

# LABOR HOSPITALARIA

- **Cuidados Paliativos: una posibilidad realizable**
- **LOS HOSPITALES CATÓLICOS EN EL MUNDO**
- **Habla para LABOR HOSPITALARIA el Dr. Johan Stevens**
- **ESTUDIO SOCIOLÓGICO SOBRE *VIVIR EL MORIR***
- **El desafío de la enfermedad y el envejecimiento**
- **BIOÉTICA EN ESPAÑA (1989-1991)**

Hermanos de  
San Juan de Dios  
Barcelona

Año 45. Segunda época. Abril - Mayo - Junio 1993  
Número 228. Volumen XXV

### CONSEJO DE REDACCIÓN

#### Director

MIGUEL MARTÍN

#### Redactores

MARIANO GALVE  
JOAQUÍN PLAZA  
CALIXTO PLUMED  
FRANCISCO SOLA

#### Administración

JOSÉ ANTONIO TORRE

#### 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: ¿Quién pagará la crisis? - Regio ejemplo</b>	74
2	<b>CUIDADOS PALIATIVOS: UNA POSIBILIDAD REALIZABLE</b> Joan Bertrán Muñoz	76
3	<b>LOS HOSPITALES CATÓLICOS EN EL MUNDO</b> Fiorenzo Angelini	81
4	<b>«LOS CUIDADOS PALIATIVOS SON UNA DE LAS FORMAS DE LUCHAR CONTRA LAS SOLICITUDES DE EUTANASIA»</b> Miguel Martín Rodrigo	85
5	<b>DECLARACIÓN DE LA COMISIÓN CENTRAL DE DEONTOLOGÍA SOBRE EL SIGNIFICADO DE LA EXPRESIÓN EUTANASIA PASIVA</b>	88
6	<b>DOCUMENTO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD</b>	90
7	<b>ESTUDIO SOCIOLÓGICO SOBRE VIVIR EL MORIR</b>	95
8	<b>EL DESAFÍO DE LA ENFERMEDAD Y DEL ENVEJECIMIENTO</b> M.ª Eugenia Fusté Rich	105
9	<b>BIOÉTICA EN ESPAÑA: 1989-1991</b> Francesc Abel, S.J.	110
10	<b>«... Y ALLÍ ESTUVIERON LOS ENFERMOS»</b>	117
11	<b>INFORMACIONES</b>	121

# 1. EDITORIAL

## ¿QUIÉN PAGARÁ LA CRISIS?

Que nos hallamos en un período de crisis económica, parece evidente. Se puede discutir la etiología de la misma, el área geográfica mayormente afectada, el tiempo que supondrá la recuperación de la misma, las medidas más adecuadas para salir de ella... Pero que ahí, o mejor, que aquí está, resulta algo incuestionable.

Y siempre que aparece la crisis le acompaña una pregunta que resulta insoslayable: ¿quién la pagará?

Oficialmente deberemos escuchar que, dado que es un problema común que a todos nos afecta, todos tendremos que poner nuestra parte alicuota para sufragarla.

En la práctica, la experiencia nos muestra que casi siempre son los mismos los que han de cargar con la mayor parte del peso de la misma. ¿Quiénes son éstos?

Si la Administración nos repite que todos los ciudadanos, los sindicatos insisten en que son los trabajadores los principales afectados. LH se atreve a señalar que ni unos ni otros; que son los más desfavorecidos quienes se llevan la peor parte. Y es que, cuando la crisis obliga a tomar serias medidas, son las que afectan a la sanidad las que marcan la pauta. Se comienza subiendo el tabaco, el alcohol, la gasolina... y se continúa con los recursos en sanidad y en servicios sociales.

LH denuncia, desde la humildad de su tribuna, pero desde la contundencia de su voz libre e independiente, que ello no es del todo justo.

Y no es porque no estemos convencidos de que en el mundo de la salud no se derrochen y malgasten recursos en abundancia. Pero sobre todo estamos convencidos de que no se administran correctamente.

Si la crisis sirve para evitar las *farmacias domésticas* que se crean en tantos hogares, si genera otro tipo de relación médico-enfermo más basada en la mutua confianza que en la *receta*; si con ella se saca a los enfermos crónicos de los hospitales de agudos, a los que bloquean, y se les facilita el acceso a un centro debidamente acondicionado para su asistencia médica y humana, bienvenida sea.

Pero si por el contrario, la crisis únicamente actúa como tijera para cortar por lo sano, y generalmente por *lo enfermo*, mucho nos tememos que la crisis la pagarán, de forma considerable, los de siempre. Los que no gritan, los que no tienen fuerza, los más fáciles de ignorar: los enfermos, y de entre ellos, los más abandonados.

Y frente a esa tentación, LH alerta.

# REGIO EJEMPLO

**L**a muerte, y el consiguiente entierro, del Rey Balduino de Bélgica ha coincidido el año en el que la Iglesia de España celebraba el Día del Enfermo sobre *Vivir el morir*.

Quienes pudimos presenciar por TV las exequias celebradas en la Catedral de St. Michael de Bruselas, tuvimos la suerte de contemplar una auténtica celebración cristiana de la muerte. La sobriedad del acto, la densidad del mismo, la acción de gracias por lo que fue su vida de don, entrega. Y todo ello en un ambiente de dolor, de pérdida —«hemos perdido a nuestro rey amigo» leía una inmigrante dominicana—, pero vivido en paz, en serenidad.

La Reina Fabiola en su sitio, como esposa que ha perdido a su cónyuge, como Reina, y, sobre todo, como cristiana. Su imagen era el vivo retrato del ser humano que se debate entre el profundo dolor del adiós del ser amado y la absoluta confianza suministrada por su fe que alimentaba la esperanza de que la vida que había compartido no quedaba sepultada ahí.

La supresión del color negro por expreso deseo, según dicen, del mismo Balduino manifestado en vida, sustituido por el blanco, en señal de Pascua, de Resurrección.

¡¡Qué ceremonia tan densa, tan emotiva, tan cristiana!! No, no era el resultado de un buen tratamiento de marketing. Era, ni más ni menos, que el resultado lógico de una vida vivida en profunda clave de fe, en serena honestidad con la propia conciencia. Era el lógico final a una forma concreta de vivir.

Muertes como la del Rey Balduino nos reconcilian a todos de nuevo con el proceso de morir en clave cristiana. Atribulados por tanta histeria como la que nos toca vivir a quienes nos movemos en el mundo de la salud, cansados de tanto acompañamiento sociológico de *cumpro-y-miento* como el que hemos de presenciar, hartos de movernos en situaciones de falsedad, engaño, silencios absurdos y llantos de plañideras, lo que vivimos no hace mucho fue como beber en un manantial de aguas puras y cristalinas.

**LH** no se detiene en informar del modelo de traje que llevaba la Reina Fabiola, apenas si le interesa el tipo de material de la caja fúnebre, no recuerda apenas el elenco de la *jet* que se hizo presente en Bruselas, ni el cálculo aproximado de ciudadanos que acompañaron el cortejo fúnebre. **LH** sólo confirma que vio morir a un cristiano y presencié el entierro de un cristiano. Y eso no es poco en los tiempos que corren.

**LH**

# 2. CUIDADOS PALIATIVOS: UNA POSIBILIDAD REALIZABLE

**Joan Bertrán Muñoz**

Servicio de Medicina Interna.  
Hospital San Rafael (Barcelona)

## INTRODUCCIÓN

Desde hace varios años me intereso por la Geriátrica y la atención a los enfermos crónicos. No es precisamente por el paralelismo, falso por otra parte, de que todos los ancianos son enfermos crónicos, sino porque ambos presentan en su asistencia connotaciones sociales y psicológicas muy especiales que les hacen ser subsidiarios, la mayor parte de las veces, no sólo de cuidados médicos, sino que exigen una asistencia integral, con todo lo que el término supone: asistencia médica, psicológica, social y espiritual.

Una situación muy especial es la de los enfermos terminales, puesto que el hecho de sufrir una enfermedad, sea o no de origen neoplásico, que se considera que no tiene un tratamiento específico, sino sólo paliativo, puede sobrevenir a cualquier edad, añadido a cualquier patología previa y en cualquier situación socio-laboral. El enfermo terminal va a necesitar, más que nunca y más que nadie, la asistencia integral en los términos antes expresados.

“ Cuidar no es curar, ni aliviar, es ayudar a vivir mejor ”

“ Máximo respeto de la persona, tanto del paciente como del compañero de trabajo ”

Así pues, la particularidades de la situación del enfermo terminal y mi interés por la Geriátrica, me han llevado a realizar una estancia de 45 días en las Instituciones Universitarias de Geriátrica de Ginebra.

Las Instituciones Universitarias de Geriátrica de Ginebra, fueron creadas en 1965 por el doctor Jean-Pierre Junod, iniciándose sus actividades en el Centro de Geriátrica, en la Rue du Nant, en el centro de Ginebra. Este primer centro, funcionando como ambulatorio, atendía a las personas de más de 65 años de una manera especial, pues junto al médico participaba una enfermera, un psicólogo, un psiquiatra, un asistente social, un fisioterapeuta, un ergoterapeuta, etc. El paciente era y es acogido, estudiando todos sus problemas y encargándose de éstos, lo que en francés se expresa como la *prise en*

*charge*. Además, estos profesionales se reúnen para valorar conjuntamente toda la problemática de los pacientes a su cargo y establecer para cada uno, las prioridades de actuación. En esto consiste, de una forma muy básica, el trabajo multidisciplinario, que actualmente se lleva de la misma forma en todos los centros dependientes de la Institución.

Más tarde, en 1971, se inauguró el Hospital de Geriátrica, hospital monográfico de 320 camas, que exige como primera condición para la admisión del enfermo, que haya cumplido 62 años si es mujer, o 65 si es hombre, edad oficial de la jubilación en Suiza. En este hospital, desde el primer momento, se realizó la asistencia mediante equipo multidisciplinario, es decir, que en la actualidad cuenta con casi 20 años de experiencia en este enfoque de la asistencia geriátrica.

Un poco más tarde, en 1979, la coyuntura hizo que hubiera la posibilidad de convertir una clínica privada en centro hospitalario dependiente también de las Instituciones de Geriátrica. Así nació el *Centre de Soins Continus* (Centro de Cuidados Continuos), dotado de 104 camas y bajo la responsabilidad médica del doctor Charles-Henri Rapin. Poco a poco, se va marcando la especificidad del centro hacia los cuidados paliativos, especialmente de la edad avanzada, siguiendo la orientación de las instituciones y en lo que se refiere al enfoque multidisciplinario de la problemática del paciente, para ofrecerle una asistencia integral. Después volveremos a ello.

En 1985 se crea en la Facultad de Medicina de Ginebra, la cátedra de Geriátrica, siendo su primer responsable el profesor Jean-Pierre Junod. Desde este momento, las Instituciones de Geriátrica de Ginebra ven reconocido, gracias a la calidad de su funcionamiento, el rango de Universitarias. Fallecido el profesor Junod, le sucedió en su lugar el profesor Jean-Pierre Michel, actual médico-jefe de las Instituciones.

Ha proseguido el desarrollo y en la actualidad se van a ampliar los servicios de ambulatorio, con la apertura de dos policlínicas geriátricas, situadas en el centro de Ginebra, con la idea de acercar al domicilio del anciano la asistencia integral, aunque no precise de hospitalización o mejor dicho, para intentar evitar la hospitalización.

## LA MEDICINA PALIATIVA

Según la definición dada por la Sociedad Suiza de Medicina Paliativa en 1988, «La Medicina Paliativa, comprende todos los tratamientos y cuidados médicos, quirúrgicos y psicológicos, así como el soporte espiritual, destinados a aliviar el sufrimiento y mejorar el confort de un enfermo, cualquiera que sea su diagnóstico y para el que un tratamiento sólo curativo ya es inapropiado».

Analicemos brevemente esta definición. Por una parte exige la asistencia integral, en todas sus vertientes; por otra, habla del enfermo que ya no puede pensar en la curación de su enfermedad, pero que está sufriendo los síntomas provocados por ella. Hace un hincapié importante en el confort: «Ya que no podemos curarle, démosle los cuidados para que el tiempo que le quede, días, semanas, meses o años en algunos casos, pueda pasarlo lo mejor que pueda». Esta era la idea de Marc Oraison, enfermero, cuando decía: «Cuidar no es curar ni aliviar, sino ayudar a vivir mejor».

En todo este contexto, el Centre de Soins Continus (CESCO) de Collong-Bellerive, localidad cercana a Ginebra, va al frente de la Medicina Paliativa, por lo menos en Suiza, bajo las directrices del doctor Rapin.

“ La labor en equipo multidisciplinar para satisfacer el máximo de necesidades del paciente ”

“ Ayudar a la familia y al paciente a empezar a aceptar la separación que se avecina ”

En esencia lo que he podido vivir durante mi estancia en el CESCO es, ni más ni menos, que la realización práctica de su ambiciosa filosofía de cuidados, definida desde la puesta en funcionamiento del centro. Esta filosofía se basa en el máximo respeto a la persona, tanto del paciente como del compañero de trabajo y exige una labor en equipo multidisciplinario para satisfacer el máximo de necesidades del paciente, previo acuerdo con él, para valorar primero si la necesidad detectada por el equipo existe realmente y cual es su prioridad.

La asistencia es absolutamente congruente con estos principios. El centro está diseñado con todas las condiciones necesarias y con la dotación de personal de cuidados, personal médico y para-médico necesarios.

Sin embargo, vamos a entrar en los aspectos más médicos de los cuidados paliativos. En primer lugar hay que distinguir dos situaciones concretas en las que podemos hallar a los pacientes: la primera, es el paciente tributario de cuidados paliativos. Es aquel paciente que corresponde a la definición de la Sociedad Suiza de Medicina Paliativa, se halla afecto de una enfermedad no curable, y no se trata únicamente del cáncer no operable ni tratable por otros medios; a este paciente los síntomas activos de su enfermedad le producirán, no sólo unas demandas físicas, sino también unas demandas psicológicas y sociales, precisará resolver problemas y no podrá hacerlo por sí mismo. Lo más importante en este paciente será que comprenda su situación y la acepte; esto exige primero el control de todos los síntomas.

La segunda situación es la de los pacientes *en fin de vida*. Esta distinción es muy importante, pues aunque se trata de un paciente que precisa de la medicina paliativa, creemos que su pronóstico vital está próximo a un desenlace en las próximas semanas o en los próximos días. En este punto tiene una importancia capital el control de los síntomas, pero no es menos importante ayudar a la elaboración del duelo, del propio paciente y de sus familiares y allegados. Es un poco ayudarle a dejarlo todo *arreglado* sin influenciar y sin interferir. Es ayudar a la familia y al paciente a empezar a aceptar la separación que se avecina.

Sin embargo, durante muchos años, ambas situaciones han tenido en común el deficitario, por no decir en algunos casos nulo, control de la sintomatología acompañante, lo que ha hecho que, por otra parte de todos se experimente miedo a la situación paliativa y al fin de vida.

Este planteamiento de parte de los profesionales no es de extrañar, pues durante muchos años todos hemos sido formados en una filosofía de diagnóstico y tratamiento para la curación, tanto los médicos como las enfermeras, como el resto de los profesionales. Incluso la propia sociedad espera la curación por parte de la medicina, es su encargo. De ahí viene que acercarse al paciente crónico y no curarlo, ver al paciente en fin de vida y no intentar arrancarlo de las garras de la muerte, es valorado por la sociedad y vivido por el profesional como un fracaso. La medicina no ha cumplido con el encargo de la sociedad.

Sin embargo, muy pocas veces en la formación de los médicos y de las enfermeras, principalmente, se habla de la posibilidad de *fracaso*. Ningún tratado, ni capítulo de programa, ni libro, hablan de mejorar las condiciones físicas del enfermo moribundo. Ningún tratado de psiquiatría habla de las técnicas necesarias para procurar una relajación al paciente que está viviendo sus últimos días. Muy pocos artículos técnicos hablan de estudios serios, randomizados y controlados de la comparación entre los distintos tratamientos de los síntomas del paciente que presenta dolor intenso, disnea y angustia.

Muy pocos usan de forma amplia y dominan la dosificación de la morfina para aliviar los dolores intensos de muchas situaciones terminales. ¿Cuántos tienen en cuenta el soporte psicológico necesario al paciente que nunca se va a curar?

“ Acercarse al paciente y no curarlo es valorado por la sociedad y vivido por el profesional como un fracaso ”

“ Antes de aceptar a un paciente como *terminal* es obligatorio establecer claramente el diagnóstico y el pronóstico ”

¿Hay una preocupación, seria y efectiva, para prevenir el duelo patológico de la familia y los allegados del paciente que está a punto de morir?

A estas y otras preguntas y situaciones intentan responder los cuidados paliativos.

## ESTRATEGIA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Vamos a intentar desarrollar un poco más la técnica del cuidado del paciente terminal.

### Establecer el diagnóstico

Antes de aceptar a un paciente como *terminal* es obligatorio establecer claramente el diagnóstico y el pronóstico. Esto significa tener los suficientes datos recogidos, asegurando de forma fehaciente el diagnóstico completo con cuantificación de la enfermedad, estadio clínico y grado de extensión. Conviene además el parecer terapéutico contrastado con los especialistas de la patología que se trate. Si es un paciente terminal a causa de una enfermedad neoplásica, es necesario pedir

la localización, histología, estadio, clasificación TNM y valorar todas las posibilidades terapéuticas.

Si la decisión unánime de todos los especialistas es que un tratamiento específico para la neoplasia no está indicado, que va a tener para el paciente más riesgos que beneficios y su supervivencia va a ser corta, en general, inferior a seis meses, éste es el candidato a los cuidados paliativos. El pronóstico *quoad vitam* superior a seis meses, no excluye de ningún modo al paciente, pero en Oncología puede obligar a buscar otros pareceres, ya que puede ser posible efectuar tratamientos específicos con intención paliativa. No obstante, cualquiera que sea el diagnóstico y pronóstico del paciente, está siempre indicado tratar y aliviar *todos* los síntomas molestos que presente. Esta es una de las especificidades de los cuidados paliativos.

---

“ JAMÁS podemos abandonar al enfermo a su suerte y con sus molestias, pensamientos, etc. ”

“ Cuando ya no hay nada que hacer, está todo por hacer ”

---

Quisiera recalcar una vez más este punto. Cuando se afirma que «ya no se puede hacer nada más», es necesario comprobar por todos los medios posibles que es cierto y así, cambiar la orientación de los cuidados que vamos a dispensar al enfermo, pero *jamás* podemos abandonar al enfermo a su suerte y con sus molestias, sus pensamientos, etc. Ahora, más que nunca, va a ser cuando el paciente, la persona enferma, va a necesitar más ayuda, más paciencia, más comprensión y más consuelo.

Quiero aprovechar esta expresión: «Cuando ya no hay nada que hacer, está todo por hacer». Efectivamente, a partir del punto en que se piensa en la terminalidad del paciente, empieza a aplicarse la estrategia de los cuidados paliativos, de la que hemos expresado el primer punto.

### Prevenir las complicaciones

Es necesario conocer de forma amplia la historia natural de las enfermedades a tratar para anticiparse a las posibles complicaciones que puedan surgir en el tiempo. Después las expondremos, pero existe una complicación general, que aparece en casi todos los pacientes y hay que tenerla muy en cuenta, sobre todo por su influencia en el tono vital del paciente. Esta complicación es la desnutrición, o al menos la malnutrición.

Su patogenia es clara, pues independientemente de su estado nutricional, que podía ser ya pésimo en función de los hábitos alimentarios del paciente, se suman otras patologías previas y los efectos deletéreos que haya causado la enfermedad y su tratamiento hasta el momento actual. Como ejemplo, podemos citar la caquexia por toxicidad neoplásica. A este estado *inicial* se sumarán los efectos de la inapetencia, multifactorial en su origen, pero que será mantenida y agravada por la respuesta psicológica del paciente a su evolución. Además, hay que sumar los propios efectos de la enfermedad; si se trata de una neoplasia oral o esofágica, es evidente la dificultad de deglución, con lo que no habrá ingesta posible.

Visto todo este cuadro, se comprende la necesidad de intentar prevenir la desnutrición del paciente. Los medios a nuestro alcance son muchos y no se trata de hacer un *encarnizamiento alimentario*, pero si de intentar por medio de medidas sencillas, que el paciente siga ingiriendo alimentos útiles, suplementos proteicos y sobre todo líquidos, que servirán para prevenir otra complicación importante: la deshidratación.

En la práctica podremos actuar mediante la satisfacción, dentro de las posibilidades, de los gustos del paciente, ofreciéndole aquellos alimentos que prefiere, haciendo prevalecer la ingesta de alimentos proteicos, ofreciendo alimentos con fibra vegetal para evitar otra complicación importante, como es el estreñimiento y, si el paciente no acepta fácilmente una ingesta suficiente de líquidos, acudir a los purés, cremas y zumos de frutas. A veces, será una buena solución presentarlos a temperatura ambiente o fríos, que es cuando despiden un mínimo olor y pueden provocar menos náuseas.

Ya hemos hablado de la prevención de tres complicaciones harto frecuentes en los pacientes con una enfermedad crónica avanzada, con neoplasia y encamados. Pero en el encamado o con poca movilidad, habrá que cuidar también, a parte del estreñimiento si hay incontinencia urinaria, la presencia de escaras, facilitar una cierta movilidad y mantenimiento del tono muscular. Una larga permanencia en cama, debilita el tono muscular, lo que contribuye a la debilidad del paciente, síntoma también muy frecuente en esta situación.

Pero existen también complicaciones médicas importantes que pueden requerir incluso técnicas quirúrgicas con intención paliativa. Éste sería el caso, por ejemplo, de un paciente con una metástasis ósea a nivel de la cabeza femoral. Este paciente está abocado con seguridad a una fractura patológica. Precisaré de una ponderada valoración para decidir si es necesaria una sustitución protésica inmediata, ya que si sobreviene la fractura, probablemente supondrá su encamamiento para el resto de sus días.

No olvidemos tampoco las reacciones psicológicas de este paciente, ante la multitud de cambios que aparecen de forma vertiginosa en su vida. Habrá que prestar un sólido y cuidadoso soporte para él y su familia, ya que ocurre un debilitamiento progresivo de sus posibilidades de adaptación y el deterioro será progresivo, con lo que si permitimos también el deterioro psicológico, cada vez estará con menos fuerzas para afrontar su situación, tanto él como su familia.

En el paciente en fin de vida, es indispensable prevenir el duelo, tanto en el paciente como en su familia, especialmente en aquellas situaciones en que se presentan signos de elaboración patológica del duelo. Este cuidado, especialmente puede ayudar en gran medida a evitar complicaciones psiquiátricas mayores, tanto a la familia, al paciente, como al equipo cuidador.

En muchos otros aspectos podríamos fijar nuestro interés preventivo, pero sirvan los mencionados como muestra.

### Proporcionar confort

No obstante, una vez agotados los recursos diagnósticos y terapéuticos, una vez realizadas todas las medidas preventivas que hayamos sido capaces de instaurar, empieza lo más obvio y al mismo tiempo más difícil de hacer: aliviar al paciente en todos sus síntomas, cualquiera que sean éstos. Proporcionarle al paciente el máximo confort que se pueda conseguir en su estado, haciéndole participar en las decisiones para que se sienta parte integrante del proceso que está sufriendo.

Esto tan fácilmente enunciado en un sólo párrafo precisa sin embargo, de una gran cantidad de reflexiones. ¿En qué consiste el confort de un paciente en fin de vida? Difícil de imaginarlo cuando no se ha vivido; por ello es fundamental escuchar, escuchar y escuchar, una y mil veces al paciente, aunque en ciento de ellas se repita. En alguna de ellas hallaremos la respuesta a lo que andamos buscando; y tendremos que crear en el paciente un ambiente de verdad, lo que nos obligará en alguna ocasión a decirle: ¿Qué más podemos hacer por usted? Esta pregunta es fundamental, aunque nos descabalgue de nuestra montura de sabiduría, pero en un gran número de ocasiones, será la única forma de proporcionarle verdadero confort. Pero cuidado, ha de ser una pregunta sincera y humana, de persona a persona. Esto no se puede preguntar a la ligera.

Ahora bien, este estar atento a sus necesidades requiere una permanencia y una continuidad. Esto es imposible para una sola persona el realizarlo. Por eso, sobre todo en cuidados paliativos es de una gran importancia el trabajo en equipo, que garantiza al paciente la continuidad de los servicios y al propio equipo cuidador la continuidad en la información y en la valoración de la situación.

Volveremos un poco más tarde sobre la importancia del equipo. Vamos a comentar el tratamiento médico sintomático necesario en estos casos. En una revisión ya clásica sobre casi 7.000 pacientes ingresados en el St. Christopher's Hospice a lo largo de casi 10 años, se demuestra que uno de los síntomas más importantes que aquejan a los enfermos en situación terminal de una enfermedad maligna, es el dolor, afectando a más de 2/3 partes de los pacientes.

**¿Cómo se trata el dolor?** Habría que hacer una encuesta entre los propios pacientes. La experiencia vivida en el Centro de Soins Continus demuestra que una gran parte, hasta casi el 94% de los dolores, se pueden tratar de forma adecuada usando el esquema en tres escalones, propuesto por la OMS en 1986 en su documento *Aliviar el dolor del cáncer*.

“ Hay que anticiparse a las posibles complicaciones que puedan surgir en el tiempo ”

“ Proporcionar al paciente el máximo confort que se pueda conseguir en su estado ”

El esquema básico en tres escalones de la OMS propone el uso de paracetamol o ácido acetilsalicílico, a dosis de 500 mg cada 4 horas, en el primer escalón. Si esto fracasa, propone como segundo escalón el uso de la codeína por vía oral. No obstante, este tratamiento ha sido limitado por estudios fisiológicos posteriores, que demuestran que la acción de la codeína exige su conversión en morfina por el hígado, lo que sólo ocurre en un 10 % aproximadamente, de la dosis total de codeína administrada y sólo en pacientes que disponen del enzima adecuado. Es decir, por ende, que hay pacientes que no presentarían ninguna respuesta a la codeína, puesto que por razones metabólicas sería imposible su paso a morfina.

Sea con el paso intermedio de la codeína o no, lo cierto es que si hay dolor aún, debe iniciarse el tratamiento con morfina, por vía oral, cada cuatro horas, sin ninguna dilación ni excusa. La indicación de la morfina reside tan sólo en la presencia de dolor, independientemente del pronóstico del pacien-

te y siempre que se haya descartado otra causa aguda, susceptible de resolución.

Este último punto nos plantea un problema importante. Es necesario un seguimiento clínico exquisito de la evolución del paciente, pues puede ocurrir que su dolor tenga origen en la enfermedad causante de su terminalidad, pero esto no impide que otra causa intercurrente y distinta, sobrevenida, pueda estar complicando la situación actual y causando dolor. Esto no es excusa para retardar el inicio del tratamiento con morfina oral, sino motivo para hacer un diagnóstico eficaz y rápido.

Sólo el tratamiento del dolor y el manejo de los opiáceos merece un libro entero. Quizás falte decir algo: si estamos en duda de si hay o no dolor, tan sólo la duda, justifica el realizar una prueba terapéutica con morfina, sin que el paciente sepa, en ese momento, que se trata de morfina. Ante su evolución en la siguiente hora, si la hemos administrado por vía subcutánea, tendremos la respuesta a nuestra duda. Nos remitimos a otras publicaciones que tratan *in extenso* el tema.

Importa hablar también de otros síntomas asociados a la situación terminal. Siguiendo un orden arbitrario hay que mencionar la constipación, debida en parte a los hábitos previos del individuo, en parte a la menor movilización o inmovilización actual y también, al tratamiento opiáceo. Es necesario vigilar el ritmo deposicional y administrar los laxantes necesarios. Si con todo esto no hay respuesta, se impone el tacto rectal y los enemas de limpieza.

Otro síntoma frecuente es la angustia y el insomnio. Habrá que coadyuvar con fármacos, ya sean sedantes, relajantes musculares, etc. Pero no olvidemos que un confort pleno pasará también por preocuparse del bienestar psicológico del paciente; necesitará un apoyo psicosocial, que por sí sólo será terapéutico muchas veces. A caballo entre la angustia y el insomnio, podemos pensar que la persistencia de dolor es el desencadenante de la situación, lo que una vez más constituye otro punto a favor del tratamiento del dolor, a toda costa.

Otros síntomas importantes a tratar serán las náuseas y los vómitos. A veces serán favorecidos por el tratamiento opiáceo, pero una buena medicación coadyuvante puede reducirlos o evitarlos. Tengamos en cuenta la situación psicológica, porque estos síntomas pueden ser una señal de rechazo hacia actitudes del entorno, consideradas poco adaptadas por el paciente. Sin embargo, no olvidemos nunca la valoración clínica, pues tampoco es raro en estos pacientes la presencia de una obstrucción intestinal orgánica o la obstrucción fecal, que podremos prevenir como hemos señalado anteriormente. Muchos otros síntomas podremos hallar en estos pacientes. Sirvan los mencionados para dar una visión de la complejidad de su manejo, que exige una permanencia vigilante a su lado para conseguir el máximo confort.

## LA IMPORTANCIA DEL EQUIPO

Con todo lo visto hasta el momento hay que reconocer que es inapreciable la permanencia de enfermería las 24 horas del día con el paciente, si es en el hospital. Es importantísima la permanencia de un allegado a la cabecera del enfermo si está en su domicilio. Pero ni el médico solo, ni la enfermera sola, ni el familiar solo pueden detectar y cubrir, aún a costa de estar todo el tiempo con el enfermo, todas sus necesidades. Otros profesionales específicos, fisioterapeutas, ergoterapeutas, asistentes sociales, musicoterapeutas, el capellán, incluso voluntarios no profesionales, pero dedicados a esta asisten-

“ Estar atento a las necesidades del paciente requiere una permanencia y una continuidad garantizada por el trabajo en equipo ”

“ El trabajo en equipo no es sencillo, pues cada uno aporta su ser personal ”

cia, abren un abanico inmenso de posibilidades, tanto en cuanto a la visión del problema y sus posibles soluciones, desde el punto de vista de cada uno, como a brindar al paciente distintas oportunidades y marcos para expresar sus vivencias.

Sin embargo, el trabajo en equipo no es sencillo, pues cada uno también aporta su ser personal, que muchas veces entra en conflicto con alguna otra persona del equipo. Depende de la madurez de la persona y también de la madurez del equipo, el que estas diferencias que constituyen precisamente la riqueza del grupo, sean encauzadas en bien del paciente primero y en bien de todos después.

Para finalizar, afirmo haber tenido la suerte de compartir 45 días con un maravilloso equipo, preocupado y volcado al 100 % en busca del confort del enfermo, pero que no por eso

ha dejado de atender también al 100 % a quien ha acudido a aprender cuál es una de las formas más correctas, hoy en día, de atender a los enfermos terminales.

Gracias a estas personas, especialmente al doctor Rapin, así como al Hospital San Rafael y a la Comissió Interdepartamental de Recerca i Innovació Tecnològica (CIRIT) de la Generalitat de Catalunya que hicieron materialmente posible esta estancia.

## BIBLIOGRAFÍA

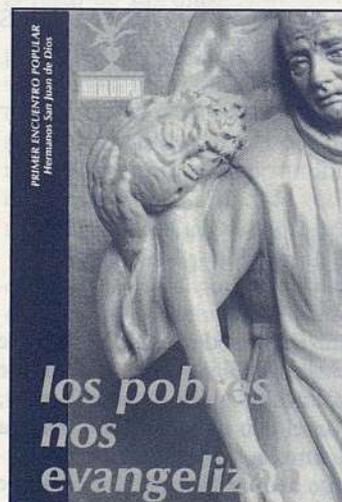
- ABIVEN, M.: *Pour une mort plus humaine*. InterÉditions. Paris, 1990.
- FOLEY, K.: *The treatment of cancer pain*. The New England Journal of Medicine, 1985; 313, 2: 84-95.
- RAPIN, Ch-H. (Dir.) et al.: *Soins palliatifs. Mythe ou réalité?* Editions Payot. Lausanne, 1987.
- RAPIN, Ch-H. (Dir.) et al.: *Fin de vie. Nouvelles perspectives pour les soins palliatifs*. Editions Payot. Lausanne, 1989.
- RAPIN, Ch-H., CHATELAIN, C., WEIL, R., GUGGISBERG, E. y FEUZ, A.: *Pour une meilleure qualité de vie en fin de vie: Nutrition et hydratation*. Age & Nutrition, 1990, 1: 22-28.
- REGNARD, C. y FITTON, S.: *Mouth care: a flow diagram*. Palliative Medicine, 1989; 3: 67-69.

## NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS



### DERECHOS DE LA PERSONA EN SITUACIÓN TERMINAL

Pedidos a LABOR HOSPITALARIA.  
P.V.P.: 100 ptas. (+ gastos de envío)



### LOS POBRES NOS EVANGELIZAN

Publicado por NUEVA UTOPIA,  
recoge las ponencias del I Encuentro Popular  
celebrado en Madrid el pasado año organizado  
por los Hermanos de San Juan de Dios.  
De venta en librerías religiosas.

### 3. LOS HOSPITALES CATÓLICOS EN EL MUNDO

**Fiorenzo Angelini**

Presidente del Pontificio Consejo  
para la Pastoral de los Agentes Sanitarios.  
Ciudad del Vaticano

La jornada de hoy, de reflexión y de estudio en el marco de las iniciativas para el 125 aniversario de la fundación del prestigioso Hospital Sant Joan de Déu, de Barcelona, tiene por tema: *Hospital y valores humanos*.

Al proponerme el argumento *Los hospitales católicos en el mundo*, se me ha pedido gentilmente «una exposición basada más en la experiencia y vivencias personales, que a nivel estadístico».

Agradezco esta sugerencia, entre otras cosas, porque los casi cuarenta años de estrecho y casi diario contacto con el mundo del sufrimiento, de la sanidad y de la salud, tienen un valor estadístico.

He visitado y conocido hospitales en todas las partes del mundo: hospitales de fama internacional y hospitales dotados de escasísimos medios; estructuras imponentes como vuestro Hospital Sant Joan de Déu y construcciones decadentes. Pero la experiencia vivida con los enfermos y con los agentes sanitarios ha sido en todas partes la misma. Más aún, no quiero hablar de experiencia, sino de lección aprendida entre cuantos viven en el inmenso planeta del dolor o giran en torno a él.

Digo lección aprendida, porque quisiera que ante todo quedara claro que, para un sacerdote, para un religioso, para una religiosa, para un obispo, lo que aprende en contacto con los enfermos y los agentes sanitarios, lo que de ellos recibe es mucho más de lo que puede dar, aunque lo hiciera con el máximo de la dedicación.

El pasado año traté de recoger mi experiencia en las seiscientas páginas del volumen *Quel soffio sulla creta*<sup>1</sup>, pero precisamente al redactar aquel libro, experimenté la dificultad de confiar a la página escrita la experiencia vivida.

El concepto de lección aprendida ha de ser tenido presente también cuando se habla de identidad del hospital católico.

Creo, efectivamente, que al abordar este tema es necesario liberar el campo de dos prejuicios.

La prerrogativa o la calificación de católico, referida a un lugar de hospitalización y de cura, no debe inducirnos a poner cátedra ni creernos superiores a nadie.

Las certezas y los compromisos que fluyen de la adhesión al Evangelio de Cristo requieren un espíritu de servicio y una disponibilidad que deben alimentarse con la caridad y la humanidad intelectual. Para servir, nos rebajamos, nos inclinamos hacia quien sufre en el espíritu y en el cuerpo.

1. F. ANGELINI, *Quel soffio sulla creta*. Roma, 1991.



«El hospital católico, las instituciones sanitarias católicas, son las piedras para construir los fundamentos de la única posible cultura del amor».

“ Lo que se aprende con los enfermos y los agentes sanitarios, lo que de ellos se recibe es mucho más de lo que se puede decir ”

“ Para servir, nos rebajamos, nos inclinamos hacia quien sufre en el espíritu y en el cuerpo ”

El segundo prejuicio que perdura en no pocos sectores del mundo sanitario es que el adjetivo católico quiere insinuar que, para nosotros, el hospital tiene un carácter confesional. Nada hay más reductivo.

Hace dos años, hablando en Lusaka en la Asociación Médica de las Iglesias, recordé que «el verdadero templo universal, antes que las iglesias de nuestras diversas religiones, es el hospital, lugar de refugio y de asistencia para todos, sin distinciones, y donde se lleva a cabo una experiencia de gran intensidad espiritual, favorecida por aquel ritmo de la enfermedad que nos induce a la reflexión y de la misma manera a la búsqueda y a la necesidad del Trascendente, de Dios<sup>2</sup>.

“ El verdadero templo universal, antes que las iglesias de nuestras diversas religiones, es el hospital ”

“ El hospital católico debe poder calificarse de lugar y espacio primario de evangelización ”

Ante la pregunta: qué es, cómo se califica el hospital católico, no podemos responder en términos de prerrogativas exteriores<sup>3</sup>. Por otra parte, la misma elección del hospital católico por parte del paciente o de sus familiares debe ser sugerida por el conocimiento de que los valores de la asistencia profesionalmente irreprochable, del amor a la vida y a su promoción y defensa, de la dedicación desinteresada, son asegurados por una fe sostenida por la gracia de Dios y, por lo tanto, capaz de ofrecer garantías no confiadas a la sola fragilidad humana o a leyes débiles, ambiguas y hasta inaceptables, sino al mismo mandamiento divino del amor.

Y cierro esta premisa con una referencia que me parece particularmente actual.

Dentro de veinte días, el Santo Padre Juan Pablo II procederá a la beatificación de 71 hermanos de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios caídos mártires durante la persecución religiosa que atormentó a España durante el trienio 1936-1939. En aquellos años, la presencia de religiosos y religiosas en los hospitales suponía riesgos físicos gravísimos. Pues bien, con carta circular del 4 de abril de 1936, el superior general de los Hermanos de San Juan de Dios, aun consciente de la gravísima situación, escribía a las comunidades de España:

«... Nuestros religiosos no abandonarán la asistencia de los enfermos sino cuando las autoridades se hagan cargo de ellos...; estén a la cabecera de los enfermos hasta que fuerza mayor imponga abandonarlos. Esto será heroico en algunos casos, dado el estado de anarquía reinante, pero así nos lo impone un sagrado deber»<sup>4</sup>.

Nótese la expresión final: un *sagrado deber*, es decir, un

2. Cf. *Dolentium hominum. Iglesia y salud en el mundo*, 5 (1990), n.º 14, pág. 74.

3. «La cuestión de la identidad católica de nuestros hospitales no está tanto en el crucifijo sobre la cama, en el cuadro del obispo o en el hecho de que sea una monja quien mida la tensión sanguínea. La identidad católica es una cuestión de valores, no de signos externos». P. RUSSEL E. SMITH, *La ética médica: una criatura de la Iglesia*, en «*Dolentium hominum. Iglesia y salud en el mundo*», 5 (1990), n.º 15, pág. 46.

4. F. LIZASO BERRUETE, O.H., Braulio M. Corres, *Federico Rubio y compañeros Mártires Hospitalarios de San Juan de Dios*, Madrid, 1992, pág. 13.

deber ciertamente humano, pero hecho sagrado por la consagración religiosa y, en cuanto sagrado, capaz de obtener de Dios la fuerza de la dedición heroica.

Hospital católico, por lo tanto, no significa hospital diferente de los otros, mejor que los otros, sino —con una expresión más fácil de intuir que de explicar— quisiera decir: hospital más hospital que los otros, en el sentido de que el acento se pone solamente sobre la garantía que la adhesión a Cristo, médico de las almas y de los cuerpos, es capaz de dar al servicio que se lleva a cabo para con quien sufre.

Entonces, para ser tal, ¿qué características debe tener el hospital católico?

Al hablar de hospital católico me refiero, naturalmente, a la totalidad de la expresión, incluyendo en ella la estructura asistencial, a todo el personal que trabaja en ella, incluido el administrativo, a los pacientes y a cuantos frecuentan el lugar de hospitalización y de cura.

Basándome sobre la experiencia vivida y que sigo viviendo visitando hospitales en todas las partes del mundo, creo poder señalar las siguientes características que, por sí mismas, abrazan también otras prerrogativas que, por lo demás vosotros mismos estudiasteis atentamente en el curso de especialización celebrado hace algunos años sobre este tema<sup>5</sup> y ya tratadas anteriormente en la espléndida publicación dedicada al Hospital Sant Joan de Déu, de Barcelona<sup>6</sup>.

En primer lugar, el hospital católico debe estar al servicio de la vida, de toda la vida y de la vida de todos, desde su concepción hasta su natural crepúsculo; en segundo lugar, debe distinguirse por profesionalismo y ejemplaridad en el respeto de las leyes sanitarias de cada país y por una plena actuación de las mismas, siempre en el ámbito del valor primario del servicio a la vida; en tercer lugar, debe asegurarse a todo el personal sanitario una idónea formación ética y moral cristiana; en fin, como templo más frecuentado del mundo, el hospital católico debe poder calificarse de lugar y espacio primario de evangelización.

## AL SERVICIO DE LA VIDA

Nuestro tiempo padece una falta de *cultura de la vida* y de una predominante *cultura de muerte*. De este doloroso aspecto ha hablado también, con insistencia, el Santo Padre, relacionando la cultura de muerte con las dominantes *estructuras de pecado*<sup>7</sup>. Sin embargo, me parece posible entrever, en tal situación, un elemento de esperanza. La humanidad, que sufre por esta *cultura de muerte*, es cada vez más consciente del gravísimo fenómeno y por ello, aunque entre dificultades, se mueve en busca tanto de los valores perdidos, como de nuevas formas de solidaridad. Los mismos acontecimientos históricos que han trastornado el mundo en el último trienio, han contribuido, por una parte, a exasperar algunos aspectos del perdurar de la cultura de muerte, pero también a suscitar un compromiso más vivo por la construcción de un nuevo orden mundial.

El hospital es espejo tanto de la dominante cultura de muerte cuanto de la creciente necesidad de celebrar la vida.

5. Cf. AA. VV. *El Hospital Católico. Material para la reflexión*, en *LABOR HOSPITALARIA*, 35 (1983), vol. XV, núm. 188.

6. Cf. AA. VV., Libro Azul. *Hospital San Juan de Dios*. Barcelona, 1974.

7. Cf. JUAN PABLO II, Carta enc. *Sollicitudo rei socialis*, 43; Exhort. apost. *Christifideles Laici*, 38; Carta enc. *Centesimus annus*, 57.

Si hubiera de parafrasear la expresión hospital católico, diría: lugar de servicio a la vida, don de Dios.

Toda otra característica de catolicidad no puede menos de estar ligada a esta prerrogativa.

Si Cristo calificó su magisterio y ministerio como curación de enfermos en el espíritu y en el cuerpo, indicando en tal tarea la misión de sus discípulos<sup>8</sup>; si se debe a la Iglesia el inicio de la socialización de la medicina; si la Iglesia considera la solicitud por quienes sufren y por los enfermos como «parte integrante de su misión»<sup>9</sup>, particularmente en nuestro tiempo<sup>10</sup>; si «el hombre es camino de la Iglesia»<sup>11</sup> y lo es «de modo especial cuando en su vida entra el sufrimiento»<sup>12</sup>, es porque la dirección base de la pastoral es el servicio a la vida, a toda la vida y a la vida de todos.

## PROFESIONALISMO Y EJEMPLARIDAD

No se sirve verdaderamente a la vida si no se la sirve de la mejor manera posible. La idoneidad de las estructuras sanitarias, el profesionalismo de los agentes sanitarios, la ejemplaridad en la conducción del hospital, son prerrogativas irrenunciables para el hospital católico.

Aquí se introduce un elemento demasiado a menudo olvidado o no valorizado lo bastante.

Aun entre límites y contradicciones, la sanidad —es decir, cuanto se refiere a la política, la legislación y la programación sanitaria propias de cada país<sup>13</sup>— ha cumplido en los decenios recientes enormes progresos.

Cuando hablo de profesionalismo y de ejemplaridad del hospital católico, quiero decir que éste debe hacerse fuerza de atracción de este progreso en la óptica y en la perspectiva del servicio a la vida.

Esto lleva consigo colaboración y no antagonismo, firme defensa del valor de la vida, pero conducida a través del testimonio eficaz de los resultados; requiere además:

- Plena valorización de las capacidades de los agentes sanitarios.
- Severa y transparente administración.
- Dedicación apasionada a la investigación.
- Estudio profundo de los aspectos éticos de la problemática médica.
- Apertura a todo el mundo sanitario.
- No discriminación con respecto a quienes sufren.
- Defensa frente a toda instrumentalización política o, en todo caso, ajena a los fines del hospital.
- Respeto del credo religioso, cualquiera que sea, del personal y de los enfermos.
- Constante interacción entre asistencia sanitaria y pastoral sanitaria.

8. Cf. Lc 5, 15; 6, 19; 9, 2.

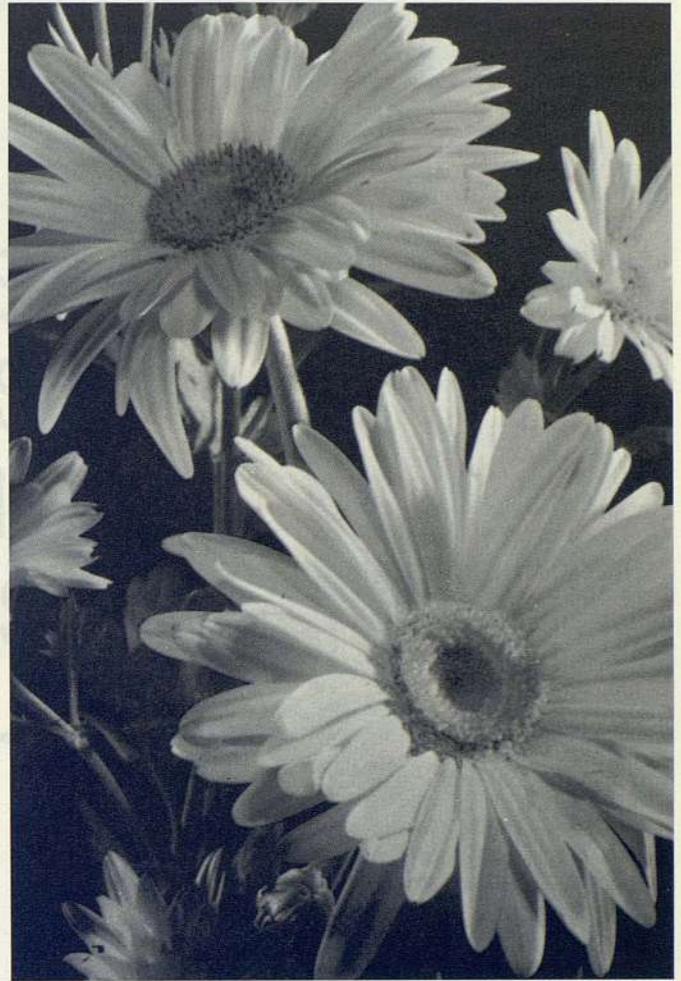
9. JUAN PABLO II, Motu proprio *Dolentium hominum* (1985), n.º 1.

10. «En la acogida amorosa y generosa de toda vida humana, sobre todo si es débil o enferma, la Iglesia vive hoy un momento fundamental de su misión, tanto más necesaria cuanto más dominante se ha hecho una «cultura de muerte»». *Christifideles Laici*, 38.

11. JUAN PABLO II, Carta enc. *Redemptor hominis*, 10.14.

12. Id., Carta apost. *Salvifici doloris*, 3.

13. En la expresión corriente de sanidad y salud, se quiere entender «por sanidad todo lo que se refiere a la política, la legislación y la programación sanitaria propias de cada país. Con el término salud se quiere significar cuanto concierne a la prevención, la diagnosis, la terapia, la rehabilitación, para el mejor equilibrio psicofísico de la persona». F. ANGELINI, *Quel soffio sulla creta*, Roma 1991, pág. 3.



«El hospital católico debe estar al servicio de la vida, de toda la vida y de la vida de todos».

Me doy cuenta de que cada uno de estos elementos requeriría un análisis particular y profundo.

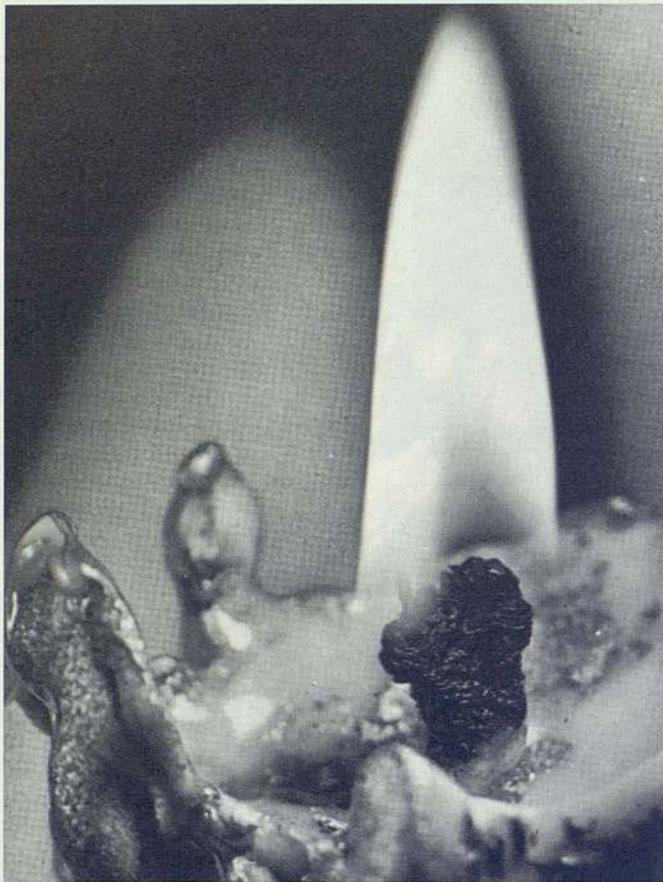
Me habéis pedido realizar una reflexión basada en mi experiencia. Pues bien, donde falten estas características, al hospital católico le falta su finalidad.

## FORMACIÓN ÉTICA Y MORAL DE LOS AGENTES SANITARIOS

A menudo la experiencia me ha puesto frente a esta desconcertante constatación: en los hospitales católicos, los responsables de la asistencia religiosa son muchas veces totalmente imprevistos en el campo de la asistencia sanitaria; a su vez, los agentes sanitarios olvidan totalmente, y sobre todo ignoran, el componente ético, moral y espiritual de la asistencia. Las consecuencias negativas de esta situación son incalculables, puesto que separan artificiosamente lo que en el paciente es vivido de manera unitaria.

El agente de pastoral sanitaria no sustituye al agente sanitario, sino que juntos deben sentirse al servicio del enfermo.

Y debo decir que en España esta sensibilidad ha sido pionera y ha dado notables frutos. No es casual que en este país se celebre desde hace tiempo el Día del Enfermo y los temas que anualmente lo inspiran están en la línea de esta interacción entre medicina y moral.



«Evangelizar para curar, curar para evangelizar».

Cuando, a finales de los años sesenta, en la sede romana del Consejo nacional de Investigaciones, comencé el Curso anual de Medicina y Moral, alguien pensó en una iniciativa veleitaria. El curso tuvo un éxito creciente; lo ha sustituido, en el plano internacional, la Conferencia anual promovida por el Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios.

No lo olvidemos: o en el hospital católico medicina y moral van juntas o la calificación de católico carece de sentido. Y fue para mí motivo de íntimo orgullo el que la Asamblea especial para Europa del Sínodo de Obispos aprobara por unanimidad la inclusión, en la *Declaratio* conclusiva, de la invitación a la formación moral en bioética de los Agentes Sanitarios<sup>14</sup>.

## EL HOSPITAL CATÓLICO, LUGAR PRIMARIO DE EVANGELIZACIÓN

Como ya he dicho, no se trata de calificación *confesional* del hospital católico. La evangelización no es *confesionalidad* en el sentido reductivo y antagonístico del término.

14. «Ius ad valetudinem servandam atque pro posse restituendam omnino tuendum est; sollicitudo totius societatis et pastoralis cura Ecclesiae exerceri debent erga omnes qui morbis laborant, praesertim morbis huius temporis. Omnes valetudinis administris etiam in re morali atque in bioethica formentur». *SYNODUS EPISCOPORUM COETUS SPECIALIS PRO EUROPA*, *Declaratio*, 10. En *L'Osservatore Romano*, suplemento, n.º 293, 20 de diciembre de 1991, pág. VII.

Juan Pablo II ha acuñado la feliz expresión *Evangelio del sufrimiento* para indicar que el anuncio liberador y curativo de Cristo halla su más fecundo terreno en quienes sufren.

Evangelizar para curar, curar para evangelizar.

Quien ha elegido, por profesión o por especial consagración servir a los hermanos que sufren, debe poder hacer visible y creíble esa elección a través del mismo servicio a los enfermos. Servir al hombre al que Cristo ha servido significa revivir, en nuestro trabajo, la actitud y la conducta de Cristo. Si los enfermos y aquellos a quienes asistimos no reconocen en nosotros los rasgos de Cristo, faltamos a nuestra misma vocación y misión profesional.

El decoro de los ambientes, la eficacia de las estructuras, la dignidad del servicio prestado, la limpieza, las correctas relaciones exteriores e internas, el profesionalismo del personal médico y para-médico, la seriedad de los análisis, la puntualidad de la intervención, el respeto a las tareas de cada uno: son todas ellas premisas para un testimonio de servicio al hombre que ostente verdaderamente las señales de la vocación cristiana.

La señal principal del servicio a quien sufre, como instrumento de evangelización, la dan la intensidad y la calidad del amor puesto en nuestro servicio.

Si la elección de servir a quien sufre nace de un acto de amor, no puede menos de ser reflejo del amor de Dios, manifestado en Cristo y expresado en su *Faz doliente* y en su inclinarse hacia los que sufren.

Sólo el amor puede salvarnos del riesgo de caer en la rutina, en el hábito que lleva a la indiferencia. El hospital, como estructura y hasta en la plenitud de su eficiencia, no puede sustituir al corazón humano<sup>15</sup>, el cual, frente al sufrimiento, halla sobre todo en el amor el impulso a dar lo mejor de sí mismo, a no sentirse nunca suficientemente a la altura de su propia misión.

El amor que se nos pide debe poseer las prerrogativas de discreción, de dulzura, de ternura, de participación que, habitualmente, consideramos maternas. Por eso, en los lugares de hospitalización y de cura católicos debe darse espacio referente a la Santísima Virgen. Madre del amor y del dolor.

Los hospitales católicos en el mundo son, en absoluto, la fuerza mayor al servicio de la humanidad que sufre. El no fácil censo que está realizando desde hace años el dicasterio que tengo el honor de presidir, ha registrado hasta ahora más de veinte mil instituciones sanitarias católicas. Y la cifra no está completa.

La distribución geográfica de las instituciones sanitarias católicas es tal que las hace capaces de dar testimonio del Evangelio en todas las partes del mundo.

Como nos recuerda el Santo Padre, «en el programa mesiánico de Cristo... el sufrimiento está presente en el mundo para liberar amor, para dar nacimiento a obras de amor al prójimo, para transformar toda la civilización humana en la *cultura del amor*»<sup>16</sup>.

El hospital católico, las instituciones sanitarias católicas, son las piedras para construir los fundamentos de una, más aún, de la única posible cultura del amor.

15. «Las instituciones son muy importantes e indispensables; pero ninguna institución puede, por sí sola, sustituir al corazón humano, a la compasión humana, al amor humano, a la iniciativa humana, cuando se trata de ir al encuentro del sufrimiento del otro». JUAN PABLO II, Carta apost. *Salvifici doloris*, 29.

16. Juan Pablo II, Carta apost. *Salvifici doloris*, 30.

DOCTOR JOHAN STEVENS

*Presidente de la Asociación de Médicos Católicos de Holanda*

## 4. «LOS CUIDADOS PALIATIVOS SON UNA DE LAS FORMAS DE LUCHAR CONTRA LAS SOLICITUDES DE EUTANASIA»

Desde hace cuatro meses, Holanda es el único país europeo que dispone de una normativa provisional que legaliza la eutanasia. La citada ley, pendiente de ratificación oficial, restringe la aplicación de esta práctica, llevada a cabo por un médico que ha de informar al fiscal, sólo en caso de insostenible sufrimiento para el enfermo o reiterado deseo del mismo de morir en paz. Uno de los principales adversarios a la legalización de la eutanasia es la Asociación de Médicos Católicos de Holanda. Su presidente, el doctor Johan Stevens, ha estado en Barcelona, invitado por la Asociación de Médicos Católicos de Cataluña, para informar sobre la situación en su país. LABOR HOSPITALARIA no ha querido desaprovechar la ocasión y ha entrevistado al doctor Stevens para que nos cuente sus impresiones sobre el tema.

Johan Stevens tiene 53 años. Estudió Medicina en Holanda, doctorándose en 1965. Desde 1966 es médico de cabecera en la localidad de Arnhem. También desde esa fecha, trabaja en la Sociedad Real de Medicina y en la Liga Holandesa de Médicos de Cabecera. Desde 1979 preside la Asociación de Médicos Católicos de Holanda. Es miembro de la junta de la Federación Europea de Asociaciones de Médicos Católicos y profesor de ética en Arnhem.



El doctor Johan Stevens es el presidente de la Asociación de Médicos Católicos de Holanda.

—Doctor Stevens, ¿cómo se halla en estos momentos la situación legal de la eutanasia en Holanda?

La realidad ahora es que la eutanasia puede practicarse en Holanda y en la mayoría de casos no se castiga. De hecho, no debería decirlo así porque la eutanasia oficialmente no está permitida. La nueva ley no es una ley que dé permiso a la eutanasia, no es de legalización, sólo es un nuevo procedimiento para hacer que los médicos que cumplan todas las demandas de cuidados y hayan practicado la eutanasia con total conciencia, pueden ser exonerados de culpa y no ser procesados.

—Ante esta situación, ¿cuál es la postura de los médicos holandeses? ¿Y la del resto de los profesionales de la sanidad?

Quizás cuando tengamos más tiempo pueda explicarles más ampliamente la situación actual. Por el momento, hemos formado una comisión en Holanda, la Comisión Rimmelink<sup>1</sup>. Esta comisión ha contado el número real de eutanasias que se han practicado en Holanda en 1990: de 130.000 muertes, 2.300 fueron eutanasias, es decir, el 1,8 % del total de muertes, lo que haría de la eutanasia un problema de poca magnitud, sin embargo, esto no es así: la tercera parte de estas muertes son debidas a infecciones agudas o accidentes de tráfico, una tercera parte ocurren en circunstancias que excluyen la posibilidad de eutanasia, como por ejemplo en el curso de una intervención o tratamiento. Tan sólo un número reducido de pacientes crónicos de cáncer y otras enfermedades sin tratamiento son posibles candidatos a la eutanasia y éstos serían sólo una tercera parte del total de defunciones. Deberían multiplicar 1,8 % por 3 para saber el número de candidatos posibles a la eutanasia... esto da un resultado de 5,4 %. Además esta comisión también ha descubierto que el número de peticiones de eutanasia es 4 veces mayor al número que se practican, por lo que los pacientes posibles candidatos a ella serían en un poco más de un 20 % (5,4 % por 4), es decir, 1 de cada 5 pacientes. En este caso, el problema es importante y de gran magnitud.

—¿Por qué ha sido su país, Holanda, «pionero» en este tipo de legalización? ¿Qué factores sociales, políticos, sanitarios, han podido influir en ello?

Holanda es un país liberal casi totalmente secularizado. La gente es autónoma e individualista y, a diferencia de España y otros países mediterráneos, el movimiento familiar es mucho menos profundo. En mi país podemos opinar lo que queremos desde hace muchos años y creo que el clima político y espiritual en Holanda es totalmente libre al igual que en el resto de países escandinavos. Holanda ha sido el primer país pero Dinamarca y Suecia podrían haber sido también los primeros porque tienen la misma manera de pensamiento espiritual. En Holanda, la posición del individuo es muy importante al igual que su autonomía, por eso cuando un paciente en nuestro país solicita la eutanasia tiene más probabilidades de ser escuchado y complacido que en un país mediterráneo.

—Doctor Stevens, ¿existen en Holanda Unidades de Cuidados Paliativos?

Los cuidados paliativos son una de las formas para luchar contra las solicitudes de eutanasia. Quizás debería decir lo que la Iglesia Católica dice al respecto.

La Asociación de Médicos Católicos Holandeses señala tres puntos en este amplio espectro de problemas: primero, que lo más importante que debe decirse en un hospital es que *luchamos contra el encarnizamiento terapéutico*, que los pacientes sufran demasiadas operaciones, demasiada quimioterapia, demasiados tratamientos que no tienen sentido y no servirán de nada. Queremos intentar que los pacientes sólo sean sometidos a estos tratamientos cuando realmente los necesiten.

1. VAN DER MAAS, P. J.: *La eutanasia y otras decisiones médicas al fin de la vida*, en LABOR HOSPITALARIA, 1991; vol. 23. 355-360.

Segundo, tratamos de *disminuir las demandas de eutanasia* a través de un perfectamente organizado *tratamiento terminal en cuatro niveles*: primero, a nivel *somático* con un tratamiento médico perfecto; segundo, a nivel *emocional* debe haber un buen soporte emocional y eso incluye una buena comunicación y no el aislamiento del paciente; tercero, a nivel *social* con asistencia social humana no sólo para el paciente sino también para la familia y cuarto, a nivel *espiritual* debe haber una asistencia espiritual y religiosa adecuada para el paciente. En un país secularizado como Holanda, es un factor muy importante ya que el sentido y la necesidad de ayuda religiosa y espiritual debe aumentar. Es algo que se ha olvidado, se habla de mente pero no de religión. Ahora estamos intentando dar un lugar a la ayuda religiosa y espiritual dentro del tratamiento terminal.

La tercera cuestión es que la nueva ley no legaliza estrictamente la eutanasia. La eutanasia no está permitida en esta nueva ley y eso, creo que es algo que no se ha comprendido bien en España y me ha sorprendido ver que los españoles creen que en Holanda estamos matando a los pacientes terminales por problemas económicos o por causas hedonistas. Les aseguro que no es cierto. La nueva ley sólo da la posibilidad que los médicos no sean perseguidos cuando practiquen la eutanasia muy conscientemente, cuando hayan seguido todos los requisitos y cuidados, cuando hayan reflexionado seriamente sobre las ventajas e inconvenientes de la eutanasia y cuando, finalmente, junto con el paciente hayan llegado a esa conclusión de acuerdo con la conciencia de ambos. Este es el sentido de la ley. Esta ley sigue la Declaración Vaticana sobre la Eutanasia<sup>2</sup>.

El texto de la ley es claro, lo más flojo de la ley es cómo hacerla cumplir, cómo mantenerla. Si hay un control rígido y serio, creo que el problema no será grande, pero sí el control es débil y mal hecho, entonces podemos encontrarnos que la ley no se cumple suficientemente y entonces, tanto para médicos como para pacientes, sea demasiado fácil solicitar y practicar la eutanasia.

El tercer punto por el que nuestra organización católica está luchando es que haya un *control estricto de la ley*, que cada caso de eutanasia sea revisado por un dirigente público y controlado por un juez. Nosotros somos de la opinión que en nuestro país es imposible erradicar la eutanasia completamente porque en medicina hay casuísticas de dolor tan terribles y sufrimientos que no pueden ser tratados de ningún modo, que nos lleva a pensar que existen algunos casos en la eutanasia no sea *buena muerte* pero sí la *menos mala*.

—Nos comentaba que la secularización de su país puede ser una de las causas de la legalización de la eutanasia, entonces ¿cómo vive la Iglesia católica holandesa esta situación?

Esta es otra cuestión importante. La población católica holandesa de acuerdo con las leyes holandesas tiene el

2. Nota de la redacción: «... podrá también verificarse que el dolor prolongado e insoportable, razones de tipo afectivo u otros motivos diversos, induzcan a alguien a pensar que puede legítimamente pedir la muerte o procurarla a otros. Aunque en casos de ese género la responsabilidad personal puede estar disminuida o incluso no existir, sin embargo el error de juicio de la conciencia —aunque fuera incluso de buena fe— no modifica la naturaleza del acto homicida, que en sí sigue siendo siempre inadmisibles». Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe: Declaración Vaticana sobre la Eutanasia del 5 de mayo de 1980.



El doctor Stevens con el hermano Miguel Martín, director de LABOR HOSPITALARIA, en un momento de la entrevista.

derecho a pedir y practicar la eutanasia. ¿Tiene el derecho?, es cuando yo debo decir que tiene el derecho a la autodeterminación. ¿Pero es ese un derecho absoluto?, a lo que yo debo hacer tres aclaraciones: una, el derecho a la autodeterminación debe estar por debajo de la dignidad y el valor de la vida humana. El valor de la vida humana es lo más importante. Cuando tienes un paciente en coma se puede decir que ya no es un caso de dignidad pero la vida humana sigue teniendo valor por eso el derecho a la autodeterminación está por debajo de la vida humana.

Dos, el derecho a la autodeterminación del paciente debe coincidir con el del médico y también con los del personal sanitario. Cuando un paciente quiere que se le practique la eutanasia debe coincidir con la opinión del médico y cuando el médico dice que, de acuerdo con su conciencia, no practicará la eutanasia entonces el derecho a la autodeterminación del paciente tiene el mismo peso que el del médico.

La tercera consideración es que para la gente de fe la determinación está bajo la disposición de la voluntad de Dios, pero esto no se puede imponer a las personas que no creen.

**—Doctor Stevens, antes nos ha apuntado qué requisitos debe seguir un médico para ser disculpado y no ser perseguido en un caso de eutanasia. ¿Podría enumerarlos?**

**E**n primer lugar, la eutanasia debe ser pedida voluntariamente por el paciente. En Holanda, la eutanasia es matar a alguien que lo pide. En caso contrario sería asesinato. En mi país no es posible que una familia solicite la eutanasia para un abuelo, la ley exige que la eutanasia sea solicitada por el propio paciente. Esto debe hacerse por escrito, en video, etc., y el juez debe determinar que la eutanasia ha sido solicitada voluntariamente al 100 %, que es una petición permanente en un paciente cuyo sufrimiento no puede ser tratado, incurable.

En segundo lugar, la muerte debe ser intencionada. En el caso de un paciente que pide que se le controle el dolor y esto acelera el proceso de la muerte, no es eutanasia. Para que se defina como eutanasia debe existir la intención de matar. La

eutanasia debe ser practicada por un médico, nunca por una enfermera. En Holanda es necesario que la decisión sea tomada después de consultar con otro colega experto, otro médico que también haya examinado al paciente.

Cuando no hay petición por parte del paciente debido a su estado comatoso, o a una demencia grave, o en caso de un recién nacido con defectos, no puede practicarse la eutanasia. Sólo se puede estudiar la posibilidad de dar muerte para remediar el sufrimiento ya que no existe legislación para tales casos.

**—¿Qué entiende usted, doctor Stevens, por calidad de vida?**

**E**n mi opinión significa que el paciente puede vivir hasta que muera. Vivir significa controlar los síntomas del dolor y otros, pudiendo ser feliz preferiblemente en su casa rodeado por familia, amigos... y en mi opinión como católico, en buena relación con Dios.

**—¿Qué ambiente ha podido palpar durante su presencia en nuestra tierra respecto a la eutanasia? ¿Qué es lo que más le ha sorprendido?**

**P**ienso que el problema de pacientes con un sufrimiento insoportable es el mismo en Holanda que en España. No puedo imaginar que Holanda sea el único país que tenga este tipo de pacientes para quienes la eutanasia podría ser una última posibilidad. Pienso que el clima general en España es muy diferente al de Holanda. Lo que me ha sorprendido primero es la imagen equivocada de mi país en España y espero que mi visita y mis conferencias ayuden a cambiar esta imagen, pudiendo explicar cuáles son los peligros de esta nueva ley y cuál es su cumplimiento.

Otra cosa que me ha sorprendido acerca de la eutanasia en España es que en pocos años tendrán que enfrentarse a la misma situación que nosotros.

**Miguel Martín Rodrigo**

# 5. DECLARACIÓN DE LA COMISIÓN CENTRAL DE DEONTOLOGÍA SOBRE EL SIGNIFICADO DE LA EXPRESIÓN *EUTANASIA PASIVA*

*La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada el día 22 de mayo de 1993, adoptó el acuerdo de aprobar la Declaración elaborada por la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado, que a continuación transcribimos. Aún cuando la explicación conceptual resulte correcta, creemos que hubiera sido mucho mejor exhortar a la supresión de las adjetivaciones y olvidarse del término eutanasia pasiva, tal como hizo la Declaración Vaticana sobre la Eutanasia del 5 de mayo de 1980 y el Consejo de Europa al rechazar denominar eutanasia pasiva al tratamiento correcto de pacientes crónicos o terminales. Es suficiente, a nuestro parecer, contraponer siempre la conducta éticamente no justificable en principio (eutanasia), al tratamiento correcto del paciente crónico o terminal. Eutanasia sería pues la conducta (por acción u omisión de medios necesarios o proporcionados) orientada a causar la muerte del paciente para acabar con su sufrimiento.*

Se da hoy en la sociedad española un vivo debate en torno a la eutanasia. A él, la Organización Médica Colegial contribuye con una rotunda condena de esa práctica. Tal postura, establecida por el vigente Código de Ética y Deontología Médica (CEDM), es bien comprendida por todos cuando se trata de una conducta profesional que mata mediante una intervención activa (la mal denominada eutanasia activa). Por contraste, tal condena no es bien comprendida por todos cuando se trata de una conducta profesional que mata mediante una omisión (la mal denominada eutanasia pasiva). Esta falta de entendimiento se debe, en parte, al uso equivocado de algunos términos, entre ellos, precisamente, el de eutanasia pasiva.

La Comisión Central de Deontología considera que, si en toda discusión sobre la eutanasia debe ser oída la voz de los médicos, en la fijación de los conceptos y de los términos que los designan resulta imprescindible tener en cuenta su cualificado punto de vista. Con esta declaración, la Comisión espera contribuir a clarificar las ideas y a favorecer el buen uso de las palabras.

## QUÉ SE ENTIENDE POR EUTANASIA EN MEDICINA

El vigente CEDM dice en su artículo 28.1 que el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de un paciente ni por propia decisión, ni cuando el enfermo o sus allegados lo soliciten, ni por ninguna otra exigencia. La eutanasia u *homicidio por compasión* es contraria a la ética médica. No existen, pues, variantes benignas de eutanasia: toda eutanasia es un acto que, por compasivo que pueda ser en sus móviles, quita intencionadamente la vida a un ser humano.

La acepción que el CEDM toma del término eutanasia es la habitual en el campo de la ética profesional. La Asociación Médica Mundial, máximo organismo internacional en ética profesional, dice en su Declaración sobre la Eutanasia de 1987: La eutanasia, es decir, el acto desesperado de dar fin a la vida de un paciente, aunque sea por su propio requerimiento o a petición de sus familiares, es contraria a la ética. La acepción de eutanasia incluye, pues, entre otros, el elemento esencial de ser un homicidio desesperado.

## LA EUTANASIA PASIVA Y LA VERDADERA EUTANASIA

El CEDM no hace referencia a las llamadas posturas? activa y pasiva de eutanasia, pues, desde el punto de vista de la ética profesional, es irrelevante quitar la vida a un paciente mediante una acción que se ejecuta o mediante la omisión de una intervención médica obligada. En uno y otro caso hay eutanasia, pues se provoca deliberadamente la *muerte a un paciente*.

## LA CONFUSIÓN DE LLAMAR EUTANASIA PASIVA A LO QUE NO ES EUTANASIA

No son pocos los que al hablar de eutanasia pasiva se están refiriendo a algo que no es eutanasia. Entienden, erró-

neamente, que eutanasia pasiva es no instaurar o suspender esos tratamientos médicos inútiles. Pero no instaurar o suspender esos tratamientos no es ningún homicidio deliberado, sino un acto ético, por cuanto constituye práctica médica correcta, repleta de ciencia y de prudencia médica. El CEDM, al condenar el encarnizamiento terapéutico, confirma, por contraste, la dignidad ética del médico que se abstiene de acciones deliberadamente inútiles. Llamar eutanasia pasiva a lo que es una correcta abstención de lo inútil crea un espejismo peligroso: el de creer que hay una variante virtuosa de eutanasia. Matar adrede a un enfermo no puede ser unas veces bueno y otras malo, según el procedimiento (acción u omisión), que hayamos usado para conseguirlo.

No dar testimonio médico a un enfermo puede originar conductas profesionales diametralmente opuestas. Puede ser un modo intencionado de privarle de la vida; es decir, constituye una conducta eutanásica en comisión por omisión: sería un caso de la mal llamada eutanasia pasiva. Puede, por el contrario, ser una conducta médica correctísima, porque, si el paciente es incurable, cualquier tratamiento médico agresivo es ya inútil para él. En tal circunstancia, el médico no podrá abandonarle, sino que deberá administrarle los cuidados paliativos que le permitan morir dignamente.

En conclusión: no existe una eutanasia activa y una eutanasia pasiva. Sólo existe eutanasia, una conducta siempre deontológicamente condenable, encaminada a matar (por acción u omisión) a quien padece una enfermedad incurable o sufrimientos insostenibles.

## CONSIDERACIONES DEONTOLÓGICAS ACERCA DEL ARTÍCULO 149.4 DEL PROYECTO DE NUEVO CÓDIGO PENAL

(Propuesta de actuación que la Comisión Central de Deontología dirige a la Asamblea General de la Organización Médica Colegial).

1. La Comisión Central de Deontología quiere llamar la atención de la Asamblea General de la OMC y de toda la Colegiación sobre la degradación deontológica que supondría, para el ejercicio de la Medicina, la aprobación en su texto actual del artículo 149.4 del Proyecto de Código Penal que el Gobierno ha enviado al Congreso de los Diputados.

2. Dice este artículo: «El que causare o cooperase activamente con actos necesarios a la muerte de otro, por la petición expresa y seria de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que hubiera conducido necesariamente a la muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo».

3. Aunque la evaluación de la pena prevista no es asunto propiamente deontológico, no se puede quedar reducido a un arresto de uno a seis fines de semana. Surge, por ello, de forma inevitable la sospecha de que se pretende inducir en la práctica, cuando no en la mente del legislador y a plazo más o menos corto, la despenalización del delito aquí considerado.

4. Un análisis deontológico de las características del nuevo delito, al que conviene la designación de homicidio por enfermedad, descubre algunas razones de preocupación y alarma:

a) En primer lugar, el carácter nebuloso e inconcreto de los rasgos con que se pretende definir el nuevo delito. No se describen los requisitos, ni se señalan las garantías, que aseguren del carácter expreso y serio de la petición de muerte de la víctima o de la naturaleza grave, permanente y difícil de soportar de sus sufrimientos: ni se exige documento escrito, ni presencia de testigos, ni obtención de una opinión experta por parte de un médico competente. Parece que todo se deja a la autonomía del paciente, tantas veces profundamente alterada por la enfermedad.

Los médicos sabemos cómo, por ejemplo, el cansancio, la depresión o el insomnio, no adecuadamente tratados, lo mismo una terapéutica incompleta del dolor u otros síntomas, pueden agotar la resistencia del enfermo que piensa en la muerte como una liberación. Y sabemos que un tratamiento paliativo competente, al aliviar la tremenda pesadumbre de vivir, hace desaparecer el deseo de la muerte.

b) En segundo lugar, el artículo 149.4 no define si la víctima ha de encontrarse en la fase terminal de su enfermedad pues son muchas las dolencias que, en el estado actual de la Medicina, tienen pronóstico infausto, después de un curso muy prolongado; y muchas también las que producen, durante un tiempo muy dilatado, sufrimientos permanentes y difíciles de soportar. El número de enfermedades que podrían incluirse como tributarias al homicidio por enfermedad sería absurdamente elevado y dependiente de la subjetividad del paciente o sus allegados.

5. La Organización Médica Colegial está obligada, en el campo de su competencia y en virtud de sus deberes para con la sociedad, a «colaborar con los poderes públicos en la consecución del derecho a la protección de la salud de todos los españoles y a la más eficiente, justa y equitativa regulación de la asistencia sanitaria y del ejercicio de la Medicina» (Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial, art. 3, 4). Debe, por tanto, dar a conocer al público los riesgos éticos y sociales que se derivarían de la aprobación del artículo 149.4 del Proyecto de Código Penal. Ninguna sociedad civilizada y progresiva puede desentenderse de sus ciudadanos más desgraciados, confiriéndoles el terrible poder de disponer de sus propias vidas. Una sociedad verdaderamente humana debe pugnar por mejorar constantemente la atención médica de los pacientes terminales mediante un compasivo y científico tratamiento paliativo, distante por igual del expeditivo homicidio por enfermedad y del irracional ensañamiento terapéutico.

6. La Comisión Central de Deontología solicita de la Asamblea General de la OMC que, tras realizar un atento análisis deontológico del problema expuesto, ponga en práctica todos los recursos legítimos para informar, tanto a la sociedad española como a quienes la representan en el Parlamento, de los riesgos inherentes a la legislación proyectada, que significaría, en caso de ser aprobada, una tremenda e injusta regresión para la Medicina y para la convivencia social.

(Ese documento ha sido aprobado por unanimidad por la Comisión Central de Deontología en su sesión de los días 15 y 16 de enero de 1993).

# 6. DOCUMENTO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

*La Comisión Permanente de Trasplantes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aborda en este documento trece puntos en conflicto en torno al trasplante: definición de órgano, diagnóstico de muerte en el donante cadáver, tráfico lucrativo, consentimiento en el donante cadáver, inducción de la donación, donaciones de vivo, respeto al cuerpo humano, órganos con viabilidad de difícil predicción, receptores, distribución de los órganos, anonimato, xeroinjertos e instituciones que pueden afectar la extracción y trasplante de órganos. Nos parece un documento bien elaborado, con rigor científico y que puede ser punto de referencia ética para profesionales, administradores y sociedad española en general, preocupados por el recto proceder en los trasplantes humanos.*



*La escasez relativa en la donación de órganos, es el factor limitante más importante para el desarrollo de los trasplantes en todo el mundo.*

Los trasplantes de órganos y tejidos han alcanzado un desarrollo importante, y es probable que no estemos más que al comienzo de una nueva etapa científica que, sin duda, progresará rápidamente. Esta actividad, que tiene un beneficio incuestionable para los receptores de los injertos, está basada en la concurrencia de múltiples factores con gran interdependencia: donantes, receptores, equipos asistenciales multidisciplinarios y organizaciones de trasplante. Todo ello en el marco de una organización sanitaria y un contexto socio-económico general de un Estado en particular.

La escasez relativa en la donación de órganos, es el factor

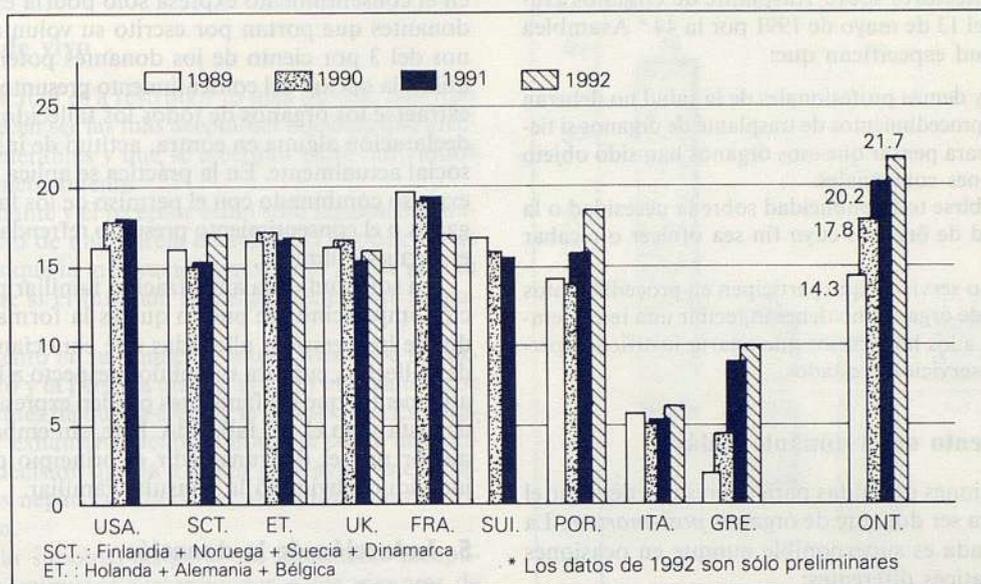
limitante más importante para el desarrollo de los trasplantes en todo el mundo. Ello ha dado lugar a que, en determinadas áreas geográficas, se hayan propuesto o introducido tácticas comerciales en un intento de aumentar la provisión de determinados órganos de necesidad acuciante.

Dado que la única fuente actual de órganos y tejidos son los donantes humanos, es obligado plantearse una serie de consideraciones éticas inseparables de todo proceder en el que interviene el hombre, y más aún si se trata de un procedimiento tan complejo como la donación-trasplante de órganos.

La creación de un paraguas ético-legal que impida la irrup-

## DONANTES DE ÓRGANOS

### Tasa Anual (p.m.p.)



ción de desviaciones negativas en la actividad de trasplantar órganos es una tarea de abordaje multidisciplinario que viene siendo acometida desde hace años por los diferentes profesionales implicados. La misión no está, pese a ello, concluida. La continua irrupción de nuevos hitos tecnológicos, fundamentalmente, demanda respuestas de índole ética que acoten la infinita progresión de opciones que la mera tecnología puede imprimir al trabajo sanitario.

Como respuesta a una pregunta aún no escrita, la Comisión Permanente de Trasplantes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se plantea reflejar en este documento algunos de los puntos de conflicto que, en el momento actual, parece indicado resaltar. La temática tratada no es nueva, el enfoque tampoco, ni siquiera la fórmula (varios profesionales especializados bajo el logo de una comisión de expertos). Pese a ello, abordamos el trabajo con el convencimiento de que al definir ciertos conceptos ayudamos a perfilar mejor una tarea de contenido inacabable: trasplantar órganos.

## PUNTOS DE CONFLICTO

### 1. Definición de órgano

«Una parte del cuerpo humano formada por un conjunto estructurado de tejidos que, si es extraído, no puede ser regenerado por el organismo».

Puede, a efectos prácticos de desarrollo del texto, equipararse *órgano con órganos y tejidos*.

Se excluirán de esta definición testículos, ovarios, embriones, óvulos, espermatozoides y sangre.

### 2. Diagnóstico de muerte del donante cadáver

Aunque el diagnóstico de muerte es esencialmente un problema científico, también es cierto que su conceptualización origina con frecuencia reacciones de componente emocional,

religioso y filosófico que complican indudablemente la práctica de la extracción de órganos.

La ausencia de latidos cardíacos y de respiración espontánea constituyeron durante siglos los criterios tradicionales para considerar que un cuerpo había fallecido. En la práctica de la extracción de órganos para trasplante, estos criterios son inaplicables al precisarse la integridad de la circulación sanguínea para mantener la viabilidad de los órganos que luego podrán trasplantarse. La descripción de la *muerte cerebral* como equivalente a todos los efectos científicos, legales y éticos de la muerte definida tradicionalmente, constituye el hecho fundamental que hace posible los trasplantes de órganos. Viene definida por «el cese total e irreversible de todas las funciones cerebrales» existiendo, no obstante, un cierto grado de variación en la definición legal en los distintos países, al marcar determinados requisitos técnicos que no afectan al concepto básico.

La posibilidad de la donación de órganos *post-mortem* no debe ser nunca el factor que decida cuándo una persona ha fallecido. No es justificable aplicar diferentes criterios de muerte según que la persona sea o no donante de órganos. La definición legal ideal del concepto de muerte es aquella que marque las máximas garantías de seguridad en la constatación del fallecimiento, conjugada con la flexibilidad indispensable que permita la incorporación de nuevas técnicas médicas encaminadas a lograr el mismo fin.

### 3. Tráfico lucrativo de órganos

La escasez de órganos disponibles para trasplante ha originado un comercio lucrativo de los mismos en ciertas áreas geográficas del mundo que debido a su bajo nivel de desarrollo económico ha sucumbido a esta práctica moralmente aberrante. Los datos existentes sobre ese problema han llevado a los diferentes países que poseen legislación sobre trasplante a prohibir específicamente esta práctica. Organismos supranacionales como el Consejo de Europa (que agrupa a 27 países) o la Organización Mundial de la Salud (que agrupa a 165)

han dictado recomendaciones específicas tendentes a la erradicación de este inmoral e inhumano comercio.

Los Principios Rectores sobre Trasplante de Órganos Humanos aprobados el 13 de mayo de 1991 por la 44.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud especifican que:

- Los médicos y demás profesionales de la salud no deberán participar en procedimientos de trasplante de órganos si tienen razones para pensar que esos órganos han sido objeto de transacciones comerciales.
- Deberá prohibirse toda publicidad sobre la necesidad o la disponibilidad de órganos cuyo fin sea ofrecer o recabar un precio.
- Las personas o servicios que participen en procedimientos de trasplante de órganos no deberán recibir una remuneración superior a los honorarios que estaría justificado percibir por los servicios prestados.

#### 4. El consentimiento en el donante cadáver

Existen dos opciones definidas para expresar o denegar el consentimiento para ser donante de órganos *post-mortem*. La terminología utilizada es superponible aunque en ocasiones es aplicada con matices diferentes:

- Consentimiento expreso / required consent / opting in / contracting in (país que la aplica por antonomasia: EE.UU.). Supone la definición en vida del potencial donante respecto a su voluntad positiva de ser donante de órgano. Esta definición de voluntad ha de haber sido hecha por escrito (según la normativa de algunos países) o simplemente haber sido expresada verbalmente (según otros).
- Consentimiento presunto / opting out / contracting out (país que la aplica por antonomasia: Austria). Implica la suposición de que si el potencial donante no se definió en vida en contra de la donación entonces estaba a favor de dicha práctica.

Ninguna de las dos definiciones anteriores se aplica en sentido estricto. Si así se hiciera resultaría que el país que se basa en el consentimiento expresa sólo podría extraer los órganos donantes que portan por escrito su voluntad de darlos (menos del 3 por ciento de los donantes potenciales). Si el país utiliza la opción del consentimiento presunto, entonces podrían extraerse los órganos de todos los fallecidos que no portaran declaración alguna en contra, actitud de insostenible defensa social actualmente. En la práctica se aplica el consentimiento expreso combinado con el permiso de los familiares más allegados o el consentimiento presunto refrendado, asimismo, por el permiso familiar.

La solicitud de la autorización familiar parece una obligación imprescindible puesto que es la forma de suponer, mediante las personas allegadas que conocían bien la voluntad del fallecido, cuál era su opinión respecto a la donación. Cabe argumentar que los familiares pueden expresar su propio punto de vista y no el del fallecido. Este, sin embargo, es un riesgo menor que el de transgredir el principio de autonomía del individuo obviando la consulta familiar.

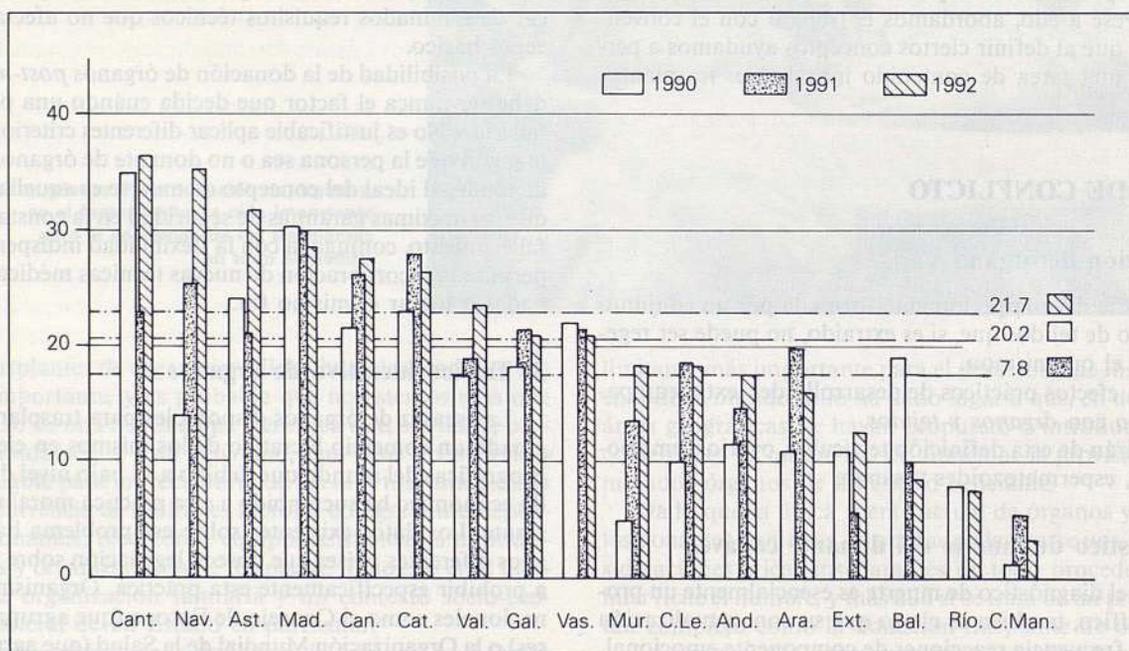
#### 5. Inducción de la donación

Si partimos de la base de que la donación altruista de órganos para trasplante es un bien social —de ninguna cualidad puede sentirse tan orgullosa una sociedad como de la solidaridad entre sus miembros—, entonces comprendemos fácilmente la necesidad de que la donación se promueva y potencie.

La inducción de la donación debe estar basada en criterios formativos, educacionales y de sensibilización de la población hacia los problemas de aquellos que precisan un órgano para seguir viviendo o para mantener las coordenadas de una vida social normal.

Las campañas promocionales dirigidas a la población en general, o a colectivos concretos como el de los profesionales

#### EVOLUCIÓN DE LA DONACIÓN Tasa de CC.AA. p.m.p.



sanitarios, constituyen, por tanto, una medida de completa y efectiva rentabilidad social.

## 6. Donaciones de vivo

La tendencia actual es a restringir lo más posible este tipo de donación. Parecen ser las más aceptables aquellas que afectan a tejidos regenerables y que se efectúan entre individuos emparentados genéticamente.

Cuando el donante y el receptor están sólo legalmente emparentados (el caso de una pareja de esposos) la posición es más compleja aunque la motivación emocional puede ser tan intensa o más que si el familiar fuera genéticamente emparentado.

El consentimiento en la donación inter-vivos debe ser expresado por escrito y la persona que va a recibir el órgano debe estar designada antes de que se efectúe la extracción. Es mandatario informar exhaustivamente al donante sobre las consecuencias de la decisión que va a tomar para evitar inesperadas repercusiones negativas ulteriores, de índole fundamentalmente psíquica.

Caso particular suponen las personas legalmente incapacitadas como los minusválidos psíquicos o los menores de edad. En estos casos la donación estará prohibida si afecta a tejidos no regenerables. Si se tratara de tejidos regenerables, será preciso solicitar la autorización del representante legal y, si la extracción entraña algún riesgo, será además mandatario el permiso de la autoridad competente.

En el caso de que el donante fuera una mujer embarazada, habría que considerar meticulosamente si la donación puede lesionar los derechos de un tercero: el hijo. Se tenderá a evitar, en cualquier caso, una donación de estas características.

En el caso de órganos no dobles, y que pudiera ser donado parte de dicho órgano, es recomendable que los implantes se limiten a centros específicos con gran experiencia.

## 7. Respeto al cuerpo humano

La idea de la mutilación del cuerpo es muy difícil de aceptar para el público en general. El cuerpo del fallecido representa para los familiares y allegados la última memoria del ser que acaba de morir. Es, por tanto, muy importante que su imagen recuerde lo más posible a la que de él se tenía en vida.

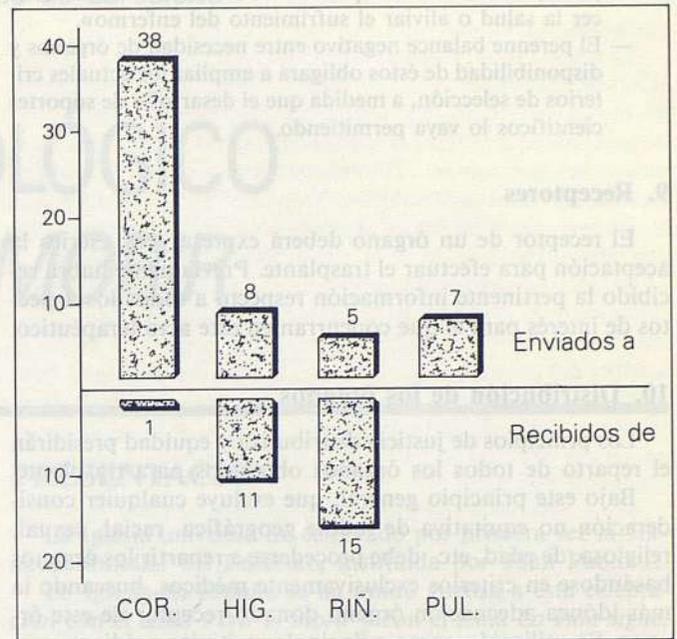
Será necesario observar ciertas normas de respeto hacia el cadáver, después de la extracción de órganos, con el fin de no herir ninguna susceptibilidad. Se harán todos los esfuerzos necesarios para que el aspecto externo sea reconstruido con la mayor fidelidad posible.

## 8. Órganos con viabilidad de difícil predicción

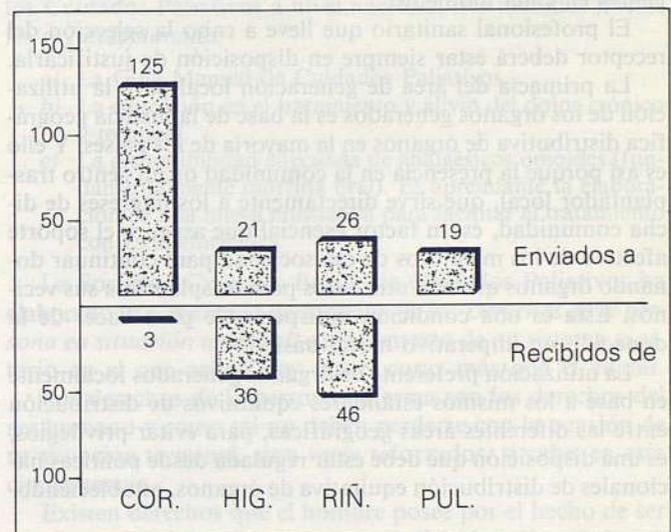
Son órganos que por sus peculiares características —especiales dificultades técnicas para ser implantados, prolongados tiempos de isquemia, etc.—, o por las del donante del que proceden, poseen una viabilidad más difícilmente predecible que la habitual.

La implantación de estos órganos subóptimos entrañaría, en el plano teórico, un mayor riesgo de malfunción que la de órganos no subóptimos. Su utilización, por tanto, puede ser éticamente cuestionable.

### INTERCAMBIO DE ÓRGANOS CON EUROPA. 1992



### INTERCAMBIO DE ÓRGANOS CON EUROPA. 1990-1991-1992



Un análisis menos superficial de la cuestión descubre varios hechos que deben tenerse en cuenta:

- En cualquier caso, debe siempre contraponerse el teórico beneficio que supondría la implantación con el mantenimiento de la situación que llevaba al paciente a precisar el órgano. Del resultado de este balance debe extraerse la decisión de implantar o no el órgano a un determinado paciente.
- La Declaración de Helsinki (Recomendaciones para guiar a los Médicos en la Investigación Biomédica en Seres Humanos. Adoptada por la 18.<sup>a</sup> Asamblea Médica Mundial en Helsinki, 1964) especifica textualmente: «En el tratamien-

to de la persona, el médico debe ser libre para utilizar nuevas medidas diagnósticas y terapéuticas siempre que, en su juicio, éstas ofrezcan esperanza de salvar la vida, restablecer la salud o aliviar el sufrimiento del enfermo».

- El perenne balance negativo entre necesidad de órganos y disponibilidad de éstos obligará a ampliar los actuales criterios de selección, a medida que el desarrollo de soportes científicos lo vaya permitiendo.

## 9. Receptores

El receptor de un órgano deberá expresar por escrito la aceptación para efectuar el trasplante. Previamente habrá recibido la pertinente información respecto a todos los aspectos de interés para él que concurran en este acto terapéutico.

## 10. Distribución de los órganos

Los principios de justicia distributiva y equidad presidirán el reparto de todos los órganos obtenidos para trasplante.

Bajo este principio general, que excluye cualquier consideración no equitativa de índole geográfica, racial, sexual, religiosa, de edad, etc., debe procederse a repartir los órganos basándose en criterios exclusivamente médicos, buscando la más idónea adecuación órgano donado/receptor de este órgano. Se utilizarán como principales criterios médicos:

- Necesidad médica del receptor.
- Probabilidad de éxito del trasplante.

Siempre de acuerdo con los conocimientos científicos vigentes en cada momento.

El profesional sanitario que lleve a cabo la selección del receptor deberá estar siempre en disposición de justificarla.

La primacía del área de generación local para la utilización de los órganos generados es la base de la justicia geográfica distributiva de órganos en la mayoría de los países. Y ello es así porque la presencia en la comunidad de un centro transplantador local, que sirve directamente a los intereses de dicha comunidad, es un factor esencial que asegura el soporte afectivo de los miembros de esa sociedad para continuar donando órganos que son utilizados para trasplantar a sus vecinos. Esta es una condición indispensable para hacer de la donación un imperativo moral básico.

La utilización preferente de órganos generados localmente en base a los mismos estándares equitativos de distribución entre las diferentes áreas geográficas, para evitar privilegios, es una disposición que debe estar regulada desde políticas nacionales de distribución equitativa de órganos, estableciéndose

se las medidas necesarias de colaboración, para que los pacientes residentes en zonas más deprimidas económicamente tengan iguales posibilidades de acceso al trasplante, como a cualquier otra terapéutica.

Cada vez que sea posible, los órganos que en base a criterios médicos no puedan ser utilizados adecuadamente en el país del donante, serán ofrecidos, en base a idénticos criterios médicos, a pacientes de otros países. Sería deseable establecer un sistema de colaboración, mediante el cual, los pacientes de países menos desarrollados, puedan acceder al trasplante como consecuencia de la implantación de programas de obtención de órganos en sus respectivos países de origen.

## 11. Anonimato

Deberá ser respetado tanto referido al donante como al receptor, salvo en casos en que exista estrecha relación personal o familiar (en cuyo caso el anonimato es virtualmente imposible).

## 12. Xenoinjertos

Dado el desbalance entre oferta y demanda de órganos para trasplante, en los últimos años ha habido un enorme desarrollo en la experimentación de órganos animales para trasplante humano. Esta práctica, que hoy día constituye un hecho extremo, probablemente en un futuro no lejano se convierta en un procedimiento terapéutico más habitual.

Como código general de aplicación a la práctica de trasplantes no específicos deberán observarse ciertas normas de actuación ética:

- Los animales no serán utilizados para pruebas triviales.
- Los animales serán tratados de la mejor manera posible dentro de lo que permita la práctica para la que sean utilizados.
- No se les causará daño innecesario ni desproporcionado al beneficio esperado de la práctica a la que se les someta.

## 13. Instituciones que pueden efectuar la extracción y trasplante de órganos

Los procesos de extracción y trasplante deberán ser efectuados únicamente en establecimientos legalmente autorizados por las administraciones sanitarias correspondientes. Poseerán, por tanto, personal adecuadamente entrenado y medios técnicos apropiados a los fines del trasplante.

(Noticias médicas. N.º 3.503. Abril 1993)

# 7. ESTUDIO SOCIOLÓGICO SOBRE VIVIR EL MORIR

Promovida y dirigida por la Delegación de Pastoral de la Salud del Arzobispado de Barcelona, se ha llevado a cabo una encuesta sobre criterios y posturas personales ante el hecho de la muerte y la atención asistencial al enfermo terminal.

El ámbito de la encuesta se circunscribe a las personas que trabajan en el mundo de la salud (incluyendo voluntarios que desarrollan su misión en el Hospital, o en las Parroquias como visitadores de enfermos), y personal religioso —unos sanitarios, otros no—. Geográficamente, se centra en Catalunya.

Es un trabajo que reúne las suficientes condiciones de seriedad y objetividad científica. Ello legitima los datos que ofrece como puntos serios de análisis y reflexión al alcance de todo el mundo, pero muy especialmente, es evidente, del profesional de la salud y de quienes nos ubicamos en el mundo sanitario desde la vertiente pastoral.

Mundo oscuro el de la muerte, del que difícilmente se puede hablar con objetividad por cuanto lo hemos rodeado de un halo de misterio, de silencio, de miedo. Por ello mismo, sea bienvenido cualquier esfuerzo por situárnoslo, en la medida de lo posible y contando con las limitaciones de las propias ciencias sociológicas, con la mayor objetividad alcanzable.

Una excelente aportación de la Delegación de Pastoral de la Salud de Barcelona en el año en que, precisamente, la Iglesia de España dedica su Jornada del Enfermo al tema Vivir el morir. No han sido escasas, en este contexto, las alusiones hechas hacia una sociedad que «huye, encubre, despista... la muerte». Pero y quienes nos hallamos más cerca del enfermo terminal —y de los que ya han terminado del todo—, es decir, quienes nos movemos en el mundo de la salud, ¿qué actitudes tenemos? ¿cómo nos desenvolvemos en lo que es parte importante de nuestro papel?

¿Y los miembros de la Iglesia más expertos en lo que de por sí la Iglesia es especialista?

Es un estudio sociológico. No es poco; quienes lo han llevado a cabo tienen bien presentes las dificultades de tirar para adelante un tema como el que nos ocupa. Pero, indudablemente, no tiene vocación de quedarse ahí. Ha de servir para algo, y algo muy importante. Francisco Sola, responsable máximo del mismo, abre en su presentación unos interrogantes que nos toca cerrar a cada uno de quienes nos acerquemos a él: «La encuesta nos invita a reflexionar...». Sería bueno no descuidar las posibilidades que, bien como profesionales de la salud, bien como agentes de pastoral de este campo, este documento pone en nuestras manos.

## PRESENTACIÓN

La Iglesia universal ha celebrado por primera vez la Jornada Mundial del Enfermo, instituida por Juan Pablo II.

La Iglesia en España se ha unido gozosa a esta celebración con el tema *Vivir el morir* y con el lema *La vida sigue, ¡no tengas miedo!*

Dos acontecimientos de singular relieve han acaecido durante este tiempo:

1. La O.M.S. recomienda para la implantación efectiva de los Cuidados Paliativos a nivel nacional tres medidas iniciales o *fundacionales*:

- a) La Guía Manual de Cuidados Paliativos.
- b) La educación en el tratamiento y alivio del dolor crónico y terminal.
- c) La disponibilidad adecuada de analgésicos opioides (fundamentalmente morfina oral). Es apremiante la elaboración de una nueva normativa para facilitar el tratamiento con estupefacientes.

La Sociedad Catalano-Balear de Cuidados Paliativos ha elaborado una cuarta: la declaración de los *Derechos de la persona en situación terminal*, en el contexto de un sistema sanitario en el que prima hoy día el curar más que el cuidar.

Los derechos de la persona enferma son los derechos del ser humano y como tal no deben perderse con la ocasión de su situación terminal, sino verse reforzados, si cabe, en esta circunstancia.

Existen derechos que el hombre posee por el hecho de ser hombre, por su propia naturaleza y dignidad; derechos que le son inherentes y que, lejos de nacer de una concesión de la sociedad política, han de ser por ésta consagrados y garantizados.

2. España es uno de los escasos países del mundo (el tercero en Europa) que han adoptado oficialmente unas líneas básicas de actuación en materia de Cuidados Paliativos, adelantándose a una realidad asistencial que va cobrando relieve con el progreso de la Medicina. Recientemente el Ministerio de Sanidad publicaba una serie de recomendaciones elaboradas por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, que recoge unos principios generales sobre el control de síntomas, tratamiento del dolor, atención integral y otros datos de inte-

rés para los profesionales que atienden a pacientes de fase terminal. Tenemos que felicitarnos por la publicación de esta Guía, y preparémonos con ilusión para los retos futuros a fin de elevar la calidad de vida de nuestras familias, amigos y pacientes.

La encuesta que presentamos ha sido contestada por 1.322 personas de ambos sexos, (173 médicos y psicólogos, 300 diplomados en enfermería, 233 auxiliares de clínica, 170 miembros de comunidades religiosas sanitarias, 121 visitantes de enfermos en las parroquias, 221 voluntarios de hospital, 37 miembros del servicio religioso de los hospitales y 67 sacerdotes que no forman parte del servicio religioso de los hospitales), todos ellos pertenecientes a la Archidiócesis de Barcelona.

La encuesta efectuada pretende responder al realismo sociológico y al primer criterio próximo de Pastoral de la Salud. Sin este sentido realista corremos el peligro de servir al hombre del pasado, lo que es peor, al hombre abstracto, prefabricado por nuestra imaginación. Corremos peligro, muy grave por cierto, de convertir nuestra pastoral de la salud (nuestra acción eclesial) en un conjunto de respuestas a preguntas que nadie nos hace.

No es suficiente establecer unas estadísticas religiosas más o menos científicas; es necesario llegar a un verdadero estudio *psico-social*.

El Concilio Vaticano II recomienda a los obispos que «procuren conocer debidamente sus necesidades dentro de las circunstancias sociales en que viven, valiéndose para ello de los instrumentos adecuados, señaladamente de la investigación social» (0.16).

En nuestra sociedad, generalmente, el morir no está propiamente en manos de nadie: el profesional de la salud nada o poco puede hacer ante ello, el superviviente toma una actitud pasiva como defensa ante la sociedad que le agobia, el enfermo se supone que debe ignorarlo o evitarlo. En algunos países ha aparecido la figura del tanatopracta, un profesional de la muerte que, libre de emociones por su profesionalidad, sea capaz de hacer rentable, en términos de salud, el morir y la propia muerte.

Por otra parte «para quien vive ante la muerte —dice Sonntag— sin consuelo religioso o sin un sentido natural de la misma (ni de nada), la muerte es un misterio obscuro, el ultraje supremo, lo no gobernable. Sólo puede negarse».

Por desgracia, en muchos casos la actividad de la Iglesia respecto a las personas en situación terminal se ha reducido a la administración de los sacramentos.

El *Catecismo de la Iglesia Católica* nos dice en el n.º 2.279: «Los Cuidados Paliativos constituyen una forma privilegiada de la caridad desinteresada. Por esta razón deben ser alentados». Descuidar en este campo el necesario diálogo entre la Ciencia y la Fe constituiría una negligencia gravísima.

La Resurrección es la única salida válida al misterio de la muerte que san Pablo contempla desde el ángulo de la Fe, y ésta invita a asociarla con la Resurrección.

En Pascua Jesús triunfa sobre la muerte. En Pentecostés consiguen sus discípulos traducir a vida propia el triunfo de Jesús. De nada hubiera servido que Jesús quebrantara el imperio de la muerte si con ello el hombre no hubiese recibido el don de la nueva vida.

Los Evangelios nos presentan al Jesús de la historia para que en él descubramos al Cristo de la Fe.

La encuesta nos invita a reflexionar: ¿Cuál ha sido el contenido de nuestra catequesis? ¿Qué reflexión teológica hemos hecho? ¿Qué Pastoral hemos llevado a término? ...

El absurdo del hombre que hace exclamar a Sartre: «Es absurdo que hayamos nacido, es absurdo que muramos», y la no menos inquietante acusación de E. Brunner: «Una Iglesia que no tiene ya nada que enseñar sobre la eternidad futura no tiene ya nada en absoluto que enseñar, sino que está en bancarota»; nos debe hacer volver a la más sana Tradición de la Iglesia.

Se impone un enfoque catequético dominado por las vivencias e ideas de Resurrección. La Teología evangélica enseña que la resignación pasiva no es virtud específicamente cristiana. La persona resignada explota la tesis de la renuncia en el más acá con tal de disfrutar en el más allá. En cambio, el cristianismo invita a comprender que el más acá debe ser un anticipo del más allá. Para saborear las delicias del cielo —comenzar a saborear la vida en plenitud— no es necesario abandonar el presente. Basta una cosa: «vivir de acuerdo con el amor. Se nos pide que *resucitemos* para *aprehender* este misterio ya aquí y de esta manera ver a Dios cara a cara por toda la eternidad después de atravesar la pasarela de la muerte.

La impotencia y el no saber qué decir a las personas en situación terminal nos debe preocupar. El cristiano que ha conseguido traducir a su vida propia el triunfo —no el triunfalismo— de Jesús siente dentro algo tan sublime que le llena de paz y gozo, que no puede vivir sin transmitirlo a los demás.

*Francisco Sola, O.H.*

## **Encuesta VIVIR EL MORIR**

- [A1] ¿Está preparado/a para afrontar el morir y la muerte?
- Sí.  
 No.
- [A2] ¿Cuánto tiempo ha empleado en examinar sus sentimientos, creencias, esperanzas y temores respecto a la etapa final de su vida?
- Muy poco o nada.  
 Poco o algo.  
 Bastante.  
 Mucho.
- [A3] ¿Qué ocurriría si le dijeran que va a vivir un plazo determinado de tiempo?
- Me sentiría feliz.  
 Me preocuparía.  
 Me sentiría indiferente.  
 Me angustiaría.
- [A4] ¿Cambiaría su forma actual de vida?
- Sí.  
 No.
- [A5] ¿Hay cosas que se sentiría urgido a hacer antes de morir?
- Sí.  
 No.
- [A6] Si así fuera, ¿cuáles?
- Buscaría distracciones.  
 Tranquilizaría a los demás.  
 Me prepararía para morir.  
 Buscaría ayuda en mis creencias religiosas.  
 Buscaría ayuda en mis amigos/as.

[A7] ¿Siente miedo del hecho de la muerte como tal?

- Sí.  
 No.

[A8] ¿Puede identificar la causa u origen de sus miedos?

- A lo desconocido.  
 Al sufrimiento.  
 Al juicio final.  
 Al quedar reducido a la nada.  
 Al castigo eterno.  
 Al abandono de los míos.

[A9] ¿Qué tipo de muerte elegiría usted?

- Repentina.  
 En el hospital.  
 No me la imagino.  
 En soledad.  
 En casa y en familia.

[A10] ¿Qué es la muerte para usted?

- La vuelta a la nada.  
 Una incógnita.  
 Un paso para vivir en plenitud por toda la eternidad.  
 Vivir en el recuerdo y el agradecimiento de los demás.

[A11] ¿Ha hablado con su familia acerca del morir y de la muerte?

- Nada.  
 Poco.  
 Bastante.  
 Mucho.

[A12] ¿Hay algo especial que, desde el punto de vista afectivo y también desde el práctico, sintiera necesidad de hacer con sus padres, hermanos, hijos... antes de su propia muerte o de la de alguno de ellos?

- Daría algunas recomendaciones y consejos.  
 Reconciliarme.  
 Resolver asuntos pendientes.  
 Otras.

[A13] ¿Cómo emplearía el tiempo que pasara junto a su familiar en proceso o trance de morir?

- Le acompañaría en silencio.  
 Intentaría distraerle.  
 Le hablaría de la otra vida.  
 Le impediría lamentarse de su situación.  
 Me despreocuparía lo más posible.  
 Otras.

[A14] ¿Está informado/a para hacer frente a todos los asuntos y detalles legales que acarrea la muerte de un familiar?

- Sí.  
 No.

[A15] ¿Con qué frecuencia trata a enfermos terminales, que son aquellos cuyas posibilidades de recuperación se han agotado y cuya muerte se espera en un plazo no superior a varios meses?

- Nunca.  
 Pocas veces.  
 A menudo.  
 Muchas veces.

[A16] ¿Se siente inclinado/a a asistirles...

- Más.  
 Igual.  
 Menos.

que a los enfermos con posibilidades de recuperación?

[A17] ¿Qué necesidades psicológicas y/o humanas cree usted que tienen estos enfermos?

- Ser acompañados.  
 Ser comprendidos.  
 Ser atendidos sanitariamente.  
 Ser atendidos espiritualmente.  
 Otras.

[A18] ¿Qué es lo que le resulta más reconfortante del trato con los enfermos terminales?

- El servicio desinteresado.  
 Su reconocimiento.  
 El relativizar ciertos valores.  
 El aprender a morir.

[A19] Por el contrario, ¿qué es lo que en ese mismo trato le produce más tensión, agobio o angustia?

- La impotencia ante la muerte.  
 No comprender su situación.  
 No saber qué decirle y/o consolarle.  
 Que me recuerda mi propia muerte.

[A20] ¿De qué se quejan más estos enfermos?

- De la falta de comunicación con la familia.  
 De la falta de comunicación con los profesionales de la salud.

[A21] ¿Qué es, en su opinión, lo que más les hace sufrir aunque no lo digan?

- Su estado repulsivo.  
 El sufrimiento de los suyos.  
 Su dependencia de los demás.  
 El que utilicen con él tratamientos curativos y no paliativos\*  
 El miedo a la muerte siempre presente.  
 El aislamiento y la falta de cariño.

[A22] ¿Cómo percibe la actitud del personal sanitario con los enfermos terminales?

- Excesivamente tecnicados.  
 Técnicos y humanos.  
 Humanos.  
 Indiferentes e insensibles.  
 Otras.

[A23] ¿Cree que la organización de los hospitales, en general, ofrece un ambiente favorable para los enfermos terminales y sus necesidades?

- Sí.  
 No.

[A24] ¿Cree que el personal sanitario comenta las dificultades de la asistencia a los enfermos terminales?

- Mucho.  
 No tanto.  
 Poco.  
 Casi nada.  
 No contesta.

\* Son tratamientos *paliativos* los que no tratan de curar, sino controlar los síntomas del enfermo terminal.

[A25] ¿Qué atención reciben del personal sanitario los familiares de los enfermos terminales?

- Ninguna.
- Poca.
- Bastante.
- Mucha.

[A26] ¿Qué tipo de relación mantiene usted con los familiares de los enfermos terminales?

- Fría y distante.
- Acogedora.
- Profesionalizada e institucionalizada.
- Humana y profesional.

[A27] ¿Que experiencia humana le invita más a creer en la resurrección de Jesús?

- El desencanto de la vida.
- El miedo a la muerte.
- El amor apasionado.
- El gozo de vivir.
- Ninguna.

[A28] ¿Qué dimensión de la vida de Jesucristo influye más en su vida?

- El Jesús histórico.
- El Jesús crucificado.
- El Jesús resucitado.
- Ninguna.

[A29] ¿Qué metáfora usaría para hablar de la resurrección?

- Despertar del sueño.
- Un nuevo nacimiento.
- Glorificación.
- Entrada en la plenitud de la vida eterna.
- Sentarse a la derecha del Padre.
- Ninguna.

[A30] ¿Se puede ser cristiano sin creer que Jesucristo resucitó?

- Sí.
- No.

[A31] ¿Se puede creer en el Dios de Jesús sin esperar la resurrección de los muertos?

- Sí.
- No.
- No lo sé.

[A32] ¿Es compatible la resurrección de los muertos con la reencarnación?

- Sí.
- No.
- No lo sé.

[A33] ¿Qué fiesta es más importante para usted?

- Nochebuena y Navidad.
- Viernes Santo.
- Domingo de Resurrección.

[A34] ¿En qué signo descubre mejor la presencia del resucitado?

- En los enfermos.
- En la palabra de Dios.
- En los sacramentos.
- En la comunidad cristiana.
- En ninguna.

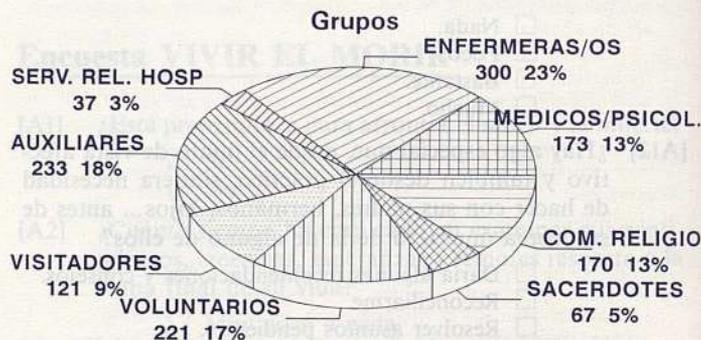
## COMENTARIO SOBRE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA *VIVIR EL MORIR* efectuada en julio de 1993

### Características de la muestra

Los grupos a los que se ha pasado la encuesta son los siguientes (grafico 1):

Abreviaturas		Número de encuestados
MED	Médicos y psicólogos. . . . .	173
ENF	Diplomados en enfermería. . . . .	300
AUX	Auxiliares de clínica . . . . .	233
REL	Miembros de comunidades religiosas sanitarias . . . . .	170
VIS	Visitadores de enfermos en las parroquias. . . . .	121
VOL	Voluntarios en hospital . . . . .	221
S.R.	Miembros del servicio religioso de los hospitales. . . . .	37
SAC	Sacerdotes que no forman parte del servicio religioso de los hospitales . . . . .	67

GRÁFICO 1

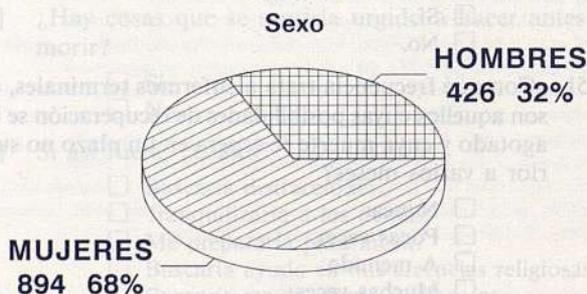


### Otros datos de interés (gráfico 2)

Sexo: Total hombres = 426  
Total mujeres = 894

Edad: 20-30 años = 227  
31-40 años = 290  
41-50 años = 245  
51-60 años = 214  
61-70 años = 184  
> 70 años = 99

GRÁFICO 2



**Estructura de la encuesta**

Los diversos ítems pretenden explorar las siguientes áreas temáticas:

*Actitudes hacia el morir*

1. Opiniones frente al hecho de la muerte.
2. Actitudes frente a la propia muerte.
3. Actitudes frente a la muerte de un familiar.

*Actitudes hacia el enfermo terminal*

1. Experiencia personal del trato con el enfermo terminal.
2. Percepciones que se tienen acerca del enfermo terminal.
3. Actitudes que se perciben en otras personas en su relación con el enfermo terminal.

*Aspectos religiosos*

**Consideraciones metodológicas**

Los datos recogidos han sido tratados mediante el programa estadístico SPSSPC+.

Técnicamente puede considerarse un porcentaje a tener en cuenta el que supera el 5 %, sobre todo a la hora de una interpretación hermenéutico-cualitativa.

Debemos indicar que la anotación, por ej.: MED 30 %, quiere decir que, del total de médicos, un 30 % han elegido el tipo de respuesta que se indica.

Sin hacer un juicio de valor, en la presente explicación de los resultados obtenidos diferenciamos dos macro-grupos; por una parte los que se pueden identificar como *religiosos*: REL, VIS, VOL, S.R. y SAC, y los que se pueden identificar como *profesionales* (sin querer decir por ello que los anteriores no lo sean según el sentido propio de la palabra) como son: MED, ENF y AUX.

**Resumen de los resultados**

Entre corchetes [x] se indica el número de ítem que explora el contenido mencionado en cursiva.

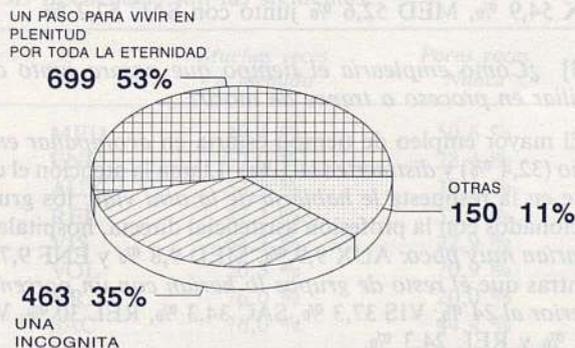
**Actitudes hacia el morir**

**1. Opiniones frente al hecho de la muerte**

[A10] Opinión de los encuestados acerca de la muerte: *¿Qué es la muerte para usted?* (gráfico 3).

La respuesta global es que 699 personas (53 %) dicen que para ellos la muerte es *un paso para vivir en plenitud por toda*

**GRÁFICO 3**  
*¿Qué es la muerte para usted?*



la eternidad. Son los grupos de ámbito religioso: S.R. 91,9 %, VIS 90,1 %, SAC 86,6 %, VOL 82,4 % y REL 73,5 %.

Mientras que 463 personas (35 %) opinan que la muerte es *una incógnita*. Los grupos que más se centran en este tipo de respuesta son: AUX 58,8 %, MED 53,8 % y ENF 73,7 %.

Podemos ver una clara separación del concepto de muerte entre profesiones *religiosas* y *seculares*, a excepción del conjunto de Voluntarios que, en sus respuestas son coincidentes casi siempre con el tipo de respuestas que efectúan los grupos de religiosos.

[A11] *¿Ha hablado con su familia acerca del morir y de la muerte?*

La mayoría de las personas (682, 16,9 %) han *hablado poco* con su familia acerca del morir y de la muerte. A destacar en esta línea las profesiones que tienen un contacto periódico con el enfermo: AUX 58,4 %, ENF 55,0 %, MED 53,2 %, VOL 52,5 %.

Son los miembros del S.R. los que en mayor número admiten haber hablado *bastante* del tema (45,9 %).

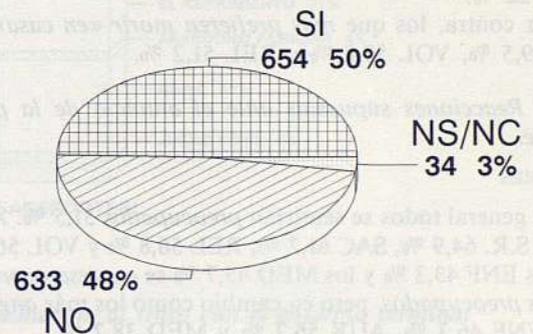
**2. Actitudes frente a la propia muerte**

[A1] *¿Está preparado para afrontar el morir y la muerte?* (gráficos 4 y 6).

Un total de 654 personas (49,5 %) dicen *estar preparados*; principalmente son: VIS 76,9 %, SAC 71,6 %, VOL 68,3 %, REL 64,1 % y S.R. 62,2 %.

El grupo de *profesionales* sanitarios es el más represen-

**GRÁFICO 4**  
*¿Está preparado para morir?*



**GRÁFICO 5**  
*Si están preparados para morir*

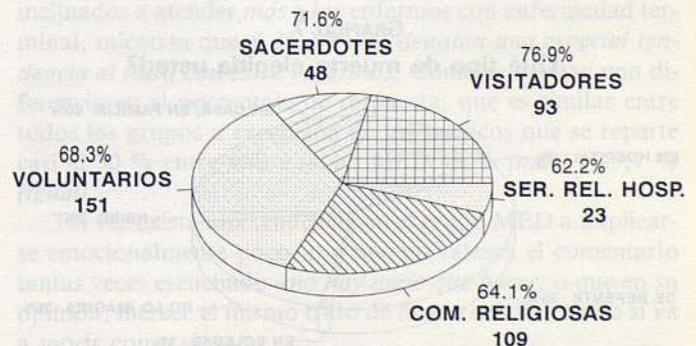
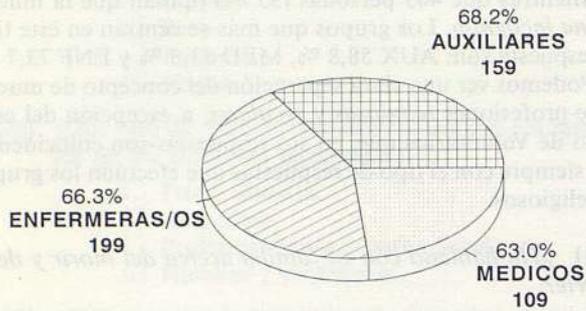


GRÁFICO 6

No están preparados para morir



tativo de la respuesta *no estar preparados*: AUX 68,2 %, ENF 66,3 % y MED 63,0 %.

[A2] *Tiempo dedicado a reflexionar sobre aspectos vitales de vida, teniendo como referencia la propia muerte.*

Destacan en conjunto los que opinan que han dedicado *bastante* tiempo a esa reflexión (47,1 %). Los grupos que más enrosan esta opinión son: S.R. 70,3 %, SAC 65,7 %, VIS 55,7 % y VOL 54,8 %.

Los que han dedicado *poco o nada* de tiempo son: AUX 39,5 %, ENF 34,7 %, MED 29 % y REL 29 %.

[A9] *Tipo de muerte que elegiría* (gráfico 7).

Como resultado de la reflexión realizada, elegirían morir *en casa* 40,5 % y *de repente* 34,9 %, sólo un 1,9 % prefiere morir *en el hospital* y un 1,2 % *en soledad*.

Los grupos de *profesionales* prefieren más morir *de repente*: AUX 50,2 %, ENF 43,7 % y MED 41,0 %. Los que *menos prefieren morir «en casa»* son: MED 32 %, ENF 32 % y AUX 22 %.

Por contra, los que *más prefieren morir «en casa»* son: VIS 59,5 %, VOL 58,8 % y REL 51,2 %.

[A3] *Reacciones supuestas ante el anuncio de la propia muerte.*

#### TEMORES

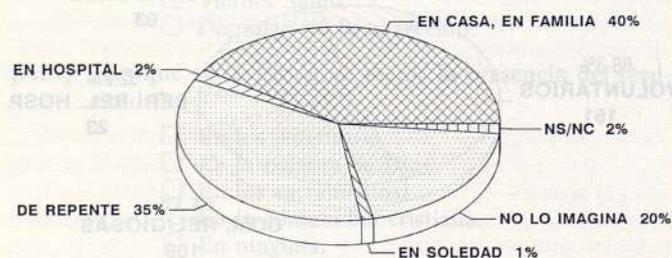
En general todos se sentirían *preocupados* 51,5 %. A destacar: S.R. 64,9 %, SAC 61,2 %, REL 56,8 % y VOL 56,6 %.

Los ENF 43,3 % y los MED 45,7 % se expresan como los *menos preocupados*, pero en cambio como los *más angustiados*: ENF 46,3 %, AUX 56,7 % y MED 38,2 %.

[A7] La reacción ante la propia muerte tiene una ligazón con el *sentimiento de temor* ante la muerte. A la pregunta *¿Siente*

GRÁFICO 7

¿Qué tipo de muerte elegiría usted?



*miedo del hecho de la muerte como tal?*, son los *profesionales angustiados* los que más optan por el *sí*: MED 61,8 %, ENF 56,7 % y AUX 56,7 %. Por el contrario, dicen *no*: S.R. 67,6 %, SAC 62,7 % y VIS 60,3 %.

[A8] *Los miedos y su origen* (gráfico 8).

Los MED expresan miedo a *lo desconocido* con un 25,4 % y al *sufrimiento* con un 22,5 %. Los ENF al *sufrimiento* 34,5 % y a *lo desconocido* 30,1 %. Los AUX al *abandono de los suyos* 29,9 % y al *sufrimiento* 26,4 %.

En el resto de grupos las respuestas están muy repartidas, a destacar el temor al *sufrimiento* en S.R. 40,5 %, REL 39,5 % y ENF 35,5 %.

#### CAMBIOS DE VIDA

[A4] *¿Cambiaría su forma actual de vida?*

770 personas responden que *no*, 58,2 %, y 527 que *sí*, 39,9 %. *No* cambiaría la vida para algunos de los grupos relacionados con la actividad pastoral: SAC 79,1 %, S.R. 78,4 % y VIS 77,7 %. *Sí* cambiaría la de los *profesionales*: AUX 54,1 %, MED 53,8 % y ENF 52 %.

[A5] *¿Hay cosas que se sentiría urgido a hacer antes de morir?*

900 personas (68,1 %) *sí se sentirían urgidos a arreglar asuntos pendientes*, y son: AUX 74,2 %, MED 69,4 %, VOL 68,7 % y REL 67,6 %.

Los grupos que destacan por *no tener nada urgente que hacer* son la mayoría de los relacionados con la *actividad pastoral*: S.R. 48,6 %, VIS 46,3 % y SAC 38,8 %.

Interesa ver *qué cosas se sentirían urgidos a hacer* lo cual se explora en el ítem [A6], que se expone a continuación:

Unos grupos optan más por *prepararse a morir*: MED 42,2 %, ENF 41,1 %, VIS 40,5 %, REL 37,3 %, VOL 36,5 % y AUX 35,3 %.

(Pueden compararse los anteriores datos con las respuestas dadas en el ítem [A1]).

Optan más por *buscar ayuda en sus creencias religiosas*: VOL 30,1 %, REL 26,6 % y SAC 22,4 %. El resto de grupos en esta opción baja del 20 %.

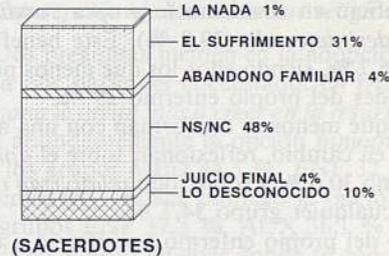
### 3. Actitudes frente a la muerte de un familiar

Admitir que «ya se posee información para hacer frente a los asuntos legales...» [A14] ante la muerte de un familiar está repartido entre el *sí* (47,7 %) y el *no* (49,3 %). Los *más preparados* son los VOL 58,4 %, VIS 54,4 % y REL 50,0 %. Los *menos preparados* son los *profesionales* ENF 58,3 %, AUX 54,9 %, MED 52,6 % junto con SAC 52,2 %.

[A13] *¿Cómo emplearía el tiempo que pasara junto a su familiar en proceso o trance de morir?*

El mayor empleo de tiempo estaría en *acompañar en silencio* (32,4 %) y *distrarle* (24,5 %). Llama la atención el contraste en la respuesta *le hablaría de la otra vida*: los grupos relacionados con la profesión asistencial directa, hospitalaria, *lo harían muy poco*: AUX 9,9 %, MED 9,8 % y ENF 9,7 %; mientras que *el resto de grupos lo harían con un porcentaje superior al 24 %*: VIS 37,3 %, SAC 34,3 %, REL 30 %, VOL 27,2 % y REL 24,3 %.

GRÁFICO 8  
Origen del miedo a la muerte



Actitudes específicas frente a los enfermos terminales

1. Antecedentes de «trato con el enfermo terminal»

[A15] Frecuencia de trato con enfermos terminales

Las frecuencias son las siguientes:

	Muchas veces A menudo	Pocas veces Nunca
MED	49,4 %	50,6 %
ENF	67,9 %	28,4 %
AUX	53,9 %	32,1 %
REL	47,3 %	52,7 %
VIS	64,3 %	22,9 %
VOL	20,3 %	70,9 %
S.R.	76,0 %	20,0 %
SAC	76,0 %	44,4 %

2. Inclinación al trato con el enfermo terminal

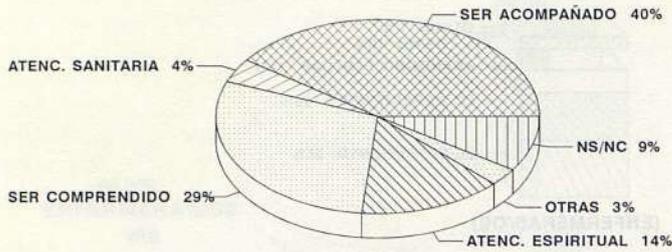
[A26] Elevada inclinación a asistir al enfermo terminal, en relación con otros enfermos.

En general, el 55,7 % de todos los encuestados se sienten inclinados a atender *más* a los enfermos con enfermedad terminal, mientras que el 36,3 % *no denotan una especial tendencia al trato con estos enfermos*. Como se ve, hay una diferencia en el porcentaje de respuesta, que es similar entre todos los grupos a excepción de los médicos que se reparte casi al 50 % entre *más e igual*: MED 48 % (*más*) y 45,7 % (*igual*).

Tal vez exista una tendencia en el grupo MED a implicarse emocionalmente poco, o a que prevalezca el comentario tantas veces escuchado «*no hay nada que hacer*», o que en su opinión, merece el mismo trato de *buena calidad*, tanto si va a morir como si no.

GRÁFICO 9

## Necesidades percibidas en el enfermo terminal



## 3. Conocimiento del enfermo terminal

## 3.1. Necesidades psicológicas percibidas en el enfermo terminal

[A17] Globalmente se perciben en el enfermo terminal más necesidades afectivas: *ser acompañado* 40,0 % y pocas necesidades de *atención sanitaria* 4,0 % (gráfico 9).

Estas *necesidades afectivas* son más percibidas por los miembros de S.R. 56,8 % y, al contrario, VOL 33,5 % son los que menos las perciben (nótese que aún así, está muy por encima del 5 %, como margen propuesto para la no significación cuantitativa).

## 3.2. Beneficios que se perciben obtener en el trato con el enfermo terminal

[A18] ¿Qué es lo que le resulta más reconfortante del trato con el enfermo terminal?

Lo más reconocido es el *aprender a morir* (33,4 % (se aprenden del enfermo sus actitudes ante la muerte), también se considera un beneficio en sí mismo *la propia conducta altruista: el servicio desinteresado* (29,9 %). Este beneficio abunda en los VOL 45,7 %, siendo ellos los que menos parecen valorar las actitudes del propio enfermo 29 %.

Los MED son los que menos se conforman con una actitud altruista 16,8 %; en cambio, reflexionan sobre el *aprender a morir* del enfermo 30,6 % y sobre todo *relativizan ciertos valores* más que cualquier grupo 34,7 %.

El *reconocimiento* del propio enfermo no interesa a casi nadie 5,4 %.

## 3.3. Dificultades percibidas en el enfermo trato con el enfermo terminal

[A19] La *impotencia* (43,3 %) y el *no saber qué decir* (37,9 %) son las dificultades más percibidas. Los MED parecen ser los que se sienten más *impotentes* ante la situación 52,6 %. En cuanto a *no sé qué decir* hay una igualdad entre todos los grupos con porcentajes entre el 33 % y el 43 %, destacando a la baja MED con un 23,7 %, es decir, son los que *optan menos* por la noción de «*hacer mutis por el foro*».

## 3.4. Quejas percibidas en los enfermos terminales

[A20] ¿De qué se quejan más estos enfermos? (gráfico 10).

Hay un porcentaje significativo que *no lo sabe o no contesta* (21 %). Sobre todo eligen esta respuesta los SAC 47,8 %, y los que menos: AUX 14,6 %, ENF 14,7 %, VIS 15,8 % y S.R. 16,2 %.

Hay un grupo compacto que opina que el enfermo termi-

GRÁFICO 10

## ¿De qué se quejan más los enfermos terminales?



nal se queja de la *falta de comunicación con la familia* 23 %: REL 37,7 %, VOL 32,4 % y VIS 28,3 %, y otro grupo compuesto principalmente por los *profesionales* perciben la queja en *que decidan por él* (20 %): ENF 31,3 %, AUX 26,2 % y MED 22,5 %.

## 3.5. Tipo de sufrimiento percibido en los enfermos terminales

[A21] Los dos tipos o motivos de sufrimiento que más se percibe en los enfermos terminales son el *aislamiento* y la *falta de cariño* 32,8 % y el *miedo a la muerte siempre presente* 24,3 % (gráfico 11).

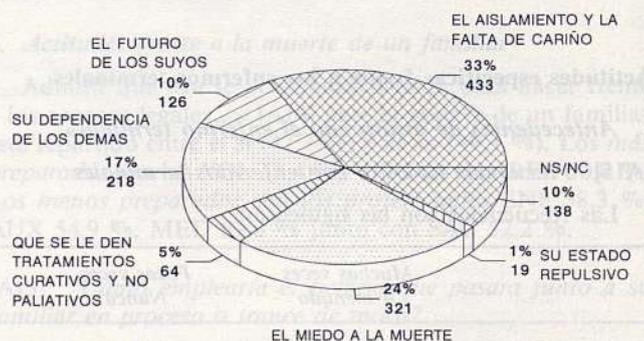
El primero, más *emocional*, lo señalan sobre todo VIS 50,4 % y los que menos MED 21,4 %.

El segundo, más *existencial*, lo señalan sobre todo, y con bastante diferencia con respecto a los otros grupos, los MED 37,6 %, AUX 30,3 % y ENF 29,1 %.

Los tipos de sufrimiento menos percibidos son *el propio estado repulsivo* 1,4 % y el *encarnizamiento terapéutico*, es decir, el que *utilicen con él tratamientos curativos y no paliativos* 4,8 %.

GRÁFICO 11

## ¿Qué es lo que más hace sufrir al enfermo terminal?



## 4. Percepción u opinión de otras personas e instituciones

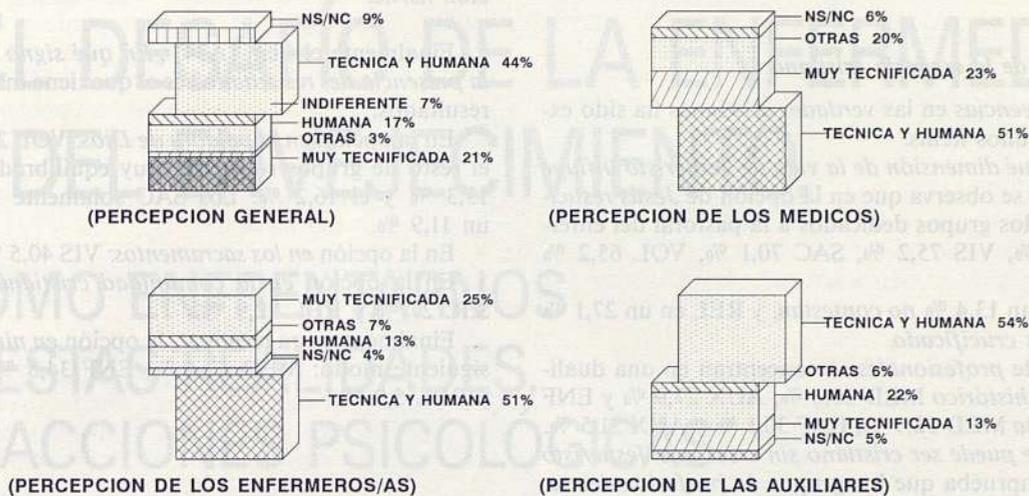
## 4.1. Opinión acerca del personal sanitario

[A22] ¿Cómo percibe la actitud del personal sanitario? (gráfico 12).

Las actitudes generales de *indiferencia, insensibilidad y otras* suman un 9,7 % respecto del total. Las de *indiferencia*

GRÁFICO 12

## ¿Cómo se percibe la relación [personal sanitario-enfermo]?



son más percibidas por VOL 34,1 %. Las que agrupan *humana* y *tecnificación* suman un total de 60,2 %, y las de *excesiva tecnificación* un 20,8 %. El detalle por grupos es el siguiente:

SAC perciben más una *excesiva tecnificación* 28,4 %, seguidos de ENF 24,4 %; sin embargo, AUX sólo lo perciben en un 12,9 %.

La combinación de relación *técnica y humana* la perciben mayoritariamente los *profesionales*: AUX 53,6 %, ENF 51,3 % y MED 50,9 %. Todo lo contrario que SAC 12,0 %.

Los MED tienen una *menor percepción* de que a los enfermos terminales sólo se les trate con una actitud *humana* 8,7 %.

#### 4.2. Opinión de la organización de los hospitales para ayudar al enfermo terminal y su familia

[A23] Un 14,7 % observa un *ambiente favorable* y un arrador 78,4 % *no lo cree favorable*. A destacar el elevado porcentaje en esta última opción en MED 90,2 % y ENF 91 %.

#### 4.3. Opinión acerca de que el personal comenta sus dificultades respecto al enfermo terminal

[A24] Un 35,2 % del total cree que se comenta *poco*. Principalmente son S.R. 45,9 %, MED 45,1 % y ENF 42 %. A destacar que un 59,6 % de MED eligen la opción *poco* y un 55,4 % de VIS la opción *casi nada*.

Por otra parte, AUX 40,8 % y ENF 25,7 % opinan que se comenta *mucho*.

Un 22 % del total *no contesta!!*

#### 4.4. Opinión del trato dado por el personal a los familiares del enfermo terminal

El 50,8 % de las personas opinan que *poca*, y el 29,6 % responde *bastante*. Los grupos que están por la primera opción señalada son: S.R. 50,8 %, MED 56,6 %, VOL 54,8 % y ENF 53,7 %. En la segunda opción están como más significativos: VIS 38,8 %, AUX 36,9 % y ENF 29 %.

Este ítem debe contrastarse con las respuestas dadas al ítem [A26] ¿Qué tipo de relación mantiene usted con los familia-

res del enfermo terminal? Globalmente destacan dos respuestas de entre 4 posibles: *acogedora* 40,4 % y *humana y profesional* 43,4 %.

Optan por *humana y profesional*: ENF 69,3 %, MED 68,8 % y AUX 66,5 %. Nótese que son de nuevo el grupo de *profesionales*; por el contrario, la mayoría de grupos *religiosos* se sitúan en la respuesta *acogedora*, destacando S.R. 73 %, SAC 68,3 %, VIS 63,6 % y REL 59,4 %.

### Aspectos religiosos

#### 1. Concepción de las creencias religiosas

Dos preguntas inciden en la adopción de la creencia cristiana por parte del encuestado: en [A27] ¿Qué experiencia *humana* le invita más a creer en la resurrección de Jesús? destaca abundantemente la opción *ninguna* 20,2 % compuesta por los grupos MED 44,5 %, ENF 32,3 % y AUX 28,3 %; sin embargo, destaca también la opción *el gozo de vivir* en los grupos ENF 37,3 %, AUX 36,1 % y MED 22,5 %.

Es en el *gozo de vivir* donde se concentran la mayoría de las respuestas, 45,3 % del total; además de los grupos expuestos, optan por esta respuesta S.R. 73% y VIS 67,8 %, ambos se encuentran muy vinculados a la asistencia religiosa hospitalaria.

El ítem [A32] ¿Es compatible la resurrección de los muertos con la reencarnación? Un 49,8 % afirma que *sí*, y un 39 % suma las respuesta *no lo sé* 31,1 % y *ns/nc* 7,9 %. La opción *no lo sé* es mantenida por los grupos que anteriormente mostraban en conjunto una menor cantidad de *creyentes*: MED 51,2 %, ENF 42,7 % y AUX 42,9 %. Sin embargo, conviene destacar que la suma *no lo sé* + *ns/nc* en los grupos que se citan es la siguiente: VOL 29,9 %, REL 25,3 %, VIS 24,8 %, S.R. 21,6 % y SAC 9 %.

Pero sí hay una tendencia a creer o a *esperar* en una *continuación* de la vida. En efecto, en el [A29] ¿Qué *metáfora* usaría usted para hablar de la resurrección?, los grupos de *profesionales*, además de elegir la opción *ninguna*: MED 37,6 %, ENF 24,7 % y AUX 21 %, se reparten también las siguientes respuestas: *entrada en la plenitud de la vida eterna*: ENF 29 %, MED 28,9 % y AUX 27,5 % y *un nuevo nacimiento* AUX 24,5 %, ENF 22 % y MED 15 %.

La entrada en la plenitud de la vida eterna es más elegida por SAC 65,7 %, VIS 65,3 %, VOL 61,5 %, REL 57,1 % y S.R. 51,4 %.

## 2. Concepción de la creencia cristiana

El tipo de creencias en las verdades cristianas ha sido explorado por algunos ítems.

En [A28] *¿Qué dimensión de la vida de Jesucristo influye más en su vida?* se observa que en la opción de *Jesús resucitado* están más los grupos dedicados a la pastoral del enfermo: S.R. 86,5 %, VIS 75,2 %, SAC 70,1 %, VOL 65,2 % y REL 53,5 %.

Los SAC en un 13,4 % no contestan, y REL en un 27,1 % optan por *Jesús crucificado*.

Los grupos de *profesionales* se concentran en una dualidad entre *Jesús histórico* MED 30,6 %, AUX 27,9 % y ENF 20,1 % y *ninguna* MED 32,9 %, ENF 30,1 % y AUX 21,5 %.

En [A30] *¿Se puede ser cristiano sin creer que Jesucristo resucitó?* se comprueba que los grupos de *profesionales* reparten sus opciones entre *sí*, *no* y *no lo sé*. El resto de grupos, en porcentajes por encima del 80 % cree que *no*.

En [A31] *¿Se puede creer en el Dios de Jesús sin esperar la resurrección de los muertos?* contestan *no* los grupos: SAC 91 %, S.R. 83,8 %, VIS 83,5 %, REL 75,1 %, VOL 73,3 %, MED 42,8 %, ENF 42,3 % y AUX 33,5 %.

## 3. Concreción de la vivencia cristiana

En el ítem [A33] *¿Qué fiesta es más importante para usted?*, se apela directamente a la perdurabilidad de los valores cristianos. En la medida que los encuestados en anteriores ítems se hayan mostrado más *creyentes* tienden a elegir como fiesta más importante el *domingo de resurrección*: SAC 92,5 %, S.R. 83,8 %, VIS 75,2 %, VOL 75,1 %, REL 55,3 %, ENF 24,7 %, AUX 21,5 % y MED 21,4 %.

En un 32,9 % los REL prefieren *Nochebuena* y *Navidad*, elección que también hacen MED 67,6 %, AUX 67,4 %, ENF 64,3 %, VOL 17,6 % y VIS 16,5 %.

Cabe destacar también que todos los grupos se sitúan entre un 5,8 % de los VIS y un 8,2 % de los AUX en la opción *ns/nc*.

Finalmente el ítem [A34] *¿En qué signo descubre mejor la presencia del resucitado?* es el que tiene más repartidos los resultados:

En la opción *en la palabra de Dios*: VOL 24 %, VIS 19 %; el resto de grupos se sitúan muy equilibradamente entre el 13,3 % y el 16,2 %. Los SAC solamente lo contestan en un 11,9 %.

En la opción *en los sacramentos*: VIS 40,5 %, VOL 37,6 %.

En la opción *en la comunidad cristiana*: SAC 44,8 %, S.R. 27 % y REL 22,9 %.

Finalmente para terminar, la opción *en ninguna* queda del siguiente modo: MED 47,4 %, ENF 34,8 %, AUX 33,5 % y REL 5,9 %.

## Agradecimientos

Agradecemos la colaboración de quienes han hecho posible que el presente trabajo de investigación haya sido posible.

### Coordinador del grupo de trabajo:

Francisco SOLA, O.H.

Francesc ABEL, S.J. - Antonio ARIAS - Nuria ARIAS - Puri CABEZAS - Francesc CASANOVAS - Inés COTS - José M.<sup>a</sup> FORCADA - Elena FRADERA - María Ángeles GRAU - Mercè JUAN - Rosa M.<sup>a</sup> JUNYENT - María Teresa JUNZA - Alejandro LOZANO - María Carmen MARÍN - José L. MEDINA - Francisco MORENO - Carmen MURILLO - Salomé PABLOS - Nieves PADILLA - Tina PARAYRE - Xavier PLANAS - María Luisa DEL RÍO - Eulalia RODRÍGUEZ - Lluís SÁNCHEZ - Jordi SEGURA - Margarida SENTÍS - Teodora TOMÉ - José M.<sup>a</sup> TORDERA - Marta TRIAS - Joan VALLVÉ.

# 8. EL DESAFÍO DE LA ENFERMEDAD Y DEL ENVEJECIMIENTO.

## CÓMO ENFRENTARNOS A ESTAS REALIDADES. REACCIONES PSICOLÓGICAS\*

*M.<sup>a</sup> Eugenia Fusté Rich*

*Psicóloga clínica.  
Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona*

*Continuando con la oferta a nuestros lectores de material relacionado con el tema de Vivir el morir, lema de la Jornada del Enfermo del presente año, traemos a nuestras páginas un interesante artículo de M.<sup>a</sup> Eugenia Fusté.*

*No es reflexión de laboratorio, lo garantizamos. Y la propia autora no duda en señalarlo así: «...precisamente porque hacía cinco años yo me había tenido que enfrentar a una enfermedad grave».*

*Por ello, entre sus líneas se percibe la maestría del profesional que constantemente se mueve en ello —el psicólogo—, y el calor que surge de la persona que ha saboreado, de forma muy intensa, en su propia piel lo que dice.*

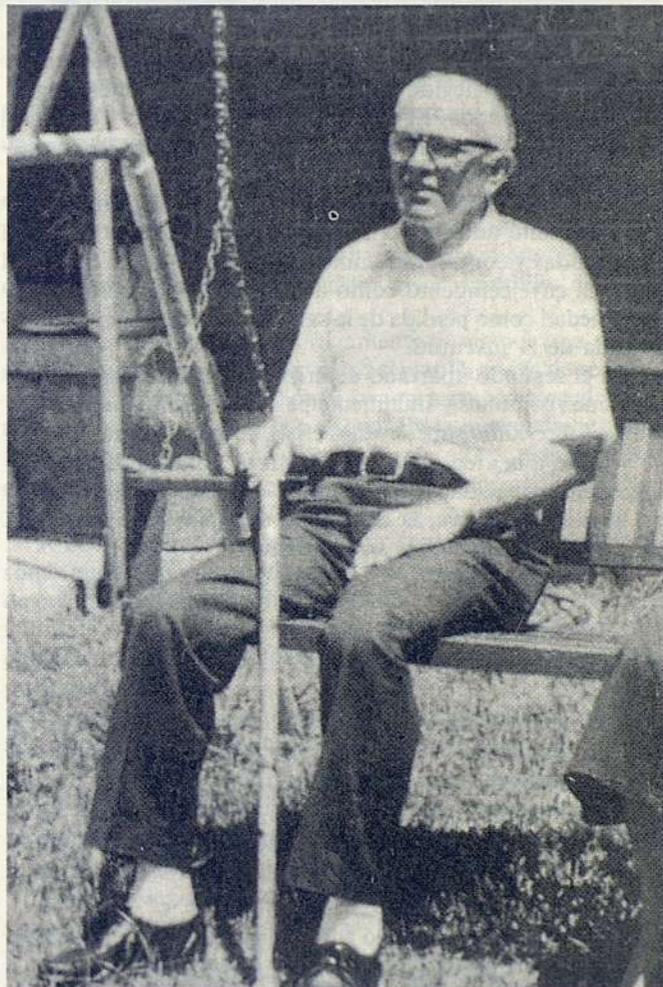
### INTRODUCCIÓN

La verdad es que cuando el padre Benito me habló de participar en estas charlas mi primera reacción fue declinar la invitación dado que éste no era un tema que yo dominase ya que yo me dedico al mundo infantil.

Pero cuando él me dijo: «habla desde tu experiencia personal», he de confesar que me tocó la fibra internamente y entonces pensé que sí, que podía hablar de ello, precisamente porque hacía cinco años yo me había tenido que enfrentar a una enfermedad grave.

Una enfermedad que me tuvo un año de baja laboral. Un año que yo recuerdo de gran ansiedad y que me sacudió de tal modo internamente que, cuando miro para atrás, siempre

\* Charla realizada a propósito de la preparación para la celebración comunitaria del Sacramento de la Unción en la Iglesia de San Francisco de Asís. (Barcelona, 14-5-93).



«La enfermedad hace vivir en primera persona».

pienso que en mi vida hay un antes y un después del cáncer.

La verdad es que el diagnóstico de cáncer me vino en un momento de mi vida en que las cosas me iban muy bien, tanto afectivamente como profesionalmente. Yo estaba casada, con cuatro hijos, con una relación de pareja estable y laboralmente tenía varias ofertas de trabajo.

Quiero decir con esto que para mí el choque con la enfermedad supuso una ruptura importante, un montón de pérdidas y un tener que reconducir la vida por otros derroteros.

Basándome, pues, en esta experiencia, en el impacto emocional que representó para mí y para mi familia; y en el vaivén de altos y bajos que viví y sigo viviendo, es por lo que finalmente acepté a venir aquí a hablarles hoy a ustedes.

“ El choque con la enfermedad supuso una ruptura importante y un tener que reconducir la vida por otros derroteros ”

“ Cualquier etapa de nuestra vida comporta un dejar aquello que se era para buscar aquello que se puede llegar a ser ”

Dado que la Unción nos va dirigida a los enfermos y a los ancianos hemos elegido un tema que como ven en el programa hemos titulado: «El desafío de la enfermedad y del envejecimiento. ¿Cómo enfrentarnos a estas realidades? Reacciones psicológicas».

Esta exposición tendrá tres apartados. En el primero, hablaré de cómo nuestro vivir cotidiano está lleno de numerosas pérdidas y continuas renunciaciones, e interpretaré la enfermedad y el envejecimiento como aspectos de estas pérdidas: la enfermedad como pérdida de la salud y el envejecimiento como pérdida de la juventud.

En el segundo apartado describiré las reacciones psicológicas más comunes y finalmente pasaré a hacer algunas reflexiones sobre cómo superar estas crisis, cómo encontrar un nuevo sentido a la vida que nos permita recobrar la serenidad y una nueva capacidad de amar; pues estamos todos de acuerdo que, en definitiva, la capacidad de amar y ser amado es lo que da la felicidad al ser humano.

## EL PROCESO DE DUELO EN EL VIVIR COTIDIANO

Recuerdo que cuando yo era adolescente escuchaba por la radio un programa que hacía Adolfo Marsillach, el actor teatral. Era entonces por los años 64/65.

De esas charlas recuerdo unas frases que se me quedaron grabadas. Seguramente se me quedaron grabadas porque en aquel momento sintonizaban con algo interior mío.

Y esas frases decían algo así como:

«... Vivir es ir diciendo adiós a las cosas. Vivir es llenarse de pañuelos blancos. Es decir adiós al amigo, a los padres, a la novia rubia, al tren que se va...».

Y si nos paramos a pensar, el devenir humano es esto.

Para avanzar siempre tenemos que dejar algo atrás. La biografía de cualquiera de nosotros, de los que estamos hoy aquí sentados, está llena de numerosas pérdidas.

Cualquier etapa de nuestra vida comporta un dejar aquello que se era, para buscar aquello que se puede llegar a ser.

Las pérdidas que sufrimos en la vida son frecuentes y variadas. Todos, algún día, podemos perder a nuestros padres, al amigo, al hermano, el cónyuge. Algún día, podemos tener que dejar nuestro domicilio, nuestro trabajo, nuestro lugar de origen. Y algún día, podemos perder también, y lamentablemente debemos decir adiós a nuestra salud y a nuestra juventud; que son los temas que nos traen hoy aquí.

Es decir, que las pérdidas o desapegos en el ser humano se realizan a tres niveles:

- Pueden afectar a personas, cuando por ejemplo perdemos a un ser querido, o rompemos un vínculo afectivo o decimos adiós a un amigo.
- Pueden afectar a objetos materiales, por ejemplo cuando dejamos nuestra vivienda o nuestro trabajo.
- O pueden afectar a objetos abstractos, cuando por ejemplo perdemos una ilusión, o perdemos nuestros antiguos intereses o perdemos el sentido de la vida.

Estas pérdidas, algunas las olvidaremos y las integraremos sin dolor ni sufrimiento, pero otras dejarán una huella que no se borrará en toda nuestra vida; e incluso, si uno no está preparado, y generalmente no estamos lo suficientemente preparados, pueden representar verdaderas crisis existenciales.

Es obvio, que cuanto más se vive más aumentan las separaciones y más nos pesan y un mismo acontecimiento puede tener efectos distintos según las personas.

Para unas puede ser el hundimiento moral y para otras el logro de un nuevo modo de estar en el mundo.

En el mundo del dolor siempre hay excelentes ejemplos de fortaleza y de aceptación pero también hay estados de ánimo desoladores, de rechazo, de desaliento, de ansiedad y de depresión.

¿Por qué reaccionamos de distinto modo las personas? ¿De qué dependen las distintas reacciones?

Sobre todo de dos factores:

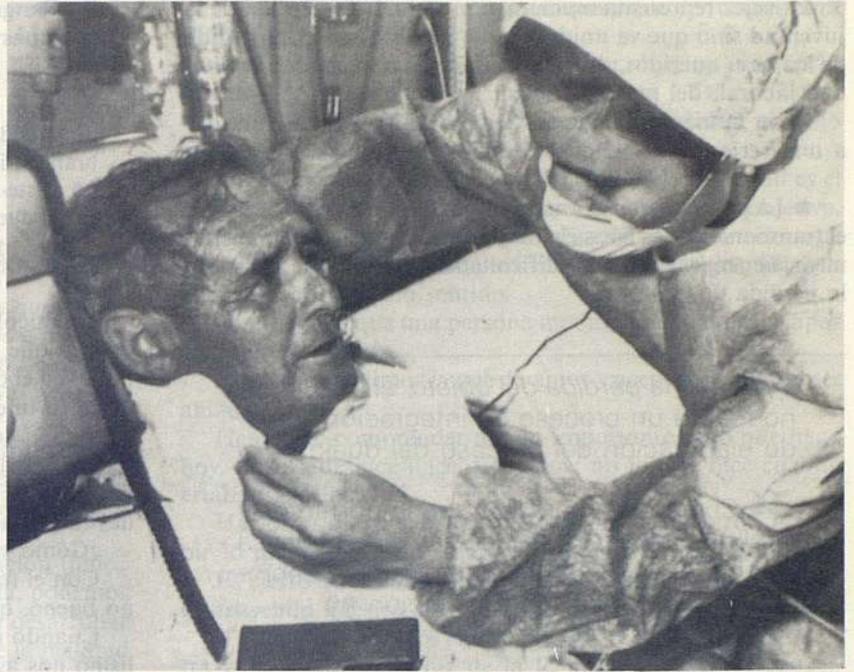
En primer lugar del apego que tengamos al objeto y de la calidad de ese apego. Cuanto mayor sea la relación afectiva con lo que perdemos más difícil será elaborar el duelo y mayor será la huella que dejará en nosotros.

Y en segundo lugar y más importante de las características del sujeto: de cómo es nuestra personalidad, nuestro funcionamiento mental, nuestras convicciones, nuestro ambiente, de qué recursos sociales disponemos, de cómo son nuestras otras relaciones interpersonales, etc.

En Psicología, la separación de algo, el renunciar a algo se llama *pérdida de objeto*. Y ante la pérdida de objeto el ser humano realiza un proceso de integración que se llama *elaboración del proceso de duelo*.

Autores como Freud, M. Klein o Bowlby han estudiado el proceso de duelo es decir, las reacciones ante las situaciones de pérdida. En general, cuando las pérdidas son importantes y conllevan un *shock* emocional se dice que el sujeto pasa por tres fases:

- La primera es una fase de *confusión* donde el impacto emocional invade al sujeto.
- La segunda fase es una fase *depresiva* y se caracteriza por un estado de ánimo profundamente doloroso, por una falta de interés por el mundo externo, por la inhibición de las funciones pues no tenemos ganas de hacer nada y por la confusión de sentimientos. Sentimientos que van desde la tristeza a la rabia; de la protesta a la desesperanza; del



«Tanto la enfermedad como el envejecimiento pueden llevarnos a un descubrimiento de nosotros mismos».

recuerdo de la bueno que nos dio al recuerdo del daño que nos hizo.

- Y la tercera fase es una fase de *aceptación* donde el sujeto pone en juego sus mecanismos, logra adaptarse a la pérdida, integrarla en su mundo interno mediante el recuerdo, logra superar la ambivalencia de sentimientos y la disolución de la tristeza.

### REACCIONES PSICOLÓGICAS MÁS COMUNES ANTE EL DIAGNÓSTICO FATAL Y ANTE EL ENVEJECIMIENTO

Este mismo proceso que hemos descrito lo vemos también en las personas que se enfrentan a una enfermedad fatal.

Elisabeth Kübler Ross, psiquiatra suiza establecida en Estados Unidos que el año pasado estuvo aquí en nuestra ciudad, describe en los enfermos varias fases al enfrentarse ante un diagnóstico fatal.

Estas etapas son identificables y se van alternando sin que necesariamente se den en orden cronológico.

- Habrá una etapa de *rechazo* a la realidad, en la que el enfermo piensa «¡no puede ser!».
- Una etapa de *rebelión* en la que se siente rabia por la enfermedad y se rebela diciendo «¿por qué yo? ¿por qué me ha tocado a mí y no a otro?».
- Una etapa de *negociación* y compromiso con la verdad, donde entran las promesas al Dios Creador «si me curo...».
- Una etapa de *depresión* cuando el enfermo asume la verdad, tiende a retirarse del mundo exterior y prepara la separación. Es el momento que dice «sí, soy yo el que tiene la enfermedad».
- Finalmente una etapa de *aceptación* donde acepta su situación y dice «sí soy yo y estoy preparado para enfrentarme».

Posiblemente nunca se está lo suficientemente preparado para aceptar serenamente un diagnóstico fatal. El inesperado choque con la enfermedad derriba muchas seguridades.

La vida de las personas está ligada a expectativas de futuro. Se sueña con una carrera, con un trabajo, con una seguridad económica, con un estatus social.

Cuando la enfermedad golpea habrá que replantearse las expectativas personales. El enfermo se da cuenta, y quizás por primera vez, de que ha dejado de tener el control sobre su propio mundo. La enfermedad hace vivir en primera persona lo que significa sentirse vulnerable, triste, irascible, descorazonado.

Ante el sufrimiento instintivamente buscamos una razón, un por qué que haga el dolor más aceptable, que le de sentido.

El camino de la aceptación es largo y tortuoso y puede afectar al plano espiritual de la persona. En la búsqueda de significado la persona se encuentra con Dios; y este encuentro puede desenvolverse en dos direcciones: una que acerca más a Dios y otra que le aleja de Él.

A nuestro alrededor tenemos numerosos ejemplos de personas que frente a la enfermedad han reaccionado alejándose de cualquier planteamiento espiritual, refugiándose en el «a vivir que son dos días», y también tenemos ejemplos de otras personas que han reaccionado encontrando un sentido más profundo a su vida.

Hace pocos días, *La Vanguardia* recogía unas declaraciones de Josep Carreras, el tenor, que decían:

«... a raíz de mi enfermedad, yo aprendí a valorar el aspecto religioso, una cierta mística, un cierto tipo de reflexión y esa ha sido una de las experiencias positivas que me ha quedado de aquella situación..., yo he madurado más como hombre, debido a este episodio de mi vida, y veo las cosas de una forma un poco más profunda...».

Otra situación que representa también un desafío para el ser humano es el envejecimiento.

Vemos que la sociedad actual valora sobre todo los símbolos de la juventud: la belleza física, la independencia, la atracción sexual, el dinamismo, etc. El envejecimiento no está de moda.

La vejez representa muchas veces no sólo la pérdida de la juventud sino que va unida a otras pérdidas más: la pérdida de los seres queridos, de la seguridad económica, de la actividad laboral, del prestigio social...

El ser humano, llegado a la tercera edad, se debe enfrentar a una serie de dificultades, de las que mencionaré cuatro:

■ La primera se relaciona con los *cambios corporales*. Con el transcurso de los años el cuerpo se vuelve más débil, disminuye la energía, surgen las dificultades de visión, de audición, la pérdida de memoria.

“Ante la *pérdida del objeto*, el ser humano realiza un proceso de integración llamado elaboración del proceso del duelo”

“Cuando las pérdidas son importantes y conllevan un shock emocional, el sujeto pasa por una fase de confusión, otra fase depresiva y una última, de aceptación”

Si estas limitaciones las interpretamos como una negación de nosotros mismos pueden aparecer sentimientos de ansiedad, frustración, tensión y lo que es peor, falta de autoestima.

Adaptarse a esta nueva realidad es un arte, tanto el cuerpo como la mente se degeneran cuando no se usan. La mejor medicina será revitalizar el cuerpo con el ejercicio físico y la mente con buscar nuevos intereses. Todo, menos abandonarse y hundirse en el sillón confortable de la inactividad.

■ Una segunda dificultad es la *disminución de la actividad*.

Para muchas personas la jubilación significa la línea de demarcación entre el sentirse útil o sentirse inútil.

Cuando se ha concebido el trabajo como el único punto de referencia para la dignidad personal, la jubilación significa la pérdida del sentido de la vida.

El desafío consiste en saber descubrir que la identidad personal se basa en el *ser* y no en el *hacer* o en el *tener*.

El buen envejecer es el que sabe abandonar, sin amargura, su campo de trabajo o de acción, pero que continúa siendo activo cultivando otros intereses como actividades culturales, sociales o espirituales.

La tercera edad si es bien vivida puede ser un período fructífero para madurar y profundizar las propias convicciones. Nunca, como a esta edad, se es tan libre de las presiones de horario, trabajo u ocupaciones.

El anciano tiene el derecho y la obligación de ser útil, de ponerse a disposición de sus semejantes, en especial por lo que se refiere a sus conocimientos y experiencia.

Y la sociedad, todos nosotros, tenemos la obligación de facilitar el ejercicio de este derecho.

■ El tercer punto se refiere a la *pérdida de personas queridas*. Cuanto más se vive más pérdidas debemos asumir.

«El desfile de nuestra vida, dice K. Rahner, se hace cada vez más pequeño y callado».

La partida de los seres queridos deja un vacío y soledad difíciles de llenar.

A. Pangrazzi, en su libro *la muerte de un ser querido*, recoge unas palabras de Jackson que describen este vacío y dicen así:

«... es el vacío que se siente cuando estás solo en la mesa después de haber comido durante años con otro... es acostumbrarse a irse a la cama si dar las buenas noches, a quien ya no existe... es desear que las cosas fueran de otro modo pero saber que no lo son, ni volverán a serlo...».

¿Por qué es tan dolorosa la separación de los seres queridos?

La Psicología que ha estudiado los procesos de duelo nos explica que en las relaciones afectivas, el sujeto *proyecta* (o pone) en el otro partes de sí mismo; y al mismo tiempo *introyecta* (o internaliza) partes del otro en sí mismo.

Con la desaparición del ser querido parece que desaparecen partes de nosotros mismos, de nuestro ser. Por ello hay gente, sobre todo con el cónyuge, que dicen «parece que me hayan arrancado un trozo de mí».

¿Cómo superar el duelo? Será a través del recuerdo.

Con el recuerdo nosotros podemos crear un objeto interno bueno, que es la imagen de la persona fallecida.

Cuando muere alguien tendemos a idealizarlo. Este idealismo nos ayuda a internalizar lo bueno que la persona nos hizo vivir, nos proporcionó y nos dio.

Progresivamente iremos teniendo una visión menos idealizada y aceptaremos las limitaciones y defectos de la persona que nos dejó, sin perder por ello lo bueno que nos dio.

Superamos el duelo cuando podemos hablar del fallecido sin desorganizarnos; cuando aceptamos que la vida seguirá a pesar de todo; cuando llegamos a sentir que vale la pena seguir viviendo; que vale la pena seguir trabajando por la vida, por la relación y por la comunicación.

■ Y ya por último, el anciano además de encarar la muerte de numerosos seres queridos debe *encarar su propia muerte*.

Si se ha vivido con coherencia, con fidelidad a los principios; si el balance de la vida ha sido positivo se encara la muerte con mayor serenidad y todo adquiere un tono menos dramático. Se muere como se ha vivido.

La Psicología ayudará al bien morir, pero no puede dar respuesta a la muerte. La Psicología podrá advertir de la importancia de estar acompañado en los últimos momentos, de la importancia de poder expresar los sentimientos, pero no da una respuesta a la muerte.

Esto corresponde al plano espiritual y a las creencias religiosas de cada persona llaméncese reencarnación, resurrección, etcétera.

Desde nuestra perspectiva cristiana y pensando que el tema del Día del Enfermo de este año es *Vivir el morir* debemos tener presente que sólo Jesucristo venció la muerte.

En la *Hoja Diocesana* de este domingo, el hermano F. Sola, de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, actual delegado de Pastoral de la Salud de nuestro Arzobispado nos escribe:

«... la victoria religiosa sobre la muerte tiene un nombre: Resurrección...».

Resucitar para nosotros, los cristianos, es «recibir la fuerza interior de Cristo; vivir de acuerdo con el amor». Y en cierto modo si vivimos en el amor, ya en la tierra, podemos empezar a saborear nuestro cielo que luego poseeremos plenamente cuando seamos «llamados por gracia a ver a Dios cara a cara por toda la eternidad».

El hermano F. Sola, que es un buen amigo, siempre me dice: «M.<sup>a</sup> Eugenia no esperes resucitar en el otro mundo sino resucitas aquí primero».

## LA BÚSQUEDA DE UN NUEVO SENTIDO DE LA VIDA. ¿CÓMO RECOBRAR LA SERENIDAD Y UNA NUEVA CAPACIDAD DE AMAR?

Y ya finalmente, una vez descritas las pérdidas que acompañan a la enfermedad y al envejecimiento vamos a pasar al tercer apartado, la búsqueda de un nuevo sentido de la vida y una nueva capacidad de amar que en definitiva es lo que da la felicidad al ser humano.

Con la enfermedad y el envejecimiento comienza nuestro declinar biológico. Comenzamos a comprobar en la propia carne que la finitud no es una idea; que quizás nos falte tiempo o fuerzas para realizar nuestros proyectos.

Los que hemos sido golpeados por una situación límite, que ha hecho tambalear nuestro sentido de la vida, podemos hacer dos cosas, elegir entre sentirnos víctimas o desarrollar una actitud realista; podemos elegir entre huir de la realidad o afrontarla.

Esta situación nos lleva a hacer un balance de nuestra propia vida, ¿merecía la pena? ¿podemos decir, con B. Russell, que con gusto la volveríamos a vivir si se nos ofreciese la oportunidad? ¿o habrán sido sólo sueños nuestros mejores deseos? ¿qué es la vida ahora que parece habernos estafado?

Ante este abanico de interrogantes uno intenta buscar un nuevo sentido a la vida.

El primer paso es *aceptarse a sí mismo*. Tenemos que estar conformes con lo que somos, con tener las cualidades que tenemos.

“ Los que hemos sido golpeados por una situación límite podemos elegir entre sentirnos víctimas o desarrollar una actitud realista ”

“ Lo más importante es encontrar un sentido a la vida ”

“ La vida tiene una finalidad: amar ”

La naturaleza nos ha impuesto unos límites de las cosas que podemos hacer y a nosotros nos toca elegir cómo hacerlas.

Tanto la enfermedad como el envejecimiento pueden llevarnos a un descubrimiento de nosotros mismos e incluso a la toma de conciencia de recursos personales que hasta ahora ignorábamos; pueden llevarnos al nacimiento de una nueva espiritualidad, a una nueva visión de la realidad y a una nueva presencia en el mundo.

Pero ¿cómo lograrlo? Con la ayuda de los demás.

El siguiente paso será pues *no aislarse*.

En realidad, un corazón herido sólo cicatriza abriéndose a los demás.

Y finalmente el punto más importante es encontrar un *sentido a la vida*. No basta vivir.

Se necesita una razón que justifique y que de fuerzas para vivir la propia identidad personal.

La vida debe ser vivida para algo, su objetivo es mirar al futuro y no al pasado.

Decía Pascal: «si tu vida no tiene una finalidad, el vacío y la angustia presidirán tu existencia».

La vida, pues debe tener una finalidad y la finalidad es el amor; amar a alguien o algo. El que ama tiene un objetivo, un punto de orientación y sobre todo una fuerza interior que lo pone en marcha y lo sostiene frente a los obstáculos. Cuando se ama todo tiene un sentido.

Freud, decía que una persona madura era la que era capaz de amar y trabajar.

Nosotros añadimos la que da amor y acepta agradecida ser amada.

Hemos de comprender que lo importante es lo que hago hoy, no lo que hice hace diez años; no lo que hice cuando estaba bien de salud.

Hay otros que tienen derecho a recibir de nosotros. A recibir lo mejor de lo que ahora somos, no de lo que fuimos.

Es cierto que con la enfermedad y el envejecimiento se va destruyendo nuestro ser biológico.

Y ahora que estamos en declive, quizás inválidos; ¿es nuestra vida inútil? A la luz de la fe, ¡no!; si tenemos capacidad de amar. Es lo que decía san Pablo sobre el hombre nuevo.

Conocemos que hay testimonios de gente en situación de postración o invalidez que confiesan «noto cómo crece en mí el hombre nuevo».

Debemos buscar, pues, un proyecto de vida de acuerdo a nuestra edad y nuestras posibilidades. Pero un proyecto realista, no idealista puesto que un proyecto idealista llega a desilusionar por no poder alcanzar las metas soñadas.

## EPÍLOGO

Y para acabar, déjenme que les lea unos versos de R. Tagore que para mí tienen un gran valor afectivo.

Tagore pensando en sus últimos momentos y en el encuentro con Dios dice:

«... Lo que pido es que sepa yo antes de irme, por qué me llamó la tierra a sus brazos; por qué me habló de estrellas el silencio de su noche y la luz de su día besó mis pensamientos y los puso en flor.

¡Qué pueda yo antes de irme del todo, atardar mi último estribillo hasta completar su música; que pueda llevar mi lámpara encendida para ver tu cara; tejida mi guirnalda para coronarte!».

Deseo que todos nosotros, dentro del plan de Dios, tengamos éxito en nuestra misión.

## BIBLIOGRAFÍA

- GRINBERG, L.: *Culpa y depresión*. Alianza Editorial, Madrid, 1983.  
GUTIÉRREZ ALONSO, T.: *Vida en plenitud*. Ediciones San Pío X, Madrid, 1991.  
PANGRAZZI, A.: *Creatividad pastoral al servicio del enfermo*. Editorial Sal Terrae, Santander, 1988.  
PANGRAZZI, A.: *La pérdida de un ser querido*. Ediciones Paulinas, Madrid, 1993.  
TIZÓN, J.: *Psicología basada en la relación*. Ed. Hora S.A., Barcelona, 1982.

# 9. BIOÉTICA EN ESPAÑA: 1989-1991\*

**Francesc Abel, S.J.**

Director del Instituto Borja de Bioética

*Repasar el panorama de la Bioética en España a lo largo de dos años de la mano de un experto como el autor del presente artículo es, a la vez que un placer, una garantía de no dejar en el olvido nada verdaderamente significativo del tema.*

*En diez apartados claramente definidos, el padre Francesc Abel i Fabre, nos desgana la evolución habida en nuestro país, en ese período de tiempo, referente a los problemas más importantes abordados hoy por la Bioética.*

## I. INTRODUCCIÓN

La Ley General de Sanidad protege los derechos de los pacientes y el acceso de los ciudadanos a la Seguridad Social, que cubre a la totalidad de la población. La asistencia sanitaria es generalmente buena en los hospitales y desigual en los centros de atención primaria de salud. La reciente legislación sobre las tecnologías de reproducción asistida (inseminación artificial y fecundación *in vitro*) y sobre la investigación con gametos y embriones ha impuesto pocas restricciones a la práctica de las nuevas tecnologías. El aborto ha sido despenalizado en algunos casos si bien hay grandes reticencias en los centros públicos para hacerlos. Aun cuando la ley sobre trasplantes de órganos y tejidos es buena, persisten obstáculos administrativos que dificultan las donaciones. La Ley del Medicamento establece la creación de Comités Éticos de Investigación Clínica en los hospitales donde se realiza investigación con sujetos humanos. Se está a la espera de un Real Decreto que establezca las normas de funcionamiento y acreditación.

## II. NUEVAS TECNOLOGÍAS DE REPRODUCCIÓN

En 1988 se aprobaron en España dos leyes consideradas en aquel momento como las más completas en Europa. Estas

\* Texto publicado originariamente en inglés en: Lustig BA, et al. (Eds.). *Bioethics Yearbook. Vol. 2. Regional Developments in Bioethics: 1989-1991.* The Center for Ethics, Medicine and Public Issues. «Bioethics Yearbook» 2. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1992, y en castellano en este número de LABOR HOSPITALARIA, gracias a la gentileza de Kluwer Academic Publishers y permiso del autor.

leyes tuvieron como base el informe que el doctor Marcelo Palacios, diputado socialista por Asturias (1982-1989) y Presidente de la Comisión Especial para el estudio de la Inseminación Artificial (IA) y la Fecundación *in vitro* (FIV) nombrada por el Congreso de los Diputados, presentó al mismo para su aprobación. Ésta se dio el 10 de abril de 1986<sup>1</sup>. Como miembro de la Delegación Española en el Consejo de Europa, el doctor Palacios participó en la redacción de la Recomendación Número 1046 (1986) de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa sobre la utilización de embriones y fetos humanos para fines diagnósticos, terapéuticos, científicos, industriales y comerciales. El «Informe Palacios fue la base para la Recomendación Número 1100 sobre este tema<sup>2</sup>.

### Ley sobre Reproducción Asistida

Esta ley<sup>3</sup> trata los problemas relativos a las técnicas de Reproducción Asistida Humana: la Inseminación Artificial (IA), la Fecundación In Vitro (FIV) con Transferencia de Embriones (TE) y la Transferencia Intratubárica de Gametos (TIG). Presentamos, en resumen, los puntos que consideramos más relevantes de esta ley:

- La ley permite estas técnicas cuando estén científicamente indicadas y se realicen en Centros y Establecimientos sanitarios y científicos autorizados y acreditados por equipos especializados.
- Podrán realizarse estas técnicas en mujeres mayores de edad (18 años) y en buen estado de salud psicofísica, casadas o no, si las han solicitado y aceptado libre y conscientemente y han sido previa y debidamente informadas sobre ellas.
- Se prohíbe la fecundación de óvulos humanos con cualquier fin distinto a la procreación humana. La investigación sobre embriones sobrantes no viables se autoriza. También en preembriones viables si se demuestra científicamente que no puede realizarse en el modelo animal.
- Se autoriza la donación de gametos y embriones tomándose las medidas oportunas para que de un mismo donante no nazcan más de seis hijos. La donación será anónima y los datos sobre la identidad del donante serán guardados con el más estricto secreto.

1. Marcelo Palacios. Informe de la Comisión Especial de Estudio de la Fecundación *in vitro* y la inseminación Artificial Humanas. Madrid: Congreso de los Diputados, 1987.

2. Council of Europe. *Rapport sur la Recherche Scientifique Relative a l'Embryon et au Foetus Humains.* (Marcelo Palacios, Rapporteur). Document 5943 (September 13, 1988).

3. Ley 35/1988 (22 de Noviembre) Sobre Reproducción Asistida Humana. *BOE* n.º 282 (24 de Noviembre de 1988).

- Sólo excepcionalmente, en circunstancias extraordinarias que comporten un comprobado peligro para la vida del hijo, o cuando proceda con arreglo a las leyes procesales penales, podrá revelarse la identidad del donante, siempre que dicha revelación sea indispensable para evitar el peligro o para conseguir el fin legal propuesto. La revelación de la identidad del donante no implica en ningún caso, determinación legal de filiación.
- El semen y los preembriones sobrantes de una FIV por no haber sido transferidos al útero podrán criopreservarse en bancos autorizados durante un tiempo máximo de 5 años.
- El Gobierno establecerá mediante Real Decreto la creación de una Comisión Nacional de Reproducción Asistida de carácter permanente, dirigida a orientar sobre la utilización de estas técnicas, a colaborar con la Administración en cuanto a la recopilación y actualización de conocimientos científicos y técnicos, o en la elaboración de criterios de funcionamiento de los Centros o Servicios donde se realizan las técnicas de Reproducción Asistida, a fin de facilitar su mejor utilización.
- La ley considera nulo de pleno derecho cualquier contrato de maternidad subrogada.
- El marido podrá consentir, en escritura pública o testamento, que su semen pueda ser utilizado, en los seis meses siguientes a su fallecimiento, para fecundar a su mujer, produciendo tal generación los efectos legales que se derivan de la filiación matrimonial.
- La ley considera como infracciones muy graves, entre otras, las siguientes: fecundar óvulos humanos con cualquier fin distinto a la procreación humana (pero el test de hámster queda autorizado); mantener *in vitro* a los óvulos fecundados y vivos, más allá del día 14 siguiente al que fueron fecundados, descontando de ese tiempo el que pudieran haber estado criopreservados, mezclar semen de distintos donantes para inseminar a una mujer o para realizar la FIV-TE; crear seres humanos idénticos por clonación; la selección de sexo o la manipulación genética con fines no terapéuticos o terapéuticos no autorizados.

Los penalistas están preocupados por el hecho de que ninguna de estas gravísimas infracciones se incorporan en el derecho penal. Esta falta de sanciones penales no es sorprendente si se tiene en cuenta el interés en la mínima intervención en la reforma del código penal.

### Ley sobre la Donación y Utilización de Embriones y Fetos humanos o de sus células, tejidos u órganos

Esta ley complementa una ley anterior del 27 de octubre de 1979, sobre la extracción y trasplante de órganos. La ley 42/88<sup>4</sup>, complemento a la ley 35/88 con la que hay solapamientos<sup>5</sup>, trata sobre la donación de embriones y fetos y su uso para trasplantes. Ambas leyes son pragmáticas y tienden a permitir aquello que la comunidad científica considera justificable. Sin embargo, los criterios de viabilidad o no-viabili-

4. Ley 42/1988 (28 de Diciembre) Sobre Donación y Utilización de Embriones y Fetos Humanos o de sus Células, Tejidos u Órganos. *BOE* n.º 314 (31 de Diciembre de 1988).

5. Véase como ejemplo el artículo 12(2) de la Ley 35/1988 que aborda problemas más propios de la Ley 42/1988: Artículo 12(2): «Toda intervención sobre el embrión en el útero o sobre el feto en el útero o fuera de él, vivos, con fines diagnósticos, no es legítima si no tiene por objeto el bienestar del nasciturus y el favorecimiento de su desarrollo, o si está amparada legalmente».

dad fetal, y el consentimiento informado requerido, marcan los límites de lo autorizado y no-autorizado. Los artículos 2 y 3 de la Ley 42/88 expresan lo siguiente:

**Artículo 2.** La donación y utilización de embriones o fetos humanos o de sus estructuras biológicas para la finalidad prevista en esta Ley, podrá realizarse si se cumplen los siguientes requisitos:

- Que los donantes sean los progenitores.
- Que los donantes otorguen su consentimiento previo de forma libre, expresa y consciente, y por escrito. Si son menores no emancipados o están incapacitados, será necesario además el consentimiento de sus representantes legales.
- Que los donantes y, en su caso, sus representantes legales, sean previamente informados de las consecuencias y de los objetivos y fines a que se pueda servir la donación.
- Que la donación y utilización posterior nunca tengan carácter lucrativo o comercial.
- Que los embriones o fetos objeto de la donación sean clínicamente no viables o estén muertos.
- Si fallecieran los progenitores y no consta su oposición expresa. En el caso de menores de edad, será precisa además la autorización de los padres o responsables fallecidos.
- En caso de muerte por accidente deberá ser autorizada la donación por el Juez que conozca la causa.

**Artículo 3.**

- La utilización de embriones o fetos humanos, o de sus estructuras biológicas, se realizará por equipos biomédicos cualificados, y en centros o servicios autorizados y controlados por las autoridades públicas.
- La interrupción del embarazo nunca tendrá como finalidad la donación y utilización posterior de los embriones o fetos o de sus estructuras biológicas.
- El equipo médico que realice la interrupción del embarazo no intervendrá en la utilización de los embriones o de los fetos o de sus estructuras biológicas en los términos y con los fines previstos en esta Ley.

Las leyes que acabamos de transcribir fueron severamente criticadas por la Iglesia católica, la cual había ya manifestado su oposición a ellas por escrito. Las razones de esta oposición de la Iglesia residen en que estas leyes denegaban el derecho a la vida para todo ser humano desde el momento de la fecundación, lo cual interfiere con los derechos de la familia y del matrimonio como institución, y también violan los derechos de los hijos a ser concebidos, venir al mundo y ser educados por sus padres. Según la nota de la Comisión Episcopal para la Doctrina de la Fe, estos principios mínimos de moral quedan reemplazados por un pragmatismo inspirado en una concepción amorosa de la ciencia y sus aplicaciones técnicas, lo cual puede acarrear consecuencias desastrosas para el futuro del hombre y de la sociedad<sup>6</sup>.

### III. ABORTO

En España, el aborto inducido es una ofensa punible, excepto en aquellos casos contemplados por la Ley Orgánica

6. Nota de la Comisión Episcopal para la Doctrina de la Fe acerca de las Proposiciones de Ley sobre «Técnicas de Reproducción Asistida» y «Utilización de Embriones y de Fetos Humanos o de Células, Tejidos u Órganos». *Ecclesia...*; 48:503-6.

9/1985 del 5 de junio de 1985, de acuerdo con la sentencia del Tribunal Constitucional Número 53/85 del 11 de abril de 1985<sup>7</sup>. El Tribunal dictaminó que ciertos aspectos de la ley anterior, que despenalizaba parcialmente el aborto no eran conformes a la Constitución «no por causa de la declaración de que el aborto no es penalizable, sino porque había ciertas solicitudes a sus regulaciones» derivadas del Artículo 15 de la Constitución Española que «no les deba pleno cumplimiento». Las tres situaciones en las cuales la práctica del aborto queda despenalizado son:

- Cuando existe una amenaza seria para la vida o la salud física o mental de la embarazada. No se especifica un límite de tiempo y se requiere el dictamen de otro médico distinto al que realizará el aborto.
- Cuando el embarazo es consecuencia de un acto criminal de violación. En este caso el aborto tiene que ser realizado antes de las 12 semanas de la gestación.
- Cuando se presume que el feto puede nacer con graves defectos físicos o mentales. Se requieren las opiniones de dos médicos distintos y el aborto tiene que ser realizado dentro de las 22 semanas de gestación.

El Real Decreto sobre el reconocimiento de centros de salud para la interrupción voluntaria del embarazo del 21 de noviembre de 1986, 2409/1986 simplificó los requisitos de autorización del aborto en centros privados debidamente autorizados<sup>8</sup>.

Desde 1986 a 1991, el vago concepto de *despenalización* significa que en aquellos casos contemplados por la Ley 9/1985, ni el médico que realiza el aborto ni la mujer que lo solicita serán castigados. La ley no determina la previsión de servicios de aborto ni que los abortos legales sean financiados por fondos públicos. Aunque los medios de difusión proclaman que los individuos «tienen derecho al aborto», muchos hospitales no ofrecen las facilidades para ello y cuando lo hacen es sólo de modo restringido e insuficiente. El resultado de ello es la proliferación de centros privados que obtienen de ello amplios beneficios. Al mismo tiempo la disparidad socioeconómica de los pobres se presenta como un nuevo motivo para ampliar la despenalización del aborto.

Cuarenta y nueve centros de sanidad han declarado practicar abortos en España en 1989. En 1987, la Federación de Planificación Familiar en España calculó que se habían realizado 63.937 abortos en aquel año. En 1989, el número de mujeres que acudieron para un segundo aborto fue aproximadamente de un 17%. Las estadísticas sobre la edad y el estado civil de las mujeres que abortan revelan un amplio número de adolescentes y de mujeres solteras. El aborto ilegal, en la mayoría de los casos, lo es por irregularidades administrativas<sup>9</sup>. Finalmente, el aborto médico mediante antiprogesterona, Mifepristone (RU-486), no se realizaba todavía en España. El Ministerio de Sanidad ha propugnado una evaluación clínica y rigurosa de la droga antes de dar su aprobación.

7. Ley 9/1985 (5 de Julio) Ley Orgánica Sobre el Aborto. *BOE* n.º 166 (12 de julio de 1985).

8. Real Decreto 2409/1986 (21 de Noviembre) Sobre Centros Sanitarios para la Interrupción Voluntaria del Embarazo. *BOE* n.º 281 (24 de Noviembre de 1986).

9. MÉNDEZ, E.: Evolución de la Práctica del Aborto Legal en España. *Quadern Caps* 1991; (15):65-9.

10. Ley 25/1990 (20 de Diciembre) Ley del Medicamento. *BOE* n.º 306 (22 de Diciembre de 1990).

11. UEMO Board meeting, 27 de Octubre de 1990.

## IV. MEDICAMENTOS Y ENSAYOS CLÍNICOS

El 20 de diciembre de 1990 se aprobó una ley<sup>10</sup> que contemplaba todos los aspectos de la terapia medicamentosa, incluyendo la investigación y desarrollo; la seguridad; la evaluación; los ensayos clínicos y la protección de los sujetos humanos; y la regulación de la industria farmacéutica. La ley consta de 117 artículos divididos en 10 secciones. Dos secciones son dignas de especial atención. La Sección II, sobre terapéutica, considera los tipos de medicación, su evaluación y autorización, las condiciones para la distribución de las especialidades farmacéuticas, la asistencia sanitaria, las medicaciones especiales, y el control de calidad de los fármacos. La Sección III contempla los ensayos clínicos, analiza las condiciones adecuadas para la investigación, la obtención del consentimiento informado, las cuestiones sobre las compañías de seguros y las responsabilidades de los promotores de la investigación. Se dan directivas para la creación de Comités de Ética para la Investigación Clínica, como consta en el Artículo 64, que dice lo siguiente:

### Artículo 64. Comités Éticos de Investigación Clínica.

- Ningún ensayo clínico será llevado a cabo sin una relación previa de un Comité de Ética para Investigación Clínica, Independiente de los promotores y los investigadores, y debidamente reconocido por las autoridades sanitarias que informarán de ello al Ministerio de Sanidad y Consumo.
- El Comité considerará todos los aspectos: metodología, ética y aspectos legales y los riesgos y beneficios que pueden seguirse del ensayo.
- Los Comités Éticos estarán constituidos por un equipo interdisciplinar integrado por médicos, farmacéuticos de hospital, farmacólogos clínicos, enfermeras y personas de otros ámbitos fuera de la profesión sanitaria de las cuales, al menos una, sería un experto en leyes.

Se espera que en breve saldrá un Real Decreto que desarrolle las normativas a seguir por los Comités.

## V. CONFIDENCIALIDAD

Tres aspectos sobre la confidencialidad merecen una especial reflexión: 1) los datos informatizados; 2) los datos sobre las personas que acceden a las técnicas de reproducción asistida; y 3) pacientes sero-positivos para el VIH.

### Datos informatizados

La opinión más común entre los especialistas en leyes es que ni la ley en general, ni la ley penal en particular, están dotadas para afrontar el desafío que plantean las posibles infracciones de la confidencialidad de datos informatizados. En relación a la asistencia médica, los «Seis Primeros Principios sobre la Seguridad de los Sistemas de Información Sanitaria» aceptados por la Mesa de la Unión Europea de Médicos Generalistas (UEMO) son válidos<sup>11</sup>. La UEMO cree que el desarrollo futuro de los Sistemas de Información Sanitaria:

- Tendría que estar orientado hacia la asistencia primaria.
- Deberían estar centrados en el paciente de tal manera que éste pudiera beneficiarse del progreso médico y del control de calidad. El paciente, con la ayuda de su médico debería tener acceso a su historia y al control de ella tanto dentro como fuera del sistema de salud.

- Deberían poderse utilizar para estudios epidemiológicos y para la planificación de los servicios de salud.
- Deberían poderse utilizar como base para la evaluación de los diagnósticos y de las intervenciones terapéuticas.

### Confidencialidad en la Donación de Gametos

El Artículo 5,5 de la Ley 35/1988 sobre técnicas de reproducción asistida es objeto de mucha discusión. En él se lee lo siguiente:

La donación será anónima, custodiándose los datos de identidad del donante en el más estricto secreto y en clave en los Bancos respectivos y en el Registro Nacional de Donantes.

Los hijos nacidos tienen derecho, por sí o por sus representantes legales, a obtener información general de los donantes que no incluya su identidad. Igual derecho corresponde a las receptoras de los gametos.

Sólo excepcionalmente, en circunstancias extraordinarias que comporten un comprobado peligro para la vida del hijo, o cuando proceda con arreglo a las leyes procesales penales, podrá revelarse la identidad del donante, siempre que dicha revelación sea indispensable para evitar el peligro o para conseguir el fin legal propuesto. En tales casos la revelación tendrá carácter restringido y no implicará, en ningún caso, publicidad de la identidad del donante.

Basándose en la Constitución española, diferentes especialistas en Derecho Civil creen que no hay argumentos para mantener el anonimato del donante cuando un niño se resuelva a investigar sobre ello y a descubrir su origen genético. En tales casos, y a pesar de lo previsto en el mencionado artículo, estos especialistas creen que el niño al llegar a su edad madura, podría ser informado de la identidad del donante. Esta información incluiría necesariamente una relación de paternidad<sup>12</sup>.

### Confidencialidad sobre los datos VIH +

La confidencialidad sobre los pacientes VIH sero-positivos es afirmada por los profesionales de la salud y protegida por los códigos profesionales en el derecho a la intimidad y en la obligación al secreto profesional. La Ley General de Sanidad también protege los datos y la Resolución del Parlamento Catalán (del 7 de febrero de 1990) afirma específicamente la confidencialidad con respecto a la información sobre VIH.

## VI. ACCESO A LA SALUD Y DERECHOS DE LOS PACIENTES

### Desde la Ley General de Sanidad (14/86 al Informe Abril Martorell)

Aunque el sistema español de sanidad entre 1942-1980 carecía de una estrategia sistemática sobre la organización de la asistencia sanitaria, ello no impedía un nivel de salud de la población sorprendentemente alto, a pesar de las desigualdades sociosanitarias.

Un proceso de reorganización sanitaria comenzó en 1981 cuando el primer gobierno democrático creó el Ministerio de

Sanidad y Consumo<sup>13</sup>, que concentró competencias distribuidas hasta entonces en más de diez ministerios diferentes. La Ley General de Sanidad aprobada en abril de 1986, trató de corregir algunas deficiencias del sistema mediante la descentralización de algunas estructuras administrativas, y asegurar la cobertura para todo el pueblo sobre la base del Sistema Nacional de Salud (Sistema de Bienestar Social) y mediante la protección de los derechos de los pacientes<sup>14</sup>.

La descentralización ha sido llevada a cabo parcialmente armonizando una estructura central bajo la dirección del Ministerio de Sanidad, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Sanidad, y el Servicio de Sanidad de las diversas Comunidades Autónomas. En el momento presente, la corporación administrativa central (INSALUD) participa con un 44,3 % del presupuesto total de sanidad y el resto es aportado por los Servicios de Sanidad autonómicos<sup>15</sup>. Al comienzo de 1990, el fondo público para los gastos de salud constituía el 75 % del presupuesto total, cuando la media era del 80 % en los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE).

La sanidad absorbía un 6,3 % del producto doméstico bruto (GDP), con un 3,4 % de la fuerza laboral en este sector. Mientras el GDP aumentó en una proporción de 1,4 % per capita, la contribución sanitaria per capita permaneció sin cambio durante todo este período, a pesar de las preferencias manifestadas por los ciudadanos para los servicios de salud<sup>16</sup>.

Una estricta política presupuestaria, a pesar de suspender toda mejora y cambio en la organización y supervisión de los sistemas de salud, consiguió frenar el ilimitado crecimiento del gasto sanitario. Pero los defectos de esta política se dejaron sentir inmediatamente: aumentó el número de pacientes en las listas de espera de los hospitales clínicos, y los servicios de asistencia primaria deficientes. En resumen, como consecuencia de la limitación de los gastos, la calidad sanitaria empeoró.

En 1990, la cobertura del sistema público de Salud en España alcanzaba al 96,14 de la población. El criterio para estar protegido es la afiliación a la Seguridad Social, bien sea de forma subsidiaria como población activa o trabajadora, o bien como clases pasivas en sus diversas posibilidades (pensionista, desempleado, incapacitado). La mayoría de las personas tienen un doble sistema de asistencia: pública y privada. Emplean la asistencia pública cuando precisan de hospitalización y utilizan las clínicas privadas para la asistencia primaria.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Sanidad examinó la eficacia y la calidad de los modelos existentes. El 13 de febrero de 1990 el Gobierno nombró una Comisión de Expertos para el Análisis y la Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Su presidente, don Fernando Abril Martorell, sometió su informe un año más tarde. Este informe, el *el Informe Abril*, no fue recibido de manera favorable por el Gobierno ni por los grupos políticos de la oposición, porque viola los principios clave de la filosofía económica del estado de bienestar. La Comisión recomendaba el cargo a los usuarios, incluso pensionistas, de algunos servicios y la sumisión

13. Real Decreto 2823/81 (27 de Noviembre) Creación del Ministerio de Sanidad y Consumo. *BOE* n.º 288 (2 de Diciembre de 1981).

14. Ley 14/1985 (25 de Abril) Ley General de Sanidad. *BOE* (29 de Abril de 1985), 15207-15225.

15. Declaración del Ministro de Sanidad en la Comisión de Política Social y Empleo (Congreso de los Diputados, Mayo de 1991).

16. Seminario sobre Análisis Comparado en Sistemas y Políticas de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, Marzo 1991.

12. MONTÉS, V.L., (ed.): *Derecho de Familia*. Valencia: Tirant lo Blanch, 1991.

posterior de las facturas. Este proceso, conocido normalmente como *ticket moderador* serviría para poner a los usuarios al corriente del coste actual de los servicios. Como primera estrategia para aumentar la eficacia, la Comisión sugirió también la separación del fondo público de la provisión de los servicios (público y privado) como un estímulo hacia un mercado libre competitivo entre los suministradores<sup>17</sup>. Esta iniciativa levantó quejas de los sindicatos y de los partidos políticos de la oposición. Éstos percibían estas medidas como un primer paso hacia la privatización de los servicios de salud más que como un camino para mejorar la asistencia pública sanitaria.

La Ley General de Sanidad representa un gran avance en un punto importante. En el Artículo 9, la ley describe con gran detalle, los derechos del paciente a la asistencia sanitaria. Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

- Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.
- A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder, y sobre los requisitos necesarios para su uso.
- A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.
- A estar advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen, pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso, será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la dirección del correspondiente centro sanitario.
- A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.
- A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:
  - Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública o los intereses de la comunidad.
  - Cuando exista imperativo legal.
  - Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.
  - Cuando la urgencia en la atención al usuario no admita demoras.
- A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.
- A que se le extienda certificado acreditativo de su estado de salud, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria.
- A negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el punto 6, debiendo para ello solicitar el alta voluntaria, en los términos que señala el punto 4 del artículo siguiente.

17. «Recomendaciones del Informe Abril Martorell». *Organización Médica Colegial* (Septiembre, 1991). 14, 8-14.

- A participar, a través de las instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias, en los términos establecidos en esta Ley y en las disposiciones que la desarrollen.
- A que quede constancia por escrito de todo su proceso. Al finalizar la estancia del usuario en una institución hospitalaria el paciente, familiar o persona a él allegada, recibirá su informe de Alta.
- A utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos. En uno u otro caso deberá recibir respuesta por escrito en los plazos que reglamentariamente se establezcan.
- A elegir el médico y los demás sanitarios titulados de acuerdo con las condiciones contempladas en esta Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las que regule el trabajo sanitario en los centros de salud.
- A obtener los medicamentos conducentes a promover, conservar o restablecer la salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado.

La crítica general a esta Ley que consta de 113 artículos, y algunas regulaciones adicionales es que no distingue con claridad qué se podría considerar como una lista de buenas intenciones, de aquello que es jurídicamente obligatorio... No obstante la Constitución Española y la Ley General de Sanidad, a pesar de sus deficiencias, constituyen el punto de referencia más importante para la protección de los derechos de los pacientes.

## VII. SOBRE LA MUERTE, ENFERMOS TERMINALES Y HUELGA DE HAMBRE

En España ha surgido un enérgico movimiento en favor de la legalización de la eutanasia activa y el suicidio asistido. Simultáneamente, en círculos médicos, crece el énfasis sobre los cuidados paliativos, adoptando las ideas fundamentales del movimiento *Hospice*. El magistrado y senador Cesáreo Rodríguez-Aguilera redactó un borrador de ley sobre la eutanasia pasiva y el derecho de los pacientes a rechazar el tratamiento<sup>18</sup>. Algunos creían que tal legislación no era necesaria, mientras que otros argumentaban que tal ley debería incluir la eutanasia activa. Todos los especialistas estaban de acuerdo en que era necesario suprimir los adjetivos *activa* y *pasiva* y emplear el término de *eutanasia* solamente para expresar la incitación o la aceleración intencionada de la muerte del paciente.

El Código de Derecho Penal en España es, sin duda, demasiado antiguo para poder dar respuestas a los problemas que se plantean en nuestra sociedad. Aunque el Código no castiga el suicidio como delito, sin embargo sentencia al que induce al suicidio con prisión mayor (de 6 a 12 meses). Si éste causa la muerte, la pena será la prisión entre 12 a 20 años, i.e., en este último caso, es considerado como un homicidio.

La Asociación por el Derecho a Morir con Dignidad (que defiende la eutanasia activa) y la Comisión del Episcopado español (contra la eutanasia activa), han escrito, ambas, sus propias *Directivas*<sup>19</sup>. Intensos debates sobre la legalización

18. RODRÍGUEZ-AGUILERA, C.: El derecho a una muerte digna. *Revista Jurídica de Catalunya* 1989; 88:261-76.

19. Asociación Derecho a Morir Dignamente. Testamento Vital. Barcelona 1990; Conferencia Episcopal Española. Plan de acción sobre la eutanasia y la asistencia a bien morir. *Labor Hospitalaria* 1990; 22:112-5.

de la eutanasia tendrán lugar probablemente durante el próximo año.

La legitimación de la huelga de hambre prolongada para los presos terroristas ha sido objeto de violentos debates entre jueces y fiscales, durante 1990. Algunos miembros del grupo terrorista GRAPO iniciaron, estando en prisión, una huelga de hambre indefinida para asegurar el confinamiento del grupo en la misma prisión, y evitar ser trasladados a diferentes centros penitenciarios en otras ciudades del país. Cuando su estado general comenzó a deteriorarse seriamente, se ordenó la alimentación forzosa. La sentencia judicial que ordenó la alimentación por fuerza levantó opiniones contrarias<sup>20</sup>. El debate ha sido interesante y los puntos de vista extremadamente variados.

### VIII. MUERTE CEREBRAL Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS

La actual legislación española consta de dos leyes y dos resoluciones de la Secretaría de Estado para la Sanidad sobre la obtención y trasplantes de órganos<sup>21</sup>.

La Ley Española Número 30 de 1979 fue considerada en su tiempo, como la más progresista de Europa, aunque las dificultades burocráticas constituían un obstáculo para la obtención de órganos. Esta ley inspirada en la Resolución (78) del Consejo de Europa sobre la «Armonización de Leyes de los Estados Miembros sobre la Extracción, Injertos y Trasplantes de Sustancias Humanas» fue adoptada por el Consejo de Ministros el 11 de mayo de 1978<sup>22</sup>. Se aceptó una definición de muerte cerebral, y se redactó como sigue:

La muerte cerebral... se determina cuando cesan irreversiblemente las funciones del cerebro y del tronco cerebral. Tienen que quedar excluidas causas potencialmente reversibles. La intoxicación medicamentosa, los trastornos metabólicos tratables, la hipotermia, el shock y la paralización de nervios periféricos, los nervios craneales o la disfunción muscular debida a enfermedad o a medicamentos bloqueantes del sistema neuro-muscular, tienen que quedar excluidos. Es obligatoria una revalorización seis horas más tarde para confirmar que el estado de no-funcionamiento del cerebro es persistente y poder proceder al trasplante de órganos.

En un período posterior, el Comité de Ética del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, publicó los primeros criterios para la determinación de la muerte cerebral en recién nacidos y niños en noviembre de 1988<sup>23</sup>. El 25 de marzo de

1991 durante el Séptimo Seminario Neurológico de Invierno, se definieron los criterios neurológicos de muerte cerebral y estado vegetativo crónico. Sus autores concluyeron que la legislación española sobre la muerte cerebral está demasiado unida a la preocupación por los trasplantes, e insisten en separar las normas legales para ambos casos<sup>24</sup>. Esta demanda, en mi opinión, trasluce un cierto miedo importado de Estados Unidos y mantenido por algunos especialistas en medicina legal. De hecho en España no está prohibido que cualquier médico generalista pueda hacer uso de su práctica y conocimiento para declarar una persona como muerta.

### IX. SIDA

Desde la perspectiva legal, la Carta de los Derechos y Deberes de los Pacientes de los Hospitales del Insalud de 1984<sup>25</sup> y la Ley General de Sanidad 14/1986, declaran el derecho del paciente a una atención sanitaria integral para cualquier problema de salud y a recibir una información completa así como el total respeto a la confidencialidad. Se establecieron, mediante una serie de Decretos y Resoluciones, las condiciones para la donación de sangre, la producción e importación de productos derivados de la sangre, para los análisis de sangre y suero y para la obtención y la conservación de semen.

El 26 de junio de 1987, la Organización Médica Colegial (OMC), de acuerdo con el Artículo n.º 4 del Real Decreto n.º 1018 (1980), recordaba a los médicos que tenían que observar las siguientes reglas de conducta<sup>26</sup>.

Primera: en ninguna circunstancia puede negarse un médico a atender a un paciente. Segunda, un paciente de Sida tiene el mismo derecho a la asistencia médica que cualquier otra víctima de una enfermedad infecciosa. Tercera, es un deber de obligación para los profesionales de salud el adoptar todas las medidas de higiene y de protección posibles para evitar el contagio y la transmisión, como en todas las otras enfermedades infecciosas. Cuarta, el secreto profesional es de la más alta importancia, como base para la relación médico-enfermo. Finalmente, el equipo médico del hospital, exigirá, en cualquier caso, el cumplimiento de estos deberes por parte del personal que está bajo su autoridad.

El 7 de febrero de 1990, el Parlamento de Cataluña aprobó una resolución urgiendo al gobierno de la Generalitat a dictar las normas sobre los tests HIV. El Parlamento ponía de relieve el que estos tests no se podrían solicitar de una manera sistemática e indiscriminada, ni ser solicitados como condición para la solicitud de empleo, y que las personas implicadas deberían dar su consentimiento por escrito. Además debería quedar garantizada la intimidad y confidencialidad de los resultados de estos tests así como la información personal posterior acompañada de una asistencia médico-psicológica y la garantía del acceso a la asistencia médica y psicológica de las personas afectadas. Finalmente, estos tests no deben ser solicitados como condición previa por parte de las compañías de seguros<sup>27</sup>.

24. Comunicación privada.

25. Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes. En: *Plan de humanización de la asistencia hospitalaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de la Salud, 1984.

26. Real Decreto 1018/1980, Conducta de los Médicos y Enfermos de Sida.

27. Resolució 103/III del Parlament de Catalunya, sobre la Garantia de la Intimitat Personal i de la Confidencialitat en les Proves Diagnòstiques de Sida, 7 de Febrer de 1990 (DSPC-C, 109).

20. Tribunal Constitucional: Sentencia 137/1990 de 19 de Julio. *BOE* n.º 181, suplemento del 30 de Julio de 1990. Sentencia 11/1991 de 17 de Enero. *BOE* n.º 38, suplemento del 13 de Febrero de 1991. Sentencia 120/1990 de 27 de Junio. *BOE* n.º 181, suplemento del 30 de julio de 1990.

21. Ley 30/1979 (27 de Octubre) Sobre extracción y trasplante de órganos. *BOE* n.º 266 (6 de Noviembre de 1979); Real Decreto 426/1980 (22 de Febrero) Desarrollo de la Ley sobre extracción y trasplante de órganos. *BOE* (13 de Marzo de 1980); Resolución 27/1980 (20 de Junio) *BOE* (1 de Julio de 1980); Resolución (15 de Abril de 1981); Orden (15 de Abril de 1981) Por la que se regula la obtención de globos oculares de fallecidos, el funcionamiento de los Bancos de Ojos y la realización de trasplantes de córnea.

22. Resolution (78) 29 (May 11, 1978) On Harmonization of Laws of Member States Relating to Removal, Grafting and Transplantation of Human Substances. En: *Recommendations adopted by the Committee of Ministers and the Parliamentary Assembly of the Council of Europe on Bioethical Questions*. Strasbourg: Directorate of Legal Affairs, 1989.

23. Comité de Ética del Hospital San Juan de Dios. «Criterios de muerte cerebral en el niño», Documento 3, Serie Documentos, 1989.

## X. EL PROYECTO GENOMA

Del 24 al 26 de octubre de 1988, el doctor Santiago Griso-lía y la Fundación de Estudios Avanzados de Valencia, orga-nizó un Simposio sobre la «Cooperación Internacional para el Proyecto Genoma Humano». Los más prominentes cientí-ficos interesados en el problema del «Genoma Humano: Car-tografía y secuencia» fueron invitados. El resultado fue la llamada *Declaración de Valencia*<sup>28</sup>.

Concluiremos este informe transcribiendo la Declara-ción de Valencia sobre ética y el Proyecto Genoma Hu-mano.

### II Seminario sobre Cooperación Internacional para el Proyecto Genoma Humano: Ética

Declaración de Valencia sobre ética y el Proyecto Genoma Humano.

- Nosotros, los participantes en el seminario de Valencia, afir-mamos que una sociedad civilizada incluye el respeto por la diversidad humana incluyendo las variaciones genéticas. Nosotros reconocemos nuestra responsabilidad para ayu-dar a asegurar que la información genética se utilice para potenciar la dignidad del individuo, que todas las perso-nas con necesidad tengan acceso a los servicios genéticos, y que los programas genéticos sigan los principios éticos de respeto a la persona, bienestar y justicia.
- Creemos que el conocimiento adquirido de la cartografía y la secuenciación del genoma humano originará un gran beneficio para la salud y el bienestar humanos. Apoyamos la colaboración internacional para la investigación del ge-

28. Declaración de Valencia sobre ética y el Proyecto Genoma Hu-mano (14 de Noviembre de 1990). En: *Proyecto Genoma Humano*. Bil-bao: Fundación BBV, 1991.

noma y requerimos la más amplia participación posible de todos los países del mundo, dentro de los recursos e intere-ses de cada país.

- Requerimos la colaboración entre las naciones y las distin-tas disciplinas en el desarrollo de la investigación y en el intercambio de información y materiales relativos al geno-ma de los seres humanos y de otros organismos.
- Las cuestiones relacionadas con el uso y abuso de los nue-vos conocimientos genéticos han provocado numerosos de-bates. Además de las discusiones en los círculos científi-cos, es necesario que tengan lugar de forma urgente debates públicos sobre las implicaciones éticas, sociales y legales de los usos clínicos, comerciales y de otros usos de la in-formación genética.
- Apoyamos todos los esfuerzos encaminados a la educación del público a través de todos los medios posibles, incluyendo la prensa y las escuelas, sobre la cartografía y la secuenciación genética, las enfermedades genéticas y los servicios genéticos.
- A la luz del gran crecimiento de la información en los cam-pos de la prognosis y la terapéutica que originará el pro-yecto del genoma, requeriremos un mayor apoyo para la formación de consejeros genéticos y para la educación de otros profesionales de la salud.
- Como principio general, la información genética sobre un individuo debería ser obtenida o revelada sólo con la auto-rización de dicho individuo o de su representante legal. Cualquier excepción a este principio requiere una fuerte jus-tificación legal y ética.
- Estamos de acuerdo en que la terapia génica de las células somáticas puede ser utilizada para el tratamiento de enfer-medades humanas específicas. La terapia génica de la lí-neo germinal afronta numerosos obstáculos y no ofrece un consenso ético general. Nosotros apoyamos un mayor de-bate sobre las cuestiones técnicas, médicas y sociales de este tema.

CONGRESO EUCARÍSTICO INTERNACIONAL

Sevilla, 7 al 13 de junio de 1993

# 10. «...Y ALLÍ ESTUVIERON LOS ENFERMOS»

*Entre los actos programados del Congreso, el día 11 de junio se celebró, en los jardines del Hospital San Juan de Dios de Sevilla, la Eucaristía con Unción de Enfermos a cargo del cardenal Fiorenzo Angelini, presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de Agentes Sanitarios. Reproducimos a continuación la homilía de tan especial celebración en la que dirigió unas palabras de aliento a los representantes de los enfermos y al personal encargado del Hospital San Juan de Dios, así como el Mensaje de los enfermos, elaborado con las aportaciones de numerosos enfermos de toda España, que se leyó al finalizar dicho acto.*

## HOMILÍA DEL CARDENAL ANGELINI EN LA CELEBRACIÓN DE LA UNCIÓN DE LOS ENFERMOS

Esta jornada, y especialmente esta celebración, representa para mí, como para vosotros, un momento de intensa y profunda emoción. Y como Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, estoy feliz de participar hoy, con el querido padre José Luis Redrado, Secretario del mismo Dicasterio, en este encuentro de oración.

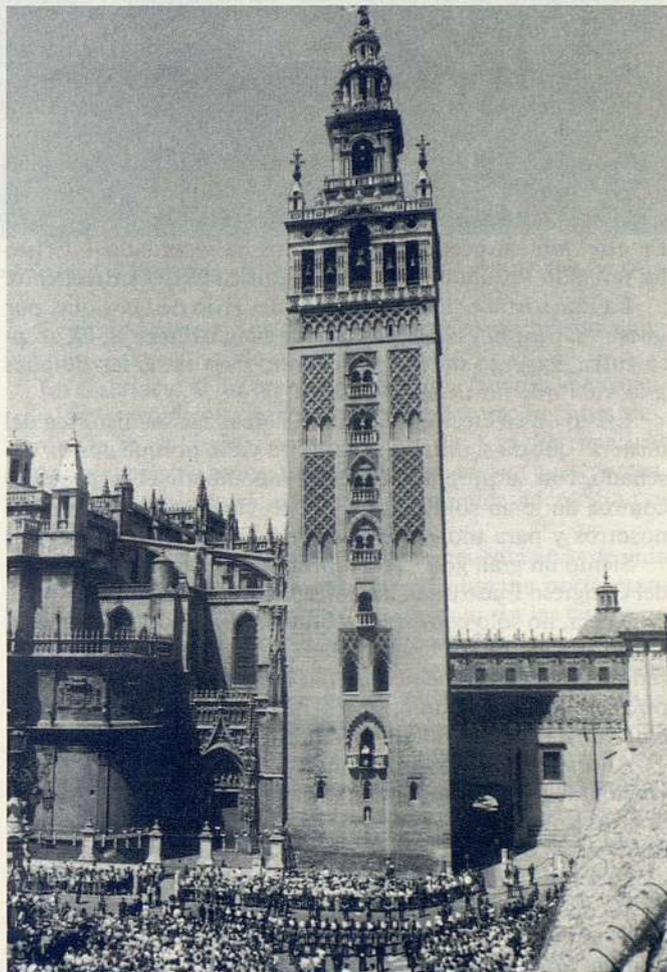
Considero además especialmente significativo que esta celebración eucarística recuerde, recoja y exprese tantos y tan importantes motivos de reflexión, de oración y de esperanza.

Mientras en esta ciudad, que es gloriosa encrucijada de culturas, se celebra el cuadragésimo quinto Congreso Eucarístico Internacional, en el cual ha querido participar también el Santo Padre Juan Pablo II, la Orden Hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios recuerda los cincuenta años del hospital que, en esta ciudad, lleva el nombre de su Fundador.

Los protagonistas de esta celebración, que halla su momento culminante en el encuentro entre la asamblea eucarística y la administración del Sacramento de la Unción de los Enfermos, son los enfermos, el personal sanitario y los agentes de pastoral de la salud.

La presencia real de Cristo es, en efecto, la presencia del Pan de la Vida y de Quien es Médico de las almas y de los cuerpos: Y nosotros podemos ser verdaderamente testigos de la autenticidad del seguimiento de Cristo, viéndolo y sirviéndolo en aquellos que sufren en el cuerpo y en el espíritu.

Solamente cuando el amor y el dolor se encuentran, el hombre se hace hermano del hombre y en esta sublime solidaridad encontramos a Dios, Autor de la vida que no muere.



Sevilla fue la sede del 45.º Congreso Eucarístico.

La Orden Hospitalaria está presente en Sevilla casi desde los inicios de su fundación. Cuando, en 1943, se erigió el hospital en el barrio del Nervión, los Hermanos de San Juan de Dios quisieron escribir una página más en el libro de su constante dedicación a los más débiles y necesitados.

El hospital del barrio sevillano del Nervión surgió para responder a la gravísima amenaza de la poliomeilitis que, hace cincuenta años, afectaba sobre todo a los niños.

Hoy, este hospital recuerda sus cinco décadas de vida en un momento histórico en el que, en tantas partes del mundo, una vez más, las víctimas de las mayores calamidades, siguen siendo los niños, los más pequeños.

Al mismo tiempo que de nuestro corazón emana un sentimiento de profunda gratitud por el inmenso y preciado trabajo desarrollado por los hijos y Hermanos de San Juan de Dios en todo el mundo, propongámonos estarles cerca en el delicado y heroico ejercicio de su carisma humano y religioso.

---

“ Los protagonistas de esta celebración son los enfermos, el personal sanitario y los agentes de pastoral de la salud ”

“ Solamente cuando el amor y el dolor se encuentran, el hombre se hace hermano del hombre ”

---

Esta celebración, que ve unida una gran familia sanitaria en el signo de la esperanza que nos viene dada por la Eucaristía, es una ocasión para dar testimonio de la profunda verdad que el Santo Padre Juan Pablo II ha recogido en la expresión: «hacer el bien con el sufrimiento, hacer el bien a quien sufre». En este doble aspecto —como él nos ha recordado— Cristo ha revelado «hasta el fondo» el significado del sufrimiento.

La Eucaristía es don al hombre del Hijo de Dios que, por nuestra salvación y como primicia de cuantos creen en Él, aceptó sufrir hasta la muerte más atroz, para resucitar después a la vida que no tiene fin.

Cristo es, en efecto, primicia de la realización histórica del misterio que da significado a nuestra vida, porque nos ha enseñado, con su propia vida, tanto a combatir el sufrimiento como a darle un sólo sentido constructivo para cada uno de nosotros y para toda la humanidad.

Siento un gran gozo al comprobar que dentro de los actos del Congreso Eucarístico los enfermos tienen un lugar de preeminencia, no sólo con esta celebración, sino porque sé que en la Eucaristía que celebrará el Papa el próximo domingo estarán presentes físicamente un gran número de ellos y muchos otros estarán en comunión con la misma celebración del Papa: enfermos en los hospitales y enfermos en la familia.

Ahora me dirijo especialmente a cuantos vais a recibir la Unción de los Enfermos y, en primer lugar, os saludo, os doy la bienvenida: a quienes sois de Sevilla, a quienes habéis venido de otras partes de España, y del extranjero; en particular al grupo de Corea, de Colombia y de Polonia: Que Dios, que es luz, que es fuerza, que es amor, esté con vosotros.

El sacramento de la Unción que estamos celebrando es un don, un gesto de amor de Dios a quienes por la enfermedad o la vejez se sienten débiles. Es la visita de Dios para confortaros, para robusteceros, para ayudaros. Es un encuentro fuerte con Jesús, que pasa hoy junto a vosotros y os dice: ¡ánimo, soy yo, no temáis! Es Jesús quien os introduce en la piscina para daros fuerza, energía, gracia; como dice la fórmula del Sacramento: os libra del pecado, os concede la salvación y os consuela en la enfermedad.

Toda la comunidad cristiana, y particularmente la comunidad sanitaria, os acompañamos y celebramos con vosotros esta fuerza, esta presencia y esta ternura de Dios.

Esta celebración de la Unción de los enfermos tiene lugar

en el contexto de un Congreso Eucarístico y dentro, expresamente, de la celebración de la Eucaristía para significar que el encuentro entre Eucaristía y mundo del sufrimiento contiene una profunda relación, como momento misterioso y gozoso de fe, de esperanza y de caridad.

*Es un momento de fe.* Como el ciego del Evangelio, nosotros decimos al Señor que tenemos fe, pero al mismo tiempo, Le imploramos que aumente nuestra fe. Para quien sufre, la fe es difícil, pero es la única fuente de verdadera fortaleza, de certeza que no engaña. Para quien ha elegido, en nombre de Cristo, estar al servicio de los que sufren, la fe es razón de un compromiso cada vez mayor, más fuerte y generoso.

El hospital del cual hoy recordamos su primera mitad de siglo de vida es un hospital católico. Hospital católico no quiere decir hospital que ondea o que impone una etiqueta confesional. El hospital católico no se diferencia del resto de los centros de hospitalización y de cura; solamente se propone, por decirlo así, ser más hospital que los demás, en el sentido de que cuantos son acogidos en él y cuantos trabajan en él pretenden vivir una comunidad de amor, que es la única y más eficaz respuesta al dolor.

El programa y el espíritu que ha de vivir el hospital católico han sido descritos por el mismo Jesús en la parábola del Buen Samaritano, que el Papa gusta describir como el «Evangelio del sufrimiento».

Hermanos enfermos y hermanos que servís a los enfermos, fortificaos cada día con esta sublime parábola evangélica, que es el primero y el más concluyente código deontológico para los agentes sanitarios.

La fe con la cual trataréis de vivir las enseñanzas de Cristo, transformará vuestra condición y vuestro servicio en causa de grande esperanza.

La celebración de hoy es, en efecto, *momento de esperanza*. Nuestra sociedad, tan desarrollada y tan inquieta, tiene una extrema necesidad de vivir la esperanza.

---

“ Siento un gran gozo al comprobar que dentro de los actos del Congreso Eucarístico los enfermos tienen un lugar preeminente ”

“ El Sacramento de la Unción es un don, un gesto de amor de Dios a quienes por la enfermedad o la vejez se sienten más débiles ”

---

Iniciando su Pontificado, Juan Pablo II pidió a los enfermos la ayuda, que consideraba indispensable, de su oración y del ofrecimiento de sus sufrimientos por la salvación del mundo.

Del mismo modo que la salvación viene de la cruz, solamente del mundo del sufrimiento y del servicio a quien sufre puede elevarse el más auténtico y no engañoso signo y motivo de esperanza.

La Iglesia de España, con precursora sensibilidad, atiende desde hace tiempo y de forma ejemplar, la pastoral sanitaria. El mundo del sufrimiento, para las comunidades eclesiales de España, es desde hace muchos años un campo privilegiado de la acción apostólica que busca la inserción de los enfermos y de sus familiares en el testimonio de su fe y de su dedi-



El cardenal Angelini presidió la Eucaristía en los jardines del Hospital San Juan de Dios.

cación a una comunión cada vez más dilatada entre los hombres.

Del magisterio y del ministerio del sufrimiento desciende la lección de esperanza más digna de fe en el hombre y en sus recursos, el himno más noble a la dignidad de la persona humana y de su destino. Y el motivo de esta esperanza tiene sus raíces en el testimonio de la caridad.

Estamos viviendo, ahora, un intenso y emocionado *momento de caridad*.

Las palabras que hemos escuchado en las lecturas bíblicas de esta asamblea eucarística tienen su punto culminante en la celebración de la caridad.

Por gracia providencial del Señor he podido dedicar mi vida de sacerdote y de obispo al apostolado cotidiano en el mundo de la sanidad y de la salud. Cada vez que, con sinceridad y humildad, he tratado de hacer un balance de este servicio, he constatado que he recibido mucho más de este mundo del sufrimiento y del servicio a quien sufre, que cuanto he podido dar y tratado de dar con todas mis fuerzas.

Según las palabras de Cristo, cuando seremos juzgados sobre la autenticidad de nuestro testimonio de fe, se nos preguntará si hemos sido capaces de reconocer a Cristo, enfermo y perseguido, necesitado y abandonado, en el último de nuestros hermanos.

Quien sufre vive la más universal y verdadera expresión de la condición humana.

Quien sirve a los que sufren cumple el primero y más grave deber de justicia, que la caridad debe sostener, alimentar, enriquecer a través de las manifestaciones de la sensibilidad de la participación, del compartir.

De la misma manera que al hombre no se le conoce a fondo ni completamente si no se conoce su dolor, podemos decir que no se es plenamente hermano recíprocamente si no se sirve el dolor humano.

El mundo tiene sed de amor y de los que sufren emana una implorante pregunta de amor.

En el servicio al dolor, que es servicio a la vida, se encuentra el más propicio terreno de encuentro entre los hombres, porque la fe en la vida, el amor a la vida, son prerrogativas que nos vinculan a todos, independientemente de nuestra raza, posición social, cultura, condición económica, ideología política e incluso diferente fe religiosa.

Que el hospital que hoy celebra sus cincuenta años de vida sea el microcosmos de una comunidad humana portaestandarte de un mundo de justicia y de caridad, sin las cuales no puede existir la paz. Que el momento de fe, de esperanza y de caridad que estamos viviendo y que trataremos de hacer inspirador de nuestros pensamientos y de nuestras acciones, encuentre en la Santísima Virgen apoyo y cooperación redentora.

Que la Madre del amor y del dolor, Aquélla que, apenas recibir el anuncio del ángel que le revelaba el misterio de la encarnación que se había producido en su seno, se apresuró para ir a servir a su pariente Isabel, sea nuestra maestra en la fe, la esperanza y la caridad. Que desde su corazón maternal nos transmita amor y espíritu de dedicación, Ella, que durante siglos, ha sido invocada como Salud de los Enfermos.

## MENSAJE DE LOS ENFERMOS

Los enfermos acogimos con gozo la invitación a participar en el Congreso Eucarístico Internacional de Sevilla. En la Eucaristía que estamos celebrando hemos sido ungidos con el *óleo de los enfermos*. Respondiendo a la misión que Jesús nos confía de evangelizar desde la enfermedad, ofrecemos este mensaje de esperanza.



Monseñor Angelini administrando la unción de enfermos.

Son muchos los que, como nosotros, viven la experiencia de la enfermedad. Es muy duro y doloroso estar enfermo, sentirte limitado y débil, no valerte por ti mismo, depender de los demás, sufrir y ver sufrir a tus seres queridos... Con la enfermedad el mundo se te cae encima.

Todos tenemos momentos de desánimo, de impaciencia y hasta de desesperación. Sin embargo, gracias al cariño y apoyo de nuestra familia, a las atenciones del personal sanitario, a las oraciones de nuestra comunidad, a la compañía de los amigos, a la fe en Dios, muchos hemos superado los momentos difíciles y, recuperadas las ganas de vivir y la esperanza, llevamos la enfermedad con serenidad y hasta con alegría.

En la *Eucaristía celebrada* sentimos que Jesús nos ama, está con nosotros, ilumina nuestra existencia, sana nuestras heridas, nos da fuerzas para hacer la voluntad de Dios y nos invita a ser testigos suyos. En la *Eucaristía adorada* Jesús nos conforta, nos sostiene y nos ayuda a encontrar sentido a nuestro sufrimiento, a vivirlo con amor y ofrecerlo por la Iglesia y la humanidad. En la *Eucaristía vivida* experimentamos el gozo de ser solidarios con los que sufren, de compartir la paz y la alegría que Dios nos da y de ayudar a los demás a ser más generosos y a vivir con esperanza.

### A los enfermos

Vivid cada momento de vuestra vida. No os dejéis arrastrar por el desánimo sino luchad con coraje. Tened paciencia. Si no podéis vencer la enfermedad, convivid con ella y no os amarguéis. Mirad la parte buena de la vida y desarrollad to-

“ Quien sufre vive la más universal y verdadera expresión de la condición humana ”

“ Quien sirve a los que sufren cumple el primero y más grave deber de justicia ”

“ El mundo tiene sed de amor ”

das las posibilidades que hay en vosotros. Que no os falte la fe, confiad en Dios y poneos en sus manos. Uníos con Cristo en la Eucaristía, que es *memoria* del sufrimiento de la Cruz y del gozo de la Resurrección. Integraos en vuestra comunidad cristiana y participad en su vida y actividades.

### A las familias de los enfermos

Os agradecemos todo lo que hacéis por nosotros. Vuestro cariño y comprensión hace más llevadera nuestra enfermedad y nos da fuerzas para vivir. Tened paciencia con nosotros y perdonad las molestias que os causamos. Nos duele haceros sufrir. Confiad en Dios. Él será vuestra ayuda. Que la enfermedad no rompa la familia sino que la mantenga unida.

### Al personal sanitario

Deseamos manifestaros nuestro aprecio y gratitud por el servicio que prestáis a los enfermos y por la competencia y generosidad con que lo hacéis. Sois la cara amable en medio del dolor. Continudad en el noble empeño de humanizar la asistencia sanitaria. ¡Que el Señor os colme de sus dones!

### A las comunidades cristianas

Los enfermos necesitamos el calor, el apoyo y la compañía de nuestra comunidad parroquial. Gracias por visitarnos. Gracias por ofrecernos la Palabra de Dios y traernos la Comunión. Gracias por las oraciones. Gracias por estar cerca de nuestras familias.

Contad con los enfermos. También nosotros somos Iglesia y tenemos una misión en ella. Tratadnos no como seres inútiles sino como hermanos que desean participar *activamente* en la vida de la comunidad. Eliminad las barreras que nos lo impiden o dificultan.

### A los alejados de Dios

Desde nuestra experiencia os aseguramos que Dios os ama. Acercaos confiadamente a Él y lo descubriréis. Sed solidarios con los que sufren, visitad los hospitales, tratad con los enfermos y veréis la mano de Dios. Pedimos para vosotros el regalo de la fe.

Para concluir, queremos agradecer a JUAN PABLO II el ejemplo de entereza con que ha llevado su enfermedad, el cariño con que trata a los enfermos, sus constantes palabras de aliento y haber instituido la Jornada Mundial del Enfermo. Pedimos al Señor que no se canse, ni nos cansemos, de acrecentar la solidaridad con los más necesitados y de trabajar por la paz. Imploramos su bendición sobre nosotros y nuestras familias, sobre los enfermos del mundo y sobre los que promueven la salud, previenen las enfermedades y cuidan a los enfermos.

# 11. INFORMACIONES

Poio (Pontevedra), 23-25 abril 1993

## VII JORNADAS DE PROFESIONALES SANITARIOS CRISTIANOS

Los días 23, 24 y 25 del pasado mes de abril se celebraron, en el Monasterio de Poio (Pontevedra), las VII Jornadas de los Profesionales Sanitarios Cristianos (PROSAC) bajo el lema *El profesional de la salud en el proceso del morir*, a las que asistieron alrededor de 400 profesionales del mundo de la salud, procedentes de toda España.

Presidió la apertura Rudersindo Delgado, director del Departamento de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Española, juntamente con Manuel Ladra, delegado de Pastoral de la Salud en Galicia y el doctor Juan Viñas, coordinador nacional de PROSAC.

Los trabajos de estas VII Jornadas se iniciaron con la conferencia del doctor Xavier Gómez-Batiste, jefe de Cuidados Paliativos del Hospital Duran i Reynalds de Barcelona. Su parlamento discurre en torno al tema *La atención del profesional de la salud al enfermo en el proceso de morir*. El doctor Gómez-Batiste, buen conocedor del tema y pionero de la implantación de los cuidados paliativos en nuestro país, insistió tanto en la necesidad de estas unidades como en el desarrollo de las mismas. Destacó que «este tipo de asistencia —compleja, pero eficaz, eficiente y fascinante— es un buen test indicador de la calidad de todo el sistema sanitario del país». En cuanto al papel de la familia dentro de este tipo de asistencia, Xavier Gómez-Batiste dijo que «integrar a la familia en estos cuidados resulta algo incuestionable; se recupera aquí el papel de una institución como ella, hasta ahora olvidada en la atención hospitalaria», y añadió, «como tampoco se entienden estos cuidados sin una visión integral del ser humano y, por consiguiente, sin un trabajo en equipo». Para el jefe de cuidados paliativos del Hospital Duran i Reynalds «estos cuidados, con su filosofía y aplicación práctica son la gran revolución de la asistencia sanitaria en los 90».

Seguidamente, Andrés Torres Queiruga disertó sobre *Vivir el morir y su proceso a la luz del mensaje evangélico* reflexionando al principio sobre el hecho de la muerte como consecuencia de la finitud humana para adentrarse en la iluminación de la misma desde la fe. Con un lenguaje claro, directo y sencillo, el profesor Torres apostó por la recreación de una imagen nueva de Dios que no actúa como verdugo del hombre, sino como su mayor garantía de solidaridad en todas situaciones, y de un modo especial, en su muerte: «la muerte del hombre no es un castigo divino; es, pura y simplemente, la consecuencia lógica de su vida... Dios no está en contra sino junto al hombre frente al mal, a la enfermedad y a la muerte».

Esta primera jornada finalizó con la celebración de la Eucaristía presidida por monseñor José Gómez, obispo de Lugo y responsable de Pastoral de la Salud en Galicia.

El segundo día empezó con la intervención del doctor Domingo García Sabell con el tema *Cultura actual y reacciones ante la muer-*

*te*. Desde su experiencia humana, profesional y académica, el doctor García Sabell remarcó la necesidad de clarificar la imposibilidad de conocer la muerte tal como es, «eso sí podemos hablar, analizar cómo es la muerte».

A continuación señaló las posibles posturas ante la muerte: una primera que denominó *aplazamiento* en la que la distanciamos mentalmente de nosotros mismos, así como la lucha por retrasarla lo más posible; la segunda llamada *especulativa*, condensada en la reflexión filosófica a la que ha dado lugar a lo largo de la historia; y, finalmente, una *esencialidad-vivencial*, en la que se asume la muerte como un hecho inexorable de nuestra condición humana y desde la que orientamos y damos sentido a la propia vida.

Por otra parte, el doctor García Sabell insistió en la necesidad de abrirse a la trascendencia en el momento de la muerte como única posibilidad de sentido ya que «no morimos solos, aunque ello ocurra en una habitación aislada; morimos acompañados por lo que hemos sido, por lo que hemos hecho y por Dios».

Se abrió un rico debate después de esta intervención en el que el doctor Domingo García Sabell desgranó no sólo sus amplios conocimientos sino también su rica experiencia así como sus posturas personales, de creencia profunda ante un hecho tan relevante como es la muerte.

El resto de la jornada se dedicó a la presentación de experiencias por parte de los asistentes, entre las que destacamos la de la Asociación Antisida de Lleida, los problemas éticos en un servicio de urgencias de un hospital (Lleida), la formación de Bioética de un grupo de profesionales sanitarios cristianos (Madrid) y la experiencia de la primera unidad de cuidados paliativos pediátricos (Hospital San Juan de Dios, Barcelona). También sirvió para analizar el camino recorrido por PROSAC, así como los objetivos de futuro que se han asumido.

Las VII Jornadas de Profesionales Sanitarios Cristianos concluyeron con la Peregrinación de todos los asistentes a Santiago, donde asistieron a una Eucaristía presidida por monseñor Javier Osés, responsable de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Española, y en la que Juan Viñas, presidente de PROSAC-España, hizo la Ofrenda Nacional al Apóstol Santiago en nombre de cuantos, desde su opción de fe, se hallan inmersos en el mundo de la salud.

Año Santo Jacobo 1993

## OFRENDA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS CRISTIANOS AL APÓSTOL SANTIAGO

Apóstol Santiago:

Somos profesionales sanitarios: enfermeros y enfermeras, auxiliares, médicos, farmacéuticos, trabajadores sociales, administrativos, gestores, celadores, personal de mantenimiento... que unidos por una misma fe y una misma vocación acu-

dimos al encuentro de la gracia que tu jubileo promueve con espíritu peregrino de conversión y de alegría.

Venimos del mundo de la salud. A ella dedicamos nuestra vida y somos sus servidores porque con nuestro trabajo la promovemos, la cuidamos y la compartimos con nuestros hermanos los enfermos. Somos testigos de que la salud es un bien del Señor, expresión de su amor e imagen suya.

Acabamos de celebrar en el Monasterio de Poio nuestras VII Jornadas nacionales y hemos venido a depositar a tus plantas los afanes de nuestro movimiento de Profesionales Sanitarios Cristianos. Queremos que tú nos tuteles y nos ayudes a recorrer el camino de autenticidad y de servicio que nos corresponde realizar en la comunidad cristiana.

Ungidos por nuestro bautismo como sacerdotes, profetas y reyes hemos sido llamados a desempeñar la misión que el Señor encomendó a su Iglesia y deseamos hacerlo desde nuestra condición de laicos en medio del mundo del sufrimiento ejerciendo nuestra diaconía, nuestro ministerio de la sanación, sirviendo a los enfermos con caridad, honradez, y competencia, santificando nuestras vidas dedicadas a ellos, teniéndolos siempre presentes en nuestra oración y trabajando en la



Pastoral de la Salud con espíritu comunitario y eclesial. Con nuestro testimonio anunciamos la Buena Nueva de Jesús a los que sufren. Nos sentimos evangelizados por ellos y junto a ellos nos proponemos extender el Reino de Dios con espíritu misionero.

Somos conscientes de las grandes dificultades que nuestra misión conlleva por nuestras muchas carencias y debilidades. Por eso acudimos aquí en actitud de conversión. Peregrinos del dolor del hombre deseamos que la fuerza del Espíritu transforme nuestros corazones y nos haga renacer a una vida nueva en la que seamos capaces de vivir nuestra profesión como una auténtica vocación cristiana y de conseguir entre todos un mundo de la salud más humano donde se reconozca la dimensión integral del hombre respetando sus derechos y su dignidad.

Somos conscientes de que la sociedad necesita un laicado sanitario cristiano dispuesto a defender, promover y cuidar la vida de todos los seres humanos y a iluminar desde la fe y la profesión las realidades existenciales del ser humano y los

grandes interrogantes de nuestra vida incluidos el sufrimiento, el dolor y la muerte.

Para ello estamos dispuestos a desarrollar nuestro espíritu comunitario y eclesial fomentando la interdisciplinariedad de nuestro movimiento así como la mejor calidad profesional y cristiana de nuestros miembros.

Como es tarea que nos sobrepasa traemos a tu presencia, señor Santiago, nuestras inquietudes e ilusiones, lo que nos preocupa y nos aturde, todo lo que deseamos lograr para responder al plan de Dios sobre cada uno de nosotros, para ser fieles a la misión que el Señor nos ha encomendado en el seno de su Iglesia y para el bien de los enfermos, el mundo de la salud y toda la sociedad.

Señor Santiago, tú que recorriste los mismos caminos de Jesús, haz de nuestro peregrinaje de ahora en adelante un camino de autenticidad, de luz y de amor.

Esta es la ofrenda que te podemos presentar: Nuestra aspiración a ser peregrinos como tú al lado del enfermo, nuestra decisión de serlo a pesar de todas las dificultades y nuestra confianza en conseguirlo. Amén.

## Testimonio

### *Declaraciones de Federico Fellini*

#### **«HE DESCUBIERTO QUE UN HOSPITAL ES UN LUGAR PRECIOSO PARA MEDITAR SOBRE LOS PROPIOS PROYECTOS Y SOBRE LA PROPIA VIDA»**

El pasado día 29 de agosto, el famoso director de cine italiano, Federico Fellini, ofrecía una sugerente entrevista en las páginas del diario barcelonés *La Vanguardia*, y firmada por Enrico Castiglione, en las que manifestaba sus vivencias y profundas experiencias que le ha reportado la grave enfermedad con la que se ha enfrentado recientemente.

Ingresado en un centro hospitalario de Rímimi el 3 de agosto al sufrir un ataque cerebral, padeció una parálisis en el lado izquierdo que no auguraba buen pronóstico. El 20 de agosto se le trasladaba al hospital de Ferrara para dar comienzo al tratamiento rehabilitador de la parte izquierda de su cuerpo.

Fellini siempre ha estado, y no ha tenido dificultad en afirmarlo cuando ha creído oportuno, alejado del mundo de la fe. Por ello, estas declaraciones resultan tan significativas en estos momentos en los que se ha encontrado, como él dice, «alguien más grande que este pobre hombre ha ocupado mi lugar en la silla del director...».

Reproducimos, a continuación, parte de tan jugosa entrevista.

—*En el guión o, si lo prefiere, en la escenificación de su existencia, ¿había previsto este golpe de escena?*

—No, en verdad, no me lo esperaba. Esta es la verdad. No estaba preparado, ni siquiera me había pasado por la imaginación, y creo que, por primera vez, alguien más grande que este pobre hombre que soy yo ha ocupado mi silla del director y me ha hecho un chistecito que no está nada mal.



Fellini es trasladado al hospital de Ferrara el pasado 20 de agosto.

—¿Le ha molestado esta intromisión?

—No, no creo que me haya sentido molesto, pero fatiga sí que la he sentido. Me refiero a la fatiga mayor: intentar transformar y controlar este ritmo diferente y esta novedad que me afecta tan intensamente y tan de cerca o, para ser más claro, esta parada obligatoria en algo que me pertenece tanto constituye realmente una gran fatiga.

(...)

—¿Se puede considerar esa experiencia como una intuición para una nueva proyección de su vida?

—Ciertamente, lo es. Pero será una sorpresa. El protagonista soy yo: un anciano lleno de vitalidad, pero hastiado y cansado, aunque exuberante en sus ideas y en su voluntad de continuar todavía mi obra.

(...)

—¿Qué enseñanzas cree que puede deducir de esa experiencia?

—He logrado, por un momento, pararme y pensar, porque he descubierto que un hospital es un lugar precioso para meditar sobre los propios proyectos y sobre la propia vida, a condición, con todo, de que se salga completamente curado de cualquier enfermedad y se tenga el coraje de renacer para continuar siendo uno mismo. Es la única manera de dar una justificación a todo lo que nos sucede. Mire, tengo diversos propósitos y proyectos que me rondan por la cabeza y me arrastran desde hace muchos años. Esto me sucede porque, a medida que aumentan los años, crece también el número de

filmes que habría querido realizar y que sigo deseando poder llevar a cabo.

—¿Qué es para usted el miedo ahora?

—Ante todo, le diré que no escondo que he tenido miedo. Cuando en el hospital vino a verme mi amigo *Titta*, precisamente él, materialista y blasfemador, me dijo: «¿Sabes, Federico? He rezado por ti». En aquel momento tuve miedo. Mi miedo no es más que el temor de no ver más las luces que dan color al filme de mi vida o de verlas desaparecer poco a poco, como si mi ser se alejara lentamente de ellas.

—¿Rezó durante esos días?

—Sí, recé.

—¿Qué es la plegaria?

—Una manera extremadamente racional e inteligente de poner en el suelo los fardos más pesados de la vida y confiar a alguien el peso de las angustias y de las dudas.

—¿Pensó en Dios?

—¿Y cómo se podría vivir sin pensar en él?

—En el filme de su vida, el protagonista ¿se está convirtiendo en un creyente?

—El camino es largo y las tentaciones muchas, pero creo que mi protagonista tendrá fuertes crisis, pero no me haga decir más, porque de otra manera, revelaría todas mis sorpresas.

(...)

# PRAXIGEL

Lubricante anti-inflamatorio y antiséptico  
para exploraciones vaginales y rectales

Indicado en:

- Ginecología
- Digestivo
- Urología
- Sexología



  
e.carreras

ENVASE  
HOSPITALARIO

E. CARRERAS GINJAUME, Farmacéutico - DIVISIÓN COSMÉTICA, S.A.  
Petxina 7 - 08001 BARCELONA  
Tels. 301 19 97 - 317 98 54 - Télex 97586 ECDC - Fax. 412 32 32

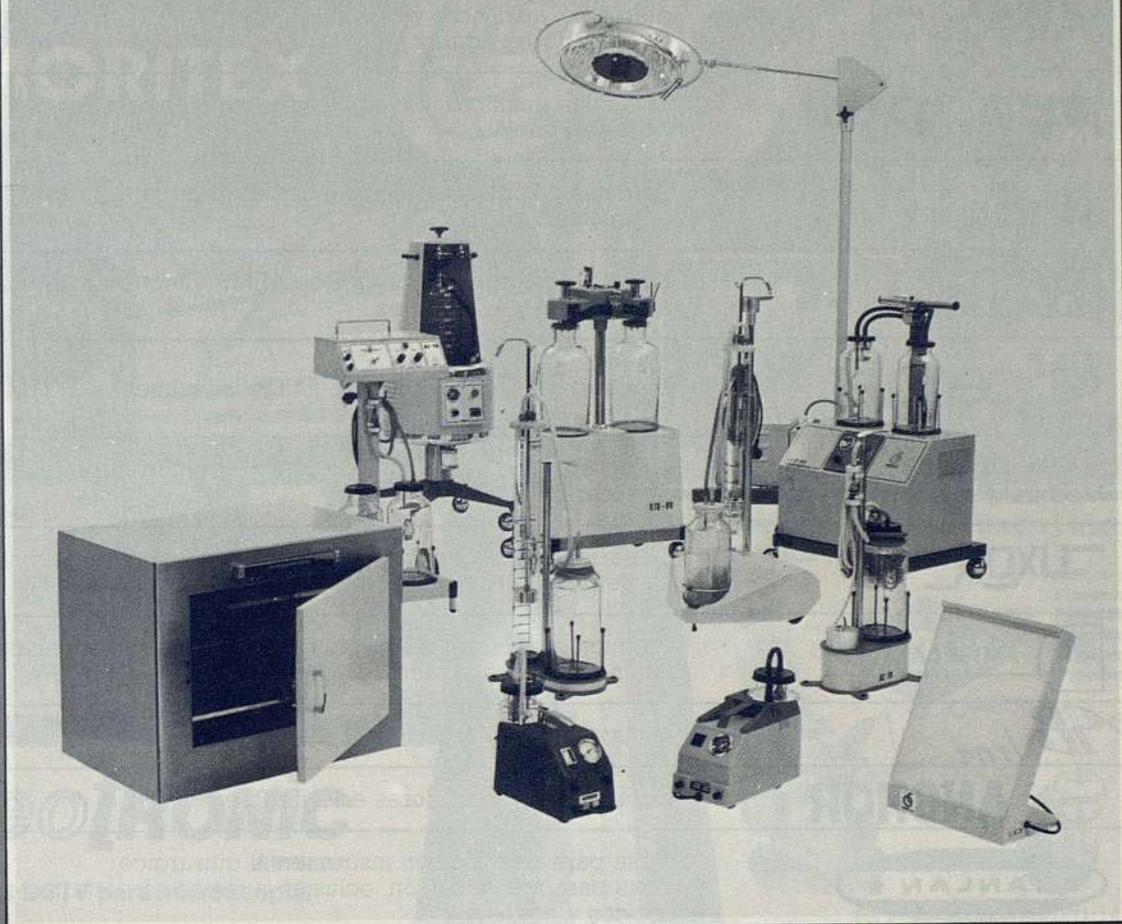
---

# 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.ª Empresa Nacional Fabricante de Aspiradores de Uso Médico*

---

# RPG®

**RPG MEDICAL, S.A.**  
SUMINISTROS MEDICO HOSPITALARIOS  
Ganduxer, 53 -  
Tel.: (93) 201 27 33  
Fax: (93) 202 22 90  
08021 BARCELONA



**BIRTCHEER**

Bisturís eléctricos, accesorios, sistema ABC coagulación por gas ARGON.

**SOLOS**  
ENDOSCOPY

Línea completa de equipo e instrumentación para laparoscopia quirúrgica (Cirugía Mínima Invasiva).

**3M**

Esterilizadores a gas Oxido de Etileno. Cabinas de aireación O.E., incubadoras.

Sistema control Attest, materiales para la esterilización, asepsia y productos médico quirúrgicos de consumo y especialidades.

**ORDISI, S.A.**  
ELECTROMEDICA

Gamma completa de aspiradores uso médico. Lámparas de quirófano, auxiliares y negatoscopios. Nebulizadores. Containers. Contenedores Agujas.

**propper**

Controles químicos, biológicos y productos para todos los sistemas de esterilización.

**stericlin®**

Sistemas completos de empaquetado para la esterilización hospitalaria.

**BAIRD**

Línea de urología y cirugía Davol-EMS. Electrobisturías y accesorios. Malla Marlex.

**Spengler**

Diagnóstico. Fonendoscopios. Esfigmomanómetros. ECG.

**C.H. DEXTER**  
Medical Products

Tejido sin tejer para emplear como envoltura durante el proceso de esterilización.

**UXOR**

Cobertores desechables de papel para mesas de reconocimiento. Dispensadores.



**PAPELMATIC**

Productos de Higiene un solo uso. Dispensadores toallas, tallas, jabón. Secadores Eléctricos. Ambientadores.

**SB line**

Batas, Gorros, Mascarillas. Tallas Quirúrgicas, etc...



**ANCHOR**

Cepillos y dispensadores esterilizables en autoclave.

**SCANLAN ★**

Cinta para codificación instrumental quirúrgico. Tiras para identificación, oclusión y retracción: arterias, venas, nervios y tendones.

**Oftal**  
MiX

Cánulas, Cistitomos, Retrobulbares, etc... STERISEAL Instrumental Micro-Quirúrgico Oftalmológico KATENA Trépanos/Punch, para trasplante corneal KATENA Facó emulsificadores, Biómetros, Paquímetros.

**seward**

Instrumental quirúrgico y de especialidades. Mesas de operaciones. Fuentes de luz. Monitores. Miniclaves.

**LAWTON**

Instrumental cirugía general, especialidades de curas.



**SPARTAN**  
Chemical, C.O.

Productos para la limpieza, desinfección y esterilización hospitalaria.

**RPG®**

Máquinas para el sellado de bolsas. Aparatos de limpieza por ultrasonidos. Mobiliario para centrales esterilización.

**Otros**  
**Productos**

Mesas de operaciones. Electromedicina. Equipamiento hospitalario. Mobiliario clínico.

SCOPEMAN  
MS-501



Puede grabar simultáneamente en cinta de video o fotografiar en papel térmico mediante una video-impresora.

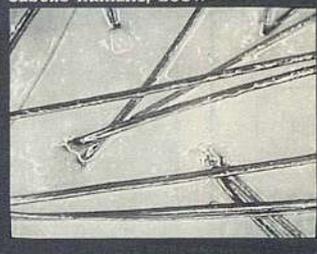
**MORITEX**

Japón

Video Microscopio con fibra óptica.



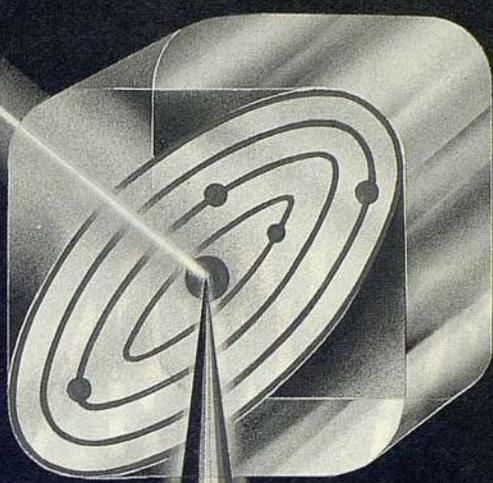
Cabello humano, 200 x



Tejido de algodón, 200 x

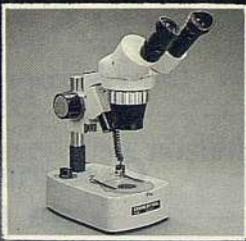


Resistencia en circuito impreso, 200 x



microscopios  
**Kyowa**  
Japón

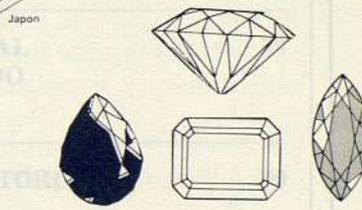
Trioculares • Binoculares • Monoculares  
Biológicos • Metalúrgicos • De Polarización  
Estereoscópicos. Amplia gama de accesorios



REFRACTOMETROS DE ABBE, MANO, CLINICOS Y GEMOLOGICOS. ESPECTROSCOPICOS. POLARIMETROS. MICROTOMOS.

Indices de Refracción:

Diamante	2,417
Rubi-Zafiro (corindón)	1,762 (-0,003 + 0,003)
Esmeralda (berilio)	1,577 (-0,003 + 0,003)
	1,577 (± 0,16)
	1,583 (± 0,17)



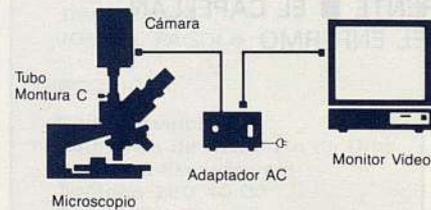
POLARIMETRO 450 CON PANTALLA DIGITAL



**VIDEOTRONIC**

Alemania

Dispositivos CCTV para microscopía.



**TECHMASHEXPORT**

U.R.S.S.

Microscopios y accesorios.

Solicite nuestro Catálogo General de  
**MICROSCOPIOS**  
Y  
**APARATOS CIENTIFICOS**  
32 páginas de excepcional información  
A TODO COLOR

**MICROCIENCIA, S.A.**

Solicite nuestro Catálogo General de  
**TELESCOPIOS ASTRONOMICOS, TERRESTRES, PRISMATICOS...**  
16 páginas de extraordinaria información  
A TODO COLOR

Fax (93) 321 05 07

Montnegre, 2-6



**Ofrezca la oportunidad  
de suscribirse a**

# **LABOR HOSPITALARIA**

Si entre sus amistades hay alguien interesado en Hospitales, su gestión, su problemática humana, pastoral y ética no dude en ofrecerle la oportunidad de suscribirse.

**LABOR HOSPITALARIA**  
es una revista útil para:

EL MEDICO ■ LA ENFERMERA ■ EL ADMINISTRADOR ■ EL GERENTE ■ EL CAPELLAN  
LA RELIGIOSA ■ PARA TODO AQUEL QUE SE OCUPA DEL ENFERMO

**LABOR HOSPITALARIA**

Suscripción anual (4 números)

España: 2.750 pesetas

Extranjero: Correo ordinario (30 \$) / correo aéreo Europa (38 \$) / Resto países (42 \$)



# Schindler

Giesa Schindler, S.A.

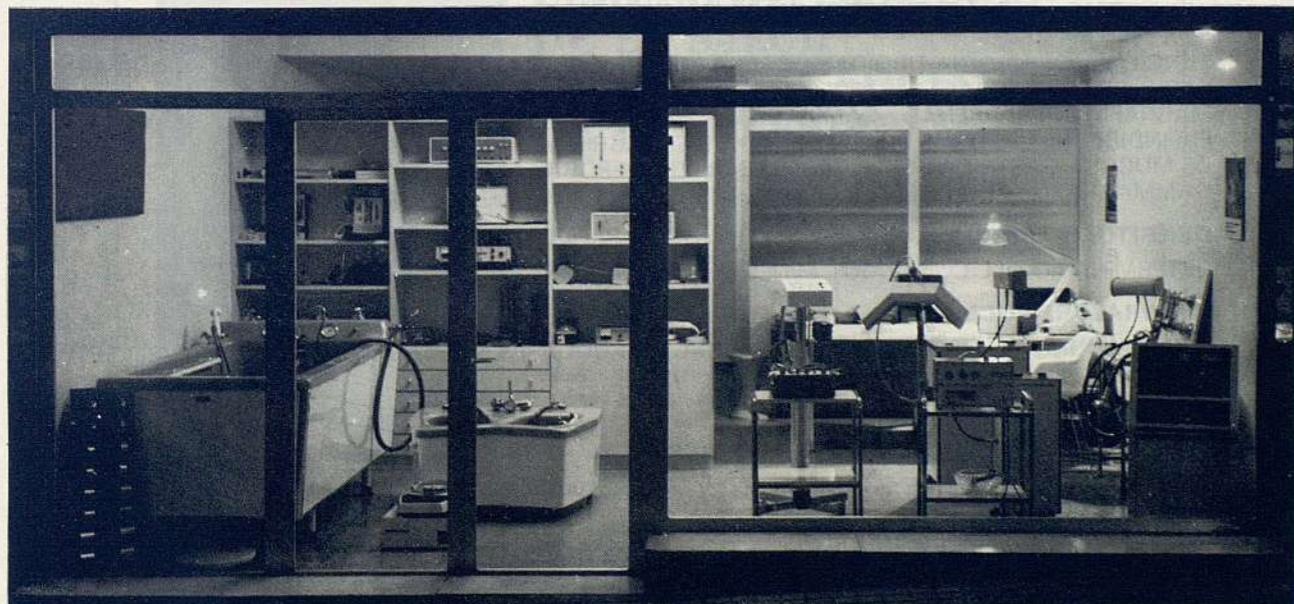
Dirección Regional Cataluña  
E-08026 Barcelona. - Mallorca, 606-608

Teléfono: (93) 232 29 13  
Telefax: (93) 232 99 17



## 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

# atom

## ESPECIALISTAS EN DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y BIOTECNOLOGÍA

- INMUNOLOGIA.
- INMUNOENSAYOS.
- BIOQUIMICA.
- MICROBIOLOGIA.
- INFORMATICA  
PARA LABORATORIO.
- HEMATOLOGIA
- INDUSTRIA  
Y MEDIO AMBIENTE.
- ELECTROFORESIS.
- BIOLOGIA CELULAR.

**ATOM, S.A.** Passeig d'Amunt, 18, 08024 Barcelona, Tel. (93) 284 79 04, Fax (93) 210 82 55  
Baeza, 6, 28002 Madrid, Tel. (91) 416 11 58, Fax (91) 519 07 42

DR. F. M. DOMÉNECH TORNÉ



DR. J. SETOAIN QUINQUER

**CETIR**  
CENTRE MÈDIC

### 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



# Armi

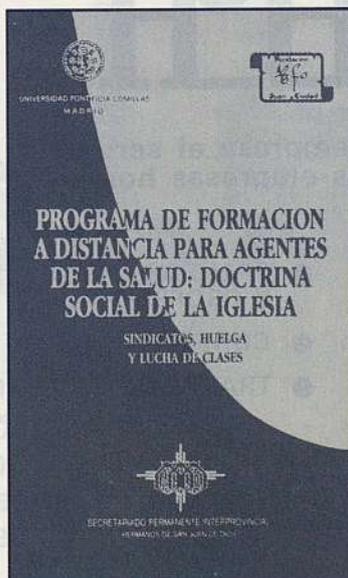
**electromedicina**
**ELECTRONICA  
MEDICA**
**RAYOS X**
**REPARACIONES**
**TRASLADOS**
**MANTENIMIENTO**
**SERVICIO VENTAS**

- 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



## CURSOS DE PASTORAL DE LA SALUD Y DOCTRINA SOCIAL DE LA IGLESIA

(por correspondencia)

**TEMAS PREPARADOS MUY ESPECIALMENTE  
PARA AGENTES DE LA PASTORAL  
Y PROFESIONALES DE LA SALUD**

**Importe del Curso: 6.000 ptas., que suponen:**

- Envío del material, 6 cuadernos por año (3 de Pastoral de la Salud y 3 de Doctrina Social de la Iglesia).
- Corrección de los ejercicios.
- Devolución de los ejercicios.

**FUNDACIÓN JUAN CIUDAD  
Cátedra San Juan de Dios**

Herreros de Tejada, 3 - Tel. (91) 458 83 02 - 28016 MADRID



# BANC DE SABADELL

## AGUA DESIONIZADA



### SATION 8000

Desionizadores  
de agua con  
botellón  
recambiable.

Producción de  
agua desionizada  
con conductividad  
inferior  $0.5 \mu S/cm$   
(exigida para el  
agua tipo II según  
ASTM, CAP y  
NCCLS).

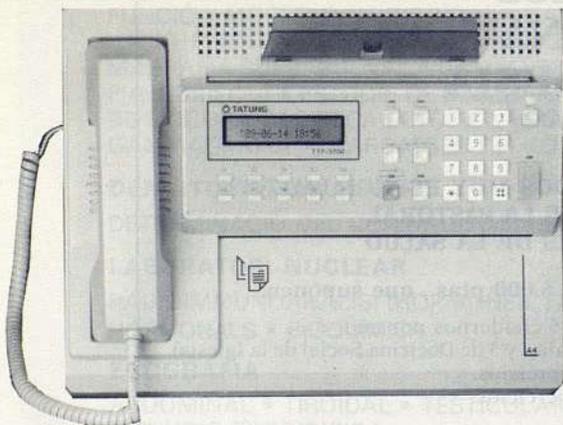
Recambio rápido de botellones  
en 30 puntos de España.



SATION, S.A. Luchana, 77  
08005 Barcelona - ESPAÑA  
Tel. (93) 300 75 13  
Fax (93) 309 33 64

## TELEFAX TATUNG TTF-3700

FAX - FOTOCOPIADORA - TELEFONO



(EN PROCESO DE HOMOLOGACION)

- 99 Memorias
- Rápida transmisión: DINA 4 en 20 segundos.
- Tres intensidades de impresión.
- Y todas las funciones y prestaciones de un telefax de alta tecnología.

**PIHERNZ**

ELIPSE, 32 Tel 334 88 00  
Telefax 240 74 63-334 04 09 L'Hospitalet de Llobregat

## CONFECCIONES

# BH S. A.

Una empresa al servicio  
de las empresas hospitalarias

- PRENDAS LABORALES  
Y PROFESIONALES
- CONFECCIONES
- TRAJES DE UNIFORME

Riera Blanca, 19-21 - 08028 BARCELONA  
Tel. (93) 440 51 14 - Fax (93) 240 51 14

# VACUTRON

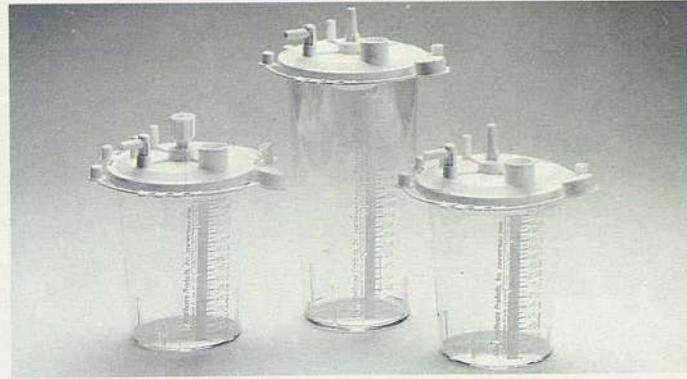
Reguladores de Vacío.



- Control exacto y preciso del vacío.
- Mínimo mantenimiento.
- Resistente a impactos.
- Vacuómetro codificado por colores.
- Funcionamiento silencioso.

# HANDI-VAC

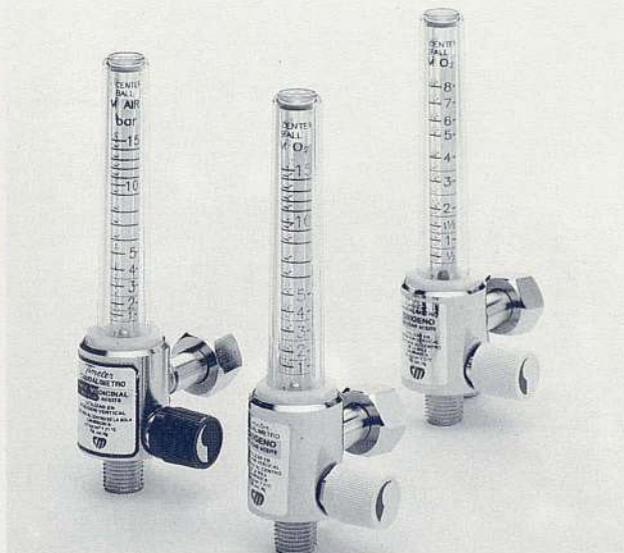
Sistema desechable para recolección de fluidos.



- Sistema desechable de cierre hermético, que impide su apertura accidental.
- Dos capacidades: 1.500 ml y 2.400 ml.
- Dos conexiones: Conexión a tubo y conexión diss.
- Válvula seguridad standard.
- Posibilidad de conexión en tándem.
- Completa gama de accesorios.

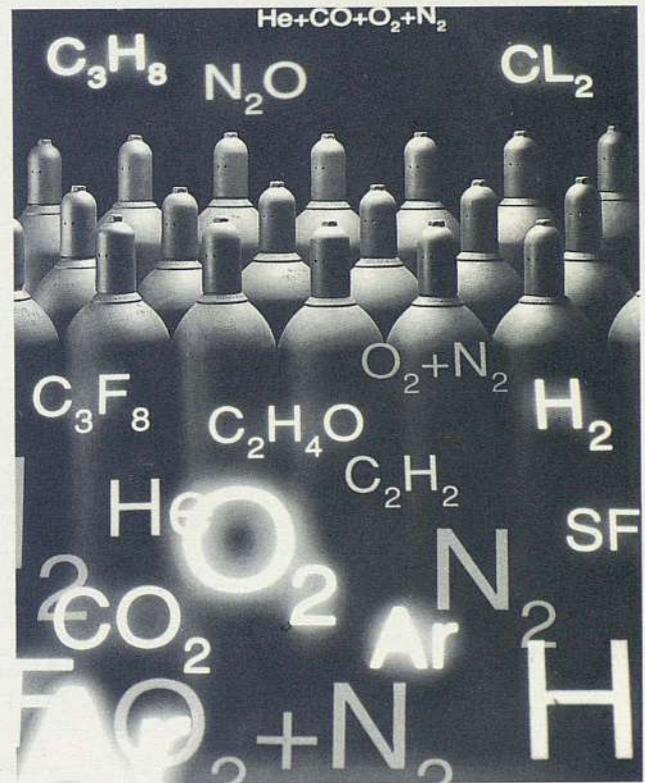
## ULTRA FLO

Caudalímetros con rotamento de Oxígeno y Aire Medicinal.



- Alta precisión.
- Fácil lectura.
- Gran resistencia.
- Sencillez de manejo.

## GASES PUROS Y MEDICINALES AL SERVICIO HOSPITALARIO



 **CARBUROS METALICOS**  
División Médica Hospitalaria

Consejo de Ciénto, 365  
08009 Barcelona, España  
Tel. (93) 488 26 26  
Télex 98042  
Fax (93) 487 45 69

# apiretal gotas

antipirético  
infantil

DOSIS EXACTA  
DE  
PARACETAMOL

850362

apiretal  
gotas

via oral

apiretal gotas

Composición por ml:

Paracetamol ..... 100 mg

Sacarina sódica ..... 5 mg

Excipientes c.s.

Acción: Antipirético, analgésico.

Indicaciones: Estados febriles. Dolor de intensidad leve o moderada.

Posología: La dosificación de APIRETAL GOTAS puede realizarse en gotas (4 mg/gota) o en ml (100 mg/ml), mediante el gotero dosificador.

Niños: De 0 a 3 meses: 0,4 ml (40 mg), 10 gotas.

De 4 a 11 meses: 0,8 ml (80 mg), 20 gotas.

De 1 a 2 años: 1,2 ml (120 mg).

De 2 a 3 años: 1,6 ml (160 mg).

De 4 a 5 años: 2,4 ml (240 mg).

De 6 a 8 años: 3,2 ml (320 mg).

De 9 a 10 años: 4,0 ml (400 mg).

Estas dosis se pueden repetir 4 ó 5 veces al día, sin exceder de un total de 5 dosis en 24 horas. Puede establecerse también un esquema de dosificación de 10 mg/Kg por toma, especialmente en niños menores de 1 año.

La administración del preparado está supeditada a la aparición de los síntomas febriles o dolorosos. A medida que éstos desaparezcan debe suspenderse esta medicación. Se recomienda diluir las gotas con agua, leche o zumo de frutas.

**Contraindicaciones:** Enfermedades hepáticas.

**Precauciones:** En pacientes con insuficiencia hepática y/o renal, anemia, afecciones cardíacas o pulmonares, evitar tratamientos prolongados.

No exceder la dosis recomendada.

**Efectos secundarios:** Hepatotoxicidad con dosis altas o tratamientos prolongados. Raramente pueden aparecer erupciones cutáneas y alteraciones hematológicas como neutropenia o leucopenia.

**Interacciones:** Puede aumentar la toxicidad del cloranfenicol. En caso de tratamientos con anticoagulantes orales se puede administrar ocasionalmente como analgésico de elección.

**Intoxicación y tratamiento:** La sintomatología por sobredosis incluye mareos, vómitos, anorexia y dolor abdominal. Si se ha ingerido una sobredosis (más de 6 gramos en una sola dosis), debe acudir al hospital aunque no haya síntomas, ya que éstos, muy graves, pueden aparecer varios días después de su ingesta.

El tratamiento incluye, lavado gástrico, administración oral de carbón activado, hemodiálisis y/o administración de acetilcisteína a dosis adecuadas.

**Presentación y precio:** Frasco con 30 ml. P.V.P. I.V.A. 253 Ptas.

El paracetamol figura en la lista de medicamentos esenciales recomendados por la O.M.S.

LABORATORIOS **ERN** S.A. Pedro IV, 499. 08020 Barcelona