanitario, aportan algo muy importante a la identidad de la Iglesia que es comunidad para el mundo.

RESPONSABILIDAD DE LA PARROQUIA Y TRABAJO PASTORAL

Visitar a los enfermos

La visita al enfermo y su familia es esencial en la pastoral de la salud. Es preciso decir que es una forma privilegiada de cumplir el precepto de caridad recomendado por Cristo, un amor revelado y comunicado mediante la curación y el consuelo. «Estuve enfermo y me visitasteis» (Mt. 25:26).

La visita a los enfermos toma su auténtico sentido cuando la entendemos.

- Como continuación y realización de la misión que Cristo ha encomendado a la Iglesia.
- Como signo de la presencia liberadora de Cristo.
- Como gesto de solidaridad de la Iglesia que, a través de sus miembros concretos, manifiesta su solidaridad al mundo del enfermo haciéndole todo en su lucha por la salud y salvación plenas.
- Como encuentro que compromete a la comunidad en una acción constantemente orientada hacia una atención a los enfermos más justa y humana.
- Como inicio de una acción litúrgica que prepara la celebración del sacramento apoyando y nutriendo la fe, invitando a la creación y manteniendo la esperanza con la caridad.

Diálogo con el enfermo y sus familiares. Conviene valorar como es debido la riqueza del encuentro humano como medio de evangelización, por la palabra sincera y el testimonio humilde.

He aquí algunas actitudes que tendríamos que poner en práctica:

- Escucharlo.
- Reconocerlo y escogerlo tal y como es.
- Tener el convencimiento de que podemos aprender más de él que lo que le podemos enseñar. Esta es una de las condiciones indispensables para poder comenzar a ofrecerle algo.
- Capacidad de silencio. Frecuentemente, ante el dolor, el único lenguaje válido es el silencio.
- Comprensión: compartir su angustia para disminuirla, o su alegría para acrecentarla.
- Ver las cosas desde él, para no sólo escucharlo sino también comprenderlo.
- Ser auténticos: hablaremos con el enfermo rehuendo toda mentira.
- No olvidar que el ser humano alcanza su plenitud cuando se encuentra con Cristo.

Coordinación y comunión. La acción pastoral de los centros sanitarios, coordinada con las acciones de las comunidades cristianas, evita que los enfermos vivan aislados y desconectados de su comunidad de fe.

Es necesario promover la coordinación de esfuerzos y acciones con otras comunidades, movimientos, asociaciones y orga-

nismos diocesanos, especialmente con la Delegación diocesana de Pastoral de la Salud.

La metáfora utilizada por san Pablo refiriéndose al Cuerpo Místico —haciendo una analogía del cuerpo humano—, tiene un significado muy claro en la Pastoral de la Salud. No es suficiente ni bastante que los cristianos de una comunidad, movimiento o asociación estén unidos entre sí. Es esencial que exista unidad interna y externa y esto simultáneamente tal y como sucede en el cuerpo humano con las células, tejidos y órganos. Es preciso vivir abiertos a todos los grupos eclesiales para así poder ser fieles a la dinámica del Espíritu en su Cuerpo Místico, que supedita, a veces, la unión de los miembros de un grupo y la superación de sus dificultades al sincero esfuerzo de coordinación y unión con los otros grupos eclesiales.

Todos los miembros del Cuerpo Místico participan en el trabajo (1C 12:26). Con extraordinaria habilidad el gran pastor de almas, san Agustín, explicó a su comunidad la doctrina de este capítulo. Fijémonos en algunas de sus ideas:

«En fin, hermanos, si alguno de los miembros del cuerpo pasa por una dificultad ¿habrá algún órgano que niegue su colaboración? ¿verdad que parece que el pie ocupa el último lugar en el cuerpo humano? Y en el mismo pie ¿verdad que la planta es la zona más alejada? Pues bien, esta parte alejada tiene una conexión tan íntima con la totalidad del cuerpo que, cuando se clave una espina en la planta todos los órganos colaboran para extraerla: las rodillas se flexionan, la espalda se encorva... y únicamente existe una preocupación: extraer la espina. Todo el cuerpo participa en el trabajo ¡y tan pequeña como es la zona afectada! pero por insignificante que sea la superficie afectada por el pinchazo de la espina el cuerpo, en su totalidad, no se despreocupa de lo que ocurre en una zona tan pequeña y tan insignificante. Los demás miembros no sufren pero en cada parte sufren todos. El apóstol nos ofrece aquí una parábola de amor, animándonos a amarnos los unos a los otros del mismo modo como se aman los miembros del cuerpo. Y cuando un miembro sufre, todos los miembros sienten el sufrimiento como propio, y cuando un miembro recibe una distinción, todos los miembros se felicitan. Vosotros, en conjunto, sois el cuerpo de Cristo y cada uno por su parte es un miembro» (1C 12:26-27).

Y en esta misma línea se mueve el ritual de la Unción y cuidado Pastoral de los Enfermos cuando dice: «Conviene, pues, en gran medida, que todos los bautizados participen de este servicio de caridad mutua en el cuerpo de Cristo, tanto en la lucha con la enfermedad y en el amor hacia los enfermos, como en la celebración de los sacramentos.

Potenciar y ayudar a vivir los derechos y deberes de los enfermos

La Generalitat de Catalunya, en el año 1987, publicaba los *Derechos del enfermo*, dedicando una glosa a cada uno de ellos. He aquí el enunciado de los derechos (sin las glosas ahora mismo mencionadas):

- Recibir una asistencia sanitaria que ponga al servicio de la persona todos los recursos técnicos y humanos en función de su enfermedad y de las posibilidades del centro, sin discriminación por razón de edad, sexo, raza, ideología, religión y condición socio-económica.
- Ser atendido con agilidad para que los trámites burocráticos no retrasen la asistencia al enfermo o su ingreso.
- Ser tratado, por parte de todo el personal del centro, con respeto hacia su dignidad humana.
- Ser tratado con respeto en lo que se refiere a su intimidad personal.
- Ser tratado con respeto y reconocimiento en cuanto a sus convicciones religiosas y filosóficas.
- Continuar manteniendo la relación con sus familiares y amigos y la comunicación con el exterior.

- Recibir información comprensible, suficiente y continuada: ya sea información general del centro, como también información del médico responsable, sobre los aspectos médicos.
- Disponer de una historia clínica y tener acceso a ella.
- Mantener el secreto sobre su enfermedad y sobre los datos de la historia clínica.
- Dar su consentimiento escrito para tratamientos médicos o quirúrgicos, procedimientos y pruebas diagnósticas menos habituales y para estudios de experimentación clínica.
- Ser valorada su situación familiar y social.
- Ser informado debidamente cuando sea necesario trasladarlo a otro centro y, en este caso, ser trasladado adecuadamente.
- Optar por abandonar el hospital en cualquier momento.
- Morir con dignidad.
- Conocer sus derechos, que éstos sean ampliamente divulgados entre los enfermos y el personal del hospital y que sean respetados.
- Presentar sugerencias y reclamaciones sobre el funcionamiento del hospital y que éstas sean estudiadas y contestadas.

La defensa de los derechos del enfermo es un punto primordial de la evangelización en el campo de la salud; la Iglesia se juega su credibilidad. Estos derechos son sagrados y reclaman el deber de todos los miembros del Pueblo de Dios, de comprometerse en su defensa como una exigencia no tan sólo humanitaria, sino estrictamente religiosa.

Que cada derecho del enfermo sea una llamada al esfuerzo, que cada línea sea una condena a la resignación y que cada una de sus palabras obligue a todos los miembros de las comunidades cristianas a examinar la actual situación de nuestros hermanos enfermos.

Compromiso individual y de grupo hacia los enfermos desatendidos

Comencemos haciendo una reflexión evangélica: la acción social en torno a los enfermos más desatendidos, como expresión sincera de vivencia de la fraternidad cristiana, ¿preocupa e interesa a toda nuestra comunidad —como Iglesia—, o solamente a algunos grupos minoritarios sensibilizados por estos problemas? Porque la participación en la vida pública no se agota en la política y en los sindicatos. Es necesario prestar apoyo y esfuerzo a la transformación de las estructuras sanitarias para que sean instrumentos útiles al servicio del ser humano enfermo o susceptible de enfermar. Hemos de estar dispuestos a asumir un compromiso de carácter individual y social en la búsqueda de la justicia estructural, con todas las mediaciones socio-políticas. Nuestra identidad cristiana nos empuja a un compromiso eclesial: hacernos presentes activamente en la sociedad y la Iglesia.

Denuncia de las situaciones injustas

La situación actual de la salud en nuestra archidiócesis se define como insatisfactoria. A pesar de los avances científicos y técnicos, que permiten eliminar algunas enfermedades, controlar obras y avanzar espectacularmente en la búsqueda de remedios, los recursos no son utilizados de la forma más idónea. Cada día asistimos a la desmesurada carrera para conseguir el trasplante más efectivo y, por otro lado, grandes núcleos de población no disponen de la más mínima higiene preventiva. No vamos en contra del progreso, sino de la forma en que los recursos se están utilizando. Es decir, financiándolos de manera anárquica.

Hoy día, el ser humano está mucho mejor atendido clínicamente, pero sufre más en soledad y muere más abandonado. Una utilización de la técnica que no quiera someterse a la crítica podría tener significados muy negativos para la sociedad. En una sociedad de consumo, en una civilización técnica deshumanizada (que no está al servicio del hombre), es necesario que consideremos qué lugar ocupan los incurables, los dementes, los ancianos, los disminuidos físicos y psíquicos... ¡Pronto nos

cercioraremos que muchas veces el único heroísmo que se permite es el de tolerarlos! Todos nuestros esfuerzos se dirigen a los recuperables, a los que pueden situarse en la rueda de la producción.

Tampoco podemos olvidar que todo sistema de atención de la salud comporta diversos elementos: asignación de recursos y de personal, distribución de servicios y una *filosofía* sanitaria subyacente. Cada sistema refleja una sensibilidad especial delante de determinados valores y ante un conjunto de nociones éticas. Con frecuencia, las críticas dirigidas contra los sistemas de salud no abordan el nivel más profundo, el de la filosofía que los inspira: es natural, por tanto, que se contesten con censuras superficiales que no tocan la raíz del asunto.

En las comunidades cristianas la Pastoral de la Salud ha de surgir del hecho de que el hombre es la realización más perfecta de Dios. Esta identidad del hombre relacionado con Dios la encontramos más clarificadora, vigorizada y radicalizada en el Nuevo Testamento. Jesucristo se identifica plenamente con todos y cada uno de los hombres y, de manera especial, con los más necesitados: «Porque tuve hambre y me disteis de comer, tuve sed y me disteis de beber, fui extranjero y me recogisteis, estuve desnudo y me vestisteis, enfermo y me visitasteis, estuve en la cárcel y fuisteis a verme» (Mt. 25:35-36). Delante de Dios y del ser humano, sin excepción alguna, es preciso que adoptemos esta misma actitud.

Dada esta identidad del ser humano con Dios, parece que podemos llegar a una conclusión bien clara: que los derechos humanos son al mismo tiempo derechos divinos. Hoy el derecho a la salud apunta sobre todo en dos direcciones:

- Igualdad de acceso a la atención sanitaria.
- Medidas necesarias contra los peligros para la salud, peligros ante los que el individuo o el grupo se siente impotente. Digamos, finalmente, que, hablando de los derechos del enfermo en los centros sanitarios, hemos de reconocer que los enfermos han sido uno de los grupos menos reconocidos y respetados en su dignidad y autonomía.

Compromisos con otras estructuras del barrio que trabajan en el mundo de la salud

La salud representa un deber hacia los otros. Es necesario que estemos presentes en los movimientos de base: colegios profesionales, asociaciones culturales, de padres, deportivas, de vecinos... colaborando solidariamente en la consecución de objetivos comunes, atendiendo las necesidades vitales de los enfermos y disminuidos.

Un trabajo especial será el de potenciar las coordinadoras de usuarios de la sanidad, intentando conseguir una sanidad más humana y solidaria. Y es que los cristianos estamos llamados a participar en la vida pública aportando a la convivencia social las riquezas derivadas de nuestra fe.

Los cristianos también hemos de participar en las juntas municipales formando parte de los conceptos de salud, urbanismo, educación, cultura, etc. La salud, más que un privilegio a reivindicar, es una responsabilidad. Tengamos la convicción que la promoción de la salud es también un trabajo evangelizador.

Ante los problemas sociales que se detectan, hay que proporcionar información sobre los servicios de ayuda fraterna existentes

El sentimiento no puede ser infructuoso. La misericordia, la compasión, ha de convertirse en obras: hay que atender las necesidades del momento presente. Para estar informados de las necesidades de orden material o social de los enfermos y poder darles la respuesta adecuada, es necesario mantener una estrecha coordinación con Cáritas; de este modo podremos acercarnos más a la realidad concreta y encontrar soluciones a los problemas objetivos y razonables.

Celebraciones cristianas: el Sacramento de los Enfermos, Eucaristía y Viático

Las celebraciones concretan la acción salvadora por la Palabra de Dios y el Sacramento. «Nunca insistiremos suficientemente —decía Pablo VI— en el hecho de que la evangelización no se agota con la predicación y la enseñanza de una doctrina... La finalidad de la evangelización es precisamente la educación en la fe de manera que conduzca a cada cristiano a vivir —y no a recibir de forma pasiva o apática— los sacramentos de la fe.

El *Ritual de la unción y cuidado pastoral de los enfermos* nos orienta muy acertadamente: «Es muy conveniente que los enfermos, bien a solas o bien con sus familiares o con las personas que los atienden, sean invitados a la oración, sacándola principalmente de la Sagrada Escritura, ya sea mediante textos que iluminan el misterio de la enfermedad humana a la luz de Cristo y del Evangelio, ya sea sugiriéndoles fórmulas de plegaria y afectos de los Salmos o de otros textos. Para conseguir la práctica de esta oración será necesario ayudarles con medios apropiados: libros, radio, casetes, etc.; más aún, sería importante que los presbíteros, al menos alguna vez, los acompañen en esta oración» (n. 89).

Relación con la Pastoral Sacramental. En el número 59 se exponen unos criterios que conviene tener en cuenta: «Toda pastoral de enfermos encuentra su plena culminación en la celebración de los sacramentos. Conviene subrayar que una buena celebración en la que participen activamente el presbítero, el enfermo, la familia y la comunidad cristiana, será siempre la mejor catequesis para el pueblo de Dios y superará en eficacia cualquier otra actividad en este campo. Por ello es preciso revisar una pastoral exclusivamente *sacramentalista*, reducida al empeño de la aceptación de los sacramentos y una pastoral orientada exclusivamente *al bien morir*, que únicamente conseguiría que los fieles viesen al sacerdote como mensajero de la muerte. Tras esta lectura, nos atreveríamos a hacer esta afirmación: o la parroquia se convierte en una institución misionera o se queda sin valor alguno.

En este sentido, el mismo Ritual que estamos citando nos estimula a abrirnos: «Asimismo la comunidad parroquial atenderá las necesidades de los enfermos sin ningún tipo de discriminación y atenderá la promoción de asociaciones y fraternidades de enfermos, ya que éstos son los que, al sintonizar de forma más directa con otros enfermos, podrán realizar una gran labor pastoral en este campo. De esta manera será patente que es una comunidad católica, esto es, abierta a las necesidades de todos los hombres. Convendría tener en cuenta que, si bien es preciso dar razón de fe y esperanza cristianas, se ha de evitar todo tipo de proselitismo o coacción, opuesto a la dignidad de la persona humana y a la libertad religiosa. También se tendrá en cuenta las circunstancias especiales de cada enfermo, con el fin de que sea útil y no un estorbo» (n. 57d).

La preocupación de la Iglesia para con los enfermos culmina en el sacramento de la Unción. Supuesto que la misión de la Iglesia no puede reducirse a la administración de sacramentos, el rito de la Unción ha de ir acompañado de otros signos que correspondan a toda la comunidad cristiana: dedicarse a la defensa y promoción de los derechos de los enfermos, que tiene un ritmo de crecimiento, e integrar a los enfermos marginados en la sociedad y en la Iglesia.

Referente a los sacramentos de los moribundos, la muerte, para el que cree en Jesucristo, es el *paso* de este mundo hacia el Padre Celestial. Para que la muerte del cristiano alcance su pleno sentido es necesario que se produzca una incorporación a la muerte de Cristo.

También el viático ha de ir acompañado de otros gestos. Los profesionales cristianos han de ser los caudillos en la creación de equipos de salud que integren las funciones y tareas que desarrollan diferentes profesionales a través de un programa planificado que persiga objetivos concretos.

En este reto histórico que nos plantea la pastoral del moribundo, la comunidad cristiana ha de actuar responsablemente. Es necesario que cada grupo haga suyos los objetivos comunes que se han propuesto y que revisen constantemente un ser y estar en la misión que les corresponde. Todos los grupos en coordinación, que no frena la autonomía y peculiaridad propias, aportan sus posibilidades a la realización de la unidad deseada. Esto facilitará que el enfermo, en el transcurso de la última etapa de su vida, no tenga que pasar por una muerte social, es decir, que no tenga que enfrentarse solo a la angustia de su muerte. El lenguaje de amor que predica la Iglesia ha de ser una realidad en el servicio a los moribundos y a sus familias. Llegado pues, el momento de la muerte, la Iglesia, mediante el sacerdote, religioso/a o laicos formados para este ministerio, ayudan al cristiano a realizar su traspaso hacia la plenitud de la vida divina que es eterna, porque la muerte no tiene ningún poder sobre ella.

(Archivo: ENDO)

FORMACIÓN

En la Pastoral de la Salud la formación permanente viene exigida por el convencimiento de que el único sistema para poder permanecer en un medio tan movido como es el mundo de la salud, es moverse.

El agente de Pastoral de la Salud ha de cultivar su personalidad. Por un lado, la personalidad es aquello que cada uno tiene de particular y característico. Por otro, la personalidad es algo estable que hace que el sujeto se sienta él mismo a través de las diferentes fases de la vida. Finalmente, también es un aspecto de la personalidad el ir integrando las experiencias de la vida que enriquecen al individuo en el proceso de maduración.

La formación de la personalidad no ha de olvidar que la personalidad es la responsable del comportamiento o conducta humanas: gobierna la vida, dirige los actos y, por tanto, a través del estudio de la conducta es posible llegar a conocer una personalidad.

Digamos también que la personalidad se ha de considerar como una realidad total y unitaria.

Actitudes que es preciso fomentar

Algunas de las cualidades humanas más necesarias para los asuntos de pastoral son:

- Idealista, con un realismo sano.
- Salud, entendida como una forma de vida autónoma, solidaria y satisfactoria.
- Tener las ideas claras y certeras.
- Mantener el hábito de estudio mediante el ejercicio diario, mantener contacto con revistas de Pastoral de la Salud que ofrezcan materiales firmes y serios.
- Entendimiento práctico (cordura/sensatez), para saber resolver los problemas con soltura y al mismo tiempo con comprensión hacia las personas.
- Energía de carácter.
- Constancia.
- Flexibilidad y, al mismo tiempo, la firmeza necesaria.
- Puntualidad.
- Franqueza y sinceridad. El agente de pastoral no puede manejar la verdad sin discernimiento y sin corazón. La discreción, la prudencia han de gobernar todas nuestras palabras. Así sabremos si, en un momento dado, la palabra pronunciada, estricta y formalmente verdadera, es acción constructora, si hace de puente, si une a las personas o si, por el contrario, perturba, separa o destruye. Únicamente el amor puede ayudar a la verdad a discernir la manera en cómo puede servirlo e irradialo.
- Sentido de la propia dignidad.
- Autenticidad.

- Algunas dotes de mando. Saber dirigir respetando la iniciativa personal.
- Capacidad para la amistad.
- Amabilidad.
- Gentileza y cortesía.
- Jovialidad y alegría con sentido del humor.
- Capacidad para juzgar rectamente sobre acontecimientos y personas.
- Capacidad de comprensión. Comprenderlo todo no significa aceptarlo todo.
- Sentido de responsabilidad e iniciativa.

El mundo de la salud de nuestro tiempo, donde se inserta la Pastoral, se caracteriza porque:

- Lo único permanente es el cambio.
- Los conocimientos dejan muy pronto de ser útiles.
- El crecimiento de la necesidad de reconversión de método y actitudes es constante.

Si tenemos en cuenta que el cambio que se está operando en el mundo de la salud, la enfermedad y la muerte, parece alterar el espíritu del pasado, es indispensable una buena formación humana e intelectual.

La formación espiritual es una obligación, por deber de conciencia, que no puede suplirla por la buena voluntad y los buenos sentimientos.

Acciones a potenciar

Para conseguir un mejor servicio a los enfermos y a sus familias, la comunidad parroquial potenciará las siguientes acciones:

- Conocer la realidad sanitaria de la comunidad y la situación de los enfermos, especialmente la de los más necesitados.
- Sensibilizar y mentalizar a todos los miembros de la comunidad sobre la pastoral de enfermos y su responsabilidad en la misma.
- Educar a los niños, jóvenes y adultos para vivir con sentido de salud, la enfermedad, el sufrimiento, el deterioro, la muerte.
- Trabajar para que la comunidad cristiana sea una comunidad sana y curativa.
- Conocer y descubrir a los enfermos, especialmente a los más necesitados y desatendidos, ayudarlos y acompañarlos en el proceso de su enfermedad.
- Integrar plenamente a los enfermos en la comunidad, como miembros activos: reconociéndoles su misión insustituible, su valiosa aportación y dejándose evangelizar por ellos.
- Colaborar con otras instituciones para integrarles, también, en la sociedad.
- Renovar profundamente la pastoral de los sacramentos de los enfermos.
- Organizar grupos de pastoral de enfermos, ofreciéndoles los medios y materiales adecuados para su progresiva formación en este campo.
- Prestar atención a los problemas y dificultades por los que pasa la familia del enfermo que se encuentra en su casa o en el hospital: ofrecerles la ayuda y el apoyo que necesiten, y acompañar a la familia en duelo por la muerte de uno de sus miembros.

Cursos de formación y profundización

Para realizar su misión en el ámbito de la Pastoral de la Salud, la comunidad parroquial intentará:

- Servirse de los medios ya existentes: la predicación ordinaria, las reuniones de estudio y reflexión de los movimientos familiares, de enfermos y otros como pueden ser: los cursillos prematrimoniales, las celebraciones comunitarias con enfermos, la catequesis de los niños, las publicaciones de la Iglesia, los programas de radio, TV., etc.

- Promover la relación y colaboración con los servicios de asistencia religiosa de los centros hospitalarios.
- Coordinar sus acciones con los grupos de pastoral de enfermos en la archidiócesis o en la zona.
- Relacionarse y colaborar con los organismos diocesanos de Pastoral de Salud.

Pastoral orgánica con otras diócesis

Las comunidades cristianas estarán atentas a los rápidos y profundos cambios experimentales por la atención de la salud, de otro modo perderíamos el tren de la historia. Desde su antiguo concepto de *curar enfermedades*, la medicina ha cambiado y cambiará más aún, con una clara tendencia a cumplir la finalidad de proporcionar a todos y cada uno de los individuos de la sociedad el acceso a disfrutar plenamente de su posibilidad de salud.

En nuestros días el sentido del espacio y del tiempo se ha modificado profundamente. La aceleración de la historia comporta un cambio sustancial que las comunidades cristianas y la iglesia local han de afrontar abriéndose a una pastoral orgánica, coordinada por el Secretariado Interdiocesano de Pastoral de la Salud de Cataluña (SIPS) y con las otras diócesis mediante el *Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria*.

Comunidades abiertas al mundo

Estamos en el umbral del año 2000 y la humanidad puede sentirse orgullosa del progreso tecnológico que ha conseguido. Pero en este momento histórico, la humanidad ha de sentirse también más avergonzada que nunca. Porque nunca habían existido tantas diferencias entre los pueblos del mundo, justamente en un momento en el que esta humanidad está más preparada que nunca para combatir el hambre, la enfermedad, la incultura, y nunca había estado tan *comunicada* para compartir esta posibilidad.

Fijémonos en el campo de la salud y hagamos números, aunque nos resulte penoso, pero son un reflejo de la realidad y es necesario recordarlo: hay lugares en los que uno de cada cinco niños muere antes de llegar a los cinco años, y los que sobreviven están enfermos, por término medio, unos 160 días al año. Si se trata de una niña que vaya creciendo tendrá 200 posibilidades más que una mujer de nuestro país de morir en su primer embarazo (en la mitad de los casos antes de los 16 años). La esperanza de vida es de unos 45 años y la mitad de los que pueden contar su vida a sus nietos les dirían que no habían visto a su médico, que no habían tenido acceso al agua potable y que sufrieron algún grado de desnutrición o anemia. Y seguro que no tenían radio y no tuvieron que escuchar ningún discurso de Occidente argumentando que la situación de subdesarrollo «es porque la quieren».

Lo más terrible y al mismo tiempo lo más esperanzador es que la mayoría de estos problemas de salud se pueden prevenir y tratar, y que el mundo produce alimentos suficientes para todos.

¿Qué pueden hacer los cristianos motivados por este problema?

Alistarse en la multitud de voluntarios que luchan ya contra estas *estadísticas*. Así lo han ido haciendo los misioneros que, desde tiempos inmemoriales, nos dan el ejemplo de convivir y trabajar en estos pueblos. Ya existen en Europa 400 Organizaciones No Gubernamentales (ONGS) que ayudan a estos pueblos a organizarse y a progresar en los campos del desarrollo: agricultura, educación y salud.

Todo esto exige mucha solidaridad y ganas de trabajar: tanto desde nuestras comunidades en una labor de soporte, como en el Tercer Mundo en trabajos de acción. Aquí es donde se necesita voluntariado. Todos podemos ser útiles de muchas y diversas maneras. Con nuestra participación, no tan sólo queda la satisfacción de luchar contra esta trágica situación, sino que podemos aprender la gran lección que nos ofrecen las culturas de estos pueblos, la solidaridad entre ellos, su sencillez y, aunque parezca mentira, su alegría de vivir.

APÉNDICE 1

LOS ENFERMOS Y LOS QUE SUFREN, A LA LUZ DE LA CARTA APOSTÓLICA *CHRISTIFIDELES LAICI*

ANTONI M. ORIOL I TATARET

Profesor de la Facultad de Teología de Cataluña

El mensaje a los enfermos y a los que sufren corresponde al cuarto capítulo de la Carta Apostólica, dedicado a los trabajadores de la viña del Señor, vistos como buenos administradores de la multiforme gracia de Dios. Viene en tercer lugar, tras las consideraciones dirigidas a los jóvenes, niños y ancianos, por un lado, y a las mujeres y a los hombres, del otro. Le siguen las reflexiones en torno a los estados de vida y de las vocaciones. Podemos detectar una introducción y dos ejes, uno de fundamento bíblico-eclesiológico y otro de carácter pastoral.

INTRODUCCIÓN

La introducción abarca los tres primeros párrafos. Se inicia con un contraste, sigue con otra cita y acaba con una dirección.

Contraste

El hombre es llamado a la alegría, pero cada día experimenta innumerables formas de sufrimiento y dolor.

Cita

En su mensaje final, los Padres sinodales se han dirigido a los hombres y mujeres afectados por las más diversas formas de sufrimiento y dolor, con estas palabras:

«Nosotros, los abandonados y marginados por nuestra sociedad consumista. Vosotros, minusválidos, pobres, hambrientos, emigrantes, prófugos, prisioneros, desempleados, ancianos, niños abandonados y personas solas. Vosotros, víctimas de la guerra y de toda violencia que emana de nuestra sociedad permisiva, la Iglesia participa de vuestro sufrimiento, que conduce hacia el Señor, el cual os asocia a su Pasión redentora y os hace vivir a la luz de su Redención. Contamos con vosotros para enseñar al mundo entero qué es el amor. Haremos todo lo posible para que encontréis el lugar al que tenéis derecho dentro de la sociedad y de la Iglesia.

Dirección

En el contexto de un mundo sin límites, como es el del sufrimiento humano, dirigimos ahora la atención a los afligidos por la enfermedad en sus formas más diversas. Los enfermos, efectivamente, son la expresión más frecuente y más común del sufrimiento humano.

FUNDAMENTO BÍBLICO-ECLESIOLOGICO

El primer eje fundamenta bíblicamente las reflexiones a la luz de san Juan y san Pablo, y ofrece unas consideraciones de carácter eclesiológico.

Fundamentación bíblica

A la luz de san Juan

■ **Afirmación:** La llamada del Señor se dirige a todos y cada uno: *También los enfermos son enviados como trabajadores de su viña.*

■ **Elucidación de la afirmación:** El peso que oprime los miembros del cuerpo y menoscaba la serenidad del alma.

- en lugar de retirarlos del trabajo en la viña,
- los llama a vivir su vocación humana y cristiana y a participar en el conocimiento del Reino de Dios *con nuevas modalidades*, más valiosas y todo.

A la luz de san Pablo

■ **Un programa de vida luminoso:** Las palabras del apóstol san Pablo se han de convertir en su programa de vida y, aún más, son la luz que hace resplandecer en sus ojos el significado de gracia de su propia situación: «Continúo en mi carne aquello que aún falta a los sufrimientos de Cristo en bien de su cuerpo que es la Iglesia» (Col 1:24).

■ **Llegar a la alegría y llevar el gozo del Espíritu Santo:** Precisamente el apóstol llega a la alegría al hacer este descubrimiento. «Ahora estoy contento de sufrir por vosotros» (Col. 1:24). Ahora mismo muchos enfermos se pueden convertir en portadores del «gozo del Espíritu Santo en medio de muchas adversidades» (1 Tes. 1:67), y ser testigos de la Resurrección de Jesús.

■ **El testimonio de un minusválido:** acoger y transmitir: Tal como lo manifestó un minusválido en su intervención al aula sinodal, «es muy importante aclarar el hecho que los cristianos que viven en situaciones de enfermedad, de dolor, y de vejez

- no son los únicos invitados por Dios a unir su dolor a la Pasión de Cristo.
- sino también, desde ahora, acoger en ellos mismos y transmitir a los demás la fuerza de la renovación y la alegría de Cristo resucitado» (2C 4:10-11); (1Pe 4:13); (Rm 8:18 ss).

Fundamentación eclesiológica

Aspecto doctrinal

■ **Camino de la Iglesia:** Por su lado —como dice la Carta Apostólica *Salvifici Doloris*—, la Iglesia, que nace del misterio de la Redención en la cruz de Cristo, está obligada a buscar el encuentro con el hombre, de una manera especial en el camino del sufrimiento. En un encuentro de esta clase, el hombre «constituye el camino de la Iglesia» y éste es uno de los caminos más importantes. *El hombre que sufre es camino de la Iglesia...*

■ **Camino de Cristo:** ...porque, antes de serlo de la Iglesia, es de Cristo mismo, el buen samaritano, que no «pasa de largo» sino que se «compadece, se acerca, le venda las heridas, ...y se ocupó de él» (Lc. 10: 32-34).

Aspecto histórico

■ **A lo largo de los siglos,** la comunidad cristiana ha vuelto a copiar la parábola del buen samaritano en la inmensa multitud de personas enfermas y que sufren, revelando y comunicando el amor de curación y consuelo de Jesucristo. Esto se ha producido

- mediante el testimonio de la vida religiosa consagrada al servicio de los enfermos
- y mediante el infatigable esfuerzo de todo el personal sanitario.

■ Hoy, además —incluso en los mismos hospitales y centros sanitarios católicos—, es cada vez más numerosa, e incluso posiblemente total y exclusiva, la presencia de los fieles laicos, hombres y mujeres. Precisamente ellos: médicos, enfermeras, diversos miembros del personal sanitario, voluntarios, son llamados a ser la imagen viva de Cristo y de su Iglesia en el amor a los enfermos y a los que sufren.

ACCIÓN PASTORAL RENOVADA

El segundo eje invita a un relanzamiento de la acción pastoral en favor de y para los enfermos y los que sufren, describe los aspectos de dicha acción e invita a releer *Salvifici Doloris*.

Relanzamiento de la acción pastoral

Es necesario que esta preciosísima herencia que la Iglesia ha recibido de Jesucristo, «médico de la carne y el espíritu»,

- no tan sólo no disminuya
- sino que se revalorice y enriquezca cada vez más, mediante una recuperación y un relanzamiento decidido de la acción pastoral de los enfermos y con los enfermos y los que sufren.

Aspectos de la acción pastoral

Cualidades

Ha de ser una acción capaz de sostener y promover atención, proximidad, presencia, escucha, diálogo, participación y ayuda concreta en favor del hombre...

Circunstancia temporal

...en unos momentos en los que la enfermedad y el sufrimiento ponen duramente a prueba, no tan sólo su confianza en la vida, sino también su misma fe en Dios y su amor al Padre.

Expresión significativa

Este relanzamiento pastoral tiene su expresión más significativa en la celebración sacramental con los enfermos o para los enfermos,

- como fortaleza en el dolor y en la debilidad,
- como esperanza en la desesperación,
- como lugar de encuentro y de fiesta.

Objetivos fundamentales

■ Uno de los objetivos fundamentales de esta renovada e intensificada acción pastoral —que no puede dejar de implicar coordinadamente todos los componentes de la comunidad eclesial— es la consideración del enfermo, del minusválido, del que sufre,

- no sólo como fin del amor y del servicio de la Iglesia,
- sino más bien como sujeto activo y responsable de la obra de evangelización y de salvación.

Buena Nueva consecuente:

■ **Enunciación:** Desde este punto de vista, la Iglesia tiene un buen mensaje para divulgar dentro de la sociedad y las culturas que, habiendo perdido el sentido del sufrimiento humano, silencian cualquier forma de hablar sobre esta dura realidad de la vida. Y la buena nueva es el anuncio de que el sufrimiento también puede tener un significado positivo para el hombre y para la misma sociedad.

■ **Razón:** ...llamado como está a convertirse en una forma de participación del sufrimiento salvador de Cristo y de su alegría de resucitado y, por tanto, en fuerza de santificación y edificación.

■ **Condiciones de eficacia:** El anuncio de esta buena nueva resulta convincente cuando no sólo resuena en los labios, sino que pasa a través del testimonio de vida,

- tanto de los que se ocupan amorosamente de los enfermos, de los minusválidos y de los que sufren,
- como de estos mismos, cada vez más conscientes y responsables de su lugar y su función en la Iglesia y para la Iglesia.

Invitación a meditar *Salvifici Doloris*

La invitación

Para que la «civilización del amor» pueda florecer y fructificar en el inmenso mundo del dolor humano, la frecuente meditación de la Carta Apostólica *Salvifici Doloris* podrá ser de gran utilidad...

Recordatorio

Líneas finales de la Carta Apostólica: ...de la que recordamos las líneas finales...:

■ acudir a los pies de Cristo crucificado: «es necesario, pues, que a los pies de la cruz del Calvario acudan espiritualmente

■ todos los que sufren y creen en Cristo y, concretamente, los que sufren a causa de su fe en el Crucificado y Resucitado para que el ofrecimiento de sus sufrimientos acelere el cumplimiento de la oración del Salvador mismo por la unidad de todos» (Jo 17: 11.21-22).

■ Que acudan también los hombres de buena voluntad, porque en la cruz está el «Redentor del hombre», hombre hecho al dolor, el cual ha hecho suyos los sufrimientos físicos y morales de los hombres de todos los tiempos para que en el amor puedan encontrar el sentido salvador de su dolor y respuestas válidas a todos sus interrogantes.

■ Al borde de todas las cruces, al lado de María: Al lado de María, Madre de Cristo, que estaba al pie de la cruz (Jn 19: 25), nos pararemos al lado de todas las cruces del hombre de hoy...

■ Petición a los que sufren... y a todos vosotros los que sufrís,

- os pedimos que os convirtáis en fuente de fuerza para la Iglesia y para la humanidad. En el terrible combate entre las fuerzas del bien y del mal, que nuestro mundo contemporáneo nos ofrece como espectáculo, vena vuestro sufrimiento en unión con la Cruz de Cristo»...

Una vez realizada la presentación del texto por medio de una explicitación de su línea vertebradora, es importante destacar el mensaje de acción que reconoce —y remarca— en los enfermos, minusválidos y en los que sufren. Si lo releemos atentamente podremos recoger la siguiente antología:

■ «Contamos con vosotros para enseñar al mundo entero qué es el amor» (Mensaje de los Padres Sinodales).

■ «También los enfermos son enviados como trabajadores a su viña», subraya el texto con palabras del Evangelio de san Juan.

■ Los enfermos están llamados «a participar en el crecimiento del Reino de Dios con nuevas modalidades, incluso más valiosas».

■ «Asimismo, muchos enfermos pueden convertirse en portadores del gozo del Espíritu Santo en el centro de muchas adversidades» (1 Tes 1: 6) y ser testimonio de la Resurrección de Jesús.

■ «Es de vital importancia aclarar el hecho de que los cristianos que viven en situaciones de enfermedad, dolor y vejez... están invitados... a acoger desde ahora en ellos mismos, y a trans-

mitirlo a los otros, la fuerza de la renovación y la alegría de Cristo Resucitado» (Testimonio de un minusválido en el Sínodo).

■ «Es necesario relanzar decididamente «la acción pastoral de los enfermos y con los enfermos y los que sufren».

Archivo: ENQ 1

- Es necesario celebrar el sacramento de la Unción «con los enfermos y por los enfermos, como fortaleza en el dolor y en la debilidad, como esperanza en la desesperación, como lugar de encuentro y de fiesta».
- Es preciso considerar al enfermo, al minusválido, al que sufre «no sólo como fin del amor y el servicio de la Iglesia, sino como sujeto activo y responsable de la obra de la evangelización y de la salvación».

- «El sufrimiento... está llamado a convertirse en una... fuerza de santificación y de edificación de la Iglesia».
- «La buena nueva enunciada en el párrafo anterior «resulta convincente cuando... pasa a través del testimonio de vida... de los enfermos, minusválidos y de los que sufren, tornándose cada vez más conscientes y responsables de su lugar y su trabajo en la Iglesia y para la Iglesia».
- «A todos vosotros, los que sufrís, os pedimos que nos sosten-gáis. Precisamente a vosotros que sois débiles, os pedimos que os convirtáis en fuente de fuerza para la Iglesia y para la humanidad», invoca el Papa.
- «En el terrible combate entre las fuerzas del bien y del mal... vena vuestro sufrimiento en unión con la cruz de Cristo», augura el Papa.

APÉNDICE 2

ORIENTACIONES TEOLÓGICAS

JOSÉ M. ROVIRA BELLOSO

Profesor de la Facultad de Teología de Cataluña

Tras la lectura del documento *Pastoral de la salud en las parroquias*, creo que, desde el punto de vista teológico, debería hacer las siguientes aportaciones:

■ Es necesario que la comunidad parroquial valore al enfermo no sólo por su testimonio evangelizador, sino —más en la raíz— por el innegable hecho de que el enfermo, en tanto que persona humana afligida por la enfermedad, es al mismo tiempo imagen de Dios e imagen de Dios cualificada por su semejanza al Cristo que sufre. Esto es lo que toda la comunidad ha de atraer para este miembro privilegiado que es el enfermo. Es preciso que las comunidades tengan en cuenta dos advertencias:

- La salud es una unidad compleja: la unidad de la salud, en el pleno sentido, comprende la salud corporal, psíquica, espiritual y social.
- Todo el que tiene alguna carencia en la salud ha de ser objeto de la atención de la comunidad que sigue el camino mesiánico del Maestro.

■ Por esto, la organización de la Pastoral de la Salud es conveniente que esté marcada:

- Por un sentido de familia: cuando un miembro sufre, todos los miembros sufren. Más que un secretariado o departamento de la parroquia, es su propio tejido vivo el que ha de conocer, hacer compañía, ayudar al enfermo en todos los sentidos y, lo que es muy importante, rezar con ellos.
- Por tanto, las comisiones o grupos de amigos y visitantes han de provocar a los otros miembros de la comunidad para que se hagan presentes al lado de los enfermos, más que sentirse dispensados de su participación.
- Esto no quita la importancia fundamental de la formación de grupos mixtos —laicos, religiosos/as y capellanes— de amigos y visitantes de enfermos que lleguen prácticamente a todas las familias que tengan alguno.
- No se aprecia inconveniente alguno a que sean laicos los que lleven la comunión. Aquel o aquellos que han rezado con los enfermos están en buena disposición para llevarles la comunión. En este sentido es necesaria una breve formación *ad hoc*.

■ Dada la coincidencia de hecho entre ancianos y enfermos, creo que la parroquia ha de sensibilizarse en la atención a los ancianos de tal forma que tengan la asistencia y la compañía de

todos, y que se les tenga en cuenta en la comunidad como miembros de relevancia. Además de que están en muy buena disposición para re-aprender algunas cosas básicas: a orar de manera más sencilla, comunitaria y confiada; a valorar las pequeñas actitudes: gozo, paz interior, agradecimiento...

■ Normalmente las comisiones parroquiales o los servicios de la comunidad suelen adoptar esquemas como el siguiente:

- *Comisión de enfermos*: Compañía - Alivio - Oración y sacramentos.
- *Personas mayores*: (sirve el mismo esquema anterior).

■ *Humanismo y profesionalidad*: El trabajo humanizador de hacer compañía y testimoniar la Presencia no puede desconocer las instancias técnicas que son válidas en la sociedad actual (médicos, enfermería y trabajadores, familiares, asistentes sociales, administración...).

También hemos de mencionar los recursos informales como sería el voluntariado...

■ *Dimensión curativa de la actividad de Jesús*. Contemplación creyente de las curaciones:

- Jesús, Mesías, Hijo de Dios, sujeto de la acción terapéutica.
- Jesús es libre cuando cura, de tal manera que no sólo es libre para dirigirse a las capas más bajas de la sociedad de su tiempo sino que, incluso, cura en sábado (Mt 12: 9 —la mano paralizada—) manifestando así la gratuidad y la libertad de su relación de amor con todos los hombres, débiles y afligidos que esperan la salud.

■ *Los enfermos y las enfermedades en el Evangelio de san Mateo*.

Los Evangelios (me he centrado principalmente en san Mateo) muestran que Jesús, en su acción curativa, se dirige —da una respuesta eficaz— a la aflicción espiritual, a la enfermedad corporal y a la marginación social y, de este modo, testimonia el Amor de Dios hacia los hombres:

- El leproso (Mt 8: 1-4).
- El paralítico a quien se le perdonan los pecados (Mt 9: 1-7).
- Dos ciegos (la vista y la fe) (Mt 9: 27-31).
- Dos ciegos (la misericordia y el bienestar) (Mt 20: 29-34).
- El sordomudo (effatá) (Mc 7: 31-37).

Se dirige a personas que no cuentan socialmente:

- El criado del centurión (Mt 8: 5-13).
- La suegra de Pedro (Mt 8: 14-15).
- La mujer que sufría pérdidas de sangre (Mt 9: 20-22).

Así Jesús asume la flaqueza y el dolor del mundo (Mt 8: 17 —citando Isaías 53: 4). Jesús presta especial atención a los enfermos del alma (endemoniados):

- Los garadenos (Mt 8: 28-34).
- El endemoniado mudo (Mt 9: 32-34).
- El endemoniado epiléptico que para Mc 9: 25 es mudo y sordo (Mt 17: 14-21).

Así es como las numerosas curaciones manifiestan que el Reino de Dios está cerca:

- En Cafarnaúm (Mt 8: 16).
- En Genesaret (Mt 14: 34).
- En el Mar de Galilea, donde las curaciones se relacionan explícitamente con el Reino de los Cielos (Mt 15: 29).

Cabe contemplar, por tanto, las consecuencias teológicas y humanizadoras de la acción de Jesús hacia todos aquellos tipos de enfermos. Y que las personas y las comunidades sigan la acción del Maestro.

■ La cruz de Jesús como asunción del dolor de los débiles y como donación de una vida humanizadora, espiritual y divina.

Si queremos contemplar correctamente la Cruz de Cristo, la tendremos que ver situada como un instrumento que prepara al Reino de Dios. Más aún, la tendremos que ver como una portezuela o ventanilla a través de la cual la luz del Reino de Dios penetra en el mundo.

Jesús *sube* a la Cruz: quiere decir que, subir a la Cruz es una acción; subir a la Cruz forma parte de su acción mesiánica, de la cual deriva la cima y la punta más fina. Sin negar los valores pasivos de la cruz, ella tiene para Jesús la misma dimensión de iniciativa y de actividad que observamos en Lc 9: 51, cuando leemos que «Jesús decidió irrevocablemente ir a Jerusalén». También Jesús ha decidido seguir el camino de la cruz y ha optado

por este instrumento a la hora de buscar el Reino de Dios y hacerlo presente entre sus amigos. (Es necesario leer atentamente Mt 16: 21-28.) Entre otras cosas, remarcamos:

- La Cruz es la situación de Jesús en la que puede vivir y morir en solidaridad efectiva y afectiva con todos los que sufren en el mundo.
- La Cruz es el momento en el que el Hijo de Dios, según Isaías 53: 4, ha soportado nuestras enfermedades y ha cargado con nuestros dolores.
- La Cruz es el punto crítico desde el cual Jesús resuelve las más agudas contradicciones de este mundo, como es la contradicción entre el anhelo más profundo y vivo de justicia y el peso agobiador con el que la justicia tiende a aplastar a los humanos. Así pasamos de la solidaridad a la transformación de la realidad personal y social: la Cruz es siempre paso: paso estrecho —de pascua— que nos hace pasar como en un proceso hacia la salud, de una situación débil o deteriorada a una situación de vida y salvación («salus») propiamente dicha:

La Cruz es instrumento de salud, en tanto que, tal como lo hemos insinuado, desde ella Jesús liberado, nos libera su Espíritu, según la lectura simbólica que los Padres de la Iglesia hacían de las palabras del Evangelio: et inclinatus capite, emisit Spiritum... (inclinó la cabeza y liberó el Espíritu).

No podemos separar la Cruz ni del Reino de Dios ni de la Resurrección y, por tanto, el cristiano y el hombre de buena voluntad están condicionados a leer los esfuerzos y dolores empleados al lado de los enfermos como el anuncio glorioso del Reino de Dios; y como signo de vida espiritual que se hace presente a través de la rendija de la Cruz.

Viceversa, cuando vemos que hay pulcritud, limpieza, vida, afecto en torno a los enfermos, podemos adivinar que hay personas que han comprendido la Cruz de Cristo.

Estos caminos nos llevan a comprender que el cristianismo no tiene un concepto masoquista de los sufrimientos, ya que siempre y connaturalmente Cristo liga la Cruz con la Esperanza. Y, por cierto, con una esperanza de vida plena que el Evangelio denomina simplemente «salus» (salvación), y que la tradición cristiana más antigua califica —reflexionando sobre lo que era la gracia de Dios—, de comunión (o participación) con la vida divina.

APÉNDICE 3

CONCLUSIONES DEL CONGRESO «PARROQUIA EVANGELIZADORA» —«SUBSECTOR DE PASTORAL SANITARIA»—

En el otoño de 1988 se celebró en Madrid este Congreso sobre la Parroquia Evangelizadora. Los grupos de congresistas que se responsabilizaron de la reflexión sobre el tema de la Pastoral de la Salud llegaron a unas conclusiones prácticas y concretas que expondremos a continuación en forma de recomendaciones, tal y como surgieron del citado congreso. Éste podría ser un material muy útil a la hora de revisar, las comunidades cristianas, su acción en relación con los enfermos:

■ Que las parroquias y otras comunidades cristianas descubran y asuman su acción evangelizadora en el campo de la salud y de los enfermos.

■ Que se esfuercen para conocer la realidad sanitaria y la situación de los enfermos, especialmente la de los más necesitados y desasistidos.

■ Que asuman la labor de educar a los niños, jóvenes y adultos, sanos o enfermos, para vivir con sentido la salud, la enfer-

medad, el sufrimiento, el deterioro físico o psíquico y la muerte, utilizando para ello los medios de que disponen: predicación, catequesis, enseñanza religiosa en los colegios, cursillos prematrimoniales, reuniones de matrimonios, celebraciones comunitarias con enfermos, publicaciones, programas de radio, etc.

■ Que sean las comunidades sanas manantial de salud para los enfermos, ofreciéndoles la Palabra de Dios que cura, haciéndoles experimentar que son aceptados y queridos como tales y liberarles de las consecuencias más dolorosas de la enfermedad, como son: el verlos aislados, solos, inútiles, como si fuesen un estorbo para los demás.

Que sean manantial de salud para los sanos, liberándoles de sus egoísmos y del miedo a la enfermedad y a los enfermos, gracias al contacto con ellos.

Que sean, finalmente, manantial de salud para nuestro mundo, esparciendo una dosis mayor de humanidad y enseñando a amar la vida que hemos recibido de Dios.

■ Que sensibilicen y mentalicen a todos los miembros de la comunidad sobre la responsabilidad de promocionar la salud y de atender y servir a los enfermos.

■ Que preparen bien las visitas a los enfermos, acercándoseles y acompañándoles en el proceso de su enfermedad, con profundo respeto, con alegría, con actitud de pobreza y servicio, de forma desinteresada y gratuita, con gestos más que con palabras, compartiendo sus esperanzas y la Esperanza y, apoyándose en la oración y en la fuerza del Espíritu.

■ Que renueven profundamente la celebración de los sacramentos y, en especial, el de la Unción, promoviendo un cambio de mentalidad, celebrándolo siempre en el momento oportuno y, de vez en cuando, comunitariamente.

■ Que integren plenamente a los enfermos en las comunidades como miembros activos, reconociendo y estimulando su presencia evangelizadora. Una comunidad no puede evangelizar sin contar con los enfermos. Sólo si se tiene conciencia tratará de suprimir las barreras arquitectónicas y mentales que les impiden cumplir su papel activo, y buscará caminos adecuados para que participen en la vida de la comunidad.

■ Que colaboren en la integración de los enfermos en la sociedad.

■ Que acojan y atiendan a los enfermos más necesitados y desatendidos de la comunidad: los ancianos enfermos, los crónicos, los terminales, los enfermos mentales, los enfermos alcohólicos y drogadictos, SIDA...

■ Que se preocupen por las familias de los enfermos, hospitalizados o domiciliados, así como de las que han sufrido la pérdida de un ser querido y que les ofrezcan la ayuda y el apoyo que necesitan.

■ Que se valoren, cuiden y coordinen a los miembros de la comunidad que atienden a los enfermos en nombre de la misma,

con el fin de que no se sientan solos y aislados, para ello tendrán que:

- Procurar que no tan sólo sean personas de buena voluntad, sino con las cualidades que exige la realización de una misión tan delicada.
- Fomentar en ellos el sentido de Iglesia, es decir, que se sientan enviados por la comunidad que les confía la atención de *sus enfermos*.
- Facilitarles la formación que les ayude a madurar en la fe, a conocer el mundo del enfermo y a prepararse para llevar a cabo su misión.
- Formar equipos o grupos de agentes de pastoral de la salud para conocer a los enfermos, acercárseles, servirles, ayudarles en la fe, sensibilizar a la parroquia y coordinar su actuación con los enfermos.

■ Que incorporen a los profesionales sanitarios cristianos en el trabajo pastoral de las parroquias, para dar a conocer las realidades sanitarias y las posibilidades de actuación en beneficio de la salud y de los enfermos desde la comunidad parroquial.

■ Que celebren el *Día del enfermo* concediendo un protagonismo especial —tanto en su preparación como en la celebración— a los enfermos y a quienes les asisten.

■ Que las Delegaciones Diocesanas de Pastoral de la Salud promuevan la relación y colaboración de los grupos de pastoral de la salud del arciprestado y de las diócesis entre sí y con los Servicios de Asistencia Religiosa de los Hospitales y Residencias Asistidas, así como encuentros y jornadas de intercambio de experiencias y de formación.

■ Que la Comisión Episcopal de Pastoral ofrezca orientaciones sobre pastoral de la salud a las parroquias.

■ Que el Departamento de Pastoral de la Salud de la Comisión Episcopal elabore materiales sencillos de formación para los agentes de la salud de las parroquias.

APÉNDICE 4

MENSAJE DE LOS OBISPOS DE LA COMISIÓN EPISCOPAL DE PASTORAL.

DÍA DEL ENFERMO, 1990

■ La Iglesia española celebra, un año más, el Día del enfermo. Bajo el lema *Comunidades curativas*, las parroquias y otras comunidades cristianas son invitadas a recuperar la conciencia de la misión de curar que Jesús les ha encomendado y a renovar su acción evangelizadora con los enfermos.

■ La mirada a la acción de nuestras comunidades cristianas con los enfermos nos descubre la preocupación, cada día mayor, hacia los enfermos; pero, en general, la atención que se les presta se reduce a la visita, a los sacramentos y a una asistencia caritativa. Los enfermos siguen siendo, sobre todo, los destinatarios de sus atenciones pero, en la práctica, no se les considera como miembros activos y de pleno derecho de la misma comunidad. En general, hoy, en las comunidades cristianas los enfermos no ocupan el lugar que les corresponde, el que tuvieron en la vida de Jesús, en las primeras comunidades y en otras épocas de la vida de la Iglesia.

■ El trabajo fundamental de la comunidad cristiana es evangelizar. Para realizarlo ha de inspirarse en Jesús, el primer evangelizador. Jesús evangeliza curando. Los enfermos son el campo

privilegiado de su actuación y su primera prioridad. Está cerca de ellos, los acoge, escucha y comprende. Les infunde coraje y esperanza. Les ayuda a descubrir que no están solos y abandonados por Dios. Jesús les ofrece en la curación corporal la sanación de toda su persona, librándoles de la culpa, reconciliándolos con Dios y devolviéndoles la paz y la salvación total. Jesús los reintegra en la comunidad y les encomienda una misión. A partir de esta acción curativa y en su interior, Jesús anuncia el Reino y revela el verdadero rostro del Padre, amigo del hombre y amigo de la vida.

■ Jesús confía a la comunidad cristiana la realización de esta misma acción de evangelizar y curar. El gesto de curar a los enfermos es uno de los signos privilegiados que Jesús ha encomendado a su Iglesia para manifestar la llegada del Reino. La labor de curar de la comunidad cristiana no se sitúa al nivel de los esfuerzos de carácter científico, técnico u organizativo que la sociedad realiza, ni va ligada a intereses ideológicos, políticos o económicos. Es una participación misteriosa pero real en el acontecimiento salvador de Cristo, muerto y resucitado, fuente

de vida y salud total para el hombre, porque le ayuda a descubrir un nuevo sentido a su vida, a reconciliarse consigo mismo, con la vida y con Dios, y a vivir *sanamente* la salud, la enfermedad, la curación y la misma muerte.

■ Las comunidades cristianas deben realizar su misión de curar en fidelidad a Jesús y al hombre de hoy, a través de su vida y sus acciones. Ofrecemos las más significativas:

- Educar a los miembros de la comunidad para afrontar con madurez la enfermedad, el sufrimiento, la minusvalía física y psíquica, la curación y la misma muerte.
- Conocer, integrarse e interesarse por los enfermos, no tan sólo por los practicantes sino por todos y de una manera especial por los más olvidados.
- Acompañar a los enfermos en el proceso de su enfermedad y ofrecerles —como dice Juan Pablo II en la *Christifideles laici*— atención, proximidad, presencia, escucha, participación y ayuda concreta en los momentos en que la enfermedad y el sufrimiento ponen a dura prueba, no sólo su confianza en la vida, sino su misma fe en Dios y en el amor del Padre.
- Rezar con ellos y para ellos, ofreciéndoles la Palabra de Dios y los sacramentos que sanan.
- Aproximar a los enfermos la vida de la comunidad y hacerles experimentar que son aceptados y queridos; la Eucaristía, la Palabra de Dios, la educación en la fe, la información de las actividades, ...
- Recuperar la presencia de los enfermos, su palabra, su testimonio y su compromiso en la vida de la comunidad, tratándoles «no simplemente como fin del amor y del servicio de la Iglesia, sino más bien como sujetos activos y responsables de la evangelización».
- Atender preferentemente a los enfermos más pobres, es decir, a los más necesitados, defender su persona, su dignidad, sus derechos y su lugar en la sociedad.
- Participar en la solución de los grandes problemas que repercuten en la asistencia a los enfermos: listas de espera, deshumanización, donación de sangre y de órganos, ...

■ Toda la comunidad cristiana es responsable de la misión de evangelizar y curar. Por ello, ha de estimular a todos sus miembros para que colaboren, y ha de suscitar grupos de personas cualificadas que, en su nombre, se dediquen de manera especial a los enfermos.

■ La comunidad cristiana debe valorar a los religiosos y religiosas que trabajan en el mundo de la salud y a los profesionales sanitarios y su labor, realizada tantas veces con generosidad y dedicación ejemplares en medio de situaciones difíciles. Necesitan el apoyo de su comunidad para educarse en una actitud evangélica y evangelizadora en su trabajo, para denunciar las injusticias y los abusos, para mejorar la asistencia integral a los enfermos, para luchar por unas condiciones que mejoren la calidad de vida de los sanos y de los enfermos.

■ Deseamos vivamente que este *Día del enfermo* contribuya a conseguir que nuestras comunidades cristianas sean comunidades curativas, fuentes de salud para los enfermos. Que María, salud de los enfermos, nos ayude a conseguirlo.

Teodoro Úbeda Gramaje

Obispo de Mallorca.
Presidente de la Comisión

Javier Osés Flamarique

Obispo de Huesca

Ramón Buxarrais Ventura

Obispo de Málaga

Antoni Deig Clotet

Obispo de Solsona

«El enfermo terminal y los profesionales de la salud»

- La Delegación de Pastoral de la Salud de la archidiócesis de Barcelona ha publicado las conferencias que organizó sobre los enfermos más necesitados.
- El libro *El enfermo terminal y los profesionales de la salud* intenta ser una aportación de ayuda para aquellas personas, profesionales y familiares, que se hallan junto a un enfermo en situación terminal; que se den cuenta de que no están solos, sino que alguien apoya sus esfuerzos; y al mismo tiempo, les ofrece caminos nuevos para una acción renovada de cara a esos enfermos dentro de una atención científica, humana, ética y religiosa.

Si alguien está interesado en adquirir algún ejemplar, puede dirigirse a la mencionada Delegación:

Carrer del Bisbe Irurita, 5 - Tel. 317 15 97 - 08002 BARCELONA

Anne Duzan

Superiora General de las Hijas de la Caridad

6. «LOS 200 AÑOS DE PRESENCIA EN ESPAÑA SON UN RETO DE FIDELIDAD AL CARISMA»

26 de mayo de 1790. Cinco jóvenes españolas, Hijas de la Caridad, llegan a Barcelona, después de ocho años de formación en París, para comenzar en el Hospital de la Santa Cruz de la Ciudad Condal su servicio vocacional a los pobres y el comienzo de su presencia en España.

La obra que Vicente de Paúl y Luisa de Marillac iniciaron en 1633 deposita su semilla en la Península y, a través de los siglos y en medio de situaciones históricas internas y externas favorables unas veces y contradictorias otras, se convierte en árbol robusto y fecundo que da gloria a Dios, a la Iglesia y al espíritu de san Vicente de Paúl, extendiendo su carisma de servicio a lo largo y a lo ancho de España, que a su vez es trampolín que traspasando fronteras y mares llevan el mensaje y la espiritualidad vicentina a otros pueblos y a otros hombres necesitados de la presencia de Cristo, en forma de corazones generosos y brazos fuertes y tiernos a la vez, en un servicio abnegado.

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, y en ella la Provincia de Aragón, se une al gozo de las Hijas de la Caridad por estos 200 años de presencia fecunda en España y recoge en las páginas de LABOR HOSPITALARIA la entrevista que el hermano Miguel Martín, director de la misma, realizó a la madre Anne Duzan, Superiora General de las Hijas de la Caridad, a su paso por Barcelona, en donde presidió los actos conmemorativos del II Centenario.

Una vez más, los Hermanos de San Juan de Dios y las Hijas de la Caridad se unen en el carisma común de servicio y en el gozo fraternal de su presencia eclesial a través del tiempo, entre los pobres y necesitados.



La madre Anne Duzan en Barcelona, acompañada de las hermanas María Luisa Rueda, Consejera General, y María Cruz Arbeloa, Visitadora Provincial.

L.H. —¿Cuál es el núcleo del Carisma recibido de sus Fundadores?

A.D. —Creo que puedo responder con el párrafo 1 del capítulo 12 de las Reglas de San Vicente a las Hijas de la Caridad:

«El fin principal para el que Dios ha llamado y reunido a las Hijas de la Caridad es para honrar a Nuestro Señor Jesucristo como manantial y modelo de toda caridad, sirviéndole corporal y espiritualmente en la persona de los pobres...»

Los elementos esenciales del carisma son:

La entrega total a Dios
para servirle en la persona de los pobres
desde una Comunidad de vida fraterna.

Son los tres pilares en los que se basa la vida de la Hija de la Caridad.

L.H. —¿Qué significa para la Compañía de las Hijas de la Caridad los 200 años de presencia en España?

A.D. —De una parte, una ocasión de agradecer al Señor las maravillas realizadas a través de las hermanas que «contra viento y marea» han escrito páginas de heroísmo y generosidad en el libro de la historia de amor de la Compañía.

De otra parte un reto a la fidelidad al Carisma y al espíritu que nos legaron los Fundadores viviendo en el hoy y en el futuro los «valores esenciales y permanentes» que configuran nuestro ser de Hijas de la Caridad.

L.H. —¿Existen hoy en nuestra sociedad las motivaciones que las trajeron hace 200 años?

A.D. —Hace 200 años las Hijas de la Caridad llegaron a España respondiendo a las llamadas recibidas en favor de los enfermos y posteriormente de los niños. Hoy a estas mismas llamadas

se añaden las de las nuevas pobrezas de nuestra sociedad que no dejan de interpelarnos y a las que tratamos de responder en la medida de nuestras posibilidades.

L.H. —¿Sigue siendo válida la presencia de las religiosas en el mundo de la salud?

A.D. —En una sociedad tecnificada, deshumanizada, la presencia de la religiosa sanitaria en el mundo de la salud es más necesaria que nunca. Ella está llamada a humanizar la técnica haciendo de ella el vehículo de la ternura de Cristo junto a los enfermos.

L.H. —Háganos un diagnóstico de nuestro mundo actual con sus valores, sus contravalores, sus incoherencias...

A.D. —Es muy difícil en pocas palabras resumir una cuestión tan amplia. Todos conocemos este mundo paradójico en que vivimos, en el que no es todo sombras ni es todo luz.

- Un mundo sumido en la conflictividad más profunda y con un deseo significado de paz.
- Un mundo egoísta en el que se multiplican los actos de solidaridad.
- Un mundo secularista, indiferente, increyente, y que sin embargo aspira a lo religioso y lo echa de menos. En el que Dios no cuenta y sin embargo se le añora y se le busca en el interior del corazón.
- Un mundo en el que se da el desprecio a la persona humana y en el que se la exalta al mismo tiempo...
- Etc., etc.

En este mundo paradójico de incoherencias y contrastes, de luces y de sombras, estamos llamados a hacer visible el amor de Dios manifestado en Jesucristo, a través de nuestro servicio a los pobres.

L.H. —¿Cómo ve usted la Iglesia de hoy?

A.D. —Una Iglesia que se esfuerza en dar pasos en la línea del Vaticano II. Que vive en algunos de sus sectores el grave problema del secularismo, del materialismo, de la increencia, de la pérdida de los valores que dan sentido a la vida...

Una Iglesia que busca y trata de estar cercana a los hombres. Que ha hecho una opción preferencial por los pobres. Que ha revalorizado el laicado. Que se plantea la nueva evangelización del hombre de hoy... El nuevo sínodo anunciado por el Papa en Checoslovaquia es una fuente de esperanza en esta hora histórica para Europa y para la Iglesia...

L.H. —¿Cree usted que la vida religiosa está respondiendo a los retos de la sociedad actual?

A.D. —La vida religiosa es un signo de la fe indestructible de la Iglesia. El don gratuito de una vida a Cristo y a los demás es la contestación más urgente a una sociedad cuya eficacia rentable se ha convertido en un ídolo.

La vida religiosa en esta sociedad es difícil que sea comprendida, pero sorprende, interroga y nunca deja indiferente. «El mundo tiene necesidad de testigos de la gratuidad de Dios» (Juan Pablo II). En la medida en que se mantenga fiel a su ser constituirá un reto para la sociedad actual.

L.H. —¿Cuántas Hijas de la Caridad hay en España?

A.D. —Según las estadísticas unas 8.800 distribuidas en 918 Comunidades locales. Sus actividades son muy variadas. Puede decirse que las Provincias de España poseen una gran vitalidad en el momento actual:

Hijas de la Caridad

(Datos del 31 de diciembre de 1983)

En el mundo: 74 provincias canónicas, con 34.100 hermanas.

En España: 9 provincias canónicas, con 9.602 hermanas, distribuidas de la siguiente manera:

- 2.888 en 240 centros sanitarios.
- 2.407 en 405 centros de enseñanza.
- 1.995 en 208 obras sociales (albergues, comedores, transeúntes, centros de acogida y orientación, hogares infantiles, comedores infantiles, residencias de jóvenes, Teléfonos de la Esperanza, visita a domicilio, encarcelados y ex carcelados, pastoral...).
- 1.647 en 250 residencias de ancianos; 24 clubes; 15 núcleos a domicilio; dos hospitales de día.
- 43 en 14 centros para emigrantes (Lisboa, París, Londres, Bruselas, Basilea, Zurich, Lausane, St. Gallen).

Hijas de la Caridad españolas en el Tercer Mundo (África, América Latina y Centroamérica): 462.

Se presta servicio a niños y adolescentes en escuelas, hogares infantiles. Se trata de darles una educación integral y ofrecer a las nuevas generaciones los valores humano-cristianos que den sentido a sus vidas. En el sector de la sanidad las hermanas prestan sus servicios en los hospitales, en centros de salud, en zonas rurales, residencias de ancianos...

Por otra parte, nuevas pobrezas van apareciendo con más fuerza cada día: crisis familiar, mujeres marginadas, niños abandonados, transeúntes indomiciliados, drogadictos... Todo este clamor de los pobres, que es universal, son otras tantas llamadas a las que las Provincias van respondiendo, en la medida de sus posibilidades y dentro de un plan de revisión de obras que hace varios años se viene realizando.

L.H. —¿Cuántas Hijas de la Caridad hay en el mundo?

A.D. —Unas 31.000 hermanas.

L.H. —¿A qué cree usted es debida la crisis de vocaciones que hoy padecemos?

A.D. —Una sociedad basada en el *tener*, en la permisividad de todo *placer*, en la que no existen valores que impulsen a vivir la *entrega a los demás*.

Una sociedad secularista, en la que Dios no cuenta. Una sociedad donde la crisis familiar es cada vez más aguda, no puede ser campo propicio para el desarrollo de la vocación religiosa. Sin embargo, Dios sigue llamando y la urgencia está en que los jóvenes encuentren las *mediaciones humanas* que actúen como de altavoces de esa *Voz* de Dios.

L.H. —¿Cuál es la situación vocacional de su Compañía?

A.D. —Es muy diversa según los países. En las Provincias de la Europa occidental la crisis se siente fuertemente, en cambio en la Europa del Este las vocaciones se mantienen e incluso hay un incremento.

Las Provincias de América Latina, en general, son ricas en vocaciones. Igualmente las Provincias de la India, Filipinas, Indonesia. La situación de las Provincias de Estados Unidos es semejante a la de las Provincias de la Europa Occidental.

Las Provincias y Regiones correspondientes al África se mantienen en una media muy buena de vocaciones.

L.H. —¿Corresponde la formación religiosa a la sociedad actual?

A.D. —Creo que cada Congregación religiosa es consciente de que la formación es hoy la *urgencia de las urgencias* y que a ella se debe sacrificar todo.

El Documento de la Congregación para los Institutos de vida consagrada y las sociedades de vida apostólica: *Orientaciones sobre la formación en los institutos religiosos*, dado en Roma el 2 de febrero de 1900, creo que es un buen material de reflexión y de orientación en este aspecto tan importante para la vida de toda persona que vive hoy en este mundo su consagración al Señor.

L.H. —¿Cómo considera la formación permanente en la vida de las Hijas de la Caridad?

A.D. —Fundamental para el desarrollo de su vocación: En los proyectos provinciales se presta una atención especial a este aspecto, abarcando todas las dimensiones de su vida: a nivel humano, profesional, espiritual, vicenciano.

L.H. —¿Cuál es el perfil humano-cristiano de la Hija de la Caridad hoy?



ANNE DUZAN

Nació en el Suroeste de Francia.

El año 1947 emitió su primera profesión.

Permaneció 10 años como enfermera en el Hospital de Burdeos y 23 como asistente social en el mismo centro hospitalario.

Ejerció el cargo de ecónoma provincial en Toulouse de 1978 a 1981 y visitadora provincial de 1981 a 1985. El día 27 de mayo de 1985 fue elegida Superiora General en la Asamblea General celebrada en Roma. Entre otros cargos y responsabilidades destacamos el de miembro consultor del Pontificio Consejo de la Pastoral de la Salud.

A.D. —En la síntesis General de los Cuestionarios preparatorios a la última Asamblea General de las Hijas de la Caridad de 1985, se elaboró, a partir de las respuestas de las hermanas, el perfil de la «verdadera Hija de la Caridad hoy».

La «verdadera Hija de la Caridad» se reconoce por su enraizamiento en Dios.

Su fidelidad en su don radical a Dios la vive intensamente por su encuentro con Él en la Oración, donde su servicio se nutre de *contemplación* para poder traducirla en su actividad, viendo a Cristo en los pobres y a los pobres en Cristo.

La «verdadera Hija de la Caridad» está sellada por su actitud de «sierva» humilde, sencilla, caritativa.

A ejemplo de Jesús Servidor y de María Sierva, vive una total disponibilidad y movilidad para responder a los signos de los tiempos, a las llamadas de la Iglesia, de la compañía de los pobres, a los que sirve con desinterés de corazón.

Irradia alegría y serenidad. Sus relaciones sencillas, su solidaridad con los pobres, su colaboración franca reflejan la autenticidad de todo su *ser* y *actuar*.

La «verdadera Hija de la Caridad» hace efectivo el evangelio mediante su servicio a Cristo en los pobres.

Creativa y atenta para encontrar, en colaboración con otros, soluciones eficaces a problemas, sirve a los pobres, sus *amos* y *señores*, con un corazón manso, compasivo y respetuoso, en fidelidad al Carisma de la Compañía.

La «verdadera Hija de la Caridad» participa en la construcción de una Comunidad fraterna, apoyo para la Misión.

L.H. —¿Qué objetivos primordiales se ha planteado desde el Gobierno General de su Congregación?

A.D. —Mantener el carisma de la Compañía en la Unidad. El servicio a los verdaderos pobres en diversos modos de presencia: en grandes, medianas y pequeñas comunidades.

L.H. —¿Qué dificultades ha encontrado para llevarlos a cabo?

A.D. —Las que plantea la sociedad de hoy a la que pertenecemos y en la que vivimos.

L.H. —¿Cómo describiría el mundo de la salud actual?

A.D. —Un mundo paradójico: Cada vez más técnico y sofisticado y por otra parte cada vez más deshumanizado, donde se presta más atención a la enfermedad que al propio enfermo.

L.H. —¿Cómo se sitúa la presencia de las Hijas de la Caridad en el área de la salud en un mundo tan cambiado?

A.D. —Ya contestada.

L.H. —En el hospital, ¿cuáles son hoy los puestos que encargarían más con el carisma de su Compañía?

A.D. —Aquellos que posibilitan la atención más cercana al enfermo, sin excluir puestos de responsabilidad que permitan crear un clima favorable a los enfermos.

L.H. —¿Cómo valora usted la situación de la pastoral sanitaria actual?

A.D. —En muchos países la preocupación por la pastoral sanitaria es grande tanto de los capellanes como de las religiosas o del personal sanitario seglar.

A nivel espiritual y a nivel de la ética para salvaguardar los valores de la vida.

L.H. —¿Consideraría adecuado que algunas de las hermanas se incorporaran a los servicios religiosos de los hospitales a «dedicación plena»?

A.D. —En muchos países las hermanas forman parte de los equipos de capellanías en los hospitales, particularmente cuando llegan a la edad de retiro continúan a nivel de voluntariado en dicho equipo.

L.H. —¿Cuáles son las principales llamadas que actualmente se les hace desde la sociedad española?

A.D. —Además de las expresadas anteriormente, se reciben llamadas para la atención:

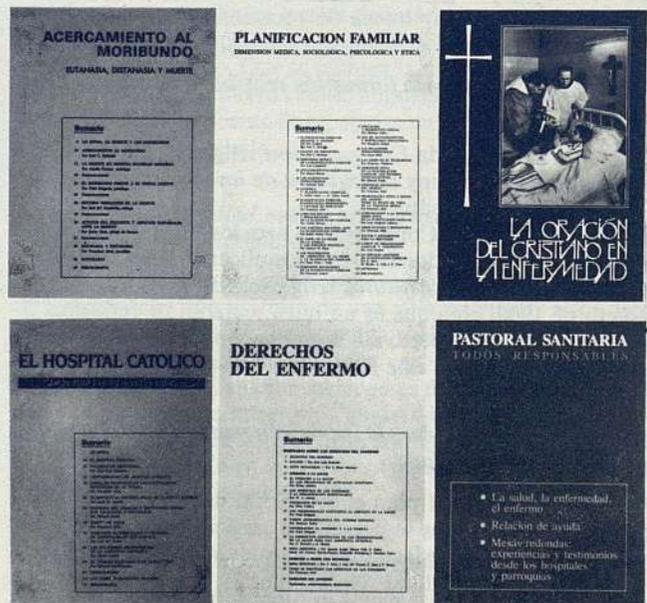
- A drogadictos.
- A enfermos del SIDA.
- A ancianos.
- A la educación de los niños, etc., etc...

A ellas se responde en la medida de las posibilidades de las Provincias.

Miguel Martín Rodrigo

- LA ORACIÓN DEL CRISTIANO EN LA ENFERMEDAD N.º 137 (1971)
- EL ABORTO (1977) (agotado)
- ACERCAMIENTO AL MORIBUNDO, EUTANASIA, DISTANASIA Y MUERTE (1979) (agotado)
- PLANIFICACIÓN FAMILIAR (1980) (agotado)
- DERECHOS DEL ENFERMO, N.ºs 179-180 (1981)
- PASTORAL SANITARIA (Todos responsables), N.º 185 (1982)
- EL HOSPITAL CATÓLICO, N.º 188 (1983)
- LOS TRASPLANTES, N.º 194 (1984)
- EL VOLUNTARIADO EN LOS HOSPITALES N.º 198 (1985)
- CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS Y NORMATIVAS ÉTICO-JURÍDICAS RECIENTES, N.º 202 (1986)
- UNA ORDEN HOSPITALARIA PLANTEA SU FUTURO N.º 206 (1987)
- LOS ENFERMOS MÁS DESASISTIDOS Y NECESITADOS N.º 208 (1988)
- LA FAMILIA DEL ENFERMO, N.º 211 (1989)
- INGENIERÍA GENÉTICA AL SERVICIO DE LA PERSONA N.º 214 (1989)
- LA COMUNIDAD CRISTIANA Y LOS ENFERMOS N.º 215 (1990)

Números monográficos de Labor Hospitalaria



Pídalos a la dirección de la Revista

7. LAS FAMILIAS Y LOS CÍRCULOS MALDITOS DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Mariano Galve Moreno

Hace tiempo que quería pensar en voz alta sobre las dificultades y sufrimientos de las familias que tienen, entre sus miembros, un enfermo mental. Sin darnos cuenta, cuando se trata de este tipo de enfermo, tenemos la tendencia a sustituirle y lo mismo hacemos con su propia familia. La relación que establecemos con uno y otra es muy compleja; va desde la manifiesta agresividad hasta la más paralizante compasión. Creo que este arco, que se extiende entre estos dos puntos, no es de utilidad ni para el enfermo ni para su familia.

He intentado, por ello, evitar todo discurso moralizante o simplemente directivo para apresar, en la medida en que he podido, cómo se sienten y cuáles son los tercos obstáculos que encuentran en su camino. Los llamé círculos malditos porque, a pesar de la irritación que puedan suscitar las palabras, refleja muy bien cómo se va cayendo en círculos y cómo sucesivamente, cada uno de ellos es más peligroso — más maldito — que el anterior.

Seguramente no todo el mundo tendrá, sobre los temas, la misma percepción. Ni siquiera el enfermo, ni mucho menos su familia, se identificará con muchas de las cosas que iré diciendo. Las vivencias y las situaciones son demasiado complejas como para acertar en todo. Pero he hecho el esfuerzo de ir señalando un recorrido que algunos no habrán seguido en su totalidad, pero que, en su globalidad, creo son los escalones principales — siempre hacia abajo, y por eso, malditos — de la enfermedad mental.



PRIMER CÍRCULO:

EL ESPACIO FAMILIAR

Dificultades generales

Para las familias, «todo es muy complicado» cuando hay un enfermo mental en casa. Todas ellas se sienten solas para hacer frente a los problemas esenciales. Deploran la casi inexistencia de los servicios de detección: «en la escuela, se deberían hacer exámenes psiquiátricos como se hace del cutis». La falta de vul-

garización de los problemas relativos a la enfermedad mental les deja desguarnecidos cuando aparecen los primeros síntomas de enfermedad.

Las familias piensan que este momento es importante y determinante, pero que, con frecuencia, se pierde desfavorablemente para la evolución de la enfermedad.

A mi entender, una mayor y mejor información les permitiría comprender qué ocurre y atenuaría la angustia que emerge siempre frente a lo desconocido. En efecto, la imaginación puede responder de un modo temible a las preguntas en suspenso.

Dificultades materiales

Las dificultades materiales que brotan de la enfermedad mental contribuyen, también, a modificar la estructura de la familia y a crear nuevas relaciones entre sus miembros. Alguno de ellos, el padre o la madre, se ven materialmente obligados a parar o a reanudar su trabajo en función de las necesidades del enfermo. Esta situación puede ocasionarles una reacción de frustración, incluso un cierto resentimiento hacia el enfermo, una sensación de injusticia frente a la sociedad que no asume la parte más importante de sus responsabilidades. La enfermedad ocasiona continuas diligencias administrativas. A menudo hay que *pelearse* para obtener las indemnizaciones, mostrarse firmes para obtener los derechos: en efecto, los tratamientos ocasionan gastos que no siempre corresponden a los criterios de reembolso de la Seguridad Social.

“Para las familias «todo es muy complicado» cuando hay un enfermo mental en casa”

Del hecho de la enfermedad y sus consecuencias, la familia se percibe y es percibida de *modo diferente* por el entorno social. Más concretamente, la relación con los demás se perturba con frecuencia, incluso si ellos se muestran *comprensivos*.

- «Se inventan mentiras para justificar la enfermedad».
- «Se envenena nuestra vida».

El miedo al *qué dirán*, se convierte en una obsesión. Si las familias conservan un mínimo de relación con el exterior, son a menudo molestas, superficiales, ocasionales. Este aislamiento constituye un drama para ellos.

La responsabilidad

Ante estas dificultades, las familias reaccionan de modo diferente, según el contexto que le es propio. Oscilan entre dos actitudes extremas: o bien se sienten responsables de la enfermedad, o bien la atribuyen al propio enfermo o a causas externas.

Primer caso

Las familias vienen a:

- Reprocharse errores educativos: «puede que no hubiera debido trabajar durante la infancia de mi hija». «Puede que haya sido demasiado mimada».
- Considerar la enfermedad mental como fenómeno hereditario: «Su padre estaba enfermo y reproduce exactamente los mismos síntomas».
- O a sentirse víctimas del destino: «Nos ha caído encima la desgracia de la enfermedad. Cada uno debe llevar su cruz».

Segundo caso

Se percibe al propio enfermo como responsable y se interpretan sus síntomas: «Si él quisiera, podría hacer muy bien un esfuerzo para salir de esta situación». La enfermedad puede ser atribuida, también, a sucesos exteriores traumáticos (guerra, servicio militar, fracaso sentimental, pubertad, intervención médica, quirúrgica).

La enfermedad y sus diferentes manifestaciones

En muchos casos, la enfermedad mental tiende a ser asimilada a una enfermedad somática como las otras. ¡De ningún modo es una enfermedad vergonzosa! Corrientemente se habla de *En-*

fermedad de nervios. Este término medio es reconfortante y permite esperar una *curación* por los efectos de los medicamentos.

De hecho, si la imagen de la enfermedad mental impone una ruptura en la dinámica familiar y social, no es sólo porque exige cambios en el funcionamiento interno de la familia sino también porque de una manera más difusa la sociedad soporta con dificultad lo que se aparta de la norma.

El «enfermo»

El individuo está enfermo cuando ya no entra en el juego social. En el plano económico, ya no es rentable, y por otra parte su comportamiento pone en entredicho los criterios de normalidad social. Un individuo que sale de la norma debe ser considerado como enfermo a fin de permitir al grupo social reafirmarse en su normalidad: ¡si hay enfermos, es que los otros no lo son...!

La familia es la intermediaria, responsable del orden impuesto por la sociedad. Eliminando el circuito social, el enfermo se encuentra también en una situación invalidante en relación a su familia. Estando privado de la autonomía en la satisfacción de sus necesidades elementales, esta situación favorece en los padres un maternaje excesivo. El enfermo es mantenido en un estado de dependencia infantil: no se le concede ninguna confianza. Todos sus actos, su misma palabra, se hallan sometidos a cautela. Se le deja más o menos expresarse. Se tiene miedo a que diga tonterías. Los padres rectifican los relatos del enfermo según su propia versión de la realidad. A menudo, los enfermos han experimentado su frustración de no poder participar en una conversación completa y de suscitar un interés artificial «algunas veces, se me hace una propuesta pero ella se lleva a cabo».

Delante o detrás de la conversación, el enfermo es de quien se habla, pero no el que habla.

SEGUNDO CÍRCULO:

PRIMER CONTACTO CON EL CIRCUITO MÉDICO

El momento en que la enfermedad es reconocida como enfermedad mental depende del grado de información de las familias, de su umbral de tolerancia y de la posibilidad de encontrar un profesional competente.

La enfermedad mental no es fácilmente discernible: en efecto, al principio no es más que un conjunto de comportamientos raros inhabituales, más o menos soportados por el medio, y que acaban por llegar a ser intolerables. En algunos casos, se tratará de un paro o de un fracaso escolar.

Un síntoma social

Se ha hecho notar que el paro y la inestabilidad en el trabajo son los signos decisivos de la inadaptación social. «Mientras trabaje, todo va bien» (alcoholismo). De algún modo es como el síntoma social de la enfermedad mental. Y los enfermos lo perciben muy bien puesto que lo utilizan como medio de defensa contra la invasión de la enfermedad: «Ahora tengo un trabajo estable, estoy menos nervioso, no tengo necesidad de seguir en el hospi-

“En la enfermedad mental y sus consecuencias, la familia se percibe, y es percibida, de «modo diferente» por el entorno social”

“El miedo al «qué dirán» se convierte, en ellas, en una obsesión”

tal». Inversamente, reemprender el trabajo simboliza la curación.

En otros casos, los signos serán actos delictivos (robos, etc.). Al principio, estas manifestaciones asociales serán consideradas anodinas y banales, después inquietarán a las familias. Estas, después de haber intentado en vano atribuir los síntomas a tal o cual enfermedad somática o a otras causas externas (estrés, agotamiento físico) y no haber llegado a ningún resultado en cuanto a la curación, llegan a tomar conciencia de la naturaleza de la enfermedad. Esta experiencia constituye a menudo un choque para los familiares y, por tanto, se puede adivinar la importancia de los primeros contactos.

El primer recurso: el médico de medicina general

Generalmente, después de manifestarse los primeros trastornos, se recurre al médico habitual. Éste, viviendo en el sector, más cercano a la familia, conocedor de sus problemas, gozando de su confianza, está muy bien situado para intervenir rápidamente. Su papel consiste, esencialmente, en aclarar a las familias en relación con la enfermedad, calmarles y orientarles hacia los servicios especializados.

A veces el papel del médico de medicina general no puede limitarse a la orientación hacia los servicios especializados. En un medio alejado de los cuidados psiquiátricos, en el medio rural por ejemplo, deberá hacerse cargo del control del tratamiento a la salida del hospital (etapa de readaptación familiar).

La interdisciplinariedad médica

La colaboración entre médicos generalistas y psiquiatras, deseada por las familias, cada vez se ve más necesaria.

“Las familias oscilan entre dos actitudes extremas: o se sienten responsables de la enfermedad o la atribuyen al propio enfermo o a causas externas”

Así piensa una familia:

«Los médicos de medicina general, por el conocimiento del enfermo y de su medio, deberían ser para el psiquiatra un elemento esencial en su terapia de largo plazo. El enfermo ganaría con la información recíproca entre ambos, lo que entrañaría una transformación profunda de las mentalidades tanto desde el plano de las relaciones entre médicos como sobre el plano de los comportamientos de las familias». El obstáculo para la realización de esta propuesta, mencionada frecuentemente, es la ausencia de bases suficientes en los conocimientos psiquiátricos de los médicos de medicina general.

«Yo —dice un médico— he pasado cinco años en casas de estudiantes, en contacto directo con unos doscientos estudiantes de medicina, durante mis estudios superiores; yo no he tenido nunca un curso o un informe relativo a rudimentos de psicología o de psicopatología. Y lo considero como absolutamente aberrante. Y pienso que, desde el punto de vista de los estudios generales de la medicina, es absolutamente necesario introducir las nociones de psicopatología con el mismo rango que los de anatomía o de fisiología».

Sería necesario que, además de los médicos de medicina general, otros especialistas fueran sensibles a los problemas psiquiátricos.

Un enfermo nos advierte: «Numerosos fenómenos de conversión somática, enmascarando los síntomas psíquicos que yo tomé como consecuencias y no causas, me orientaron hacia diferentes médicos de diferentes áreas (medicina general, gastroenterólogos).



Ninguno de ellos abordó nunca, ni directa ni indirectamente, los problemas nerviosos y, por tanto, afectivos. Ni incluso yo mismo era capaz de hacerlo bajo mi propia responsabilidad. Lo que no dejaba de ser desconcertante si se tenía en cuenta que había sido operado de apendicitis cuando se trataba de una crisis de angustia».

Otras intervenciones

En el marco escolar, es la asistencia social la que detecta los primeros trastornos del niño y orienta a los padres a un servicio de consulta médico-psicológica.

Por último, enfermos y familias entran en contacto con los servicios psiquiátricos de un modo más dramático. Durante una crisis, el enfermo puede pasar al acto y trastornar el orden público, con la intervención de la policía. La familia intenta evitar, en muchas ocasiones, este tipo de intervenciones, pero, desamparada, no tiene otra salida que enfrentarse con ella.

En conclusión, podemos afirmar que las familias entran en contacto con el médico de dos modos radicalmente distintos: de un modo que sugiere no importa qué intervención médica somática (se acude a un médico dotado de una cierta función, se aceptan sus consejos), o de un modo brutal enormemente traumático para la familia y el enfermo.

Cuando las familias toman conciencia, suficientemente pronto, de la gravedad de la situación, no saben dónde dirigirse y, desamparados de cara a problemas nuevos, se encuentran solos con su enfermo... En vistas del estado de urgencia, se sienten impulsados a acudir a la única persona de quien pueden esperar una ayuda (y cuya intervención es socialmente aceptable): «el médico de familia», sin cuidarse evidentemente de saber qué tendencia psiquiátrica es la suya.

Es, pues, la casualidad de los primeros contactos la que determinará el itinerario futuro del enfermo (¡por no decir su *carrera* psiquiátrica!).

TERCER CÍRCULO:

LOS CIRCUITOS PSIQUIÁTRICOS

El encaminamiento a través de los circuitos psiquiátricos se puede realizar en dos estructuras diferentes: la privada y la pública.

La elección no es totalmente fortuita; está condicionada por un conjunto de factores específicos a cada familia: nivel socio-cultural y económico, conocimientos previos, confianza en el médico.

“El enfermo es mantenido en un estado de dependencia infantil: no se le concede ninguna confianza”

El circuito privado

Está reservado a una clientela restringida, acomodada, para quien el costo del tratamiento supone menos problemas.

La clínica privada

En general, el enfermo residente en una clínica privada goza de un status privilegiado gracias al intercambio económico. En efecto, en la clínica se establece una relación de poderes entre un enfermo que detecta un poder contractual por el hecho de su situación socio-económica y un médico que detenta un poder técnico.

El poder del dinero

En la medida en que paga, el enfermo es alguien importante, a quien el personal debe tener en cuenta. Permanece reconocido como persona íntegra, conservando sus derechos y su status social. Es un *consumidor* de psiquiatría que espera ser bien servido. Se ofrece al enfermo una atmósfera más acogedora. Se pone un cuidado especial en el confort material y en el aspecto de los locales. La estancia clínica presenta menos represiones, y el régimen de visitas es más liberal. Siendo reducido el número de enfermos, los contactos con el personal cuidador son más fáciles y la terapéutica más individualizada.

Su situación es diferente de la del hospital: el enfermo no es un objeto despersonalizado, un portador de síntomas. Enfermos y médicos tienen cada uno un papel, y los enfermos se sienten menos deudores. Cada uno puede ser dueño de la relación en un momento dado. Esta reciprocidad entraña una percepción diferente de la enfermedad, tanto para el enfermo como para el médico.

“El momento en que la enfermedad es reconocida como enfermedad mental depende:

- del grado de información de las familias,
 - de su umbral de tolerancia,
 - de la posibilidad de encontrar un profesional competente”
-

En efecto, la posición contractual del enfermo *cliente* influye sobre el diagnóstico. Un esquizofrénico en una clínica privada no dará lugar al mismo diagnóstico que un esquizofrénico internado de oficio en un hospital psiquiátrico. En efecto, el tipo de hospitalización privada le guardará de ser deshistorizado, cortado de la realidad. Esta posición (contractual) no interrumpirá para siempre la continuidad de su existencia y le será más fácil, una vez superado el período crítico, reinsertarse en la sociedad. La enfermedad y el internamiento no reducirá su papel social.

El cuadro terapéutico

Esta solución de hospitalización privada aporta seguridad a las familias, primeramente porque el enfermo parece bien cuida-

do pero también porque una estancia en la clínica es socialmente mejor aceptada (la clínica se la conecta más como una casa de salud especializada para los nervios que un *asilo de locos*).

El cuadro médico de la clínica, menos víctima de la esclerosis institucional, puede ser el lugar en el que se desarrollan terapias experimentales (psicoterapias institucionales, antipsiquiatría, técnicas de expresión). Éstas, independientemente del resultado, son siempre bien aceptadas por los enfermos. Sin embargo, esta experiencia se vive como *episódica* en la vida de los enfermos en razón del coste de los cuidados. Ellos sienten a menudo dejar la clínica.

«Era como en familia —así lo vivía una enferma—, se tuteaba a todo el mundo. Los enfermos se hacían terapias entre ellos. Yo misma ayudaba a una esquizofrénica mientras ella me ayudaba a andar. Entraba en su mundo, en sus fantasmas. Perseguida poco a poco sus obsesiones. Tenía autorización para venir a mi habitación. Todo el mundo hablaba con todos. No había ninguna barrera entre el personal terapéutico y los enfermos. Se salía cuando se quería... No había necesidad de solicitar permiso, se nos tenía confianza y todo el mundo regresaba siempre... Los ocios estaban bien organizados, había muchas cosas que hacer».

“Cuando las familias toman conciencia de la gravedad de su situación, no saben dónde dirigirse y, desamparados, se encuentran solos con su enfermo”

Esta enferma, ingresada después en un hospital psiquiátrico, era reticente para hablar de esta experiencia, pues, decía: «No me hable usted, pues no me apetece recordarme ahora de todos aquellos buenos recuerdos».

Sin embargo, algunas familias que han vivido una experiencia en clínica privada han hecho resaltar algunos inconvenientes. Algunas clínicas, que ofrecen condiciones materiales favorables, han sido criticadas en cuanto a su terapéutica a menudo inadecuada, en algunos casos traumatizante (electrochocs). Hay que tener en cuenta que, a pesar de que algunas llevan a cabo innovaciones, permanecen sin embargo tributarias de tendencias psiquiátricas tradicionales.

«La situación no era siempre ideal. Esto dependía de los internos. Estaban los que eran para la psicoterapia y los que eran para los medicamentos».

En conclusión, el gran reproche que ha sido hecho a la clínica es ante todo de ser *privada*. En efecto, siendo una medicina de clase, limita de entrada sus posibilidades de intervención.

El Gabinete privado

Cuando los trastornos son tolerables, el enfermo tiene la posibilidad de emprender una psicoterapia de Gabinete mientras sigue integrado en su medio social.

En el sistema de psicoterapia a largo plazo, la relación con el médico que sigue modalidades muy precisas (entrevistas a horas fijas y disponibilidades del médico limitadas a estas horas), las familias, a quienes incumbe la carga del enfermo, pueden encontrarse en una situación muchas veces dramática. En casos de crisis aguda las familias no pueden contar con él (los psiquiatras no hacen visitas a domicilio). La interrupción de los cuidados durante las vacaciones, mal soportadas por el enfermo, puede ocasionar problemas a las familias.

En efecto, el psiquiatra no puede desempeñar el papel de médico de medicina general. Incluso si la familia no rechaza la psicoterapia, incluso si le reconoce resultados satisfactorios, está

siempre incómoda frente a la relación frustrante que el psiquiatra le impone. Sin ser consciente de que la actitud fría, distante del psiquiatra forma parte de una determinada orientación terapéutica (la regla del análisis), lo adscribe al modo de ser personal del médico a quien juzga agradable o desagradable siguiendo la calidad del contacto en la entrevista.

“El gran reproche que ha sido hecho a la clínica es, ante todo, el ser privada”

Interviene, además, otro fenómeno. El psiquiatra que mantiene una relación privilegiada con el enfermo deja a las familias fuera de juego, suplidos por una persona extraña que representa el buen papel, mientras que ellas tienen que asumir las responsabilidades cotidianas. Sintiendo desposeídas de su enfermo, se sienten intrigadas por lo que sucede en el Gabinete y manifiestan con frecuencia su agresividad frente al médico.

No obstante, el Gabinete privado es una solución aseguradora en la medida que permite a las familias y a los enfermos confiar en un *especialista*, disfrutar de una terapia en profundidad, individualizada, de poder adoptar frente a la sociedad la misma gestión que hacia no importa qué especialista.

En el momento de escoger un psiquiatra, las familias establecen un compromiso entre sus necesidades reales y los tabús sociales de cara a los cuidados psiquiátricos que ellas entienden más que adoptan.

Escogiendo a un psiquiatra lejos del lugar de residencia, las familias tienen la posibilidad de guardar el anonimato y una cierta discreción. En cuanto se conoce la presión de que ellos son víctimas, se da uno cuenta hasta qué punto esto es importante para ellas.

Pero la mayor parte de las familias deben recurrir, un día u otro, al circuito público.

El circuito público

Se les puede ver funcionar a partir de dos polos terapéuticos: la consulta de higiene mental y el hospital psiquiátrico.

El centro de higiene mental

El centro de higiene mental es un servicio de salud pública. Es una estructura social abierta a todos y gratuita que asegura consultas médicas, psicológicas y psiquiátricas. En esta óptica, está llamado a representar un importante papel de detección, orientación y cuidados psiquiátricos. Las familias que se dirigen a tal servicio son enviadas, a menudo, por la escuela o el medio profesional, en los momentos en que el enfermo presenta signos de desadaptación. El servicio de consultas puede orientar a las familias de diferentes maneras, ya sea hacia el hospital, si se considera que el enfermo lo necesita, ya proponiéndole cuidados en el mismo servicio, sean sucesivas entrevistas con el médico adscrito al centro o simplemente de tratamientos medicamentosos;

“En la medida en que paga, el enfermo es alguien importante, a quien el personal debe tener en cuenta”

“La posición del enfermo *cliente* influye sobre el diagnóstico”

por ejemplo, el enfermo pasará por el servicio todos los días para inyectarse.

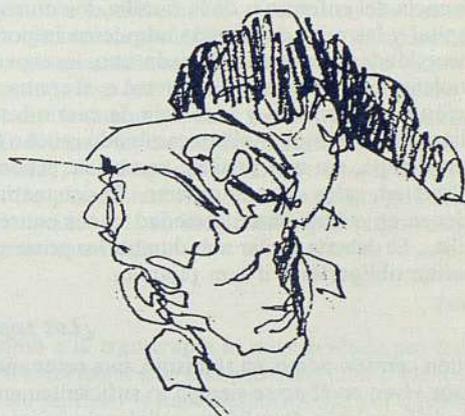
Teniendo en cuenta las informaciones dadas por las familias, éstas sólo tienen con el dispensario una relación episódica, más hacia un consejo y orientación que para un tratamiento continuo.

Las familias manifiestan su satisfacción sobre todo en los tratamientos continuos (entrevistas-psicoterapias) y expresan su malestar cuando se trata de cuestiones de orientación.

El hospital

En el hospital son admitidos de una parte los enfermos mentales que provienen de estratos sociales medios o desfavorecidos, o los *grandes* enfermos en los que los cuidados prolongados no se pueden asumir en el domicilio o en la clínica.

Las modalidades de hospitalización son diferentes según el momento en que se decida su internamiento: admisión forzosa en casos de crisis aguda; admisión deseada cuando los síntomas alteran a la familia; hospitalización aconsejada por los médicos del enfermo sin familia, cuando no puede vivir solo.



Es, pues, a priori el hospital como *asilo*, *refugio* lo que las familias y la mayor parte de los enfermos buscan. Pero ésta no es sólo la única faceta del hospital y los enfermos descubren pronto la faceta escondida: «el hospital-prisión». Aunque el hospital sea la única solución para la familia que no puede hacerse cargo de su enfermo, es el propio enfermo el que es pronto sensibilizado a la violencia que se ejerce dentro de los muros.

- Los enfermos hablan, incluso, de *campo de concentración*.
- Otro enfermo explica: «No sabía qué había ocurrido. De la mañana a la noche, creyéndome en observación, me he encontrado encerrado, atado a la cama. Decían que estaba nervioso pero, de hecho, sentía rabia contra ellos porque me impedían salir, escribir, etc.».

Según las familias, la hospitalización tiene sus cargas y deben inmediatamente hacer frente a la rigidez del bloque institucional con sus leyes impersonales y a menudo traumatizantes. Así recordaba el pariente de un enfermo su dolorosa epopeya: —«Una noche, he tenido que volver en coche a la ciudad, ir de café en café con mi hermano en crisis. El hospital psiquiátrico estaba cerrado; era necesario volver por la mañana».

Cuando han cumplido con todas la diligencias administrativas, las familias se sienten a menudo desposeídas sin miramientos de su enfermo e incluso de su rol parental, puestos fuera de juego por el personal cuidador: —«Mi hermano estaba de acuerdo en ingresar en el hospital pero le sobrevino el pánico y no quería dejarme tan pronto. Me seguía como un perrillo. El doctor X: ... me ordenó salir de la habitación, lo que provocó la crisis de mi hermano que hubiera soportado bien esta entrevista si se hubiera desarrollado de otra manera. Esta acogida me ha sorprendido y desagradado mucho».

Las familias experimentan con frecuencia, en estos casos, el sentimiento de que su enfermo no pertenece desde ahora más que al equipo médico.

Un cuadro habitual

Cuando las familias entran en el hospital psiquiátrico, piensan encontrar en él una alianza terapéutica mediante la que se va a curar a su enfermo, un poco como en el hospital general. Pero ellas se sienten pronto desconcertadas, pues ni los cuidados, ni el encuadre médico corresponden exactamente a los del hospital.

“Pero la mayor parte de las familias deben recurrir, un día u otro, al circuito público”

En la vivencia del enfermo o de la familia, los muros que rodean el hospital y las rejas de entrada adquieren importancia y, según las necesidades personales de cada uno, se experimentan como una violenta agresión contra su libertad o, al contrario, como una protección suplementaria y necesaria de cara a las reacciones imprevistas del enfermo: —«Han cambiado mucho los servicios. En otro tiempo, era una prisión, una celda. Ahora, tienen demasiada libertad, salen cuando quieren. Se sistematiza demasiado: no tienen en cuenta su enfermedad ni sus consecuencias para la familia... Se debería vigilar más durante los primeros quince días... Deberían obligarles a ir con pijama».

¿Los segregados?

El pabellón *cerrado* posee, en sí mismo, una resonancia particular. Los que viven en él no se sienten lo suficientemente enfermos y tienen la impresión de sufrir una violencia injusta; los que no viven en él tienen la posibilidad de minimizar su enfermedad en relación a la enfermedad de los que están allí.

En efecto, es muy reconfortante saber que otros están más enfermos que uno y, por eso mismo, hacer retroceder los límites de la normalidad.

En todos los pabellones del hospital se encuentra, por parte de los enfermos, este enclaustramiento y esta voluntad de categorización.

Y sin embargo, mezclados

Los enfermos soportan, en general, bastante mal la mezcla en el interior de los pabellones y buscan identificarse con los rangos más ventajosos para ellos. Así se expresa una enferma: «Se debería separar las enfermas de las subnormales, las viejas de las jóvenes según los diferentes estadios de la enfermedad».

Por eso, el ingreso en un pabellón cerrado es el índice de una degradación o un daño muy grave.

Cuanto más superpoblados estén los servicios, más mezclados están los enfermos. La promiscuidad en los dormitorios hace sufrir al enfermo las crisis del vecino. Subrayemos, no obstante, que algunos enfermos obtienen beneficios terapéuticos gracias a esta vida de grupo: como aquella enferma que volvía a encontrar a su abuela en las *abuelitas* del servicio.

“Es pues el hospital como *asilo, refugio*, lo que las familias y la mayor parte de los enfermos buscan”

Además, muchas familias son sensibles a la atmósfera de anonimato del hospital: ellas tienen la impresión de que su enfermo nunca será considerado allí como individuo. En el dormitorio, los enfermos no poseen más que escasos efectos personales y no tienen la libertad de crear un espacio que les sea propio. Cada uno es tributario de los imperativos del servicio del grupo de enfermos. Sobre este tema, un enfermo declaró a su familia no querer ir de vacaciones con ellos por miedo a perder su plaza e incluso su cama en el servicio en el que estaba habitualmente, lo que ya había sucedido.

¿Cuerpo individual o cuerpo social?

Las familias lamentan la poca importancia que se concede a los cuidados puramente corporales. Rápidamente los enfermos se abandonan y nadie suscita en ellos un interés por la apariencia externa (cuidados dentarios, por ejemplo).

En el servicio están, por una parte, los cuidadores, cada uno definido por su rol terapéutico, y por otra parte, los enfermos, magma casi indiferenciado, que no tiene otra experiencia que la del grupo que ellos constituyen.

Las necesidades y los deseos individuales son raramente tenidos en cuenta.

Relación enfermos-cuidadores

Son los cuidadores quienes más participan en la vida de los enfermos.

El papel y el status de los cuidadores (diferentes de los de los médicos), su presencia cotidiana en el hospital, y la dependencia de los enfermos hacia ellos, reducen la distancia en la relación de modo considerable.

“Las familias experimentan con frecuencia el sentimiento de que su enfermo no pertenece desde ahora más que al equipo médico”

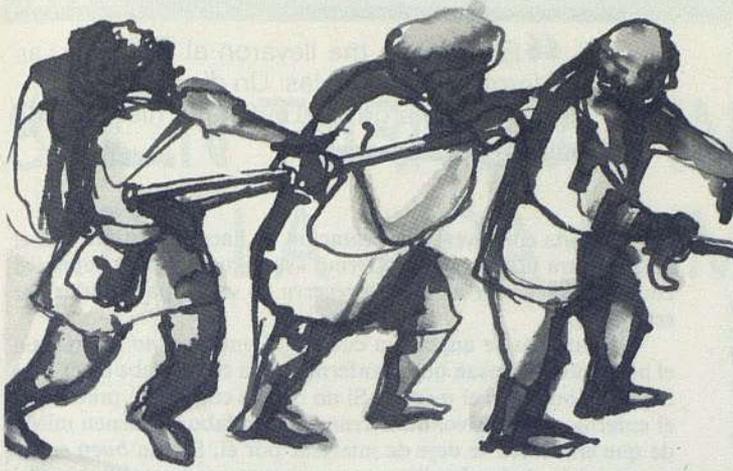
Que los enfermos vean a los cuidadores como buenos o como malos depende de la vivencia de esta relación, pues está muy ligada a la experiencia subjetiva de cada enfermo.

El personal cuidador puede encarnar a la buena madre aseguradora, afectuosa, dulce, la que da y protege: una enferma nos habla de su apego a una enfermera: —«en el hospital, estaba siempre con ella, me prestaba sus zapatos... ahora seguimos siendo amigas».

La enfermera ha podido ser, igualmente, vivida como autoritaria, evacuadora, privadora de relaciones afectivas satisfactorias de los enfermos: —«En seguida me llevaron al hospital. Las enfermeras eran malas. Un día yo estaba en crisis, casi desvanecida, y una me gritó: ¡Levántate, histérica! Cuando una se lamentaba era por nada. No se nos escuchaba nunca... Ahora creo que esto ha cambiado».

Se puede decir que la intervención del personal se sitúa sobre un plano concreto: es el que asegura el bienestar físico del enfermo; el que se ocupa de su cuerpo (todos los cuidados). Esto anima el nacimiento de una relación fusional que favorece la regresión del enfermo, pues él está en una situación infantilizante.

Si la enfermera no satisface al enfermo, éste quedará frustrado como puede estarlo un niño a quien su madre le dice no. Sin embargo, no todo será negativo y puede ser estructurante para el enfermo al ser obligado a cuidarse de sí mismo y enfrentar al otro en una relación recíproca.



Relación con el médico

En el ambiente hospitalario, el médico es quien ostenta el papel de la omnipotencia; omnipotencia real que se expresa en su status social, su papel en el hospital; omnipotencia imaginaria, también, fantaseada por los enfermos impregnados de mitos culturales.

Si se tiene en cuenta las vivencias de los enfermos, se dará una cuenta de que éstos sienten el *poder real* del médico como una violencia mientras que, al contrario, el *poder imaginario* corresponde más a una autoridad bondadosa y benévola.

Los medicamentos

Esta violencia sufrida inconscientemente por el enfermo en el hospital se halla presente en todo lo que relaciona a enfermo y médico. No se trata de una violencia física sino una superioridad en la relación, en los actos terapéuticos cuya primera significación es la de ayudar a los enfermos a adaptarse pasivamente en su condición de objeto de violencia. Concretamente esta idea ha sido expresada en hechos como el chantaje ejercido sobre el enfermo para la toma de un medicamento o el atentado a la libertad y a los derechos del enfermo por el sistema *recompensa-salida*: —«Se me han ofrecido remedios. Yo no los quería, pero ellos me los han hecho tomar a la fuerza. Si yo no los tomaba, me quitaban el derecho de escribir, de leer, de salir».

Apoyados en relatos de enfermos, se deduce que el médico en el hospital no está a disposición de los enfermos y de su familia sino que son ellos los que deben desear una entrevista cuando el médico está disponible para verlos. Se les disculpa porque no tienen tiempo y están sobrecargados de trabajo, sin que esta razón satisfaga a las familias; los enfermos se sienten frustrados en sus demandas.

Además, en la misma relación, es el médico el que decide la distancia a mantener entre él y el enfermo; que este último lo experimente como confidente o como juez, corresponderá a la decisión del médico. De un modo más sutil aún —pues los enfermos la consideran, a priori, como la más natural— la violencia se ejerce a propósito de los medicamentos. Es el médico quien decidirá la naturaleza del tratamiento según el comportamiento del paciente en el servicio. Así, un enfermo agitado verá cómo le prescriben una fuerte dosis de medicación a fin de evitar la perturbación en el servicio.

Las medicinas, tomadas a la fuerza o impuestas, se asimilan a un castigo necesario, lo que refuerza al médico en su posición de autoridad reconocida por el enfermo. Otra forma de tratamiento, el electrochoc, utilizado muy raramente ahora, ha sido siempre vivido como una agresión, una destrucción incluso de la propia persona y muchas veces ha sido el responsable de un

“Confiar enteramente en el médico, ponerse en manos de un equipo especializado, ¿no es abandonar, confirmarse en su impotencia?”

“La dicotomía familia-hospital oscila entre dos posibles identificaciones: objetivar la enfermedad —manteniendo con el enfermo una relación terapéutica— o considerar que el enfermo forma parte de ellas —identificación con su patología—”

agravamiento de la enfermedad. Incluso en los casos en que se ha reconocido una mejoría, el electrochoc ha aparecido siempre como un tratamiento inhumano y de sadismo inútil.

Puede suponerse que los enfermos se traumatizan profundamente por este tratamiento, pues lo consideran casi como asunto de brujería o como un lavado de cerebro. Una fuerza misteriosa (la electricidad) les desposee de lo que tienen de más íntimo y poderoso: sus pensamientos. Para ellos es una gran herida narcisista el ser vaciados de su identidad y por tanto morir un poco perdiendo su humanidad.

Laborterapia

En cuanto a la ergoterapia es muy deseada por los enfermos que desean valorizarse por una actividad más o menos similar al trabajo, pero también se halla desmitificada por aquellos que ven en ella una tarea sin ningún interés, irrisoria, debilitadora incluso, cuando toman conciencia de la explotación que ella conlleva sobre aquellos que, sin recursos, no tienen más que este medio de hacerse con un peculio insignificante.

El diagnóstico

Al médico corresponde también el poder de nombrar la enfermedad, de significar al enfermo su existencia psiquiátrica por un veredicto decisivo y a menudo repleto de graves consecuencias. Este diagnóstico puede tomar el valor de un etiquetaje, codificando la pasividad del enfermo mientras que él significa sobre todo la necesidad de exclusión, de segregación de la sociedad, de discriminación entre lo normal y lo patológico.

Desde ese momento, la relación entre el enfermo y el que lo cuida, desprovista de toda reciprocidad, no puede ser objetivada más que en la medida en que la comunicación entre uno y otro se opera únicamente por el filtro de una definición. La mayor parte de los enfermos hospitalizados pueden darnos el diagnóstico del médico.

La autoridad médica

En el momento actual, es difícil desembarazarse de este esquema tradicional. Incluso si el médico hace desaparecer su bata blanca, acepta discutir con el enfermo e incluso ser cuestionado por éste. Sin embargo él continúa, de hecho, utilizando su superioridad. Y no puede ser de otro modo. La autoridad que le es atribuida por el enfermo, antes incluso que la pueda exigir por la violencia, le permite imponer sus tratamientos. La renuncia al poder médico perpetúa, bajo otras formas, la subordinación del paciente. La revolución de las mentalidades no se hace sino después de la evolución de los hechos. En efecto, incluso cuando se

hace abstracción del poder real del médico, las familias tienen siempre una imagen del psiquiatra, que, si no está caracterizada por la pura violencia, es la imagen de un ser superior, dotado de un saber incontestable, a quien es preciso darle toda la confianza, pues de él depende el porvenir del enfermo.

Es un personaje poderoso, que inspira el temor y el respeto. Puede corresponder al padre, severo pero generoso, sobre el que los enfermos se pueden apoyar: —«El doctor X. me ha ayudado. No tiene mucho tiempo. Pero todos los años, yo puedo verlo. Es un amigo... Es un poco el Padre Dios para mí».

Será un riesgo peligroso para el enfermo que ofrecerá su enfermedad al médico y esperará pasivamente ser curado por él; es decir, ser liberado de su mal de manera un poco mágica más que implicarse en esta tarea y sentirse productor de su enfermedad en un momento dado y, por lo mismo, concederse los medios de conseguir la autonomía. Confiar enteramente en el médico, ponerse en manos de un especialista ¿no es abandonar, convencerse de su impotencia?

Las entrevistas psicoterápicas son un modo de establecer una relación privilegiada y aseguradora con el médico. Por otra parte, los enfermos se angustian mucho ante la idea de romper la relación con el médico, de ser abandonados por el *padre*. Buscan prolongar la dependencia guardando el contacto con el médico después de la salida del hospital.

CUARTO CÍRCULO:

LA RELACIÓN FAMILIA-HOSPITAL

La posición de las familias frente al hospital es siempre ambigua y reposa sobre una dicotomía evidente: se siente el hospital como un objeto bueno y un objeto malo. Esta ambivalencia se constata en la experiencia de las familias en los primeros tiempos de hospitalización.

Las familias están culpabilizadas por enviar a su enfermo al hospital, pues consideran que es un modo de rechazar al enfermo; es decir, de perpetuar la exclusión impuesta por la sociedad. Al mismo tiempo, son conscientes de no poder bastarse para curar a su enfermo.

¿Lucha de influencias?

Por otra parte, las familias están angustiadas ante la idea de que su enfermo esté en manos de extraños, de cuidadores que se ocupan más o menos bien de él, y, al mismo tiempo, soportan mal que ellas mantengan relaciones maternas con los enfermos. Lo sufren como una concurrencia, envidiando al personal cuidador y, muy a menudo, lo intentan todo por imponer su parecer, con el intento de demostrar que el enfermo les pertenece todavía. En efecto, las relaciones familias-cuidadores pueden ser analizadas en términos transferenciales. Recíprocamente, sucede como si los cuidadores percibieran a las familias como mal objeto, que tiene una parte de responsabilidad en la enfermedad y como rivales en la medida en que cuidadores y familias no contemplan la terapia en el mismo sentido. Por ejemplo, las visitas asiduas de un miembro de la familia podrán ser interpretadas como una protección que atenta contra la autonomía del paciente.

Si, teóricamente, la cooperación familias-cuidadores está establecida, las resistencias inconscientes, todavía fuertes, se oponen a la buena voluntad de cada uno y dañan la eficacia de esta colaboración.

También a propósito del tratamiento, la postura de las familias es flotante. Dudan entre confiar sin restricción en el médico y rechazar el tratamiento, cambiarlo según su opinión de lo que es bueno para el paciente, según lo que ellas interpretan de la enfermedad.

En cuanto a las salidas, las familias oscilan entre el deseo de sacar a su enfermo, a reserva de una crisis u otras dificultades

“En seguida me llevaron al hospital. Las enfermeras eran malas. Un día estaba en crisis, y una me gritó: ¡Levántate, histérica!”

que la salida conlleven, y la tentación de hacerse sustituir por el médico para juzgar que el enfermo «se encuentra muy depresivo como para regresar a casa», a reserva de ser culpabilizados por esta decisión.

Las familias se angustian cuando el enfermo *no encaja* con el psiquiatra. Piensan que el enfermo, para curar, debe tener buenas relaciones con el médico. Si no ocurre como está previsto (si el enfermo es agresivo, indiferente o no colabora), tienen miedo de que el médico se deje de interesar por él. Ser un *buen enfermo*, a juicio de las familias, es no oponerse a las exigencias del tratamiento. Algunas familias sugieren incluso que «no se abandone al médico cuando se sale del hospital». Debería continuar supervisando al enfermo y aconsejando a la familia incluso después de la salida del hospital.

Otras familias, que participan menos en la vida del hospital, no se sienten implicadas por el tratamiento y les es igual entrevistarse con el médico —«Va regularmente a las consultas cuando se le convoca. Se siente obligado a ir. Yo no voy, no me concierne ni me interesa».

Esta dicotomía entre familia y hospital podría explicarse admitiendo la hipótesis según la cual la familia estaría disociada entre dos identificaciones posibles aunque contradictorias: considerar que el enfermo forma parte de ellas mismas; es decir, identificarse con su patología, u objetivar de entrada la enfermedad; es decir, mantener en relación con él un papel terapéutico. Es evidente que no son, por ello, situaciones definitivas y que las familias no han adoptado tal o cual papel *a priori* de una manera racional, sino que ellas oscilan entre ambos polos.

QUINTO CÍRCULO:

LA COSTOSA REHABILITACIÓN

Sería muy largo plantear, ahora, todo ese espinoso tema denominado *rehabilitación*, reinserción, vuelta a casa, a lo habitual.

En el momento actual parece que los esfuerzos políticos y sociales van en este sentido: desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos y creación de nuevos equipamientos, que, en teoría, no embrutezcan tanto y acercan al enfermo a su familia y a la sociedad.

Sólo dos notas: La primera es que la familia vuelve a revivir, de nuevo, todo el doloroso proceso del principio y que yo denominaba: «*Para las familias todo es muy complicado cuando hay un enfermo mental en casa*». Dificultad que se acrecienta después de tantos años de aislamiento y de lejanía. Cuánto hay de comodidad y cuánto de queja justificada, por parte de ellas, merecería ser tratado de modo más monográfico.

La segunda nota correspondería al debate, muy actual, de psiquiátricos sí, psiquiátricos no, y de la operatividad de este equipamiento de cara al propio enfermo mental. A este respecto, todos están de acuerdo en que no se puede mantener el hospital psiquiátrico con el simple encargo de *custodia* y con la mera actividad asilar. También habría que tener en cuenta la modalidad concreta de los nuevos equipamientos y, si estos nuevos recursos no repiten, de alguna manera, el anquilosamiento asilar y el progresivo deterioro de los enfermos mentales.

Dos simples notas, pero el artículo es largo y sería gravoso para el lector desarrollarlas en toda su amplitud. Dejémoslo para otra ocasión.

8. EN TORNO AL INICIO DE LA VIDA HUMANA

LABOR HOSPITALARIA ofrece en esta sección seis documentos que tienen en común el inicio de la vida humana. Tres, tratan del problema del aborto, siempre de actualidad, agudizado por la rápida resolución del Parlamento Europeo en marzo de este año favoreciendo la interrupción voluntaria de la gestación. Acompañamos esta resolución de un comentario del doctor Philippe Durant que desde el King's College de la Universidad de Londres reflexiona sobre los abortos realizados en la Gran Bretaña desde el año 1968. Completa esta serie un magnífico, breve y claro artículo del obispo auxiliar de Bilbao, doctor Juan María Uriarte, que ilumina la posición católica.

Otra serie de artículos cuestionan la afirmación de la Instrucción Donum Vitae de que la genética moderna otorga una preciosa confirmación

a la suposición de que desde el momento de la singamia se encuentra fijado el programa de lo que será el ser viviente: un hombre individual con sus características ya bien determinadas. Este aspecto científico es puesto en duda desde la genética (Carlos Alonso Bedate y Robert Cefalo) y se explicitan las dificultades desde el punto de vista obstétrico. Los autores de estos artículos aceptan la inviolabilidad de la vida humana y buscan una mayor comprensión científica de aspectos que algunos, erróneamente, creen probados sin lugar a dudas. El problema del feto anencefálico como paradigma de las dificultades que ofrece el concepto de persona y dignidad personal en circunstancias extremas cierra esta serie de documentos que nos obligan a una seria y profunda reflexión.

8.1 DEL PARLAMENTO EUROPEO

El 12 de marzo de 1990 el Parlamento Europeo ha aprobado una resolución sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVG), presentada por Mme. Nel van Dijk en nombre del grupo de los Verdes. Se trata de un texto casi idéntico al rechazado en el curso de la última sesión de febrero de 1990. Por este motivo, según ha declarado Raphaël Chanterie (Bélgica), el Partido Popular Europeo (PPE) no ha participado en la votación.

Resulta sorprendente advertir cómo una resolución, encaminada a favorecer una difusión siempre mayor de la IVG, se ha aprobado en tan poco tiempo (precisamente en la sesión siguiente a aquella en la cual una resolución análoga había sido rechazada), en contraste también con precedentes resoluciones del Parlamento en defensa del embrión humano (doc. A 2-327/88 y doc. A 2-372/88).

RESOLUCIÓN (DOC. B 3-399/90) SOBRE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

El Parlamento europeo

A) Vista nuestra resolución del 11 de febrero de 1981 sobre la situación de la mujer en Europa¹ en la cual el Consejo invitaba a legalizar el aborto en los Estados miembros.

B) Recordando que actualmente la interrupción voluntaria del embarazo está todavía prohibida de derecho y de hecho en dos Estados miembros, precisamente en Irlanda y en Bélgica, mientras está tolerada en los otros con determinadas condiciones establecidas por la ley.

1. G.U. n. C 50, del 9-3-1981, pág. 35.

8. EN TORNO AL INICIO DE LA VIDA HUMANA

LABOR HOSPITALARIA ofrece en esta sección seis documentos que tienen en común el inicio de la vida humana. Tres, tratan del problema del aborto, siempre de actualidad, agudizado por la rápida resolución del Parlamento Europeo en marzo de este año favoreciendo la interrupción voluntaria de la gestación. Acompañamos esta resolución de un comentario del doctor Philippe Durant que desde el King's College de la Universidad de Londres reflexiona sobre los abortos realizados en la Gran Bretaña desde el año 1968. Completa esta serie un magnífico, breve y claro artículo del obispo auxiliar de Bilbao, doctor Juan María Uriarte, que ilumina la posición católica.

Otra serie de artículos cuestionan la afirmación de la Instrucción Donum Vitae de que la genética moderna otorga una preciosa confirmación

a la suposición de que desde el momento de la singamia se encuentra fijado el programa de lo que será el ser viviente: un hombre individual con sus características ya bien determinadas. Este aspecto científico es puesto en duda desde la genética (Carlos Alonso Bedate y Robert Cefalo) y se explicitan las dificultades desde el punto de vista obstétrico. Los autores de estos artículos aceptan la inviolabilidad de la vida humana y buscan una mayor comprensión científica de aspectos que algunos, erróneamente, creen probados sin lugar a dudas. El problema del feto anencefálico como paradigma de las dificultades que ofrece el concepto de persona y dignidad personal en circunstancias extremas cierra esta serie de documentos que nos obligan a una seria y profunda reflexión.

8.1 DEL PARLAMENTO EUROPEO

El 12 de marzo de 1990 el Parlamento Europeo ha aprobado una resolución sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVG), presentada por Mme. Nel van Dijk en nombre del grupo de los Verdes. Se trata de un texto casi idéntico al rechazado en el curso de la última sesión de febrero de 1990. Por este motivo, según ha declarado Raphaël Chanterrie (Bélgica), el Partido Popular Europeo (PPE) no ha participado en la votación.

Resulta sorprendente advertir cómo una resolución, encaminada a favorecer una difusión siempre mayor de la IVG, se ha aprobado en tan poco tiempo (precisamente en la sesión siguiente a aquella en la cual una resolución análoga había sido rechazada), en contraste también con precedentes resoluciones del Parlamento en defensa del embrión humano (doc. A 2-327/88 y doc. A 2-372/88).

RESOLUCIÓN (DOC. B 3-399/90) SOBRE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

El Parlamento europeo

A) Vista nuestra resolución del 11 de febrero de 1981 sobre la situación de la mujer en Europa¹ en la cual el Consejo invitaba a legalizar el aborto en los Estados miembros.

B) Recordando que actualmente la interrupción voluntaria del embarazo está todavía prohibida de derecho y de hecho en dos Estados miembros, precisamente en Irlanda y en Bélgica, mientras está tolerada en los otros con determinadas condiciones establecidas por la ley.

1. G.U. n. C 50, del 9-3-1981, pág. 35.

C) Indignado por el hecho de que en Irlanda se halle prohibida o al menos obstaculizada incluso la comercialización de contraceptivos, con el consiguiente aumento de casos de embarazo no deseado.

D) A la vista de algunas sentencias promulgadas por tribunales irlandeses que prohíben incluso procurar a través de los consultores familiares manuales para estudiantes y —hace poco tiempo— anuncios publicitarios en la revista *Cosmopolitan*, informaciones sobre las posibilidades de asistencia en casos de aborto ofrecidas en otros Estados miembros y en particular en el Reino Unido.

E) Considerando que, como consecuencia de estas prohibiciones, el embarazo en Irlanda se prolonga con frecuencia hasta un estadio demasiado avanzado para permitir a las mujeres interesadas recurrir a clínicas británicas.

F) Teniendo en cuenta que diversos Estados miembros están modificando en sentido restrictivo la legislación en relación con la interrupción voluntaria del embarazo.

G) Considerando que existe un turismo de cierto volumen con el fin de abortar, proveniente no sólo de Irlanda sino también de Bélgica, de la República Federal Alemana y de España por el hecho de que en los otros Estados miembros de la CE la situación de derecho y de hecho sobre la asistencia en caso de aborto es menos restrictiva.

H) Recordando los riesgos que comporta para la sanidad pública la interrupción voluntaria del embarazo practicada en condiciones de semi-ilegalidad, que convierten en penalmente imputables tanto a la mujer como al obstetra.

I) Considerando que la existencia de muchos Estados miembros de legislaciones ambiguas consiente a «movimientos por la vida», como el Pro Life, explotar con tono provocativo para fines éticos el tema de la interrupción voluntaria del embarazo.

J) Teniendo presente la fuerte disminución del número de abortos legales incluso en países como Holanda y la República

Federal Alemana, en los cuales la interrupción voluntaria del embarazo está consentida, y vista la posibilidad de evitar, dentro de ciertos límites, los embarazos no deseados mediante una vasta información al respecto.

K) Conscientes de que la interrupción voluntaria del embarazo representa incluso en casos de necesidad un hecho traumatizante, pero convencido al mismo tiempo de que procedimientos penales no son el modo de disuasión aceptable.

1. *Entiende que:*

a) Las sentencias dictadas por los tribunales irlandeses, que prohíben dar información en la materia, son incompatibles con la legislación comunitaria sobre el perfeccionamiento del mercado interno que prevé la libre circulación de productos y servicios.

b) Se ha de combatir en países como España y la República Federal Alemana la renovada tendencia a perseguir y condenar a mujeres y médicos implicados en interrupciones voluntarias del embarazo.

c) Conviene garantizar a las mujeres de toda la Comunidad europea el derecho a decidir sobre su propia vida, en este caso el derecho a elegir entre la maternidad y la interrupción de un embarazo no deseado.

d) Se han de tomar aún muchas disposiciones de orden social en la materia, entre otras de lucha contra la pobreza, estructuras de acogida para niños y reconocimientos de paternidad, para conseguir que las mujeres no hallen obstáculos en su realización social eligiendo la maternidad.

2. Desea enérgicamente una vez más que los Estados miembros, que aún no lo hayan hecho, procedan a legalizar la interrupción voluntaria del embarazo y aseguren a todas las mujeres la asistencia necesaria para el aborto en condiciones seguras también en el plano financiero.

3. Encarga a su Presidente transmitir la presente resolución al Consejo, a la Comisión y a los gobiernos de los Estados miembros.

8.2 ABORTO: LAS LECCIONES DE LA HISTORIA

Philippe Durant

Rayne Institute, King's College, Universidad de Londres

El aborto o IVE (interrupción voluntaria del embarazo) se practica legalmente en varios países desde hace una generación. Desde 1968 se han practicado en Inglaterra tres millones de abortos. ¿Qué lecciones científicas podemos sacar de ello?

PRIMERA LECCIÓN

EL PELIGRO

La ciencia médica no puede definirlo ni cuantificarlo con precisión. Es ésta una noción subjetiva. En Inglaterra muchas mujeres juegan la *comedia del peligro* para conseguir un aborto gratuito. Los estudios sobre las repercusiones psíquicas de la IVE son más objetivos.

La Asociación americana de psiquiatría estima que la incidencia de trastornos psiquiátricos graves debidos a la IVE es de

C) Indignado por el hecho de que en Irlanda se halle prohibida o al menos obstaculizada incluso la comercialización de contraceptivos, con el consiguiente aumento de casos de embarazo no deseado.

D) A la vista de algunas sentencias promulgadas por tribunales irlandeses que prohíben incluso procurar a través de los consultores familiares manuales para estudiantes y —hace poco tiempo— anuncios publicitarios en la revista *Cosmopolitan*, informaciones sobre las posibilidades de asistencia en casos de aborto ofrecidas en otros Estados miembros y en particular en el Reino Unido.

E) Considerando que, como consecuencia de estas prohibiciones, el embarazo en Irlanda se prolonga con frecuencia hasta un estadio demasiado avanzado para permitir a las mujeres interesadas recurrir a clínicas británicas.

F) Teniendo en cuenta que diversos Estados miembros están modificando en sentido restrictivo la legislación en relación con la interrupción voluntaria del embarazo.

G) Considerando que existe un turismo de cierto volumen con el fin de abortar, proveniente no sólo de Irlanda sino también de Bélgica, de la República Federal Alemana y de España por el hecho de que en los otros Estados miembros de la CE la situación de derecho y de hecho sobre la asistencia en caso de aborto es menos restrictiva.

H) Recordando los riesgos que comporta para la sanidad pública la interrupción voluntaria del embarazo practicada en condiciones de semi-ilegalidad, que convierten en penalmente imputables tanto a la mujer como al obstetra.

I) Considerando que la existencia de muchos Estados miembros de legislaciones ambiguas consiente a «movimientos por la vida», como el Pro Life, explotar con tono provocativo para fines éticos el tema de la interrupción voluntaria del embarazo.

J) Teniendo presente la fuerte disminución del número de abortos legales incluso en países como Holanda y la República

Federal Alemana, en los cuales la interrupción voluntaria del embarazo está consentida, y vista la posibilidad de evitar, dentro de ciertos límites, los embarazos no deseados mediante una vasta información al respecto.

K) Conscientes de que la interrupción voluntaria del embarazo representa incluso en casos de necesidad un hecho traumatizante, pero convencido al mismo tiempo de que procedimientos penales no son el modo de disuasión aceptable.

1. *Entiende que:*

a) Las sentencias dictadas por los tribunales irlandeses, que prohíben dar información en la materia, son incompatibles con la legislación comunitaria sobre el perfeccionamiento del mercado interno que prevé la libre circulación de productos y servicios.

b) Se ha de combatir en países como España y la República Federal Alemana la renovada tendencia a perseguir y condenar a mujeres y médicos implicados en interrupciones voluntarias del embarazo.

c) Conviene garantizar a las mujeres de toda la Comunidad europea el derecho a decidir sobre su propia vida, en este caso el derecho a elegir entre la maternidad y la interrupción de un embarazo no deseado.

d) Se han de tomar aún muchas disposiciones de orden social en la materia, entre otras de lucha contra la pobreza, estructuras de acogida para niños y reconocimientos de paternidad, para conseguir que las mujeres no hallen obstáculos en su realización social eligiendo la maternidad.

2. Desea enérgicamente una vez más que los Estados miembros, que aún no lo hayan hecho, procedan a legalizar la interrupción voluntaria del embarazo y aseguren a todas las mujeres la asistencia necesaria para el aborto en condiciones seguras también en el plano financiero.

3. Encarga a su Presidente transmitir la presente resolución al Consejo, a la Comisión y a los gobiernos de los Estados miembros.

8.2 ABORTO: LAS LECCIONES DE LA HISTORIA

Philippe Durant

Rayne Institute, King's College, Universidad de Londres

El aborto o IVE (interrupción voluntaria del embarazo) se practica legalmente en varios países desde hace una generación. Desde 1968 se han practicado en Inglaterra tres millones de abortos. ¿Qué lecciones científicas podemos sacar de ello?

PRIMERA LECCIÓN

EL PELIGRO

La ciencia médica no puede definirlo ni cuantificarlo con precisión. Es ésta una noción subjetiva. En Inglaterra muchas mujeres juegan la *comedia del peligro* para conseguir un aborto gratuito. Los estudios sobre las repercusiones psíquicas de la IVE son más objetivos.

La Asociación americana de psiquiatría estima que la incidencia de trastornos psiquiátricos graves debidos a la IVE es de

2,4 p.c.¹ Esta incidencia aumenta considerablemente en la madre y el padre si la IVE tiene lugar como consecuencia del diagnóstico prenatal de una anomalía². En efecto, los padres se preguntan retrospectivamente si su bebé era «tan anormal como para eso». En Dinamarca las mujeres que han abortado requieren cuatro veces más ingresos en algún centro psiquiátrico que las mujeres que llegaron a dar a luz³. De hecho la angustia de la embarazada es a menudo pasajera mientras que el *remordimiento* de aquella que se hizo abortar es con frecuencia imborrable. De aquí las depresiones múltiples y las fuertes recriminaciones de quien practica el aborto. Y ¿qué decir de la angustia de una mujer joven, con una esterilidad consecutiva a un aborto...? Entonces, aborto no quiere decir ausencia de peligro.

SEGUNDA LECCIÓN

LAS COMPLICACIONES ORGÁNICAS

En Inglaterra la incidencia de complicaciones inmediatas es de 4,1 p.c. para las gestaciones interrumpidas hacia las 12 semanas y de 10,5 p.c. si la interrupción se practica a las 24-27 semanas⁴. Después del aborto, la salud de estas mujeres es menos buena que antes. Estos datos no incluyen el aborto clandestino que no ha desaparecido. Ciertamente, la mortalidad a consecuencia del aborto ha disminuido, pero esta regresión se inicia en 1952, mucho tiempo antes de la ley de 1968⁵. Volvamos al aborto en medio hospitalario. Además de las complicaciones mortales (4 a 40 por 100.000), existen dos que son particularmente solapadas, ignoradas del público y cada vez más frecuentes en todos los países donde el aborto es legal: la incompetencia del cuello uterino y las enfermedades inflamatorias de la pelvis. La incompetencia del cuello del útero se encuentra especialmente en mujeres jóvenes que se hacen abortar en su primera gestación (60 p.c. de los casos en Inglaterra). En el curso de embarazos ulteriores, la incompetencia del cuello aumenta considerablemente el riesgo de aborto y de prematuridad⁶. Las enfermedades inflamatorias pélvicas provocan la obstrucción de las trompas de Falopio. La fecundación tiene lugar en las trompas y su obstrucción representa de 30 a 50 p.c. de las esterilidades adquiridas. En los Estados Unidos, estas enfermedades inflamatorias representan, por año, un millón y medio de jornadas de hospitalización, 900 muertes y dos billones de dólares⁷. Por tanto, el aborto puede comprometer la salud de la mujer que aborta así como la *calidad* y la *cantidad* de sus embarazos posteriores.

TERCERA LECCIÓN

EL PROCESO DE LOS FETOS

Las células del cerebro sensibles al dolor están presentes en el feto desde la décima semana⁸. Por tanto, los fetos que se abortan sienten el *dolor*. En Inglaterra, ¿qué se hace de éstos? En pri-

mer lugar son *extraídos* sea vivos (IVE por minicesárea), sea desarticulados (IVE por dilatación del cuello). Después son llevados, ya a los laboratorios de investigación para ser erizados de electrodos, ya a la industria cosmética, ya metidos en bolsas a veces todavía con algún movimiento de los miembros para ser tirados a... *crematorios*. Acaban así diluidos en jabones o disipados en las brumas de Londres. Hablar de aborto, sin haberlo visto, ¿no es como hablar de Auschwitz sin haber visto allí los montones de botitas de niño?

CUARTA LECCIÓN

EL PORVENIR DE LOS NIÑOS

El aborto, como la contracepción y la prostitución, es tan viejo como el mundo. Por el contrario, el respeto del niño es algo nuevo en la historia de nuestra civilización. Hasta el final del siglo pasado, en nuestro país, los niños de familias pobres eran frecuentemente abandonados a lo largo de las carreteras. Aquello se consideraba normal. En la hora actual, en Canadá, el número de niños martirizados y asesinados aumenta constantemente. Los expertos incriminan el aborto porque éste altera la sensibilidad natural y adquirida del adulto hacia el niño⁹. Si el respeto del niño representa el punto culminante de nuestra civilización, promover su no-respeto, ¿no constituye una regresión hacia el *anus mundi*? Además la legalización del aborto ¿no reglamenta la condición de *cosa* respecto a los niños que van a nacer a los cuales se les otorga así el estatuto de *esclavo*?

QUINTA LECCIÓN

LAS IMPLICACIONES DEMOGRÁFICAS

En todos los países donde la IVE es legal, los abortos son realizados en nombre de la ley, mucho más allá de la necesidad, por simple conveniencia personal. La IVE se ha convertido en un método tardío de contracepción. Así, en Inglaterra, en el período de 4 años que siguió a la legislación, el número de IVE se multiplicó por siete¹⁰. En Bélgica de 1977 a 1987, el número de niños de menos de 15 años ha disminuido en 309.000 unidades, mientras que el número de personas de 70 años y más ha aumentado en 123.000 unidades¹¹. Según esto, ¿no debería la ley fomentar el que las mujeres tengan niños, *antes que desanimarlas*? El 12,6 % de la población total de España tiene 65 años o más. Esto constituye un fenómeno nuevo que causa problemas sin precedentes a los Servicios Sociales. Asimismo la fertilidad continua y continuará disminuyendo en los años que vienen. En 1986 la tasa de natalidad por pareja era de 1,52¹¹.

SEXTA LECCIÓN

REDEFINICIÓN DEL NACIMIENTO Y DE LA MUERTE

Dos premios Nobel de Medicina, Crick (Cambridge) y Watson (EE.UU.) sugieren una definición más amplia del nacimiento cuya fecha debería ser aplazada hasta tres días después del parto. Este período, dicen, permitiría explorar los recién nacidos —que no son seres humanos en el verdadero sentido de la palabra— y eliminar aquellos que tienen una deformidad... ¿Y si la malfor-

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psych Press. Washington N.E. 238, 1980.

2. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 122; 799-808, 1975.

3. Abortion: Medical Progress and Social Implications, CIBA Symposium, 115, 1985. Pub. Pitman.

4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Late Abortions in England and Wales, pp. 32-34, 1984.

5. Confidential Enquiries into maternal deaths in England and Wales (HMSO).

6. WHO Report. Lamcet I: 142-145, 1979.

7. International Symposium on PID. Journal of the American Medical Association 243: 2471-2472. 1980.

8. The foetus as transplant donor, John Wiley & Sons, pp. 124-127. 1987.

9. Canadian Journal of Psychiatry, 24: 610-620, 1979.

10. Office of Population Censuses and Surveys: Abortion Statistics (HMSO).

11. Recent demographic developments in the member states of the Council of Europe. Country reports. 1988 Edition. Strasbourg.

mación se revela más tarde? Crick hace una sugerencia semejante para el otro extremo de la vida. La muerte legal debería situarse a los 80 años, para esa fecha los médicos deberían quedar exentos de su deber de prolongar la vida... ¿Para cuándo pues, un proyecto de ley sobre la IVV: interrupción voluntaria de la vejez? La *solución final* de Hitler no comenzó de otra manera. A fines de 1938, concedió el permiso de *adormecer* un niño con malformaciones. En agosto de 1939, las comadronas recibieron la orden de informar al Servicio de Salud sobre los casos de mongolismo, parálisis... *Los médicos no protestaron. Los periódicos lo aprobaron...*

SÉPTIMA LECCIÓN

HIPÓCRATES

Si los médicos juran desde hace 25 siglos (!) no matar a sus enfermos, es porque hay una razón muy fuerte para ello. Hipó-

crates hizo jurar a sus alumnos, *en la misma frase*, el no dar veneno, incluso aunque se les pida, y el no dar productos abortivos a una mujer. En una sociedad menos fuerte que la nuestra, donde la vida de un hombre contaba mucho menos, él ha unido conjuntamente la vejez y la edad más tierna en un respeto absoluto. Yo no sé por qué revelación extraordinaria, Hipócrates sabía que no sólo la medicina, sino también la vida en sociedad quedaban amenazadas sin la fidelidad a este juramento. Cuando los servidores de la vida la traicionan y la sociedad lo tolera, la historia muestra claramente que esta sociedad está dispuesta a todos los excesos. Cuando las amarras entre vejez e infancia se rompen, la rueda infernal de la autodestrucción humana puede empezar a rodar...

En una sociedad, no son ni los bebés no deseados, ni los deformes, ni los viejos, *los individuos más peligrosos*; éstos son los *cínicos* que tienen el poder de decisión. Cualesquiera que sean sus convicciones religiosas, filosóficas o morales, puedan aquellos que hemos elegido limitar el poder de los cínicos y sacar provecho de las lecciones de la historia.

8.3 EN FAVOR DE TODA VIDA HUMANA

Juan María Uriarte

*Obispo Auxiliar de Bilbao **

El debate sobre el aborto resulta siempre apasionante por fundamentalmente humano. La pasión asegura el interés, pero no siempre salvaguarda la lucidez. Estas diez proposiciones —que desearían ser a la vez lúcidas y cálidas— condensan la mentalidad y sensibilidad cristiana en torno a un tema candente.

1.^a Oponerse al aborto resulta en ciertos medios sociales, sinónimo de actitud precientífica e intolerante. Reconozco con dolor que algunos se ganan a pulso tales calificativos. Sin embargo, la mayor parte no los merecen en absoluto. Muchos de ellos son decididamente abiertos en todos los campos de la vida. ¿Cabe una posición más abierta que la de aquel que defiende toda vida humana?

Asimismo, los partidarios del aborto en cualquier circunstancia son relativamente escasos. El aborto es aceptado mentalmente o realizado vitalmente como una emergencia, como un mal menor. Muchos estimamos, con todo, que no es un mal menor, sino un mal mayor.

2.^a El punto decisivo del debate sobre el aborto puede formularse así: el embrión ¿es o no desde su inicio un ser humano portador del derecho inviolable a vivir? Las posiciones en torno al aborto dependen de la respuesta —afirmativa, negativa, dubitativa— a esta pregunta cardinal.

3.^a Las ciencias biológicas tienen una palabra en el debate sobre el aborto. No la última palabra. La biología nos dice que el embrión no es un apéndice materno; es, desde el inicio, un ser vivo de la especie humana y distinto de su madre. No le corresponde asegurarnos que este ser es una persona humana. La ciencia nos ofrece datos suficientes y cada vez más ricos para que la filosofía pueda afirmar

con razón que un embrión es ya un sujeto humano con un destino individual y un derecho inviolable a existir. La fe cristiana asume y refuerza esta afirmación fundamental.

4.^a A partir de esta opción básica, la fe cristiana enriquece con motivos específicos la protección debida a este ser humano incipiente: Dios es Señor absoluto de la existencia del hombre; la vida humana es valor fundamental intangible; la vida prenatal requiere especial protección por su misma debilidad.

5.^a Esta tenaz y firme protección de la vida del no-nacido, si quiere ser coherente, conduce a los creyentes a la defensa de toda existencia humana. «En una perspectiva semejante debe situarse también la actitud cristiana ante la pena de muerte, la guerra y otros hechos en que está en juego la vida humana» (Conferencia Episcopal Española, 1979). Entre estos «otros hechos» hay que situar indudablemente al terrorismo. La coherencia exige sensibilidad para con la vida humana nacida y no nacida. La incoherencia resta credibilidad.

6.^a Muchos que estiman que el aborto es inmoral sostienen que la ley civil no debe penalizarlo. Quien defiende el valor absoluto de toda vida humana y admite que el embrión es un ser humano no puede asumir coherentemente esta posición. En efecto, la ley civil no puede dejar de sancionar una práctica que destruye una vida humana. Es verdad que no debe prohibir toda conducta inmoral. Pero es igualmente cierto que no puede consentir una conducta que atente a la base misma de la convivencia social: el derecho a la vida.

7.^a La ley española actual despenaliza el aborto en tres situaciones. Cada una de ella evoca graves problemas humanos, a los cuales debe ser sensible toda conciencia cristiana. El grave riesgo de la vida y salud de la madre, la dramática situación de la mujer violada y los fundados temores sobre importantes anomalías del feto humano merecen toda la atención y una sintonía. Con todo, los abortos procurados por estos motivos constituyen un porcentaje mínimo del total de abortos consumados.

8.^a Por muy sensible que sea a estos dramas humanos, la conciencia cristiana formada a la luz del magisterio unánime y continuo de la Iglesia católica no puede aprobar el aborto ni siquiera en estos supuestos. Felizmente los avances de la Medicina han eliminado en la práctica el riesgo de la vida de la madre. La salud de ésta, con ser

* Publicado en *Ecclesia*, n.º 2.474 (5 de mayo de 1990).

mación se revela más tarde? Crick hace una sugerencia semejante para el otro extremo de la vida. La muerte legal debería situarse a los 80 años, para esa fecha los médicos deberían quedar exentos de su deber de prolongar la vida... ¿Para cuándo pues, un proyecto de ley sobre la IVV: interrupción voluntaria de la vejez? La *solución final* de Hitler no comenzó de otra manera. A fines de 1938, concedió el permiso de *adormecer* un niño con malformaciones. En agosto de 1939, las comadronas recibieron la orden de informar al Servicio de Salud sobre los casos de mongolismo, parálisis... *Los médicos no protestaron. Los periódicos lo aprobaron...*

SÉPTIMA LECCIÓN

HIPÓCRATES

Si los médicos juran desde hace 25 siglos (!) no matar a sus enfermos, es porque hay una razón muy fuerte para ello. Hipó-

crates hizo jurar a sus alumnos, *en la misma frase*, el no dar veneno, incluso aunque se les pida, y el no dar productos abortivos a una mujer. En una sociedad menos fuerte que la nuestra, donde la vida de un hombre contaba mucho menos, él ha unido conjuntamente la vejez y la edad más tierna en un respeto absoluto. Yo no sé por qué revelación extraordinaria, Hipócrates sabía que no sólo la medicina, sino también la vida en sociedad quedaban amenazadas sin la fidelidad a este juramento. Cuando los servidores de la vida la traicionan y la sociedad lo tolera, la historia muestra claramente que esta sociedad está dispuesta a todos los excesos. Cuando las amarras entre vejez e infancia se rompen, la rueda infernal de la autodestrucción humana puede empezar a rodar...

En una sociedad, no son ni los bebés no deseados, ni los deformes, ni los viejos, *los individuos más peligrosos*; éstos son los *cínicos* que tienen el poder de decisión. Cualesquiera que sean sus convicciones religiosas, filosóficas o morales, puedan aquellos que hemos elegido limitar el poder de los cínicos y sacar provecho de las lecciones de la historia.

8.3 EN FAVOR DE TODA VIDA HUMANA

Juan María Uriarte

*Obispo Auxiliar de Bilbao **

El debate sobre el aborto resulta siempre apasionante por fundamentalmente humano. La pasión asegura el interés, pero no siempre salvaguarda la lucidez. Estas diez proposiciones —que desearían ser a la vez lúcidas y cálidas— condensan la mentalidad y sensibilidad cristiana en torno a un tema candente.

1.^a Oponerse al aborto resulta en ciertos medios sociales, sinónimo de actitud precientífica e intolerante. Reconozco con dolor que algunos se ganan a pulso tales calificativos. Sin embargo, la mayor parte no los merecen en absoluto. Muchos de ellos son decididamente abiertos en todos los campos de la vida. ¿Cabe una posición más abierta que la de aquel que defiende toda vida humana?

Asimismo, los partidarios del aborto en cualquier circunstancia son relativamente escasos. El aborto es aceptado mentalmente o realizado vitalmente como una emergencia, como un mal menor. Muchos estimamos, con todo, que no es un mal menor, sino un mal mayor.

2.^a El punto decisivo del debate sobre el aborto puede formularse así: el embrión ¿es o no desde su inicio un ser humano portador del derecho inviolable a vivir? Las posiciones en torno al aborto dependen de la respuesta —afirmativa, negativa, dubitativa— a esta pregunta cardinal.

3.^a Las ciencias biológicas tienen una palabra en el debate sobre el aborto. No la última palabra. La biología nos dice que el embrión no es un apéndice materno; es, desde el inicio, un ser vivo de la especie humana y distinto de su madre. No le corresponde asegurarnos que este ser es una persona humana. La ciencia nos ofrece datos suficientes y cada vez más ricos para que la filosofía pueda afirmar

con razón que un embrión es ya un sujeto humano con un destino individual y un derecho inviolable a existir. La fe cristiana asume y refuerza esta afirmación fundamental.

4.^a A partir de esta opción básica, la fe cristiana enriquece con motivos específicos la protección debida a este ser humano incipiente: Dios es Señor absoluto de la existencia del hombre; la vida humana es valor fundamental intangible; la vida prenatal requiere especial protección por su misma debilidad.

5.^a Esta tenaz y firme protección de la vida del no-nacido, si quiere ser coherente, conduce a los creyentes a la defensa de toda existencia humana. «En una perspectiva semejante debe situarse también la actitud cristiana ante la pena de muerte, la guerra y otros hechos en que está en juego la vida humana» (Conferencia Episcopal Española, 1979). Entre estos «otros hechos» hay que situar indudablemente al terrorismo. La coherencia exige sensibilidad para con la vida humana nacida y no nacida. La incoherencia resta credibilidad.

6.^a Muchos que estiman que el aborto es inmoral sostienen que la ley civil no debe penalizarlo. Quien defiende el valor absoluto de toda vida humana y admite que el embrión es un ser humano no puede asumir coherentemente esta posición. En efecto, la ley civil no puede dejar de sancionar una práctica que destruye una vida humana. Es verdad que no debe prohibir toda conducta inmoral. Pero es igualmente cierto que no puede consentir una conducta que atente a la base misma de la convivencia social: el derecho a la vida.

7.^a La ley española actual despenaliza el aborto en tres situaciones. Cada una de ella evoca graves problemas humanos, a los cuales debe ser sensible toda conciencia cristiana. El grave riesgo de la vida y salud de la madre, la dramática situación de la mujer violada y los fundados temores sobre importantes anomalías del feto humano merecen toda la atención y una sintonía. Con todo, los abortos procurados por estos motivos constituyen un porcentaje mínimo del total de abortos consumados.

8.^a Por muy sensible que sea a estos dramas humanos, la conciencia cristiana formada a la luz del magisterio unánime y continuo de la Iglesia católica no puede aprobar el aborto ni siquiera en estos supuestos. Felizmente los avances de la Medicina han eliminado en la práctica el riesgo de la vida de la madre. La salud de ésta, con ser

* Publicado en *Ecclesia*, n.º 2.474 (5 de mayo de 1990).

un valor inestimable, es un bien menor que la vida del ser humano que anida en ella. En el caso, verdaderamente inhumano de la violación, un «inocente» no debe pagar con su vida las consecuencias de la brutalidad de un desaprensivo. Ni puede ser suprimido un ser humano por la sospecha o la certeza de que no ha de ser normal. Cada ser humano vale por sí mismo, con independencia de su normalidad.

Podemos todavía preguntarnos: ¿No estamos incurriendo en el riesgo de confundir salud con bienestar? ¿Es el aborto la vía mejor para apagar o atenuar el traumatismo de la violación? ¿No supone, por el contrario, un nuevo traumatismo? ¿Tenemos algún derecho a decidir la supresión de futuros minusválidos o subnormales? ¿Qué pensará de esta «prerrogativa» el millón de personas minusválidas del Estado Español?

9.^a La doctrina católica del aborto es, desde luego, exigente. A muchos parece, además, inhumana. ¿Por qué? Nuestra sociedad ha llegado, tras largo proceso de evolución, a aborrecer el infanticidio. No ha llegado a aborrecer de modo análogo el aborto. El ser humano no nacido no habla a nuestra sensibilidad ni es investido del afecto y de las expectativas con que espontáneamente revestimos al ya nacido, sea cual sea su condición. Para amar hace falta siempre imaginar. No nos faltan motivos: nos falta la imaginación a la hora de descubrir vitalmente la continuidad entre el niño nacido y el ser no nacido. Por esto, paradójicamente, nos parece dura una doc-

trina «sensible» a la suerte de los que todavía «no han llegado».

10.^a La posición católica sobre el aborto es exigente también en otra dirección. Nadie se opone en cristiano al aborto si, al mismo tiempo, no está dispuesto a comprometerse en la creación de unas condiciones que ayuden a las mujeres a no abortar. Acoger socialmente a las madres solteras, favorecer la adopción, educar la sexualidad, crear instituciones dedicadas a esta misión y muchas otras actividades son traducciones concretas de un compromiso cristiano ineludible e inaplazable.

Albergo la persuasión de que así como las ciencias positivas necesitan, para sustentarse, unas pocas «verdades protocolarias» que, sin ser demostrables por métodos científicos, son irrefutables e irremplazables, la convivencia humana necesita unas convicciones morales que son su suelo vital. De estas convicciones emergen unos umbrales que no se deben traspasar nunca. La vida humana es uno de estos umbrales.

No puedo sustraerme a la impresión (¿ilusión? ¿esperanza?) de que el progreso moral de la humanidad nos conducirá a ver con claridad y defender con firmeza este umbral hoy todavía sólo entrevisto entre brumas. Tal vez entonces nos preguntemos cómo fuimos, en este punto, tan lentos y tan poco clarividentes.

8.4 EL ZIGOTO: SER O NO SER UNA PERSONA *

Carlos Alonso Bedate, S.J.

*Profesor de Biología Molecular, Centro de Biología Molecular
Universidad Autónoma de Madrid
Campus de Eventoblanco, 28049 Madrid. España*

Robert C. Cefalo, M.D., Ph. D.

*División de Medicina Maternal y Fetal
Departamento de Obstetricia y Ginecología,
Escuela Médica de la Universidad de Carolina del Norte
Chapel Hill, North Carolina 27599-7570, U.S.A.*

INTRODUCCIÓN

Muchos de los argumentos de la filosofía y teología moral contra un aborto prematuro o contra la manipulación del pre-embrión presuponen que el cigoto contiene toda la información necesaria para que se produzca el carácter específicamente biológico del futuro adulto (véanse las referencias). Según estos argumentos, se concede al cigoto una categoría especial, con la afirmación que la unicidad biológica del futuro adulto queda ya determinada en el momento de su concepción. Estas posiciones filosóficas y teológicas que dependen de este presupuesto empírico deben ser revisadas si se quiere demostrar que aquella afirmación es falsa.

ANTECEDENTES

Genética

En un sentido no crítico, es cierto que el cigoto posee la información genética que se necesita para la generación de las moléculas que formarán la estructura de la persona que existirá en el futuro, es decir, está en posesión de la información específicamente humana. El cigoto también tiene toda la información extra-cromosómica indispensable para dar comienzo al proceso de diferenciación. Pero es incorrecto concluir que el cigoto contiene toda la información que se necesita para el proceso embriogénico que determinará las características biológicas del futuro in-

Ya no es posible afirmar que las características biológicas de un futuro adulto quedan determinadas en el momento de su concepción. Después de todo, el cigoto puede desarrollarse en una mola hidatidiforme en vez de convertirse en un ser humano. El desarrollo de una persona humana individual está determinado por moléculas codificadas genéticas o no genéticas en el embrión, junto con la influencia del ambiente materno. Por consiguiente, es un error considerar al ADN cromosómico (y otros) del cigoto como suficiente para determinar la unicidad del futuro individuo.

* The Journal of Medicine and Philosophy 14:641-645, 1989.

un valor inestimable, es un bien menor que la vida del ser humano que anida en ella. En el caso, verdaderamente inhumano de la violación, un «inocente» no debe pagar con su vida las consecuencias de la brutalidad de un desaprensivo. Ni puede ser suprimido un ser humano por la sospecha o la certeza de que no ha de ser normal. Cada ser humano vale por sí mismo, con independencia de su normalidad.

Podemos todavía preguntarnos: ¿No estamos incurriendo en el riesgo de confundir salud con bienestar? ¿Es el aborto la vía mejor para apagar o atenuar el traumatismo de la violación? ¿No supone, por el contrario, un nuevo traumatismo? ¿Tenemos algún derecho a decidir la supresión de futuros minusválidos o subnormales? ¿Qué pensará de esta «prerrogativa» el millón de personas minusválidas del Estado Español?

9.^a La doctrina católica del aborto es, desde luego, exigente. A muchos parece, además, inhumana. ¿Por qué? Nuestra sociedad ha llegado, tras largo proceso de evolución, a aborrecer el infanticidio. No ha llegado a aborrecer de modo análogo el aborto. El ser humano no nacido no habla a nuestra sensibilidad ni es investido del afecto y de las expectativas con que espontáneamente revestimos al ya nacido, sea cual sea su condición. Para amar hace falta siempre imaginar. No nos faltan motivos: nos falta la imaginación a la hora de descubrir vitalmente la continuidad entre el niño nacido y el ser no nacido. Por esto, paradójicamente, nos parece dura una doc-

trina «sensible» a la suerte de los que todavía «no han llegado».

10.^a La posición católica sobre el aborto es exigente también en otra dirección. Nadie se opone en cristiano al aborto si, al mismo tiempo, no está dispuesto a comprometerse en la creación de unas condiciones que ayuden a las mujeres a no abortar. Acoger socialmente a las madres solteras, favorecer la adopción, educar la sexualidad, crear instituciones dedicadas a esta misión y muchas otras actividades son traducciones concretas de un compromiso cristiano ineludible e inaplazable.

Albergo la persuasión de que así como las ciencias positivas necesitan, para sustentarse, unas pocas «verdades protocolarias» que, sin ser demostrables por métodos científicos, son irrefutables e irremplazables, la convivencia humana necesita unas convicciones morales que son su suelo vital. De estas convicciones emergen unos umbrales que no se deben traspasar nunca. La vida humana es uno de estos umbrales.

No puedo sustraerme a la impresión (¿ilusión? ¿esperanza?) de que el progreso moral de la humanidad nos conducirá a ver con claridad y defender con firmeza este umbral hoy todavía sólo entrevisto entre brumas. Tal vez entonces nos preguntemos cómo fuimos, en este punto, tan lentos y tan poco clarividentes.

8.4 EL ZIGOTO: SER O NO SER UNA PERSONA *

Carlos Alonso Bedate, S.J.

*Profesor de Biología Molecular, Centro de Biología Molecular
Universidad Autónoma de Madrid
Campus de Eventoblanco, 28049 Madrid. España*

Robert C. Cefalo, M.D., Ph. D.

*División de Medicina Maternal y Fetal
Departamento de Obstetricia y Ginecología,
Escuela Médica de la Universidad de Carolina del Norte
Chapel Hill, North Carolina 27599-7570, U.S.A.*

INTRODUCCIÓN

Muchos de los argumentos de la filosofía y teología moral contra un aborto prematuro o contra la manipulación del pre-embrión presuponen que el cigoto contiene toda la información necesaria para que se produzca el carácter específicamente biológico del futuro adulto (véanse las referencias). Según estos argumentos, se concede al cigoto una categoría especial, con la afirmación que la unicidad biológica del futuro adulto queda ya determinada en el momento de su concepción. Estas posiciones filosóficas y teológicas que dependen de este presupuesto empírico deben ser revisadas si se quiere demostrar que aquella afirmación es falsa.

ANTECEDENTES

Genética

En un sentido no crítico, es cierto que el cigoto posee la información genética que se necesita para la generación de las moléculas que formarán la estructura de la persona que existirá en el futuro, es decir, está en posesión de la información específicamente humana. El cigoto también tiene toda la información extra-cromosómica indispensable para dar comienzo al proceso de diferenciación. Pero es incorrecto concluir que el cigoto contiene toda la información que se necesita para el proceso embriogénico que determinará las características biológicas del futuro in-

Ya no es posible afirmar que las características biológicas de un futuro adulto quedan determinadas en el momento de su concepción. Después de todo, el cigoto puede desarrollarse en una mola hidatidiforme en vez de convertirse en un ser humano. El desarrollo de una persona humana individual está determinado por moléculas codificadas genéticas o no genéticas en el embrión, junto con la influencia del ambiente materno. Por consiguiente, es un error considerar al ADN cromosómico (y otros) del cigoto como suficiente para determinar la unicidad del futuro individuo.

* The Journal of Medicine and Philosophy 14:641-645, 1989.

dividuo. La raíz de la personalidad no se puede encontrar simplemente en la posesión de información genética específicamente humana. Una célula en cultivo (por ejemplo una célula HeLa) tiene también tal información. Puesto que la única diferencia entre un cigoto y una célula epitelial o HeLa es la existencia de información molecular que genera el comienzo de la embriogénesis, tenemos que definir el substrato biológico de cualquier ejemplo de vida humana personal en términos que expresen la capacidad de dar información¹ junto con el contenido de esta información². Si asumimos que la presencia de suficiente información determinante establece la presencia de una persona, cuando fuera posible generar en una célula no-germinal la capacidad de iniciar un proceso embriogénico, sería necesario afirmar que la célula en cuestión se convertirá automáticamente en aquel momento en una persona.

Biología molecular

La información usada para el desarrollo del embrión humano supone más que la información genética cromosómica, el material genético de la mitocondria maternal y los mensajes paterno-maternales en la forma del ARN mensajero o proteínas. En términos de biología molecular es incorrecto afirmar que el cigoto está en posesión de todas las moléculas que contienen la información sobre el desarrollo del embrión; a lo sumo, el cigoto posee las moléculas que tienen el potencial para adquirir la capacidad informativa. Aquel potencial de capacidad informativa se adquiere con el tiempo por interacción con otras moléculas. Cuando dos moléculas se unen sin interacción, el resultado de esta unión es otra molécula que no es más que la suma algebraica de las dos. Ambas moléculas pueden estar codificadas en el genoma. Sin embargo, cuando dos moléculas interactúan, el resultado no es la suma algebraica de ambas, sino una molécula diferente, y completamente nueva. Esta molécula nueva, con su capacidad informativa, no estaba codificada en el genoma. Así pues, la determinación de ser o de tener características particulares se da con el tiempo por medio de la información que resulta de la interacción entre las moléculas.

Las determinaciones físicas del material genético en el cigoto son radicalmente diferentes de las de una célula somática. En el cigoto todas las moléculas que forman los genes son potencialmente reversibles a estados informativos. Sin embargo, en las células de tejidos fisiológicamente determinados, puede que esto no sea así. Es probable que este potencial no se dé en estos tejidos porque la información necesaria no está presente. No obstante, desde un punto de vista físico/químico, el cigoto todavía tiene un juego de moléculas con el poder de volver a su estado anterior de configuraciones de información.

Si sería correcto o no conceder a los cigotos la categoría moral de individuo ya nacido no nos atañe aquí, lo que sí es incorrecto sería afirmar que el cigoto tiene las moléculas informativas de la futura persona en su genoma. En el proceso de diferenciación, el embrión interactúa con la madre: no hay ninguna duda que ambos sistemas biológicos intercambian información. Parece que la información extra-zigótica no es necesaria durante la primera división del cigoto. Cada blastómero tiene en realidad esta información puesto que cada uno se divide de la mis-

ma manera y cada una podría formar un blastocisto. Sin embargo, en determinado momento, se pierde esta información para producir más blastocistos, ya que la división se detiene, y otro proceso completamente distinto (de diferenciación) comienza. ¿De dónde viene esta información que se necesita para empezar este nuevo proceso? Tiene que ocurrir algún tipo de interacción entre moléculas del cigoto y otras fuera del mismo, puesto que empieza un período durante el cual el blastocisto se establece en el útero con dependencia absoluta de la madre. Es aquí cuando el proceso de diferenciación comienza.

Entonces, la pregunta es, ¿cuál es la información que decide el camino que distintos blastómeros tomarán para su desarrollo, ya que unos siguen uno mientras los demás siguen otro: la formación de la placenta, membranas extraembrionarias, o embrioblastos? Además, ¿qué información decide que los blastómeros de la masa interna del blastocisto emigren por una dirección u otra para la formación del ectodermo, mesodermo, o el endodermo? Más aún, ¿qué información decide que cada sección de los estratos germinales forme un órgano particular? Las membranas extra-embriónicas y los estratos primitivos toman su origen de grupos de células que ocupan posiciones en lugares específicos en el blastocisto. La información primaria que determina la formación de las membranas y los estratos debe derivarse fundamentalmente de posiciones celulares. El significado de la información sobre su posición no está definida con claridad. La información sobre el lugar ocupado no tiene codificación genética y su existencia temporal no puede ser especificada en términos moleculares. Al contrario, la información sobre la posición se origina en determinado momento, debido a la relación posicional de otras células, o a la información que se deriva de las interacciones de otras moléculas. Parecería que esta información es el resultado de interacciones de células que no están genéticamente codificadas. Se desconoce la lógica de la información no codificada. Este tipo de mensaje con capacidad informativa raras veces ha sido tenida como información, puesto que este término ha sido restringido a mensajes genéticos. Cualquier mensaje es información, sea de origen genético o no, especialmente si la información es transformadora. La información posicional absolutamente necesaria para la formación de estratos primitivos morfogénicos es un ejemplo de información para el desarrollo no codificado en el genoma del cigoto. Esta es una clase de información que se origina al paso del tiempo y es debida a la interacción entre moléculas o grupos macromoleculares sin estar codificada en el ADN.

Al término de un desarrollo en el que todos los procesos biológicos que controlan este proceso han sido actualizados, el cigoto da origen a un ser humano. Sin embargo, el cigoto puede desarrollarse como una entidad biológica que no es una persona, por ejemplo una mola hidatidiforme. Por consiguiente, un cigoto individual, incluso cuando es biológicamente perfecto, no posee en sí mismo toda la información necesaria y, con seguridad, tampoco la suficiente para llegar a ser una persona humana. El desarrollo del cigoto depende en todo momento de varios factores: la progresiva actualización de su propia información genética codificada, la actualización de las piezas de información que se originan *de novo* durante el proceso embrionario, y una información exógena independiente del control del cigoto.

Resumiendo: el cigoto hace posible la existencia de un ser humano pero no tiene, de sí y ni por sí mismo, la suficiente información para formarlo. La constitución del embrión depende de una serie de hechos que ocurrirán durante la ontogénesis, algunos de los cuales están fuera del control del programa genético. El cigoto tiene información suficiente para producir exclusivamente el tejido del hombre pero no para desarrollarse en un ser humano. Esto no significa que el cigoto no tenga valor específico por su relación con la persona a la que puede dar origen, pero sí significa que la condición del cigoto no puede ser la misma que la de la persona en la que se desarrollará.

1. Ésta es la información que puede, de hecho, dirigir el desarrollo de la persona humana.

2. Ésta es la información que corresponde a aquella que se usa para el desarrollo de la persona humana, pero en su estado presente no está disponible para dirigir el proceso. Por ejemplo, el ADN es una célula de la piel que tiene toda la estructura que se puede encontrar en la persona, aunque hay muy poca disponible para su uso, y este hecho contribuye a que la célula de la piel sea sólo una célula de la piel y no un embrión.

BIBLIOGRAFÍA

- CONGREGACIÓN POR LA DOCTRINA DE LA FE, 1983: *Declaración sobre el aborto provocado* (1974), párrafos 12-13, en A. FLANNEY (ed.), *Vatican Council II: More Postconciliar Documents (Concilio Vaticano II: Más Documentos Postconciliares)*, Dublin Dominican Publications, Dublin, en páginas 445-446.
- CONGREGACIÓN POR LA DOCTRINA DE LA FE, 1987: *Instruction on Respect for Human Life and on its Origin and the Dignity of Procreation. Instrucción sobre el Respeto por la Vida Humana sobre su Origen y la Dignidad de la Procreación*, Ciudad del Vaticano, Vatican Polyglot Press, en páginas 3-13.
- DALY, T. V., 1985: *The status of embryonic life - a crucial issue in genetic counselling in health care priorities in Australia (Estado de la vida embrionaria - cuestión candente en el asesoramiento genético, de las prioridades en el cuidado de la salud en Australia)*. N. Tonti-Filipini (ed.) *Actas de la Conferencia Anual de Bioética de 1985*, St. Vincent's Bioethics Centre, Melbourne, en páginas 52, 53, 189.
- FORD, N. M., 1988: *When did I begin? Conception of the human individual in History (¿Cuándo empecé? Concepción del individuo humano en el curso de la historia)*, *Philosophy and Science*. Cambridge University Press, Cambridge, England, en páginas 57-64.
- HAMILTON, W. J. y MOSSMAN, H. W., 1972: *Human Embriology*, Cuarta edición, Heffer, Cambridge, England, en página 14.
- HILGERS, T. W., 1980: *The new Technologies of Birth and Death: Medical, legal and Moral Dimensions (Nuevas Tecnologías de Nacer y Morir: Dimensiones Médicas, Legales y Morales)*, Pope John XXIII Medical-Moral Research and Education Center, St. Louis, en páginas 34, 55, 191.
- MAHONEY, J., 1984: *Bioethics and Belief: Religion and Medicine in Dialogue (Bioética y Creencia: Religión y Medicina en Diálogo)*, Sheed and Ward, London, en páginas 52-86.
- PATTEN, B. M., 1968: *Human Embriology*, Tercera edición. McGraw Hill, New York.
- SERRA, A: *Embrione umano, scienza e medicina. In margine al recente documento. En La Civiltà Cattolica (Roma)*, 2 (1987), páginas 247-261. En castellano: *El embrión humano, ciencia y medicina. En torno a un reciente documento*. EN: ABEL, F., BONÉ, E., HARVEY, J. C., eds. (FIUC). *La vida humana: Origen y desarrollo: Reflexiones bioéticas de científicos y moralistas*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 1989.
- SIMPSON, G. y BECK, W., 1985: *Life: An Introduction to Biology (Vida: Una Introducción a la Biología)*, segunda edición, Harcourt Brace, London, en página 139.

8.5 EL USO DEL TEJIDO FETAL Y DEL ANENCEFÁLICO PARA TRASPLANTE*

Robert C. Cefalo
H. Tristram Engelhardt, Jr.

Los progresos en el trasplante han extendido la vida y aliviado el sufrimiento de miles de individuos. La perspectiva de usar tejidos procedentes tanto de embriones como de anencefálicos recién nacidos ofrece la promesa de un mayor alivio para los que sufren. Sin embargo, estas posibilidades ponen de relieve temas de orden moral y normas sobre el modo de proceder en la sociedad. Se plantea hasta qué punto los que desaprueban el aborto pueden utilizar tejidos de fetos abortados para tratar graves enfermedades. Defendemos en este ensayo que, con las debidas precauciones, ese tejido puede ser usado sin tener que cooperar en un aborto. Es decir, incluso aquellos que se oponen a éste pueden beneficiarse mediante el uso del tejido que se adquiere durante el aborto. Otros problemas salen a flote sobre la probidad de prolongar un embarazo sin otro fin que el de dar origen a un recién nacido anencefálico, cuya existencia biológica se mantendrá solamente para la obtención de órganos tan pronto como se declare su muerte. Se arguye que, puesto que no se puede causar ningún daño a un ser que no tiene conciencia de su propia existencia ni capacidad de sentir dolor, y como la mujer tiene el derecho de evitar los abortos, no se encuentran argumentos legítimos para oponerse a que ella busque significado a sus embarazos y así ampliar en grado máximo las oportunidades para que se usen los órganos de su recién nacido anencefálico, una vez ha sido pronunciada su muerte.

Finalmente, se defiende que, ya que las capacidades de tener sensaciones, condición mínima para tener personalidad, nunca llegarán a desarrollarse en el caso de un anencefálico, tal entidad nunca ha vivido como persona. Por consiguiente, no debe, en principio, haber ninguna dificultad en procurar el aborto de anencefálicos, ni tampoco después de una competente declaración de su muerte, usar sus órganos como ya se practica en casos de muerte total del cerebro, a pesar de que el tronco cerebral continúe funcionando.

El trasplante de órganos y tejidos es una de las contribuciones más importantes de la medicina moderna de alta tecnología. Sin embargo, el uso del trasplante como una modalidad médica no está exento de controversias (Engelhardt, 1984). Lo que se espera de los nuevos progresos ha dado lugar a serios problemas de tipo moral y afectan a las normas sociales de proceder. Los resultados recientes de los injertos de médula neuronal y adrenal en seres humanos y en monos con Parkinson, ya espontáneo, ya químicamente inducido, sugieren, a pesar de algunas pruebas en contra (Kolata, 1988 b), que el trasplante de células puede ofrecernos una terapia muy útil. Las células precursoras hematopoyéticas de la médula o hígado del feto han sido usadas en el tratamiento de enfermedades genéticas y otras producidas por irradiación. También, los adelantos en las técnicas de cirugía

* Artículo publicado en *The Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 14, n.º 1, febrero 1989, pp. 25-43. Traducción y reproducción autorizadas por la mencionada revista a LH.

BIBLIOGRAFÍA

- CONGREGACIÓN POR LA DOCTRINA DE LA FE, 1983: *Declaración sobre el aborto provocado* (1974), párrafos 12-13, en A. FLANNEY (ed.), *Vatican Council II: More Postconciliar Documents (Concilio Vaticano II: Más Documentos Postconciliares)*, Dublin Dominican Publications, Dublin, en páginas 445-446.
- CONGREGACIÓN POR LA DOCTRINA DE LA FE, 1987: *Instruction on Respect for Human Life and on its Origin and the Dignity of Procreation. Instrucción sobre el Respeto por la Vida Humana sobre su Origen y la Dignidad de la Procreación*, Ciudad del Vaticano, Vatican Polyglot Press, en páginas 3-13.
- DALY, T. V., 1985: *The status of embryonic life - a crucial issue in genetic counselling in health care priorities in Australia (Estado de la vida embrionaria - cuestión candente en el asesoramiento genético, de las prioridades en el cuidado de la salud en Australia)*. N. Tonti-Filipini (ed.) *Actas de la Conferencia Anual de Bioética de 1985*, St. Vincent's Bioethics Centre, Melbourne, en páginas 52, 53, 189.
- FORD, N. M., 1988: *When did I begin? Conception of the human individual in History (¿Cuándo empecé? Concepción del individuo humano en el curso de la historia)*, *Philosophy and Science*. Cambridge University Press, Cambridge, England, en páginas 57-64.
- HAMILTON, W. J. y MOSSMAN, H. W., 1972: *Human Embriology*, Cuarta edición, Heffer, Cambridge, England, en página 14.
- HILGERS, T. W., 1980: *The new Technologies of Birth and Death: Medical, legal and Moral Dimensions (Nuevas Tecnologías de Nacer y Morir: Dimensiones Médicas, Legales y Morales)*, Pope John XXIII Medical-Moral Research and Education Center, St. Louis, en páginas 34, 55, 191.
- MAHONEY, J., 1984: *Bioethics and Belief: Religion and Medicine in Dialogue (Bioética y Creencia: Religión y Medicina en Diálogo)*, Sheed and Ward, London, en páginas 52-86.
- PATTEN, B. M., 1968: *Human Embriology*, Tercera edición. McGraw Hill, New York.
- SERRA, A: *Embrione umano, scienza e medicina. In margine al recente documento. En La Civiltà Cattolica (Roma)*, 2 (1987), páginas 247-261. En castellano: *El embrión humano, ciencia y medicina. En torno a un reciente documento*. EN: ABEL, F., BONÉ, E., HARVEY, J. C., eds. (FIUC). *La vida humana: Origen y desarrollo: Reflexiones bioéticas de científicos y moralistas*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 1989.
- SIMPSON, G. y BECK, W., 1985: *Life: An Introduction to Biology (Vida: Una Introducción a la Biología)*, segunda edición, Harcourt Brace, London, en página 139.

8.5 EL USO DEL TEJIDO FETAL Y DEL ANENCEFÁLICO PARA TRASPLANTE*

Robert C. Cefalo
H. Tristram Engelhardt, Jr.

Los progresos en el trasplante han extendido la vida y aliviado el sufrimiento de miles de individuos. La perspectiva de usar tejidos procedentes tanto de embriones como de anencefálicos recién nacidos ofrece la promesa de un mayor alivio para los que sufren. Sin embargo, estas posibilidades ponen de relieve temas de orden moral y normas sobre el modo de proceder en la sociedad. Se plantea hasta qué punto los que desaprueban el aborto pueden utilizar tejidos de fetos abortados para tratar graves enfermedades. Defendemos en este ensayo que, con las debidas precauciones, ese tejido puede ser usado sin tener que cooperar en un aborto. Es decir, incluso aquellos que se oponen a éste pueden beneficiarse mediante el uso del tejido que se adquiere durante el aborto. Otros problemas salen a flote sobre la probidad de prolongar un embarazo sin otro fin que el de dar origen a un recién nacido anencefálico, cuya existencia biológica se mantendrá solamente para la obtención de órganos tan pronto como se declare su muerte. Se arguye que, puesto que no se puede causar ningún daño a un ser que no tiene conciencia de su propia existencia ni capacidad de sentir dolor, y como la mujer tiene el derecho de evitar los abortos, no se encuentran argumentos legítimos para oponerse a que ella busque significado a sus embarazos y así ampliar en grado máximo las oportunidades para que se usen los órganos de su recién nacido anencefálico, una vez ha sido pronunciada su muerte.

Finalmente, se defiende que, ya que las capacidades de tener sensaciones, condición mínima para tener personalidad, nunca llegarán a desarrollarse en el caso de un anencefálico, tal entidad nunca ha vivido como persona. Por consiguiente, no debe, en principio, haber ninguna dificultad en procurar el aborto de anencefálicos, ni tampoco después de una competente declaración de su muerte, usar sus órganos como ya se practica en casos de muerte total del cerebro, a pesar de que el tronco cerebral continúe funcionando.

El trasplante de órganos y tejidos es una de las contribuciones más importantes de la medicina moderna de alta tecnología. Sin embargo, el uso del trasplante como una modalidad médica no está exento de controversias (Engelhardt, 1984). Lo que se espera de los nuevos progresos ha dado lugar a serios problemas de tipo moral y afectan a las normas sociales de proceder. Los resultados recientes de los injertos de médula neuronal y adrenal en seres humanos y en monos con Parkinson, ya espontáneo, ya químicamente inducido, sugieren, a pesar de algunas pruebas en contra (Kolata, 1988 b), que el trasplante de células puede ofrecernos una terapia muy útil. Las células precursoras hematopoyéticas de la médula o hígado del feto han sido usadas en el tratamiento de enfermedades genéticas y otras producidas por irradiación. También, los adelantos en las técnicas de cirugía

* Artículo publicado en *The Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 14, n.º 1, febrero 1989, pp. 25-43. Traducción y reproducción autorizadas por la mencionada revista a LH.

dedicada al trasplante de órganos procedentes de anencefálicos puede dar origen a una fuente de órganos que salven vidas de infantes y niños que mueren de enfermedades del corazón, hígado y riñones. Estas perspectivas tecnológicas para controlar enfermedades y extender la vida desencadenan cuestiones especiales, legales y morales que deben ser discutidas a fin de establecer normas públicas responsables, dentro de estas áreas.

La moralidad de la cosecha de tejidos fetales depende del estado del feto en el momento de obtenerse el tejido. Las cuestiones morales y legales son lo suficientemente claras si el feto posee los elementos con los que la muerte se define, hoy día. Con todo, un problema legal se origina para los que mantienen que el aborto electivo es inmoral. Se trata de saber si aquellos, que sin haber cooperado en una acción inmoral pueden participar en buena conciencia en la obtención de este tejido o hacer uso del mismo en el tratamiento de enfermedades. El uso de anencefálicos como proveedores de órganos pone también ante la vista la cuestión sobre el estado del donante. Puede que haya algunas dificultades de tipo técnico y filosófico para que se pueda aplicar el criterio de muerte cerebral total en el caso de un anencefálico recién nacido, cuando al mismo tiempo se mantienen sus órganos en condiciones óptimas para subsiguientes trasplantes (American Academy of Pediatrics, 1987; Volpe, 1987; Harrison, 1986; Capron, 1987; Holtzgreve et al., 1987). Hay que añadir a todo esto las dudas sobre la conveniencia de mantener un embarazo del que nacerá un niño que será simplemente un proveedor de órganos, o sobre retardar su muerte hasta que se encuentre un receptor conveniente (Arras y Shinnar, 1988).

La pregunta más fundamental es la que trataremos en último lugar: ¿debería atribuirse a los anencefálicos el estado moral y legal de muertos cerebralmente, y a la vez el de seres humanos vivos? A diferencia de la mayoría de los que han sufrido muerte cerebral total, los anencefálicos no tienen una historia de un pasado de vida mental. Nunca han experimentado, sentido, o actuado en el mundo, ni lo harán jamás. ¿Deberían ser considerados seres vivientes si no han tenido ni nunca tendrán capacidad para sentir? Este ensayo se encamina hacia el problema general de la formulación de normas públicas que justifiquen el trasplante de órganos procedentes de fetos y de niños anencefálicos. Se acentuará al final el empleo de los anencefálicos como proveedores: concluiremos dando nueva forma a las normas públicas sobre la condición de los mismos anencefálicos.

ANTECEDENTES

Temas médicos

De momento no hay modalidades de curación y pocas terapias paliativas para los desórdenes degenerativos neurológicos como la enfermedad de Parkinson, la corea de Huntington y la demencia senil de tipo Alzheimer. La investigación preliminar cuyo fin es hacer retroceder los déficits que estos pacientes experimentan, requiere un injerto de tejido neuroblástico con la esperanza de una reconstrucción funcional selectiva del cerebro. Algunos pacientes con la enfermedad de Parkinson han demostrado una mejoría clínica transitoria después de un trasplante de tejido medular adrenal autólogo de adultos, en determinadas partes del cerebro (Merz 1987; Madrazo y otros, 1987). En 1986, la supervivencia de injertos de neuronas fetales en monos sugirió que el injerto de neuronas fetales podía tener aplicación en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson (Redmon y otros, 1986). En monos, a quienes se había inducido químicamente el Parkinson, la mejoría de conducta y funcional continuó durante diez semanas, después de haber sido sometidos a injertos de células. El tejido nervioso que se obtuvo de fetos viables y no viables (de un período de gestación inicial) demostró supervivencia y crecimiento en los primates.

La mayoría de estudios sobre trasplantes de animales tenía

como elementos injertos y tejidos huéspedes con idénticos antecedentes genéticos a fin de evitar el rechazo inmune del injerto. El injerto homólogo de neuroblastos fetales conduce a mejores resultados en cuanto a reparación y reconstrucción del cerebro (Smith y otros, 1986). Los tejidos del sistema nervioso humano fetal tienen la ventaja de que después del injerto, las células fetales funcionan en un ambiente sin reactividad inmunológica adversa. En la actualidad, el uso del tejido neural humano del feto para el trasplante está en estado de experimentación y debe ser sometido al rigor de las revisiones científicas.

El trasplante de las células precursoras hematopoyéticas de la médula del feto y del hígado ha sido investigado recientemente en el tratamiento de defectos genéticos del sistema hematopoyético, leucemia y anemia aplásica (Barranger, 1984; Simpson y Globus, 1985). Las células precursoras hematopoyéticas del hígado fetal se obtienen cuando el hígado es el órgano primario de la hematopoyesis. La experimentación con animales desde los años 1950 ha demostrado que las células precursoras hematopoyéticas del hígado del feto son mejor aceptadas por el receptor si se comparan con las mismas células de la médula del adulto. En los seres humanos han sido usadas con éxito para el trasplante, en aquellas ocasiones que no fue posible encontrar un donante con el mismo tipo histológico.

La rapidez con que se desarrolló la habilidad técnica para el trasplante de órganos fetales como riñones, hígado, corazón, médula, y pequeños islotes de células pancreáticas puede ofrecer la posibilidad de salvar la vida de un número importante de niños. Aproximadamente 7.500 de ellos nacen todos los años con un desorden cardíaco fatal. De éstos, nacen aproximadamente 500 con la parte izquierda del corazón afectada por el síndrome hipoplásico fatal que puede beneficiarse con un trasplante de corazón de un recién nacido (Alters, 1987; Bailey y otros, 1985; Penkoske, 1984). Si hubiera órganos disponibles para un trasplante renal, de 400 a 500 niños con enfermedades renales fatales podrían dejar la diálisis, todos los años, en los Estados Unidos (So y otros, 1985). El trasplante de hígado y timos fetales ha sido usado con niños que nacieron con inmunodeficiencias combinadas fatales (Buckley, 1976). Todos los años nacen unos 800 niños con fallos hepáticos o defectos metabólicos que podrían sobrevivir por medio de trasplantes de hígado (Lloyd-Still, 1985; Iwasuki, 1984; Schmind, 1983). Otro número de niños que mueren como consecuencia de deficiencias inmunológicas, hematológicas y endocrinológicas, podrían potencialmente salvarse por medio de trasplante de diversos tejidos. De los niños menores de dos años, que están a la espera del trasplante de órganos, del 40 % al 70 % morirán antes que sea posible encontrar los órganos apropiados. El continuo desarrollo experimental de las técnicas del trasplante de tejido depende de la disponibilidad de tejido humano recientemente obtenido con la interrupción del embarazo. El material que se puede obtener de los abortos espontáneos no es suficiente para cubrir las necesidades (Buckley, 1976).

Una posibilidad de incrementar el fondo de donantes de tejidos procedentes de recién nacidos lleva consigo el uso de anencefálicos como fuente de órganos. Cada año nacen en los Estados Unidos aproximadamente de 2.000 a 3.000 anencefálicos de los cuales el 50 % nacen vivos. De éstos, dos terceras partes morirán en las primeras 24 horas, y la tercera parte restante morirá dentro de una semana. La mayoría de ellos muere por fallos respiratorios, después de sufrir continuos ataques de bradicardia y asfíxia. La anencefalia es uniformemente una enfermedad fatal.

La anencefalia se caracteriza por la ausencia del cerebro anterior formado por los lóbulos frontales, occipitales y parietales, el cráneo y la piel que cubre estas áreas. Este defecto se considera como resultado de no cerrarse el tubo neural. Aunque existe la posibilidad de que esta condición sea debida a la ruptura secundaria del tubo neural después de haberse cerrado (Gardner, 1973), estudios de experimentación con animales están más de acuerdo con la hipótesis de la falta de cierre primario (Kallen, 1973;

Lemire, 1988; Smith, 1982). Los pliegues neurales humanos, de los cuales se forma el cerebro, completan su cierre hacia el día 24 después de la concepción del ser humano, cuando el embrión es de un tamaño menor de 4,5 mm (Muller, 1986). Se considera que la malformación se produce antes de este tiempo. Después de 36 días de la fecundación, los pliegues neurales desarrollan las estructuras del cerebro anterior, mesencéfalo, cerebelo y médula oblongata. Los hemisferios cerebrales no se desarrollan hasta el día 100 después de la fecundación. Los modelos animales han demostrado que el daño que se sigue al no cerrarse el tubo neural puede de hecho ocurrir mucho antes del cierre, es decir, 24 días después de la fecundación (Kallen, 1973). Los modelos animales de anencefalia han ilustrado que el tejido neural, que está expuesto fuera del lugar de cierre, degenera. La degeneración es evidente en los experimentos con animales en unos estadios que corresponden a los del embrión humano de siete a ocho semanas después de la fecundación (Peters, 1979). La anencefalia incluye, sobre todo, la falta de desarrollo de los dos hemisferios cerebrales y del hipotálamo, el desarrollo incompleto de la pituitaria y del cráneo, con las estructuras faciales alteradas con una apariencia grotesca, y anomalías en las vértebras cervicales. Los ojos pueden parecer a grandes rasgos normales, pero el nervio óptico, si existe, no se extiende hasta el cerebro. Existe, sin embargo, la función del tronco cerebral que puede estimular varios reflejos, como las funciones del corazón y pulmones por un corto período de tiempo. Algunos anencefálicos presentan acciones de presión, succión y vestibulares, y responden a estímulos *dolorosos* (Swaiman, 1982, p. 410). Sin embargo, esta última respuesta se entiende mejor como reflejo doloroso del tronco cerebral. El haber escogido este término depende de una distinción entre varios factores:

- Meramente respuestas reflejas a estímulos *dolorosos*, análogos a los de la rodilla (patella) y que no requieren más que un arco reflejo intacto, sin apreciación sensible del estímulo.
- La pura sensación del dolor, que pide algo más que el tronco del cerebro (por ejemplo del tálamo); y
- El sufrimiento, que requiere el substrato neural necesario para percibir como una amenaza a la sensación de dolor (por ejemplo, el neocórtex de los lóbulos frontales).

Ya que la completa ablación de áreas cruciales del tálamo imposibilita la sensación de dolor, y los anencefálicos no tienen tálamo, éstos carecen del substrato neural que se precisa para experimentar dolor, de la misma manera que también carecen de los substratos neurales indispensables para el raciocinio, comunicación, conocimiento y sensibilidad general (Cassey, 1980, p. 186; Adams, 1980, p. 116).

Los progresos de *screening* de defectos del cierre del tubo neural y gracias a los hallazgos en el suero prenatal de la madre y del alfa-proteína del fluido amniótico, hacen posible, en la mayor parte de los casos, el diagnóstico del anencefálico con certeza. Muchos de éstos terminan con la interrupción electiva del embarazo. Esto ha contribuido a la disminución de órganos utilizables a causa de la falta de madurez o de la muerte fetal asociada con la interrupción del embarazo. Si nace un niño anencefálico, los médicos no deberían, generalmente hablando, intentar prolongar su vida. Las reglas sobre *Baby Doe* permiten abstenerse de todo tratamiento excepto del debido a aliviar los síntomas: calor y nutrición cuando a juicio médico se certifica que todo tratamiento adicional será inútil para la supervivencia del neonato, en términos biológicos, o éste permanecerá permanentemente en estado comatoso. El Departamento de Salud y Servicios Humanos no da, sin embargo, ninguna definición de estado comatoso. Los anencefálicos son candidatos a la abstención de tratamiento por ambas razones (es decir, si este estado se entiende como la pérdida de conocimiento de una manera permanente). (Departamento de Salud y Servicio Humanos, 1985).

Los hallazgos después de practicar la autopsia han confirmado que la anencefalia es una enfermedad primaria del cerebro y

que los demás órganos vitales son normales. Todavía, la aptitud de los órganos de los anencefálicos para el trasplante no ha quedado completamente confirmada puesto que no hay datos ni experiencia suficientes. Hay que añadir que, durante el tiempo que se precisa para aplicar los criterios orientados a establecer la muerte total del cerebro, los órganos sufren daño, lo que los convierte en menos que óptimamente útiles para el trasplante. Sin embargo, trasplantes con éxito de corazón y riñones a niños adultos, con órganos procedente de recién nacidos anencefálicos, han sido descritos. (Holzgreve y otros, 1987; American Medical News, 1987; Kinnaert y otros, 1981; Ohshima y otros, 1985; Kinnaert, 1984; Goodwin y otros, 1963).

Temas legales

La validez del consentimiento de los padres para la entrega de tejidos procedentes de fetos muertos se regula en todos los estados y en el Distrito de Columbia por el *Uniform Anatomical Gift Act* (UAGA —Acta de Donación Anatómica Uniforme—), por la cual se permite a los miembros de la familia entregar los órganos de un difunto para fines de investigación y posible terapia (Uniform Anatomical Gift Act, 1983). Las regulaciones federales no parecen restringir el uso del tejido fetal o los trasplantes de células de los abortos que se producen con la intención de usar sus órganos como donación:

- Si el tejido y los órganos se obtienen después de la muerte del feto.
- El feto es un donante de material biológico y no un objeto de experimentación.
- El uso del material fetal no es parte de un experimento financiado con fondos federales (Capron, 1987).

Consúltese U.S. Congress, Office of Technology Assessment (1988) (Valoración llevada a cabo por la Oficina de Tecnología del Congreso de los Estados Unidos) para una visión de alguna de las leyes que se refieren a los fetos y embriones, que puede aplicarse a la obtención de células y tejidos de embriones y fetos ya muertos. Se añade aquí, que la extirpación de órganos de fetos vivos, incluso no-viables fuera del útero, puede constituir una base para ser acusado de asesinato o de mutilación criminal. Es más, no es probable que la extracción de órganos, tejidos, o células de los fetos vivos no pudiera estar de acuerdo con las condiciones para la experimentación financiada federalmente bajo la United States Health Research Extension Act de 1985 (42 USC, Sec. 289 g) (Acta de 1985 sobre la Extensión de la Experimentación en los Estados Unidos - 42 USC. Sección 289 g), por la cual el uso de los fetos debe ser solamente parte de los proyectos:

- «Que sirvan para mejorar el bienestar del feto o satisfacer las exigencias de su salud.
- Que incremente la posibilidad del feto de alcanzar la viabilidad.
- Cuyo propósito sea desarrollar un importante conocimiento biomédico que no se pueda obtener de otra manera, y que no traiga consigo más riesgos de sufrimiento, injuria o muerte para el feto».

Se debe decir que se ha declarado una moratoria temporal para aquellos experimentos destinados al trasplante terapéutico de células que lleven consigo el uso de tejidos de fetos que han sido abortados intencionalmente (Blue Sheet, 1988; Kollata, 1988 a). Con todo esto, todavía no parece que haya restricciones especiales en el uso de órganos, tejidos y células para usos terapéuticos que han sido entregados después de la muerte del feto, si aquel uso terapéutico no está financiado federalmente.

Los órganos que proceden de aquellos anencefálicos pronunciados muertos después de toda actividad del tronco del cerebro ha cesado pueden ser o no ser aptos para el trasplante. Sin embargo, según las presentes definiciones estatutarias de muerte, no se pueden obtener órganos de aquellos que no se conformen con las definiciones de muerte total del cerebro hoy día en vigor,

que requieren un cese irreversible de todas las funciones del cerebro entero, incluyendo el tronco del cerebro. Así, la extracción de un órgano vital con fines de trasplante de un anencefálico antes de su muerte podría ser interpretada como asesinato, si la muerte resultara de esta extracción orgánica. Incluso si la obtención de tejidos, órganos o células no causa la muerte, tales actos pueden ser interpretados como actos de mutilación criminal.

Parece, sin embargo, haber pocas restricciones en cuanto al uso de órganos que proceden de anencefálicos ya difuntos o en la decisión de una mujer de continuar su embarazo de un anencefálico a fin de que éste pueda ser usado como proveedor de órganos. Cuando muere un anencefálico, después de un parto espontáneo o inducido, la UAGA permite a los padres entregar sus órganos para fines de investigación o trasplante (Pittsburg Transplant Foundation). Es también probable que la mujer tenga un derecho basado en la Constitución, a rehusar un aborto por la razón que sea, incluso la de buscar significado a su embarazo como sería el de dar los órganos de su feto anencefálico para que puedan contribuir a la vida de otro niño. Se podría preguntar si la mujer tiene o debería tener el derecho legal de someter a su hijo a un tratamiento médico, si este tratamiento no va a beneficiar al niño. Mantener el embarazo de un anencefálico para que el niño nazca y se cosechen órganos es semejante a postponer la muerte de un adulto en profundo estado comatoso a fin de obtener sus órganos después de su muerte. En ambos casos, el del anencefálico y el del adulto comatoso, el individuo del que se trata no es capaz de sensaciones, experimentar dolor o sufrir. Tratar de posponer la muerte no causa dolor ni sufrimiento. Además, aunque se usen intervenciones durante el tratamiento que son extraordinarias comparadas con la vida que se busca mantener, éstas se pueden justificar, por ser para el bien del receptor de los órganos que serán objeto del trasplante. Pero también existen desemejanzas. En el caso del adulto en profundo coma, puede haber habido un deseo expresado con anterioridad de que no se prolongue su vida o de querer ser proveedor de órganos. La diferencia entre un niño anencefálico y el moribundo adulto comatoso consiste en que los anencefálicos nunca han expresado opiniones sobre la manera que deberán ser tratados ni nunca podrán hacerlo. Cuando se escoge un tratamiento,

- Con un fin altruístico y benéfico,
- Que no causará dolor ni sufrimiento,
- Que no violará deseos expresados con anterioridad,
- Se hará un servicio público cuando los que toman la decisión en lugar del paciente son libres para escoger de manera altruística y por el bien común, como lo harían individuos competentes si se tratara de sí mismos.

Es decir, estaría de acuerdo con las normas públicas de buen proceder dar soporte a la opinión de esos individuos que prefieren posponer la muerte de los enfermos bajo su cuidado, en cuanto fuera posible sin dolor y sufrimiento, a fin de aportar beneficios a terceras partes, al incrementar la probabilidad de trasplantar sus órganos con éxito después de su muerte. Admitiendo todas estas alternativas, las normas públicas de proceder permiten acciones cuyo motivo es altruista, con beneficios que se pueden comprobar (es decir, salvando las vidas de niños) y que llevan consigo, a lo sumo, riesgos teóricos (como la posible explotación del altruismo de las mujeres y una depreciación del valor de la vida de los niños al permitir el uso de los anencefálicos en tales circunstancias).

Resumiendo, parece haber pocas barreras legales para la adquisición sin financiación federal, y para su uso terapéutico, de tejidos extraídos de fetos muertos. En particular, la UAGA para la Donación de Órganos, facilita la obtención de tejidos de fetos muertos con fines terapéuticos sin financiación federal. Lo mismo se puede decir de tejidos y órganos derivados de niños anencefálicos, pronunciados muertos de acuerdo con los criterios acostumbrados y en uso. Todavía más, el derecho constitucional basado

en la libertad de la vida privada de la mujer otorga a la misma el poder de rehusar el aborto de un anencefálico, lo que le permitiría llegar hasta el final del período de su gestación y así usar los órganos del mismo para ser trasplantados.

Temas éticos

El uso de tejidos fetales y órganos de anencefálicos para trasplantes engendra una controversia por:

- Una preocupación de no verse mezclado con la inmoralidad que va asociada el aborto.
- Una preocupación de que la prolongación de la vida de los anencefálicos, simplemente con el fin de acrecentar la oportunidad del trasplante de sus órganos, equivale a usar a seres humanos meramente como medios.
- Una sospecha de que los anencefálicos no deberían ser considerados seres vivos de la misma manera que los demás niños.

El primer tema lleva consigo el problema moral, aceptado durante tanto tiempo, sobre la cooperación en los actos inmorales de otro. La teología moral ha distinguido tradicionalmente entre cooperación material y formal, mientras que en esta última uno desea el mismo mal, en la cooperación material uno coopera sin una mala intención. Aunque la cooperación formal se ha tenido siempre como moralmente prohibida, la cooperación material se considera lícita mientras no contenga en sí misma ninguna mala intención; haya razón suficiente para cooperar; y el acto mismo en el que se coopera no es moralmente malo. Lo que se juzga en este análisis es una aplicación de la doctrina moral de la teología sobre el doble efecto (Slater, 1908, vol. 1, pp. 203-208). Sin embargo, cuando la decisión de pedir permiso para efectuar un trasplante de un tejido fetal no está asociada con la intención de provocar un aborto, quizá no haya cooperación material ni formal. La adquisición del tejido fetal puede estar estructurada de tal manera que no haya participación ni incitación al aborto. Se pueden establecer normas de proceder de manera que nunca se pida permiso a las mujeres para usar los tejidos de sus fetos, hasta después de producirse el aborto. De esta manera, no se apoyaría al mismo. En realidad, el uso de tejido fetal obtenido por medio de un aborto es compatible con la condena vigorosa del mismo aborto con la que se quiere contrarrestar cualquier apoyo que sin intención se pueda dar al mismo, indirectamente. De la misma manera que la medicina puede aprender de los traumatismos del campo de batalla sin aprobar la guerra, así también los médicos y pacientes pueden obtener beneficios con el uso de los tejidos fetales sin aprobar el método con el que se han adquirido. Sin embargo, algunos pueden estar preocupados por el hecho de que los beneficios logrados mediante el uso de los tejidos de los fetos abortados pueden implicar, de manera indirecta, una postura favorable al aborto, o que apoyan esta práctica de una manera muy sutil. Aquí la clave quizá sea la comparación entre los beneficios y los daños. Mientras no haya cooperación formal, uno puede oponerse al aborto y al mismo tiempo usar los tejidos fetales, cuando el bien que se consiga con el uso de éstos sobrepasa el mal que se seguiría del hipotético apoyo indirecto e inintencional al aborto. Después de todo, comprobar si los beneficios superan los daños es cosa que pertenece al orden empírico. En otras palabras, la oposición al aborto no debería, en principio, descartar el uso de los tejidos que se derivan del mismo.

Como se sugirió al principio, no parece haya muchas bases legales para oponerse a que las mujeres rehusen el aborto a fin de dar a luz a un anencefálico para que sea un proveedor de órganos. Para los que se oponen al aborto, la preocupación de no aumentar los males derivados del mismo debería proporcionarles un argumento que permita al feto llegar hasta el término del embarazo, aun incluso en el caso de que se tenga como fin la adquisición de órganos para donaciones. Una vez nacido, posponer la muerte ni produce sufrimiento al anencefálico, ni es contrario a deseos expresados con anterioridad. Bajo tales circunstancias,

es difícil entender cómo prolongar la vida sería un daño para el anencefálico. Sospechas morales en cuanto a su práctica deben estar basadas en preocupaciones que puedan ocurrir como consecuencias, pues este uso podría minar el cuidado moral de seres humanos, o el punto de vista que defiende como principio, que nunca se debería usar un ser humano como un medio. No parece una excusa plausible que posponer el aborto y esperar el parto del anencefálico y mantenerlo vivo hasta que se encuentre un receptor pueda minar el respeto que se debe a las personas o la consideración compasiva de la vida humana sufriente. El permiso de los padres que se requiere para el tratamiento destinado a posponer la muerte y con ello adquirir órganos, de acuerdo con la UAGA, sobre la donación de órganos, subraya la importancia de respetar los deseos de individuos capaces para tomar decisiones aunque sean surogados. El consentimiento en ambos casos reconoce la necesidad de poner límites a la persecución de fines incluso benéficos. Finalmente, el interés en salvar vidas de aquellos niños cuyas vidas pueden ser salvadas acentúa generalmente un compromiso con la vida humana. En pocas palabras:

- Donde no se sigue ningún dolor.
- Donde las intervenciones para mantener la vida no son consideradas por la mayoría como espantosas u horribles.
- Donde el anencefálico juega el papel central en un proyecto altruístico.
- Donde se requiere el consentimiento de los guardianes se pone de relieve la importancia de los valores humanos de respeto y beneficencia y un acatamiento ante los derechos de las partes interesadas. Cuando no se pueden determinar deseos personales actuales (como en el anencefálico que nunca ha tenido ni tendrá deseos), no está fuera de lugar imputar deseos benéficos, cuando esta imputación no causará daño alguno. La costumbre de posponer la muerte de los anencefálicos hasta que se encuentre un receptor apropiado no parece amenazar la práctica de respetar las personas o de sentir simpatía por los seres humanos que sufren.

La cuestión sobre la moralidad del empleo de anencefálicos como medio es más compleja. En primer lugar, no pueden ser usados meramente como medios en el sentido de que se contradigan deseos que hayan expresado en el pasado. Los anencefálicos no pueden otorgar o derogar autoridad. No existe la posibilidad de que se usen contra fines endosados por ellos mismos. Una segunda interpretación sobre el uso de personas como meros medios sería el emplearlos de modo contrario al que escogería un ser racional humano. Por ejemplo, el principio de Immanuel Kant que prohíbe usar a los demás como simples medios estaba situado en un marco analítico moral que interpretaba la autonomía no como una opción caprichosa sino como una opción con base moral, que podía ser justificada por su universalidad. «Existe, por lo tanto, un sólo imperativo categórico. Éste es: Obra solamente de acuerdo con la máxima según la cual, uno puede al mismo tiempo querer que se convierta en una ley universal» (Kant, p. 39, AK IV, 421). Los usos de los anencefálicos como proveedores de órganos, cuando esto no les reporta daño alguno y aprovecha a los demás, puede sin ninguna dificultad desearse que se convierta en una ley natural universal. Tampoco violará la segunda formulación del imperativo categórico (Kant, p. 50, AK 431), que debe entenderse no como el uso de una persona contra sus inclinaciones y deseos, sino el uso de la misma de manera incompatible con la definición de aquella persona como agente moral, como «una voluntad que da una ley universal», i.e., «Obra de tal manera que trates a la humanidad, ya en tu propia persona ya en la de otra, siempre como un fin y nunca sólo como un medio» (Kant, p. 47, AK IV, 429). Retrasando la muerte de los anencefálicos con el fin de que puedan ofrecer sus órganos, no es usarlos como meros medios en sentido kantiano ni en el sentido voluntarístico de contradecir sus deseos actuales. Tampoco se emplean de tal manera que se violaría lo que un ser racional escogería para sí mismo.

Incapaz de percibir daño o beneficio en su estado de anencefálico, la opción hipotética del agente moral racional debería colocarse de lado del principio de beneficencia, de cualquier manera que éste se pueda definir (McCormick, 1974).

El último problema sobre el estatuto moral de los anencefálicos puede desmoronar la legitimidad de las preocupaciones morales sobre el aborto de los mismos con el fin de obtener células y tejidos para ser usados o sobre procrastinar su muerte hasta encontrar un recipiente para los mismos. En el caso de los anencefálicos, sólo partes vegetativas del cerebro llegan a su desarrollo. Por consiguiente, existe la tentación de defender que los anencefálicos no han vivido nunca como personas y por lo tanto tampoco pueden morir como tales personas. Se debe notar aquí que ya existe cierta vacilación sobre la definición de la muerte total del cerebro (Zaner, 1988). De una parte, el Presidente de la Comisión para el Estudio de los Problemas Éticos en Medicina y Experimentación Biomédica y de la Conducta se mostró contrario a una definición de muerte centrada en el cerebro superior (1981, No. 13, pp 31-43). Por otra parte, en la redacción de las actas de 1983, sobre la «Decisión de abandonar el tratamiento para salvar la vida», la Comisión del Presidente defiende que el tratamiento, incluyendo la hidratación y nutrición artificial, puede interrumpirse cuando se trata de individuos permanentemente inconscientes, supuesto el consentimiento de los parientes más allegados (1983, No. 12, p. 6). Esta evolución en la forma de proceder puede, en parte, reflejar implícitamente la opinión que los individuos que han perdido permanentemente la capacidad de darse cuenta del mundo exterior o de actuar en el mismo están en realidad muertos. Si se mantiene que una condición mínima para estar presente en este mundo es la capacidad de percibirlo, por pequeña que ésta sea, entonces carece de sentido llamar personas vivientes a seres humanos que se hallan en un estado de inconsciencia permanente: la base física para la capacidad de sentir ha sido destruida. Esto se puede poner en términos teológicos tradicionales. Debe haber materia para que la informe el alma, para que el alma permanezca en este mundo humanizada en un cuerpo. Donde esta materia ha sido destruida, se puede concluir que la persona ha muerto. Donde nunca hubo encarnación propiamente dicha, debe concluirse que nunca existió una persona viva.

El problema se puede abordar con más sentido común reflexionando sobre la distinción entre la vida personal humana y la vida biológica humana, que se introdujo en la definición de la muerte total del cerebro. Si, por ejemplo, una persona tuviera que contraer una enfermedad neurológica de tipo degenerativo que fuera a la larga a destruirle por completo el cerebro, y se le ofreciera la posibilidad de respiración artificial y de otro soporte que le permitiera continuar viviendo por un período de tiempo normal, y ella rehusara esta opción, no precisamente porque la intervención no le daría una vida de calidad normal o porque el precio sería demasiado alto, sino porque estuviera convencida de que aquello no equivaldría a estar vivo, esta persona habría aceptado las presuposiciones ontológicas de la definición cuya orientación es la muerte total del cerebro. Uno podría reconocer que su vida como persona en este mundo está totalmente acabada, aunque la vida biológica de su cuerpo continuara siendo útil para el trasplante. ¿Cambiarían las cosas si el tronco del cerebro pudiera ser salvado? Si se considera que la vida humana requiere un nivel mínimo de sensación, luego la persona, como un ser que siente que no existe en este mundo, incluso si el tronco del cerebro ha sido salvado (Engelhardt, 1986, p. 210). Si se considera que el cerebro es el promotor de la capacidad de sentir, y esta capacidad de sentir es condición necesaria para estar en el mundo, entonces aquella condición necesaria ha sido extirpada cuando los centros más altos del cerebro han sido destruidos. Incluso si se aduce este argumento en una forma más organizada, enfocándolo en la integración del cuerpo como una unidad, aquella capacidad de sentir ha cesado aunque las funciones del tronco del cerebro continúen existiendo. La dificultad de catalogar el estado de los anencefálicos,

estriba en no haber entendido las implicaciones conceptuales y empíricas ya forjadas en el siglo XIX (Engelhardt, 1975). Tradicionalmente se concebía al alma no solamente como la unidad de la persona considerada como un ser moral que siente, sino también como un catalizador o principio de las funciones orgánicas. Trabajos individuales como los de Friedrich Woehler, quien sintetizó la urea *in vitro* en 1828, dieron origen a una distinción entre funciones biológicas integrantes y las que son condiciones para la unidad de una vida sensitiva integrada. La primera ha podido ser comprobada y entendida en términos físicos. Las funciones biológicas se pueden explicar biológicamente y con substituciones mecánicas. Las acciones meramente reflejas del tronco del cerebro son parte y contenido de aquellas actividades biológicas y no lo son de la vida sensitiva integrada de la persona humana. Uno puede comprender cómo esto sea así con sólo imaginar el desarrollo de una implantación de una pieza artificial como recambio del tronco del cerebro. Bajo tales circunstancias, la unidad biológica meramente integrante del cuerpo humano podría ser sostenida. Técnicamente, los criterios de la definición de muerte total del cerebro no podrían aplicarse al cuerpo humano, aun en el caso de que todo el cerebro hubiera sido destruido. Mas cuando una definición plausible de la muerte indicara cuándo la vida de seres sensitivos y capaces de sentido moral llega a su fin, tales individuos deberían ser considerados como muertos.

Las reflexiones anteriores dan fuerza a la necesidad de revisar las definiciones de muerte a fin de poder reconocer si un individuo ha muerto realmente, cuando la destrucción del cerebro es de tal extensión que excluya cualquier capacidad de sentir el mundo exterior. Estas reflexiones tienen también sus implicaciones en lo que se refiere al estado de los anencefálicos: éstas defienden una interpretación alternativa de ausencia cerebral (excepto por el tronco del cerebro), en los monstruos anencefálicos. Michael Harrison (1986) sugirió que se llame al anencefálico «cerebro ausente» con las mismas implicaciones legales y morales que tiene la «muerte cerebral». Bajo estas circunstancias, el soporte que mantiene una vida podría ser removido y los órganos recobrados. Sin embargo, no todo el cerebro está ausente, y algunas partes del mismo continúan funcionando. También es cierto que el anencefálico no es viable y se halla en un estado de muerte (Mahowald, 1987). Fletcher y otros opinan que extraer los órganos de un anencefálico con muerte cerebral es semejante a sacar los órganos para trasplante del cuerpo que sufre muerte cerebral (Fletcher y otros, 1986). También se ha argüido que puesto que el abstenerse de tratar a un anencefálico recién nacido se puede permitir, el sacar los órganos vitales antes de que el cerebro cese de actuar por completo es moralmente aceptable. Como Fletcher y otros notaron esta conclusión necesitaría estar endosada por una concepción de la persona orientada en la capacidad de sentir. Este último tema es verdaderamente central y fundamental (Fletcher y otros, 1986).

Si un cuerpo humano nunca consiguió tal organización que le permitiera llegar a convertirse en un ser que siente, un todo que responde, entonces nunca llegó a ser el cuerpo de una persona (Engelhardt, 1973). Nunca consiguió ser un ser viviente de la misma manera que un ser viviente de la misma manera que una persona lo es en este mundo. Es, a lo sumo, análogo al cuerpo de aquél cuyo cerebro ha muerto, y por otra parte sigue viviendo. Por consiguiente, cuando se determina que un anencefálico ha nacido, se debería declarar formalmente que se trata de un caso de ausencia de cerebro análoga a la declaración de muerte total del cerebro. Incluso si los criterios que rigen la definición de muerte total del cerebro no se revisan, en lo que se refiere generalmente a individuos permanentemente inconscientes, en los que puede haber indicios (aunque con fundamentos muy débiles) que las determinaciones de muerte pueden dar falsos positivos y cuando en el pasado vivió una persona humana, ninguno de estos indicios se puede aplicar a un anencefálico. Así pues, una declaración de ausencia de cerebro, aun en el caso que el tronco del cerebro haga

sus funciones, debería ser en el caso de un anencefálico, una señal de que ha habido un fallo en su desarrollo, de tal manera que no hubo en ningún momento una persona viviente en el cuerpo del anencefálico. Después de esta declaración formal (dependiendo de los cambios que haya en la ley que se aplica), los órganos del anencefálico deberían quedar libres para poder ser donados, de la misma manera que lo son los de un cuerpo después de haberse declarado la muerte total del cerebro, aunque en este caso existan funciones persistentes del tronco cerebral.

Se han preparado argumentos a fin de que los padres, después de un diagnóstico prenatal de anencefalia, sean libres de continuar o de terminar el embarazo. Que se decida llevar el embarazo hasta su término normal o antes de éste, el anencefálico permanece no-viable en el sentido de que nada más que una vida breve es posible sin un masivo soporte artificial. Si la mujer escoge terminar el embarazo, algunos arguyen, ella actúa de una manera semejante al médico que, con sentido legal y moral, prescribe solamente cuidados cómodos para el anencefálico después de su nacimiento (Daniel, 1984). Sin embargo, el argumento más decisivo se dirige al estado ontológico del feto. Si el anencefálico nunca desarrolla el substrato neurológico mínimo que se necesita para que un ser humano sea capaz de tener sensaciones, entonces el anencefálico carece de la condición necesaria para ser una persona humana (Ashley, 1978). Supuesta la historia de su desarrollo, el anencefálico no debería ser descrito como alguien que ha perdido el uso de las capacidades que pertenecen a la persona humana, sino como una entidad que nunca las tuvo, que nunca vivió la vida de una persona. Como consecuencia, el abortar a un anencefálico, no es matar a nadie, puesto que no ha habido en ningún momento una persona. Esta idea ha sido sugerida por Richard McCormick, 1974, p. 175), en su argumento de que nadie está obligado al pleno respeto en los casos de vida humana que no son capaces de mantener relaciones de ninguna clase en el futuro. De esto se deduce una distinción entre vida biológica humana y vida personal humana. De la misma manera que se reconoce la muerte total del cerebro de seres que viven que por lo tanto no son personas, aunque genéticamente humanas, así deberían ser reconocidos los anencefálicos. Esto lleva consigo implicaciones inmediatas para el aborto de los anencefálicos y para el uso de sus órganos como donantes.

ALGUNAS RECOMENDACIONES

En esta sección se propone lo siguiente como resumen de la sección que precede. Se ofrecen, comprimidas, un conjunto de reflexiones que creemos conducirán a la larga a la revisión de las normas públicas que se refieren al estado de los anencefálicos. No pretendemos haber detallado ni saber todas las condiciones necesarias y suficientes para que una entidad pueda ser considerada una persona humana. Esto continúa siendo una cuestión ética y legal de importancia. Pero la naturaleza de los anencefálicos se entiende con bastante claridad, y hay también claridad suficiente de la naturaleza de las personas consideradas como agentes morales, de tal manera que se puedan aplicar las consideraciones que siguen:

- Para tener derecho a gozar de la protección moral que se da a todos aquellos que son personas, la entidad debe tener el substrato biológico mínimo, que es la base de la vida sensitiva, condición necesaria para la vida personal.
- En ausencia de las condiciones biológicas que capaciten una vida sensitiva, es apropiado declarar a una persona como muerta o declarar que aquella persona nunca se desarrolló. Leyes y normas públicas deberían desenvolverse a fin de tener más en cuenta estas realidades.
- Por consiguiente, los que aconsejan a escogen terminar un embarazo en el que se ha establecido con claridad que se trata de un anencefálico, no pueden ser acusados de obrar moralmente mal.

— Además, el uso de los anencefálicos, después del parto, como fuentes de órganos y tejidos para trasplante, no constituye una violación de la dignidad personal.

BIBLIOGRAFÍA

- ADAMS, R.D., 1980: *Coma and related disturbances of consciousness*, in R. D. Adams, E. Brownwald, R. Petersdorf, and J. Wilson (eds.), Principles of internal Medicine, McGraw-Hill Book Company, New York, N.Y. p. 116.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1987: *Guidelines for the determination of brain death in children: Report of the task force*, Pediatrics, 80, 298-300.
- AMERICAN MEDICAL NEWS: November 6, 1987, p. 47.
- ARRAS, J.D., and SHINNAR, S., 1988: *Anencephalic newborns as organ donors: a critique*, Journal of the American Medical Association 259 (15), 2284-2285.
- ASHLEY, B.M., and O'ROURKE, K.D., 1978: *Health Ethics*, Catholic Hospital Association, St. Louis.
- BAILEY, L.L., JANG, J., JOHNSON, W. et al., 1985: *Orthotopic cardiac xenografting in the newborn goat*, Cardiovascular Surgery, 89, 242-247.
- BARRANGER, J.A., 1984: *Marrow transplantation in genetic disease*, New England Journal of Medicine, 311, 1629-1630.
- Blue Sheet*, the NIH transplantation of human fetal tissue obtained from abortions prohibited pending committee review. Leber R, Windom R, Wyngaarden, April 20, 1988, p. 7.
- BUCKLEY, R.H., 1976: *Correction of severe combined immunodeficiency by fetal liver cells*, New England Journal of Medicine, 294, 1076-1081.
- CAPRON, A.M., 1987: *Anencephalic donors: separate the dead from dyeing*, Hastings Center Report, 17 (February), 5-9.
- CASEY, K.L., 1980: *Supraspinal mechanisms in pain: the reticular formation*, in H.W. Kosterlitz and L.Y. Terenius (eds.), *Pain and Society*, Verlag Chemie, Weinbein, West Germany, pp. 183-200.
- COULTER, D., 1987: *Neurologic uncertainty in newborn intensive care*, New England Journal of Medicine, 316, 870-874.
- DANIELS, W., 1984: *The anencephalic fetus and termination of pregnancy*, The Australian Catholic Record, 65-74.
- Department of Health and Human Services: 1985, Federal Register 50, 14878-14890.
- ENGELHARDT, Jr., H.T., 1975: *John Hughlings Jackson and the mind-body relation*, Bulletin of the History of Medicine, 49 (Summer), 137-151.
- ENGELHARDT, Jr. H.T., 1973: *Mind-Body: A Categorical Relation*, Martinus Nijhoff, The Hague.
- ENGELHARDT, Jr. H.T., 1984: *Allocating scarce medical resources and the availability of organ transplantation*, New England Journal of Medicine, 311, 66-71.
- ENGELHARDT, Jr., H.T., 1986: *The Foundations of Bioethics*, Oxford University Press, New York.
- FISHMAN, D.S., 1986: *Neural transplantation: scientific gains and clinical perspectives*, Neurology, 35, 389-392.
- FLETCHER, J.C., ROBERTSON, J.A., and HARRISON, M., 1986: *Primates and Anencephalics as sources for pediatric organ transplants: medical, ethical, and legal issues*, Fetal Therapy 1, 150-164.
- GARDNER, W.J., 1973: *The Dysraphic States from Syringomyelia to Anencephaly*, Excerpta Medica Foundation, Amsterdam.
- GOODWIN, W.E., et al., 1963: *Human renal transplantation: clinical experiences with sex cases*, Journal of Urology, 89, 13-24.
- HARRISON, M.R., 1986: *The anencephalic newborn as organ donor*, Hastings Center Report, April, 21-23.
- HOLGREVE, W. et al., 1987: *Kidney transplantation from anencephalic donors*, New England Journal of Medicine, 316, 1069-1070.
- IWATSUKE, S., SHAW, B.W., and STARZL, T.E., 1984: *Liver transplantation for biliary atresia*, World Journal of Surgery, 8, 51-56.
- KALLEN, B., 1973: *Errors in the differentiation of the central nervous system*, in P.J. Vinken and G.W. Bryn (eds.), Handbook of Clinical Neurology, 30, 41-83.
- KANT, I., 1976: *Foundations of the Metaphysics of Morals*, transl. L.W. Beck, Bobbs-Merrill, Indianapolis.
- KING, P. and AREEN, J.: *Fetal tissue transplantation: legal issues*, unpublished paper.
- KINNAERT, P., VEREERSTRAETEN, P., VAN ASPEREN DE BOER, F. et al., 1981: *Transplantation of both kidneys of an anencephalic newborn to a 23-year-old patient*, European Urology, 7, 373-376.
- KINNAERT, P., PERSIJN, G., COHEN, B. et al., 1984: *Transplantation of kidneys from anencephalic donors*, Transplant Procedures, 16 71-72.
- KOLATA, G., 1988 a: *Federal agency bars implanting of fetal tissue*, New York Times, April 16, 1,2.
- KOLATA, 1988 b: *Parkinson procedures fervor turns to disillusion*, New York Times, April 21, A1, A24.
- LEMIRE, R.J., 1988: *Neural tube defects*, Journal of the American Medical Association, 259, 558-562.
- LLOYD-STILL, J.D., 1985: *Mortality from liver disease in children: implications for hepatic transplantation programs*, American Journal of Child, 139, 381-384.
- MADRAZO, I., et al., 1987: *Open microsurgical autograft of adrenal medulla to the right caudate nucleus in two patients with intractable Parkinson's disease*, New England Journal of Medicine, 316, 831-834.
- MAHOWALD, M.B.; SILVER, J., and RATCHESON, R.A.: *The ethical options in transplanting fetal tissue*, Hastings Center Report, 17 (February), 9-15.
- McCORMICK, R.A., 1974: *To save or let die: the dilemma of modern medicine*, Journal of the American Medical Association 229, 172-176.
- MERZ, B., 1987: *Adrenal-to-brain transplants improve the prognosis of Parkinson's disease*, Journal of the American Medical Association, 257, 2691-2692.
- MULLER, F., and O'RAHILLY, R., 1986: *The development of the human brain and the closure of the rostral neurospore at stage 11*, Anat Embryo, 175, 205-222.
- OHSHIMA, S., et al., 1984: *Kidney transplantation from an anencephalic baby: a case report*, Journal of Urology, 132, 546-547.
- O'REILLY, R.J.; POLLACK, M.S.; KAPOOR, N. et al., 1983: *Fetal liver transplantation in man and animals*, in R.C. Gale (ed.), Recent Advances in Bone Marrow Transplantation, Alan R. Liss, New York, pp. 799-830.
- PENKOSKE, P.A.; FREIDMAN, R.M.; ROWE, R.D. et al., 1984: *The future of heart and heart-lung transplantation in children*, Heart Transplant, 3, 233-238.
- PETERS, P.W.J., DORMANS, J.A.M.A. and GEELEN, J.A.G., 1979: *Light microscopic and ultrastructural observations in advanced stages of induced exencephaly and spina bifida*, Teratology 19, 183-196.
- PITTSBURGH TRANSPLANT FOUNDATION, 1987: *Postmortem Organ Procurement Protocol*, 1038 J. Scaife Hall, Pittsburgh, PA 15261.
- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, 1983: *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment*, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C.
- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research: 1981, *Defining Death*, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C.
- REDMOND, D.E., 1986: *Fetal neuronal grafts in monkeys given methylphenyltetrahydropyridine*, Lancet, 1, 1125-1127.
- SCHMIND, R., BERWICK, D.M., COMBES, B. et al., 1983: *Liver transplantation*, National Institutes of Health Consensus Development Conference Summary, Vol. 4, No. 7.
- SIMPSON, T.S., y GLOBUS, M.S., 1985: *In utero hematopoietic stem cell transplantation*, Seminars in Perinatology, 9, 68-74.
- SLATER, T., 1908: *A Manual of Moral Theology*, Benziger Brothers, N.Y.
- SMITH, G.M., 1986: *The changing role of forebrain astrocytes during development, regeneration failure, and induced regeneration upon transplantation*, Journal of Comparative Neurology, 251, 23-43.
- SMITH, M.T.; WOOD, L.R., and HONIG, S.R., 1982: *Scanning electron microscopy of experimental anencephaly development*, Neurology, 32, 992-999.
- So, J.K.S., et al., 1985: *Preliminary results of renal transplantation*, Transplant Procedures, 17, 182-183.
- SWAIMAN, K.R., and WRGHT, F.S., 1982: *The Practice of Pediatric Neurology*, vol. 1, The C.V. Mosby Co., St. Louis.
- Uniform Gift Act., 1983: *Table of jurisdictions wherein act has been adopted*, 8A Unif Laws Annot, 15-16.
- U.S. Congress, Office of Technology Assessment, 1988: *Infertility: Medical and Social Choices*, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., pp. 324-325.
- VOLPE, J.J., 1987: *Brain death determination in the newborn*, Pediatrics, 80, 293-297.
- WALTERS, J.: 1987, *Should the law be changed?* Loma Linda University Ethics Center Update, 3(4), 3-6.
- ZANER, R., et al., 1988: *Death: Beyond Whole-Brain Criteria*, Kluwer, Dordrecht.

8.6 INICIO DE LA VIDA HUMANA: ASPECTOS MORALES*

Francesc Abel, S.J.

Institut Borja de Bioètica. Sant Cugat del Vallès (Barcelona)

Este artículo se dirige principalmente a obstetras y ginecólogos con el intento de explicar algunos puntos de la Instrucción Donum Vitae¹ —que tan opuesta parece a las técnicas de reproducción asistida (TRA)—. Se esforzará luego por formular con claridad y corrección académica algunas de las dificultades que ofrece el documento a quien se aproxima a él desde una perspectiva obstétrica; queremos con ello estimular un diálogo creativo.

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA INSTRUCCIÓN DONUM VITAE

La Instrucción *DV* fundamenta el juicio moral de las *TRA* en dos valores fundamentales: la vida del ser humano llamado a la existencia, que es el objeto de este artículo, y la originalidad con que esta vida es transmitida en el matrimonio. Quiero, ante todo, ponderar la importancia de la Introducción de este documento. En ella se expresan unos principios básicos, que conviene tener en cuenta cuando se reflexiona sobre moral y progreso científico. Estos principios ponen en guardia sobre una eficacia tecnológica desligada de realidades humanas más profundas que afectan al mismo ser del hombre, a su dignidad y a su desarrollo integral.

Es un acierto indiscutible de la *DV* llamar la atención sobre el peligro, que entrañan las *TRA*, de transgredir los límites de un razonable dominio de la naturaleza. Esta preocupación la comparten cuantos siguen de cerca los progresos que se realizan en el campo de la biotecnología y de manera especial los que trabajan en el área de la recombinación de DNA. Pocos serán, además, los científicos que duden hoy de la verdad contenida en otra observación de esta Introducción de la *DV*, a saber, que «sería ilusorio reivindicar la neutralidad moral de la investigación científica y de sus aplicaciones». Como lógica consecuencia, si estamos interesados en el progreso humano «ciencia y técnica deben estar al servicio de la persona humana, de sus derechos inalienables y de su bien verdadero e integral según el plan y la voluntad de Dios». Hay que resaltar también la importancia de dos sentencias, cuyo contenido conviene interiorizar en todo diálogo bioético: «ciencia sin conciencia conduce a la ruina del hombre» y «lo que es técnicamente posible no es, por esta sola razón, moralmente admisible».

La sabiduría encerrada en estas formulaciones, por sencillas que nos parezcan, resulta una garantía para el progreso humano y también una posibilidad abierta al diálogo, cuando el acuerdo parece difícil, por la especial complejidad de los problemas o por la diferente percepción de unos valores en conflicto y su posible jerarquización. La Constitución *Gaudium et Spes* nos recuerda que «Nuestra época, más que ninguna otra, tiene necesidad de esta sabiduría para humanizar todos los nuevos descubrimientos de la humanidad. El destino futuro del mundo corre peligro, si no se forman hombres más instruidos en esta sabiduría» (GS, 15). No podemos estar más de acuerdo.

* Artículo publicado en *Revista iberoamericana de fertilidad*, vol. VI, n.º 4, julio-agosto 1989, pp. 19 a 23.

PRESUPUESTOS DE LA *DV* Y PERSPECTIVA OBSTÉTRICA

El obstetra tiene dos grandes preocupaciones en su trabajo:

- la buena marcha de la gestación, parto y alumbramiento; y
- la lucha contra la esterilidad y sus causas.

La inseminación artificial, primero y, más recientemente, la fecundación *in vitro* y transferencia de embriones han significado un progreso importante en esta lucha. Estas técnicas, sin embargo, han aumentado la complejidad de los problemas relacionados con el inicio de la vida humana y con la inviolabilidad de la misma desde su concepción.

La posibilidad de producir embriones supernumerarios (o sobrantes), de congelarlos y descongelarlos, de transferirlos al útero de la madre genética o de una madre subrogada, ha estimulado la discusión sobre la naturaleza e identidad del embrión humano. La Instrucción *DV* parte de unos presupuestos que producen cierta incomodidad a algunos obstetras por considerar que no son lo suficientemente ponderados y se quedan en una visión de los problemas excesivamente parcial. El que podríamos llamar *esquema obstétrico* brilla por su ausencia. Esto se refleja así:

- Al definir el estatuto ontológico del ser humano se ha primado de manera exclusiva el componente genético en detrimento del componente materno, o mejor aún, feto-materno.
- Se define este estatuto ontológico a partir de una interpretación ontogénica determinada, que, si bien está bien fundada, no es la única posible.
- Se equipara el embrión *in vitro* al embrión *in vivo* con lo cual el enfoque genético exclusivo y excluyente queda reforzado. No se ha prestado consideración alguna al hecho de que para el obstetra el concepto de aborto *in vitro* carece de sentido y es completamente ajeno a su mentalidad.

Veremos con cierto detalle cada uno de estos puntos.

Componentes genético y materno del embrión humano

La mayoría de los documentos que han analizado el estatuto del embrión humano dan por supuesto que el elemento dominante constitutivo del embrión se halla en su dotación genética; consiguientemente, la participación materna queda relegada a un aspecto meramente geográfico o accidental, algo así como puede ser la alimentación en la persona adulta. La Instrucción *DV* afirma: «Desde el momento en que el óvulo es fecundado se inaugura una nueva vida que no es la del padre ni la de la madre, sino la de un ser humano que se desarrolla por sí mismo» (*DV*, I, 1). Para el obstetra la dotación genética, al igual que el medio materno son factores *necesarios*, y cada uno de ellos, por separado, *insuficientes* para la constitución esencial del nuevo ser. Considera que es imprescindible la existencia de una estructura, parte materna y parte fetal, para que puedan actualizarse las potencialidades del blastocisto. Las profundas transformaciones maternas dinamizadas por el blastocisto no están impresas en el mensaje genético del nuevo ser. La aportación materna en la constitución del nuevo ser es mucho más que un mero aporte nutritivo.

Los genetistas que han influido en el texto de la *DV* creen que desde el momento de la singamia «se encuentra fijado el programa de lo que será ese viviente: un hombre, este hombre indivi-

dual con sus características ya bien determinadas» (DV I, 1). Esta valoración nos parece un tanto exagerada. Esto resulta todavía más evidente en el siguiente texto del prestigioso profesor Angelo Serra: «En el período de preparación de los sistemas nutritivos y protectivos se hallaban ya presentes aquella o aquellas células a partir de las cuales se originarán las láminas que constituirán la línea primitiva del embrión. Ésta no aparece en forma alguna de improviso como desde el exterior y separada de todo el conjunto del proceso que empieza a desarrollarse a partir de la singamia: es un producto de este proceso. Ya desde el primer momento, mientras se realizaba la parte del programa específico que implica la preparación de las estructuras periféricas —si así se las puede llamar— del embrión, se hallaban contemporáneamente presentes y recorrían su camino de desarrollo las estructuras centrales que en un determinado estadio aparecerán como la línea primitiva. *En todo momento del desarrollo se halla ya presente aquella unidad que será más tarde definida como «unidad feto-placentaria»*² (la cursiva es nuestra).

Sin duda alguna se da por supuesto que lo que dará origen a esta unidad feto-placentaria es el blastocisto que antes ha sido el cigoto. Queda completamente marginada la estructura misma placentaria y la contribución materna, sin la cual no puede explicarse el desarrollo y la diferenciación, por muy dirigidos que estén a partir del programa genético del embrión.

El genetista tiende a considerar que la madre aporta meramente el pentagrama (si se nos permite un símil musical) sobre el que se imprime una melodía que se encuentra ya en el cigoto. El obstetra tiende a considerar el mensaje del blastocisto (no de todo cigoto) como el pentagrama sobre el que la madre imprime su melodía ajustando las transformaciones a medida que va interactuando con el programa. Tal como hemos dicho antes «*la dotación genética del blastocisto y la del medio materno son factores ambos igualmente necesarios y cada uno de ellos por separado, insuficientes para la existencia del ser humano personal*». Si bien es cierto, como dice la DV, que jamás llegará a ser humano si no lo ha sido desde el momento en que el óvulo es fecundado, también es cierto que jamás lo será si no se desarrolla precisamente en el útero y gracias a la formación de una estructura feto-materna que es la placenta. Sin ella la palabra encarnación tiene muy poco sentido para el obstetra como tampoco tiene sentido que pueda hablarse de persona humana referido al cigoto como totalidad unificada. Este «ser en el útero» es condición «sine qua non» para que pueda existir un cuerpo humano animado. El genetista percibe el inicio de la existencia en el momento en que el óvulo es fecundado. El obstetra tiende a considerar el inicio en el estadio de blastocisto, cuando un determinado cigoto se implanta en el útero. Antes de esto, el cigoto humano es un programa genético humano con sólo el potencial teórico y estadístico para llegar a ser un miembro de la comunidad humana, puesto que sólo uno de cada 3 cigotos llegan a implantarse. Esta consideración viene reforzada ante la contemplación de cigotos humanos *in vitro*. Ninguno de ellos tiene como finalidad intrínseca su implantación uterina. Ningún programa desarrollará lo que no tiene, es decir, la estructura materna sin la cual no existirá la corporalidad. El obstetra, a su vez, ve claramente que la supervivencia del cigoto depende de su implantación uterina, que no se dará espontáneamente. No ve claro, además, que deba él procurarla en todas las circunstancias.

La importancia del aporte materno como factor esencial y constitutivo del embrión le viene confirmada al obstetra en la siguiente consideración: se supone la gestación en una madre subrogada y que el blastocisto proviene de la fecundación de un óvulo y un espermatozoide, procedentes uno y otro de donantes anónimos. La mujer, en este caso, lo aportará prácticamente todo. De ella dependerá en todo el nuevo ser, cuyo programa genético es el resultado de una unión al azar de ciertos cromosomas. Éstos dirigen el desarrollo del programa. ¿Es este programa el que determina la naturaleza e identidad del embrión?

Posibles interpretaciones de los datos genéticos

Dos son las posibles lecturas del desarrollo del individuo humano desde el estadio de cigoto hasta el estadio fetal. Una de ellas acentúa los parecidos entre las etapas consecutivas del desarrollo embrionario. Otra acentúa las diferencias. Esta última se acerca al esquema obstétrico al valorar el momento de la implantación como un salto cualitativo en el desarrollo continuado del embrión.

Para el obstetra tienen menos importancia los datos que han constituido el núcleo de la discusión entre genetistas sobre la naturaleza e identidad del embrión, a saber: el momento de la pérdida de totipotencialidad de las células embrionarias; la posibilidad de gemelación y formación de quimeras postcigóticas; la aparición de la línea primitiva, etc. Todos estos datos resultan para el obstetra interesantes y sugerentes. Ninguno le confirma tanto en su posición como la posibilidad de que en el desarrollo del cigoto hasta el estadio de feto puedan aparecer informaciones no contenidas en el genoma. Esto corroboraría su intuición y experiencia de la contribución esencial constitutiva del aporte materno. Ciertamente, esto tendría valor en la medida en que este aporte no fuera meramente accidental, sino que confirmara al individuo como tal individuo.

Es justo reconocer que la Instrucción DV no es la única que centra la valoración del embrión en el mensaje del genoma. El Informe Warnock, que ha tenido gran influencia en Europa y que no es nada sospechoso de vaticanista, se halla muy cercano a la DV en su lectura genética del desarrollo embrionario. Nos permitieron, en este punto, aportar unas citas ilustrativas, tanto el Informe Warnock, como de las dos posiciones o lecturas genéticas mencionadas, aunque resulten algo extensas.

Informe Warnock

«Si bien, como hemos comprobado, el tiempo exacto en que se producen las distintas fases del desarrollo resulta fundamental, una vez que el proceso se ha iniciado, no existe una parte concreta del mecanismo evolutivo que sea más importante que la otra; todas constituyen parte de un proceso continuo y, a menos que cada fase se desarrolle con normalidad, en el momento correcto, y en la secuencia apropiada, se interrumpirán las fases posteriores de este desarrollo. Por lo tanto, no existe un solo estadio identificable, desde un punto de vista biológico, en el desarrollo del embrión rebasado el cual, el embrión *in vitro* no debería ser mantenido vivo»³.

Interpretación ortodoxa de la ontogénesis

«También para el hombre vale la ley ontogénica que rige el desarrollo de todo organismo sometido a la reproducción sexual o gámica. Esta ley se expresa en la formación gradual de un sujeto de una determinada especie a partir del cigoto. Ella implica una dependencia estricta de las diversas partes entre sí: células con células, tejidos con tejidos, órganos con órganos, y por consiguiente una «ley de unidad en la totalidad». También en la ontogénesis humana es el hombre el que se forma, a través de una serie de fases, de las cuales la precedente es condición indispensable para la sucesiva; con mayor precisión aún es un hombre determinado el que se forma tal y como se halla ya diseñado y programado en el genoma-proyecto que controla activamente la misma ontogénesis. Si bien puede decirse y se debe decir que las células gametos, ovocito y espermatozoide, son un ser humano en potencia, es decir, son aptas para llegar a ser un ser humano si se verifica su fusión, afirmar esto del cigoto sería un error biológico e ilógico. El cigoto es en realidad un nuevo ser humano que actúa, siguiendo la ley general de la ontogénesis, la potencialidad que lleva inscrita en su genoma, y como consecuencia de su expresión gradualmente la figura y forma humanas a las cuales estamos más habituados»⁴.

Interpretación revisionista de la ontogénesis

«El cigoto es una entidad biológica *generadora por sí misma* de un proceso ontogénico humano... Entre los que defienden que el cigoto tiene un valor ético de la misma naturaleza que el individuo nacido y por tanto inviolable, existen dos posturas claramente definidas. Ambas parten del supuesto de que el cigoto desde el momento de la fecundación es ya vida humana individual que tiene toda la información necesaria no sólo para dirigir un desarrollo humano sino para determinar *todas* las características del individuo personal que originará y que en el desarrollo embrionario existe un continuo no interrumpido entre el cigoto y el individuo nacido... Los que mantienen la tesis de la personalidad del cigoto bien en acto o en potencia, defienden su postura aduciendo que el cigoto tiene *toda* la información necesaria para desarrollarse en persona y que la información está en acto en el mismo... La raíz de la entidad genética específicamente humana. Una célula epitelial o una célula en cultivo (por ejemplo una célula HeLa) también posee tal información y nadie osaría afirmar que una célula epitelial o una célula en cultivo es una persona... Aun sin entrar en discusión de si es correcto o no conceder al cigoto el valor ético del individuo nacido simplemente porque tiene una información genética definida, creo que desde el punto de vista del contenido informativo real del cigoto es incorrecto afirmar que éste posee las moléculas (genes) informativas «como informativas» en su genoma.

Así pues, *no se debe conceder al cigoto el valor ético del individuo nacido si se basa la concesión de tal valor en un presupuesto informativo. Existen indicios para pensar, además, que el cigoto no posee todas las informaciones necesarias para dirigir el desarrollo ni aun en la forma potencial. Si en el proceso de diferenciación el sistema macromolecular del embrión interactúa con el sistema macromolecular de la madre no existe duda de que ambos sistemas biológicos reciben información recíproca. En el sistema de la madre, la información no es necesariamente diferenciante porque el sistema está ya diferenciado, pero en un sistema en diferenciación tal información puede tener carácter transformante*⁵.

Resumiendo: *Una lectura ontogénica —que la Instrucción DV implícitamente considera como la única posible— mantiene que en el cigoto se halla inscrita la totalidad informativa, necesaria y suficiente, para definir la naturaleza e identidad del nuevo ser humano. La posición que hemos llamado revisionista afirma que existen indicios para pensar que el cigoto no posee todas las informaciones necesarias ni suficientes para dirigir el desarrollo (ni aun en la forma potencial).*

Esta posición revisionaria explica en definitiva que sea imprescindible para la constitución del ser humano la información extracigótica, que ha de provenir de la madre. Es la que más coincide con la intuición y conocimientos del obstetra.

El obstetra, al presentar su posición, no piensa que con ella ofenda la dignidad de criatura de Dios por no reconocerla en el cigoto, y sobre todo en el cigoto *in vitro*. Si la reconoce en el blastocisto, es decir, en el momento en que a partir de las necesarias estructuras elementales (genoma y ambiente materno) se hace posible el desarrollo del ser humano. Es en estos momentos, cuando hay menos dificultades en aceptar el principio de que el «ser humano ha de ser respetado —como persona— desde el primer instante de su existencia». Para algunos obstetras «desde el primer instante de la concepción», es decir, en el estadio de blastocisto.

EL CONCEPTO DE ABORTO IN VITRO

Recordemos otro punto de la Instrucción DV, que hace referencia a los embriones sobrantes: «La consolidación de la prác-

tica de la fecundación *in vitro* ha requerido formar y destruir normalmente “embriones sobrantes”, se destruyen o congelan. Algunos de los embriones ya implantados se sacrifican a veces por diversas razones: eugenésicas, económicas o psicológicas. Esta destrucción voluntaria de seres humanos o su utilización para fines diversos, en detrimento de su integridad y de su vida, es contraria a la doctrina antes recordada a propósito del aborto procurado. La conexión entre la fecundación *in vitro* y la eliminación voluntaria de embriones se verifica demasiado frecuentemente. Ello es significativo: con estos procedimientos, de finalidades aparentemente opuestas, la vida y la muerte quedan sometidas a la decisión del hombre, que de este modo termina por constituirse en dador de la vida y de la muerte por encargo. Esta dinámica de violencia y de dominio puede pasar inadvertida por los mismos que, queriéndola utilizar, quedan dominados por ella. Los hechos recordados y la fría lógica que los engarza se han de tener en cuenta a la hora de formular un juicio moral sobre la FIV-TE (fecundación *in vitro* y transferencia del embrión): la mentalidad abortista que la ha hecho posible lleva así, se desee o no, al dominio del hombre sobre la vida y sobre la muerte de sus semejantes, que puede conducir a un eugenismo radical» (DV II).

Diversas consideraciones pasan por la mente del obstetra en la lectura de este texto. Si él, además, ha sido uno de los que, con buena fe, comenzó a trabajar en estas tecnologías de reproducción asistida para vencer el problema de la esterilidad conyugal, no puede por menos que sentirse injustamente juzgado. Aun cuando el término de *aborto in vitro* no es utilizado y se explicitan cuidadosamente *embriones ya implantados* para hablar de destrucción de seres humanos, no hay duda de que, en el fondo, se considera la destrucción de óvulos fecundados *in vitro* como *abortos in vitro* y, por lo tanto, como expresión de violencia destructora de vida. Nada más lejos de la realidad para muchos de los que trabajan en estas tecnologías. La consideración de que el cigoto *in vitro* ha de ser considerado como persona puede despertar en el obstetra creyente el deseo de ofrecer como amor a la Iglesia un asentimiento a modo de *obsequium religiosum*, pero lo dará en espera de que se profundice mejor en el tema. Más no puede pedirse.

Ni qué decir tiene que toda referencia al embrión *in vitro* como paciente o la expresión «terapéutica del embrión *in vitro*» solamente puede aceptarse, desde una perspectiva obstétrica, como una licencia literaria. No hay terapéutica, sino más bien intentos de corrección del genoma. No hay paciente, sino un genoma, un cigoto humano que tendrá posibilidades estadísticas de ser una persona, si el obstetra decide dar el paso esencial de transferirlo en el útero. Allí recibirá lo que le falta para *ser*, para que podamos hablar de persona con potencialidades.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Donum Vitae*. El respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación. Respuestas a algunas cuestiones de actualidad. Instrucción de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe. AAS 80, 70-102, 1988.
2. SERRA, A.: *Embrione umano, scienza e medicina. In margine al recente documento*. La Civiltà Cattolica (Roma) 2, 247-261, pág. 254, 1987.
3. *Report of the Committee for Inquiry into Human Fertilisation and Embryology (Warnock Report)*. Department of Health and Social Security. Her Majesty's Stationery Office, Comnd. 9314. London 103 p. (WR 11, 19. p. 65).
4. SERRA, A.: Cfr. nota 2, p. 251.
5. ALONSO BEDATE, C.: *Reflections concerning questions of life and death*. En: *Human Life: Its Origins and Development. Bioethical Reflections by Catholic Scholars*. International Federation of Catholic Universities. Ciaco Louvain-la-Neuve 332, págs. 67-97, págs. 75 y 82. 1988. Edición en castellano en prensa.

9. INFORMACIONES

9.1 III SYMPOSIUM INFORMÁTICA HOSPITALARIA

Durante los días 6, 7 y 8 de junio se celebró en el Palacio de Congresos (Salón Informat 90) de la Feria de Barcelona, el III Symposium Informática Hospitalaria, promovido y organizado, una vez más, por la Comisión de Economía de la Salud del Col·legi d'Economistes de Catalunya.

Su objetivo principal, en esta ocasión, fue el de anticipar posibles respuestas al reto que supone el acelerado desarrollo y aparición de nuevas tecnologías informáticas, tratando de ofrecer soluciones alternativas a los problemas de orden técnico y profesional que plantea el progreso científico y tecnológico de los sectores sanitario e informático.

PARTICIPACIÓN Y CONTENIDO

Esta nueva edición contó con una participación de 448 personas. El programa científico giró en torno a cuatro bloques centrales de conferencias y comunicaciones, en los que participaron reconocidos especialistas internacionales procedentes de países como Argentina, Bélgica, Cuba, España, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Holanda, Italia, Polonia, Portugal, Reino Unido y Japón. El contenido del primer bloque de conferencias versó, de forma específica, acerca del papel de las innovaciones tecnológicas en el desarrollo futuro de la informática en el sector sanitario, en general, y de la línea de crecimiento espectacular que se constata en el campo de la inteligencia artificial.

Se profundizó acerca de las tendencias actuales en las tecnologías de hardware y software, tratándose aspectos como el avance tecnológico en microordenadores, que resultan adaptables a todas las circunstancias, las innovaciones en el tratamiento de las imágenes, en la representación del conocimiento médico a través de la utilización de sistemas expertos, la transmisión de la información a través de redes de ordenadores, etc.

El surgimiento de nuevas arquitecturas de ordenadores, que incorporan procesadores mucho más potentes, discos ópticos capaces de almacenar grandes volúmenes de información en una sola unidad, redes y gestores de redes que permiten transmitir datos entre distintos ordenadores, etc., posibilitará un aumento, en cantidad y calidad, de la oferta de prestaciones de los servicios asistenciales.

Es importante conocer a fondo el potencial de las nuevas tecnologías de la información y de la imagen, a fin de obtener los máximos resultados posibles de cada una de ellas, para garantizar así una óptima utilización y su consiguiente aceptación, tan-

to a niveles de gestión, como de asistencia. De esta manera, se conseguiría una aceptable relación coste/beneficio.

Se abordó la problemática que planteará en el futuro el establecimiento de redes de comunicación para la atención médica a distancia (telemedicina). La implantación de dicha tecnología supondrá impactos sociales importantes que, unido a otros aspectos citados, contribuirán a mejorar la disponibilidad geográfica de los recursos sanitarios, a aproximar el conocimiento médico especializado a los lugares y países en vías de desarrollo y a garantizar la privacidad de la información.

En el ámbito de la atención ambulatoria, se señalaron tres objetivos importantes: la construcción de un conjunto de datos mínimos básicos para su utilización a nivel europeo, la construcción y utilización de medidas del *case-mix* y el desarrollo de estándares.

La integración de sistemas de conocimiento con sistemas de ayuda al diagnóstico y a las decisiones de gestión, ayudarán, sin duda, a mejorar tanto la calidad de los procesos asistenciales, como la eficiencia y eficacia de los sistemas sanitarios, en general.

El segundo bloque quedó integrado por ocho comunicaciones especialmente invitadas por el Comité Científico. En ellas se vieron representadas renombradas instituciones científicas internacionales (universidades, centros de investigación avanzada, etc.), que mostraron sus logros concretos en el campo de la investigación relacionada con la inteligencia artificial, tratamiento de imágenes, telediagnóstico, sistemas expertos de ayuda al diagnóstico y a la gestión, estándares en tecnologías de la información y comunicaciones avanzadas.

Como tercer bloque, se expusieron dieciséis comunicaciones seleccionadas por el Comité Científico, que trataron de experiencias concretas sobre la aplicación actual de nuevas tecnologías informáticas en las áreas clínica, técnica y de gestión sanitaria (cardiología, ginecología y obstetricia, oftalmología, farmacia, laboratorios, epidemiología, redes de comunicación, tarjetas magnéticas, sistemas expertos para la gestión, etc.). Su objetivo fue facilitar el intercambio de experiencias actualmente en práctica, a nivel internacional.

En cuarto lugar, resultó de gran interés la sesión específica dedicada a la informatización de los servicios de enfermería. El establecimiento de módulos de ayuda a las decisiones clínicas, de control de gestión y de análisis de tiempos estándar de los «Grupos Relacionados con el Diagnóstico (DRG)», permitirán una planificación más adecuada, de los cuidados de enfermería y la determinación del nivel de dependencia de los pacientes, así como la comparación de necesidades y efectivos reales de personal.

AGENDA PROFESIONAL

I CONGRESO CATALÁN DE ODONTO-ESTOMATOLOGÍA

Lugar: Barcelona, 7, 8 y 9 de febrero de 1991. Palacio de Congresos.

Secretaría: Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Cataluña. Via Laietana, 31. Tel. 310 15 55. 08003 BARCELONA.

IV CONGRESO DE PSIQUIATRÍA SAN JUAN DE DIOS

Conmemorativo del 3.^{er} Centenario de la Canonización de San Juan de Dios (1690-1990) y del 1.^{er} Centenario de la Restauración de la Orden Hospitalaria en Portugal (1891-1991).

Lugar: Lisboa, 7 a 9 de febrero de 1991, Biblioteca Juan Pablo II de la Universidad Católica Portuguesa.

Tema: «Progreso científico y humanización en psiquiatría».

Inscripciones: Secretariado del IV Congreso de Psiquiatría San Juan de Dios. Casa de Salud de Telhal. 2725 MEM-MARTINS. Tel. 926 30 21.

II CONGRESO EUROPEO DE GERONTOLOGÍA

Lugar: Madrid, 11, 12, 13 y 14 de septiembre de 1991.

Secretaría: GEYSECO, S.A. Capitán Haya, 60, 2.^a Tel. 571 38 04. 28020 MADRID.

III PREMIO EADA a la investigación y desarrollo de la gestión empresarial

Dotación: Un premio de 1.250.000 pesetas.
Un premio de 500.000 pesetas.

Plazo de presentación: Antes del 15 de diciembre de 1990.

Informes: EADA. Aragón, 204. Tel. (93) 323 12 08. 08011 BARCELONA.

I CURSO DE INFECCIONES QUIRÚRGICAS

Organiza: Departamento de Cirugía. Hospital Universitario del Mar.

Lugar: Barcelona.

Fechas: 28 de febrero, y 1 y 2 de marzo de 1990.

Informes: Secretaría Técnica INTER CONGRÉS. Gran Vía de les Corts Catalanes, 646, 4.^o, 4.^a Teléfono (93) 301 25 77. 08007 BARCELONA.

Aspectos como la asistencia comunitaria fueron abordados, así como la utilización en la misma de microcomputadoras de bolsillo y de tarjetas inteligentes, para facilitar las tareas administrativas y estadísticas de la enfermera.

Se ofreció también a los asistentes la oportunidad de realizar visitas técnicas a una serie de instituciones hospitalarias de Barcelona, que mostraron *in situ* el funcionamiento de sus sistemas informáticos.

Completó el programa científico la presencia y participación, en una sesión informativa, de representantes de la CEE (Commission of the European Communities, Division Programme Advanced Informatics in Medicine in Europe), acerca de los proyectos que se están desarrollando a nivel europeo.

Una novedad significativa la constituyó la concesión, en representación del Col·legi d'Economistes de Catalunya, del I Premio Informática y Salud, cuya Presidencia de Honor la ostentó el actual Conseller de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, Honorable senyor Xavier Trias i Vidal de Llobatera.

Dicho premio pretende estimular, clara y abiertamente, aquellos esfuerzos e iniciativas de investigación aplicada, centradas en el terreno de la organización, desarrollo y aplicación de las técnicas y tecnología informáticas, tanto en el campo asistencial, como en el de la gestión de los recursos sanitarios. Los trabajos premiados se presentaron públicamente en el transcurso de las sesiones, previa celebración de la mesa redonda de debate que dio cierre al SINFHOS'90.

Se presentaron asimismo las conclusiones provisionales de una encuesta de ámbito nacional, diseñada por el Comité Científico del SINFHOS'90, cuya presentación pública definitiva se anunciará en breve.

Mediante la publicación del contenido de las sesiones celebradas en cada edición del SINFHOS, así como de los trabajos galardonados, se pretende ir creando un cuerpo de doctrina, en el cual se puedan fundamentar los principios de gestión especializada en el campo sanitario, favoreciendo de esta manera la nueva dinámica de gestión que poco a poco se va desarrollando e introduciendo en nuestros centros asistenciales.

Con estas aportaciones, la Comisión de Economía de la Salud, a través del equipo organizador del III Symposium Informática Hospitalaria, espera contribuir al impulso, desarrollo e implantación de la tecnología informática en el conjunto del ámbito sanitario, evidenciando los resultados que se van registrando en los campos científico, de gestión y tecnológico, y fomentando iniciativas orientadas a la mejora y constante optimización de los parámetros de eficiencia y eficacia que rigen dicho ámbito.

ASPECTOS REMARCABLES

La posibilidad de mejorar los niveles de eficiencia y calidad de los procesos clínicos y técnicos que se desarrollan en los hospitales y en otros centros sanitario-asistenciales dependerá de que logremos construir unos sistemas de información que respondan de manera adecuada a las necesidades señaladas.

Dicho problema, en ocasiones, trasciende el ámbito hospitalario. Se convierte en un problema de voluntad política, que se está intentando resolver, desde las diferentes instituciones y organismos sanitarios públicos y privados implicados, tanto autonómicos (ICS, Osakidetza, SVS, etc.), como estatales (INSALUD) y desde diversos grupos de trabajo de la CEE (CEE-AIM, EWOS, TC129, MEDIX, etc.).

Resulta patente hoy la necesidad de mantener elevados niveles de colaboración y coordinación entre todos ellos, de cara a la definición de criterios comunes, para potenciar y normalizar los estándares de información y de tecnología de la comunicación. Aquellos serán la base para la construcción de una plataforma de desarrollo e integración tanto de bases de datos, como de nuevos componentes tecnológicos.

De dicha integración se obtendrán beneficios sustanciales, en campos como el análisis epidemiológico, la formación graduada y post-graduada, el control del tratamiento farmacológico, la promoción de la salud, la planificación sanitaria, la gestión administrativa, la optimización de los recursos y de la calidad asistencial, y la generalización de avanzadas técnicas diagnósticas.

Obviamente, el progreso tecnológico afectará de forma importante a los presupuestos económicos en tecnología de la información sanitaria, que obstaculizarán la superación del aún insuficiente desarrollo organizativo e informático de los hospitales españoles.

Los actuales niveles de inversión en tecnología y recursos informáticos son insuficientes para resolver eficientemente las necesidades de información que requieren determinadas técnicas, tanto diagnósticas como de gestión y evaluación, básicas para la adopción de decisiones, con frecuencia complejas, orientadas a la optimización de recursos sanitarios y a la atención del paciente.

En el sector sanitario, dichos procesos de toma de decisiones se verán continuamente afectados por la especial trascendencia que poseen los problemas de escasez de recursos económicos y por el constante crecimiento y aparición de nuevas necesidades de atención, junto al progreso científico y tecnológico.

La incorporación de tecnología de vanguardia obligará, también, a hacer frente y resolver aquellos problemas éticos que pudieran derivarse del tratamiento de los datos registrados informáticamente. Se evidenciará la necesidad de un marco legislativo adecuado y del diseño de sistemas de salvaguarda interna, con el fin de preservar la confidencialidad y proteger la información de su posible destrucción o desaparición.

CONCLUSIONES

1. Es necesario tender a la proyección y diseño de bases de datos únicas, reuniendo de forma integrable diferentes tipos de información, que sirvan igualmente a finalidades de tipo planificador, administrativo, asistencial y de investigación.

2. Es imprescindible tender a la estandarización del vocabulario y la forma de codificación de los datos médicos para llegar a una total homogeneidad e intercambiabilidad de datos y conocimientos.

3. Por lo que se refiere a la asistencia ambulatoria, los avances para crear una base mínima de datos son pequeños pero esperanzadores.

La finalidad de esta base mínima de datos, que ha de basarse en la estandarización y homogeneidad, se centra básicamente en posibilitar una mejor gestión de los recursos económicos.

Para conseguirlo, será preciso desarrollar una técnica de medición del *case mix* ambulatorio propiamente europeo, ya que no se considera aplicable la metodología de medición desarrollada en los EE.UU. (AVG).

El desarrollo de las tecnologías de información y telecomunicaciones no debe bandear la problemática específica planteada por las necesidades de la atención ambulatoria.

4. Se pone de manifiesto, tanto a nivel nacional como europeo, la tendencia a la utilización de estándares en hard, soft y comunicaciones.

Igualmente, es necesario procurar integrar las realizaciones de cada uno de los países europeos, así como aquellas desarrolladas de for-

ma conjunta, aprovechando todo aquello que cada uno haya llevado a cabo.

5. Afrontar la problemática que presenta la inteligencia artificial ha propiciado un proceso interactivo de potenciación en el diseño de hardware y software, y la concreción de métodos específicos, como los sistemas expertos.

6. Los sistemas expertos, desarrollados como una herramienta de ayuda a la toma de decisiones tienen, hoy por hoy, su mayor aplicación en los campos de la formación, docencia e investigación.

7. En el campo de la tecnología informática médica punta se plantea actualmente el objetivo de complementar inteligencia artificial y tratamiento de imágenes.

Este objetivo y el propio desarrollo del tratamiento de imágenes requiere unos niveles de inversión muy elevados y el desarrollo de herramientas informáticas todavía no disponibles.

8. El tratamiento de imágenes es una herramienta valiosa, asociada a un sistema de comunicaciones adecuado, para finalidades de diagnóstico a distancia y colaboración de los equipos médicos actuando en hospitales alejados y de diferente nivel.

9. El futuro de la aplicación de las nuevas tecnologías de la información y las telecomunicaciones en la asistencia médica domiciliaria depende más de factores económicos y sociológicos que del propio desarrollo técnico, ya que éste ha evolucionado mucho más rápidamente que los demás.

10. Las nuevas tecnologías permitirán aumentar la capacidad actual de trabajo, posibilitando la integración de datos, voz e imágenes, de manera segura, fiable y rápida.

Debido al elevado coste de estas tecnologías y al poco desarrollo del mercado, todavía no es posible adquirirlas a unos precios que justifiquen su utilización generalizada.

Actualmente, los proyectos basados en estas tecnologías tienen tantas expectativas de éxito como mayor sea su sencillez.

11. El coste del hardware disminuye mientras que el del personal aumenta, por esto hay que diseñar herramientas que permitan disminuir el coste humano y permitan, al mismo tiempo, una distribución del sistema, soportada por una red de área local que permita el intercambio continuado de información.

12. Las terminales transportables son una herramienta cada vez más utilizada en el hospital.

En el trabajo de enfermería, hospitalaria o domiciliaria, se revela como de alta utilidad en la recogida de información asistencial, de atención y evaluación de la carga de trabajo.

13. A la hora de informatizar un hospital, se plantean tres alternativas:

- a) comprar un paquete de soft que parezca apropiado;
- b) desarrollar mediante plantilla propia; o
- c) desarrollar mediante empresas de servicios externas.

Cada opción tiene una serie de ventajas e inconvenientes. A la hora de adoptar una decisión, hay que tener en cuenta el nivel de organización que se quiere informatizar y el tipo y grado de informática preexistente.

14. Dado el coste, cada vez más importante, del personal informático, la oferta de software estándar es cada vez más amplia. Algunas veces, la utilidad de los productos a la venta es dudosa.

15. En ningún caso se evita completamente la necesidad de disponer de un equipo humano informático propio.

9.2 | CONGRESO EUROPEO DE FAMILIARES DE ENFERMOS PSÍQUICOS

Del 7 al 9 de junio se celebró en De Haan (Bélgica) el Primer Congreso Europeo para Familiares de Enfermos Psíquicos, con la participación de más de 300 personas de 17 países europeos, aparte de los invitados de EE.UU., Australia y Uruguay.

En la sesión inaugural habló una representante del Parlamento Europeo y el Ministro de Sanidad de la Comunidad Flamenca, y en la Clausura hubo alocuciones del Presidente del gobierno belga, señor Martens, del Director de la Comisión de Minusválidos de la C.E., señor Vander-Haegen, y del representante europeo de la OMS, doctor Sampaio-Faria (Portugal). El viernes día 8 asistió al Congreso la reina Fabiola que escuchó una ponencia, y recibió a continuación a las delegaciones de los distintos países, departiendo con especial interés con los representantes de los países del Este y hablando detenidamente con la delegación española a la que animó a seguir en la defensa de los enfermos psíquicos y en la ayuda a los familiares.

La Federación Española de Asociaciones de Familiares y Enfermos Psíquicos —FEAFES— estuvo representada por 45



La reina Fabiola visitó a los participantes y departió ampliamente con los representantes españoles a quienes animó a seguir luchando en pos de objetivos tan humanitarios

congresistas, todos ellos familiares de enfermos mentales, y también asistieron algunos profesionales de España. Después de los belgas y holandeses, los españoles constituyeron la delegación más numerosa, lo que demuestra el enorme interés de las familias españolas afectadas por recibir información sobre las actividades realizadas en los demás países europeos por las distintas Asociaciones, y por el desarrollo de la Reforma Psiquiátrica fuera de España, desde el punto de vista de los «usuarios».

Hubo ponencias de destacados profesionales de varios países, y numerosísimas intervenciones de familiares que evidenciaron la enorme carga emocional y psíquica de las familias con un miembro enfermo mental, y su gran necesidad de ayuda y apoyo. Este apoyo lo han encontrado siempre en la unión con Asociaciones de afectados o en grupos de auto-ayuda, pero en cambio muy raras veces en la red oficial de la asistencia sanitaria y social.

Tanto los profesionales como los familiares estuvieron de acuerdo en los programas de la moderna asistencia psiquiátrica integrada en la red sanitaria general y en la necesidad de crear más recursos alternativos a la hospitalización dentro de la comunidad, cuyo desarrollo era evidentemente muy desigual en los diferentes países de la C.E. Llamó especialmente la atención la intervención de una familiar de Italia, país promotor de la psiquiatría sin manicomios, pero que no ha sabido establecer las necesarias alternativas, dejando absolutamente indefensos tanto a los enfermos como a sus familias, salvo en alguna región del norte.

Más sobrecogedora todavía fue la breve explicación del representante de Rusia que hizo ver a los congresistas que, aunque todavía falta mucho que hacer, se ha avanzado bastante en la asistencia psiquiátrica en los países de la C.E. durante los últimos diez o quince años, comparado con la tristísima situación de los enfermos en Rusia en los grandes manicomios, a falta de las mínimas condiciones para una vida humanamente digna.

Como conclusión del Congreso, se había preparado un Manifiesto sobre los Derechos del enfermo y los Derechos de la familia que se redactará en su forma definitiva cuando se haya discutido y perfilado en todas las Asociaciones de Familiares de Europa.

El Congreso estuvo magníficamente organizado por la Federación de las Asociaciones Flamenca SIMILES, en colaboración con la Asociación Flamenca pro Salud Mental y el Congreso Europeo de la Federación Mundial pro Salud Mental así como con la Comisión Europea de la OMS, bajo el patrocinio de la reina Fabiola de Bélgica.

A pesar del gran número de asistentes de 20 países con diferentes idiomas, no hubo ningún fallo —el alojamiento y la comida, en un Centro de Vacaciones de la costa (cerca de Ostende), plenamente satisfactorio; la traducción simultánea a 5 idiomas (flamenco, francés, inglés, alemán y español), muy buena; la convivencia y el mutuo intercambio de experiencias, extraordinariamente estimulante; incluso pudimos hacer una visita turística a la preciosa ciudad de Brujas—. En resumen, los familiares han salido del Congreso con nuevos ánimos para seguir luchando, en colaboración con muchos profesionales que han manifestado su apoyo, y viendo el futuro con más optimismo.