

Hermanos de  
San Juan de Dios  
Barcelona

Año 44. Segunda época. Abril - Mayo - Junio 1992

Número 224. Volumen XXIV

#### 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 280 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	<b>EDITORIAL. Un paso más hacia adelante</b>	120
2	<b>EL PAPA JUAN PABLO II INSTITUYE LA JORNADA MUNDIAL DEL ENFERMO</b>	122
3	<b>¿CUÁNTOS MÉDICOS NECESITAMOS EN UN HOSPITAL?</b> Miguel A. Asenjo	125
4	<b>PAPEL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN UN CENTRO AMBULATORIO ESPECÍFICO DE ATENCIÓN AL DROGODEPENDIENTE</b> Julia Álvarez García	128
5	<b>LA VIVENCIA ACTUAL DE LA ENFERMEDAD</b> Felisa Elizondo	131
6	<b>«LA NEGATIVA AL DIÁLOGO ENTRE LAS DIFERENTES ESCUELAS ES EL CÁNCER DE NUESTRA ESPECIALIDAD»</b> Joaquín Plaza Montero	136
7	<b>JESÚS NOS LIBERA DEL MAL</b> Vicent Igual, O.P.	139
8	<b>LA EVOLUCIÓN HACIA LA IDENTIDAD SEXUAL: PROBLEMAS ÉTICOS</b> Eduardo López Azpitarte	145
9	<b>MATERIAL PARA LA REFLEXIÓN ÉTICA</b>	150
10	<b>«ANTE EL MISTERIO DE LA MUERTE EL HOMBRE SE HALLA IMPOTENTE: VACILAN LAS CERTEZAS HUMANAS»</b> Juan Pablo II al I Congreso sobre la Asistencia a los Moribundos	170
11	<b>INFORMACIONES</b>	172

# 1. EDITORIAL

## Un paso más hacia adelante

Tal como publicamos en este mismo número de LABOR HOSPITALARIA, el papa Juan Pablo II ha instituido con fecha del 13 de mayo —festividad de Nuestra Señora de Fátima—, la JORNADA MUNDIAL DEL ENFERMO. Jornada que se celebrará cada año el día 11 de febrero, festividad de Nuestra Señora de Lourdes.

Dos fiestas marianas, pues, arropan esta decisión que creemos de suma importancia para la Pastoral de la Salud. La primera, el 13 de mayo, recuerda la del atentado que el propio Pontífice sufrió en la Plaza de San Pedro. Situación que supuso para el mismo el contacto directo con el dolor, la enfermedad, el hospital, en definitiva, el mundo de la salud. Meses más tarde promulgaría la *Carta Apostólica SALVIFICI DOLORIS*, primera de las dedicadas por un Pontífice al sufrimiento humano.

Concretamente, era el 11 de febrero de 1985 cuando Juan Pablo II, mediante el *Motu Proprio DOLENTIUM HOMINUM*, creaba la entonces Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios y que, más tarde, pasaría a convertirse en Pontificio Consejo.

Es una concatenación de acontecimientos que, desde una lectura no excesivamente minuciosa, se pueden relacionar desde la propia experiencia de enfermedad, vivida en propia carne, por el Sumo Pontífice.

Pero lo verdaderamente importante es cuanto pueda significar la institución de dicha Jornada Mundial en el campo de la pastoral de la salud, y ésta dentro del contexto de toda la pastoral de la Iglesia.

LABOR HOSPITALARIA no cree en piedras filosofales para la resolución de los problemas, y mucho menos, cuando éstos no pueden ser resueltos. Pero sí que cree en el día a día, en el avance lento pero sin tregua. Y en esta fe, la Jornada Mundial del Enfermo supone un paso más. Un paso que ha de reportar una mayor sensibilidad y, consecuentemente, un mayor compromiso.

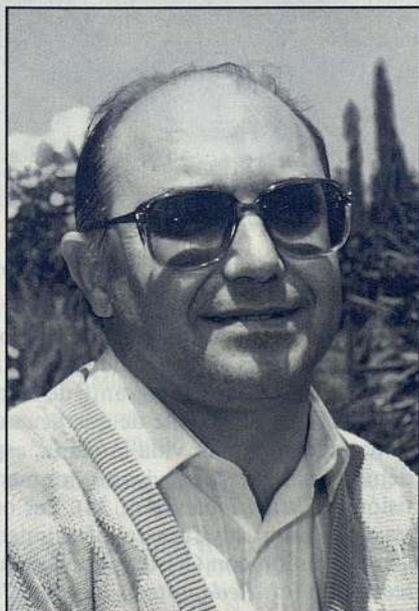
Bien cerca tenemos la experiencia. Hace unos años, no muchos, la Conferencia Episcopal Española hizo lo propio en su demarcación. Desde entonces se viene celebrando anualmente el Día del Enfermo en España. Quienes hemos vivido el proceso seguido con este hecho, damos fe de cuanto ha supuesto en el desarrollo de la pastoral, en la sensibilidad de la comunidad cristiana, en el mensaje que, dentro de nuestros medios limitados pero generosamente entregados, se ha ido transmitiendo a la propia sociedad. El mismo Papa recoge en su carta al cardenal Angelini la positividad de una experiencia «existente ya en algunos países y regiones y que comporta frutos pastorales verdaderamente de gran riqueza».

LABOR HOSPITALARIA quiere ver, asimismo, en este hecho, otro de los copiosos frutos que el Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios ha logrado madurar. Imaginamos que en su comunicación con el Santo Padre no habrá faltado la información al respecto, la conveniencia de extender aquello que se ha descubierto como positivo.

Finalmente, creemos que es una nueva etapa conseguida en el camino de situar al enfermo allá donde merece en el corazón de la Iglesia. No se trata de competir con nada ni con nadie; se trata, simplemente, de reconocer en la práctica lo que desde siempre hemos afirmado en la teoría: que el hombre es el centro de la preocupación pastoral de la Iglesia, y que el hombre necesitado y enfermo lo es con un cariz especial.

Tenemos ya JORNADA MUNDIAL DEL ENFERMO. Ahora se trata de llenarla, año tras año, de contenido, de mensaje, de vida. LABOR HOSPITALARIA, una vez más, no faltará a la cita.

LH



## REELEGIDO SUPERIOR PROVINCIAL

**E**n el Capítulo Provincial, celebrado el pasado mes de mayo, ha sido reelegido Superior Provincial de Aragón el hermano José Luis Fonseca Bravo. Como tal es el máximo responsable de LABOR HOSPITALARIA.

El hermano José Luis Fonseca había sido ya elegido en el Capítulo Provincial de 1989.

Le felicitamos muy sinceramente y le deseamos toda suerte de éxitos.

**HERMANO JOSÉ LUIS FONSECA BRAVO**  
Superior Provincial

## 2. EL PAPA JUAN PABLO II INSTITUYE LA JORNADA MUNDIAL DEL ENFERMO

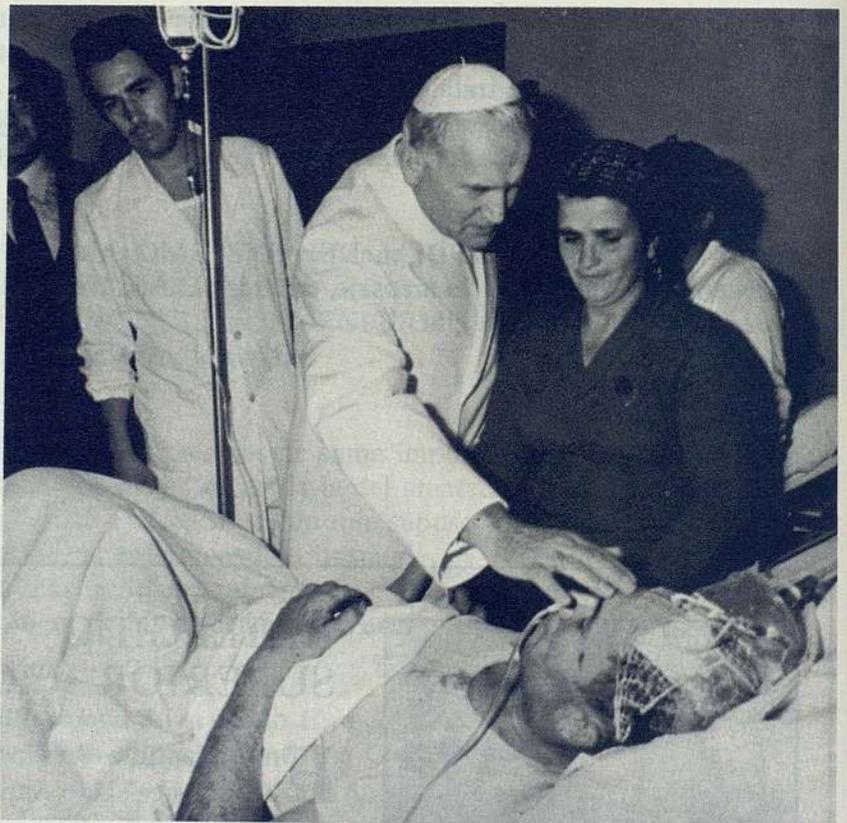
Con fecha 13 de mayo de 1992, el Papa ha instituido la Jornada Mundial del Enfermo, mediante una carta dirigida al cardenal Fiorenzo Angelini, Presidente del Pontificio Consejo de la Pastoral para los Agentes Sanitarios, del que en términos no eclesiásticos se suele denominar Ministerio de Sanidad del Vaticano.

Dicha Jornada pasará a celebrarse, a partir del próximo año, el día 11 de febrero, festividad de la Virgen de Lourdes, y fecha que ya se ha hecho emblemática en la breve pero intensa historia de dicho Pontificio Consejo.

Esta es la carta de Juan Pablo II al cardenal F. Angelini por la que le comunica la institución de la JORNADA MUNDIAL DEL ENFERMO.

La solicitud de Juan Pablo II por los enfermos y su mundo, el mundo de la salud, es algo que nadie puede cuestionar.

La reciente institución de la Jornada Mundial del Enfermo no es sino un dato más que corrobora esta afirmación.



### AL VENERABLE HERMANO CARDENAL FIORENZO ANGELINI Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios

1. Acogiendo favorablemente su solicitud, en cuanto Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, y como intérprete de la espera de numerosas Conferencias Episcopales y organismos católicos nacionales e internacionales, deseo comunicarle que he decidido instituir la *Jornada Mundial del Enfermo*, la cual se celebrará el día 11 de febrero de cada año, en la conmemoración litúrgica de Nuestra Señora de Lourdes. Considero, en efecto, cuando menos oportuno, extender a toda la Comunidad eclesial una inicia-

tiva existente ya en algunos países y regiones y que comporta frutos pastorales verdaderamente de gran riqueza.

2. La Iglesia que, siguiendo el ejemplo de Cristo, ha percibido siempre a través de los siglos su deber de servir a los enfermos y a los que sufren como parte integrante de su misión (*Dolentium hominum*, 1), es consciente de que «cuando acoge con amor y generosidad cualquier vida humana, especialmente si ésta es débil o está enferma, vive un momento fundamental de su misión» (*Christifideles laici*, 38). Por otra parte, no cesa de subrayar el valor salvífico del ofrecimiento del dolor que, vivido en comunión con Cristo, pertenece a la esencia misma de la redención (cf. *Redemptoris mission*, 78). La celebración anual de la *Jornada Mundial del Enfermo* tiene pues como finalidad expresa sensibilizar al Pueblo de Dios

y, en consecuencia, a las múltiples instituciones sanitarias católicas y a la sociedad civil, en la necesidad de asegurar la mejor asistencia a los enfermos; de ayudar a quien se encuentra enfermo a valorar, a nivel humano y especialmente a nivel sobrenatural, el sufrimiento; a implicar en la pastoral sanitaria de forma especial a las diócesis, las comunidades cristianas, las familias religiosas; a favorecer el valioso desarrollo del voluntariado; a recordar la importancia de la formación espiritual y moral de los agentes sanitarios y, finalmente, a hacer que se comprenda mejor la importancia de la asistencia religiosa a los enfermos por parte de los sacerdotes diocesanos y regulares, así como por parte de los que viven y trabajan junto a los que sufren.

3. De la misma manera que consideré importante publicar, en 1984, la Carta Apostólica *Salvifici doloris* sobre el significado cristiano del sufrimiento humano y, en el año sucesivo, instituí este Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, hoy estimo particularmente significativo fijar la misma conmemoración para la celebración de la *Jornada Mundial del Enfermo*, ya que «junto a María, Madre de Cristo, que se encontraba a los pies de la cruz, nos detenemos junto a todas las cruces del hombre de hoy» (*Salvifici doloris*, 31). Y Lourdes, santuario mariano entre los más queridos del pueblo cristiano es al mismo tiempo lugar y símbolo de esperanza y de gracia en el signo de la aceptación y del ofrecimiento del dolor que salva.

Le ruego, por tanto, que haga conocer a los responsables de la pastoral sanitaria en el ámbito de las Conferencias Episcopales, así como de los organismos nacionales e internacio-

nales que trabajan en el vastísimo campo de la sanidad, la institución de tal *Jornada Mundial del Enfermo* a fin de que, en armonía con las exigencias y las circunstancias locales, su celebración sea debidamente tutelada con la colaboración de todo el Pueblo de Dios: sacerdotes, religiosos, religiosas y fieles laicos.

A tal fin, confío a ese Dicasterio la realización de las oportunas iniciativas de promoción y de animación, a fin de que la *Jornada Mundial del Enfermo* sea un momento intenso de oración, de comunión, de ofrecimiento del dolor por el bien de la Iglesia y de llamada a todos para que reconozcan en el rostro del hermano enfermo la Santa Faz de Cristo, que, sufriendo, muriendo y resucitando ha realizado la salvación de la humanidad.

4. Mientras deseo la plena colaboración de todos para el mayor éxito y desarrollo de esta *Jornada*, confío su eficacia sobrenatural a la mediación materna de María *Salus Infirmorum* y a la intercesión de san Juan de Dios y de san Camilo de Lelis, patronos de los hospitales y de los agentes sanitarios: Que estos santos extiendan cada vez más los frutos de un apostolado de la caridad y del que tiene tanta necesidad el mundo contemporáneo.

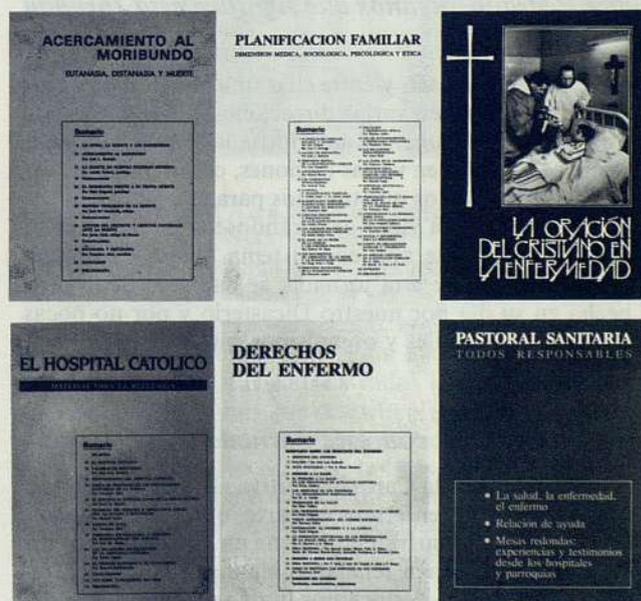
Uno estos deseos a mi Bendición Apostólica, que imparto de todo corazón a usted, Señor Cardenal, y a cuantos colaboran con usted en la pródiga obra de servicio a los enfermos.

En Vaticano, 13 de mayo de 1992.

Juan Pablo II

- 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)
- DIAGNÓSTICO PRENATAL Y ASESORAMIENTO GENÉTICO: REALIDAD Y ESPERANZA. N.º 218 (1990)
- IGLESIA Y SALUD. N.º 219 (1991)

## Números monográficos de Labor Hospitalaria



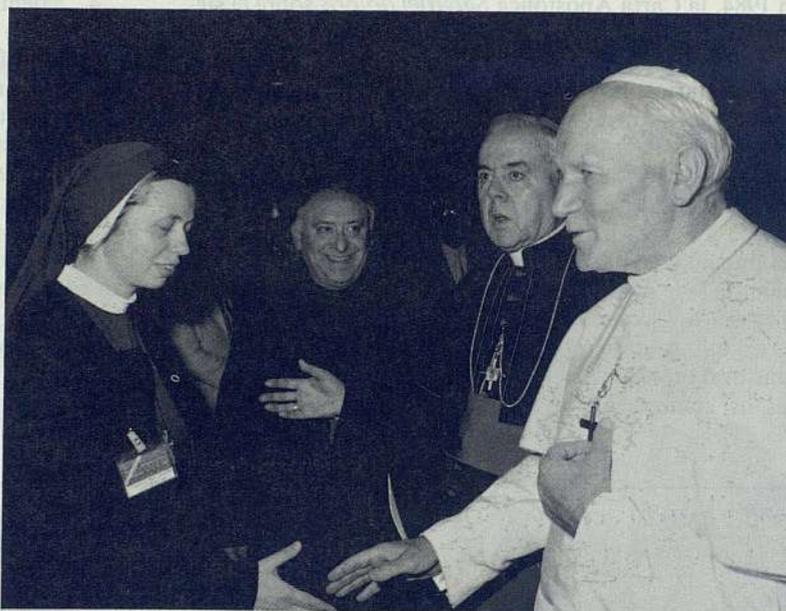
Pídalos a la dirección de la Revista

HERMANO JOSÉ L. REDRADO, Secretario del Pontificio Consejo

## 2.1 «AYUDARÁ A REFLEXIONAR EN VARIAS DIRECCIONES DE LA PASTORAL DE LA IGLESIA»

*La presencia reciente del hermano José L. Redrado con motivo de la celebración del Capítulo Provincial de los Hermanos de San Juan de Dios nos ha posibilitado el solicitarle sus primeras impresiones tras la institución de esta Jornada Mundial del Enfermo. Fue precisamente en plena celebración capitular donde el hermano Redrado recibió la confirmación oficial de la decisión del Santo Padre.*

Juan Pablo II siempre ha manifestado una cálida cercanía y un especial cariño por el Pontificio Consejo que él mismo instituyó. Aquí le vemos saludando a Sor Judidta, voluntaria del mismo y experta en lengua alemana, en presencia del cardenal F. Angelini y del hermano José L. Redrado.



—Padre Redrado, díganos qué significa esta Jornada del Enfermo.

Significa muchas cosas, y entre ellas una decisión que ayudará a reflexionar en varias direcciones de la pastoral de la Iglesia. En primer lugar, es una jornada a nivel mundial; ya se venía celebrando en varias naciones, como pudimos ver en una serie de contactos que tuvimos para recoger datos sobre el tema. En España viene celebrándose con mucho éxito desde el año 1985, este año con el tema *Salud y Sanidad*.

El Papa, al instituir esta jornada, se hace eco de la petición hecha en su día por nuestro Dicasterio y por no pocas Conferencias Episcopales y organismos católicos nacionales e internacionales.

—¿Qué se pretende con esta Jornada?

El Papa subraya en la Carta institutiva algunos principios: «El servicio a los enfermos es parte integrante de la misión de la Iglesia...; el sufrimiento tiene un carácter evangelizador». Y también vienen señaladas algunas finalidades importantes entre las que destacamos la de sensibilizar al Pueblo de Dios y a las instituciones católicas en asegurar una mejor asistencia a los enfermos; integrar en la pastoral sanitaria a las diócesis, familias religiosas, voluntariado...

—Padre Redrado, ¿se fija alguna fecha en concreto para su celebración?

Sí, el 11 de febrero, fiesta de la Virgen de Lourdes. Se trata de una fecha histórica; ya con esta misma fecha, en 1984, el Papa publicó la Carta Apostólica *Salvifici doloris* sobre el significado cristiano del sufrimiento; y el año sucesivo, el 11 de febrero de 1985, el Papa instituyó el Pontificio Consejo de la Pastoral para los Agentes Sanitarios, comúnmente llamado Ministerio de Sanidad del Vaticano.

—Me supongo, padre Redrado, que ahora habrá que poner manos a la obra.

Así lo pienso yo. Y es el mismo Papa el que nos encarga a los responsables del Dicasterio el dar a conocer esta nueva institución, sea preparada adecuadamente y se activen oportunas iniciativas. Esperamos que, con el cardenal Angelini a la cabeza, ideas no han de faltar. El Papa pide también la colaboración de todos para la puesta en marcha de esta nueva iniciativa e invoca la intercesión de María, *Salus Infirmorum*, y la de los santos Juan de Dios y Camilo de LeLis, como patronos que son de los enfermos, de los hospitales y del personal de enfermería.

# 3. ¿CUÁNTOS MÉDICOS NECESITAMOS EN UN HOSPITAL?

**Miguel A. Asenjo**

Director Técnico del Hospital Clínic de Barcelona  
Profesor Titular. Universidad Barcelona

*El autor presenta un estudio que, con suficiente rigor científico-técnico, aborda la forma de analizar las necesidades de personal médico que requiere cada hospital.*

*Cuando con tanta facilidad juzgamos la precariedad o abundancia de facultativos, en función de muy diversas ópticas, el doctor Miguel A. Asenjo nos introduce en un sistema que pretende objetivar lo más posible un parámetro tan presto a diferentes interpretaciones.*

## INTRODUCCIÓN

Para la dotación de personal hospitalario, particularmente médico, conviene recordar que el hospital es una empresa aunque de características muy particulares que le diferencian de la empresa industrial:

- Las decisiones más graves y urgentes se toman sin intervención jerárquica: el médico y la enfermera frente al paciente con su sola autoridad. Ello representa una descentralización absoluta que choca con la necesaria estructura jerárquica propia de toda organización.
- Las decisiones fundamentales son clínicas sin consideración económica.
- Su principal recurso es el personal.
- Se financia por presupuestos.
- No pagan los pacientes sino terceros.
- El producto es el paciente y no se selecciona.
- Su finalidad no es lucrativa.
- Se actúa con vida, salud, enfermedad y muerte y
- Está muy regulado legalmente.

Es tan evidente esta última característica que, por ejemplo, para *cumplir con su función* debemos aplicar el artículo 68 de la correspondiente norma legal<sup>1</sup> que establece: «Los centros hospitalarios desarrollarán además de las tareas estrictamente asistenciales funciones de promoción de salud, prevención de las enfermedades e investigación y docencia, de acuerdo con los programas de cada Área de Salud, con objeto de complementar sus actividades con las desarrolladas por la red de atención primaria». Para determinar el *número mínimo de hospitales* aplicaremos el artículo 65.1 de la misma ley que expresa lo que sigue: «Cada Área de Salud estará vinculada o dispondrá al menos de un hospital general con los servicios que aconseje la población a asistir, la estructura física de ésta y los problemas de salud». Previamente, el artículo 56.5 ha



señalado que cada Área de Salud comprenderá una población entre 200.000 y 250.000 habitantes y el *sistema de gestión* a implantar está regulado por el artículo 69 que exige: «En los servicios sanitarios públicos se tenderá hacia la autonomía y control democrático de su gestión, implantando una dirección participativa por objetivos». Para *establecer el organigrama* del hospital, es obligado para todos los del INSALUD aplicar otra norma legal<sup>2</sup> que describe y regula las divisiones del hospital, las siete concretas áreas adscritas a la Gerencia, las nueve de la División Médica, las seis de la División de Enfermería y las seis de la de Gestión y Servicios Generales. Igualmente, señala los órganos colegiados de participación y asesoramiento, su composición y cometidos así como el funcionamiento del hospital. Finalmente, si por ejemplo se desea *implantar docencia post-graduada* también es necesario recurrir a la correspondiente norma legal<sup>3</sup> que regula las características, adscripción y número de especialidades que, a su vez condiciona el tipo de hospital.

Hay que añadir a las anteriores características de hospital otra que la diferencia como empresa y es la de que: «el médico no paga los servicios que ordena, que son lo que quiere, general y lamentablemente no conoce su precio, si lo conoce probablemente influye poco en su decisión y como además normalmente tampoco el paciente paga de su bolsillo se concluye que *el criterio que marca las decisiones médicas es su propia conciencia*. Conviene por ello que conozca, objective y aplique metodológicamente los conceptos de *necesidad*, con su correspondiente demanda-oferta y frecuente lista de espera, de *eficacia*, de *eficiencia*, de *equidad* y de *calidad* que estarán presentes en toda decisión que comporte acción sobre personas o bienes.

## PARTICIPACIÓN EN LA GESTIÓN

En efecto el médico decide a través y por medio de: *historia clínica, exploración directa, relato del paciente* —que todo ello comporta tiempo médico directo— y *medios técnicos* por lo que es fundamental que los médicos participen en la gestión que de forma progresiva y por etapas se realizaría como se indica:

- **Conociendo costes clínicos.** Consiste en informar de los costes de sus Servicios y comparar con otros. En general sirva para poco, pues enseguida cada cual encuentra justificación al coste propio si es alto y si es bajo pronto se conseguirá elevarlo. La publicación de los resultados es recomendable por efectiva.
- **Aplicando presupuestos clínicos.** Es necesaria mucha preparación administrativa por parte del médico y mucha información contable pero, generalmente, es un eficaz método.
- **Estableciendo descentralización** a nivel de Servicio con salario variable según resultados, previo un mínimo fijo y garantizado.

## DESARROLLO DE LA GESTIÓN

En todo caso, para conseguir los objetivos tanto asistenciales como docentes o investigadores se precisa gestión y para ello utilizará *dos premisas* previas y aplicará *seis disciplinas*:

### Premisas

- **Plan contable.** Necesita conocer si se desvía de lo previsto, por lo que tiene que preveer y precisar previamente los objetivos cifrándolos, fechándolos y vinculándolos a personas concretas. Previstos los objetivos debe conseguir información concreta, precisa, veraz y rápida que informe de su cumplimiento.
- **Poder de decisión.** El salario y continuidad en el cargo debe estar ligado a la consecución de los objetivos previamente establecidos, tanto de calidad como de rendimiento.

### Disciplinas

- **Conocer los hechos,** para lo que es preciso que sea un experto en su concreta especialidad.
- **Definir los objetivos,** que consiste en cuantificarlos aplicando, para hospitalización, la siguiente fórmula:

$$e = \frac{c \times t \times Io}{Em}$$

- En la que:
  - e = número de enfermos que ingresan
  - t = período de un año expresado en días
  - Io = porcentaje de ocupación de camas
  - Em = estancia media por enfermo
- **Establecer los medios.** Se logra con programas y presupuestos. Aquellos que coordinan los medios en el tiempo y los presupuestos que son los programas cifrados en dinero.
- **Organizar las estructuras.** Concretar el organigrama que aunque no informa suficientemente sobre contenido y estructura del hospital es fundamental para su funcionamiento. Es como el plano al edificio.
- **Motivar a las personas.** Nada es posible sin contar con los colaboradores. «Nuestro éxito es el de ellos». El éxito de un jefe se mide por el de sus colaboradores.
- **Evaluar.** Ningún plan se desarrolla sin problemas. Es preciso saber exactamente qué se quiere y cuál es, si existe, la desviación producida para poder tomar las decisiones adecuadas en todo momento. Unas veces consisten en pequeños ajustes y otras cuestionan todo el plan.

Además el concepto de gestión expuesto y de su desarrollo, el médico, la enfermera y el resto de personal deben conseguir los de *eficacia* (logro de los objetivos), *eficiencia* (al menor costo), *equidad* (otorgar a la misma necesidad igual recurso) y *calidad* (conocimiento, más tecnología, más información al enfermo) que, aunque implícitamente quedan englobados en el de gestión, merecen comentario aparte particularmente el de eficiencia, relacionado con el coste y que exponemos a continuación.

## COSTES HOSPITALARIOS

El hospital *es eficiente* si consigue los objetivos al menor coste posible compatible con una adecuada calidad. Es muy difícil objetivar el concepto del menor coste posible por lo que conviene establecer un plan trienal con objetivos asistenciales, docentes e investigadores concretos, por servicios y para el conjunto del hospital, así como su coste específico y ajustarlos permanentemente dentro del marco jurídico que afecte al hospital.

El mayor coste —además fijo— en un hospital es el pago de *la nómina* de personal, así que agrupar las funciones, concretar el tiempo necesario para su correcta consecución y establecer la plantilla de acuerdo con ambas premisas es fundamental. Establecer el salario base de acuerdo con una correcta aplicación de una valoración de tareas es fundamental. La eficiencia hospitalaria se consigue analizando, planificando, pactando y controlando el coste fijo y también el variable.

Los costes fijos son independientes de la actividad y los variables están relacionados con el número de enfermos atendidos, el desarrollo docente y el investigador, que son muy evidentes en el hospital universitario.

Los fijos representan alrededor del 80 % del gasto y, en consecuencia, los variables son aproximadamente el 20 % restante hasta completar el 100 %.

Son *fijos*:

	Porcentaje
Personal	72
Otros	9
<b>Total fijos</b>	<b>81 %</b>

Pueden considerarse *variables*, con el porcentaje de gasto que se indica, los siguientes:

— <i>Suministros sanitarios</i>	%
1. Farmacia	4
2. Banco de Sangre y mat. quirúrgico	3,5
3. Radiodiagnóstico y Laboratorio	2
4. Diversos	0,5
Total	10,0
— <i>Alimentación</i>	3
— <i>Otros</i>	6
<i>Total variables</i>	19 %
TOTAL	100

**DOTACIÓN DE PERSONAL**

La mente no tiene que esforzarse mucho para reconocer que el tema de personal es complejo y en pocos hospitales se ha afrontado con rigor a pesar de su importancia.

Para lograrlo se procede de la siguiente forma:

- *Asignar y pactar* con los respectivos responsables de Servicio el tiempo necesario para cada actividad que anteriormente habrá sido calculada y correctamente realizada como el nivel de calidad adecuado y objetivado.
- *Determinar el número de horas* que trabajará con cada médico. Se calcula como sigue:

N.º días del año	365
A restar:	
— Domingos	52
— Sábados	52
— Vacaciones	22*
— Fiestas y otros	20
Total	219

Como se trabajan cuarenta horas semanales, resultan 8 diarias y en consecuencia 219 × 8 = 1.752 horas anuales.

No todas las horas contratadas de los médicos deben ser asistenciales y éstas disminuirán a medida que se asciende en la escala jerárquica de cada Servicio, aproximadamente como se indica:

Categoría	Dedicación Asistencial	Otras dedicaciones (Docen. Invest. Dirección)
Jefe de Servicio	30	70
Jefe de Sección	50	50
Adjunto	80	20

En general cada Servicio debe dedicar **alrededor de un 68 % del tiempo total** a la función asistencial y en consecuencia:

$$1.752 \times \frac{68}{100} = 1.191 \text{ horas de tiempo disponible}$$

El número de médicos necesarios —MN— sería el resultado de dividir el tiempo necesario para la actividad asistencial total prevista —TNAP— por el tiempo disponible asistencial por cada médico TDAM:

$$MN = \frac{TNAP}{TDAM}$$

Se llegará a la conclusión de que la clave de la gestión está en la METODOLOGÍA, en la PARTICIPACIÓN y en el PACTO, previo el conocimiento de elementales técnicas de gestión. **Especialmente relevantes son la demanda, el porcentaje de ocupación y el promedio de estancia.** En definitiva, es fundamental calcular la actividad en hospitalización, consultas externas, quirófanos y cualquier otra dependencia y la dedicación

\* De los 30 de vacaciones 8 están incluidos en sábados y domingos.

a cada actividad. **Del cociente de ambas se obtiene el número de médicos necesarios.**

No es equitativo que para actividades similares existan disponibilidades de tiempo tan dispares o lo que es lo mismo que el coste sea tan diferente para actividades idénticas a igual calidad. La injusticia es evidente. Es preciso corregir las desviaciones, si las hubiera, con habilidad y tacto.

Para **calcular el tiempo necesario** para la actividad prevista en servicios clínicos exceptuando los centrales, se actuará como sigue: (datos orientativos):

**Tiempo necesario por actividad**

- *Hospitalización*  
Una estancia 15'
- *Consulta Externa*  
Una primera consulta externa 30'  
Una revisión 15'

— *Urgencias*  
Aquí, en principio, no se calculan tiempos. Primero se decide qué especialidades realizarán guardias y se comienza por asignar un especialista, incrementándolo según tipo y número de actividades.

— *Quirófanos*  
La cuestión es fundamental pues si se dispone de menos tiempo/quirófano que de camas, o se aprovechan poco los quirófanos disponibles, la consecuencia es la de «estar metiendo» la lista de espera dentro del hospital. Por el contrario, si disponiendo de quirófanos no ingresan por falta de camas con adecuado promedio de estancia se alargan innecesariamente las listas de espera.

Por cada intervención... 60' × 2 médicos

*Tiempo necesario, en horas, para la actividad total —TNAT— (un año e Io de 90 %).*

$$\text{Hospitalización (estancias)} \quad \text{camas} \times 365 \times \frac{90}{100} = X$$

$$\text{Tiempo necesario (en horas)} \quad X \times 15' = \frac{X \times 15'}{60'} = a$$

$$\begin{aligned} \text{Consultas Externas:} \\ \text{Primeras visitas} \quad Y \times 30' = \frac{Y \times 30'}{60'} = b \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Sucesivas} \\ \text{(Relación suc./prim. = 4)} \quad 4 Y \times 15' = \frac{4 Y \times 30'}{60'} = c \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Quirófanos (40 \% de los ingresados)} \\ \text{Tiempo necesario} \quad 0,40 \times e \times 60 \times 2 = z \end{aligned}$$

$$\text{TOTAL} \quad a + b + c + z$$

*Tiempo asistencial disponible por médico —TDAM—.*

$$219 \text{ días} \times 8 \text{ horas} \times \frac{68}{100} = 1.190 \text{ horas}$$

*Número de médicos necesarios —MN—.*

$$MN = \frac{TNAP}{TDAM} = \frac{a + b + c + z}{1.190} = \text{número de médicos}$$

No están incluidos los de los servicios centrales ni los equivalentes médicos/guardia/urgencias.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Ley 14/1986 de 25 de abril. BOE 29-IV-1986.
2. R.D. 521/1987 de 15 de abril. BOE 16-IV-1987.
3. R.D. 127/1984 de 11 de enero. BOE 31-I-1984.

# 4. PAPEL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN UN CENTRO AMBULATORIO ESPECÍFICO DE ATENCIÓN AL DROGODEPENDIENTE

*Julia Álvarez García*

*Cada vez más el profesional de enfermería se ve implicado en la atención a personas drogodependientes. Y, a veces, esta dedicación se hace específica desde los centros que, aunque todavía escasos, van apareciendo para la atención exclusiva de este tipo de pacientes.*

*Julia Álvarez García nos ofrece unas pautas que nos ayudan a situar cuál sería el rol a desempeñar por los profesionales de enfermería en la atención a estos pacientes.*

## INTRODUCCIÓN

La actuación del profesional de enfermería dentro del Equipo Interdisciplinar de Atención a Drogodependientes es como veremos a continuación muy variada y requiere, al igual que el resto de los profesionales, una preparación y una formación continuada sobre las nuevas técnicas que se incorporan a los tratamientos, ya que también participa en la evaluación

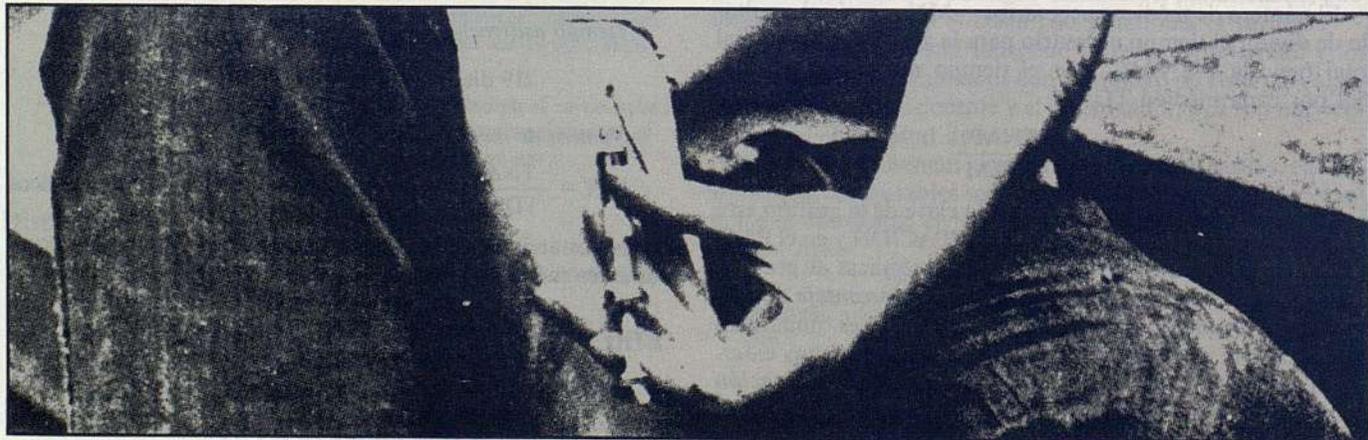
global del sujeto y en el diseño y ejecución del tratamiento individual.

Por este motivo sería imprescindible que en la formación básica del profesional de enfermería se incluyeran un mínimo de temas que le permitieran:

- Conocer mínimamente la problemática de las drogodependencias.
- Desdramatizar la situación de dicho individuo, única forma en la que la actuación va a ser eficaz, pues ya sabemos que los drogodependientes son personas que necesitan satisfacer inmediatamente sus necesidades (toxicológicas, afectivas...) y en muchas ocasiones van a generar intranquilidad y angustia al personal que les atiende intentando manipular la situación, adoptando una actitud que puede ser *seductora* o *agresiva*.

## METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo se ha procedido a enviar un cuestionario abierto sobre las funciones que están realizando y las que creen que deberían realizar a 38 profesiona-



les de enfermería que están trabajando en centros ambulatorios específicos de atención a drogodependientes de toda España.

Tres de dichos cuestionarios han sido devueltos por el servicio de correos como desconocidos, siete contestados (Barcelona, Burgos, Valencia, Canarias, Madrid), dos se han disculpado por no trabajar en este momento en drogodependencias y el resto no ha emitido ningún tipo de respuesta.

## PAPEL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Analizando las siete encuestas contestadas y mi experiencia personal se aprecia claramente que estamos realizando las mismas actividades con los mismos objetivos: el cuidado básico del usuario para aumentar su calidad de vida, junto con otras mejor o peor aceptadas que podríamos denominar *administrativas* y que en algunos casos tienen realmente este carácter, impidiendo al profesional realizar otras actuaciones que sí corresponden a la enfermería y que son sin duda más importantes. Las actuaciones que estamos realizando en un centro ambulatorio específico de atención al drogodependiente las podemos clasificar de la siguiente forma:

### Actuaciones con el sujeto drogodependiente

- A nivel individual.
- A nivel grupal.

### Tareas de funcionamiento interno.

Aunque ambos apartados están interrelacionados entre sí, siempre enfocados a la atención del sujeto drogodependiente, el segundo apartado va a depender de las reglas de funcionamiento interno del equipo, ya que hay algunos en los que, por razones que desconozco, no existen profesionales de enfermería.

## ACTUACIÓN CON EL SUJETO DROGODEPENDIENTE

### A nivel individual

1. *Acogida de casos nuevos.* El profesional de enfermería puede realizar la acogida de un caso nuevo, momento que puede ser crucial en el desarrollo posterior del tratamiento, ya que el sujeto ha decidido acceder al mismo, aunque bien es cierto que puede ser por decisión propia o por presión familiar, de pareja, laboral, etc.

En este punto se debe hacer una primera evaluación general del individuo y es imprescindible realizar una primera intervención (que puede ser un apoyo social, un asesoramiento en tema de salud o toxicológico), junto con la información general de contenido de tratamiento, a fin de que se sienta acogido y comprendido.

2. *Entrevista personal.* Se realiza por todos los profesionales y tiene como objetivo llegar a un mejor conocimiento de cada caso individual. El profesional de enfermería se ocupa de la historia de consumo anterior y consumo actual, interviniendo sobre el mismo:

- Indicando disminución de la cantidad de sustancia consumida.
- Cuidado o cambio de la vía de administración, cura de abscesos...
- Información de las vías de transmisión de enfermedades infecciosas.
- Petición de pruebas complementarias.

Estas intervenciones tienen como objetivo:

- Fomentar el autocontrol individual.
- Educar en la salud al individuo y su familia a fin de evitar la transmisión de enfermedades infecciosas.

3. *Cura de desintoxicación ambulatoria.* Para la realización de la misma se requiere una actitud positiva del individuo, la colaboración de la familia que previamente habrá sido entrenada de forma individual y a ser posible de forma grupal con su asistencia a la denominada *escuela de padres* de la que más tarde hablaré.

El profesional de enfermería actúa durante este periodo, no solamente tomando las constantes vitales y siguiendo las pautas de administración de fármacos, sino apoyando al paciente y familia para que la actuación de ambos sea positiva y eficaz.

Para comenzar la cura de desintoxicación se requiere un tiempo desde las últimas dosis de 6 horas, haciéndose una primera valoración de los síntomas que presenta el paciente, así como de sus constantes. Dicha valoración se repetirá a las 2 horas de haber administrado la medicación y en los sucesivos días de la misma.

El primer día es importante explicar de nuevo al paciente las condiciones en que se va a llevar a cabo, así como los efectos que va a producir la medicación y motivarle para que adopte una postura activa frente a los síntomas que va a tener. El paciente tiene que ser consciente de que parte de los síntomas se van a mantener durante unos días y que la medicación va a ser importante en la remisión de los mismos, así como su actitud.

El registro de los síntomas que se presentan en cada S.A.O. es importante, ya que nos va a permitir valorar la importancia del mismo y su evolución para cada sujeto.

En la cura de desintoxicación ambulatoria se utilizan dos clases de gráficas:

1. Constantes vitales: presión arterial, pulso, temperatura...
2. Síntomas del S.A.O.:
 

Ansiedad.	Rinorrea.
Deseo de consumo.	Sudoración.
Intranquilidad.	Fases frío/calor.
Temblores.	Dolores.
Insomnio.	Náuseas.
Sueño interrumpido.	Vómitos.
Bostezos.	Diarrea.
Lagrimo.	Anorexia.

El registro se realiza una vez al día, mientras que si la desintoxicación se realiza en un medio hospitalario, se realizará tres veces diarias, pudiéndose observar directamente algunos de los síntomas (insomnio, sudoración...), contrastando de esta forma la información que nos da el paciente con la que observamos.

En la cura ambulatoria es más difícil llegar a valorar con exactitud los síntomas que presenta el paciente, ya que éste puede perfectamente *falsearlos*, aumentándolos para recibir dosis de medicación más alta, o prolongada.

Para evitar que esto suceda, se requiere profesionalidad y experiencia por parte del terapeuta, que debe asegurarse de que la información que está recibiendo no es manipulada.

*Ejemplo:* El paciente refiere una sudoración nocturna profusa que le produce un sueño interrumpido. Al preguntarle las características de su dormitorio se descubre que la calefacción de la habitación es fuerte, durmiendo además muy arropado.

En este caso la sudoración profusa no viene determinada sólo por el S.A.O., al retirar parte de la ropa de cama obtendrá una temperatura más idónea, la sudoración disminuirá y podrá regularizar el sueño, no siendo necesario aumentar las dosis de hipnóticos.

En la desintoxicación ambulatoria se requiere un papel activo de la familia —que previamente ha sido entrenada por el terapeuta— pues ésta o allegados son quienes ejercen el control del paciente.

Deben ser ellos quienes administren y controlen la medicación según lo prescrito, y a poder ser, sin que el paciente conozca el tipo de medicamentos utilizados, triturando los comprimidos, vaciando cápsulas, o dando gotas que se disuelven en zumos de frutas, para imposibilitar al drogodependiente la identificación visual y gustativa de lo prescrito. Al paciente se le debe explicar porqué es mejor que no conozca el tipo y la cuantía de los fármacos utilizados; así se evita la ansiedad que se deriva de percibir reducciones o cambios en las dosis medicamentosas. También se evita el riesgo de posterior automedicación y abuso, tanto en él como en su entorno.

En síntesis, la desintoxicación ambulatoria requiere de los allegados un comportamiento único, seguro y firme.

#### *Los familiares pueden ayudar si:*

- Administran la medicación con rigor.
- Ejercen un buen control sobre el adicto.
- No permiten salidas de casa si no es acompañado.
- Ni visitas ni llamadas de otros adictos.

#### *Pueden interferir si:*

- Se dejan manipular accediendo a demandas antiterapéuticas (indisciplina con la medicación, ausentarse con pretextos, recibir visitas de compañeros adictos...).
- Se erigen en involuntarios cómplices del paciente (le compra la última dosis, etc.).

#### **4. Seguimiento sanitario y toxicológico del individuo.**

Una vez realizada la cura de desintoxicación ambulatoria se lleva a cabo un seguimiento individualizado de cada sujeto.

El profesional de enfermería está capacitado para realizar dicho seguimiento, haciendo especial atención a la educación y promoción de la salud del mismo y a la prevención de recaídas en el consumo, orientando al paciente para que clarifique sus ideas y a que él mismo tome sus propias decisiones.

De la misma forma se le remitirá al profesional adecuado cuando los problemas a resolver se escapen a nuestra competencia, de forma coordinada entre todo el equipo y con el objetivo final de rehabilitar y reinsertar al individuo.

Cuando en esta fase se contemple un periodo de mantenimiento con Naltrexona el profesional de enfermería se encargará de realizar el test de Narcan y vigilar la posible aparición de cualquier síntoma del S.A.O., así como de la administración del fármaco.

La administración del mismo se realizará según la pauta prescrita, vigilando la aparición de los posibles efectos secundarios (intranquilidad, calambres musculares, alteraciones hepáticas...), siendo el resto de la atención a prestar igual que la del resto de los individuos en tratamiento.

### **A nivel grupal**

1. Como coterapeuta en grupos de pacientes con dependencia no alcohólica.

Mi experiencia con drogodependientes no alcohólicos no ha sido buena a este nivel, ya que el paciente demanda una

atención más individualizada y no mantiene una asistencia regular, con lo que es difícil obtener los objetivos marcados.

2. A nivel de grupos de familias la experiencia sí es positiva, siendo el objetivo principal la reeducación de los hábitos familiares para que sirva de mediador en la educación del usuario.

A estos grupos son a los que anteriormente he denominado ESCUELA DE PADRES y están constituidos por familias con algún miembro de las mismas en alguna de las fases de proceso terapéutico (desintoxicación, rehabilitación...) y familias cuyo elemento con problemas de drogodependencia no quiere acudir a ningún tratamiento.

Estos grupos son fundamentalmente formativos-informativos, grupos de discusión en los que los familiares, siempre dirigidos por un terapeuta (trabajador social y profesional de enfermería), intercambian experiencias y se asesoran sobre situaciones similares a las que ellos tienen.

Los temas que se trabajan en grupo van referidos a normas, límites, actuación ante el drogodependiente y dentro del área de educación sanitaria:

- Desmitificación del S.A.O.
- Higiene.
- Nutrición.
- Prevención de enfermedades infecciosas (hepatitis B, SIDA) con el fin de subsanar errores que lleven a una discriminación innecesaria del sujeto dentro de la familia, y prevenir el contagio de la enfermedad dentro de la misma.

### **TAREAS DE FUNCIONAMIENTO INTERNO**

Como he comentado anteriormente depende del centro en que trabajamos y de la composición del mismo.

En todas las encuestas se refleja un malestar más o menos asumido por tener que ejercer tareas burocráticas (funciones de administrativo, control de la declaración al S.E.I.T., etc.) que impiden el ejercicio de otras propias de nuestra profesión.

No obstante hay tareas que sí podemos considerar nuestras y que, aunque en algunos casos pueden considerarse como administrativas, son necesarias para el buen funcionamiento del equipo; y otras que inciden directamente en la salud comunitaria.

En este aspecto considero que sí podrían incluirse dentro del papel del profesional de enfermería las siguientes tareas:

- Realización de las determinaciones analíticas de drogas de abuso en orina que por su urgencia (desintoxicación ambulatoria) sea preciso hacer en el centro.
- Control de número de muestras que se pedirá a cada sujeto en cada una de las fases del proceso terapéutico, incluso, si es necesario, recogida en nuestra presencia.
- Control de las orinas que se envían para realizar determinaciones en el laboratorio ajeno al centro, y coordinación con el mismo.
- Coordinación con los laboratorios donde se realizan las pruebas analíticas complementarias.
- Preparación de la medicación así como petición y control de la misma.
- Vigilar las medidas higiénicas, esterilizando todo el instrumental de exploración, cura... manteniendo la asepsia en todo posible material contaminado.
- Formación y docencia de todos los profesionales que en un futuro atenderán al drogodependiente a fin de que puedan obtener una visión interdisciplinar del tratamiento.

LH

## 5. LA VIVENCIA ACTUAL DE LA ENFERMEDAD

**Felisa Elizondo**

Profesora de Antropología Teológica  
Instituto Superior de Pastoral. Madrid

*El pensamiento agudo y la afilada sensibilidad de Felisa Elizondo aparecen de nuevo al servicio del hecho de la enfermedad y de la vivencia subjetiva que el ser humano tiene de la misma, ubicado en un tiempo concreto y en una sociedad determinada.*

*Un artículo que nos lleva de la mano al reconocimiento del mundo del enfermo, o mejor tal vez, al mundo en el que tiene que vivir el enfermo su enfermedad.*

*Un mundo que nos parece conocer también pero del que más veces de la cuenta nos descubrimos ignorantes e incapaces de desentrañar claves fundamentales del mismo.*

«Experimentamos dificultad grande, mayor de lo esperable, para pensar la enfermedad como realidad humana nada extraña en esta tierra nuestra, en la convivencia e historia de todos».



### ALGUNAS OBSERVACIONES DE INTERÉS

En un espacio dedicado a observar, con la ayuda impagable e insustituible de quienes han padecido o acompañado de cerca a quienes padecen, cómo perciben la enfermedad los hombres y mujeres de nuestro tiempo, no me parece fuera de lugar esta cita de un hombre de larga experiencia en la atención pastoral a enfermos como es J. Mayer-Scheu:

«Estar enfermo, padecer una enfermedad que obligue a guardar cama, sobre todo en un hospital, implica para la mayor parte de los hombres de nuestra sociedad, que tanto valora el rendimiento, la idea de una penosa situación anómala de vida inútil que procuran alejar de su mente. De ahí que se hallen desvalidos ante la enfermedad y la muerte de familiares, sobre todo cuando son ellos quienes deben afrontar semejantes trances. Tal es al menos la experiencia que hacen a diario los capellanes de hospitales en las más de tres mil qui-

nientas clínicas existentes en la R. F. Alemana, donde pueden encontrar a más de diez millones de ciudadanos —es decir, a uno de cada seis de este país—, por no hablar del número, todavía mayor, de enfermos que reciben asistencia médica en ambulatorios y consultas, en su propio domicilio y en residencias de ancianos»<sup>1</sup>.

Dejamos por ahora otras observaciones de este autor para anotar otra reflexión de interés:

«En los últimos tiempos, la situación del hombre sufriente ha vuelto a ocupar el centro del interés científico. Lo que aquí se persigue, más allá de cualquier enfermedad objetivable, es una fenomenología del estar impactado que parte del mero verse afectado y sentirse alterado, pasa por el estar cambiado y verse agitado, por todas las desazones o *pasiones*, por

1. J. Mayer-Scheu: *La pastoral sanitaria, principios para una nueva orientación*, en *Concilium* 119 (1976) 224.

la angustia y el desamparo, por los dolores físicos y psíquicos, y llegar a los estados extremos del enloquecimiento, la obsesión, la postración, el abandono y el morir. Con la subjetividad del hombre doliente, lo esencial volvería a ocupar el punto central de una medicina que se concibe como patología teórica; ante todo, las dimensiones del *tiempo*, que abarca mucho más que las gráficas cronobiológicas o que las curvas patogénicas en el proceso de enfermar; después, las experiencias fundamentales en torno al *dolor*; por último, la experiencia límite «del morir y de la muerte».

«Aquí —concluye H. Schipperges con una advertencia— no se ensalza el sufrimiento como tal, pero sí se llama claramente la atención sobre los límites de la existencia humana, la fragilidad ontológica y la indigencia de salvación del hombre, sobre sus posibilidades de fracasar, sobre su desesperación y su aguante, sobre su extraordinaria oportunidad de interpretar por fin la vida entera «desde la muerte». Los fenómenos del sufrimiento y del sufrir constituyen aquí un problema capital de la filosofía»<sup>2</sup>.

Cuanto acabamos de oír nos invita a considerar cómo afronta el hombre actual, el de la sociedad que conocemos, la enfermedad, que lejos de ser algo distante de nuestra existencia, algo raro, es nada menos que «una modalidad del ser humano» (Weizsäcker). Una modalidad que debería tener mayores márgenes de atención en la antropología y la sociología actuales, además del acostumbrado y renovado espacio que tiene el tema en lugares tradicionales como la medicina, la previsión social y la pastoral sanitaria.

## LA TENTACIÓN DE ELUDIR LA PROBLEMÁTICA DEL ENFERMAR

Nuestra sociedad ha sido calificada, una y otra vez, como marcada por el ansia, a veces compulsivamente manifestada, del bienestar. Más aún, la cultura ambiente —y la antropología que subyace en esa cultura— aleja al máximo el pensar sobre la muerte de la que la enfermedad es, a su modo, un barrunto y un anticipo. Estamos asistiendo a una progresiva tabuización de la muerte y la negatividad que le rodea o la anticipa. Un ocultamiento del morir o del *poder morir* que alcanza tonos casi ridículos. Pensemos en el maquillar la muerte, en el esfuerzo, de *buen tono*, para aparentar desdramatización. Sin anotar el efectivo confinar la enfermedad, encerrándola en lugares de especialización, al margen de aquellos espacios donde transcurre la vida ciudadana y la existencia familiar.

La realidad de unas expectativas de vida alargadas enormemente —nos estamos aproximando a medias de 80 años en algunos países— ofrece una base real para el «desconocimiento de la muerte» que registramos en franjas jóvenes de la población, de manera que es frecuente que alguien haya llegado a los años universitarios sin haber visto de cerca un cadáver, sin haber conocido una muerte en familia. Es verdad que la pequeña —y la gran pantalla— se encargan de servir a diario escenas de muerte a domicilio, pero no se puede negar que algo de la muerte vela, no llega a decir, el medio que desvela la realidad diaria de las crónicas televisivas o radiofónicas. La muerte es algo distinto de la pura noticia, de la noticia acostumbrada espectáculo servido. Creo, incluso, que se

puede afirmar que la muerte se degrada cuando se reduce a dosis de información o al mero espectáculo.

Si hemos hablado del silenciamiento de la muerte en nuestra cultura lo hemos hecho porque con él tiene estrecha relación la llamativa resistencia que hoy mismo registramos en la vida social a abordar el problema, siempre pendiente sin embargo, de la enfermedad. Experimentamos dificultad grande, una resistencia que podríamos considerar mayor de lo esperable, para pensar la enfermedad como realidad humana nada extraña en esta tierra nuestra, en la convivencia e historia de todos. Propendemos más bien a mirarla como rareza en nuestro supuesto normal «horizonte o panorama de salud», de bien estar por descontado. Y esa extrañeza tiene su peculiar expresión en el propio paisaje urbano, en el que los grandes paralelepípedos que son algunos centros sanitarios aparecen como ciudades dentro de la ciudad, como bloques aislados en su propia identidad.

Tampoco nuestra manera de considerar lo humano, como antes decíamos, la antropología al uso, entreabre su lugar a la enfermedad. Por lo menos no un lugar merecido. El *modelo* siempre analizado a la hora de hablar de libertad, acción, conciencia, autonomía, creatividad, etc., es el hombre —y menos veces la mujer, por viejas rémoras culturales que se reflejan en el lenguaje— *sano*, incluso joven, vigoroso, en forma, capaz de actividad y de reflexión, sujeto de decisiones firmes... Y ello sin colocarnos en la pendiente de los *modelos* en alza: competitivo, ágil, agresivo en el sentido de *ejecutivo agresivo*, seguro, bronceado, *yuppy*...

En este contexto, y pese a todas las defensas y a los optimismos desproporcionados, la enfermedad no resulta eliminable y la definición de salud de la OMS aparece como aureolada de ese nimbo que rodea a lo deseado pero aún distante, incluso con cierta carga de utopía. Hablar de un «estado de completo bienestar físico, mental y social» —tal es la salud en la definición de la OMS— si tiene el valor de presentar la pluridimensionalidad de la noción, puede servir también para percibir cuanto distan muchas de las situaciones humanas de ese *optimum*.

## LA TESTARUDA REALIDAD DE LA ENFERMEDAD

La enfermedad, con sus significados de *debilidad*, *deformidad* o *deformación*, que la propia etimología revela, es testaruda y resiste más que nuestra propia resistencia a reconocerla entre nosotros. El realismo y las lecciones de la historia nos hacen cautos a la hora de hipotizar un mundo sin morbilidad o sin mortalidad, mundo del que sabemos que sería equivalente a la negación de un mundo humano.

«Las enfermedades —ha dicho López Ibor— son modos con que se ilumina durante la vida la opacidad intrínseca de la muerte». Y podríamos añadir que porque suponen privación, disminución, desnudamiento, anticipan aquel *ser desnudados* que contrariaba a Pablo de Tarso en su legítimo ansiar ser *sobrevestido*. No es sino natural que experimentemos por lo menos extrañeza, desazón, al descubrir el impacto de la enfermedad, su alcance, en la sociedad que conocemos: una tarde de domingo cambia de color y de perfume cuando en lugar de enfilar las carreteras que llevan a los pinares la invertimos en la visita a un centro de Oncología... Quienes no ejercemos una profesión sanitaria, o desconocemos la experiencia de una enfermedad seria, hemos probado esa sensación

2. H. Schipperges: *Hacia una fenomenología del impacto pático*, en *VA-RIOS: Fe cristiana y sociedad moderna*, vol. 10, 42-43.

al atravesar en este paisaje urbano los umbrales de los centros sanitarios, centros no visitados sino en ocasiones excepcionales.

Pero sería situarse al margen de la realidad, maquillar falsamente el ambiente ciudadano mismo, ignorar irresponsablemente el lugar, las estadísticas, los datos y formas con que la enfermedad está presente entre nuestros contemporáneos y conciudadanos. No prever que esa sombra «que convierte el porvenir en amenaza» como alguien ha dicho de la anticipación del morir, puede y ha de alcanzar posiblemente a nuestra propia figura.

«Al proyecto de eliminar el sufrimiento —ha señalado Schipperges— siguió la huida del mismo, que en los últimos siglos ha culminado en la evitación, negación e incluso desprecio el sufrimiento. A ello va unido un significativo encubrimiento del sufrimiento mediante técnicas sociales (seguros, reclusión en asilos, sistema asistencial) que han degenerado en una artificiosa política de aislamiento y ocultación de la miseria: «los que sufren no gritan ya su desamparo y, al final, ni ellos mismos saben que el desamparo, cosméticamente disimulado, sigue siendo desamparo» (cit. a Richter).

«Desde el punto de vista de la comunidad —sigue este autor— no debería debatirse ni la utópica eliminación de los sufrimientos ni una exaltación artificiosa de los mismos, sino, particularmente en el ámbito social, el contacto concreto con el hombre sufriente, en solidaridad y reciprocidad, como forma básica del esclarecimiento de la propia existencia que tiene en cuenta al otro, y así, está en condiciones de dar un sentido a la vida en su totalidad»<sup>3</sup>.

Frente a la tentación de eludir la cuestión —el gran tema— que es en la vida humana la enfermedad, la postura razonable es aceptar su propio cuestionamiento sin renunciar a reducir en la mayor medida posible el sufrimiento que la enfermedad comporta. Aquí vale también la necesidad de afrontar no sólo de un modo teórico el problema, sino de ponerle manos al pensamiento, de incorporar voluntad de curar o aliviar a la interrogación, a la aceptación.

## LA ENFERMEDAD, PARTE DE LA VIDA Y EXTRAÑA AL VIVIR

Que el problema del sufrimiento, de la enfermedad, podríamos puntualizar, «pertenece con propiedad a la vida» ha afirmado V. Frankl, un hombre que ha conocido largamente el sufrir, y el sufrir en primera persona. Y es el haber conocido en su propia carne esa mordedura lo que hace de la frase algo digno de atención, algo creíble para nosotros.

Pero reconocer la necesaria e inseparable presencia del sufrir y del enfermar en el existir humano no resta verdad a la dificultad que representa para cualquiera la aparición de la enfermedad. Toda una situación de crisis se desata con esa ocasión. Una crisis que se puede describir reuniendo los términos de sensibilidad doliente, sentimiento de ineptitud, padecimiento de una agresión, percepción de una inarmonía, violación de la intimidad por un factor que es *otro*, reactivación de una experiencia distinta del cuerpo... O, por vía complementaria, como ausencia de armonía, pérdida de seguridad, cese de actividad y ruptura o, al menos, modificación del modo de relacionarse que constituían el mundo y el tiempo de salud.

«Los enfermos —observaba Cabodevilla hace unos años— viven más radicalmente que otros la condición humana, que es de suyo contingencia, caducidad y pobreza. Son, en el sentido más hondo de la expresión, hombres en *estado de gravedad*»<sup>4</sup>.

Y en un intento de dar cuenta de la *extrañeza* esperable ante la enfermedad, el mismo autor recoge la observación certera de Ch. Du Bos: «Para comportarse bien con los sanos, el enfermo necesita ser un santo, no menos que el hombre sano, para comprender a los enfermos, necesita ser un genio».

El planteamiento que vige hoy, acentuadamente, por causas múltiples en las que no hay que dejar de señalar los progresos de la ciencia médica, el del hombre sano, joven, triunfador..., cuando la enfermedad es un modo de ser esperable dentro de lo humano que sólo ilusamente se puede alejar del horizonte. Y sin embargo, en cualquier área de lo humano en que se trabaje, o en cualquier edad de la vida en que se esté, sólo engañosamente se puede estar sin ver, sólo inútilmente se puede conjurar a la enfermedad para que no aparezca en nuestro entorno ni en nuestra biografía.

Posiblemente uno de los servicios educativos que se puede mejorar es el que haga a los escolares familiarizarse con este lado de la condición humana, y a la sociedad civil acoger con plena apertura ciudadana a quienes no viven exactamente una vida a pleno rendimiento, entendido éste en los márgenes usuales. Por no detenernos en la necesidad de que la comunidad cristiana recupere aquella prioridad que advertimos en la conducta de Jesús y de sus inmediatos seguidores para quienes el *curar* enfermos y acoger enfermos superando toda marginación era mostrar en poderosos a la vez que en humanísimos signos la realidad de la salvación esperada.

De un autor que he citado antes es la afirmación de que «son los enfermos los primeros destinatarios de la Buena Noticia, porque son los que más urgentemente la necesitan, los que están más cerca del otro mundo, y porque pueden ser los mejor dispuestos a recibir la noticia de un reino futuro donde todo llanto será enjugado, ya que para nadie ha de resultar ésta tan consoladora, tan inmediata y directamente consoladora como para el desconsolado»<sup>5</sup>. Y esta advertencia no ha de contradecir, por supuesto el reconocimiento de la particular dificultad que un exceso de dolor o de decaimiento puede significar para la propia acogida de aquella noticia de esperanza.

La enfermedad supone estar privados del vigor-vitalidad física y psíquica, segados de la vida normal y del ambiente de las relaciones, alejados de un futuro esperable en otro momento. Es una situación que nos coloca de modo distinto respecto de nosotros mismos, de los demás, del mismo Dios en el caso creyente o de la búsqueda de respuestas y de sentido en otros muchos casos. Una situación humana que, con su lado penoso, oscuro también, no deja de ser humana, vivible, y, como muchos y profundos seres humanos han testimoniado sin dolorismo sospechoso, altamente humanizable.

Que humanizar la enfermedad comporte dificultades propias en nuestro tiempo, no significa que no sea posible en hoy mismo ayudar a vivir de un modo más humano y digno esa realidad cruda que no podemos separar de nuestro flanco. Será posible con ayuda de un mayor conocimiento del modo como los hombres y las mujeres de hoy afrontan-padecen la enfermedad, buscando una comprensión antropológica más rica y

3. H. Schipperges: *El sufrimiento y sus relaciones en el plano del sentido*, en VARIOS: *Fe cristiana y sociedad contemporánea* (10, 44-45).

4. J. M. Cabodevilla: *32 de diciembre*, Madrid, BAC, 1989, 125.

5. J. M. Cabodevilla, Op. cit., 126.

unitaria, reuniendo las observaciones de quienes viven de cerca al mundo de los enfermos y las insustituibles aportaciones de quienes padecen en primera persona.

## LA VIVENCIA DE LA ENFERMEDAD HOY

Al hablar de la vivencia de la enfermedad hoy hay que remontarse a condicionamientos de fondo que estructuran esa experiencia. Sin discutir el carácter crítico del enfermar, presente en todas las épocas, aunque la enfermedad haya recibido muy distintas interpretaciones, nos parece posible señalar algunos rasgos que la hacen particularmente crítica hoy.

Sea el primero el hecho de que el enfermar aparece, en medio de aquellas expectativas optimistas, como una *frustración existencial*. Una frustración que tiende a ser más radical cuanto más haya vinculado uno su concepción del vivir al estar bien, sano, activo, en eficacia e incluso éxito social y económico. Cuanto más haya ceñido su autocomprensión a la *imagen que vende* en una sociedad del bienestar. La sorpresa de una enfermedad que siega o adelgaza esa expectativa no puede menos de resultar traumatizante, siendo como es de por sí mismo el estar enfermo un percibir que el futuro antes al alcance se aleja o se aplaza al menos.

Otro rasgo que hace a la enfermedad particularmente dificultosa es la *reducción excesiva*, reducción excesiva de nuestra atención a la realidad del cuerpo, tal como viene dándose en una *cultura-quasi-culto* del cuerpo en plena era de la imagen y de la cosmética. Junto a ello la presencia de un ansia de goce —consumo inmediato— que hacen insoportable una espera excesiva y cierran a una comprensión más plena de nuestra propia realidad humana. Acusando estos rasgos no me estoy refiriendo a la saludable recuperación de la corporalidad en una comprensión de la persona, ni, por supuesto, que rría arrojar sospechas sobre la necesidad de la alegría o el disfrute.

Mi intento se acerca a lo que don Gracia señala en uno de sus trabajos recientes como *obsesión de bienestar, búsqueda obsesiva de la salud* que, paradójicamente se transforman en actitud enfermiza. La insoportabilidad y la impaciencia ante la menos contrariedad o afición que descubrimos en gentes de nuestros días, *consumidoras* de salud, revelan esa reducción. Una reducción a la que acompaña una ilimitada —¿desmedida?— confianza en las posibilidades de los fármacos, intervenciones y tratamientos que los avances de la ciencia y la técnica han hecho posibles.

Una tercera particularidad puede señalarse en el modo como el hombre de hoy se sitúa ante el enfermar. Se trata de aquellas *condiciones* que imponen a la vivencia de la enfermedad la actual práctica social y la propia organización hospitalaria, tan específicas y especializadas.

Tampoco aquí se trata de criticar románticamente lo que han sido trabajosos logros de la asistencia médica y progresos en el tratamiento y la cura de enfermedades. La mirada a los hospitales y lazateros de otros siglos, o la impotencia en la batalla ante epidemias en países pobres que ahora mismo registramos, nos disuaden de cualquier añoranza. Pero no cabe duda que el vivir la situación de enfermo en el seno del *gran hospital* que es hoy común —y probablemente el modo de vivir el enfermar que nos espera a la mayoría— tiene connotaciones propias que se podrían ennumerar escuetamente:

- La entrada en un ambiente distinto o el sentirse trasplantado del hábitat propio.

- El sentimiento de despojo, del que son un signo el nuevo vestir impuesto por las propias normas higiénicas.
- La percepción de la complejidad del entorno, no dominable y muy a merced del personal especializado, que aumenta el sentimiento de la dependencia, siempre presente en el enfermo ante sus médicos.
- El desistir de la propia iniciativa vivido hoy en el auge de prestigio de nociones como autonomía, emancipación.
- La modificación en el ritmo habitual, redoblada al entrar en el mundo de un hospital, ajeno a los anteriores mundos vividos por el paciente.
- La alteración o disminución de las relaciones, reducidas ahora a quienes le asisten o visitan.

Cuanto hemos señalado no son sino peculiaridades del hoy que se suman a actitudes o sentimientos y cuestiones que siempre han estado vinculadas al estar enfermo. Así el decaer de las fuerzas y el decaimiento del ánimo, la presencia del dolor que anuda inextricablemente como sabemos fibras de carne y fibras invisibles de la conciencia. La tiranía del dolor que modifica, vaciándolo, el tiempo. El dolor exasperado que encoge y concentra todo el ser para resistir —y sólo resistir— al embate de su ola negra. Así el pesar de no disponer de sí para hacerse disponible, el sentirse orillado de la vida, la incertidumbre del diagnóstico y la incierta espera del sanar, la interrogación —que asoma de mil modos y de mil modos se expresa o intenta silenciar— acerca del sentido de la vida así vivida, y hasta la certidumbre de la muerte que se avecina...

Todos esos factores, personalmente vividos, se combinan en la vivencia de la enfermedad. Y, de acuerdo con una comprensión unitaria del ser complejo que es el hombre, podemos afirmar que se compenetran e interinfluyen hasta hacer del estar enfermo —del *ser enfermo* en los casos más duraderos —una experiencia sólo en parte sospechable, sólo en parte comunicable, pero también, aunque parcialmente, ayudable y compartible.

## UNA COMPRENSIÓN UNITARIA DEL HOMBRE Y LA ENFERMEDAD

Una visión más integradora de lo humano ha ido abriéndose camino y esa comprensión más unitaria de la persona ha ayudado a comprender el alcance de la enfermedad como experiencia personal, como vivencia de toda la persona.

Quedan atrás, por insuficientes, unas consideraciones de la enfermedad que la confinaban o al cuerpo o al espíritu, para dar paso a un modo de ver —como apunta el conocido decir— no ya *enfermedad* sino *enfermos*, o de considerar el estar enfermo como un estado de la persona entera, con su núcleo personal y su personal biografía afectados por lo que podría leerse superficialmente como un mero accidente biológico.

El propio sucederse de las definiciones de enfermedad muestra ese intento de mostrar cómo se ve envuelta la personalidad entera en la disfunción o alteración. Y el ensanchamiento de la Patología hasta alcanzar a unir en su consideración lo físico y lo moral, los procesos físicos y psíquicos, va en la misma dirección: «El primer acto del tratamiento es dar la mano al paciente», observa con agudeza von Leyden. «Los procesos psíquicos y físicos son partes diferentes de una totalidad» ha dicho Kleist, o bien, «El médico se ve obligado a no olvidar en sus tratamientos eso que llaman influencia de lo moral sobre lo físico» (Cl. Bernard).

En nuestros días y nuestra medicina, Laín Entralgo ha se-

ñalado que en una auténtica práctica médica no puede prescindir de entrar y prestar atención al modo como el propio enfermo se proyecta, se quiere a sí mismo de cara al futuro, el modo como incorpora a su biografía el padecimiento y el modo como siente e interpreta su propio sufrir. Todo lo cual viene a decir del convencimiento de que toda una existencia pivota sobre una afección o padecimiento que tiene nombre especial —con etimología antigua en muchos casos— pero que alcanza a la globalidad de un ser humano, con su profundidad, sus proyectos y su entorno.

La enfermedad es el lado visible en muchos casos, y siempre un aviso advertible, un anticipo de nuestra precariedad, de nuestra radical vulnerabilidad, de nuestro no ser plenamente. De ahí el alcance de la *crisis* que es el enfermar. Siendo la marca de un fin inevitable, el presagio de un trance definitivo, la enfermedad provoca interrogaciones, conmociones profundas. Y no falta quien afirma que incluso la curación, pero desde luego la asunción humana, serena, digna, de la enfermedad pasa por el planteamiento y no ocultación de esas preguntas radicales.

La enfermedad es vivenciada en la medida de la profundidad personal. En esa profundidad puede pasar de ser un odioso percance que ha venido inesperadamente a perturbar la vida acostumbrada y casi dejada vivir entre prisas y reclamos prácticos y anodinos, o una «hemorragia de vida», una ocasión de ensayar el más difícil de los aprendizajes: el de *ser* verdaderamente y a pesar de todo. Puede convertirse en una llamada —algunos llegan a comprenderla así, a llenar la vida de auténtica sustancia: «el dolor es la sustancia de la vida y la raíz de la personalidad», ha dicho Unamuno asociando el deshacimiento del dolor y la conciencia de sí. O una posibili-

dad brindada en la gracia— los creyentes llegan a reconocerla así sin endulzar falsamente la amargura del dolor y del morir —de hallar el sentido de la vida.

Nos queda anotar tan sólo que en la vivencia actual de la enfermedad, que presenta, si no dificultades sobreañadidas respecto de situaciones del pasado, sí dificultades típicas, el lugar de los otros hacia mí, y de los otros como ayuda, sigue siendo, no sólo insustituible para el enfermo, sino todavía más: exigido, reclamado por la comprensión del ser humano como totalidad y totalidad abierta y en relación que es la comprensión de lo que somos en nuestra misteriosidad personal.

La vivencia de la enfermedad se hace desesperanza en la medida en que es vivencia en soledad. Y el vivir la enfermedad se transforma en vivencia de esperanza en una medida que guarda relación —misteriosa pero real— con la mano tendida de los otros. Como si el sentido se transmitiera a través de manos que se tienden o de las miradas que cuidan de cerca.

## BIBLIOGRAFÍA

- Concilium*, 94 (1974).  
*Concilium*, 119 (1976).  
*Concilium*, 234 (1991) (hasta hoy no publicados aún).  
 DAVANZO, G.: *Enfermo/sufrimiento*, en *Nuevo diccionario de espiritualidad*. Ed. Paulinas, Madrid, 1983, 426-433.  
 ELIZONDO, F.: *La enfermedad desde las antropologías actuales*, en *Moralía* (1992) (hasta hoy no publicado aún).  
 FONTDEVILA, J. M.: *Antropología de la enfermedad*, en *Labor Hospitalaria*, 192 (1986) 99-108.  
 PANGRAZZI, A.: *Pastoral de enfermos*. Sal Terrae, Santander, 1988.  
 SARANO, J.: *La douleur*. Editions de l'Epi, Paris, 1965.  
 SÖLLE, D.: *Sufrimiento*. Sígueme, Salamanca, 1978.

## Aviso a nuestros suscriptores

Comunicamos a todos nuestros lectores que el importe de la suscripción a LABOR HOSPITALARIA para el año 1992 será el siguiente:

• España .....	2.500 ptas.
• Extranjero:	
— Correo ordinario .....	28 \$
— Correo aéreo: Europa .....	35 \$
Resto países .....	38 \$

El aumento mencionado viene provocado, junto a la elevación del coste de la vida, al considerable incremento que Correos ha hecho de las tarifas postales, y de forma muy especial a las relativas al Correo aéreo.

FERRAN ANGULO, Psiquiatra

Director del Programa de Salud Mental del *Institut Català de la Salut*

## 6. «LA NEGATIVA AL DIÁLOGO ENTRE LAS DIFERENTES ESCUELAS ES EL CÁNCER DE NUESTRA ESPECIALIDAD»

*Pionero y experto de la psiquiatría infantil en España, el doctor Ferran Angulo ha dedicado muchos años de su actividad profesional en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Materno-Infantil Sant Joan de Déu de Barcelona, del que ha sido Jefe del mismo.*

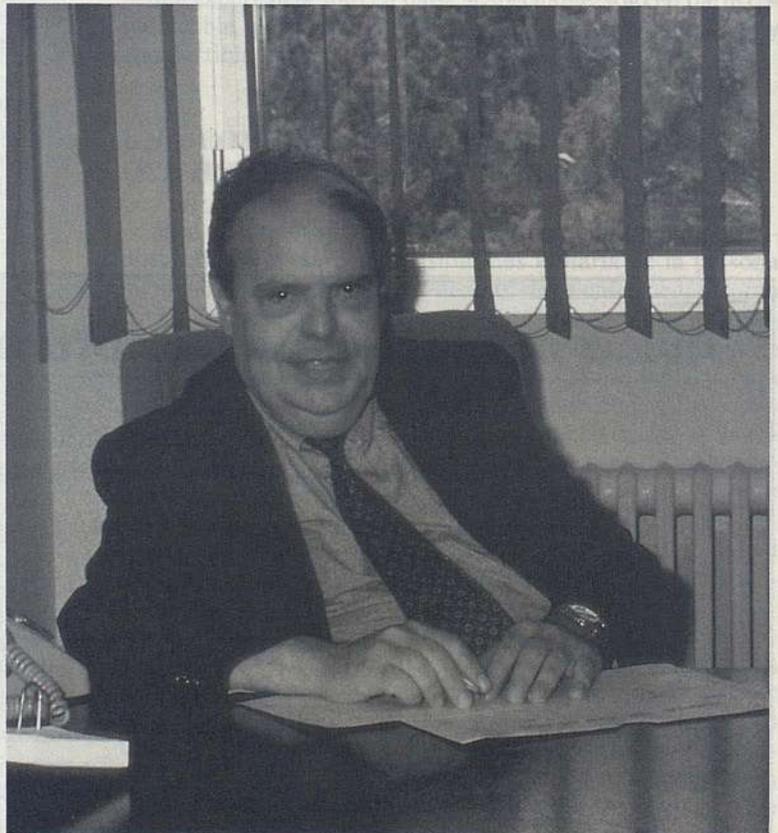
*Su labor ha sido reconocida por la administración sanitaria de Catalunya, que le ha llamado a sus filas para coordinar la Salud Mental de la misma.*

*Y dentro de su misión general, el doctor Angulo no puede ocultar su debilidad hacia la atención psiquiátrica de los niños y adolescentes. Es la impronta que, lógicamente, ha de dejar en él su presencia prolongada y fructífera en este campo.*

*Por ello, nos hemos acercado a él para solicitarle su opinión sobre un tema que consideramos de interés. Si la atención psiquiátrica en general resulta casi siempre marginada en la realidad y polémica en el debate sanitario, la que específicamente se refiere al mundo infanto-juvenil posee unos ribetes de ignorancia y cierto temor manifiestos.*

*El doctor Angulo nos comenta, de forma sencilla pero profunda, algunos aspectos de este mundo tan sugerente.*

«Contribuyendo a que nuestros jóvenes alcancen con mayor firmeza equilibrios emocionales y sociales puede resultar uno de los caminos más importantes para la erradicación de la plaga de la drogadicción».



“ La pérdida del valor «sacrificio callado» olvida, en gran número de ocasiones, que el niño no es un juguete ”

“ La marginación y la debilidad tienen múltiples y sutiles maneras de manifestarse ”

**—Doctor Angulo: tú has permanecido muchos años vinculado a la Orden Hospitalaria como psiquiatra y concretamente en el nuevo hospital de Sant Joan de Déu como Jefe del Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil. ¿Podrías explicarnos cuáles han sido las orientaciones generales que has imbuido a tu equipo de trabajo y cuáles, a tu juicio, son las peculiaridades que presenta tu Servicio en relación a otros existentes en Catalunya?**

Creo que podríamos concretarlo en la finalidad de constituir un servicio de atención integral al niño, al adolescente y a su familia, dentro de un hospital pediátrico general. Con ello queremos expresar que nuestra preocupación fundamental ha sido en todo momento la de ocuparnos de los problemas del niño con un sentido longitudinal, es decir, sin apartarnos un ápice del sentido de crecimiento, desarrollo y evolución que define a la edad pediátrica y sin aislar al paciente de su entorno familiar que tanto le influye y condiciona. Todo ello sin olvidar, como es natural al resto de su entorno social como es la escuela y las amistades en la edad de la adolescencia.

En una palabra, hemos intentado siempre considerar al paciente con un sentido de longitudinalidad y horizontalidad que caracteriza a la edad del crecimiento y desarrollo, edad evolutiva por antonomasia y al mismo tiempo intentando impedir la visión aislada de un ser que no puede serlo en ningún caso por propia naturaleza.

**—¿Cómo ves la integración de un servicio de psiquiatría infantil en un hospital pediátrico que, además, está altamente tecnificado?**

Pues yo creo que nos ha resultado relativamente fácil al aplicar a nuestro sentido de integración hospitalaria los mismos criterios que aplicamos a nuestros pacientes. Siempre hemos estado convencidos de que la visión puramente psíquica del ser es algo que puede resultar artificioso, como lo es también la visión puramente orgánica. Nuestra formación psicoanalítica no ha estado reñida nunca con la visión organicista de los problemas. La persona humana, aun en estado de inmadurez, tiene la suficiente individualidad para hacernos comprender que las perspectivas que nos proporcionan nuestras limitaciones de acercamiento a ella, son diferentes en tanto en cuanto a las limitaciones de nuestra propia capacidad de comprensión. Pero si somos capaces de comprender que la que vemos con nuestros medios no excluye ni mucho menos a otras posibles perspectivas. En todo caso las podrá complementar. El hecho que nos haya cabido en suerte integrarnos en un hospital altamente tecnificado no ha sido un obstáculo, sino más bien una ayuda a nuestra labor.

¿Cuántos casos de procesos expansivos intracraneales no han sido llevados durante un tiempo como trastornos psiquiátricos!

Como también ¡cuántos pacientes sometidos a reiterados análisis y exploraciones complementarias no podrían haberse ahorrado muchas de ellas si hubieran tenido la oportunidad de ser abordados a tiempo por un psiquiatra!

El camino del trabajo colaborativo, en equipo, ha sido algo que hemos añorado desde nuestros principios.

**—¿Has tenido dificultades en tal integración y concretamente en las relaciones con el resto de los equipos que constituyen el hospital?**

Sin duda. De una manera especial al comienzo de nuestra labor. En la constitución del Servicio de Psiquiatría y Psicología en el antiguo Hospital de la Diagonal, el aislamiento era total. Nuestros pacientes acudían directamente al Servicio desde fuera del Hospital y nuestros contactos con los restantes profesionales eran esporádicos y puramente personales.

Una de las dificultades mayores fue siempre la dificultad de entendimiento de nuestro peculiar lenguaje por parte del resto de profesionales. Pero además la dificultad de reconocimiento de categoría profesional a nuestros psicólogos también era un obstáculo ciertamente importante. Tampoco nosotros los psiquiatras, nos encontrábamos en óptimas condiciones de entender a nuestros colegas pediatras u obstetras y mucho menos aún los psicólogos podían entenderlos, pues sus dificultades aumentaban por su falta de formación médica.

Los problemas comenzaron a cambiar con la integración de todos al nuevo Hospital de San Juan de Dios de Esplugues. Allí los psicólogos, como los bioquímicos, los farmacéuticos, los biólogos, comenzaron a ser considerados como profesionales de la misma categoría que los médicos y comenzaron unos enriquecedores intercambios a todos los niveles.

Quizás las propias exigencias del espíritu juandediano de la Orden Hospitalaria que no nos dejaban olvidar en ningún momento las vertientes espiritual y social de nuestros pacientes y sus familias, contribuyó en gran manera a enriquecer y fortalecer nuestra innata tendencia a la integración y a la integridad. Por otra parte comenzamos a ver resultados de la actuación de pediatras y obstetras en nuestros pacientes y ellos mismos se pudieron dar cuenta de los resultados de nuestras actuaciones en los suyos propios y quizás fue éste el camino más enriquecedor para que comenzásemos a entendernos.

A partir de aquí nos hemos podido dar cuenta también que la actuación de los pediatras y obstetras evitaba en muchas ocasiones la excesiva psicologización de los problemas y ellos mismos también pudieron evitar en muchos casos la excesiva medicalización.

Quedó bien patente que todo era cuestión de diálogo.

**—En este momento te has hecho cargo de una misión mucho más amplia en el seno de la Generalitat de Catalunya. ¿Crees que podrás desarrollar una planificación similar y que te podrá servir de base tu experiencia en nuestro hospital?**

Yo voy más allá. Creo que ha sido precisamente la experiencia en el Hospital de San Juan de Dios y sus resultados después de más de 18 años, los que han conducido a los responsables de la Sanidad en Catalunya a proponerme la organización a más amplio nivel de la atención psiquiátrica infantil y juvenil en nuestro ámbito.

Y yo me he atrevido a aceptar el reto basándome precisamente en la experiencia de la que hablamos. Desde el primer momento he considerado que la actuación hospitalaria a un alto nivel no podía estar nunca desligada de la atención directa y continuada al paciente y a su familia. Por ello hemos procurado mantener en el Hospital una atención a nivel primario, además de la de más alta especialización propia del Centro y sobre todo un contacto permanente y positivo con los profesionales de nuestro entorno. Si más no, ello lo hemos mantenido a ultranza en nuestra actividad docente de postgrado. Y es precisamente en esta concepción de la integración asistencial a todos los niveles en la que nosotros basamos nuestra propuesta de organización en una red con centros hospitalarios en los que están integrados plenamente unidades asistenciales de primera línea situadas incluso en el propio ámbito geográfico de la sociedad a la que atienden.

—¿Consideras idónea la preparación de los profesionales en el campo de la Psiquiatría y Psicología infantil? O bien, ¿consideras imprescindible el desarrollo de una formación continuada y un diálogo permanente entre las diferentes escuelas?

Yo creo que la formación científica de la mayoría de profesionales que se dedican a la atención al niño y adolescente es correcta. Encuentro a faltar en muchos de ellos una capacidad de apertura a otras tendencias y concepciones. A todos nos es imprescindible la formación continuada y la actualización. Pero en nuestra especialidad es especialmente importante el fomentar el diálogo y los intercambios. La negativa a la última parte de esta pregunta constituye precisamente el cáncer de nuestra especialidad.

En cuanto a los intercambios con otros especialistas médicos, lo considero imprescindible por las razones que aducimos desde un comienzo. Yo no puedo olvidar en ningún momento que figuras señeras de la Psiquiatría infantil en las escuelas francesas en las que me he formado continúan proclamando como un orgullo, no sólo el proceder del campo de la Pediatría, sino el seguir siendo pediatras.

—Pero tú siempre has sido una persona abierta a todas las corrientes y tendencias, aunque ardiente defensor de tus convicciones. ¿Cómo ves la posibilidad de aprovechar en beneficio de los pacientes y sus familias otras tendencias o estilos de atención psiquiátrica?

Lo considero imprescindible y enriquecedora. Existen sin duda problemas en los que la aplicación de métodos puramente psicológicos o de psicoanálisis puede dar resultados altamente satisfactorios. Pero en muchas ocasiones ante problemas complejos la ayuda de terapias de tipo conductista y/o psicofarmacológico puede resultar altamente eficaz. Por otra parte creo que en casos en los que estén indicados los diversos métodos de enfoque tanto diagnóstico como terapéutico no resultan nunca excluyentes.

—Tu base de formación profesional es sin duda psicoanalista, aun cuando es conocida tu postura de no rechazo e incluso aceptación de otras escuelas. Pero en la perspectiva de la integridad del ser en crecimiento y desarrollo existen sin duda grandes bolsas de olvidos por parte de muchos profesionales (disminuidos psíquicos, encefalópatas, minusválidos instrumentales, etc.). ¿Estás convencido que la psicodinamia y el psicoanálisis pueden contribuir a sentar bases firmes de atención a estos tipos de pacientes?

Es aquí precisamente donde la labor en equipo con otros profesionales de la medicina ha de ser la base de la actuación. Y creemos que puede ser este campo uno de los primeros donde la Psiquiatría y la Psicología pueden aportar una labor altamente enriquecedora a condición de que el profesional no se cierre en una postura autista a la que tan inclinados se muestran algunos de nuestros colegas.

—Otro campo de pacientes realmente muy abandonados desde el punto de vista médico y psicológico es el de la drogadicción. ¿Consideras necesario incentivar la atención profesional hacia estos pacientes?

Lo creo imprescindible. La drogadicción es una de las plagas de nuestra sociedad que yo no creo que pueda ser abordado de una manera exclusiva desde una sola especialidad médica, ni sólo desde el campo de la Medicina, aun siendo como lo es, una enfermedad. La terapia de los casos de drogadicción no ha sido fuerte de nuestro grupo de trabajo, sino que los pacientes que a nosotros nos llegan procuramos derivarlos hacia otros colegas con mayor experiencia que la nuestra.

Pero estoy convencido que, sin negar la importancia de otras medidas, la gran labor que cualquier equipo de Psiquiatría y Psicología infantil puede y debe desarrollar en este campo es el de la psicoprofilaxis. Contribuyendo a que nuestros jóvenes alcancen con mayor firmeza equilibrios emocionales y sociales puede resultar uno de los caminos más importantes para la erradicación de la plaga de la drogadicción.

—Y un saco sin fondo lo constituye sin duda la marginación social y el gran problema de los niños maltratados. ¿Consideras que el abordaje debe hacerse exclusivamente desde el campo social y político o, por el contrario, crees que el médico y por tanto el psiquiatra y el psicólogo han de jugar un gran papel en la atención y sobre todo prevención del problema?

Lo creo firmemente. Pero también estoy convencido que no de modo exclusivista. Es otro de los campos donde la labor interdisciplinaria resulta imprescindible.

Lo que ocurre en este campo como también en el de la droga o en el de la atención al niño disminuido, la labor en muchas ocasiones no resulta brillante desde el punto de vista clínico y algunos profesionales pueden sentirse inclinados hacia otros problemas más atrayentes. Es en estos casos donde creemos que la responsabilidad de los entes públicos debe volcar sus esfuerzos para coordinar y estimular las diferentes labores. Quiero resaltar la gran labor que en estos campos pueden desempeñar unos profesionales, los asistentes sociales, con los que trabajamos cada día codo con codo y cuyo apoyo nos resulta inestimable.

—Nos parece que la marginación del niño no va siempre unida a la marginación social de progenitores y familias y que cada vez son más los niños marginados entre clases sociales aparentemente estabilizadas. ¿Qué opinas a este respecto? Y, como consecuencia, ¿crees necesario emprender algún tipo de acción preventiva?

Sin duda. Cada vez son más los casos de esta naturaleza. Nuestra sociedad, en la que la pérdida del valor del sacrificio callado, no heroico, es evidente, olvida en gran número de ocasiones que el niño no es un juguete. Que la paternidad, como la maternidad, conlleva inherente, junto a las mayores alegrías y satisfacciones, dolor y esfuerzo. Y este olvido conduce en numerosas ocasiones a malos tratos que no necesariamente han de ser materiales para que podamos considerar a estos pacientes *marginados y débiles*.

Éste es uno de los puntos que la Psiquiatría y la Psicología, junto con la Sociología, pueden aportar en defensa de la tesis que tu siempre has mantenido de la conveniencia y justificación de la presencia de la Orden Hospitalaria también en sociedades aparentemente prósperas, pues la marginación y la debilidad tienen múltiples y sutiles maneras de manifestarse.

Doctor Joaquín Plaza Montero

# 7. JESÚS NOS LIBERA DEL MAL

Vicent Igual, O.P.

*El misterio del mal ha interpelado al hombre desde que es tal y continuará haciéndolo generación tras generación. Y su interpelación salpicará casi siempre, por no decir siempre, a la imagen que ese mismo hombre tiene de Dios.*

*Por eso, la reflexión sobre este tema jamás abandonará al esfuerzo humano por situarse ante sí mismo, confrontado con la dramática realidad del mal y del dolor, y su relación con Dios.*

*Vicent Igual, O.P., nos ofrece el fruto de su reflexión en el presente artículo.*

«Si hemos muerto con Cristo, viviremos con Él»  
(Rom 6, 8).

Cristo en el Limbo  
de Andrea da Firenze.



## INTRODUCCIÓN

Meditar, descubrir, profundizar, hablar, incorporar a la propia vida y a la vida de la comunidad cristiana el significado de este título —*Jesús nos libera del mal*— no significa hacernos cuestión de una dimensión del misterio de Jesús sin más, sino que implica situarnos en el núcleo central de su vida y de su misión, hechas en medio de los hombres y en favor de los hombres. Si de los Evangelios suprimiéramos todos los fragmentos en los cuales Jesús se relaciona con *enfermos*, sea del tipo que sean, seguro que el Evangelio nos quedaría reducido a la mínima expresión y, muy posiblemente, vacío de toda significación.

Pero todavía hay más. El título de esta conferencia pone de relieve todo el contenido del misterio mismo de Jesús, tal como es acogido y confesado por la fe de la Iglesia. Se trata de comentar, aunque de forma breve, aquellos artículos centrales de nuestra fe que hacen referencia a Jesús:

- Creo en un solo Señor, Jesucristo, Hijo único de Dios... que, por nosotros, los hombres, y por nuestra salvación
- bajó del cielo, y por obra del Espíritu Santo se encarnó de María, la Virgen, y se hizo hombre

- y por nuestra causa fue crucificado en tiempos de Poncio Pilatos; *padeció* y fue sepultado
- y resucitó al tercer día, según las Escrituras.

Es, pues, la triple dimensión del misterio de la vida y de la misión de Jesús —ENCARNACIÓN, MUERTE, RESURRECCIÓN— y su significación para nosotros y para toda la humanidad el contenido mismo del título.

Hay una pregunta y una respuesta que guían nuestra reflexión. Es la misma pregunta que, en un momento clave de la misión, Jesús dirigió a sus apóstoles: «Y vosotros, ¿quién decís que soy yo? Esta pregunta permanece hoy y siempre abierta para nosotros y para toda la comunidad cristiana. Esta pregunta abre un camino permanente de descubrimiento y de profundización. Por otro lado, es la misma respuesta dada por Pedro en nombre de todos los discípulos y también en nombre nuestro: «Tú eres el Cristo, el Hijo de Dios vivo». «Cristo que significa *Ungido*, el *Consagrado* para una misión de *salvación*; «Cristo que significa el *Mesías*, el *Salvador*, el *Librador*, el *Redentor*.

Se trata, pues, de meditar sobre Jesús en su misterio de Encarnación, Muerte y Resurrección, sobre Jesús Encarnado, Muerto y Resucitado, siempre «por nosotros los hombres» y

«por nuestra salvación». Y esto mismo es lo que significa *Salvar, Redimir, Liberar*: sacar de la esclavitud a un cautivo mediante un precio; poner fin a una humillación, dolor, sufrimiento, enfermedad.

Por tanto, hemos de reflexionar y hablar de Jesús Liberador, Redentor y Salvador de todo lo que hay de mal en el hombre. Del mal presente en cualquiera de las dimensiones de la existencia humana y del mal radical de la existencia que es la muerte. Y ello mediante el precio de un *Amor* que le hizo ser solidario de todos los hombres, particularmente de los enfermos, de los pobres y de los oprimidos (es la dimensión de la Encarnación); de un *Amor* que le condujo a entregar la vida asumiendo la muerte más humillante, la muerte de cruz (es la dimensión de la muerte); de un Amor que se reveló más fuerte que la muerte, triunfando sobre ella y abriendo para todos un horizonte de esperanza infinita (es la dimensión de la Resurrección).

Ahora bien, siempre será verdad que para captar el auténtico significado de Jesús como Liberador, Redentor y Salvador de todo mal se requiere un conjunto de condiciones previas:

- Reconocer la presencia del mal y del pecado en todas las dimensiones de la existencia humana.
- Ver la necesidad de la liberación, de la redención y de la salvación porque el hombre, que vive la experiencia del mal, está llamado a otra cosa bien distinta.
- Aceptar esta necesidad por parte del hombre.
- Reconocer la incapacidad radical del hombre para liberarse, redimirse o salvarse a sí mismo y a todos, de todo mal y de todo sufrimiento, mediante sus propias fuerzas.
- Reconocer y aceptar la voluntad salvadora universal de Dios y la manifestación y presencia de esta voluntad salvadora en Jesús.

## LA PRESENCIA DEL MAL

### Hechos e interrogantes

Día tras día en el ejercicio de la profesión médica y de asistencia sanitaria y en el ejercicio mismo de la pastoral entre los enfermos, os encontráis cara a cara con el mal físico, con todo un mundo de dolor y de sufrimiento. Y sospecho que, con demasiada frecuencia, os encontráis también cara a cara con el mal moral de la incomunicación, de la soledad, del abandono en que muchos enfermos se encuentran. También con la rebelión, la desesperación y el sin sentido con los que muchos enfermos viven la experiencia de su enfermedad. Día tras día encarados con el mal y llevando en el corazón una montaña de interrogantes sin respuesta.

Cuando una enfermedad repentina destruye una vida inocente, o cuando una larga enfermedad hace que el sufrimiento de una persona se prolongue innecesariamente... Cuando una vida plétórica de fortaleza y de actividad se deshace bajo el peso de los años y del trabajo... Cuando la muerte nos arranca de nuestro lado a seres tan queridos... Cuando se experimenta la frialdad de tantos y tantos hospitales que parecen más talleres de reparación de máquinas humanas que espacios de acogida y de atención afectuosa a personas enfermas... Cuando todo eso y mucho más acontece, nos encontramos cara a cara ante el mal y siempre pendientes de unos interrogantes: ¿por qué?, ¿para qué?

Lo mismo ocurre cuando catástrofes naturales destruyen

todo lo que encuentran a su paso, o cuando las siempre interminables e irracionales guerras deshacen vidas, familias, pueblos y naciones, o cuando dictaduras intolerables menosprecian la dignidad de tantos hombres y mujeres, o cuando democracias bajo la falacia de la tan cacareada *sociedad del bienestar* generan bolsas enormes de pobreza y de miseria escandalosas al lado de una riqueza ostentosa e insultante, o cuando la violencia y la agresividad generan sentimiento de odio y de venganza. También cuando los nobles ideales que abrieron toda una nueva época se han ido hundiendo en el transcurso del tiempo privando al hombre, a la sociedad y a la historia de toda utopía esperanzadora. O cuando las grandes palabras sólo sirven como instrumentos vacíos de sentido y de fuerza expresiva, sólo útiles como pasto de las masas, como entretenimiento pasajero, como técnica de engaño con el único objetivo de provocar unas reacciones ciudadanas rentables en votos. Cara a cara con el mal en todas las dimensiones de la existencia y siempre con los mismos interrogantes: ¿por qué?, ¿para qué?

Nos guste o no, lo queramos o no, seamos conscientes o no, lo escondamos o no, ... lo cierto es que el camino del hombre sobre la tierra, el proceso del universo y de la naturaleza, son un camino y un proceso en los cuales la presencia del mal deja sentir todo su peso. Es el peso del desequilibrio, de la distorsión, del desorden, de la ruptura de la comunión y de la armonía. Es el peso de la finitud, de la limitación y de la imperfección. Finitud en la naturaleza como raíz del mal físico; finitud de la libertad humana como raíz del mal moral y del peor de los males morales que es la enfermedad de la esperanza.

Ante la presencia del mal, inmersos en este misterio que es el mal. A poco que pensemos, el mal y el fracaso nos afectan de dos maneras diferentes. Por un lado, a nivel de experiencia vivida. En este aspecto el mal siempre lo vivimos como un escándalo ante el cual ninguna explicación convence ni consuela. Aquí si algo puede convencer y consolar a quien sufre es la solidaridad hecha presencia, compañía y las más de las veces hecha silencio. El escándalo del mal experimentado sólo es capaz de provocar reacciones. En unos casos de rebelión, en otros de escapismo, en otros de resignación, en otros de asunción, ... Ahora bien, precisamente porque el mal escandaliza en este nivel existencial, también se ofrece a la inteligencia que busca una explicación y un sentido. Aquí han sido las filosofías más diversas las que han ensayado respuestas con mayor o menor fortuna, que no nos es posible analizar ahora.

En uno y en otro nivel quedan abiertos los interrogantes: ¿por qué?, ¿para qué?, ¿de dónde viene el mal y el fracaso?, ¿son irreversibles y definitivas estas distorsiones? Se nos proponen a nuestra consideración de creyentes desde el misterio de Jesús, plenitud de la Ley y de los Profetas, Palabra viva encarnada, manifestación definitiva del Dios de la vida, presencia de la voluntad salvadora universal de Dios.

### La Biblia: una historia de salvación

A pesar de todo lo anterior, los hombres no están hechos para el mal ni están destinados ciegamente al fracaso. Podemos afirmar que la Biblia se abre con este convencimiento. También se cierra con la reafirmación del mismo en la plenitud que le confiere el acontecimiento de Cristo Salvador. El mal no es un *fatum*, un destino ineludible e inevitable. Ni para las personas ni para el universo en su totalidad.

Si abrimos el libro sagrado por sus páginas iniciales, po-

demostramos leer los dos primeros capítulos del Génesis. Encontraremos allí el bello y perfilado *poema de la creación* junto con el relato tan sencillo y descriptivo de una frescura y viveza insuperables del *paraíso*. ¿Cuál es el mensaje de los orígenes? Ateniéndonos al primer relato, con facilidad observaremos que en el origen del universo y del hombre hay una Bendición, una Buena Palabra que crea dando vida. Esa misma Palabra va engendrando un orden debido, cuya armonía pone de manifiesto la belleza de toda la creación. Fruto de una bendición, de una Buena Palabra —la de Dios— todo está lleno de bondad. Hasta la saciedad se va repitiendo el estribillo «vio Dios que era bueno». Y al final, como si todavía quedara alguna sombra de duda, «vio Dios que todo era bueno y muy bueno». El segundo relato de los orígenes va poniendo de manifiesto la originaria dignidad igual en el hombre y en la mujer, la felicidad de la comunión entre los hombres, entre el hombre y la naturaleza, entre el hombre y Dios su Creador. Así pues, hay en el origen un mensaje de bendición, de armonía y de belleza, de bondad, de comunión feliz de todos con todo y con todos.

¿Y qué decir del final? Si leemos los capítulos 21 y 22 del libro que cierra la Biblia cristiana, el Apocalipsis, sacaremos idéntica conclusión. Esta vez con la claridad de la luz nueva que viene de Cristo Jesús muerto y resucitado, el Cordero de Dios, Alfa y Omega, Principio y Fin de toda la creación. Es la visión del *cielo nuevo* y de la *tierra nueva*, de la *Ciudad Santa*, la *nueva Jerusalén* liberada, salvada y redimida de lágrimas y llantos, de gritos de angustia y de dolor, de todo mal y del mal definitivo que es la muerte. Todo acaba con un mensaje de Vida y de Vida plena y gratuita. Vuelven las imágenes del árbol de la vida y del río de agua de vida para todos y para siempre. Desde ahora en la fe y en la esperanza, al final en la plenitud de la visión se afirma la comunión de Dios con los hombres: «Ésta es la morada de Dios con los hombres. Pondrá su morada entre ellos y ellos serán su pueblo y él, Dios-con-ellos, será su Dios»; «Yo seré Dios para él, y él será hijo para mí»; todos «inscritos en el libro de la vida del Cordero». Todo comienza con una bendición y todo termina con una bendición renovada, liberado todo lo creado de cualquier maldición: «no habrá ya maldición alguna».

Con todo, no se les oculta a los autores sagrados la existencia del mal y del dolor. Desde el principio el mal deja sentir su presencia. Ya en el relato de los orígenes, la descripción del *pecado original* pone ante nuestros ojos elementos suficientes para una definición bíblica del mal y para un descubrimiento de su presencia en las diferentes dimensiones de la existencia. El mal es, sobre todo, la ruptura de la comunión y de la relación amistosa del hombre con Dios, de los hombres entre sí, del hombre con la naturaleza y del hombre consigo mismo. Debido a esta ruptura, el mal es la lejanía del paraíso de bondad, belleza y felicidad, lugar natural de todo y de todos.

Pero, también desde el principio, el peso del mal, del dolor y del sufrimiento, se ve aligerado por una promesa de liberación. El mal no es el destino ineludible del hombre. Siempre se vive en la esperanza de la liberación y de la salvación.

Por eso, a partir de ese instante denso de contenido, pues es la síntesis de toda la historia de la humanidad y de la historia de Dios con los hombres, las puertas de la Biblia se abren a cuatro dimensiones estrechamente vinculadas entre sí. El Libro Santo, en primer lugar, abre sus puertas a un camino que es historia de hombres y de mujeres, historia de un pueblo, en el cual el sufrimiento y el mal se halla presente en sus más

variadas manifestaciones: es el penoso y desconcertante camino de Abraham, el padre de los creyentes, con su preocupación por la ausencia de heredero legítimo, con su breve alegría por su tardío nacimiento, con su angustia infinita ante su sacrificio; es la incomunicación y el conflicto abiertos entre hermanos: Esaú y Jacob, los hijos de Jacob y José el preferido; es la experiencia clave de la opresión y esclavitud de los israelitas en Egipto; es el difícil y contradictorio camino de la libertad por el desierto: los conflictos con Moisés, el deseo de volver a Egipto, el hambre, la sed, la rebelión, la guerra con tribus vecinas; es la larga y compleja entrada en la *Tierra Prometida* y las dificultades en el asentamiento de las tribus; son las luchas constantes con los pueblos vecinos; son las luchas cortesanas por el poder real; es la mentira y la traición del rey David junto con la vida disoluta de Salomón; es la división y enfrentamiento de los dos reinos hermanos junto con la deshonestidad y mala gestión de los diferentes reyes; es el exilio de Nínive y de Babilonia experimentado como recaída en la esclavitud de Egipto; es la falta de esperanza en el retorno al país junto con el incierto regreso y la costosa reconstrucción; es, por fin, el triste destino de los pobres, de los huérfanos y de las viudas; el sufrimiento y abandono de los enfermos; la nueva opresión griega y romana; y también la soledad y la muerte violenta de los profetas, los hombres de Dios que, en su nombre, proclamaban la verdad, clamaban por la justicia, llamaban a la necesaria conversión y reconciliación, anunciaban una realidad nueva manteniendo viva la esperanza.

Al mismo tiempo, y sobre todo, la Sagrada Escritura abre sus puertas a la contemplación y comprensión del camino y de la historia de Dios con los hombres. Dios, que siempre acompaña el sufrimiento, el dolor, la angustia y la desesperanza del pueblo de Israel; que siempre se manifiesta y revela como Liberador, Redentor y Salvador de todo mal, esclavitud y opresión. Es el Dios que, siempre sensible a la miseria y opresión de su pueblo, sale siempre en defensa del oprimido y abandonado indefenso que nada cuenta para nadie. Dios «Padre de huérfanos, protector de viudas... que prepara casa a los desvalidos y libera a los cautivos» (Sal. 67); «que hace justicia a los oprimidos, da pan a los hambrientos. Yavé libera a los cautivos, da vista a los ciegos, levanta a los vencidos... sostiene a las viudas y a los huérfanos» (Sal. 145).

A través de este contraste de caminos y de historias, que no son dos sino un solo camino y una misma historia vistos desde perspectivas distintas, se va alumbrando todo un mensaje sobre el mal, el sufrimiento y la desgracia. Su síntesis bien puede ser ésta: Dios no quiere el mal ni para el hombre ni para el mundo sean cuales sean sus manifestaciones; Dios siempre está dando y ofreciendo Alianza, que es comunión y reconciliación; el mal existe de mil formas diferentes pues de mil maneras diversas se rompe la comunión y la reconciliación; pero, tal como aparece en el libro del Deuteronomio, todo mal tiene un sentido pedagógico: es vivido por el hombre religioso como un momento de purificación de la fe en el Dios único; la presencia del mal nunca pone en cuestión a Dios, siempre es motivo de oración, a veces de protesta como en el caso de Job, a veces también de escepticismo claro ante la excesiva confianza puesta en las fuerzas humanas como ocurre en el libro del Eclesiastés; por último, que la preocupación central del hombre religioso de la Biblia no es buscar explicaciones teóricas al misterio del mal, si algo busca es aquella actitud de vida desde la cual afrontarlo y superarlo.

Y es precisamente esta última afirmación de la apretada

síntesis que acabamos de ofrecer la que nos abre las puertas a la cuarta dimensión. Es la actitud de vida la que interesa ante el inexplicable misterio del mal y del sufrimiento. La podemos ir descubriendo a través del libro de Job y de Qohélet, el Eclesiastés, el hombre de la asamblea, el maestro y el predicador, el representante del pueblo o el pueblo mismo personificado que cansado de la enseñanza oficial toma ahora la palabra. La actitud de vida ante el misterio del mal cuando se experimenta a nivel existencial, tanto si uno lo sufre como si dolorosamente lo observa en los otros, se manifiesta con bastante claridad. En oposición directa a la búsqueda de razones teóricas, explicativas o justificadoras del mal o de lo absurdo que resulta una existencia analizada bajo el peso de la negatividad, sólo el SILENCIO, la sola compañía compasiva en el más puro sentido de padecer-con, la comunión callada y comprometida con el que sufre y aun con el propio sufrimiento es el verdadero indicio de la sabiduría.

Es Job quien, tras los largos discursos de sus interlocutores, clama: «¡Oh, si os callarais la boca!; eso sería vuestra sabiduría» (Job, 13, 5). A partir de este momento, vemos como Job se rebela interior y exteriormente contra aquellos amigos que han venido a verle y que le hablan. Las palabras de Elifaz, Bidad, Sofar y Eliú representan la sabiduría oficial, una cierta ideología justificadora de su mal y de su desgracia que se presenta con un único argumento: al hombre que es realmente justo, Dios le premia y todas las cosas le van siempre bien; como a ti no te van nada bien, eso quiere decir que, aunque a los ojos de todos vas pasando como un hombre justo, realmente no lo eres; tú eres un pecador y por eso Dios te castiga; sólo te queda una salida que es el arrepentimiento para que los bienes vuelvan a ti. Y, ante tal acusación, Job se ve obligado ante sus interlocutores y ante Dios mismo a hacer la encendida apología de su inocencia. Pero hay un momento en el que Dios mismo interviene hablando directamente. Hasta entonces, había habido demasiada palabra humana que acallaba la voz de Dios. Y cuando Dios habla, nada explica ni nada justifica, nada responde al que parece ser el interrogante máximo de todo el libro: ¿por qué el mal y el sufrimiento se abaten sobre un hombre justo? Dios lo único que hace es ir preguntando a Job. Va haciendo preguntas que Job no sabe responder, a través de las cuales va revelando su misterio de Bondad y va permitiendo que el mismo Job a pesar de su sufrimiento se vaya dejando invadir por él o se vaya contemplando en él y desde él. Lo importante es también comprender como Dios inicia el conjunto de preguntas: «razones sin sentido» (Job, 38, 2... 42, 3). Eso es, razones sin sentido son todas ante el misterio del mal, tanto las que lo justifican como las que no. Y es que el mal, en este nivel existencial, siempre será un misterio sin explicación. Y por eso mismo, Job acaba diciendo: «He hablado a la ligera... me taparé la boca con mi mano. Hablé una vez... no he de repetir dos veces... ya no insistiré» (Job, 40, 4-5). Al final del libro, de nuevo aparece la sorpresa. Son duramente criticados por Dios justamente aquellos que más se habían esforzado en defender sus derechos poniendo en entredicho la bondad y la inocencia de Job: «no habéis hablado con verdad de mí, como mi siervo Job» (Job, 42, 7). Y es que, ante el misterio del mal y del sufrimiento los grandes discursos y las grandilocuentes explicaciones fácilmente se convierten en vana palabrería, en cambio los gritos de angustia desde el sufrimiento se convierten ante Dios en plegaria justa.

Y para finalizar este apartado, una muy breve referencia al libro de Qohélet que también invita a tomar una actitud

de vida parecida. Esta vez no tanto ante la presencia de un mal y sufrimiento tan claros como el de Job, pero sí ante ese mal difuminado de las grandes contradicciones en las que se mueve la vida de los hombres. Contradicciones siempre las mismas, siempre del todo inexplicables y que sumen en el desencanto y en el escepticismo al espíritu. Así empieza y así termina el libro; «Vanidad de vanidades, todo vanidad» (Ecl., 1, 2; 12, 8). Siempre lo mismo: lo *vano*, la arrogancia sin sentido, el orgullo inútil, la inseguridad, lo fugaz, la inconsistencia, el vacío de las puras apariencias, ... Y en el epílogo una única conclusión: «Componer muchos libros es nunca acabar, y estudiar demasiado daña la salud. Basta de palabras: Teme a Dios y guarda los mandamientos, que eso es ser hombre cabal» (Ecl. 12, 12-13). Dice el refrán: «A buen entendedor, pocas palabras bastan».

## LIBRES DEL MAL POR JESUCRISTO EL SEÑOR

### Bajo el impulso del Espíritu Santo

Llegamos así a Jesús de Nazaret. «Al llegar la plenitud de los tiempos, envió Dios a su Hijo, nacido de mujer, nacido bajo la ley, para rescatar (liberar) a los que se hallaban bajo la ley, y para que recibiéramos la filiación adoptiva» (Gál. 4, 4-5). Jesús que aparece a los ojos de la fe como la plenitud de la Ley y los Profetas, Alfa y Omega de la creación. El misterio del mal, del dolor y del sufrimiento adquieren en él nueva luz. Por él, Dios envió la Palabra y anunció la Buena Noticia de la paz. Él es señor de todos. A él Dios le ungió con el Espíritu Santo y con poder. Él pasó haciendo el bien y curando a todos los oprimidos por el diablo, porque Dios estaba con él (cf. Hech. 10, 36ss).

Los Evangelios son testimonio vivo de la siguiente realidad. Jesús está siempre rodeado de un ejército de enfermos, siempre en medio de un universo de muerte. Alrededor de Jesús se reúnen ciegos, cojos, paráliticos, epilépticos, sordos y mudos. Jesús se acerca a gentes odiadas o despreciadas por su oficio o por su vida irregular, a representantes del imperio opresor, a publicanos, a prostitutas. Incluso va decididamente al encuentro de muertos.

Estos hechos debieron ser particularmente importantes y significativos para los discípulos de Jesús y para las primeras comunidades. Por ello lo conservaron cuidadosamente en el evangelio. También por ello, los discípulos de Jesús, tras haber recibido el don del Espíritu, dedican todos sus esfuerzos a predicar la Buena Noticia de la liberación de Jesús y a realizar, en nombre de Jesús, los signos de la salvación, curando a los enfermos. En este sentido, el testimonio del libro de los Hechos es claro: Pedro y el restablecimiento de un cojo desde su nacimiento (Hech. 3, 1-26); gentes que «sacaban los enfermos a las plazas y los colocaban en lechos y camillas, para que al pasar Pedro, siquiera su sombra cubriese a alguno de ellos. También acudía la multitud de las ciudades vecinas a Jerusalén trayendo enfermos y atormentados por espíritus inmundos; y todos eran curados» (Hech. 5, 15-16); Pedro y la curación del paralítico de Lidia (Hech. 9, 32-35); Pedro y la resurrección de Tabita en Jafa (Hech. 9, 36-43).

Todo lo cual nos permite volver a los inicios de la misión de Jesús de Nazaret. A encontrarnos con ese Jesús que, lleno del Espíritu de Dios, viene para traer un mensaje de salvación y de liberación para todos. Y no sólo viene para traer un men-

saje o una doctrina, sino que viene también a cumplir la salvación, a hacer presente la liberación mediante señales bien concretas. Basta para comprender esto la meditación de dos pasajes del evangelio de san Lucas: Lc. 4, 16-21; Lc. 7, 17-23).

En la sinagoga de Nazaret Jesús lee la vieja profecía de Isaías: «El Espíritu del Señor sobre mí, porque me ha ungido para anunciar a los pobres la Buena Nueva, me ha enviado a proclamar la liberación a los cautivos y a devolver la vista a los ciegos, para dar la libertad a los oprimidos y proclamar un año de gracia del Señor». Y por todo comentario, mientras los ojos de todos estaban fijados en él, Jesús dice solamente: «Esta Escritura, que acabáis de oír, se ha cumplido hoy».

En primer lugar, es el Espíritu el que mueve a Jesús a descubrir en su *hoy* concreto y particular la presencia del mal y del sufrimiento en los pobres y humildes de Israel, en los cautivos y oprimidos, en los ciegos de cualquier condición. Siempre será una exigencia para la comunidad de los creyentes en Jesús la apertura a ese mismo Espíritu. Siempre será un acto de fidelidad al Espíritu de Jesús el mantener permanentemente abiertos los interrogantes que invitan a respuestas bien concretas: ¿quiénes son hoy los pobres?, ¿cuáles son sus miserias y aflicciones?; ¿quiénes son hoy los esclavos y los oprimidos?, ¿cuáles son sus esclavitudes?; ¿quiénes son hoy los ciegos, los que viven el error o en las verdades a medias?, ¿cuáles son las causas de los engaños y mentiras que sufren?

Pero, en segundo lugar, es ese mismo Espíritu el que anima y conduce a Jesús a hacer el descubrimiento y a asumir como propios los anhelos, las esperanzas y las aspiraciones más nobles y más profundas de todas esas gentes que soportan el peso de la desgracia. El anuncio de una Buena Noticia de Felicidad, la proclamación de una nueva esperanza de liberación, la donación de una Luz de verdad es la respuesta a este segundo descubrimiento y asunción. Respuesta que queda resumida en el anuncio solemne del Año Santo, el Año de Gracia, el Año de presencia permanente del Reino de Dios.

El *hoy* del texto programático de Jesús junto con el contenido del otro texto del evangelio de san Lucas que hemos citado ponen de manifiesto que dichas esperanzas no son sólo algo que se proclama con la palabra, ni es su realización algo que hay que dejar para un futuro más o menos lejano. Son algo que se realiza ya, que comienza a tener cumplimiento en el *hoy* de la presencia viva de Jesús, en sus palabras, en sus sentimientos, en sus acciones comprometidas en favor de los pobres, cautivos y ciegos. Esa presencia de Jesús es ya signo claro de que la salvación y la liberación de Dios llegan a los hombres, sobre todo a los que más necesitados están de ella.

Juan Bautista envió dos discípulos a Jesús para preguntarle: ¿eres tú el que ha de venir —el Mesías, el Salvador— o hemos de esperar a otro? San Lucas dice que en ese mismo instante, Jesús «curó a muchos de sus enfermedades y dolencias, y de malos espíritus, y dio vista a muchos ciegos». Tras ello, dio su respuesta a los discípulos de Juan. Y no lo hizo con un gran discurso más o menos apologético y convincente que pudiera demostrar su mesianidad, sólo dijo: «Id y contad a Juan lo que habéis visto y oído: Los ciegos ven, los cojos andan, los leprosos quedan limpios, los sordos oyen, los muertos resucitan, se anuncia a los pobres la Buena Noticia». Todo en presente. La Liberación del mal y del sufrimiento hecha presencia que puede ser vista y oída para ser contada. Por tanto, siempre será también un acto de fidelidad al Espíritu el que la comunidad cristiana en el *hoy* particular que le corresponde vivir descubra y asuma los más profundos y más nobles anhelos de los pobres, de los enfermos y de los opri-

midos de cualquier signo. Hacerlos suyos para que a través de la palabra, de los sentimientos y de la acción comprometida llegue a ellos la salvación de Jesús.

Estas palabras y gestos de Jesús adquieren para nosotros una significación bien precisa, sobre todo cuando somos capaces de comprender el valor que la cultura judía daba a la presencia del mal —sobre todo de la enfermedad— en los hombres. Si bien lo pensamos, dicha valoración sigue presente en nuestro contexto cultural aunque a través de manifestaciones diferentes. El mal y la enfermedad tenían el valor sobreañadido de maldición, de castigo de Dios. El portador del mal, el enfermo era un castigado por Dios, bien a causa de sus pecados bien a causa de los pecados de sus antepasados. Dios les retiraba su favor, los alejaba de sí y de su pueblo. Y esto afectaba no sólo a los enfermos físicos, carentes de salud, sino a los enfermos morales, de conducta irregular, e incluso a los enfermos sociales, faltos de bienes. Las consecuencias que debían soportar el ingente grupo de ciegos, cojos, sordos, paralíticos, mudos, epilépticos, viudas, prostitutas, publicanos y pobres, ... eran claras: marginación, incomunicación, abandono, miseria. Maldecidos por Dios y maldecidos por los hombres, Dios los alejaba de sí y los hombres pretendidamente *justos* ante Dios se creían con derecho para apartarse de ellos y no contaminarse.

Podemos afirmar que Jesús, lleno del poder y de la fuerza de Dios, liberó a muchos enfermos concediéndoles la salud y a los muertos les dio la vida. Pero quizás para nosotros lo realmente significativo haya de ser buscado en otra dirección. Aquellos enfermos, a quienes nadie quería, al lado de Jesús reencontraban su dignidad de hijos amados por Dios y de hermanos amados por los hombres. Las palabras, los sentimientos y las acciones de Jesús así se lo revelaban. Jesús liberaba y salvaba del mal y del sufrimiento, sobre todo eliminando aquellos obstáculos que impedían tal reconocimiento de hijos ante Dios y de hermanos ante los hombres.

Junto a Jesús, a través de sus palabras, sentimientos y acciones, el ungido por el Espíritu de Dios, los enfermos de cualquier tipo reencuentran su dignidad de personas. La verdad sobre sus vidas es la Buena Noticia capaz de llenar de felicidad y de alegría. Ellos son tan dignos o más que los otros de recibir la luz nueva de la fe y con ella la luz de la verdad sobre su ser de hijos y sobre el ser de Dios como Padre; de escuchar la Palabra de Dios y de ser escuchados por Dios y por los hombres; de comunicarse en diálogo amistoso filial y fraterno con Dios y con los hombres; de caminar como peregrinos junto a los otros el mismo camino que lleva a la casa del Padre; de recibir y acoger la gracia del mismo Dios que es la única capaz de dar la limpieza; de reemprender tantas veces como hiciera falta el camino de conversión, reencauzando la vida; de vivir la misma vida de Dios, viviendo y amando la imagen y semejanza de Dios que ellos mismos son que nada ni nadie puede nunca borrar; de la esperanza y de la felicidad que da el hecho de ser amados y de sentirse y saberse en comunión con Dios y con todos.

De esta manera la Buena Noticia de la liberación del mal y del sufrimiento se hace presente por Jesucristo el Señor en ciegos, sordos, mudos, cojos, leprosos, pecadores, pobres, e incluso en muertos.

### La Redención de Jesucristo

Estas últimas afirmaciones nos permiten exponer, aunque sea de una forma muy breve, la doctrina del Nuevo Testamen-

to sobre la redención realizada por Cristo. Se puede afirmar, en primer lugar, que la *liberación* es la dimensión negativa de la redención. Liberar significa eliminar, suprimir, borrar... el pecado, la fuerza del mal, las ataduras opresoras de la ley y de la muerte (cf. Rom. 3, 23-24; Ef. 1, 7; Col. 1, 14; Heb. 9, 15). La dimensión positiva de la redención viene bien expresada como *reconciliación*. Reconciliar que significa instaurar la paz con Dios y con los hombres, rehacer la comunión con Dios y con los hombres, reencontrar todos de esta forma la propia dignidad de hombres en cuanto hijos y hermanos.

Por otro lado, las afirmaciones neotestamentarias no dejan lugar a dudas: la redención, que es liberación y reconciliación, se realiza mediante la muerte de Cristo. ¿Significa esto que el mal es redimido por el mal, el sufrimiento por el sufrimiento, la muerte por la muerte? No, el mal, el sufrimiento y la muerte no son redentores, ni salvadores ni liberadores en sí mismos. El hombre es redimido de todo su mal por la muerte de Cristo; pero no por lo que esa muerte significa y es en cuanto privación de la vida. El peso de la negatividad existente en el hombre no puede ser eliminado añadiéndole un plus de negatividad, la de la muerte terrible en cruz de Jesús.

Cierto es que la redención es fruto de la muerte de Cristo; pero en cuanto que esa muerte es definitiva expresión del amor de Dios por todos: «tanto amó Dios al mundo que dio a su Hijo único» (Jn. 3, 16). También en cuanto que esa muerte es libre acción del mismo Jesús escrita toda ella bajo el signo del mismo amor: «Yo doy mi vida por las ovejas... porque doy mi vida... Nadie me la quita; yo la doy voluntariamente» (Jn. 10, 15-18). Acción última y definitiva de una vida consagrada al amor, dedicada íntegramente a hacer presente el amor de Dios entre los hombres. La vida de Jesús que toda ella es: realización de la obediencia radical a Dios que asume la humillación de la muerte humana («se humilló a sí mismo obedeciendo hasta la muerte y muerte de cruz»: Fil. 2, 7ss); servicio y prueba definitiva de amor a los hombres («tampoco el Hijo del hombre ha venido a ser servido, sino a servir y a dar su vida como rescate por muchos»: Mc. 10, 45; «sabiendo Jesús que había llegado su hora de pasar de este mundo al Padre, habiendo amado a los suyos... los amó hasta el extremo»: Jn. 13, 1); acción del Siervo de Yavé en favor de la comunidad de los hermanos (cf. Mc. 10, 45 y Mt. 26, 28: en referencia clara a Is. 53, 12); interpretada por el mismo Jesús como acción redentora («ésta es mi sangre de la Alianza, que es derramada por muchos para el perdón de los pecados». Mt. 26, 28).

### **Liberados y reconciliados por la Encarnación, Muerte y Resurrección de Cristo Jesús**

Así, pues, el hombre es liberado del mal y del sufrimiento siendo reconciliado con Dios, con los hermanos, con toda la creación y consigo mismo al precio de la cruz y de la sangre de Cristo. Pero no por lo que en la cruz y en la sangre se descubre de dolor, de sufrimiento y de muerte. Tales realidades son en sí mismas negatividad y la negatividad no podrá nunca en sí misma ni liberar ni reconciliar. Siempre será el signo del fracaso y del fracaso supremo de la vida.

Lo que es verdaderamente redentor, salvador, liberador y reconciliador es el mismo amor de Jesús, en el cual se mani-

fiesta y se hace historia el Amor infinito de Dios. Sólo puede ser auténticamente liberador y reconciliador el amor presente en el sufrimiento y en la misma muerte, el dolor y la cruz como ofrenda de amor total.

Es el amor que en la Encarnación de Jesús se revela con toda su fuerza de sensibilidad y de apertura infinitas a todo signo de vida; con toda su fuerza de solidaridad amistosa para con todos los hombres y, de forma muy particular, para con aquellos que habían sido condenados por los demás a vivir en la soledad, la pobreza y la opresión (mujeres, niños, enfermos, pobres y pecadores); con toda su fuerza de libertad insobornable frente al dinero y a las riquezas, frente a la ambición de honores y poder, frente a los poderosos, frente a ataduras familiares egoístas, frente a grupos sociales o religiosos, frente a la ley, frente a ideologías justificadoras de comportamientos injustificables.

Es el amor que en la Muerte humillante y horrorosa de Jesús en la cruz adquiere, bajo la apariencia y la realidad del fracaso y de la soledad más estremecedores, la dimensión del perdón y de la disculpa.

Es el amor que en la Resurrección de Jesús se revela como más fuerte que la muerte, mostrando el horizonte siempre abierto de la esperanza infinita. La Resurrección de Jesús manifiesta que la muerte, el odio, el conflicto, la división, el pecado y la esclavitud no son las palabras definitivas sobre la humanidad. Las palabras definitivas son: Vida, Amor, Perdón, Paz, Gracia, Comunión y Libertad. Toda una palabra de Bendición.

Jesús, encarnado, muerto y resucitado: toda una vida, una misión y una muerte guiadas por una suprema confianza, puestas bajo la tierna mirada de Dios Padre, movidas por el Espíritu Santo, vividas en presencia del *Abbá*. Nadie osó tratar a Dios con tan suprema intimidad y confianza. Gracias a ellas, nunca Jesús se sintió solo ni abandonado. En su vida y en su muerte, ... «me dejaréis solo; aunque no estoy solo, porque el Padre está conmigo» (Jn. 16, 32).

Así pues, es el amor supremo de Jesús el que libera y reconcilia a toda la humanidad. La libera de toda insensibilidad, cerrazón de espíritu, insolidaridad y esclavitud mostrando y ofreciendo un camino de justicia solidaria, de cercanía al desamparado y marginado, de apertura de corazón, de compasión y de misericordia, de libertad ante cualquier forma de opresión. La libera de todo sufrimiento, fracaso y humillación mostrando y ofreciendo un camino de asunción, de aceptación del sufrimiento, del fracaso y de la muerte siempre viviendo en confianza. La libera de toda desesperanza mostrando y ofreciendo lo que significa «esperar contra toda esperanza», teniendo un horizonte siempre abierto porque en todo se está en buenas manos. La libera de todo temor o miedo ante Dios, ante los demás y ante la hostil realidad porque el amor echa afuera el temor.

Todo cristiano y toda comunidad cristiana tiene en el misterio de Jesús, en su Encarnación, Muerte y Resurrección la clave de lectura comprometida de una realidad dolida bajo el peso del mal y del sufrimiento. A la vez encuentra en ese misterio el camino también comprometido hacia la liberación de todo mal y hacia la auténtica y definitiva reconciliación en la comunión del hombre con Dios, de los hombres entre sí, del hombre con toda la creación y del hombre consigo mismo.

# 8. LA EVOLUCIÓN HACIA LA IDENTIDAD SEXUAL: PROBLEMAS ÉTICOS

**Eduardo López Azpitarte**

Facultad de Teología. Granada

*Muchos planteamientos éticos directamente implicados con la sexualidad humana adolecen, en muchas ocasiones, de la adecuada reflexión previa sobre una antropología que oriente el discurso.*

*Eduardo López Azpitarte enmarca en el presente artículo unos parámetros que convendría no olvidar a la hora de valorar aspectos éticos de un problema tan espinoso como el de la identidad sexual del ser humano en determinadas y complejas situaciones.*

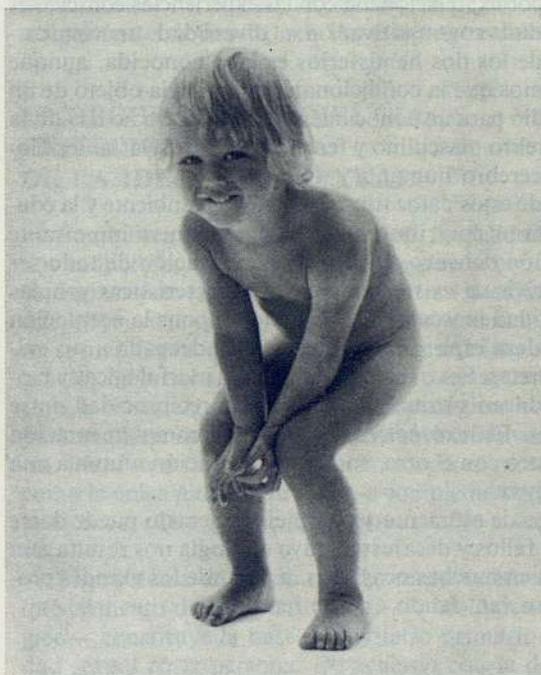
## LA EXISTENCIA DE CIERTAS PATOLOGÍAS

Ciertamente no se trata de fenómenos normales y frecuentes en la vida ordinaria. Algunos casos pertenecen al ámbito de las patologías genéticas que son estudiados en la bibliografía científica, sin que tengan mayores resonancias sociales<sup>1</sup>. Otros, en cambio, son aireados por la prensa, sobre todo si se trata de personajes conocidos. La transexualidad y el travestismo son las conductas más corrientes y conocidas del público. En el fondo de todas ellas hay siempre un cierto desajuste entre los datos genéticos y los procesos siguientes que deberían conducir hacia la identidad sexual de la persona.

Es lógico que se busquen las terapias más eficaces para reajustar estas disfunciones que, al margen de sus repercusiones biológicas, tienen también una enorme influencia sobre la psicología del individuo, hasta destruir en bastantes ocasiones su tranquilidad y equilibrio interior. El cambio, incluso, del sexo, mediante la cirugía plástica, aparece como una de las soluciones posibles. ¿Qué pensar de todos estos procedimientos desde un punto de vista ético? Antes de ofrecer unas reflexiones valorativas, apuntemos de una forma sumaria cómo se realiza el proceso evolutivo hacia la plena identidad sexual.

## LAS PRIMERAS ETAPAS: DEL SEXO CROMOSÓMICO AL SEXO HORMONAL

Todos sabemos, desde las primeras nociones de genética, que uno de los 46 pares de cromosomas de la especie humana



es el encargado de configurar el sexo de la persona<sup>2</sup>. La presencia en el cigoto de dos cromosomas XX dará origen a una mujer, mientras que la pareja XY lo será del hombre. En esta región del Y se encuentran, por tanto, el gen o los genes responsables de esta diferenciación. Es lo que podríamos llamar el *sexo cromosómico*.

Desde aquí se enviarán a las gónadas, todavía indiferenciadas, la información suficiente para la elaboración de los ovarios o de los testículos —*sexo gonádico*—. En el sujeto con gónadas masculinas se da la regresión de los conductos de Müller por la presencia de una substancia inhibidora, y bajo la acción de la testosterona los conductos wolfianos se transforman en los genitales internos, mientras que la diidrotestosterona produce la configuración de los órganos externos. Menos claro es el mecanismo que provoca el proceso inverso en la mujer, aunque parece que comienza con la producción de los estrógenos<sup>3</sup>. En cualquier caso, es evidente que existe también un *sexo hormonal*, producto del anterior, que influye en

la configuración masculina o femenina del ser humano. En todo este proceso de diferenciación genital juegan también un papel importante ciertos tejidos que deben recibir la inducción por parte de las hormonas esteroides y cuya capacidad de respuesta depende de la presencia en sus células de algunas enzimas y receptores.

## EVOLUCIÓN POSTERIOR: DEL SEXO MORFOLÓGICO A LA ALTERIDAD SEXUAL

La proporción y diferencias de hormonas son las que, a su vez, posibilitan el *sexo morfológico* o fenotipo que distinguen al cuerpo masculino o femenino. La diversidad biológica es tan manifiesta que constituye el criterio más inmediato y evidente para la adjudicación de la identidad masculina o femenina. La diferenciación sexual afecta también al cerebro en el área del neocórtex, relacionada con las experiencias conscientes y la actividad cognoscitiva<sup>4</sup>. La diversidad anatómico-estructural de los dos hemisferios es bien conocida, aunque los mecanismos que la condicionan sean todavía objeto de un intenso estudio para un conocimiento mayor. Pero no hay duda de que el cerebro masculino y femenino son dos variantes biológicas del cerebro humano.

A partir de estos datos fundamentales, el ambiente y la educación posterior contribuyen también de manera importante a la formación del *sexo psicológico*: la vocación de todo ser humano a vivir su existencia con las características propias de su sexualidad masculina o femenina. Supone la aceptación de su naturaleza específica y la respuesta adecuada a sus exigencias concretas. Estas mismas diferencias morfológicas y biológicas conducen normalmente hacia la reciprocidad entre ambos polos. El *sexo heterófilo* busca su complementación en el encuentro con el otro, como una invitación mutua a una plenitud mayor<sup>5</sup>.

A lo largo de este lento y complejo itinerario puede darse una serie de fallos y desajustes, cuya etiología nos resulta aún desconocida en muchas ocasiones, a pesar de los grandes progresos que se van dando en este terreno.

## PATOLOGÍAS GENÉTICAS Y HORMONALES

Algunas anomalías genéticas del mismo cromosoma sexual son causa de ciertas patologías. Así, por citar sólo las más conocidas, en el síndrome de Turner, con una composición XO, la falta del segundo cromosoma imposibilita la diferenciación de los ovarios o testículos, y la ausencia o disminución de otras hormonas necesarias para la evolución posterior. Son mujeres, aunque de ordinario estériles, y exigen una terapia de estrógenos para su desarrollo fisiológico. Y por el contrario, en el síndrome de Klinefelter (XXY), la presencia de otro cromosoma X obstaculiza el influjo masculinizante del Y. Suelen ser estériles, con órganos rudimentarios y ciertas apariencias femeninas como la ginecomastia (desarrollo de los senos)<sup>6</sup>.

Otras veces se da una verdadera inversión del sexo, cuando en individuos fenotípicamente masculinos, sin grandes diferencias con el varón normal, se encuentra un cromosoma XX, o cuando en sujetos de apariencias femeninas y órganos genitales externos e internos de mujer, existe un cromosoma XY, que caracteriza al hombre. Es decir, se da una completa

contradicción entre el *sexo cromosómico* y el *sexo gonádico* que orienta la evolución posterior en sentido contrario<sup>7</sup>.

En otros casos, incluso con una composición genética normal, la persona es portadora, al mismo tiempo, del tejido ovárico y testicular, bien en una sola gónada o en dos separadas. Este *hermafroditismo* verdadero es muy raro en la especie humana y provoca una disfunción parecida a la anterior, ya que los órganos externos pueden pertenecer a cualquiera de los sexos, pero con manifestaciones características del contrario. La inversión, en esta última anomalía, no es completa por la presencia del doble tejido gonadal que explica esta dualidad sexual. En todos estos casos de inversión, la normalidad, por supuesto, no es absoluta, pues son posibles otras alteraciones, sobre todo en la capacidad de reproducción. En el *pseudohermafroditismo* las gónadas pertenecen a un solo sexo, aunque sus órganos externos son una mezcla gradual e intermedia de ambos.

Una deficiencia hormonal, producida por otras causas, podría dar lugar a la existencia de hombres con algunas características femeninas —ginecomastia, distribución de grasas, falta de vello...—, o a mujeres con ciertas apariencias viriles. A veces, no reviste mayor importancia, aunque no responda por completo al fenotipo ideal y, en ocasiones, tenga alguna repercusión psicológica.

## OTRAS DISFUNCIONES SEXUALES: LA OPOSICIÓN ENTRE EL SOMA Y LA PSICOLOGÍA

El fenómeno de la *transexualidad* ha sido objeto de estudios más recientes<sup>8</sup>, y su interés sobrepasa el de los ámbitos científicos para despertar también la curiosidad y el comentario de la gente. Son individuos, sobre todo de sexo masculino<sup>9</sup>, que, desde el punto de vista psicológico, se sienten del sexo contrario. Existe una clara y radical oposición entre su fenotipo y su psicología, que les lleva a vivir en una tensión permanente. Mujeres que se creen prisioneras en un cuerpo de hombre —o al revés— y desean liberarse de los atributos biológicos que les impiden comportarse de acuerdo con sus deseos más profundos. Si en algunas formas más ligeras es suficiente una terapia psicofarmacológica, en otras la cirugía aparece como la única alternativa para adecuar el cuerpo a su identidad sexual psicológica y conseguir una serenidad y equilibrio mayor. El transexual está convencido de ser un verdadero error de la naturaleza, que desea superar a toda costa, dentro de sus posibilidades limitadas. La técnica ha hecho posible la creación de vaginas o penes artificiales que suplen, de alguna manera, la ablación de los órganos masculinos o femeninos.

El *rechazo* del propio sexo no es identificable con la anomalía anterior. Aquí la persona es consciente de su identidad sexual y se reconoce como es, aunque querría y le hubiera gustado pertenecer al sexo diferente. De la misma manera que en el *travestismo* el sujeto desea utilizar la ropa que no le corresponde, sin que esto suponga tampoco, al menos en todos los casos, una verdadera disfunción. Podría tener otras raíces más profundas, como un mecanismo de defensa contra la angustia de la castración<sup>10</sup>, o ser signo de una transexualidad; pero de ordinario, sobre todo en ciertos ambientes, se ha convertido en una forma de ganar dinero, que no está exenta de originalidad o de un cierto amaneramiento. Finalmente la *homosexualidad*, de la que no hablaremos ahora, es la inclinación

erótica hacia el propio sexo, sin que exista tampoco un rechazo de la propia identidad. La apertura heterófila no se ha desarrollado en este caso y el individuo no busca en ella su propia complementariedad.

### **HACIA UNA VALORACIÓN ÉTICA: EL IDEAL DE TODA TERAPIA**

Hemos visto, pues, cómo pueden darse ciertos desajustes en los diferentes niveles del proceso evolutivo. La normalidad supone una adecuación para que todo se desarrolle en coherencia con el destino primero, escrito ya en los cromosomas sexuales. ¿Cómo valorar, entonces, las intervenciones que buscan corregir las anomalías disfuncionales que hemos apuntado?

Todos están de acuerdo en la licitud de aquellas ayudas psicológicas, farmacológicas y hasta quirúrgicas, si fuera necesario, que configuren a la persona en función de su sexo genético. Las diversas técnicas, del tipo que sean, tendrían un marcado carácter terapéutico, para evitar el disformismo que podría causar problemas biológicos y psicológicos más o menos acentuados. El sentido común y las circunstancias de cada persona determinarán qué medio parece el más adecuado para no comenzar con aquellos que resulten los más agresivos. La meta ideal de toda terapia debería estar orientada hacia una armonía, lo más completa posible, con la constitución primera.

Es más, si la configuración externa está lo suficientemente definida y el sexo psicológico ha sido educado de acuerdo con ella, sin que haya existido ninguna otra duda o problemática, sería lícito insistir en el fenotipo aceptado, en la hipótesis de alguna ambigüedad, aunque se descubriera que el sexo cromosómico o ganódico es diferente. La adecuación sería demasiado traumática en todos los órdenes, si ahora se pretendiera un cambio tan radical, sobre todo si la situación era desconocida por la persona. Algunos casos de este tipo se han descubierto incluso después del matrimonio, cuando la pareja pretendía descubrir las razones de su esterilidad. Evitar otros conflictos mayores justificaría mantener una situación anómala, que no ha provocado especiales problemas<sup>11</sup>.

Lo mismo que la terapia psicológica es la única eficaz, como camino para la reconciliación, cuando se trata de personas que no aceptan el destino impuesto por la naturaleza, o de transvestistas, cuyo comportamiento no se fundamenta en razones económicas o sea indicio de una cierta transexualidad. Las mayores dificultades se dan, precisamente, en este último caso, sobre el que vamos ahora a detenernos.

### **LA TRANSEXUALIDAD: UNA DOBLE EXPLICACIÓN ETIOLÓGICA**

Todavía quedan muchas lagunas e incertidumbres para justificar esa desarmonía existente entre el cuerpo y la psicología. Dos explicaciones fundamentales se dan. Para unos los factores hormonales y biológicos son los más importantes, aunque se desconozca el momento preciso de esos errores cruciales, antes o después del nacimiento. Hay algunos hechos significativos que avalan esta opinión. En los gemelos monogóticos la proporción de transexuales alcanza el 50 %, mientras que en los dicigóticos, sólo el 8,3 %<sup>12</sup>. Hay pruebas de que sujetos que habían sido educados y habían vivido como mujeres modificaron su identidad, mediante un tratamiento

de testosterona, y el sexo biológico termina por predominar sobre el psicológico y educativo<sup>13</sup>. También se ha constatado la ausencia del antígeno HY —proteína específica necesaria para el sexo gonádico testicular— en los transexuales masculinos, mientras que se ha descubierto presente en las mujeres transexuales<sup>14</sup>.

Otros, sin embargo, insisten más en la importancia de los factores psicológicos y ambientales<sup>15</sup>. Algunas experiencias parecen confirmar también esta nueva hipótesis. Hermafroditas análogos desde un punto de vista cromosómico y gonádico han desarrollado con posterioridad el sexo psicológico —masculino o femenino— en el que habían sido educados. La influencia de estos elementos culturales aparece clara en el caso de un gemelo que, como consecuencia de una penectomía, durante los primeros meses —producto de un error en el momento de la circuncisión—, fue quirúrgicamente configurado y recibió una educación como mujer, mientras que su hermano continuó con su identidad masculina. Al cabo de muchos años, la diferencia psicológica de ambos se mantiene, producto de las influencias externas recibidas<sup>16</sup>.

### **EL RECURSO A LA CIRUGÍA: CRITERIO BÁSICO DE LA IDENTIDAD SEXUAL**

Cualquiera que sea su explicación, la realidad es que algunos individuos, a los que no se les puede considerar como viciosos o perversos sexuales, sufren un desajuste profundo que les provoca un fuerte malestar. Es verdad que el fenómeno no se manifiesta, a veces, de forma superficial y sin raíces más hondas. En estas situaciones, un cierto tratamiento psicológico e, incluso, algunas ayudas farmacológicas son suficientes para resolver un problema que no reviste mayor trascendencia. Pero, en otras, el recurso a la cirugía se presenta también como la única alternativa válida o complementaria a otros tratamientos. ¿Qué pensar sobre este cambio o adecuación del sexo?

El problema de fondo radica, como veremos, en aceptar qué elemento de esta disfunción —lo biológico o lo psicológico— constituye la base y el criterio primario de la identidad sexual en la persona. De acuerdo con la doble explicación anterior, que acabamos de exponer, la solución ética va a ser también diversa.

### **LA ILICITUD DE UNA INTERVENCIÓN: PRIMACÍA DE LOS DATOS BIOLÓGICOS**

Para los primeros, la biología ha de constituir el presupuesto fundamental de las intervenciones posteriores. En ella se descubre el destino dado por la naturaleza que nos conduce a vivir como hombres o como mujeres. Es un dato de tal importancia que siempre se habrá de respetar. Si la psicología, en algún caso, no se ajusta a esta realidad básica, la terapia no puede consistir en sacrificarla a las exigencias de aquella, sino en conformar la tendencia psicológica a la constitución irrenunciable del propio organismo biológico. La identidad somática, que no se reduce exclusivamente al fenotipo, ha de prevalecer como norma primera, al margen de las ambigüedades sexuales que podrían darse en algunos casos de hermafroditismo o pseudohermafroditismo, de los que acabamos de hablar poco antes.

Una cirugía, para transformar el cuerpo en función del deseo psicológico, será siempre inaceptable, pues se trata de una mutilación que no tiene nada de terapéutica, ya que se extirpan unos órganos sanos y en condiciones para suplirlos con otros completamente artificiales, incapaces de cumplir con su función específica. Por otra parte, tampoco resulta eficaz para la superación del conflicto, pues por muy perfecta que sea la operación, el aparente cambio de sexo sigue siendo frustrante. La disociación anterior entre el soma y la psique, se cambia ahora por un nuevo contraste entre los elementos artificiales externos y su propia constitución sexual. La experiencia de algunos Centros ha hecho rebajar las ilusiones que se habían creado en un principio, como la solución más eficaz y adecuada.

Por tanto, no queda otro camino que la terapia psicológica. Y aun en la hipótesis de que semejante tentativa no resulte válida, se trata de una situación llevadera, que puede hacerse soportable con un poco de esfuerzo y ayuda. Si la simple inclinación a comportarse contra las exigencias de la propia biología se permitiera, habría también que aprobar otras conductas, impulsadas por querencias psicológicas, que no responden al ideal de una sexualidad adulta y equilibrada. La masculinidad o feminidad no son simples dinamismos psíquicos, sino que encuentran su explicación en el ámbito de la corporalidad, como substrato inalienable, que nadie tiene derecho a modificar. La libertad y el dominio de la persona, están en este caso, limitados por el respeto y la fidelidad al hecho de haber nacido hombre o mujer<sup>17</sup>.

### **TOLERANCIA DE UNA ADECUACIÓN: IMPORTANCIA DE LA PSICOLOGÍA**

La otra opinión que aboga por su licitud parte desde una perspectiva diferente. La importancia de la identidad sexual, en el caso de una disociación, se atribuye mucho más a la psicología que a los datos biológicos. Es evidente que, cuando esta anomalía fuera reducible con cualquier otro tipo de terapia, no habría que acudir a otros remedios más enérgicos y agresivos. Pero con mucha frecuencia, la persona que se siente extraña y prisionera de un sexo que no responde a su psicología, vivirá siempre, si se trata de un transexualismo auténtico y profundo, en un conflicto permanente e irreversible, como algunos afirman. La presencia de unos órganos que contradicen su identidad psicológica es la causa de esta grave molestia que le incapacita para un comportamiento social adecuado. Sus aspiraciones y sentimientos más íntimos chocan contra una biología, que le impone una conducta para la que se vivencia radicalmente incapacitada y le impide actuar de acuerdo con sus inclinaciones más profundas, que para ella constituyen su verdadera personalidad.

La búsqueda de una armonía es lícita y deseable. Ahora bien, cuando la tendencia psíquica se constata irreversible y definitiva, la única alternativa existente es acomodar su morfología, en la medida de lo posible, a su identidad psicológica. Esta dimensión parece más importante y prioritaria que los mismos presupuestos biológicos, capaces de sufrir una aparente adecuación, que se hace inviable en el otro nivel de su personalidad. Es cierto que se da una mutilación de órganos sanos, pero que estaría justificada por el principio de totalidad, como una acción necesaria para superar la angustia y la tragedia de quien se siente patológico por la presencia de algo que le destruye por dentro. Aunque no pueda darse un auténtico

cambio de sexo, se busca la curación de un drama personal, a través de unas transformaciones aparentes y artificiales, pero que revisten una importancia y significación que, en ocasiones, llegan a ser decisivas.

Si en los casos de una cierta ambigüedad, todos aceptan una tratamiento concorde con la identidad en que la persona ha sido educada, aunque el sexo gonádico sea distinto y existan manifestaciones del contrario, no se ve por qué la intervención quirúrgica se hace inadmisibles, cuando el desajuste alcanza sólo los niveles psicológicos. El respeto y la fidelidad hay que mantenerla también a los datos de la psicología, sin que la intervención sobre el propio cuerpo deba quedar orientada exclusivamente por los elementos biológicos<sup>18</sup>.

### **UNA CONDICIÓN NECESARIA: EL ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO DE CADA CASO**

Tal vez los estudios y experiencias para valorar las posibilidades e inconvenientes de las diversas terapias no hayan alcanzado aún una amplitud suficiente para deducir una conclusión definitiva. Cada opinión insiste en los aspectos negativos de la contraria, mientras refuerza los que le convienen. Pero, en el fondo, el problema que subyace, como antes decía, es aceptar qué dimensión es la más importante para la identidad sexual: los datos ofrecidos por la naturaleza biológica o los que están presentes en la psicología del ser humano.

Por eso, cuando la decisión sea tomada después de una valoración diagnóstica y estructural de la personalidad del paciente, en la que la adecuación quirúrgica del sexo aparezca como la única viable y eficaz, no me atrevería a negar su licitud ética. El simple deseo por cambiar la morfología corporal, que no esté fundamentado en un análisis serio y científico, sería insuficiente para su tolerancia moral. Se trata de una opción extrema para situaciones irreversibles, que podrían encontrar por aquí la solución, aunque no fuera completa, a un problema dramático.

### **EL MATRIMONIO DE LOS TRANSEXUALES: DIFERENTES SITUACIONES**

Otro problema diferente sería el posible matrimonio de estas personas. El nuevo Derecho Canónico no trata para nada del tema, probablemente por la disparidad de criterios éticos y científicos que existen en la actualidad. De acuerdo con sus orientaciones generales, no parece válido al matrimonio celebrado por un auténtico transexual para cumplir, dentro de la pareja, con unas funciones que su psicología rechaza de manera absoluta. La legislación actual admite como incapaces para contraerlo a «quienes no pueden asumir las obligaciones esenciales del matrimonio por causa de naturaleza psíquica»<sup>19</sup>. La repugnancia a vivir conforme a sus manifestaciones corporales le impide asumir las obligaciones de una convivencia conyugal, aunque exista la posibilidad de tener hijos.

Cuando el rechazo del sexo somático se detectara después del matrimonio, habría que analizar si, con anterioridad al compromiso, estaban ya presentes las raíces de esta anomalía, como parece más lógico, que no se había manifestado con toda su fuerza y dramatismo. La nulidad del compromiso sería también admitida, en esta hipótesis, sin ninguna dificultad.

En los casos de ambigüedad física, cuando se trata de correcciones o disonancias accidentales, que no afectan al disformismo somato-psicológico, nadie pone obstáculo a su celebración, siempre que los cónyuges estén capacitados para el ejercicio de la vida conyugal, aunque resulte estéril e infecunda.

La mayoría, no obstante, niegan la validez del matrimonio cuando los órganos sexuales han sido artificialmente contruidos, en oposición al sexo gonádico, ya que lo juzgan como una unión donde no existe una verdadera heterosexualidad. Los órganos postizos, sobre todo si se trata de una configuración masculina, imposibilitan la relación conyugal propia de los cónyuges. Algunos, sin embargo, juzgan prematuro pronunciarse, cuando el cambio se realiza para crear unas apariencias femeninas. Aun los que aceptan la licitud de estas operaciones no se atreven a permitir el posterior matrimonio. El que algunas legislaciones civiles lo autoricen no constituye ningún argumento para su tolerancia moral.

## BIBLIOGRAFÍA

- Uno de los autores que estudió más a fondo estos temas fue G. MARAÑÓN, *Los estados intersexuales en la especie humana*. Morata, Madrid, 1929.
- ALLER, V.: *Aspectos genéticos de la sexualidad humana*: Verdad y Vida, 42 (1984), 169-184.
- La diferenciación testicular se forma entre los 45-60 primeros días, mientras que el ovario en la mujer tarda algún tiempo más. Cf. SERRA, A.: *Sulle componente biologiche della sessualità*. Civiltà Cattolica, 139/2 (1988), 425-439.
- DE MARINIS, L., BARBARINO, A. y SERRA, A.: *Biologia de la differenziazione sessuale*: Medicina e Morale, 34 (1984), 155-165.
- LÓPEZ AZPITARTE, E.: *Erotismo y pornografía: Hacia una clarificación de conceptos*: Proyección, 38 (1991).
- Un buen resumen de éstas y otras anomalías en la evolución sexual en: LLOYD, CH. W.: *Reproducción humana y conducta sexual*. Editorial Jims, Barcelona, 1966, 131, 175. Algunos han querido ver en el cariotipo XYY, presente en ciertos criminales, una base genética para el asesinato y otras conductas sexuales patológicas, aunque semejante teoría no esté admitida por otros.
- Se estima que esta anomalía se da en uno de cada 40.000 niños, mientras que en la mujer es aún más pequeña: una por cada 400.000. Tomado de ALLER, V. a. c. (n.º 2), 178-179, donde puede verse también la explicación etiológica, compleja y heterogénea, de estas anomalías.
- Uno de los primeros que estudió el tema, de forma más completa y actualizada, fue BENJAMIN, H.: *The Transsexual Phenomenon*. Julian Press. New York, 1966. Cf. también, STOLLER, R.: *Recherche sur l'identité sexuelle*. Gallimard, Paris, 1979. CASTAGNET, F.: *Sexe de l'âme et sexe du corps*. Le Centurion, Paris, 1981. PERICO, G.: *Il fenomeno della transsexualità. Rilievi clinici, giuridici e morali*. Aggiornamenti Sociali, 32 (1981), 753-764. SPISANTI, S.: *Problemi antropologico-morali dell'identità sessuale*. Medicina e Morale, 32 (1982), 225-237. MILLOT, C.: *Horsexe: Essai sur le transsexualisme*. Point, Paris, 1983.
- Las estadísticas señalan que se da un caso entre 30.000 hombres, mientras que en las mujeres la proporción es de 1 por cada 400.000.
- CHAZAUD, J.: *Las perversiones sexuales*. Herder, Barcelona, 1976, 87-90.
- Así lo aceptan, entre otros, SGRECCIA, E.: *Aspetti morali del transsexualismo*. Medicina e Morale, 34 (1984), 181-205.
- ROSENTHAL, D.: *Genetic Theory and Anormal Behavior*. McGraw/Hill, New York, citado por DE MARINIS, L., a. c. (n.º 4), 163.
- BARBARINO, A. y DE MARINIS, L.: *Ruolo degli ormoni gonadici sulla sessualizzazione cerebrale*. Medicina e Morale, 35 (1985), 724-729.
- BOSCIA, F. M., TODARELLO, O. y MATARRESE, F.: *Il transsexualismo: aspetti etici clinici e terapeutici*. Medicina e Morale, 35 (1985), 746-765.
- MARCHETTI, M.: *Aspetti psichiatrici e psicologici del transsexualismo*. Medicina e Morale, 34 (1984), 172-180. ZUANAZZI, G.: *Aspetti psicopatologici del transsexualismo*. Medicina e Morale, 35 (1985), 730-745.
- Una crítica de esta teoría en BARBARINO, A., a. c. (n.º 13).
- Cf. SGRECCIA, E., a. c. (n.º 11). CAFFARRA, C.: *Il transsexualismo: aspetti etici*. Medicina e Morale, 35 (1985), 717-723. COZZOLI, M.: *Il problema etico del transsexualismo*. Medicina e Morale, 36 (1986), 806-813.
- Son favorables a estas intervenciones, MONEY, J. y EHRAHRDT, A. A.: *Uomo, donna, ragazzo, ragazza*. Rusconi, Milano, 1976. CASTAGNET, o. c. (n.º 8). PERICO, G., a. c. (n.º 8), SPISANTI, S., a. c. (n.º 8). BOSCIA, F. M., a. c. (n.º 14). THEVENOT, X.: *Pautas éticas para un mundo nuevo*. Verbo Divino, Estella, 1988, 130-136.
- Canon 1095, 3.º. Cf. GIL DE LAS HERAS, F.: *Valoración de los trastornos de la sexualidad en la jurisprudencia sobre el matrimonio*. Ius Canonicum, 23 (1983), 109-132.

## Revista SELARE

- Al servicio de los Agentes de Pastoral de la Salud.
- Publicación trimestral de los Hermanos de San Juan de Dios, destinada a compartir experiencias, inquietudes y comentarios con los agentes de Pastoral de la Salud a nivel de América Latina.

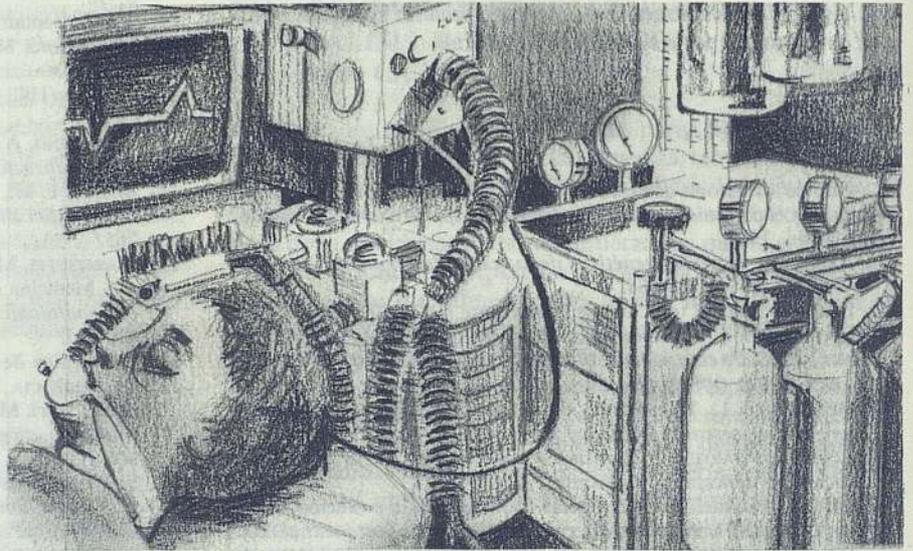
Dirección: Carrera 8.ª N.º 17-45 SUR. Apartado 40097. BOGOTÁ, D. E. (Colombia)

# 9. MATERIAL PARA LA REFLEXIÓN ÉTICA

*Con este título acogemos tres documentos que consideramos de interés tanto por la entidad de sus autores como por la importancia de los temas en ellos abordados.*

*Son documentos que nos ayudan a situarnos ante algunos planteamientos éticos que cada vez nos resultan más cercanos, especialmente alguno de ellos.*

*Acoger y valorar su contenido resulta necesario para disponer de los datos que hoy en día nos ofrece la ciencia y que condiciona y determina de una forma determinada el discernimiento ético consecuente.*



## 9.1 CONSIDERACIONES MÉDICO-LEGALES SOBRE EL INICIO Y TERMINACIÓN DE LA REANIMACIÓN EN CANADÁ\*

*Joan M. Gilmour, LL B, JSM  
Paul J. Rosenberg, MD, FRCP\*\**

*Los aspectos médico-legales de la reanimación cardiopulmonar y de las terapias de urgencia cardíacas fueron tratados en la National Conference on Cardiopulmonary Resuscitation el año 1985 en los Estados Unidos. El presente trabajo estudia los mismos aspectos en el marco canadiense. A pesar de que en Canadá hay poca legislación o precedentes legales para orientar la toma de decisiones a los profesionales que se dedi-*

*can a la reanimación cardiopulmonar, en general existe un riesgo reducido de incurrir en responsabilidad legal siempre que se preste una atención competente al enfermo. Ahora bien, en los casos de pacientes inconscientes o incapacitados para dar un consentimiento informado hay que tener especial cuidado en las decisiones que comportan abstención de tratamiento o interrupción de la reanimación salvo en los casos de muerte cerebral y demostrarse que no hay respuesta cardiovascular. De todas maneras puede justificarse la decisión de no reanimar o interrumpir el tratamiento en pacientes que teniendo capacidad de decidir lo hayan solicitado y en los casos en que existan razones válidas desde la perspectiva médica y jurídica.*

La mayoría de dificultades legales que concurren en la reanimación cardiopulmonar y la atención cardíaca de urgencia surgen dentro del contexto de decisiones que están relaciona-

\* CMAJ 1989; 140: 279-88.

\*\* Ms. Gilmour es abogado de Ontario y candidato al doctorado en leyes en la Stanford University, Stanford, California, y el Dr. Rosenberg es médico de urgencias en Victoria.

das al inicio y la terminación de la reanimación. El conocimiento médico y la tecnología evolucionan con tanta celeridad, que frecuentemente la ley sigue con retraso los desarrollos tecnológicos; los tribunales o la legislación de Canadá nunca han considerado estos casos. En esta área, los canadienses han sido menos beligerantes que los americanos; como resultado la ley de Canadá es, en muchos aspectos, mucho más incierta que la de los Estados Unidos. Por consiguiente, no tenemos respuestas definitivas a muchas preguntas. En estos casos, repasamos las áreas relevantes o análogas de la ley junto con la línea seguida por los argumentos legales y sugerimos el enfoque que probablemente seguirán los tribunales canadienses.

La mayoría de los procesos ante los tribunales contra los profesionales de la salud se deben a pleitos en los que alguien acusa a un profesional de la salud, de un agravio o *tort* (indemnizable en derecho civil) —incumplimiento de un deber protegido por la ley (distinto de incumplimiento de contrato). El incumplimiento ha de causar un detrimento por el que puede haber compensación, obligando al malhechor a pagar. Raramente se somete a los profesionales de la salud a procesos por delitos penales relacionados con su trabajo.

Estos agravios civiles (*torts*) abarcan actos intencionales y no intencionales. En el contexto intencional médico, los agravios civiles incluyen *battery* (tocar intencionalmente a otro sin su consentimiento), asalto (imponer intencionalmente en otro el temor de *battery*), y encarcelamiento ilegal (impedimento ilegal o detención de una persona<sup>1</sup>). La negligencia constituye un agravio civil (*tort*) no intencional —la omisión de algo que una persona razonable haría, según las consideraciones que ordinariamente rigen los asuntos humanos, o la comisión de algo que una persona razonable y prudente no haría<sup>2</sup>. Se considera al médico como persona razonable y prudente con una formación especial y a la que se supone que está a la altura de la misma. El especialista ha de tener mayor formación y pericia que los médicos generalistas dando la talla exigible a los especialistas competentes.

No todo error en el juicio u opción incorrecta de tratamiento constituye una negligencia. Para ello debe darse una falta en la calidad de atención por debajo del estándar que razonablemente se puede esperar. El estándar es objetivable y se define ante el tribunal, en primer lugar, por el testimonio de los expertos. Con referencia a la reanimación cardiopulmonar y terapias cardíacas de urgencia la responsabilidad legal puede estar basada tanto en la calidad de la atención prestada como en la decisión de prestar o no un tratamiento y de interrumpirlo.

## RIESGOS DE LA RESPONSABILIDAD LEGAL EN LA QUE SE PUEDE INCURRIR CON LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

### Leyes del Buen Samaritano

Las leyes del *Buen Samaritano*, que protegen a los profesionales y no profesionales de la salud de toda responsabilidad legal, cuando ejecutan de modo voluntario trabajos urgentes de ayuda médica, han sido promulgadas solamente en Newfoundland<sup>3</sup>, Saskatchewan<sup>4</sup>, Alberta<sup>5</sup> y British Columbia<sup>6</sup>. Las responsabilidades en que incurren los que prestan sus servicios en urgencias, gratuitamente o como parte de su trabajo, están regidas por la ley común en todas las provincias, excepto en la de Quebec, donde están en vigor el código

civil de la provincia<sup>7</sup> y el *Charter of Human Rights and Freedoms*<sup>8</sup>.

Las disposiciones del Buen Samaritano no otorgan inmunidad absoluta en un proceso civil. Protegen solamente a ciertas clases de personas contra responsabilidad civil por daños causados o por la muerte de la persona a la que prestan su ayuda, a no ser que la persona que confiere los servicios médicos de urgencia o la primera ayuda fuera *burdamente negligente*. (Este término no está definido, pero sugiere alguna acción muy inferior al razonable estándar de cuidado). Estas disposiciones no se aplican a todos los que prestan ayuda como parte de su trabajo o a los que esperan una recompensa o premio. Además, tampoco se aplican a médicos o a personal sanitario (y en Alberta a los miembros de otras disciplinas dedicadas al cuidado de la salud) que trabajan en un hospital o en otras facilidades médicas que tengan equipos adecuados. Para poder reclamar la protección de la disposición estatal, cualquier otra persona debe administrar los primeros auxilios de urgencia sobre el terreno. Por consiguiente, esta clase de legislación se dirige primariamente al auténtico voluntario que presta ayuda médica de urgencia en el lugar del suceso.

Aunque estas disposiciones no se refieren específicamente a la reanimación cardiopulmonar, ciertamente la incluyen en sus referencias a la *asistencia médica de urgencia* y a *primeros auxilios*. Las leyes provinciales del Buen Samaritano no ofrecen inmunidad específica de responsabilidad por negligencia a los que enseñan cómo efectuar la reanimación cardiopulmonar o a organizaciones que financian esta enseñanza. Sin embargo, no conocemos ningún caso de proceso judicial por negligencia incoado contra estas personas u organizaciones que haya terminado con éxito.

### La ley común

La ley común no impone ninguna obligación a los que se dedican al cuidado de la salud ni a los demás de proporcionar asistencia médica de urgencia a no ser que exista una relación especial<sup>9</sup>: como la del médico que trata a pacientes en su despacho o en el departamento de urgencias<sup>10</sup>, la enfermera encargada de la sala de pacientes, el ayudante de ambulancia al que se ordena hacerse cargo de una víctima de un accidente. Estas personas tienen obligación legal de actuar y con un estándar razonable de atención. Las obligaciones establecidas por disposiciones pueden aplicárseles también<sup>11</sup>. El enfoque de la tradición legal en este respecto ha sufrido una alteración en la legislación de Quebec que asegura a todos aquellos cuya vida corre peligro el derecho de ser asistidos e impone la obligación a toda persona de prestar su ayuda, a no ser que su cumplimiento comporte un gran peligro para sí misma o para un tercero, o exista una razón válida para dejar de obrar<sup>8</sup>.

El código de ética de la Canadian Medical Association<sup>12</sup> suspende el derecho a rehusar el cuidado de un paciente en caso de necesidad urgente de asistencia médica. Aunque el código no tiene fuerza de ley en todas las provincias, puede, con todo, indicar el estándar al que recurrirán como ejemplo todos los tribunales al juzgar la conducta de un médico.

### La reanimación cardiopulmonar administrada por profanos

Aunque sobre este punto hay poca autoridad canadiense, parece que una vez los ayudantes voluntarios hayan comen-

zado a practicar la reanimación cardiopulmonar no podrán ser considerados responsables civilmente si sus esfuerzos no han empeorado la situación de la persona a la que han prestado su auxilio<sup>13</sup>. En casos de necesidad el Código Penal exime a éstos del requerimiento general de emplear un conocimiento razonable, pericia y atención al administrar tratamiento médico<sup>14</sup>. En la mayoría de disposiciones provinciales la asistencia médica de urgencia no está incluida en la definición de la práctica de medicina; así, ni los profanos ni los médicos de fuera de la provincia deben estar preocupados por alegaciones de ejercer esta práctica sin autoridad<sup>15</sup>. En general, el limitado comentario judicial canadiense indica que nuestros tribunales se muestran poco inclinados a imponer responsabilidad a los ayudantes voluntarios<sup>11</sup>.

Se puede esperar de los tribunales que sean conscientes de los resultados adversos que se seguirían si exigieran a los ayudantes voluntarios un estándar demasiado alto o demasiado exacto; las normas de proceder públicas y el interés público deben favorecer y animar a los ayudantes en potencia a que actúen disminuyendo su riesgo de responsabilidad legal.

### Responsabilidades de los dedicados al cuidado de la salud y hospitales

Se espera de los que se dedican al cuidado de la salud formados en reanimación cardiopulmonar que lleguen a cierto estándar de cuidado en el desempeño de sus funciones. Se aplican los principios en uso de la ley civil (*tort*) y los elementos que constituyen la negligencia. Así, si aquéllos cometen fallos en la práctica aceptada al administrar el soporte básico vital o el soporte más especializado podrán ser responsables por daños y perjuicios<sup>16</sup>. Esto reforzaría la exigencia de tener actualizados los conocimientos y la práctica propia de la especialidad.

Los hospitales pueden ser declarados indirectamente responsables por los actos de omisión de su personal, aunque generalmente no por la negligencia de médicos independientes<sup>17, 18</sup>. Por ejemplo, un fallo en la supervisión y observación adecuada de la condición del paciente durante la intervención quirúrgica o en los cuidados postoperatorios cuando ocurre un paro cardíaco, cuyo riesgo es bien conocido, ha resultado en responsabilidad legal para el personal de enfermería y para el hospital<sup>19, 20</sup>. Los hospitales también son directamente responsables por su negligencia —por ejemplo: descuido en asegurarse de que se posee todo cuanto se necesita para el cuidado del paciente, o en la selección del personal competente. Los hospitales deberían estar provistos de todo cuanto se precisa para un adecuado tratamiento, en términos de personal formado, observación y supervisión del paciente así como de fármacos pertinentes, facilidades y material de equipo médico. Esto es importante particularmente en aquellas áreas donde se puede esperar razonablemente que ocurra un paro cardíaco.

### TOMA DE DECISIONES

Los problemas médicos de mayor dificultad se originan en lo que se refiere a decisiones de suministrar o no tratamiento, o de interrumpirlo. El proceso de la toma de decisiones se ha hecho aún mucho más complejo porque los médicos deben, con mayor frecuencia que antes, sopesar su formación y la motivación de proteger y prolongar la vida frente al derecho del

paciente a la autodeterminación y que a veces entra en conflicto con lo que el médico percibe como su deber. Este proceso es ahora mucho más difícil a causa de la gran evolución de la tecnología médica que permite la conservación de la vida, por largos períodos de tiempo, ya sea a un nivel vegetativo o con gran sufrimiento.

Cuando es apropiado, la consideración de la calidad de vida debe ser tenida como legítima. El código de ética de la Asociación Médica Canadiense reconoce que un paciente competente tiene derecho a aceptar o rehusar el tratamiento y que la terapia más agresiva puede no siempre estar de acuerdo con los mejores intereses del paciente. También declara que cuando la muerte parece inevitable, un médico ético permitirá que aquélla ocurra con dignidad y comodidad<sup>12</sup>, y, más aún, que si bien un médico puede conservar la vida biológica después de haber ocurrido muerte clínica de la mente no es necesario que prolongue la vida por medios fuera de lo normal y heroicos<sup>12</sup>. La Asociación Médica del Canadá<sup>21</sup> también tomó la resolución de que éticamente compete a los médicos escribir una orden de *no se reanime* (DNR) en la hoja de observaciones del paciente moribundo *en circunstancias convenientes*.

### Obligación de proveer la Reanimación Cardiopulmonar

Cuando se da una relación médico-paciente, el médico está obligado a iniciar la reanimación cardiopulmonar si es oportuna y no está en vigor la orden de *no se reanime*. En el departamento de urgencias de un hospital, esto puede significar un paso sin importancia en la dirección del cuidado del paciente, o en el reconocimiento de esta relación con sus obligaciones concomitantes<sup>22</sup>. De manera semejante las enfermeras y el personal paramédico de guardia están obligados a comenzar la reanimación cuando esté indicado. Se debería realizar la reanimación si existe la posibilidad de que el cerebro sea viable y no haya ninguna razón médica legal o reconocida por la ley para no hacerla. Esta última salvedad reconoce que un paciente competente puede rehusar la reanimación o que la reanimación puede no estar indicada si no proporcióna un bien.

### Razones para no realizar la reanimación

**Muerte:** La reanimación puede ser denegada por el personal sanitario no médico si la víctima está obviamente muerta; sin embargo, una sospecha de que la víctima está muerta no constituye razón suficiente para que un sanitario no médico deje de proporcionar la reanimación<sup>23</sup>. No hay ningún precedente de supervivencia, por ejemplo, después de decapitación, rigor mortis, descomposición de tejidos y extrema lividez subsiguiente<sup>11</sup>. En estas circunstancias, o si la muerte ya ha sido certificada por un médico, no es necesario dar comienzo a la reanimación<sup>23</sup>. La seguridad del que prestó auxilio puede también ser tenida en cuenta en la decisión de no empezar la reanimación cardiopulmonar<sup>24</sup>.

**«Muerto al ingresar»:** La American Heart Association<sup>25</sup> afirma que «la designación de *muerto al ingreso* es en gran parte un anacronismo y una invitación a sanciones legales y médicas». Según su punto de vista el criterio de muerte —el cese irreversible de funciones circulatorias, respiratorias y cerebrales— requiere un test de la capacidad cardiovascular de

reacción por medio de intentos de reanimación, a no ser que la muerte sea obvia.

Sin embargo, en Canadá, a algunas de las víctimas de paro cardíaco se les diagnostica de *muerto al ingresar*, tan pronto como llegan al hospital. Se consideran otros factores distintos a la falta de respuesta cardiovascular o muerte cerebral: la enfermedad de la víctima, crónica o terminal, la probabilidad remota de supervivencia sin una severa lesión neurológica y los deseos de la familia. Estos factores están de acuerdo con el fin propuesto en la reanimación cardiopulmonar: «la prevención de una súbita, inesperada muerte...» «la reanimación no está indicada en ciertas situaciones como en casos de enfermedad terminal irreversible en los que la muerte no es inesperada»<sup>23-26</sup>.

Los tribunales no han censurado ni prohibido esta práctica en Canadá. Si se emplean factores distintos a la falta de respuesta cardiovascular para designar un muerto al ingreso, debe ponerse gran atención en la determinación del estado de salud de la víctima antes del suceso, la probabilidad de supervivencia y los verdaderos deseos de la familia. Sin embargo, cuando la reanimación esté indicada, su inicio no debería retrasarse.

Cuando hay duda, se debe presumir que la reanimación cardiopulmonar está indicada. En tal ocasión se puede tratar del resultado como un problema secundario. Hasta el momento, una decisión de un tribunal de los Estados Unidos sugirió que las obligaciones y responsabilidades del personal médico varían entre el momento inmediato que sigue a un paro cardíaco (el verdadero estadio de *urgencia*) y el estadio potencialmente más prolongado de sostener la vida<sup>27</sup>. Presumiblemente, en el estadio inicial, los profesionales de la salud pueden estar obligados a probar enfoques más agresivos para salvar o prolongar la vida; las reflexiones sobre la calidad de vida pueden entrar en el primer tratamiento y las opciones sobre el cuidado pueden con más propiedad entrar en el segundo. No hay decisiones canadienses sobre este punto.

**Lesión cerebral irreversible:** Otra razón para no iniciar la reanimación cardiopulmonar es la conclusión a la que se llega después de un examen realizado en el momento en el que se precisa tomar la decisión<sup>23</sup>, en el que se constata que hay lesión cerebral irreversible. Por desgracia, no hay un método clínico para la predicción con rapidez y garantía de si un superviviente sufrirá una lesión cerebral. La ausencia de respuesta pupilar a la luz no es un criterio; el uso de drogas, ciertas enfermedades y la cirugía pueden producir esta falta de reacción pupilar, y pupilas que al principio no reaccionan pueden reaccionar después de la reanimación. El hallazgo de algunos signos en el fondo del ojo (indicando la interrupción de la corriente venosa) depende de la credibilidad del observador y no se recomienda como indicador del cese de la perfusión cerebral. El tiempo que se necesita para estas comprobaciones aumenta la anoxia y la probabilidad de lesión cerebral permanente. Ya que la supervivencia sin lesión neurológica está relacionada con la prontitud con que se inicia la reanimación<sup>28</sup>, se estima, en ciertas ocasiones, la posible duración del colapso para poder predecir la probabilidad de lesión cerebral. Sin embargo, estos cálculos son inexactos y sólo sirven para retrasar más el tratamiento.

La sospecha de lesión cerebral irreversible no debería servir de base para denegar el inicio de la reanimación. La evaluación del estado neurológico debería retrasarse hasta que se determine la respuesta cardiovascular.

**Rechazo por parte de un paciente competente:** Un motivo importante en la consideración de la determinación de si se debería iniciar la reanimación es la renuncia a este tratamiento, hecha con anterioridad por un paciente competente. Esta negativa constituye una obligación que en la mayoría de las circunstancias debe obedecer al médico. De la misma manera que la conformidad con el tratamiento debe comunicarse, así también su renuncia. Los prerequisites para el consentimiento informado o su rechazo son los siguientes:

- El paciente debe tener capacidad de raciocinio y formar juicios (es decir, es competente).
- La decisión del paciente es voluntaria y sin coerción.
- El paciente comprende con claridad su condición y pronóstico, así como los riesgos y los beneficios que siguen al no tratamiento y a tratamientos alternativos.

Los médicos deberían ser particularmente sensibles sobre la necesidad de cerciorarse de que la negativa a someterse al tratamiento ha sido dada libremente por un paciente competente, especialmente cuando la condición del mismo no es terminal y la muerte del paciente por otras causas no es inminente pero el riesgo de un paro cardíaco es real.

No es del todo claro que una persona tenga siempre el derecho legal de negarse a someterse a la reanimación o a cualquier otro tratamiento para salvar o prolongar la vida. Y aunque el respeto por la integridad y autonomía de la persona está sólidamente cimentado en la ley común, y aunque nuestros tribunales han reiterado con frecuencia que «todo ser humano, adulto y con la mente sana tiene el derecho de determinar lo que ha de hacerse con su propio cuerpo»<sup>29-31</sup>, los tribunales no siempre han aplicado este principio cuando se trata de apoyar la opción de renunciar a un tratamiento médico para prolongar la vida. En ocasiones otros intereses o derechos han tenido más peso que el derecho de la persona a rehusar un tratamiento para salvar la vida o para su cuidado —por ejemplo, se ha ordenado el administrar tratamiento porque la paciente estaba encinta o dejaba hijos sin sustento, o porque el estado tiene interés en salvaguardar la vida y una obligación a ello<sup>32-34</sup>. Sin embargo, rara vez los tribunales han dictado sentencia contraria al rechazo de tratamiento demandado por un adulto competente.

**Órdenes de no se reanime:** La Canadian Medical Association y la Canadian Nurses Association y la Canadian Hospital Association publicaron una declaración conjunta en la que confirmaban que en ciertas circunstancias la reanimación puede no estar indicada, sujeta siempre al derecho del paciente de aceptar o rehusar el tratamiento<sup>35</sup>. La declaración se preocupa específicamente de los pacientes «a los que esta intervención no pareciera reportarles ningún beneficio, y por lo tanto prolongaría más el proceso de la muerte que el de extender su vida». Una orden de *no se reanime* se basa en el rechazo de un paciente competente de someterse a la reanimación, o de determinados criterios clínicos: a) irreversibilidad de la condición del paciente o imposibilidad de reparar el daño sufrido, b) el período de tiempo que pueda esperarse viva el paciente sin o con intervención y c) las consecuencias de una orden de no reanimación. Cuando hay duda sobre estos factores la reanimación parece la mejor medida que debe seguirse.

No hay ningún caso canadiense en el que se haya tomado en consideración las órdenes de no reanimar. La situación de los médicos en Canadá es distinta a la situación en los Estados Unidos donde los tribunales, en ciertas circunstancias, han

reconocido la conveniencia de las órdenes de no reanimar<sup>36</sup>.

Sin embargo, declaraciones a favor hechas por cuerpos profesionales y el uso común de las órdenes de no reanimación en los hospitales indican que su empleo está de acuerdo con la práctica médica en uso. Los comentaristas legales en Canadá han expresado con muchísima frecuencia su opinión de que la reanimación es una forma de terapia médica que puede ser denegada legítimamente en circunstancias como las que ya hemos detallado<sup>37-38</sup>. Con todo, la legalidad de las órdenes de no reanimación no ha sido probada en Canadá. Aunque nuestros tribunales muy probablemente aceptarían estas órdenes, por lo menos en las circunstancias esbozadas en la declaración conjunta ya mencionada<sup>35</sup>, las responsabilidades legales de los médicos que escribieran las órdenes o de los hospitales que sancionaran esta práctica permanecen inciertas<sup>39-40</sup>. Por consiguiente, se recomienda seguir fielmente las normas generales de la declaración conjunta.

En resumen, un paciente competente tiene el derecho a tomar decisiones sobre el tratamiento, aunque puede implicar a sus familiares o a otros para que tomen parte en las mismas. Cuando un paciente es incompetente, los pertinentes miembros de su familia deberían cooperar íntimamente en el proceso de la toma de decisión<sup>21</sup>. Como indica la declaración conjunta, la opinión del personal sanitario y de los profesionales de la salud debería ser tenida en cuenta, y aquellos que cuidan del paciente deberían ser informados de la decisión y de las razones en que se funda. Cuando sea oportuno y haya tiempo suficiente, se debe buscar la opinión de un segundo médico.

Las órdenes de no reanimar se deben expresar con claridad en la historia médica, por el bien del equipo de enfermería y otros profesionales que pueden ser requeridos para iniciar o colaborar en la reanimación cardiopulmonar. Estas órdenes no significan ningún cambio a nivel de la atención sanitaria médica o de enfermería.

**Terminación de la reanimación cardiopulmonar.** El personal no médico que inicia la atención básica debería continuar los esfuerzos de reanimación hasta que se restablezca la respiración y ventilación espontánea y eficaz, los esfuerzos de reanimación hayan sido transferidos a otra persona responsable que continúe la misma, o el que presta ayuda esté extenuado o no pueda continuar<sup>23</sup>. Los médicos deberían proseguir con los esfuerzos de reanimación hasta que ocurra uno de los hechos mencionados, o el paciente sea declarado muerto<sup>23</sup>. Este modo de proceder está de acuerdo con el Código Penal que impone a todos los que se comprometen a efectuar una acción, una obligación legal de continuarla si su omisión es o puede ser peligrosa para la vida<sup>39</sup>.

La conclusión de que una víctima de un paro cardíaco no puede ser reanimada y debería por consiguiente darse por terminada la reanimación, significaría que la atención básica más especializada se llevó a cabo de una manera y por un período suficiente para probar la capacidad de reacción del sistema cardiovascular de la víctima. La mejor prueba de esta conclusión es la anotación del proceso cronológico de la condición del paciente durante todo el proceso de reanimación, las intervenciones terapéuticas que se emplearon y las reacciones del paciente. Este procedimiento no solamente elimina las especulaciones sobre los poderes de recuperación del cerebro sino también las decisiones arbitrarias basadas en la duración del esfuerzo de recuperación, la edad del paciente, o la presencia o ausencia de ciertas señales neurológicas. La falta de reac-

ción cardiovascular indica que el corazón ha muerto y que la valoración del estado del cerebro no tiene ningún sentido. Si la función cardiovascular se restablece, se debe determinar el estado neurológico y entonces puede ser necesario considerar la suspensión del soporte a la vida.

## Suspensión del soporte a la vida

**Definiciones médicas y legales de la muerte:** En Canadá existe cierta discrepancia entre las definiciones médicas y legales de la vida, lo que crea complicaciones en el análisis de la potencial responsabilidad legal del médico cuando se suspende el apoyo a la vida. El sistema legal ha considerado siempre que la muerte ocurre en un momento preciso que se puede identificar, generalmente cuando cesan los latidos del corazón y la respiración<sup>41</sup>. Sin embargo, la mayoría de médicos cree ahora que es más exacto considerar la muerte como un proceso o que ésta puede manifestarse de muchas maneras y ciertamente no limitada al momento en que el corazón deja de funcionar. Por consiguiente la muerte cerebral ha asumido mayor importancia en la determinación del momento del cese de la vida.

Varias organizaciones, particularmente en los Estados Unidos, han desarrollado criterios para establecer cuándo ocurrió la muerte cerebral. La Asociación Médica del Canadá<sup>42</sup> ha aceptado con claridad la muerte cerebral como base ética válida para la definición de la muerte. La Law Reform Commission of Canada<sup>43</sup> ha recomendado a la legislación que reconozca que «una persona está muerta cuando cesaron de modo irreversible todas las funciones cerebrales de aquella persona». Sin embargo, Manitoba es la única provincia que expresamente reconoce la muerte cerebral como criterio aceptable para la determinación de la muerte<sup>44</sup>. Hay pocas indicaciones que sirvan como orientación en los casos canadienses para saber si la muerte cerebral puede ser equiparada a la muerte, esto se debe a que la mayoría de casos donde se tiene en cuenta este punto han ocurrido en contextos muy distintos<sup>45</sup>. Incluso la legislación sobre el trasplante de órganos evita el tema al no acertar a dar una definición al concepto de muerte o al no indicar cómo se puede determinar si la muerte ha ocurrido. En Ontario, *The Human Tissue Gift Act* declara que «con el fin de efectuar un trasplante 'post mortem', el hecho de la muerte será determinada por dos médicos por lo menos, de acuerdo con la práctica médica en uso»<sup>46</sup>.

La disposición estatal favorable de las provincias de aceptar legalmente la *práctica médica en uso* para determinar cuándo ha ocurrido la muerte y la conformidad médica de adoptar el concepto de muerte cerebral, debería acallar las preocupaciones de los médicos de ser presuntos culpables por los tribunales. Aunque en Canadá la responsabilidad penal está determinada por la ley federal, y no por la provincial, es difícil imaginar que un médico fuera juzgado criminalmente por actos u omisiones que son legales en alguna provincia. Además, el conocimiento médico y la práctica médica actual, nunca puesta en tela de juicio, apoyan tan abrumadoramente la conclusión de que la muerte cerebral puede ser equiparada a la muerte, que nuestros tribunales se verían seguramente obligados a reconocer que es en verdad así, como lo han reconocido sus colegas en Inglaterra y en los Estados Unidos<sup>47</sup>. Creemos que ningún médico debería correr el peligro de incurrir en responsabilidad por suspender el soporte a la vida de un paciente, declarado muerto cerebralmente de acuerdo con la práctica médica común.

**Testamentos en vida:** Algunos sistemas legales en USA y Europa conceden reconocimiento legal a los *testamentos en vida* o poderes otorgados a terceras partes, a largo plazo. Por medio de estos documentos, una persona competente da instrucciones al médico y a la familia de que obedezcan su voluntad de rehusar apoyo a la vida o una determinada terapia y delega a una persona para tomar estas decisiones en su lugar, en caso de que el paciente se vuelva incompetente. No hay ninguna disposición estatal en Canadá que reconozca ambas situaciones, aunque podrían tener un efecto persuasivo.

Una decisión a nivel de proceso sugirió que una tarjeta firmada por un Testigo de Jehová competente indicando su rechazo a una transfusión de sangre, tendría que ser obedecida por el médico en el caso de que el paciente se volviera incompetente, si por lo menos un miembro de la familia confirmaba que la decisión había sido voluntaria y conservaba su validez<sup>48</sup>. La libertad religiosa del paciente fue un factor importante en este caso.

El peso que se otorgue al testamento en vida dependerá de muchos factores, incluyendo los motivos para su ejecución, la probabilidad e inminencia de la necesidad de un soporte vital o de padecer un paro cardíaco, o la presencia de una enfermedad terminal al ejecutar el testamento en vida. Este conocimiento ayudaría a determinar la exactitud con que el testamento en vida reflejaba los deseos del paciente cuando ocurriera cualquiera de estas eventualidades.

**Reconocimiento legal del consentimiento sustituto:** En las legislaciones provinciales relativas a que padres, tutores o parientes próximos puedan otorgar su consentimiento a operaciones quirúrgicas, pruebas de diagnóstico o tratamiento médico en lugar de una persona incapaz de darlo, no necesariamente se requiere un médico para dejar de suministrar o retirar la reanimación cardiopulmonar o respiración asistida.

El Tribunal Supremo de Canadá<sup>49</sup> ha mantenido que el fin de estos reglamentos no es definir el derecho de los individuos sino más bien proteger a los hospitales contra toda responsabilidad civil. Estos reglamentos ni estaban destinados, ni realmente proporcionan un método para especificar los derechos humanos, que son el factor de más peso en estas decisiones.

**Ley común americana\*:** En los Estados Unidos, desde el caso muy conocido en el que Karen Quinlan fue retirada del respirador<sup>50</sup>, los tribunales han autorizado, en ciertas situaciones, poner fin al apoyo a la vida y confirman que obrar así no constituye un delito explicitado en el código penal. Sin embargo, los tribunales de los Estados Unidos discrepan entre sí sobre qué circunstancias requieren autorización judicial antes de retirar el soporte a la vida y la razón en la que se debe basar la decisión. Se pueden señalar dos modelos de decisiones, el primero tiene en cuenta los mejores intereses del paciente, y el segundo llega a un juicio putativo, que teniendo en cuenta la incapacidad como factor, intenta descubrir cuál sería la opción del paciente, en caso de que éste fuera capaz de decidir<sup>26, 27 51</sup>. Parece que la mayoría de los tribunales de los Estados Unidos prefieren este último al que designan con el nombre de *prueba del juicio representativo* (substituted judgement test), exceptuando quizás aquellos casos en los que el paciente ha sido siempre incompetente y por consiguiente incapaz de haber podido tomar nunca una decisión<sup>52</sup>.

\* *Case law* se identifica con *ley común*. Casos sobre los que no existe legislación. No obstante, sentencias judiciales los han convertido en precedente con valor legislativo.

Aunque en algunos de los procesos en Canadá se hayan hecho referencias al caso de Quinlan y a las decisiones que se tomaron, es necesario tener mucha precaución antes de confiar en las decisiones de los tribunales de los Estados Unidos, puesto que nuestra ley penal puede contener diferencias notables comparada con la de los Estados Unidos. Más aún, nuestros tribunales todavía no han reconocido el derecho constitucional a la intimidad basado en la constitución, en lo que se refiere al tratamiento médico, un derecho en el que los tribunales de los Estados Unidos han confiado mucho, como base para el reconocimiento del derecho a rehusar el soporte a la vida de los pacientes competentes e incompetentes. Las decisiones de los Estados Unidos pueden ser persuasivas, pero en nuestros tribunales no son obligatorias.

**Probables enfoques de los tribunales canadienses.** Aunque el Tribunal Supremo de Canadá<sup>49</sup> ha rechazado la prueba del juicio putativo para determinar las opciones al tratamiento de las personas incompetentes, su razonamiento puede limitarse a los factores específicos existentes en un caso particular. El paciente terminal incompetente o el paciente con lesión cerebral grave e irreversible, que hubieran rechazado el tratamiento de apoyo a la vida con anterioridad a su situación actual requieren un análisis distinto más adecuado. En tales casos, los tribunales pueden inclinarse a respetar los deseos del paciente o a usar la prueba del juicio putativo, atendiendo las declaraciones del paciente hechas con anterioridad. El testamento en vida, o cualquier expresión de los deseos del enfermo, aunque no sean obligatorios legalmente, pueden proporcionar un medio útil para predecir los deseos del paciente en un futuro, si deviene incompetente.

Hay indicaciones de que, en circunstancias adecuadas, se permitiría retirar el equipo de sostén a la vida aun cuando no haya criterios de muerte cerebral. Muy probablemente, el tribunal tendría en cuenta muchos principios básicos: como el derecho a la autonomía, a la inviolabilidad personal, a la intimidad, la conservación de la vida y decisiones precedentes.

Si bien no existe ningún caso en concreto hasta este momento, se ha reflexionado sobre el inicio o la interrupción de otros tipos de atención médica con capacidad de prolongar la vida. Recientemente los tribunales de Quebec y Ontario respetaron los derechos de los padres a rechazar la quimioterapia para sus hijos pacientes de cáncer<sup>53-54</sup>. Los tribunales afirmaron enfáticamente que el tratamiento propuesto sería excesivamente intrusivo y doloroso, con efectos secundarios nocivos y podría solamente mejorar de manera marginal las probabilidades de recuperación, que ya eran de por sí muy escasas.

Por otro lado, en 1983, el Tribunal Supremo de British Columbia<sup>55</sup> autorizó, a pesar de la oposición de los padres, la operación quirúrgica para reemplazar un *shunt* en un niño con hidrocefalia y severa minusvalía. La evidencia era de que la operación aseguraría la continuidad de la vida del niño, al que se describió como relativamente feliz, sin dar muestras de dolor o sufrimiento, y que si la operación no se llevaba a cabo el niño sufriría mayor deterioro, dolor y desasosiego, aunque no moriría necesariamente. El Tribunal distinguió este caso del del paciente terminal y del *derecho a morir*, reconociendo explícitamente que pueden darse muchos ejemplos en los que se puede prever con certeza que el futuro del niño sería el de un continuo sufrimiento, y que por esta razón el tribunal podría llegar a una conclusión distinta con respecto a la utilización de intervenciones para mantener la vida.

Está claro, por lo tanto, que los tribunales actuarán con mucha cautela antes de permitir cualquier cambio en la postura de hacer todo lo posible para conservar la vida de una persona incompetente por dos razones: porque tienen la obligación y la autoridad legal de actuar de acuerdo con los mejores intereses de aquella persona y porque no condenarán ni permitirán la eutanasia. Todo lo que conduzca de verdad a la conservación o prolongación de la vida del paciente (i.e., a un nivel cognitivo o sapiencial) se permitirá como medio que contribuye a los mejores intereses de la persona sin entrar en consideraciones sobre su calidad de vida<sup>55</sup>. Sin embargo, parece que en estos casos se reconoce que en las debidas circunstancias se debe comparar la carga que se impone al paciente, con el posible o probable beneficio que le reportará el tratamiento. No es siempre necesario o en beneficio de los mejores intereses del paciente tratarle cueste lo que cueste y con todas las medidas al alcance, especialmente si obrando así solamente se prolonga el proceso y el dolor del morir<sup>56</sup>.

Algunos comentaristas legales y los tribunales de los Estados Unidos han propuesto una distinción entre tratamiento ordinario y extraordinario, determinada no solamente por el mismo tratamiento sino también por el pronóstico clínico del paciente con y sin tratamiento; por lo tanto, el tratamiento extraordinario puede ser rechazado o interrumpido en un paciente enfermo terminal, pero se le debe administrar el tratamiento ordinario<sup>38, 50</sup>. Se ha sugerido, más recientemente, que la decisión de iniciar o continuar dando soporte a la vida debería basarse en la proporcionalidad del tratamiento en relación al beneficio que reporta al paciente, comparado con la carga que le impone<sup>27, 57-58</sup>. De nuevo, esta decisión dependería en gran manera del pronóstico del paciente y del período de tiempo y condiciones bajo las cuales el tratamiento prolongaría la vida.

La Law Reform Commission of Canada<sup>59-60</sup> ha recomendado que la ley debería declarar que el médico obra de forma legal cuando decide dar por terminada o no comenzar un «tratamiento que es inútil o que ya no ofrece ninguna esperanza razonable, a no ser que el paciente haya expresado con anterioridad sus intenciones en sentido contrario». El código de ética de la Asociación Médica del Canadá declara que un médico ético «permitirá que llegue la muerte con dignidad y comodidad, cuando la muerte del cuerpo parece inevitable»<sup>12</sup>. Aun cuando ninguna de las pruebas que hemos mencionado lo confirme, parece implícito que se convierten en operativas cuando no hay *esperanza razonable* de un retorno a un cierto nivel de vida inteligente y cognoscitiva, o de recuperación o remisión de una condición terminal.

**¿Quién toma la decisión?** Los dos temas que permanecen sin resolver por nuestra ley y ciertamente también por nuestra comunidad médica son: si el soporte a la vida se puede retirar a pacientes que aunque no estén muertos cerebralmente son incompetentes, y la prueba a la que hay que recurrir a fin de tomar esta decisión. Más aún, probablemente los tribunales no se quedarán satisfechos con dejar estas decisiones a los médicos o a los comités de ética de los hospitales, particularmente cuando hay discrepancia en lo que se refiere a los mejores intereses del paciente<sup>34, 49</sup>. El Tribunal Supremo del Canadá ha dejado específicamente abierta la cuestión de si los tribunales deberían permitir el soporte a la vida, considerándolo obviamente como una área en la que deba requerirse el permiso del tribunal<sup>49</sup>. Por consiguiente, cuando un paciente no se ajusta a los criterios de muerte cerebral, pero sufre daño cere-

bral severo e irreversible, sería aconsejable poder recurrir a los tribunales, asumiendo que se puede recurrir a su jurisdicción cuando se dé un desacuerdo substancial entre médicos, entre el médico, los familiares y el comité de ética del hospital referente a la decisión de retirar el soporte vital.

**Consideraciones médico-legales acerca de los niños:** Los padres no tienen por entero la libertad de tomar decisiones sobre el tratamiento médico en lugar de sus hijos, aunque se concede a sus decisiones un gran respeto y amplitud basados en la presunción de que los padres obrarán conforme a los mejores intereses del niño<sup>61</sup>. Sin embargo, la obligación del estado de proteger y preservar la vida puede estar en conflicto y a veces sobrepasar el derecho de los padres de dirigir la atención médica que reciben sus hijos.

El hecho de que los tribunales entren en este problema se basa en una disposición estatal o en su inherente jurisdicción de *parens patriae*, por cuyo cumplimiento pueden y deben hacer lo que sea necesario para la protección de los menores y de los adultos incompetentes. El poder de *parens patriae* se ejerce en beneficio de la persona que necesita protección, nunca en beneficio de los demás. Es evidente que, por lo menos en lo que se refiere a personas que nunca han tenido la capacidad de tomar decisiones por su cuenta, los tribunales obrarán sobre la base de lo que juzguen más favorable a los mejores intereses de aquéllas, de acuerdo con la evidencia que se les presente durante el proceso<sup>49</sup>. Aunque los tribunales ejercerán su poder de intervención para sobrepasar la decisión de los padres si les parece que ésta va contra los mejores intereses del niño, no siempre ordenarán el comienzo o la continuación del tratamiento<sup>53, 54, 56</sup>.

Niños de más edad pueden entrar en el proceso de la toma de decisiones<sup>62, 63</sup>. Recientemente un juez de un tribunal provincial de Ontario tomó en consideración el deseo de un niño maduro, testigo de Jehová, de 12 años de edad, paciente de leucemia, quien rehusó la administración de quimioterapia con las consiguientes transfusiones de sangre<sup>54</sup>. En tales casos, a no ser que la capacidad del menor de otorgar o rehusar su consentimiento sea reconocida por medio de una disposición estatal<sup>18</sup>, cuando hay conflicto entre los padres y una autoridad que vele por el bienestar de los niños o la opción ejercida no parezca ser en los mejores intereses del menor, es mejor permitir que intervenga el tribunal para que éste determine el peso que se deba otorgar a la expresión de los deseos del menor.

## POSIBLE RESPONSABILIDAD PENAL

El comienzo, administración y fin del tratamiento pueden estar en distintas disposiciones del Código Penal<sup>39</sup> que no fueron designadas para tener en cuenta las realidades médicas modernas<sup>64, 65</sup>. No hay precedente legal, y si lo hay es muy reducido, con el que se puedan determinar con certeza los estándares de comportamiento que se esperan de los proveedores de la asistencia sanitaria cuando se enfrentan a opciones en esta área.

Como sugirió un escritor, alguien puede argüir que cerrar el respirador no es otra cosa que permitir que la naturaleza siga su curso; sin embargo, como resultado de una orden de no resucitar (DNA), la muerte ocurre en una situación que, de haber actuado rápidamente, se hubiera podido evitar este resultado, aunque fuera por poco tiempo<sup>40</sup>. Si bien una ac-

ción de esta naturaleza podría considerarse incluida en la interpretación literal de algunos de los delitos definidos en el Código Penal<sup>39</sup>, las declaraciones de la Canadian Medical Association, la Canadian Nurses Association y la Canadian Hospital Association<sup>35</sup>, junto con la práctica habitual de los hospitales, lo excepcional de las persecuciones penales en Canadá y el alto porcentaje de aceptación entre el personal médico (*Times*, nov. 6, 1982)<sup>10, 27, 66</sup> indican, casi con certeza, que una interpretación tan literal y restrictiva del Código Penal es impropia e injustificada. La *Law Reform Commission of Canada*<sup>59</sup> toma la posición de que las secciones que definen estos delitos deben ser leídas como si incluyesen un estándar basado en la razonabilidad del acto en términos aceptados por la práctica médica. Se ha sugerido que las obligaciones establecidas en el Código Penal pueden estar relacionadas solamente al cuidado ordinario y no al extraordinario o al tratamiento cuyos beneficios sobrepasan las cargas al paciente<sup>64</sup>.

Hasta que se promulgue una legislación que o bien especifique en qué circunstancias se podrá elegir entre varios tratamientos, o bien ratifique la confianza en la práctica médica habitual referente a las decisiones de retener o retirar el apoyo a la vida, es importante que los profesionales de la salud sigan exactamente las normativas éticas de sus organizaciones profesionales y las orientaciones de las instituciones sanitarias donde desempeñan su trabajo. Las instituciones deberían cerciorarse de que poseen claras orientaciones sobre los casos en los que pueda estar indicada la orden de no reanimar y de retirar los sistemas de mantenimiento de la vida.

Recientemente la retención o el retiro de la nutrición artificial y de los fluidos han sido objeto de debate. En algunas ocasiones los tribunales de los Estados Unidos han mantenido que el retiro de la nutrición artificial y de fluidos es apropiada en ciertas situaciones<sup>26, 67-70</sup>. Nadie puede estar seguro de que no se llegará a las mismas conclusiones en Canadá. Parece que actualmente no hay un consenso garantizado sobre esta materia en la profesión médica ni en los tribunales<sup>32, 71, 72</sup>.

## DISPOSICIÓN ESTATAL SOBRE DERECHOS Y LIBERTADES Y SUS IMPLICACIONES

El *Canadian Charter of Rights and Freedoms*<sup>73</sup> se promulgó sólo en 1982. Establece ciertos derechos y libertades que están garantizadas por la constitución y declara que «están solamente sujetos a los límites razonables prescritos por ley que pueden ser justificados por demostración en una sociedad libre y democrática». Se ha opinado que esta restringida disposición estatal impone la pesada carga de prueba a aquellos que intentan defender leyes que infligen los derechos de la disposición estatal (*charter*).

La disposición estatal se aplica a lo que se ha llamado, en términos amplios, *actividad del gobierno*. No se aplica directamente a las relaciones entre individuos privados obrando como tales. Sin embargo, la actividad del Gobierno abarca más de lo que parecería a primera vista. Por ejemplo, un hospital público en British Columbia fue considerado por los tribunales como *gobierno* y estar sujeto a la disposición estatal en algunos aspectos de sus actividades<sup>75</sup>. Es posible que incluso instituciones privadas, como las clínicas, puedan ser declaradas *gobierno* en ciertas actividades cuyas si se demuestra la suficiente conexión entre la institución y el gobierno o si se

reconoce que la responsabilidad de sus actividades pertenece al gobierno<sup>76</sup>. Así pues, aun cuando esta disposición estatal no afectará por regla general a la relación entre el paciente y el médico, en cuanto se puede aplicar a hospitales y a otras instituciones dedicadas al cuidado de la salud, puede afectar indirectamente la relación entre los pacientes y los médicos en aquellos establecimientos<sup>74</sup>.

Es sólo ahora cuando los tribunales comienzan a indicar cómo los derechos y libertades constitucionales garantizadas podrán aplicarse en situaciones concretas. Esto puede tener un impacto en los temas que hemos discutido en este trabajo.

La sección 7 —el derecho a la vida, autonomía y seguridad de la persona y el derecho de no verse privado de todo ello, excepto de acuerdo con los principios de la justicia fundamental— pueden ofrecer el fundamento de un derecho a la intimidad, suficiente para proporcionar una base constitucional para dar capacidad a la persona de rehusar un tratamiento médico<sup>77, 79</sup>. A diferencia de los Estados Unidos<sup>50, 51</sup>, la intimidad no ha sido protegida históricamente en Canadá. La sección n.º 7 de la disposición estatal ha sido primariamente el objeto de un análisis judicial en el contexto de la ley penal, y no se ve con claridad hasta dónde se extenderá este derecho. El Tribunal Supremo de Canadá ha insistido en que la sección n.º 7 protege a la gente sólo contra las leyes o acciones de otros estados que les despojen de la libertad; no se puede confiar en ello por falta de procesos<sup>49</sup>.

Las otras tres secciones de la disposición estatal que pueden tener importancia son la sección n.º 2 a) y b) («libertad de conciencia y religión» y «libertad de pensamiento, creencias, opinión y expresión»<sup>54</sup>), la sección n.º 12 («derecho de no verse sometido a ningún tratamiento cruel y fuera de lo corriente o castigo»<sup>54, 80</sup>) y la sección n.º 15<sup>1</sup> («derecho de igualdad ante y bajo la ley e igualdad de protección y beneficio de la ley, sin discriminación basada en la raza, origen nacional o étnico, color, religión, sexo, edad o minusvalía mental»). La sección n.º 15 fue promulgada con valor legal sólo en 1985, 3 años después de haberse promulgado el resto de la disposición estatal. Abundan los problemas sobre su interpretación. En un caso se declaró que los reglamentos y reglas del hospital entran dentro del significado del término *ley* y deben, por consiguiente, obedecer la disposición estatal<sup>75</sup>. Por lo tanto, es posible especular que las normas de proceder de un hospital, derivadas de la experiencia profesional y los principios de distribución de recursos —por ejemplo, que sólo los niños cuyo peso es superior a los 600 gramos recibirán ciertos servicios neonatales o que los pacientes jóvenes tendrán más derecho a la respiración asistida que aquellos de edad avanzada— podrían constituir una infracción de esta sección de la disposición estatal como si se tratara de una discriminación basada en la edad y minusvalía<sup>64</sup>. Los tribunales también tendrán que discutir para cerciorarse de si la sección n.º 15 obligará a proveer un mecanismo eficaz para pacientes incompetentes para que éstos ejerzan los derechos de pacientes competentes, particularmente si estos derechos —por ejemplo, rechazar el tratamiento cuando se hallen enfermos en estado terminal— están protegidos constitucionalmente.

## CONCLUSIONES

1. Los estándares de los Estados Unidos y las normas para la reanimación cardiopulmonar y la atención cardíaca urgente preparados por la *National Conference* sobre la reanima-

ción nos dan una definición concreta y puesta al día del estándar actual de los cuidados, aunque no representen al único método aceptable de atención cuando se trate de urgencias cardíacas<sup>23</sup>.

2. El médico responsable o cualquier otra persona médica o paramédica tiene el deber de administrar la reanimación a toda víctima de paro cardíaco como práctica corriente y prescribirle la atención ordinaria, a no ser que haya una razón justificada médica y legalmente para no administrarla.

3. La reanimación puede no iniciarse si hay una razón que lo justifique médica y legalmente: en estos casos las órdenes de no reanimar o su equivalente deberían ser escritas de acuerdo con orientaciones establecidas.

4. La interrupción de la reanimación debería estar basada en el descubrimiento de una falta de respuesta cardiovascular a la misma realizada con competencia, a no ser que haya otra razón que lo justifique médica y legalmente.

5. Los mecanismos para el apoyo a la vida pueden y deben ser suspendidos cuando el paciente se ajusta a los criterios de muerte cerebral.

6. En otras circunstancias menos definidas, o cuando se da desacuerdo entre los miembros de la familia, los médicos u otros profesionales de medicina, o persisten otros problemas substanciales, es aconsejable recurrir a los tribunales antes que se interrumpa la terapia de apoyo o la de prolongación de vida.

7. Los poderes de tomar decisiones que tienen los padres en lo que se refiere al tratamiento médico de los niños no son absolutos. Los mejores intereses de los niños son lo más importante. Un niño mayor puede tomar parte en el proceso de la toma de decisiones.

8. Se debe reconocer y poner en práctica eficazmente el *Canadian Charter of Rights and Freedoms* en todo lo que hace referencia a las relaciones con los pacientes, a los cuidados de asistencia, y a la potenciación del derecho de los pacientes a la autonomía en la toma de decisiones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ROSENBERG, P. y GILMOUR, J.: *Problems of consent in the emergency department*. CAEP Rev., 1985; 6: 103-105.
2. *Blyth v Birmingham Waterworks* (1856) 11 Ex. 781 at 784.
3. *Emergency Medical Aid Act*, S. Nfld., 1971, no. 15.
4. *Emergency Medical Aid Act*, SS, 1978, c E-8.
5. *Emergency Medical Aid Act*, RSA, 1980, c E-9.
6. *Good Samaritan Act*, RSBC 1979, c 155.
7. *Civil Code of the Province of Quebec*, Wilson and LaFleur, Montreal, 1984, as amended to 1988.
8. *Charter of Human Rights and Freedoms*, RSQ, 1977, c-12, s 2.
9. LINDEN A.: *Canadian Tort Law*, 4th ed., Butterworths, Toronto, 1988: 343-345.
10. *St. Germain v R.* (1976) Que CA 185.
11. *The Ambulance Act*, RSO, 1980, c 20. O Reg. 14/80, s 49.
12. *Code of Ethics*. Can. Med. Assoc. J., 1987; 137: 760A-760B.
13. *Horsley v MacLaren* [1970] 2 OR 487, 495, 500, 502 (Ont CA); aff'd on other grounds [1972] SCR 441 DLR 3d 545.
14. *Criminal Code*, RSC, 1985, c C-46, s 216.
15. *Health Disciplines Act*, RSO 1980, c 196, s 52 (2).
16. *McKinnon v Ignacio* (1978) 29 NSR 2d 656 (NSSC).
17. *Yepremian v Scarborough General Hospital* (1980) OR 2d 494 (Ont CA).
18. *Public Hospitals Act*, RSO 1980, c 410, s 31 (1) and (3); O Reg 865/80, ss 50, 51.

19. *Hôpital Générale de la Région de L'Amiante Inc. v Perron* (1979) 3 ACWS 409 (Que CA).
20. *Krujalis v Eslade* (1972) 2 WWR 495 (BCSC).
21. *Resuscitation of the terminally ill*. Can. Med. Assoc. J., 1987; 136: 424A.
22. PICARD, E. I.: *Legal Liability of Doctors and Hospitals in Canada*, 2nd ed., Carswell, Toronto, 1984: 305-306.
23. *Standards and guidelines for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiac care (ECC). Part VIII: Medicolegal considerations and recommendations*. JAMA, 1986; 255: 2979-2984.
24. SAUNDERS, A.: *Resuscitation of an AIDS victim*. In Iserson K (ed.); *Ethics in Emergency Medicine*, Williams & Wilkins, Baltimore, Md., 1986; 150-154.
25. MCINTYRE, K. M.: *Medicolegal aspects of CPR and ECC*. In *Textbook of Advanced Cardiac Life Support*, Am. Heart Assoc., Dallas, 1983, 279.
26. *Eichner v Dillon (Brother Fox)*. 426 NYS 2d 517, 542 (1980); aff'd 52 NYS 2d 363 (1981).
27. *Barber v Superior Court of California*, 195 Cal. Rptr. 484, 491, 492 (1983).
28. EISENBERG, M., BERGNER, L. y HALLSTROM, A.: *Cardiac resuscitation in the community*. JAMA, 1979; 241: 1905-1907.
29. *Reibl v Hughes* (1980) 114 DLR 3d 1 at 1, 10 (SCC).
30. *Marshall v Curry* [1933] 3 DLR 260 (NSSC).
31. *Schloendorf v Society of New York Hospital*, 105 NE 92 at 93 (NY 1914) per CARDOZO, J.
32. *Procureur Général du Canada v Hôpital Notre Dame et Niemiec* (1984) CS 426 (Que).
33. SOMERVILLE, M. A.: *Refusal of medical treatment in «captive» circumstances*. Can. Bar. Rev., 1985; 63: 59-90.
34. *Institut Philippe Pinel v Dion* (1983) 2 DLR 4th 234 at 242 (Que SC).
35. *Joint statement on terminal illness: a protocol for health professionals regarding resuscitative intervention for the terminally ill*. Can. Med. Assoc. J., 1984; 130: 1357.
36. *In the Matter of Dinnerstein*, 380 NE 2d 134 (Mass. App., 1978).
37. ROZOVSKY, L. E.: *Canadian Hospital Law*, 2nd ed., Can. Hosp. Assoc., Toronto, 1979: 67.
38. DICKENS B.: *The right to natural death*. McGill Law J., 1981; 26: 847-879.
39. *Criminal Code*, RSC 1985, c C-46, ss 14, 215, 217, 232, 234, 236, 239-241.
40. SHARPE, G.: *No resuscitation orders*. LSUC Gazette, 1977; 11: 122-128.
41. KUSHNIR, L.: *Bridging the gap; the discrepancy between the medical and legal definitions of death*. U. Toronto Fac. Law Rev., 1976; 34: 199-216.
42. *Guidelines for the diagnosis of brain death*. Can. Med. Assoc. J., 1987; 136: 200A-200B.
43. *Criteria for the Determination of Death*, rep 15, Law Reform Commission of Canada, Ottawa, 1981: 15.
44. *Vital Statistics Act*, SM 1982/83/84, c V-60, s 2.
45. *R v Kitching and Adams* [1976] 6 WWR 697 (Man CA).
46. *Human Tissue Gift Act*, RSO, 1980, c 210, s 7 as amended.
47. *R. v Malcharek; R v Steel* (1981) 2 All ER 422 at 429; (1981) 1 WLR 690 (Eng CA).
48. *Malette v Shulman* (1988) 63 OR 2d 243 (Ont, HC).
49. *In Re Eve* (1987) 31 DLR 4th 2 at 13, 21-22, 28, 29, 34-36 (SCC).
50. *In the Matter of Quinlan*, 355 A 2d 647 (NJSC 1976).
51. *Superintendent of Belchertown State School v Saikewicz*, 370 NE 2d 417 (Mass. Sup. Jud. Ct. 1977).
52. *In the Matter of Storar*, 52 NY 2d 363 (1981).
53. *Couture-Jacquet v Montreal Children's Hospital* (1986) 28 DLR 4th 22 (Que CA).
54. *R. L.D.K.; Children's Aid Society of Metropolitan Toronto v K and K.* (1986) 48 RFL 2d 164 (Ont. Prov. Ct.).
55. *Re Superintendent of Child and Family Services and Dawson* (1983) 145 DLR 3d 610, 620, 623, (BCSC), rev'g (sub. nom. *Re S.D.*) (1983) 42 BCLR 153 (BC Prov Ct).
56. KEYSERLINGK, E.: *Non-treatment in the best interests of the child: a case commentary of Couture-Jacquet v Montreal Children's Hospital*. McGill Law J., 1987; 32: 413-436.
57. *In the Matter of Hier*, 464 NE 2d 959 (Mass. App. 1984).
58. *Deciding to Forgo Life-Sustaining Treatment: a Report on the Ethical, Medical and Legal Issues in Treatment Decisions*, President's

- Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedicine and Behavioral Research, Washington, 1983: 88-89.
59. *Euthanasia, Aiding Suicide and Cessation of Treatment*, working paper 28, Law Reform Commission of Canada, Ottawa, 1982: 16-17, 65-66.
  60. *Recodifying Criminal Law*, Law Reform Commission of Canada, Ottawa, 1986: s 2 (3) b-d: 15-17.
  61. BIOETHICS COMMITTEE, CANADIAN PEDIATRIC SOCIETY: *Treatment decisions for infants and children*. Can. Med. Assoc. J., 1986; 135: 447-448.
  62. *J. S. C. and C. H. C. v Wren* [1987] 2 WWR 669 (Alta CA).
  63. *Gillick v West Norfolk and Wisbech Area Health Authority and Another* [1985] 3 All ER 402 (HL).
  64. DICKENS, B.: *Withholding paediatric medical care*. Can. Bar. Rev., 1984; 62: 196-210.
  65. *Some Aspects of Medical Treatment and Criminal Law*, rep 28, Law Reform Commission of Canada, Ottawa, 1986: 6-19.
  66. DEVLIN, P.: *Easing the Passing*, Bodley Head, London, 1985.
  67. *Brophy v New England Sinai Hospital*, 497 NE 2d 626 (Mass. Sup. Jud. Ct. 1986).
  68. *In the Matter of Peter*, 529 A 2d 419 (NJSC 1987).
  69. *In the Matter of Jobs*, 529 A 2d 434, 456-457 (NJSC 1987).
  70. *In the Matter of Conroy*, 486 A 2d 1209 (NJSC 1985).
  71. *Attorney General of B. C. v Astaforoff* (1983) 6 WWR 322 (BCSC); aff'd (1985) 4 WWR 385 (BCCA).
  72. *R. v Instan* [1983] 1 QB 450 (CCR).
  73. *Canadian Charter of Rights and Freedoms*, part I of the *Constitution Act, 1982*, en. as Schedule B of the Canada Act 1982, 1982, c 11 (UK), s 1, 32.
  74. *Retail, Wholesale and Department Store Union et al v Dolphin Delivery* (1986) 33 DLR 4th 174 (SCC).
  75. *Stoffman et al. v Vancouver General Hospital* (1987) 30 DLR 4th 700 (BCSC), aff'd [1988] 2 WWR 708 (BCCA).
  76. *Re Blainey and O. H. A.* (1986) 54 OR 2d 513, 522 (Ont CA); leave to appeal denied (1987) 58 OR 2d 274 (SCC).
  77. *Hunter v Southam* (1984) 2 SCR 145 at 158-159 per DICKSON C.J.
  78. *R. v Videoflicks* (1948) 48 OR 2d 395 at 433 (Ont CA), varied [1986] 2 SCR 713 (sub nom *Edwards Books and Arts Ltd. v R.*) (SCC).
  79. *R. v Morgentaler, Smoling and Scott* [1988] 1 SCR 30; (1988) 44 DLR 4th 385 (SCC).
  80. *Re McTavish and Director, Child Welfare Act* (1987) 32 DLR 4th 394, 409 (Alta QB).
  81. *Medicolegal aspects of CPR and ECC*. In Textbook of Advanced Cardiac Life Support, Am. Heart Assoc., Dallas, 1987: 271-285.

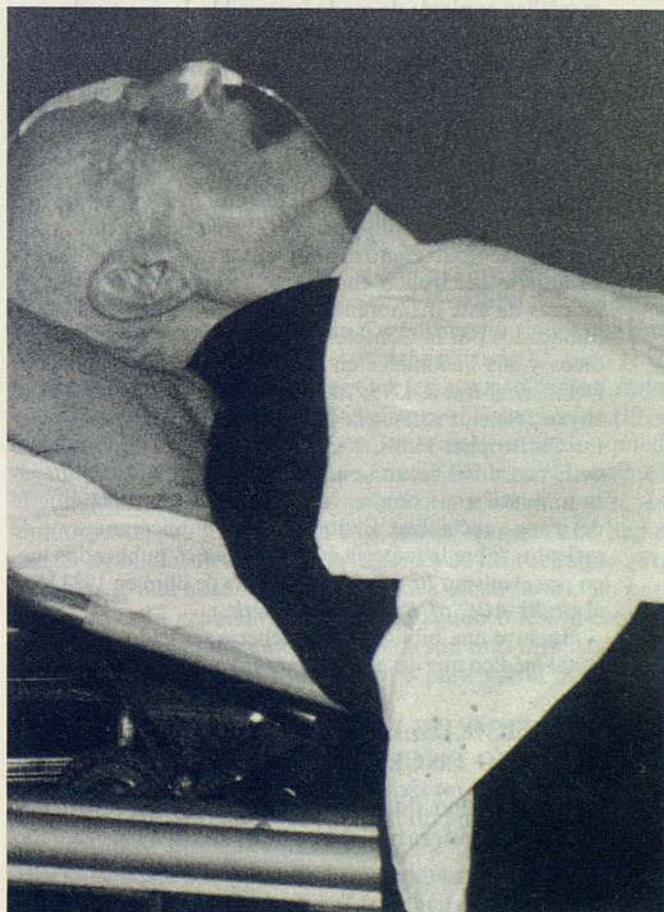
## 9.2 MEMORÁNDUM SOBRE MUERTE CEREBRAL (1988)\*

*El GRUPO IRLANDÉS que estudia la Muerte Cerebral ha elaborado recientemente una lista cuyo fin es comprobar los criterios que se tienen en cuenta en el diagnóstico de muerte cerebral. Las orientaciones establecidas por el comité anterior (1963) fueron revaloradas considerando el influjo de la rapidez con que se amplian las facilidades para cuidados intensivos y la reciente cirugía sobre el trasplante de órganos.*

### INTRODUCCIÓN

En 1963, un Comité se reunió en Dublín, en el Real Colegio de Cirujanos con el fin de estudiar la definición de muerte cerebral y los criterios para determinarla. En el memorándum que sigue se señaló en primer lugar, que cuando se produce la muerte, no es solamente innecesario sino también incorrecto prolongar la *vida* artificialmente y, en segundo lugar, que «determinar que se ha producido la muerte cerebral se convierte en una materia de importancia técnica para evitar la futura administración de algún complicado tratamiento, a la vez inútil». También se reconoció que la aparición de la reciente cirugía de trasplante daba especial importancia a la definición y determinación de muerte cerebral. Cuando el paciente que muere ha de ser donante de órganos, el mejor tiempo para la obtención del órgano que se debe trasplantar (riñón, corazón, hígado, etc.) es el intervalo que transcurre entre la muerte cerebral y el último colapso de la circulación. Este intervalo puede durar algunos días pero, en la mayoría de los casos, será cuestión de sólo unas horas.

\* *Irish Medical Journal* (1988); 81(1): 42-45.



En los 25 años transcurridos desde que se escribió el memorándum se han producido algunos cambios:

- Ha habido una expansión en todo el país de unidades de cuidados intensivos. Los recursos técnicos y farmacológicos a disposición de estas unidades han aumentado de modo importante y siguen aumentando. Más pacientes van siendo reanimados con éxito. Muchos de éstos deben su recuperación a la hábil aplicación de métodos tecnológicos y farmacológicos que pueden reemplazar, por cierto tiempo, funciones fisiológicas muy deficientes, hasta su final recuperación. Muchos pacientes, inevitablemente, aunque sean tratados de este modo, no se recuperarán. En estos casos, no debería continuarse el apoyo artificial una vez se ha reconocido y confirmado la muerte cerebral. Hacerlo sería un insulto al concepto de dignidad del morir; puede crear confusión y entristecer a los parientes; causa desmoralización al personal médico y de enfermería; y representa un gasto inútil de un recurso valioso.
- La cirugía de trasplante, usada por mucho tiempo como procedimiento de confianza y útil para ciertas enfermedades de la córnea y del riñón, se utiliza ahora eficazmente en enfermedades de corazón y del hígado y ofrece posibilidades para el páncreas y el pulmón. El cirujano de trasplante necesita órganos de donantes después de la muerte cerebral y antes que cese la circulación. Los que la practican en todo el país han de saber con exactitud cuando ocurre la muerte cerebral, si la cirugía de trasplante ha de continuar su desarrollo.
- El concepto de muerte cerebral y su determinación ha sido precisado y se comprende mucho mejor. Aparece con más claridad que el elemento esencial en la muerte cerebral es la muerte del tronco encefálico. Si la función del tronco encefálico se pierde de modo irreversible, lo que pueda ocurrir en cualquier otra parte del cerebro es completamente inmaterial; la vida no puede volver. La pérdida de función del tronco encefálico se demuestra inmediatamente con la presencia del coma y apnea y con la ausencia de todos los reflejos debidos al mismo. Para declarar la muerte del tronco encefálico se debe además demostrar que la pérdida de función se debe a una lesión estructural irreversible. Lo que se detalla en la próxima sección es una descripción, paso a paso, del modo cómo el observador puede determinar la muerte del tronco encefálico. Debe señalarse que los autores de este memorándum aceptan los otros informes publicados por la Conferencia de los Reales Colegios Médicos y sus Facultades en el Reino Unido; *Diagnosis of Death, Br. Med. J.* 1979; 2:1187-8 y *Br. Med. J.* 1979; 1:3320. Bryan Jennet, Profesor de Neurología en Glasgow y el doctor Christopher Pallis, Neurológico en el Colegio Médico de Especialización en Londres, han contribuido de manera muy útil a la comprensión y diagnóstico de la muerte del tronco encefálico. El doctor Pallis publicó una serie de artículos sobre la materia en el *Br. Med. J.* publicados luego por el mismo *Br. Med. J.*, en forma de libro en 1983 bajo el título *ABC of Brain Stem Death*.

Incluye una bibliografía y debería ser leído por el personal médico que desee estudiar más a fondo esta materia.

## DIAGNÓSTICO DE LA MUERTE DEL TRONCO ENCEFÁLICO

### A) Un diagnóstico de muerte del tronco encefálico debería considerarse solamente si:

1. El paciente está en coma profundo y con respiración asistida.

2. La causa del coma ha sido diagnosticada positivamente, excluyendo así casos como la encefalitis del tronco encefálico, el síndrome de Guillain Barre, el infarto del puente, y la miastenia grave con completo bloqueo neuromuscular. La causa ha de ser de tal naturaleza que, según nuestros conocimientos, pueda producir muerte del tronco encefálico.
3. Se ha dejado pasar tiempo suficiente para asegurarse de que se ha administrado el tratamiento apropiado y demostrar que su condición no tiene remedio. En casos de lesión múltiple, por ejemplo, se debe poner remedio al shock antes de intentar una evaluación del sistema nervioso. Si se trata de niños menores de cinco años debe tenerse en cuenta que la capacidad de recuperación es mayor.

### B) El diagnóstico de muerte del tronco encefálico no debería tenerse en cuenta si algo de lo que se detalla seguidamente no puede ser excluido positivamente

1. *Depresión del SNC inducida por fármacos.* El ejemplo más obvio es la sobredosis autoadministrada. Deben considerarse los fármacos administrados al paciente como parte de su tratamiento. Deben tenerse en cuenta los fármacos agrupados con los títulos siguientes: tranquilizantes, narcóticos e hipnóticos. Si se da la posibilidad de un efecto residual del fármaco, debe esperarse cierto tiempo para su eliminación por debajo de niveles significativos. Esto puede requerir días en vez de horas; se puede acortar este tiempo usando las facilidades de criba de toxicidad de fármacos en el Laboratorio de Toxicología Clínica del Beaumont Hospital. El alcohol puede causar complicaciones cuando hay heridas en la cabeza. Los niveles en sangre se determinan con facilidad; en toda caso, el dejar transcurrir 6-8 horas permitirá asegurarse de que el alcohol no sea la causa de depresión del SNC.
2. *Parálisis neuromuscular:* Como consecuencia de la utilización de fármacos en la regulación de la respiración; los fármacos que se usan actúan en poco tiempo, excepto en el caso de la presencia de deficiencias raras de enzimas. No existe bloqueo neuromuscular si se pueden demostrar los reflejos de rodilla y tobillo; si los reflejos no pueden ser inducidos clínicamente se puede esperar durante seis horas, a fin de que cualquier efecto que pueda ser debido a relajantes musculares no despolarizantes se desvanezca o, más sencillamente, se puede usar un estimulante nervioso. Si un estímulo que se aplica a un nervio motor periférico produce una respuesta muscular, no hay bloqueo neuromuscular —esté o no muerto el tronco encefálico—.
3. *Grandes alteraciones metabólicas o endocrinas.* Los problemas agudos más probables son los relacionados con niveles anormales de sodio, potasio, calcio, urea y glucosa, que se descubren con facilidad por medio de bioquímica ordinaria. El diagnóstico de muerte del tronco encefálico no puede establecerse sin haber corregido previamente estas alteraciones.
4. *Hipotermia.* Todos los pacientes con depresión del SNC están predispuestos a un descenso de temperatura. Los 35 °C se aceptan como número arbitrario, pacientes con cifras inferiores no deben ser tenidos en cuenta para un diagnóstico de muerte del tronco encefálico, a no ser que se excluya con cuidado la posible contribución de la hipotermia en la depresión del SNC.

En los casos de las dos últimas exclusiones (3, 4), el sentido común indica que cualquier intento de corregir los desórdenes de la química de la sangre y de la temperatura del cuerpo será fútil, ya que constituyen una parte del mismo proceso de muerte.

### C) Confirmación de la pérdida de función del tronco encefálico

Se deberá recurrir a pruebas clínicas para la confirmación de la pérdida de función del tronco encefálico si lo estipulado más arriba en (A) y (B) se ha cumplido. Existen seis pruebas para confirmar la pérdida de los reflejos del tronco encefálico y una para confirmar la presencia de apnea persistente.

1. *Ninguna respuesta pupilar a la luz.* Se debe usar una luz potente. Las pupilas no deben estar necesariamente en posición de dilatación. Obviamente hay que descartar la posibilidad de que se haya administrado atropina u otra droga midriática o miótica.
2. *Ningún reflejo de la córnea.* Con preferencia, se usará para la prueba una torunda estéril de garganta más que un fragmento de algodón hidrófilo.
3. *Ninguna respuesta motor de los pares craneales* como reacción a un estímulo adecuado ya en el área del trigémino o de los miembros. El estímulo al trigémino se puede aplicar con presión de la muesca supraorbital, el lóbulo de la oreja o el periostio de la mandíbula; el estímulo de los miembros se puede aplicar con flexión aguda pasiva del dedo gordo o ejerciendo presión en la uña de un dedo de la mano, usando el propio dedo pulgar contra el costado de un lápiz.

Debe insistirse en que los reflejos de la médula espinal *no* se pierden necesariamente en los casos de muerte del tronco encefálico y pueden persistir aun cuando haya cesado por entero la circulación de la sangre. Ocasionalmente, se pueden dar reflejos espinales exagerados aun cuando se haya confirmado, sin lugar a dudas, la muerte del tronco encefálico.

Por otra parte, la presencia de posturas decorticadas o decerebradas indica que la vida continúa en el tronco del cerebro, como también el hecho de que se produzcan convulsiones o ataques. En tales casos, no hay ninguna indicación para que se efectúe una prueba de muerte del tronco encefálico.

4. *Ningún reflejo de náusea o respuesta a estímulo traqueal o bronquial.* Por regla general esto sería notado por los enfermeros al succionar la tráquea y bronquios por medio del tubo endotraqueal.
5. *Ningún reflejo óculo-cefálico.* Este reflejo depende de las mismas vías del tronco encefálico, como el reflejo vestibulo ocular descrito más abajo. Como puede efectuarse con rapidez puede ser útil hacerlo en primer lugar: si se demuestra actividad del tronco encefálico, no es necesario llevar a cabo ninguna otra prueba. Se vuelve la cabeza por completo hacia un lado, se mantiene en esta posición durante tres o cuatro segundos y luego se le da la vuelta hacia el otro lado a unos 180°. Se observan los ojos durante todo el proceso; en el paciente que está perfectamente alerta los ojos siguen a la cabeza en una fracción de segundo. En el paciente con muerte cerebral, la cabeza y los ojos se mueven como unidad. (Estos dos resultados se distinguen prácticamente con facilidad). En el paciente con lesión cerebral, pero con un tronco encefálico vivo puede darse una desviación momentánea de los ojos hacia el lado opuesto de

la rotación de la cabeza. No debería realizarse esta prueba cuando se sospecha que haya una fractura de vértebras cervicales.

6. *Ningún reflejo vestibulo-ocular.* No aparece ningún movimiento del ojo o de los dos ojos si se inyectan despacio 20 cc de agua helada en la membrana timpánica de cada lado. Antes de realizar esta prueba conviene asegurarse de que el tambor no esté cubierto de cera. El médico puede preferir no realizar esta prueba en un oído con clara perforación timpánica o con otorrea de fluido cerebro-espinal.

#### 7. Prueba para determinar la persistencia de apnea:

- Comprobación de los gases en sangre. Si la PaCO<sub>2</sub> no se halla dentro de los límites normales hay que ajustar el ventilador hasta que la PaCO<sub>2</sub> sea de 36-44 mm Hg (5,8-5,8 k Pa).
- Desconectar el ventilador. Administrar O por medio de un catéter en el tubo endotraqueal a una velocidad de 6 litros por minuto. O bien, preferentemente, administrarlo directamente en el sistema respiratorio a través de la sonda endotraqueal.
- Comprobar de nuevo la concentración de gases en sangre a los diez minutos. La PaCO<sub>2</sub> tendría que haber subido a 55 mm Hg (7,3 k Pa) o más y haberse instaurado acidemia.

Si a pesar del aumento de PaCO<sub>2</sub> no aparece ningún signo de respiración espontánea, la prueba será positiva.

Si el paciente ha padecido una insuficiencia respiratoria crónica debe darse margen para una disminución de sensibilidad a una PaCO<sub>2</sub> elevada. En algunas ocasiones será necesaria la colaboración de un experto en este tipo de problemas.

## REPETICIÓN DE PRUEBAS Y TIEMPO

En los primeros tiempos del diagnóstico de muerte cerebral existía una comprensible resistencia en aceptar la posibilidad del diagnóstico de muerte cerebral irreversible aun cuando continuara la circulación sanguínea. Para despejar estos miedos se hizo costumbre repetir las pruebas descritas en C después de un intervalo de varias horas. Sin embargo, si las condiciones que hemos descrito en el apartado A y las exclusiones señaladas en el apartado C se observan rigurosamente, parece ilógico repetir las pruebas del apartado C. Esto se reconoce en la declaración de la *Conference of Medical Royal Colleges* y sus Facultades de Medicina en el Reino Unido (1976) al establecer que la repetición es innecesaria cuando «puede resultar obvio que la condición es irremediable en el transcurso de unas horas cuando exista una lesión primaria intracraneal como puede ser por ejemplo una lesión craneal; una hemorragia espontánea intracraneal o después de neurocirugía». Por otra parte, una lesión cerebral hipóxica secundaria o un paro cardíaco o un problema respiratorio agudo o lesión cerebral causada por embolia gaseosa o grasa son más difíciles de valorar y debe concederse más tiempo para ver la posibilidad de recuperación.

En estos casos se dejarán transcurrir 24 horas, por lo menos, antes de que se realicen por primera vez las pruebas C, que podrán repetirse varias horas más tarde. Lo que empieza como un claro problema de lesión traumática cerebral se puede complicar por este incidente y debe considerarse la existencia de capacidad para la recuperación.

Normalmente las pruebas C son fáciles de realizar e inter-

pretar y en las mismas no puede aceptarse el error. Sin embargo, si el paciente con herida en la cabeza tiene conjuntamente severas heridas faciales, del oído externo o del tímpano, la prueba para los reflejos del tronco encefálico puede ser difícil y requerir su repetición.

## DECLARACIÓN DE MUERTE

La prueba de la apnea es la última que debe llevarse a cabo. Si el resultado es positivo y no hay indicación de repetir la prueba o bien aparece positivo al realizar la primera comprobación, se ha de declarar al paciente muerto, y la hora anotada con exactitud. Si el paciente ha de ser un donante de órganos el ventilador se conectará de nuevo. Algunas unidades prefieren siempre conectar de nuevo, por poco tiempo, el ventilador, hasta que los miembros de la familia del muerto han comprendido completamente la situación y se les ha dado la oportunidad de estar presentes, si así lo desean, a la extubación final, etc.

## QUIÉN DEBE REALIZAR LOS TESTS C

Es costumbre que dos médicos confirmen las pruebas —uno puede ser el médico adjunto (consultant) y el otro un médico con un mínimo de cinco años de experiencia con pacientes en un hospital de agudos.

### Lo que se necesita comprobar

El proceso que determina la muerte cerebral, como ha sido descrita arriba (A, B y C) puede parecer pesado, pero se puede conseguir de modo efectivo en un corto período de tiempo por un consultor con experiencia. Muchas unidades de cuidados intensivos emplean una lista de lo que hay que comprobar y que deben rellenar en todos estos casos los médicos encargados de la unidad. Un ejemplo de esta lista ha sido añadida a este informe. Esta lista tiene ventajas obvias para todas las unidades pero de modo especial para las unidades de menor envergadura donde los problemas se presentan con menor frecuencia.

### Electroencefalografía

Se ha dejado deliberadamente para el final la mención de esta investigación. Todos los que suscriben este memorándum están de acuerdo que el EEG *no* es necesario para el diagnóstico de muerte del tronco encefálico.

## CIRUGÍA DE TRASPLANTE

1. Puede ser prudente repetir las pruebas C en todos los casos —incluso dentro de una hora, antes de hacer una declaración formal de muerte.
2. Los médicos que certifican la muerte del tronco del cerebro no deberían tomar parte en ningún procedimiento de trasplante que se proponga.
3. Cuando la última prueba de apnea ha dado un resultado positivo y el paciente ha sido declarado muerto, el ventilador debe ser conectado de nuevo y se informa al equipo de

Ficha de Muerte Cerebral      Nombre .....  
 Dirección .....  
 Fecha de nacimiento .....

### LISTA PARA LA COMPROBACIÓN DE LOS CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE MUERTE CEREBRAL

Doctor A: .....      Doctor B: .....  
 Posición: .....      Posición: .....

#### PRE-CONDICIONES

Condición que condujo a lesión cerebral irremediable. Condición .....

Fecha y hora del comienzo de la pérdida de reflejos del tronco encefálico .....

¿Se han excluido las causas que producen la ausencia de los reflejos del tronco encefálico y que son potencialmente reversibles?:

	Dr. A	Dr. B
Drogas sedantes	_____	_____
Drogas bloqueadas neuromusculares	_____	_____
Hipotermia	_____	_____
Trastornos metabólicos o endocrinos	_____	_____

#### PRUEBAS DE AUSENCIA DE FUNCIÓN DEL TRONCO ENCEFÁLICO

	Dr. A	Dr. B
Ausencia de respuesta motora en las áreas correspondientes a los nervios craneales en respuesta a una adecuada estimulación somática	_____	_____
Ausencia de reflejo pupilar	_____	_____
Ausencia de reflejo corneal	_____	_____
Ausencia de movimiento ocular en la prueba de calor	_____	_____
Ausencia de desviación ocular en el reflejo óculo-cefálico	_____	_____
Ausencia del reflejo de ahogo	_____	_____
Ausencia del reflejo de tos	_____	_____
Ausencia de movimiento respiratorio en la prueba de oxigenación en apnea	_____	_____

Fecha y hora de la primera prueba .....

Fecha y hora de la segunda prueba .....

#### DECLARACIÓN DE MUERTE

Fecha y hora .....

Dr. A. Firma .....      Dr. B. Firma .....

Consultores encargados del paciente .....

trasplante. La fisiología permanece igual con las modificaciones que el equipo de trasplante aconseje. El objetivo que se persigue es mantener la máxima viabilidad de los órganos para el trasplante.

4. La mayoría de los casos con órganos apropiados para el trasplante son los de lesiones de cráneo o hemorragia subaracnoidea —casos en los que el diagnóstico de muerte del tronco encefálico con toda probabilidad no ha de causar problemas.

#### Lista de los que suscriben este memorándum

*Chairman:* Eoin O. Malley, Professor Emeritus of Surgery, University College Dublin.

*Médicos:* Dr. M. I. Drury, President, Royal College of Physicians in

Ireland. Muir X. FitzGerald, Professor of Medicine, University College Dublin, Consultant in Respiratory Medicine, St. Vincent's Hospital, Dublin.

*Cirujano:* Mr. D. Kneafsey, Vice-President, Royal College of Surgeons in Ireland.

*Anestesistas:* Anthony J. Cunningham, Professor of Anaesthesia, Royal College of Surgeons in Ireland. Dr. Dermot Phelan, Consultant in Anaesthesia, Mater Hospital, Dublin.

*Neurólogos:* Dr. D. M. Hutchinson, Consultant Neurologist, St. Vincent's and Adelaide Hospitals. Dr. Sean Murphy, Consultant Neurologist, Beaumont and Mater Hospitals.

*Neurocirujanos:* Mr. Ted Buckley, Consultant Neurosurgeon, Regional Hospital, Cork. Mr. Jack Phillips, Consultant Neurosurgeon, Beaumont Hospital.

*Cirujanos pediatras:* Barry O'Donnell, Professor of Paediatric Surgery, Royal College of Surgeons in Ireland, Consultant, Our Lady's Hospital for Sick Children, Crumlin, Dublin.

## 9.3 EL FETO CON ANENCEFALIA\*

### *Grupo Médico de Trabajo sobre la Anencefalia*

Recientemente la condición de anencefalia ha recibido una considerable atención en discusiones médicas, éticas, religiosas y profanas. La razón primordial de estas discusiones y de la preparación de este documento ha sido el interés por el trasplante de órganos procedentes de fetos con anencefalia. Para abordar esta materia de manera lógica, es preciso diferenciar problemas éticos, legales, y otras materias. Este documento presenta un consenso, limitado a temas médicos, entre organizaciones de médicos al cuidado de fetos y de neonatos con anencefalia.

#### DEFINICIÓN

La anencefalia consiste en la ausencia congénita de la mayor parte del cerebro, cráneo y cuero cabelludo, con una génesis que empieza en el primer mes de la gestación. La primera anomalía se debe a un fallo en la neurulación craneal, proceso embrionario que separa los precursores de la parte anterior del cerebro del fluido amniótico<sup>1</sup>.

En la anencefalia, el tejido neural craneal queda expuesto sin estar cubierto por hueso o por piel. Aunque es posible que en los hemisferios cerebrales ocurra algún desarrollo a pesar del trastorno en la neurulación, la destrucción del tejido expuesto ocurrirá más adelante, produciendo una masa fibrótica hemorrágica de neuronas y glía sin ningún córtex funcional. La cantidad y la extensión de la desorganización del tejido

neural, además de la del córtex, oscila desde poca o ninguna hasta una desorganización total en todos los niveles cerebrales y en ocasiones en la médula espinal. Esta variación puede estar relacionada a la etiología del desarrollo deficiente, al tiempo postconcepcional en la que comienza, o a ambas cosas. Sin embargo, el intervalo después de la concepción en el que comienza el proceso se reduce a las primeras semanas de gestación, y a las diez semanas el proceso ha avanzado suficientemente para ser característico. A causa de las variaciones en el proceso embriológico, la anencefalia se manifiesta de diferentes maneras. La protuberancia de tejido neural, claramente anormal a través de la apertura del hueso deforme se llama exencefalia, y se observa con más frecuencia en embriones y fetos, antes que la protuberancia del tejido disminuya (2.3). En algunos embriones, antes de la degeneración puede existir un córtex cerebral anormal laminado. Los fetos en estadios más avanzados de desarrollo o neonatos anencefálicos pueden tener pequeños focos de córtex cerebral histológicamente normal<sup>5</sup> o conductos del olfato<sup>6</sup>.

Anencefalia *no* significa la ausencia completa de cabeza o cerebro. La magnitud de la lesión craneal ha sido usada para clasificar a subtipos; sin embargo los términos meroacrania y holoacrania, usados ordinariamente, resultan ambiguos e imprecisos<sup>7</sup>.

#### ANOMALÍAS ASOCIADAS CRANEOFACIALES

Varias estructuras del sistema nervioso, incluyendo el diencéfalo y los nervios ópticos, el cerebelo, el tronco encefálico, la médula espinal, pueden también presentar malformaciones. Otras anomalías relacionadas incluyen el diprosopus, las orejas bajas, el puente nasal achatado, y la fisura palatina. También se dan con frecuencia opacidades corneales, microftalmia y exoftalmos.

\* *The New England Journal of Medicine* 1990; 322; 669-74.

## ÓRGANOS NO NEURALES EN LA ANENCEFALIA

Del 13 al 33 % de los fetos que nacen con anencefalia presenta defectos en órganos no neurales (11.12). Estos defectos son relevantes por dos razones: pueden complicar el cuidado del neonato, y pueden perjudicar e inutilizar los órganos para trasplantes.

Importantes defectos del sistema cardiovascular que impedirían el trasplante de corazón se observan en un 4 al 15 % de fetos anencefálicos nacidos con vida. Entre estos defectos se hallan el síndrome hipoplásico del corazón izquierdo, la coartación de la aorta, el tronco arterioso persistente, la atresia pulmonar, el único ventrículo, y otros grandes defectos del septo. A todo esto hay que añadir que del 2 al 31 % de los fetos con anencefalia presentan otras anomalías de desarrollo de menor importancia, tales como la arteria umbilical única, el ductus arteriosus persistente, y el foramen oval abierto. La hipoplasia generalizada del corazón ocurre entre un 4 a 16 %. Heteropias neurales, muy probablemente adquiridas a causa del fluido amniótico, pueden darse en el pulmón. Se ha observado pulmones hipoplásicos en un porcentaje de un 5 al 34 % de fetos con anencefalia, hernia del diafragma de un 2 al 6 % y defectos en la pared abdominal del 1 al 16 %. La rotación defectuosa de los intestinos se ha apreciado del 1 al 9 %. Entre las deformaciones de importancia de los conductos urinarios se incluyen el riñón en forma de herradura (0 a 2 %) hidronefrosis (1 a 16 %), riñones poliústicos o displásicos (1 a 3 %) y agenesia renal unilateral o bilateral (0 a 1 %). Los defectos no craneales del esqueleto son comunes (2 a 60 %). Otros defectos incluyen la ausencia de la pituitaria hasta un 53 % de los casos e hipoplasia de las cápsulas suprarrenales incluso hasta el 94 %. La hiperplasia de los islotes pancreáticos se observa en el 16 %.

## DIAGNÓSTICO

### In utero

El diagnóstico de la anencefalia puede hacerse en el útero con alto grado de certeza. Sin embargo puede que no sea posible en todos los casos distinguir entre la anencefalia y cualquier otra anomalía severa de la cabeza. El nivel de la alfa-proteína del suero materno se eleva en el 90 % de los casos y la presencia de la acetilcolinesterasa en la electroforesis ocurre virtualmente en todos los casos (13.20). La ultrasonografía de alta resolución en casos de diagnóstico prenatal de anencefalia es de gran confianza. El diagnóstico por medio del ultrasonido se basa en la ausencia de la parte superior de la bóveda craneal. Por encima del nivel de las órbitas, donde normalmente se perciben los hemisferios cerebrales, o no hay tejido o hay una masa indefinida de densidad heterogénea. El hidramnios puede complicar estos embarazos. En las experiencias combinadas de seis centros, se han detectado más de 130 casos, sin ningún diagnóstico falso positivo (22.23). En manos de un ecografista experimentado no deberían darse falsos negativos. El diagnóstico diferencial incluye lesiones como la desmineralización del cráneo, la microcefalia y las lesiones neurales relacionadas, que se mencionarán más abajo. Se puede sospechar la existencia de bandas amnióticas si aparecen anomalías ultrasonográficas.

Para fines de asesoramiento genético y reproductor y de información epidemiológica, el diagnóstico debería ser con-

firmado por un observador experimentado, tan pronto como tiene lugar un aborto o el parto de un feto muerto.

### Postnatal

La apariencia externa de un feto anencefalo es única, y el diagnóstico puede hacerse con certeza virtual si se cumplen todos los criterios que siguen:

- Falta gran parte de su cráneo.
- El cuero cabelludo que se extiende hasta el borde del hueso, no cubre el defecto craneal.
- Queda expuesto un tejido fibroso hemorrágico como consecuencia de los defectos del cráneo y del cuero cabelludo.
- Ausencia de hemisferios cerebrales reconocibles.

Se han descrito errores de diagnóstico en la literatura, en los programas de control, y en nuestro grupo de trabajo a través de encuestas en programas de formación pediátrica. Lesiones cubiertas por el cuero cabelludo como las que se dan en casos de microcefalia, encefalocele, atelencefalia<sup>24</sup>, holoprosencefalia, e hidranencefalia, no se ajustan a los criterios mencionados antes. Lesiones de la piel sin afectar el hueso, como la aplasia del cutis, tampoco se ajustan a aquellos criterios. Los defectos que no llegan a la parte anterior del cráneo (iniencefalia) no se ajustan a los criterios.

Algunos pacientes muy especiales se hallan en una *zona gris* en la que no se ve con claridad si se les puede aplicar el diagnóstico de anencefalia. El consenso de nuestro grupo de trabajo es que el diagnóstico debería reservarse para los pacientes que reúnen los cuatro criterios mencionados arriba. Por ejemplo, no creemos se pueda aplicar el diagnóstico en los dos casos siguientes: primero, cuando existe una lesión secundaria en la piel, hueso, o en ambos después de desarrollarse el cerebro, como puede suceder con el síndrome de bandas amnióticas o con la rotura de un encefalocele; y segundo, cuando el defecto del hueso es de tamaño pequeño, lo que impide la inspección de posibles tejidos internos.

Iniencefalia es un fallo grave de la neurulación con el tejido neural expuesto (cerebro posterior y cervical) y con defectos del hueso occipital y de las vértebras cervicales, lo que produce una desviación facial hacia arriba. La iniencefalia por sí misma no afecta al hueso frontal o al cerebro anterior. Muchos pacientes, sin embargo, tienen anencefalia asociada<sup>25</sup>. La iniencefalia, con o sin anencefalia asociada, lleva a la muerte en el útero o poco después del parto.

## ETIOLOGÍA

La causa de la anencefalia es generalmente desconocida. Los datos sugieren una etiología poligénica o multifactorial. Las asociaciones reconocidas incluyen anomalías cromosómicas y factores mecánicos. Los factores mecánicos que causan trastornos en los procesos normales del desarrollo incluyen bandas amnióticas y adherencias fetales en la placenta. Para el desarrollo de la anencefalia, es preciso que estas condiciones ocurran antes de la inducción del desarrollo cerebral; si ocurren más tarde, pueden darse con preservación del cerebro. Factores geográficos poco comprendidos (lo que se refleja, por ejemplo, en la incidencia en la costa del este de los Estados Unidos y en la costa del oeste de las regiones de Europa), y la historia obstétrica materna influyen en la incidencia y quizás en las causas de la anencefalia. La incidencia de la anen-

cefalia aumenta en los mellizos. Diversos factores maternos han sido asociados con la anencefalia, incluyendo la hipertermia y deficiencias de folatos (27.28) zinc, y cobre.

## CURSO CLÍNICO

### In utero

El embarazo de un feto con anencefalia conlleva mayor riesgo para la madre y el feto. La incidencia de deformaciones fetales congénitas es de un 13 a un 41 %, aproximadamente el 65 % de fetos con anencefalia mueren en el útero. La anencefalia tiende a estar asociada a polihidramnios y a partos prematuros: el peso al nacer puede crear confusión a no ser que se corrija por la reducción del tejido craneal. El parto y el parto van comúnmente asociados a una posición fetal inestable (dilatación defectuosa o distocia) y a hemorragias después del parto. El feto corre peligro durante el parto por el trauma que sufre la lesión craneal que queda expuesta y por la isquemia debida a una separación prematura de la placenta.

Al detectarse la anencefalia en un programa de criba prenatal sigue por regla general la terminación del embarazo, disminuyendo de modo muy significativo la incidencia de neonatos con anencefalia. En Sheffield, Inglaterra, la incidencia disminuyó en cuarenta veces en un periodo de 12 años<sup>29</sup>. En Massachusetts, desde 1972 hasta casi bien entrado 1985, el 47 % de los fetos anencefálicos nacieron con vida, el 53 % nacieron muertos, y no se dieron abortos provocados; en los años 1986 y 1987, después de la introducción de la criba prenatal, el porcentaje fue de tres nacidos con vida y siete muertos, y el 90 % abortaron<sup>30</sup>. En el programa de criba del estado de California en el mes de junio de 1988 se identificaron 243 fetos con anencefalia, y se supo el resultado de 230 embarazos: aborto inducido 79 %, nacimientos con vida 11 %, nacidos muertos un 10 % (Lustig, L.: comunicación personal).

### Postnatal

La mayoría de casos de neonatos con anencefalia que se han descrito han muerto durante los primeros días después del nacimiento. De tres largas series, ninguno vivió más de una semana<sup>11</sup> en la primera serie; el 5 %<sup>31</sup> en la segunda, y el 9 %<sup>33</sup> en la tercera. Con nuestros criterios de diagnóstico, el período más largo de supervivencia que podríamos confirmar es de dos meses<sup>33</sup>. Se conocen informes de supervivencia de tres y catorce meses<sup>34</sup>. Estos datos son confusos por dos tipos de problemas. Primero, es infrecuente que la larga supervivencia esté bien documentada por lo que se refiere a la certeza del diagnóstico. Segundo, las muertes en los primeros días supone, en diversos grados, el no haberse administrado un tratamiento que hubiese podido prolongar la vida. En la mayoría de los casos el paro cardio-respiratorio ocurre aparentemente antes que cesen las funciones del tronco encefálico. Esto puede ser debido a una variedad de mecanismos, incluyendo defectos de funcionamiento endocrino, hipotensión, hipopnea, aspiración, hipotermia, o infección. Se presume que muchas de estas complicaciones podrían tratarse eficazmente. Se desconoce cuanto tiempo estas criaturas podrían sobrevivir con tratamiento intensivo neonatal estándar. Una experiencia reciente demuestra que, a neonatos a quienes se administró un apoyo máximo, muchos se fortalecieron y la mayoría sobrevivió por lo menos una semana sin pérdida de las funciones del tronco encefálico<sup>33</sup>.

## EPIDEMIOLOGÍA

Se calcula que la incidencia de la anencefalia en los Estados Unidos durante este siglo ha oscilado de un 0,3 a un 7 ‰ nacimientos (35.36). Tales cálculos parecen depender de varios factores, algunos de ellos posiblemente causales y otros técnicos (debidos a problemas de determinación). Las cifras globales son más elevadas en las regiones del Noreste y Centro-norte, y más bajas en los estados con montañas y llanuras bajas<sup>37</sup>. Los Centros de Control de la Enfermedad calculan que la incidencia es de un 0,3 por cada mil nacimientos (con vida y sin ella) en el período de 1982 hasta 1985<sup>36</sup>. Cuando ocurre la anencefalia como única anomalía de importancia, se da un marcado predominio de mujeres<sup>38</sup> y un exceso de miembros de la raza blanca<sup>39</sup>. Se creyó que se desarrollaba una epidemia de anencefalia por los años 1930 en Boston y en Providence<sup>40</sup>; más tarde, los porcentajes bajaron (quizás con más rapidez entre las mujeres<sup>41</sup>, que inicialmente sufrían una mayor incidencia) y se niveló más tarde a mitades de los años 1940. El porcentaje ha permanecido estable a lo largo de los años en algunas regiones (42.43), e incluso ha crecido en otras<sup>44</sup>.

La incidencia de defectos del tubo neural (no simplemente anencefalia) en Gran Bretaña, se calcula, al principio de la octava semana de la gestación, en un 5,3 ‰ de los embarazos, con más de la mitad de los mismos terminando en aborto espontáneo<sup>45</sup>. Se cree que la criba prenatal, con el consiguiente aborto electivo ha ejercido una influencia de gran importancia en el decrecimiento de la incidencia de defectos del tubo neural (46.47); pero es difícil obtener datos que delimiten la extensión de este efecto. Los factores maternos (edad, paridad, mes del nacimiento y origen étnico), influencias ambientales (uso de drogas, estado socio-económico, infecciones, dieta, y la composición del agua potable) y datos genéticos (mayor incidencia en mellizos, y entre agregados familiares) emergen en algunos estudios como factores de riesgo pero no en otros, quizás debido a los reducidos números con los que se llevan a cabo estos estudios.

El 95 % de los fetos con anencefalia nacieron en familias sin antecedentes de defectos del tubo neural. Cuando ha nacido un feto con anencefalia, el riesgo sube en los embarazos posteriores, del 2 al 5 %.

La experiencia clínica y los datos epidemiológicos pueden usarse para calcular la incidencia anticipada de la anencefalia todos los años en los Estados Unidos. Si se asume una incidencia del 0,3 fetos con anencefalia vivos y muertos por cada mil nacimientos, nacen mil cincuenta niños con anencefalia. Si la criba y el aborto inducido se practican con uniformidad, la incidencia de neonatos vivos con anencefalia sería menos de cien casos cada año en los Estados Unidos.

## FUNCION NEUROLÓGICA

Neonatos con anencefalia, a quienes faltan las funciones del córtex cerebral, permanecen permanentemente inconscientes. Las funciones del tronco encefálico se hallan presentes en diferentes grados de variación. Generalmente, con menos funciones del tronco encefálico en los casos más severos. El déficit funcional es con frecuencia menos severo con defectos congénitos, que el que correspondería a una alteración parecida con tejidos normales ya completamente formados. Muchas funciones neurológicas se mantienen en los anencefálicos re-

cién nacidos con vida, aun cuando grandes extensiones del tronco encefálico puedan sufrir defectos de formación. Algunas funciones del tronco encefálico parecen estar ausentes cuando en realidad no lo están. Los órganos sensoriales especiales y los músculos faciales son con frecuencia deformes, impidiendo recepciones y respuestas del sistema nervioso; esto puede perjudicar la capacidad de medir reflejos intactos del sistema nervioso central que dependen de esta interacción.

En una serie de doce neonatos con anencefalia y respiración espontánea, todos tenían movimiento espontáneo en las extremidades y mioclonía de sobresalto. Muchos signos neurológicos normales se hallaban ausentes: el reflejo pupilar a la luz (en 7 de 12), los movimientos espontáneos oculares (8 de 10), la respuesta oculocefálica (6 de 12). Los reflejos de tono y tendón aumentaban en la mayoría<sup>33</sup>.

Muchos comportamientos de los recién nacidos se han adscrito a la actividad de los hemisferios cerebrales; sin embargo, la presencia de estos comportamientos en neonatos con anencefalia indica su origen en el tronco encefálico. Estos comportamientos incluyen respuestas a estímulos nocivos (evitándolos, retirándose, o llorando), reflejos a la alimentación (hurgar, chupar, o tragar), reflejos respiratorios (respirar, toser, hipo), y muchas interacciones que llevan consigo el movimiento de los ojos, expresiones faciales observadas en recién nacidos con hemisferios cerebrales intactos<sup>46</sup>. La experiencia de otras lesiones cerebrales (48.49) indica que el sufrimiento que acompaña a estímulos nocivos (dolor) es una interpretación cerebral del estímulo; por consiguiente, se puede suponer que los fetos con anencefalia no son capaces de sufrir. Los agentes anestésicos pueden eliminar las respuestas subcorticales a estímulos nocivos pero no disminuyen o previenen necesariamente el sufrimiento.

## ANENCEFALIA Y EL ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE

Algunos han preguntado si los argumentos usados para justificar la extracción de órganos de fetos con anencefalia se aplicarían también a pacientes en estado vegetativo persistente. El Grupo Médico de Trabajo sobre la Anencefalia evita de modo explícito las cuestiones que puedan estar relacionadas con normas sobre el modo de proceder, pero ha pensado que puede ser una ayuda clarificar algunas distinciones médicas entre los dos estados.

El estado vegetativo persistente es un estado de inconsciencia permanente con pérdida de toda función del cerebro cortical, inconsciencia de uno mismo y del entorno, con ciclos en los que el sueño y la vigilia alternan<sup>48</sup>. Todos los neonatos anencefálicos están inconscientes de modo permanente y carecen de funciones del cerebro cortical. Es importante delinear algunas semejanzas y diferencias entre pacientes en estado vegetativo persistente y neonatos con anencefalia:

- a) Un estado de inconsciencia permanente (una pérdida o ausencia de toda función del córtex).
- b) Respuestas reflejas al dolor, probablemente sin capacidad de experimentar sufrimiento; y
- c) Ciclos de sueño y vigilia (aunque éstos no se observen en la mayoría de neonatos con anencefalia).

Las dos condiciones se diferencian como sigue:

- a) La anencefalia es una deformación embriológica presente al nacer; el estado vegetativo persistente es una condición

adquirida y que se debe a varias etiologías (trauma, hipoxia, isquemia, o un desorden metabólico).

- b) La extensión de la deformación neurológica en la anencefalia se observa con facilidad y claridad durante el examen clínico; la extensión del daño neurológico permanente en el estado vegetativo no es generalmente observable.
- c) La anencefalia puede ser diagnosticada con certeza, mientras que el diagnóstico del estado vegetativo persistente es más difícil.
- d) El pronóstico sobre la posibilidad de supervivencia es diferente: los pacientes en estado vegetativo persistente tienen a vivir por más tiempo —meses, años, y raras veces, décadas.

De todas maneras, en ambas condiciones la supervivencia puede depender del grado de apoyo médico que reciban.

## MUERTE CEREBRAL

Los neonatos con anencefalia carecen de funciones del córtex cerebral; las dificultades que se encuentran al documentar la muerte cerebral de otros recién nacidos no son relevantes en su caso (50-54) y por consiguiente, en los fetos con anencefalia no son necesarios el examen del riesgo cerebral ni los electroencefalogramas.

El examen de las funciones del tronco encefálico puede resultar confuso a causa de anomalías en el ojo, oído o nervios craneales<sup>46</sup>; la ausencia de funciones que se puedan demostrar puede ser más debida a estas anomalías que a la destrucción de los tejidos del tronco encefálico. Así pues, el diagnóstico de la muerte del tronco encefálico depende de la desaparición de funciones del mismo que habían existido con anterioridad, incluyendo la pérdida, durante un período de observación de al menos 48 horas, de la función comprobable de los nervios craneales, y movimientos espontáneos, y un test positivo de apnea. Las observaciones deberían llevarse a cabo sin confundir factores debidos a fármacos, hipotermia o hipertensión. Con los medios con los que comúnmente se dispone y especialmente ante la presencia de anomalías en el ojo y oído, puede que en algunos fetos con anencefalia no sea posible determinar la muerte solamente con criterios neurológicos.

## TRASPLANTE DE ÓRGANOS DE FETOS CON ANENCEFALIA<sup>33, 55, 72</sup>

En enero de 1989, el *United Network for Organ Sharing* inscribió en una lista a 241 pacientes menores de cinco años que esperaban el trasplante de riñón (83 pacientes), hígado (148 pacientes) de corazón o de corazón junto con pulmón (10 pacientes). La capacidad de dividir hígados de adulto en componentes de menor tamaño puede reducir la necesidad de la fuente de hígados de niños. Muchos niños con defectos de corazón o no viven lo suficiente para llegar a la lista de la red o no han sido tratados en uno de los pocos centros que actualmente practican al trasplante pediátrico de corazón. La reciente experiencia en estos centros cardíacos indica que la mitad de los candidatos al trasplante muere antes de que haya órganos disponibles. La primera experiencia sobre trasplantes de corazón en niños demuestra un 80 % de supervivencia en el primer año y de 66 % en dos años. El trasplante es el único tratamiento eficaz en muchas enfermedades pediátricas de corazón y de hígado. Las opiniones sobre el trasplante de

riñones pequeños varían; los trasplantes con éxito son posibles en los niños.

Los fetos con anencefalia son fuentes potenciales de órganos para trasplante. Puede que algunos no lo sean debido a su poco peso al nacer, sus deformaciones o la falta de estabilidad de las funciones vitales. Hay cuatro enfoques para la obtención de órganos de fetos con anencefalia para el trasplante.

1. El feto es colocado inmediatamente al nacer en sistemas de máximo apoyo vital. Se extraen los órganos tan pronto como es posible técnicamente, sin tener en consideración la presencia o ausencia de las diversas funciones del tronco encefálico (tanto si ha ocurrido o no la muerte cerebral). En un reciente estudio usando este enfoque, se extrajeron riñones de tres niños con anencefalia y se trasplantaron con éxito a cuatro receptores<sup>55</sup>; los riñones de los cuatro receptores funcionaban al cabo de tres años del trasplante.
2. El feto es colocado inmediatamente en sistemas de máximo apoyo vital al nacer y se somete a observación hasta que las funciones del tronco encefálico cesan. De seis fetos monitorizados durante siete días sólo uno de ellos perdió todas las funciones del tronco encefálico<sup>33</sup>. Los órganos de los fetos no fueron extraídos ni trasplantados, por problemas que surgieron al no encontrar un receptor apropiado.
- 3.A Se administra el feto un cuidado estándar (mínimo) hasta que surge hipertensión substancial, hipoxia o braquicardia, separadamente o combinados. En este momento, se coloca al feto en el sistema de máximo apoyo vital y es observado para determinar si se han perdido todas las funciones del sistema troncular. De siete niños monitorizados durante 7 días, solamente uno perdió todas las funciones del tronco encefálico, pero los órganos no fueron trasplantados por no encontrar un receptor apropiado<sup>33</sup>.
- 3.B Se da al feto un cuidado estándar (mínimo) hasta que ocurre un paro cardíaco. En este momento se reanima al feto, se le coloca en sistemas de máximo apoyo vital, y se le observa para determinar si ha perdido todas las funciones del tronco encefálico.
4. Se da al feto un cuidado estándar (mínimo) hasta que muere de paro cardio-respiratorio. Se extraen los órganos del cadáver y se usan para trasplante. Estos fetos con anencefalia han sido fuentes de córneas, de válvulas de corazón, y de riñones.

Repasando lo que se ha escrito y consultando a los médicos, nuestro grupo de trabajo pudo identificar a ochenta fetos con anencefalia que desempeñaron su papel en el protocolo de trasplante en 25 instituciones. Por varias razones, treinta y nueve de estos fetos no fueron usados como fuentes de órganos. De los cuarenta y uno restantes, treinta y siete suministraron riñones, y tres suministraron corazones para trasplante. (Un feto suministró dos riñones). Se recibieron informes del éxito de doce trasplantes renales, ninguno hepático y uno cardíaco con unos porcentajes de 30, 0, y 33 %, respectivamente.

El enfoque que se empleó para el trato de un feto con anencefalia fue determinado en 34 de 80 fetos (13 de los 41 fetos que fueron fuente de trasplante de órganos): en el contexto de los enfoques descritos más arriba, fueron: 1, tres; 2, ocho; 3.A, nueve; 3.B, tres; y 4, nueve (además de uno que nació muerto); y un feto con asístole e hipotermia. Los protocolos

de muerte cerebral se siguieron en 21 casos; la muerte cerebral ocurrió de la siguiente manera: los enfoques 1 y 4 no se pudieron aplicar; enfoque 2, 12 % de los fetos (1 de cada 8); enfoques 3.A y 3.B, 25 % (3 de cada 12). El porcentaje de trasplantes con éxito con estos enfoques varió: para el enfoque 1, 100 % (4 de cada 4); para el enfoque 2, 0 % (0 de 8); para el enfoque 3.A, 11 % (1 de 9); enfoque 3.B, 0 % (0 de 3); y para el enfoque 4, 11 % (1 de 9).

## DECLARACIÓN FINAL

El Grupo de Trabajo Médico sobre anencefalia pretende que este documento, que se limita sólo a temas médicos, se use en la importante tarea de analizar los temas sociales, legales y éticos en lo que se refiere a fetos con anencefalia.

*Reconocemos nuestra deuda a las siguientes personas por sus importantes contribuciones y revisiones críticas lo que no significa que suscriban o estén de acuerdo con el contenido del documento:*

George J. Annas, Boston; John Arras, New York; Keith W. Ashcraft, Elk Grove Village, Ill.; Stephen Ashwal, Loma Linda, Calif.; P. A. Baird, Vancouver, B. C. Canada; Fritz Beller, Iowa City, Iowa; Arthur Caplan, Minneapolis; Alexander M. Capron, Los Angeles; Graham W. Chance, London; James F. Childress, Charlottesville, Va.; F. Sessions Cole, St. Louis; John Dawson, London; Eugene F. Diamond, Maywood, Ill.; Rebecca Dresser, Cleveland; Patricia K. Duffner, Buffalo, N. Y.; William A. Engle, Indianapolis; Marvin A. Fishman, Houston; Alan R. Fleischman, Bronx, N. Y.; John Fletcher, Charlottesville, Va.; Robert M. Freedom, Toronto; John M. Freeman, Baltimore; Timothy C. Frewen, London, Ont.; Canada; William Goldie, Los Angeles; James E. Haddow, Scarborough, England; Michael R. Harrison, San Francisco; Alfred Healy, Elk Grove Village, Ill.; Debra K. Hearington, Richmond; Donald Hill, Vancouver, B. C. Canada; Farouk S. Idriss, Chicago; Muin J. Khoury, Atlanta; David R. Larson, Loma Linda, Calif.; Russell K. Lawson, Madison, Wis.; Ronald J. Lemire, Seattle; Nicholas J. Lenn, Charlottesville, Va.; Claire O. Leonard, Salt Lake City; John Lorber, Sheffield, England; Linda Lustig, Berkeley, Calif.; George G. Malkasian, Jr. Rochester, Minn.; Lester W. Martin, Cincinnati; Lisa A. Mayer, Chicago; Edward R. B. McCabe, Houston; Paul T. McEnery, Cincinnati; David G. McLone, Chicago; Philip T. Miner, Duluth, Minn.; Ntinios C. Myriantopoulos, Washington D. C.; Kathleen Nolan, Briarcliff Manor, N. Y.; William I. Norwood, Philadelphia; Shinichi Ohshima, Nagoya, Japan; Eugene W. Outerbridge, Montreal; Joyce L. Peabody, Loma Linda, Calif.; Richard J. Podell, Milwaukee; John A. Robertson, Austin, Texas; Jay H. Rosenberg, Minneapolis; Stuart Schneck, Denver; Anthony Shaw, Sylmar, Calif.; D. Alan Shewmon, Los Angeles; Shlomo Shinnar, New York; Thomas Starzl, Pittsburg; Claude Sureau, Paris; Robert D. Truog, Boston; Jeremiah G. Turcotte, Ann Arbor, Mich.; Richard Van Praagh, Boston; Walter Wadlington, Charlottesville, Va.; John Watts, Hamilton, Ont. Canada; and Roberta G. Williams, Los Angeles.

## BIBLIOGRAFÍA

1. MULLER, F. y O'RAHILLY, R.: *Cerebral dysraphia (future anencephaly) in a human twin embryo at stage 13*. Teratology 1984; 30:167-77.
2. PAPP, Z., CSECSEI, K., TOH, Z., POLGAR, K. y SZEIFERT, G. T.: *Exencephaly in human fetuses*. Clin. Genet. 1986; 30:440-4.
3. GANCHOW, D. y ORNOY, A.: *Possible evidence for secondary degeneration of central nervous system in the pathogenesis of anencephaly and brain dysraphia: a study in young human fetuses*. Virchows Arch [A] 1979; 384:285-94.
4. HUNTER, R. H.: *Extroversion of the cerebral hemispheres in human embryo*. J. Anat. 1934; 69:82-5.
5. URICH, H. y HERRICK, M. K.: *The amniotic band syndrome as a cause of anencephaly: report of a case*. Acta Neuropathol (Berl) 1985; 67:190-4.
6. PRICE, R. A., GILLES, F. H.: *Telencephalic remnants in simian and human anencephaly*. Arch. Pathol. 1971; 91:529-36.
7. CHAURASIA, B. D.: *Calvarial defect in human anencephaly*. Teratology 1984; 29:165-72.

8. DAVID, T. J. y NIXON, A.: *Congenital malformations associated with anencephaly and iniencephaly*. J. Med. Genet. 1976; 13:263-5.
9. DAVID, T. J., McCRAE, P. C., BOUND, J. P.: *Congenital malformations associated with anencephaly in the Fylde peninsula of Lancashire*. J. Med. Genet. 1983; 20:338-41.
10. SADOVNIK, A. D. y BAIRD, P. A.: *Congenital malformations associated with anencephal in liveborn and stillborn infants*. Teratology 1985; 32:355-61.
11. MELNICK, M. y MYRIANTHOPOULOS, N. C.: *Studies in neural tube defects*. II. Pathologic findings in a prospectively collected series of anencephalics. Am. J. Med. Genet. 1987; 26:797-810.
12. LEMIRE, R. J., BECKWITH, J. B. y WARKANY, J.: *Anencephaly*. New York: Raven Press. 1978.
13. *Maternal serum-alpha-fetoprotein measurement in antenatal screening for anencephaly and spina bifida in early pregnancy: report of U.K. Collaborative Study on Alpha-fetoprotein in Relation to neural-tube Defects*. Lancet 1977; 1: 1323-32.
14. BURTON, B. K., SOWERS, S. G. y NELSON, L. H.: *Maternal serum alpha-fetoprotein screening in North Carolina: experience with more than 12.000 pregnancies*. Am. J. Obstet. Gynecol. 1983; 146:439-44.
15. HADDOW, J. E. KLOZA, E. M., SMITH, D. E. y KNIGHT, G. J.: *Data from an alpha-fetoprotein screening program in Maine*. Obstet. Gynecol. 1983; 62:556-60.
16. MILUNSKI, A. ed.: *Genetic disorders ant the fetus: diagnosis, prevention, and treatment*. 2nd ed. New York: Plenum Press: 1986; 453-519.
17. FERGUSON-SMITH, M. A.: *The reduction of anencephalic and spina bifida births by maternal serum alpha-fetoprotein screening*. Br. Med. Bul. 1983; 39:365-72.
18. MACRI, J. N. y WEISS, R. R.: *Prenatal serum alpha-fetoprotein screening for neural tube defects*. Obstet Gynecol 1982; 59:633-9.
19. *Amniotic-fluid alpha-fetoprotein measurement in antenatal diagnosis of anencephaly and open spina bifida in early pregnancy: second report of the U.K. Collaborative Study on Alpha-fetoprotein in Relation to Neural-tube Defects*. Lancet 1979; 2:651-62.
20. *Report of the Collaborative Acetylcholinesterase Study. Amniotic fluid acetylcholinesterase electrophoresis as a secondary test in the diagnosis of anencephaly and open spina bifida in early pregnancy*. Lancet 1981; 2: 321-4.
21. *Ultrasound in pregnancy*. ACOG technical bulletin No. 116. Washington, D. C.: American College of Obstetricians and Gynecologists, 1988.
22. MURKIN, J. D. STENDEL-RUTKOWSKI, S. y SCHWINGER, E.: *Prenatal diagnosis of genetic disorders*. Stuttgart: Ferdinand Enke, 1979; 94-192.
23. CHERVENAK, F. A., FARLEY, M. A., WALTER, L., HOBBS, J. C. y MAHONEY, N. U.: *When is termination of pregnancy during the third trimester morally justifiable?* N. Engl. J. Med. 1984; 310:501-4.
24. RUDELLI, R. D.: *Anencephalic phenotype in the 13q-syndrome*. Arch. Pathol. Lab. Med. 1987; 111:896-7.
25. MOROCZ, I., SZCIFERT, G. T., MOLNAR, P., TOTI, Z., CSECSEI, K. y PAPP, Z.: *Prenatal diagnosis and pathoanatomy of iniencephaly*. Clin. Genet. 1986; 30:81-6.
26. SHIOTA, K.: *Neural tube defects and maternal hyperthermia in early pregnancy: epidemiology in a human embryo population*. Am. J. Med. Genet. 1982; 12:281-8.
27. MULINARE, J., CORDERO, J. F., ERICKSON, J. D. y BERRY, R. J.: *Periconceptual use of multivitamins and the occurrence of neural tube defects*. JAMA 1988; 260:3141-5.
28. SMITHELLS, R. W., SHEPARD, S., y SCHORCH, C. J.: *Folates and the fetus*. Lancet 1977; 1:955.
29. LORBER, J., WARD, A. M.: *Spina bifida — a vanishing nightmare?* Arch. Dis. Child. 1985; 60:1086-91.
30. MEDEARIS, D. N. Jr. y HOLMES, L.B.: *Anencephalic infants as organ donors; two unaddressed issues*. Am. J. Hum. Genet. 1989; 45; Suppl. A54, abstract.
31. BAIRD, P. A., y SADOVNIK, A. D.: *Survival in infants with anencephaly*. Clin. Pediatr. (Phila.) 1984; 23:268-71.
32. POMERANCE, J. J. y SCHIFRIN, B. S.: *Anencephaly and the 'Baby Doc' regulations*. Pediatr. Res. 1987; 21:373A, abstract.
33. PEABODY, J. L., EMERY, J. R., ASHWAL, S.: *Experience with anencephalic infants as prospective organ donors*. N. Engl. J. Med. 1989; 321; 344-50.
34. GIANELLI, D. M.: *Anencephalic heart donor creates new ethics debate*. American Medical News. November 6, 1987;3, 47-9.
35. ELWOOD, J. M. y ELWOOD, J. H.: *Epidemiology of anencephalus and spina bifida*. Oxford: Oxford University Press, 1980.
36. *Centers for Disease Control. Congenital malformations surveillance*. January 1982-December 1985, Washington, D. C.: Department of Health and Human Services, 1988.
37. KURTZKE, J. F., GOLDBERG, I. D. y KURLAND, L. T.: *The distribution of deaths from congenital malformations of the nervous system*. Neurology 1973; 23:483-96.
38. KHOURY, M. J., ERICKSON, J. D., JAMES, L. M.: *Etiologic heterogeneity of neural tube defects: clues from epidemiology*. Am. J. Epidemiol. 1982; 115:538-48.
39. TRICHOPOULOS, D., DESMIND, L., YEN, S., MACMAHEN, B.: *A study of time-place clustering in anencephaly and spina bifida*. Am. J. Epidemiol. 1971; 94:26-30.
40. MACMAHON, B., YEN, S.: *Unrecognised epidemic of anencephaly and spina bifida*. Lancet 1971; 1:31-3.
41. WINDHAM, G. C. y EDMONDS, L. D.: *Current trends in the incidence of neural tube defects*. Pediatrics 1982; 70:333-7.
42. ALTER, M.: *Anencephalus, hydrocephalus, and spina bifida: epidemiology, with special reference to a survey in Charleston*. S.C. Arch. Neurol. 1962; 7:411-22.
43. STEIM, S. C., FELDMAN, J. G., M. KLEIN, R. J.: *Is myelomeningocele a disappearing disease?* Pediatrics 1982; 69:511-4.
44. TURNBULL, C. D., SCURLETIS, T. D., DANIELSON, A. H.: *Anencephalus in North Carolina: a 25-year experience*. N. C. Med. J. 1977; 38:713-8.
45. CREASY, M. R., ALBERMAN, E. D.: *Congenital malformations of the central nervous system in spontaneous abortions*. J. Med. Genet. 1976; 13:9-16.
46. SHEWMON, D. A.: *Anencephaly: selected medical aspects*. Hastings Cent. Rep. 1988; 18(5):11-9.
47. STONE, D. H.: *The declining prevalence of anencephalus and spina bifida: its nature, causes and implications*. Dev. Med. Child. Neurol. 1987; 29:541-6.
48. *Position of the American Academy of Neurology on certain aspects of the care and management of the persistent vegetative state patient: adopted by the Executive Board*. American Academy of Neurology, April 21, 1988, Cincinnati, Ohio, Neurology 1989; 39:125-6.
49. LEVY, B. E., SIDTIS, J. J. y ROTTENBERG, D. A., et al.: *Differences in cerebral blood flow and glucose utilization in vegetative versus locked-in patients*. Ann. Neurol. 1987; 22:673-82.
50. *Task Force the Determination of Brain Death in Children. Guidelines for the determination of brain death in children*. Ann. Neurol. 1987; 21:616-7.
51. *Idem*. Guidelines for the determination of brain death in children. Neurology 1987; 37:1077-8.
52. *Idem*. Guidelines for the determination of brain death in children. Pediatrics 1987; 80:298-300.
53. *Idem*. Guidelines for the determination of brain death in children. Arch. Neurol. 1987; 44:587-8.
54. *Idem*. Guidelines for the determination of brain death in children. Pediatr. Neurol. 1987; 3:242-3.
55. HOLZGREVE, W., BELLER, F. K., BUCHHOLZ, B., HANSMANN, M. y KÖHLER, K.: *Kidney transplantation from anencephalic donors*. N. Engl. J. Med. 1987; 316:1069-70.
56. KING, L. R., GERBIE, A. G. y IDRISSE, F. S. et al.: *Human renal transplantation with kidney grafts from the newborn*. Invest Urol 1971; 8:622-8.
57. OHSHIMA, S., ONO, Y., KINUKAWA, T., MATSUURA, O., TSUZUKI, K. y ITOH, S.: *Kidney transplantation from an anencephalic baby: a case report*. J. Urol. 1984; 132:546-7.
58. SALVATIERRA, O. JR. y BELZER, F. O.: *Pediatric cadaver kidneys: their use in renal transplantation*. Arch. Surg. 1975; 110:181-3.
59. LAWSON, R. K., BENNETT, W. M., CAMPBELL, R. A., PIROFSKY, B. y HODGES, C. V.: *Hyperacute renal allograft rejection in the human neonate*. Invest. Urol. 1973; 10:111-9.
60. LAPLANTE, M. P., KAUFMAN, J.J., GOLDMAN, R. GONICK, H. C., MARTIN, D. C. y GOODWIN, W., E.: *Kidney transplantation in children*. Pediatrics 1970; 46:665-77.
61. FINE, R.N., KORSCH, B. M. y STILES, Q. et al.: *Renal homotransplantation in children*. J. Pediatr. 1970; 76:347-57.
62. FINE, R. N., *Renal transplantation of the infant and young child and the use of pediatric cadaver kidneys for transplantation in pediatric and adult recipients*. Am. J. Kidney Dis. 1988; 12:1-10.

63. GUTIÉRREZ-CALZADA, J. L., MARTÍNEZ, J. L. y BAENA, V. et al.: *En block kidney and bladder transplantation from an anencephalic donor into and adult recipient*. J. Urol. 1987; 138:125-6.
64. KANTROWITZ, A., HALLER, J. D., JOOS, H., CERRUTI, M. M. y CARSTENSEN, H. E. *Transplantation of the heart in an infant and an adult*. Am. J. Cardiol. 1968; 22:782-90.
65. KINNAERT, P., PERSIJN, G., COHEN, B. y VAN GEERTRUYDEN, J.: *Transplantation of kidneys from anencephalic donors*. Transplant Proc. 1984; 16:71-2.
66. GOODWIN, W. E., KAUFMANN, J. J. y MIMS, M. M. et al.: *Human renal transplantation*. J. Clinical experiences with 6 cases of renal homotransplantation. J. Urol. 1963; 89:13-24.
67. DNCKORN, K. RÖHL, L. y HORSCH, R.: *Use of double renal transplants from paediatric, cadaver donors*. Br. J. Urol. 1977; 49:361-4.
68. MOEL, D. I. y BURTT, K. M.: *Renal transplantation in children less than 2 years of age*. J. Pediatr. 1981; 99:535-9.
69. ARBUS, G. S., HARDY, B. E. y BALFE, J. W. et al.: *Cadaveric renal transplantation in children under 6 years of age*. Kidney Int. Suppl. 1983; 15:S111-S115.
70. BROEDEHL, J., OFFNER, G. PICHLMAYR, R. y RINGE, B.: *Transplantation in infants and young children*. Transplant Proc. 1986; 18 Suppl. 3:8-11.
71. COOLEY, D. A., HALLMAN, G. L., BLOODWELL, R. D., NOVA, J.J. y LEACHMAN, R. D.: *Human heart transplantation: esperience with twelve cases*. Am. J. Cardiol 1968; 22:804-10.
72. LITAKA, K., MARTIN, L. W., COX, J. A., McENERY, P. T. y WEST, C. D.: *Transplantation of cadaver kidneys from anencephalic donors*. J. Pediatr. 1978; 93:216-20.

Revista

**LABOR HOSPITALARIA**

**Boletín de suscripción**

**Año 1992**

Suscripción anual: cuatro números

España .....	Ptas. 2.500
Extranjero	
Correo ordinario .....	\$ 28
Correo aéreo: Europa .....	\$ 35
Resto países	\$ 38

Apellidos ..... Nombre .....

Calle ..... Número ..... Piso ..... Puerta .....

Código Postal ..... Población ..... Provincia o país .....

Teléfono ..... Profesión .....

**FORMA DE PAGO**

(indique con una X la forma de pago que le interese)

Por Giro Postal

Por cheque nominativo adjunto N.º .....  
a favor de LABOR HOSPITALARIA

Por Caja o Banco (rellenar la orden de pago)

Banco o Caja de Ahorros:

Titular de la cuenta:

C./Cte. N.º  Libreta N.º

Domicilio de la sucursal:

Población:  D.P.

Provincia:

Ruego a ustedes se sirvan tomar nota de que, hasta nueva indicación mía, deberán adeudar en mi cuenta los recibos que a mi nombre les sean presentados por la revista LABOR HOSPITALARIA, de Barcelona.

....., a ..... de ..... de .....  
Firma

Enviar esta hoja debidamente cumplimentada a:

**LABOR HOSPITALARIA**

Hermanos de San Juan de Dios - Carretera de Esplugas s/n - 08034 BARCELONA (Tel. 280 40 00)

JUAN PABLO II

al I Congreso sobre la Asistencia a los Moribundos

# 10. «ANTE EL MISTERIO DE LA MUERTE EL HOMBRE SE HALLA IMPOTENTE: VACILAN LAS CERTEZAS HUMANAS»

*Por su importancia del tema y por la incidencia que el mismo tiene para cuantos se hallan en el mundo de la salud, publicamos a continuación el discurso que el Papa pronunció ante los participantes al I Congreso Internacional sobre la Asistencia a los Moribundos el pasado 17 de marzo. Dicho Congreso fue organizado por el Centro de Bioética de la Universidad Católica italiana del Sagrado Corazón.*

Ilustres señores y señoras:

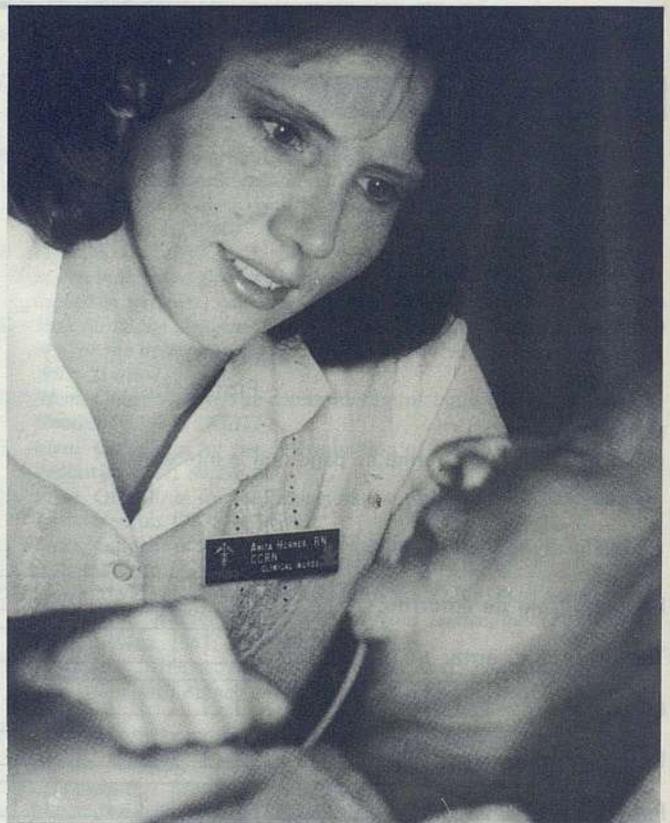
Me alegra acogerlos esta mañana, en audiencia especial, a todos vosotros, los organizadores y los participantes en el primer congreso internacional sobre el tema: «*La asistencia al moribundo. Aspectos socioculturales, médico-asistenciales y pastorales*», organizado por el Centro de Bioética que la Universidad Católica del Sagrado Corazón ha instituido en su seno ya desde el año 1985.

Os agradezco vuestra visita y doy a cada uno mi cordial bienvenida. En particular, dirijo un saludo agradecido a monseñor Elio Sgreccia, que se ha hecho intérprete de los sentimientos de todos vosotros.

Se eligió ese tema con la intención de ofrecer una respuesta clara y motivada a los muchos interrogantes y temores que rodean el acontecimiento de la muerte. En nuestra sociedad son raros los casos en que se está preparado para ese acontecimiento y, por ello, a lo largo de los trabajos del congreso, habéis tratado de poner de relieve los muchos y complejos aspectos de la problemática tan delicada que lo envuelve: se trata de aspectos sociológicos, clínicos y antropológicos; se trata también de repercusiones teológicas, éticas y pastorales.

## EL SENTIDO DE LA EXISTENCIA, ASUNTO FUNDAMENTAL

De la muerte surge el drama del ser humano: el hombre, frente a esa meta, no puede menos de plantearse la pregunta acerca del sentido de su existencia en el mundo. La literatura antigua y moderna, la filosofía, la sociología, la ética y la mo-



«Junto a la persona que se debate entre la vida y la muerte, hace falta, sobre todo, una presencia amorosa».

ral, el arte y la poesía, se interrogan acerca de un asunto tan fundamental e inevitable. Ahora bien, las respuestas a menudo resultan confusas, contradictorias o, incluso, desesperadas.

Toda persona busca el bienestar material, en ocasiones de forma afanosa, pero se encuentra, a su pesar, con el límite insalvable del sufrimiento y de la muerte; límite acompañado de incertidumbre y soledad, inquietud y angustia.

Ante el misterio de la muerte el hombre se halla impotente; vacilan las certezas humanas. Pero, precisamente frente a ese desafío, la fe cristiana, si se la comprende y escucha en toda su riqueza, se presenta como fuente de serenidad y paz. En efecto, a la luz del Evangelio, la vida del hombre asume una dimensión nueva y sobrenatural. Lo que parecía carecer de significado adquiere entonces sentido y valor.

## PUNTOS DE REFERENCIA SÓLIDOS Y CONVINCENTES

Cuando falla la referencia al mensaje salvífico de la fe y de la esperanza, y como consecuencia de ello se afloja el llamado de la caridad, hacen su aparición principios pragmáticos y utilitaristas, que llegan a teorizar como lógica e incluso justificable la supresión de la vida, si se la considera un peso para sí mismos o para los demás. Así, impulsada por algunas ideologías, amplificadas por los medios de comunicación social, la opinión pública corre el riesgo de tolerar o, incluso, justificar comportamientos éticos que se hallan en neto contraste con la dignidad de la persona: pensemos, por ejemplo, en el aborto, la eutanasia precoz de los recién nacidos, el suicidio, la eutanasia terminal y las múltiples y preocupantes intervenciones que atañen al campo genético.

Frente a casos especialmente dramáticos y desconcertantes, incluso los creyentes podrían quedar perplejos, si les faltan puntos de referencia sólidos y convincentes. Cuán necesario es formar las conciencias según la doctrina cristiana, evitando opiniones inciertas y dando respuestas adecuadas a dudas insidiosas, afrontando y resolviendo los problemas con una constante referencia a Cristo y al magisterio de la Iglesia.

## ACOGER, RESPETAR, PROMOVER Y DEFENDER LA VIDA

Con respecto al acontecimiento inevitable de la muerte, la Iglesia vuelve a proponer, basándose en la palabra de Cristo, su enseñanza perenne, válida hoy igual que ayer.

*La vida es don del Creador*, y es preciso gastarla al servicio de los hermanos, a los que, en el actual plan de salvación, siempre puede proporcionar un gran beneficio. Por ello, nunca es lícito alterar su curso, desde el inicio hasta su término natural. Al contrario, debe ser acogida, respetada, promovida con todos los medios y defendida de toda amenaza.

Es útil recordar, al respecto, cuanto afirmó la Congregación para la doctrina de la fe en la «*Declaración sobre la eutanasia*» del 5 de mayo de 1980: «Nada ni nadie puede autorizar la muerte de un ser humano inocente, sea feto o embrión, niño o adulto, anciano, enfermo incurable o agonizante. Nadie, además, puede pedir este gesto homicida para sí mismo o para otros confiados a su responsabilidad ni puede consentirlo explícita o implícitamente. Ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo. Se trata, en efecto, de una violación de la ley divina, de una ofensa a la dignidad de la persona humana, de un crimen contra la vida, de un atentado contra la humanidad» (n. II; cf. *L'Osservatore Romano*, edición en lengua española, 6 de julio de 1980, pág. 8).

Con respecto al así llamado «encarnizamiento terapéutico», que consistiría en el uso de medios extenuantes y pesados para el enfermo, condenándolo de hecho a una agonía prolongada artificialmente, la citada *Declaración* prosigue así:

«Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir sin embargo las curas normales debidas al enfermo en casos similares» (n. IV).

Por otra parte, la medicina dispone hoy de medios que permiten el alivio del dolor dentro del debido respeto a la persona del enfermo.

## EL MORIBUNDO NECESITA UNA PRESENCIA AMOROSA

La muerte es un momento realmente misterioso, un acontecimiento que es preciso rodear de afecto y respeto. Oportunamente, en el ámbito de vuestro congreso, habéis afrontado los problemas que implica la atención humana y espiritual a los pacientes que se hallan en la fase terminal.

Junto a la persona que se debate entre la vida y la muerte, hace falta, sobre todo, una presencia amorosa. La fase terminal, que en otros tiempos solía contar con la asistencia de los familiares en un clima de tranquilo recogimiento y de esperanza cristiana, en la época actual corre el peligro de desarrollarse con frecuencia en lugares llenos de gente y de movimiento, bajo el control de personal médico sanitario preocupado principalmente del aspecto biofísico de la enfermedad. Así, se afirma cada vez más el fenómeno de la *Medicalización de la muerte*, que en medida creciente suele considerarse poco respetuoso de la compleja situación humana de la persona que sufre.

La conciencia de que el moribundo se apresta a encontrarse con Dios para toda la eternidad debe impulsar a los familiares, a los seres queridos, al personal médico, sanitario y religioso, a acompañarlo en ese momento tan decisivo de su existencia con solicitud atenta a todo aspecto, incluido el espiritual, de su condición.

A los que se hallan enfermos y sobre todo a los moribundos —como he recordado con anterioridad en otras circunstancias— no les debe faltar el afecto de sus familiares, la atención de los médicos y enfermeros y el consuelo de sus amigos. La experiencia enseña que, por encima de los consuelos humanos, reviste una importancia fundamental la ayuda que le proporciona al moribundo la fe en Dios y la esperanza en la vida eterna.

## RESPONSABILIDAD Y VALENTÍA

Ilustres señores y señoras, con vivo aprecio hacia vuestro trabajo, os aliento a proseguir en el empeño de defender y promover la vida. Testimoniad el «evangelio de la vida». Sentíos responsables de este anuncio y proclamadlo «valientemente y sin ningún miedo —incluso con el riesgo de ir contra corriente— con las palabras y con las obras, a cada persona, a los pueblos y los Estados» (*Carta a todos los obispos* de la Iglesia después del Consistorio extraordinario del 4 al 7 de abril de 1991; cf. *L'Osservatore Romano*, edición en lengua española, 21 de junio de 1991, pág. 1).

Cuando curáis a un enfermo o defendéis la vida, prestáis con competencia y responsabilidad un servicio cualificado y cualificante a la humanidad. Os sostenga en esa misión la protección de María, Madre del Verbo encarnado, y os acompañe también mi bendición.

# 11. INFORMACIONES

**Pamplona (2 de octubre de 1992)**

## I JORNADAS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN NAVARRA

El Equipo de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Pamplona, que coordina el doctor Jesús Viguria, ha organizado las I Jornadas de Cuidados Paliativos en Navarra que se celebrarán en Pamplona el próximo mes de octubre.

El programa de dicha Jornada es el siguiente:

A las 9,00: *Apertura*. Hermano José L. Fonseca Bravo, Provincial de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

A las 9,30: Filosofía y Principios Generales de Cuidados

Paliativos. Doctor don Jaime Sanz Ortiz, Presidente de la SECPAL, Hospital Marqués de Valdecilla, Santander.

A las 10,45: *Terapéutica en Cuidados Paliativos*. Doctor don J. M. Núñez Olarte, Secretario de la SECPAL, Hospital Gregorio Marañón, Madrid.

A las 12: Descanso. Café.

A las 12,30: *Soporte emocional en Cuidados Paliativos*. Doctora doña Pilar Arranz Carrillo de Albornoz, Psicólogo, Servicio de Hematología, Hospital La Paz, Madrid.

A las 14: Descanso. Comida.

A las 16,30: *Organización General de Cuidados Paliativos*. Doctor don Xavier Gómez Batiste-Alentorn, Vicepresidente de la SECPAL, Hospital de la Santa Creu, Barcelona.

A las 17,45: Mesa Redonda.

A las 19,00: *Clausura*. Ilustrísimo señor Consejero de Salud del Gobierno de Navarra.

## Pontificio Consejo para la pastoral de los Agentes Sanitarios

*VII Conferencia Interprovincial (Ciudad del Vaticano, 19-21 de noviembre)*

### LAS PERSONAS DISMINUIDAS EN LA SOCIEDAD

Como ya viene siendo habitual, el Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios ha organizado la VII Conferencia Interprovincial, que tendrá lugar en la Ciudad del Vaticano del 19 al 21 del próximo mes de noviembre.

El tema elegido para este año es el de *Las Personas disminuidas en la Sociedad*, con el claro objetivo de abordar, de forma multidisciplinar y a cargo de relevantes expertos en la materia, todo lo que conforma el vasto mundo de las personas disminuidas y su relación con el tramado social en el que se inserta.

*Quienes se hallen interesados en asistir a dicha Conferencia pueden dirigirse a:*

**PONTIFICIUM CONSILIUM  
DE APOSTOLATU  
PRO VALETUDINIS ADMINISTRIS**

Via della Conciliazione, 3

00193 ROMA (Italia)

Teléfonos:

(06) 698 831 38 - 698 847 20 - 698 847 99

Fax: (06) 698 831 39



**Congresos ■ Cursos ■ Reuniones ■ Jornadas ■ Conferencias**

■ **II CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN EUROPEA DE CUIDADOS PALIATIVOS**

Del 19 al 22 de octubre de 1992  
Bruselas

*Información*

Prof. Christian Deckers  
Centre de Tumeurs, UCL  
Avenue Hippocrate 10  
1200 BRUSELS (Bélgica)  
Tel. 32/2/74647-67  
Fax 32/2/7645322

■ **II CONGRESO DE LA FEDERACIÓN DE SOCIEDADES ESPAÑOLAS DE ONCOLOGÍA**

Del 9 al 11 de diciembre de 1992  
Sitges (Barcelona)

*Información*

Inter-Congrés  
València, 333  
08009 BARCELONA  
Tel. (93) 459 35 65  
Fax (93) 459 44 68

■ **VI CONGRESO EUROPEO DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Del 26 al 31 de octubre de 1992  
Barcelona

*Información*

Inter-Congrés  
València, 333  
08009 BARCELONA  
Tel. (93) 459 35 65  
Fax (93) 459 44 68

■ **MASTER EN GERONTOLOGÍA SOCIAL**

Dos cursos lectivos  
De octubre a abril:  
Viernes, 17 a 21.30 h.  
Sábados, 9 a 13.30 h.

*Información*

Universidad de Barcelona  
Facultad de Pedagogía  
Av. Baldiri Reixach, s/n.  
Torre D, 2.º piso, Despacho 2  
08028 BARCELONA  
Tel. (93) 240 92 00 Ext. 3376  
Fax (93) 334 91 93

■ **MASTER EN ADMINISTRACIÓN SANITARIA**

Dos cursos lectivos  
40 días año/280 horas

*Información:*

Instituto Superior  
de Estudios Sanitarios  
Ctra. de Colmenar, km 9,100  
28034 MADRID  
Tel. (91) 336 86 39

■ **VI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN ANESTESIA-REANIMACIÓN**

Del 14 al 16 de octubre de 1992  
Teruel

*Información*

Grupo Geysco  
Mauricio Legendre, 4, ático 6  
28046 MADRID  
Tels. (91) 323 37 01 - 314 59 71  
Fax (91) 323 49 36

■ **V CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA**

Del 22 al 24 de abril de 1993  
Toledo

*Información:*

Viajes Toledo - Grupo Geysco  
Ciudad, 7  
45002 TOLEDO  
Tel. (925) 22 64 53  
Fax (925) 21 01 29

■ **XVII REUNIÓN DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA BIOLÓGICA**

Del 16 al 19 de junio de 1993  
Salamanca

*Información:*

Secretaría Grupo Geysco  
Facultad de Medicina  
de la Universidad de Salamanca  
Cátedra de Psicología Médica  
Av. del Campo Charro, s/n.  
37005 SALAMANCA  
Tels. (923) 29 45 38  
(91) 323 37 01  
Fax (923) 29 45 38  
(91) 323 49 36



**BANC DE SABADELL**

Fabricante de: Bombas de vacío para Laboratorio e Industria. Componentes y accesorios para vacío; Equipos de Liofilización para Investigación y Laboratorios.



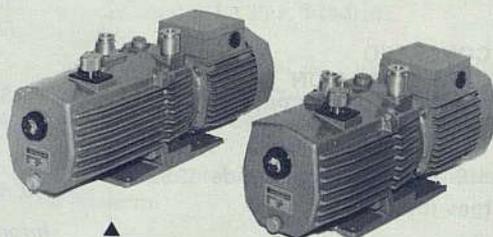
▲ Liofilizador experimental Modelo LIOALFA.

Equipos de secado al vacío.  
Autoclaves de esterilización por óxido de etileno.

Cabinas, Módulos y Salas estériles por flujo laminar.



▲ Cabina estéril por flujo laminar Modelo AH-100 ▶



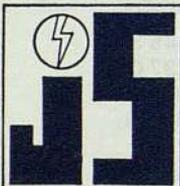
▲ Bombas de vacío a simple y doble efecto serie RS-RD

**GRUFAC**  
GRUPO DE FABRICANTES  
APARATOS CIENTÍFICOS

**TELSTAR**

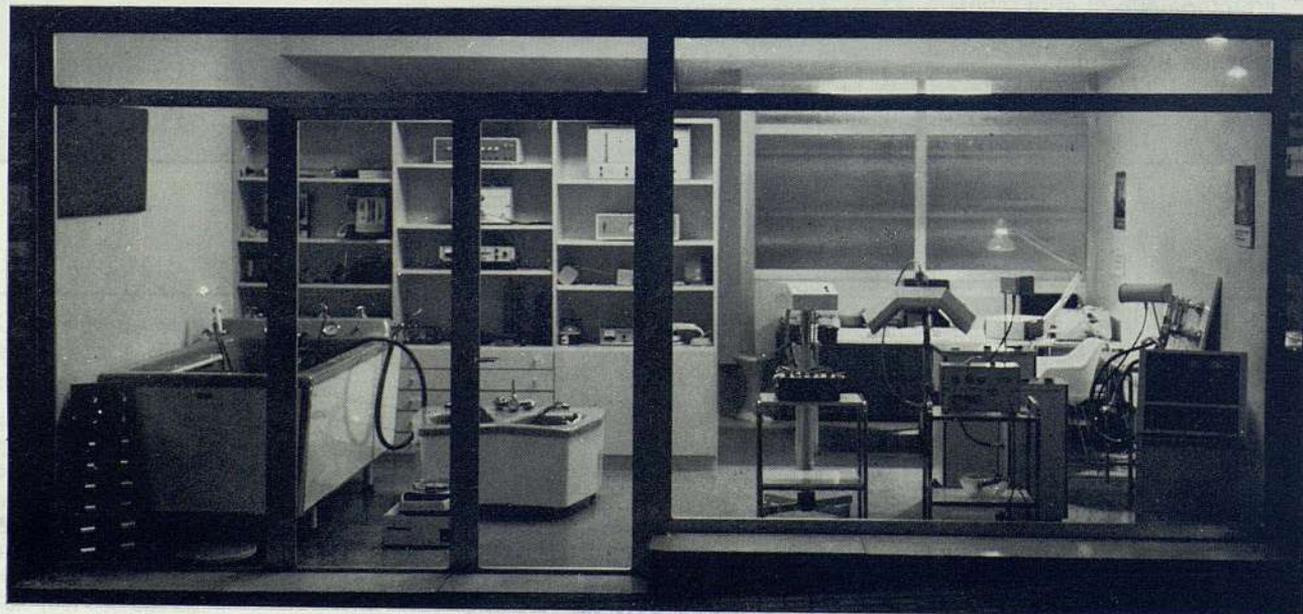
José Tapiolas, 120 • 08226 TERRASSA  
Telf. (93) 785 28 00 • Télex 59401 TSTAR-E • Fax (93) 785 93 42  
Delegación: Amado Nervo, 15 • 28007 MADRID  
Telf. (91) 433 72 96 • Télex 43542 MSTAR-E • Fax (91) 551 51 52

NAVALLES



## APARATOS DE MEDICINA FISICA

Exposición: Bertrán, 109 - Tels. 212 81 93 y 418 30 98 - 08023 BARCELONA  
TELEX: 93113 JSAM E - FAX: 418 45 22



INSTALACIONES COMPLETAS DE CENTROS DE REHABILITACION  
ADiestRAMIENTO DE PERSONAL

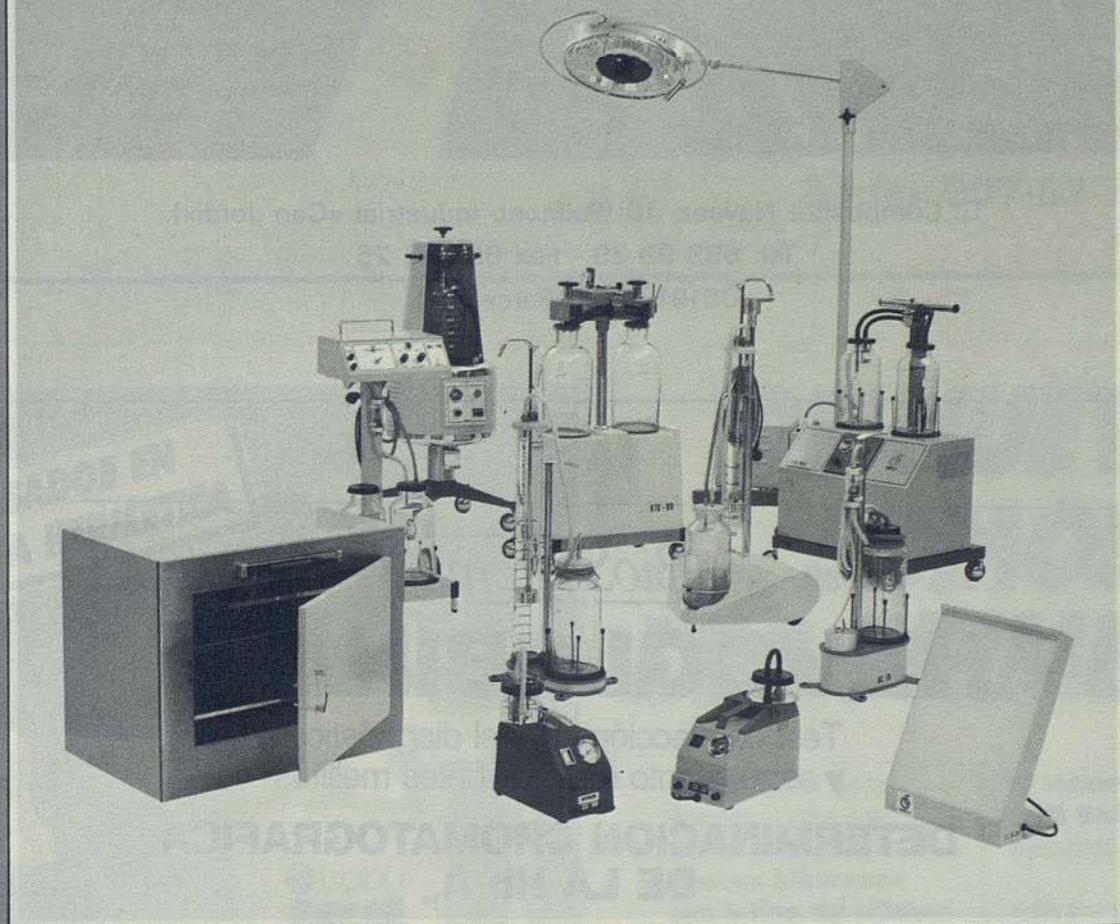
---

# Nuestra Experiencia:

---

más de 25 años  
al servicio de la medicina

---



## ORDISI, S.A.

Progreso, 3-5 - Tel. (93) 334 01 12 - Télex: 54375 ORDI-E - HOSPITALET DE LLOBREGAT. Barcelona

---

*1.<sup>a</sup> Empresa Nacional Fabricante de Aspiradores de Uso Médico*

---

# CARLOS ARBOLES, S.A.

FABRICA DE GRIFERIA  
EQUIPOS DE EMERGENCIA

C. Compositor Navaez, 10 (Polígono Industrial «Can Jordi»)  
Tel. 699 99 29 - Fax 697 32 26  
08191 RUBÍ (Barcelona)

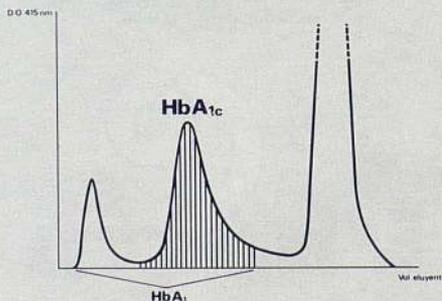
*BioSystems*

## HEMOGLOBINA A<sub>1c</sub>

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

### DETERMINACION CROMATOGRAFICA DE LA Hb A<sub>1c</sub>

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



**Especialistas en diagnóstico clínico  
y biotecnología**



construccions



s.a.

Guipúscoa, 62, 11è  
Telèfon 303 07 34  
08020 Barcelona

Telefax 307-63-74

# DE NUEVO SOMOS LOS PRIMEROS

H. ICO, s.a. es la primera y única que fabrica en España los **nuevos biberones con tetina de silicona** y una de las pocas en el mundo que dispone de esta alta tecnología.

La **tetina de silicona «ICO BABY»** es lo más avanzado en puericultura:

- Suave y transparente.
- Indeflexible y de larga duración.
- Esterilizable por cualquier sistema.
- Regula el flujo de la leche.

Sin duda, con la **nueva tetina de silicona «ICO BABY»** nos hemos anticipado al futuro.



Reg. Sanit. 39.633/B1391

Venta Exclusiva Farmacias

H. ICO, s.a. Puerto Príncipe, 68 - 08027 BARCELONA

ENVASADOS EN  
BOLSA HERMETICA





# Armi

**electromedicina**

ELECTRONICA  
MEDICA

RAYOS X

REPARACIONES

TRASLADOS

MANTENIMIENTO

## SERVICIO VENTAS

- Aparatos de Rayos X nuevos y usados debidamente preparados y garantizados.
- Material radiográfico.
- Todo tipo aparatos de electromedicina.

## SERVICIO TECNICO

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

Villar, 69 bis - 08026 Barcelona - Tels. 347 20 99 y 347 24 46 - Fax 347 26 99

DR. F. M. DOMÉNECH TORNÉ

DR. J. SETOAIN QUINQUER



### ESTUDIS MORFOFUNCIONALS

FUNCIÓ Y MORFOLOGIA TIROÏDAL • GAMMAGRAFIA ÒSSIA • FETGE I VIES BILIARS • PULMONS: VENTILACIÓ. PERFUSIÓ I GAL·LI • MORFOLOGIA I FUNCIONALISME RENAL • CARDIOLOGIA NUCLEAR • GAMMAGRAFIA SUPRARRENAL • GAMMAGRAFIA ESPLÈNICA • FLEBOGAMMAGRAFIA • LIMFOGAMMAGRAFIA INDIRECTA • ESTUDIS DE DEGLUCIÓ • VIES LLAGRIMALS • HEMORRAGIES DIGESTIVES • DETECCIÓ DE MUCOSA GÀSTRICA ECTÒPICA • RASTREIG CORPORAL AMB <sup>131</sup>I I AMB <sup>67</sup>Ga • HISTEROSAL PINGO-GAMMAGRAFIA • MARCATGES CEL·LULARS ERITRÒCITS. (LEUCÒCITS. PLAQUETES).

### DENSITOMETRIA ÒSSIA

DETERMINACIÓ DEL CONTINGUT MINERAL DE L'OS.

### LABORATORI NUCLEAR

RADIOIMMUNOANÀLISI (HORMONES, FÀRMACS, DROGUES) • MARCADORS TUMORALS • RECEPTORS HORMONALS • BIOQUIMICA.

### ECOGRAFIA

ABDOMINAL • TIROÏDAL • TESTICULAR • MUSCULAR • GINECOLÒGICA • PROSTÀTICA TRANSRECTAL • PUNCIÓ ECODIRIGIDA.

### TERAPÈUTICA

TERAPIA METABÓLICA • ARTICULAR • BETATERAPIA OFTÀLMICA • CURITERAPIA INTERSTICIAL (<sup>192</sup>Ir).

C. Londres n.º 6, D9 - Tel. 322 10 12 - Fax 410 87 74 - 08029 BARCELONA