

Hermanos de
San Juan de Dios
Barcelona

Año 46. Segunda época. Abril - Mayo - Junio 1994
Número 232. Volumen XXVI

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 | EDITORIAL
La vida humana, de nuevo amenazada | 78 |
| 2 | LA EDUCACIÓN PARA VIVIR EN SALUD
Rafael Garde Enciso | 80 |
| 3 | REFLEXIONES SOBRE LOS CAMBIOS EN LA ASISTENCIA A LOS PACIENTES DURANTE LOS ÚLTIMOS 50 AÑOS
Joaquín Plaza Montero | 95 |
| 4 | BAUTISMO DE URGENCIA EN EL HOSPITAL
Miguel Martín Rodrigo, Miquel Pesarrodona i Brichs y Saveria Mannara | 100 |
| 5 | LA SALUD DEL CLERO
Mariano Galve Moreno | 112 |
| 6 | BIOÉTICA EN ESPAÑA (1991-1994)
Francesc Abel, S.J.; M. ^a Pilar Núñez; Nuria Terribas y Montserrat Viñas | 121 |
| 7 | ADOLESCENCIA Y EMBARAZO. ASPECTOS ÉTICOS
Francesc Abel, S.J. | 133 |
| 8 | PROBLEMAS ÉTICOS DE LOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS
Inés M. Barrio Cantalejo y Pablo Simón Lorda | 142 |
| 9 | DOCUMENTACIÓN
Ley 15/1994 sobre organismos modificados genéticamente | 149 |

1. EDITORIAL

LA VIDA HUMANA, DE NUEVO AMENAZADA

Cuando escribimos estas líneas dos acontecimientos de enorme importancia están a punto de celebrarse. Cuando las mismas lleguen a nuestros lectores quizá ambos habrán concluido.

Nos estamos refiriendo a la celebración que sobre *Población y desarrollo* va a tener lugar en El Cairo, y a la discusión parlamentaria de la ampliación de la Ley del Aborto en el Congreso de los Diputados de España.

Decir que ambos son de «enorme importancia» no resulta en este caso el recurso al tópico acostumbrado. La vida humana, y muchas vidas humanas, están en juego. Dos foros humanos de gran importancia van a decidir unas políticas que, de forma directa, intervendrán en el futuro de muchos seres humanos.

Que el problema demográfico mundial es un asunto que reviste la suficiente gravedad, parecen dudarlo pocos. Al margen de que nuestro planeta sea susceptible de una mejor explotación en sus riquezas, parece poderse asegurar que todo tiene un límite, y los recursos también.

Ahora bien, que la solución al mismo pase por políticas descaradamente antinatalistas, incluido el aborto, resulta más que discutible. ¿No cabría un nuevo diseño de la distribución de la riqueza en el mundo, en este momento escandalosamente decantada hacia una minoría? Un nuevo orden económico y social que generase una más racional distribución de los recursos existentes, posibilitaría un desarrollo más armónico de los pueblos en el que sus ciudadanos podrían ejercer de una forma más coherente y libre su propia planificación familiar actuando razonablemente su paternidad responsable. Y con ello una posibilidad de resituar el problema demográfico.

Pero esto es difícil, y peligroso. Muy peligroso. Sobre todo para quienes en este momento nos hallamos situados en el primer mundo. Resulta evidentemente más cómodo arbitrar otro tipo de medidas que impida la explosión demográfica de un mundo que amenaza con invadirnos el nuestro. Y, al mismo tiempo, que deje las cosas como están. Porque para nosotros están... muy bien.

* * *

Anadie sorprende que se plantee la inmediata legalización en España del aborto en nuevos supuestos. Iniciado el deterioro de un valor tan fundamental y compacto, la caída del mismo por el plano inclinado de la realidad es inevitable. Se trataba, simplemente, de esperar.

Como de simple espera será la legalización de la eutanasia.

El discurso machaconamente ideologizado y politizado del tema, ha dejado bien sedimentada la caricatura de las partes. Los que están a su favor son personas inteligentes, progresistas, amantes de la libertad y claramente demócratas. Los otros, los que se oponen al mismo, resultan claros fósiles del pasado, retrógrados, intransigentes y peligrosamente reaccionarios.

Así las cosas, cualquier amago de reflexión resulta poco menos que imposible.

* * *

Pero demos tiempo al tiempo. También aquí es cuestión de esperar. Y para quienes, además, contamos con el don de la fe, el de «mantener la esperanza contra toda esperanza».

Frente al implacable rodillo de lo que parece funcionar por la inercia de la historia humana, se opone la profunda convicción de que la vida es más fuerte que la muerte, el amor profundamente más consistente que el odio, el sentido común más recio que la demagogia.

Quienes conformamos la familia hospitalaria de san Juan de Dios, quienes llevamos adelante este medio de comunicación entre la misma que es **LH**, no tememos quedar incluidos entre los retrógrados e intransigentes, sobre todo, y de ello estamos plenamente convencidos, cuando se trata de defender la vida humana, y especialmente ésta en su estado de máxima debilidad, la vida humana no nacida.

Se trata, simplemente, de saber esperar. Tenemos la lección aprendida. Siglos duró el convencimiento de que la esclavitud era una situación lógica y natural. Tan lógica y natural como hoy pueda parecer a muchos el aborto.

LH

2. LA EDUCACIÓN PARA VIVIR EN SALUD

Rafael Garde Enciso

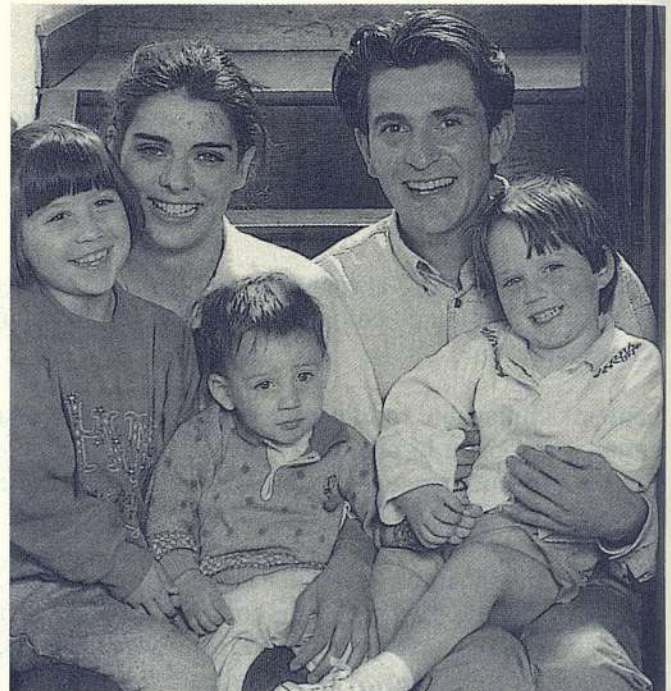
Servicio de Formación
Consejería de Salud. Madrid

Estamos convencidos de que los cuatro capítulos que se exponen en este artículo constituyen una visión breve, pero suficiente, del vasto campo de la Educación para la Salud. En ella quedan recogidos y apuntados sistemáticamente los numerosos elementos que entran en juego y que, provenientes del ámbito de distintas disciplinas, constituyen una invitación plurisugestiva para la ampliación, la profundización y la ejercitación.

Todos los profesionales que trabajan en las áreas de la salud o de la educación están interpelados a implicarse en tareas de educación en salud. A unos les resultará más fácil que a otros, dependiendo de la formación recibida, de su perfil profesional y del contexto laboral concreto. Pero no habrá ni uno que no pueda iniciarse, si no lo ha hecho ya, y por medio de la acción programada y evaluada progresar notablemente en el desempeño de esta responsabilidad ineludible, de forma individual y/o en equipo.

Por otra parte, desde cualquier situación existencial y laboral se puede encontrar en la salud —y en la educación para vivir con ella— desde una ocasión o un desafío para colaborar en el desarrollo comunitario hasta un valor de suficiente envergadura como para articular un proyecto de vida de perfeccionamiento personal y de proyección social y comunitaria.

Nosotros nos daríamos por satisfechos si este artículo que presentamos le sirve a alguno de los lectores de la revista de estímulo, esclarecimiento o referente para comenzar su andadura como educador en salud.



«Siendo la salud una realidad tan amplia y difusa como la vida es evidente que todas las personas y todos los grupos son interpelados por y están implicados en la educación para la salud».

La salud

■ **La salud es un concepto y una realidad, en la que quedan englobadas tres dimensiones** o vertientes de gran envergadura: la física, la psíquica y la social. La amplitud de cada una de estas vertientes es evidente. Dígase lo mismo de las distintas acciones que con respecto a ella (tanto si se atiende a la individual como a la comunitaria) pueden emprenderse: promoverla, defenderla, prevenir su pérdida, recuperarla si se ha perdido y resituarla una vez restaurada.

■ **La salud está imbricada en todos los aspectos de la vida.** Todas las realidades tienen que ver con ella. Brevísimamente, vamos a insinuar algunas incidencias de la salud en algunos aspectos de la vida.

La vivienda, en que se reside, puede venir impuesta entre condiciones materiales que constituyen un atentado contra la salud global. Están sobrada y experimentalmente comprobadas las incidencias negativas de ruidos, hacinamientos, carac-

Educar para vivir en salud constituye una tarea de tanta trascendencia e interés como dificultad y extensión. No hay aspecto de la vida que se escape a su aplicación ni persona que no se sienta afectada por ella. En cuanto a sus contenidos y cauces metodológicos, son tan polifacéticos como implicadores. En este artículo, a la vez que ilustramos tan rotundas afirmaciones, vamos a dar unas pistas para situarse con claridad en el tema.

TAREA COMPLEJA Y, POR TANTO, DIFÍCIL

De la complejidad que entraña la educación para la salud dan fe las catorce distintas definiciones que tengo ahora mismo delante. Ello es debido, en parte, a que los dos términos que la componen (educación y salud) están cargados de connotaciones y características de variado origen y radio de acción. Veámoslo.

terísticas de urbanización y ubicación de la vivienda sobre la salud psíquica en forma de trastornos mentales, alteraciones psicómáticas y conductas desviadas. Por otra parte, en la vivienda, que es el espacio donde el hombre se comporta con mayor independencia y espontaneidad, están implicados aspectos y significados afectivos, psicológicos y sociales que pueden ser expresados o vividos con criterios de salud y enfermedad.

Las relaciones interpersonales que se mantienen (ciñámonos exclusivamente al ámbito de la pareja y del matrimonio) provocan, con su dinámica de reciprocidad y respectividad, el que cada uno de los miembros de la pareja se juegue el despliegue o la inhibición de sus propias virtualidades y capacidades. Esta dinámica interacciona con la comunicación, entre los dos, no sólo a través de conocimientos expresables, sino mediante el lenguaje difícil e importante de sentimientos y afectos y al interior de experiencia, vivencias y actitudes. Difícil somatización que degenera con facilidad en deterioros de la salud y distorsiones múltiples. Toda alteración de la salud psíquica en cualquiera de los niveles de la persona (percepción, afectividad, función integradora del yo, comportamientos) degenera en distorsiones de las relaciones interpersonales, y, a la inversa, las distorsiones relacionales suelen ser signo inequívoco de alteración de la salud psíquica. Existen una serie de distorsiones relacionales típicas en la vida y convivencia de la pareja: actitudes posesivo-dependientes, ausencia de relación por alejamiento sucesivos, rutinas, prejuicios relacionales, agresiones.

El trabajo que se realiza puede favorecer la promoción de la salud psíquica, a través de sus elementos más característicos (autonomía, solidaridad sociocéntrica y creatividad), y de la salud psicosocial: el trabajo en efecto ofrece, además de un rol, un status, una referencia al grupo, un cauce de adaptación social, una independencia económica como requisito normal para la liberación y asunción del yo. Junto a la promoción de estos elementos de salud, las acciones de educación sanitaria en el ámbito laboral tienen que contribuir a la prevención de múltiples alteraciones que se gestan en la vertiente penosa del trabajo y en el grupo laboral con sus problemas de corresponsabilidad, diferenciación, comunicación, e integración. De hecho, situaciones de inadaptación en el trabajo derivan en comportamientos de escapismo, absentismo y abandono o se manifiestan en forma de accidentes laborales. Motivaciones conflictivas, a su vez, degeneran en alteraciones psicósomáticas como fatiga, depresión, estrés y conflictos neuróticos. Existen por lo demás, problemas tan tipificados como el denominado «síndrome de la jubilación».

El ocio que se practica, entendido aquí como conjunto de ocupaciones extralaborales, está sometido a una idéntica dinamización bipolar. Por una parte, este ocio, mucho más que el trabajo, por la posibilidad de elegir actividades interesantes y expansivas de las propias virtualidades, puede contribuir a la salud individual completa favoreciendo la realización de actividades autónomas, solidarias y creativas y potenciando la resistencia a las contrariedades. El reverso, como en el trabajo, también es posible: el ocio puede degenerar en formas de alienación, aburrimiento, descomposición interior y huida de sí mismo. Por otra parte, la existencia y promoción de una forma opulenta y aristocrática de ocio se decantan como signo insano de desigualdades lacerantes en la comunidad y provocan otras formas rebeldes y contestatarias, así como marginales y marginantes. Sin aludir al contraste con esa otra situación de ocio obligado que es el paro laboral, cuyas resonancias negativas en la salud en sus tres vertientes, son tan lamentables como evidentes.

Los planteamientos económicos, que se tienen, pueden y deben ser objeto directo de educación para vivir en salud. Son palpables los impactos negativos del consumismo en la salud. La primera consecuencia de la dinámica consumista es la insana adición a tener, que se traduce en un nuevo estilo de ricos-pobres que se pasan la vida esperando y suspirando, confundiendo el tener con el valor y la felicidad. Surge así un egoísmo insatisfecho, una desproporción entre lo que se tiene y lo que se necesita, provocando comportamientos insolidarios, individualistas, de cómoda instalación en una artificial indigencia, de un inacabable caminar hace metas arbitrariamente impuestas por una propaganda ambiental que refuerza tales conductas. Consecuencia inevitable es también la competi-

“ La salud es un concepto y una realidad en la que quedan englobadas tres dimensiones: la física, la psíquica y la social ”

“ En la educación sanitaria intervienen tres ideas básicas o convicciones como las que se tengan sobre el hombre, su destino y su lugar en el mundo ”

tividad destructora de las relaciones interpersonales, pues conduce por fuerza a la cosificación de las propias personas, a las que se trata de instrumentalizar con fines consumistas. En cuanto al pluriempleo, forzado con frecuencia por la dinámica consumista en el seno de la familia, revierte en repercusiones insanas para la relación familiar y para la comunicación afectivo-sexual de la pareja. Cuando el dinero que se aporta es insuficiente para satisfacer necesidades que el grupo estima convenientes, incluso siendo superfluas, es fácil que emerja la frustración, la incomunicación y hasta la desintegración familiar.

En fin, contentémonos con enumerar *otros aspectos de la vida*, cuya imbricación en las tres vertientes de la salud podríamos igualmente ilustrar. Los principales serían: los centros escolares en que se estudia, la vivenciación del propio cuerpo como espacio y la de otros espacios públicos, las creencias religiosas que se viven, el comportamiento colectivo ambiental. Las dimensiones de este artículo no nos permiten los correspondientes comentarios.

■ **La salud reviste características diferenciadas en las diferentes etapas de la vida:** lactancia, niñez, pubertad, adolescencia, juventud, adultez, senescencia y vejez. En cada una de estas etapas evolutivas los contenidos específicos de salud interactúan con los rasgos psicológicos correspondientes: los lazos sensoriales estructurantes de la relación afectiva, la aparición del lenguaje como instrumento básico de comunicación, el aprendizaje de los movimientos libres y de sus limitaciones sobre todo sociales, las respuestas a demandas de curiosidad como estímulos para la capacidad creadora o, en fin, los impulsos hacia la transformación psicoafectiva, hacia la autonomía emocional y hacia la emancipación, al menos psicológica, en el adolescente.

La dinamización ambiental de determinados rasgos psicológicos, desde hechos y actitudes que se relacionan con la salud, pueden convertir a colectivos de personas en grupos de alto riesgo, es decir, riesgo de ver alterada su salud. Si los adolescentes, por ejemplo, presentan como uno de los rasgos característicos de su psicología el descubrimiento de la amistad, la necesidad de pertenencia sentida a un grupo y de acep-

tación por el grupo, cualquier connotación que presente la droga como rito aglutinante del grupo de adolescentes juega a favor de su psicología. Si el grupo de adolescentes necesita, para madurar hacia la autonomía, expresarse en manifestaciones de independencia y de hostilidad hacia los adultos, ciertas formas de rechazo de la droga por adultos que pierden el control, vociferan o se estremecen de miedo pueden convertirla en arma arrojada que utilizan los adolescentes para castigarles. El deseo y necesidad de experimentar, conocer e informarse, para crecer, es otro de los rasgos psicológicos de la adolescencia. Si el ambiente en que vive no le deja libertad suficiente para ir descubriendo y optando, la droga que le salga, quizás, al paso, puede resultar un cebo de experimentación ansiada, a la que se entregue con fruición desmedida y fatal. Son típicos, asimismo, de la adolescencia los ratos y escenas de soledad, de aburrimiento, de necesidad de comprensión de lo que él siente como desbarajuste interior: «estoy hecho un lío». Un clima familiar inadecuado, unas vivencias escolares de fracaso pueden provocar la huida de la realidad intolerable y el refugio en la droga ofrecida. Podríamos seguir. Basta, no obstante, con lo expuesto para subrayar cómo las características más especificativas de cada grupo de edades pueden convertir a los interesados en grupos de alto riesgo ante determinados factores perjudiciales para la salud, en la medida en que éstos sean manejados o vivenciados en conexión con tales características.

■ **La salud, en fin, está determinada, en parte, por factores extraños a la persona.** Es sabido que en ella convergen cuatro fuentes de factores: la biología humana o potencial hereditario, el medio ambiente en que se vive, el estilo de vida que se practica y las atenciones específicas que se reciben en el cam-

“ De la salud holística se dice que hay que promocionarla, defenderla, prevenir su pérdida, restaurarla cuando se ha perdido y resituarla socialmente ”

“ El comportamiento idóneo para llegar al comportamiento humano es la educación y para llegar al comportamiento saludable es la educación sanitaria ”

po de la salud. A través de estas fuentes circula una red compleja de subfactores de difícil manejabilidad y origen vario, sobre todo social, económico y político. Todo está interrelacionado: el desarrollo industrial y agrícola tiene que ver, por ejemplo, con las enfermedades profesionales y con los hábitos de alimentación; el patrimonio cultural, con muchos aspectos de la organización de la vida comunitaria y del comportamiento colectivo; el estilo de vida individual, con los valores y patrones de conducta dominantes en el ambiente general y en el específico de grupos a cuyo estrato social se pertenece. Luego están los numerosos factores biofísicoquímicos de los que depende la limpieza o contaminación del ambiente en su componentes fundamentales de aire, agua, suelo, cuya incidencia en la salud no necesita mayor aclaración.

La educación

El campo de la educación es tan amplio y rico en aspectos como el de la salud. Nos limitaremos a señalar algunos de los elementos bipolares que incluye. El más fundamental es el proceso de personalización/socialización que trata de

orientar y favorecer en los educandos. Al interior de este proceso se plantean otros como el de la adaptación más o menos pasiva o creativa a la sociedad y a qué tipo de sociedad: la real que se impone a la ideal a la que se debe aspirar. Asimismo el grado de espontaneidad crítica o de docilidad acrítica ante el patrimonio cultural o bienes culturales. Y, en otro orden, la armonización y jerarquización entre medios y fines. Cada uno de estos elementos bifrontes, como es obvio, influye sustantivamente en el saber y hacer pedagógicos, según que predomine uno u otro de los extremos.

En la educación, también en la educación sanitaria que nos ocupa, intervienen ideas básicas o convicciones como las que se tengan sobre el hombre, su destino y su lugar en el mundo. Es muy distinto partir de la teoría de quienes, como Max Scheler, hacen consistir la esencia del hombre en el espíritu, que la de los behavioristas que conciben al hombre como un sistema de comportamientos. Ni tiene iguales implicaciones prácticas la teoría antropológica de Freud que la de Durkheim, ni la personalista que la historicista. Por otra parte, un comportamiento concreto del hombre, como es el sano/insano, no es ajeno en absoluto a la teoría y la práctica educativas que se derivan de la concepción antropológica de la que se parta.

La educación para la salud

De lo expuesto en los apartados anteriores se deduce la carga de racionalidad que encierran las distintas maneras de concebir la educación en salud, estando en juego dos conceptos tan enriquecidos y amplios como educación y salud. Hay que añadir, no obstante, que, al igual que ocurre con una pareja respecto a los miembros que la componen, la educación para la salud no equivale a la simple suma cuantitativa de los dos componentes, sino que el resultado es algo nuevo y distinto, de otro orden, con posibilidades de modificación y desarrollo específicos y con interferencias también originales de conflictos.

Aunque las definiciones de la educación para la salud, como se ha señalado, son muy numerosas, podemos reseñar los elementos más coincidentes. Se la define, en primer lugar, como proceso, entre otras razones, porque en ella no sólo cuentan los resultados medibles, los actos delimitados, sino el mismo proceso, sobre todo en programas comunitarios. Un proceso de dinamia psicosocial: las virtualidades personales que un adecuado desarrollo educativo hace desplegar sólo son auténticas si incluyen la tensión hacia la comunidad con intención no sólo de adaptación sino de colaborar en su modificación y progreso. Por eso la educación sanitaria no debe quedarse en el ámbito egocéntrico de la salud individual. Si afecta a toda la persona, no podrá menos de ser sociocéntrica. En la medida en que este proceso resulte eficiente, se irán responsabilizando cada vez más ciudadanos derivando en un protagonismo progresivo de la comunidad, ya que el objeto de tal responsabilización es la salud global no sólo personal sino comunitaria.

Llámesse holística, totalizante o global, la salud que se contempla en las definiciones abarca las tres vertientes expuestas en el apartado 1.1: física, psíquica y social. Suele describirse *en términos de equilibrio y armonía*: en el desarrollo de las distintas funciones o factores —intelectual, afectivo, psicosexual, somático o físico, ético o moral—, cuando se refiere a la persona; y en relación con factores políticos, socioeconómicos, culturales y relacionales, cuando se refiere tanto a la persona como a la comunidad.

De esta salud se dice que hay que promocionarla, defenderla, prevenir su pérdida, restaurarla cuando se ha perdido y resituarla socialmente una vez restaurada.

Últimamente, la salud es definida en términos de dicha y



«La salud está imbricada en todos los aspectos de la vida».

bienestar. De esta manera queda más desbiologizada y más referida no sólo a factores económicos, políticos y socioculturales del medio ambiente, sino también a factores psicológicos como la capacidad de solucionar los conflictos propios a través de distintos comportamientos de afrontamiento/enfrentamiento que no procede aquí describir. En esta nueva definición, por otra parte, la salud se convierte, en no pocos aspectos y ámbitos, en un bien de consumo, aunque también puede ser vivenciada como aspiración a un bienestar profundo, que equivale a un proceso vivo y continuo de autoperfeccionamiento.

En cualquier caso, en tanto habrá sido eficiente el proceso educativo en cuanto se hayan asumido o cambiado los correspondientes comportamientos y actitudes que las acciones descritas en relación con la salud incluyen. Mientras no se llega a la esfera de las actitudes y comportamientos asumidos y, por tanto convencidos, podrá haber promoción coercitiva de acciones, medidas, comportamientos preventivos y hasta saludables, pero no educación sanitaria.

**TAREA IMPORTANTE
Y DE GRAN ACTUALIDAD**

La educación para la salud se ha convertido en uno de los temas de actualidad en las más altas instancias sanitarias. Desde la Declaración de Alma Ata en 1978 han ido aflorando sin interrupción multitud de documentos de rango regional, nacional e internacional que no es lugar ni momento de enume-

rar. El interés arranca de unos hechos reales que impelen a un planteamiento nuevo de la sanidad, cuya originalidad se centra en la promoción y defensa de la salud en un contexto de educación sanitaria. En efecto.

Desde una perspectiva psicosociológica

Se constata, en primer lugar, la proliferación de una amplia y polifacética gama de trastornos —alcoholismo, tabaquismo, toxicodependencias, incapacidades provenientes de distintos accidentes— que se han convertido en los grandes problemas actuales de la salud. Con una connotación muy significativa: en su origen, todos estos trastornos comienzan siendo alteraciones del comportamiento humano. Ahora bien, el comportamiento humano, que está en interacción con numerosos factores y problemas psicológicos y socioculturales, no puede ni debe ser abordado en un sistema sanitario medicalizado, de prescripciones clínicas. El camino idóneo para llegar al comportamiento humano es la educación y, para llegar al comportamiento saludable es la educación sanitaria.

Lo mismo ocurre con las grandes amenazas de deterioro que encuentra hoy la salud pública. La contaminación progresiva e irresponsable, el despilfarro insensato y las desigualdades irritantes, lo mismo en el plano local que en el nacional e internacional, tienen que ver con alteraciones del comportamiento de las personas y de las comunidades, es decir, con su salud mental individual y comunitaria, toda vez que el comportamiento —junto con la percepción, la afectividad y la

capacidad integradora del yo— constituye uno de los niveles en que fracasa la salud mental.

En fin, con el comportamiento están interrelacionados, y mucho, grandes problemas puntuales que de vez en cuando aparecen con carácter de epidemia o de pandemia. Todos tenemos *in mente* los numerosos casos del denominado *síndrome tóxico* y a todos nos tiene en vilo la amenaza de extensión implacable de otro síndrome mortal: el sida.

Desde la consolidación psicológica de todos estos hechos emerge la importancia y estima de una educación que favorezca nuevas actitudes y comportamientos en la perspectiva de la salud.

Estudios antropológicos sobre culturas primitivas

Vigentes en la actualidad todavía en pueblos aislados o perdidos en alguna selva inexplorada, avalan la misma perspectiva. Según estos estudios, en el principio fueron las enfermedades funcionales, víctimas de las cuales los pacientes acudían a sus médicos/magos, quienes con sus invocaciones, sus trucos y sus situaciones de trance, realizaban una *psicoterapia mágica* que resultaba. Los trastornos eran funcionales porque bajo condiciones de aislamiento, como era el caso de los pueblos más o menos primitivos, las enfermedades orgánicas endémicas son menos importantes y progresivamente menos peligrosas.

Con el gran movimiento comercial y, sobre todo, con el movimiento migratorio en torno a los descubrimientos, cambia la situación. Se producen los grandes contagios, las grandes epidemias como la peste, el cólera y la sífilis aumentando el número de enfermedades orgánicas que llevaron a la aparición y desarrollo de la medicina científica moderna y al desprecio de la psicoterapia mágica inoperante en la nueva situación.

Asistimos al nacimiento de una tercera etapa en la que —controladas en gran parte las enfermedades más orgánicas— aparecen cada vez con más profusión enfermedades funcionales como neurosis y trastornos psicómáticos y, por otra parte, se manifiestan, en el origen de enfermedades orgánicas importantes, alteraciones del comportamiento, todo lo cual plantea nuevos tratamientos y nuevas acciones preventivas, en que destaca la educación para la salud.

La política sanitaria

Es consciente de que todos estos hechos, por sí solos, ponen en entredicho un sistema sanitario basado en el diagnóstico y en el tratamiento terapéuticos, muy favorecido en verdad por descubrimientos científicos y desarrollos tecnológicos, pero que hundan a la población en actitudes excesivamente receptivas y que deriven en especializaciones sofisticadas, deshumanizadas y carísimas, que tienen poco que ver con un nivel general de salud global y comunitaria, en la que tanto influyen los estilos de vida y los parámetros ambientales.

Han surgido reacciones, varias, en un movimiento de desconfianza ante el sistema. Reacciones de valor muy diverso, que no vamos a analizar. Por ejemplo, junto a la floración, pujante, a modo de alternativa, de formas de medicina olvidadas o incluso menospreciadas como la acupuntura, el masaje, la homeopatía, la medicina naturista, se airean estilos higiénicos y nutricionistas manejados por fanáticos o por comerciantes sin escrúpulos.

Lo importante es subrayar que este movimiento de reacciones y alternativas no hace disminuir la deformación y desorientación de la población que sigue en una actitud receptivo-pasiva de peticiones de asistencia desenfocadas y desproporcionadas, como si la desconfianza e insatisfacción que sien-

ten se solucionase con un aumento de los mismos servicios y técnicas sofisticadas. Es así como se desemboca en una estima renovada de la educación sanitaria que ayude al cambio del sistema y favorezca nuevas actitudes y comportamientos en los profesionales y en los usuarios del mismo y hasta en la población.

Emerge, pues, con fuerza la convicción de una política de educación, que muchos prefieren llamar «para la salud» o «en salud» mejor que sanitaria. Quieren con ello dejar claro que se trata de romper con la perspectiva tradicional, *cognitiva*, unidireccional, de arriba a abajo, respetuosa con la estructura sanitaria en que el protagonista indiscutido y prepotente es el personal sanitario sobre todo médico, en el que se atiende más a la enfermedad que a la salud, en un contexto cantonalizado y cerrado que no atiende a otras causas más complejas y profundas de implicación multifactorial y dinámica social. El modelo educativo en el que se piensa parte, por el contrario, de una perspectiva integral que mira al individuo como un todo físico/psíquico/social, como un cuerpo/mente dotado de energía y espíritu a potenciar, como un miembro del grupo con interacción del comportamiento colectivo y de las relaciones interpersonales, como un componente de la sociedad que condiciona su salud con influencias de tipo económico, político, ambiental, técnico y sociocultural. Este modelo moderno, por otra parte, rompe los planteamientos magisteriales y manipuladores e intenta provocar la participación bidireccional, circular, no jerarquizada, haciendo sinérgicos los dos flujos de información circulante: el que procede de los técnicos y el que surge de la población y usuarios.

“ Desde la consideración psicológica emerge la importancia y estima de una educación que favorezca nuevas actitudes y comportamientos en la perspectiva de la salud ”

“ La política sanitaria es consciente que el sistema sanitario se basa en el diagnóstico y en el tratamiento terapéutico, muy favorecidos por los avances científicos y tecnológicos, pero que hundan a la población en actitudes excesivamente receptivas ”

Todas estas intenciones obligan a unas acciones nuevas sobre los actores/receptores de tales flujos de experiencias e información. En primer lugar, sobre la población, al exterior del sistema sanitario. Y es que la salud no sólo es una cuestión que afecte a los individuos sino que implica a toda la comunidad. Por tanto, junto al sentimiento de pertenencia corresponsable a una comunidad, hay que educar en los ciudadanos el sentimiento más específico de protagonismo común en el logro de un grado progresivamente más alto de salud interindividual y comunitaria.

La salud, por lo mismo, trasciende el campo puramente médico, en un marco mucho más amplio y multidisciplinario, en el que convergen factores de plural procedencia y medidas sólo en apariencia no relacionadas con la salud, como pueden ser las que planifican un crecimiento económico salvaje en desconexión desfasada con un desarrollo armónico de los individuos y de la comunidad de individuos, como si todo desequilibrio no deviniera al fin alteración de la salud. Esto quiere decir que la educación para la salud no sólo tiene que extenderse a todos los planteamientos y situaciones que pueden afect-

tar a la salud humana, sino que tiene que conseguirlo estimulando cauces de participación por parte de otros muchos profesionales, personas y cargos que expresan funciones educativas en la comunidad, que realizan tareas con marcada incidencia en los comportamientos y hábitos colectivos.

Acciones, en segundo lugar, sobre el sistema y personal sanitarios. Porque es desde el propio sistema sanitario y desde un nuevo modo de hacer por parte de los profesionales que en él trabajan desde donde hay que acercarse con un nuevo mensaje y unas formas distintas a los otros colectivos. No sobre los usuarios colectivos. No sobre los usuarios y sobre la población, sino con ellos y entre ellos a través de cauces de participación y en un ámbito de encuentros fáciles, confiados y multisectoriales. Con un reforzamiento del nivel asistencial en que a los sanitarios les está más encomendado un tipo de relación así: el de la atención primaria integrada, en medio de la comunidad, partiendo de sus ideas, creencias, comportamientos, intereses y valores en torno a la salud. Esto no se consigue sin una previa sensibilización y sin un adecuado equipamiento y capacitación de los profesionales, es decir, sin un programa serio de formación.

LOS AGENTES DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Siendo la salud una realidad tan amplia y difusa como la vida, en cuyos aspectos más variados está imbricada, y siendo la educación una tarea personal y comunitaria permanente e inacabada, es evidente que todas las personas y todos los grupos son interpelados *por* y están implicados *en* la educación para la salud. No con la misma intensidad y grado de responsabilidad, como es obvio.

A continuación se exponen cuatro grados o formas de conexión y las personas o profesionales que entrarían en cada una de ellas. Se prescinde de la vertiente de autoeducación, para contemplar únicamente las implicaciones educativas extrapersonales e intrapersonales.

Educadores para la salud, de nivel 1

Los educadores en este primer nivel podrían denominarse también Educadores Sanitarios de Calle. A trabajar en este primer nivel están llamados:

- Las personas que al margen de su profesión o actividad laboral, tienen una misión o vocación educativa y están abocados a crear ambientes básicos más o menos saludables: parejas y matrimonios con hijos; líderes, animadores y/o responsables de determinados grupos o colectivos humanos.
- Los profesionales que en su ocupación laboral, de resonancia en la comunidad, ocasionalmente se convierten por fuerza en educadores o deseducadores sanitarios, como son los profesionales de los medios de comunicación y los profesionales con tribuna: políticos, militares, responsables de grupos religiosos.
- Aquellos profesionales que, por su incidencia laboral en aspectos sanitarios de la comunidad, podrían y deberían convertirse en fomentadores indirectos de estilos de vida sanos: arquitectos y urbanistas, sobre todo.

Educadores para la salud, de nivel 2

Se trata ya de unos educadores sanitarios en su profesión, es decir, en y desde su acción profesional ordinaria y común. Se pueden reflejar en tres grupos:

- Todos los profesionales de la salud, o del sector sanitario, que tienen relación más o menos permanente con los pacientes y familiares en visitas domiciliarias, consultas, pres-

taciones especializadas y hospitalarias. Es evidente que su trato debe ser educativo en una perspectiva acorde con las estrategias y política de la educación sanitaria.

- Todos los profesionales de la educación institucionalizada o enseñanza, que tienen relación permanente con personas en período de desarrollo, niños y adolescentes sobre todo. Su misión es educar para la vida y, como se viene repitiendo, en todos los aspectos de la vida está imbricada la salud. Deben estar sensibilizados a la idea de que su acción diaria, además de pedagógica, es sanitaria.
- Todos los profesionales que trabajan en el sector del bienestar social o de los servicios sociales. Las fronteras entre la salud y el bienestar social están cada vez más desdibujadas y a los profesionales de este sector se les puede aplicar las mismas consideraciones pedagógicas que a los sanitarios. No se olvide que la social es una de las tres caras constitutivas de la salud.

Educadores para la salud, de nivel 3

A este tercer nivel corresponden los educadores sanitarios específicos, capaces de organizar y coordinar programas comunitarios de educación en salud y que podrían denominarse Educadores Sanitarios de Comunidad o Interprofesionales. ¿Quiénes son?

- Preferentemente los profesionales que están integrados en equipos sanitarios de atención primaria. A ellos les están encomendada la labor de promocionar la salud y desarrollar la educación sanitaria no sólo en sus prestaciones individuales, sino también a niveles familiar y comunitario y en la perspectiva de la salud ambiental.
- Todos aquellos profesionales del sector de la salud que no se limiten a realizar una educación sanitaria integrada en el trato con pacientes y familiares que conlleva su trabajo ordinario y común, sino que deseen participar, animar, coordinar en programas comunitarios de educación para la salud.
- Los profesionales citados en el nivel 1 que, aparte de aprovechar las ocasiones que les brinda su quehacer profesional o vocacional para intercalar *inputs* educativos y actuar en el ejercicio de su profesión con un grado deseable de sensibilización hacia la salud individual, comunitaria y pública, quieren implicarse en programas de educación sanitaria de carácter interdisciplinario o específicamente realizados por los profesionales de su sector.
- En fin, todas las personas con misión o vocación educativa, incluidas también en el nivel 1, dispuestas a implicarse en acciones comunitarias de educación en salud. No olvidar que todo destinatario de programas de educación en salud debe ser reconocido y tratado como potencial y valiosísimo educador sanitario para acciones sucesivas.

Educadores para la salud, de nivel 4

El campo de la educación para la salud es tan denso en implicaciones e interacciones que muy bien puede dar lugar a una verdadera especialidad, sin que conlleve por fuerza una nueva profesión específica. Se puede hablar, pues, de Educadores Sanitarios Especialistas.

Todos aquellos profesionales que, estando en posesión de los niveles de actitudes, conocimientos y habilidades exigibles en los niveles 1-3, deseen la máxima especialización *vía universitaria*.

Todos los educadores sanitarios que aspiren a trabajar *full-time* en la educación para la salud en sus aspectos de organización, investigación, divulgación y actividades formativas y al interior de equipos específicos e interdisciplinarios, ubicados en determinados puntos del aparato sanitario.

Todos los profesionales, de los sectores *salud y educación* sobre todo, que deseen colaborar en la formación de otros educadores en salud.

VERTIENTES DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Aunque toda acción de educación sanitaria intenta conseguir la modificación, consciente y libremente asumida, de los comportamientos en favor de la salud y, por ende, la responsabilización y participación de personas, grupos y comunidades, se pueden distinguir en ella tres vertientes o modos tan diferenciables como interactuantes: la educación para la salud —Eps.— como proceso de comunicación interpersonal, como programa pedagógico y como proceso de intervención socioambiental en la comunidad.

La Eps. como proceso de comunicación interpersonal

■ En efecto, todo educador sanitario, todo agente de educación para la salud en tanto lo es en cuanto se convierte en un emisor que intenta transmitir su mensaje generador de salud a un receptor o grupo de receptores a través de un canal determinado, con una presentación adecuada y teniendo en cuenta posibles factores intercurrentes, sobre todo los de índole antropológica y psicológica. Es decir, que pone en juego todos los elementos de la comunicación interpersonal. Veámoslo.

En el apartado 3 se han enumerado y descrito los principales educadores o agentes de educación para la salud y los correspondientes interlocutores o educadores a los que se dirigen sus mensajes y se convierten, así, en receptores de los mismos. Los mensajes posibles, por su parte, son tan numerosos como las innumerables aplicaciones a todos los aspectos de la vida en que la salud, como se ha expuesto en el apartado 1.1., está imbricada: vivienda, relaciones interpersonales, trabajo, ocio, planteamientos económicos, tarea escolar, creencias religiosas, vivenciación de los espacios, comportamiento colectivo ambiental. Estos mensajes pueden ser más o menos movilizantes y persuasivos según la conexión que establezcan con las características psicológicas, motivaciones, circunstancias y connotaciones varias de los destinatarios.

También en la eficiencia de los mensajes intervienen los cauces de transmisión: el verbal, el escrito o gráfico, el dramatizado, o el transmitido a través de medios audiovisuales y a través de gestos y otras expresiones de lenguaje corporal. Conviene descubrir a que tipo de transmisión son más sensibles los receptores concretos de los mensajes y utilizar el o los más favorables. Sin olvidar que el canal más eficiente e importante es el vivencial, es decir, las actitudes del educador respecto al mensaje en cuestión.

No hay que olvidar tampoco el modo, el estilo, el tono, el momento de la presentación del mensaje. Este se malogra en no pocas ocasiones porque se ha escogido, para comunicarlo, un mal momento, un tono desafortunado, un estilo inadecuado.

■ Además de los psicoantropológicos ya aludidos, existen otros factores intercurrentes de carácter socioambiental que pueden potenciar o bloquear y distorsionar la comunicación. En ellos nos detendremos al hablar de la Eps. como intervención en la comunidad. Ahora es el momento de describir el proceso de comunicación inherente a toda acción de educación sanitaria como un cauce de maduración personal y, por lo mismo, de progreso y promoción de la salud mental, cuando la comunicación se establece entre los componentes de un

grupo pequeño. Todos, empezando por el agente de la Eps., pueden y deben beneficiarse de tal promoción y progreso, hasta el punto de que es sospechosa y discutible toda actividad de educación para la salud que, sobre todo cuando se desarrolla en el ámbito y con la dinámica de un grupo pequeño, no ayude a dicho agente a avanzar en su proceso, nunca acabado, de maduración personal afectiva y de mejora de su salud mental. Apostamos así por la posibilidad y conveniencia de que el educador sanitario integre su tarea profesional en la esfera de su personalidad, haciendo convergentes y sinérgicos su quehacer en pro de la salud y la mejora de su salud, así como su ejercicio profesional y el desarrollo emocional/afectivo de su personalidad.

■ Este desarrollo afectivo de cada persona se rige por dos leyes fundamentalmente. La primera es una ley autonomizadora, es decir, la que favorece el proceso de la heteronomía o de autonomía emocional, la superación de la dependencia por actitudes de interdependencia solidaria, el paso de la receptividad a la creatividad emocional adulta, el afrontamiento de las contrariedades con resistencia a las frustraciones.

La otra es una ley de dinámica descentralizadora. Se madura afectivamente en la medida en que se pasa de actitudes egocéntricas a actitudes sociocéntricas, llegando a considerar y relacionarse con los otros no ya como modelos a imitar o con quien identificarse, ni sólo como posibilidad de intercambio, afiliación y pertenencia al interior de un equipo o grupo, sino incluso como invitación al compromiso, a la opción por y a la autoentrega, limítrofes con actitudes oblativas.

Cualquiera de los grupos en que puede encauzarse la educación por la salud, y de los que volveremos a ocuparnos en los apartados siguientes, dinamiza un proceso de comunicación con la presencia y actividad de componentes psicológicos que deben favorecer el desarrollo de la afectividad, la maduración emocional y cotas más altas de salud síquica y social.

La Eps. como programa pedagógico

■ Tanto si se plantea su realización en el marco escolar, como si se trata de cursos monográficos de formación continuada para profesionales o de cursos educativos dirigidos a adultos, la educación para la salud está presente en numerosos temas, de troncalidad variable, que pueden y deben ser objeto de planificación general sistematizada y de programación concreta.

La programación es una función pedagógica de suma importancia que conjuga y detalla los predicados de la acción educativa: qué, a quién, cómo, por quién, con qué recursos, dónde, cuándo. En síntesis, supone plantearse qué se pretende, cómo se va a conseguir y de qué forma se van a comprobar los resultados.

■ Limitándonos a señalar los pasos a seguir en la programación, generalmente ésta comienza señalando los destinatarios de la acción educativa, en base a criterios diversos como grupos de riesgo, política de prioridades, efecto multiplicador, grupos primarios, necesidades detectadas, grupos de objetivo coyuntural...

Antes de programar la acción, hay que reflexionar sobre las características más importantes de los destinatarios escogidos: edad/etapa de la vida, ocupación, motivaciones versus necesidades/valores, nivel cultural medio, entorno social, experiencias previas de formación y de actividades en educación por la salud.

■ La acción educativa llevará a los destinatarios a no se sabe dónde, si no se determinan bien los objetivos. No hay



«En cada una de las etapas evolutivas de la vida, los contenidos específicos de salud interactúan con los rasgos psicológicos correspondientes».

que detenerse en la formulación de los objetivos globales y generales, sino que se precisa señalar con nitidez los concretos y específicos, distinguiendo los de carácter cognoscitivo, valorativo, operativo y actitudinal. Objetivos múltiples, porque se trata de que asuma y asimile el mensaje toda la persona aumentando sus conocimientos, mejorando su capacidad de enjuiciamiento y valoración, potenciando o adquiriendo habilidades nuevas, confirmando o cambiando aptitudes y actitudes adecuadas versus comportamientos saludables generadores de salud. Todo esto sólo será posible si los objetivos que se programan son asequibles en las circunstancias y lugar, si son desarrollados a través de unos contenidos coherentes y secuencializados, con una metodología adecuada y unos recursos suficientes.

■ Pasando por alto los contenidos que, además de las actitudes a desarrollar, comprenden todo el bagaje del saber, todos los temas teóricos y habilidades prácticas, cuya asimilación y aprendizaje están en juego, vamos a detenernos algo en la metodología y en los recursos.

La metodología responde primordialmente al cómo vamos a conseguir lo que nos hemos propuesto. Ese *cómo* se va a traducir en una estrategia general, en unas acciones y técnicas concretas y en unos cauces de trabajo.

La estrategia metodológica para educar en salud incluye, en primer lugar, la búsqueda de la mayor participación posible no sólo de todos los miembros del equipo realizador del programa, cuando se hace en equipo, sino del destinatario o destinatarios a los que se dirige la acción. No una participación artificial, sino, a ser posible, real, anclada en una tarea de la vida misma. Porque no hay participación sin acción, sin intervención personal de cada una de las personas implicadas. Sólo que la participación de unos no debe obstaculizar o bloquear la de otros. Responsabilidades, sí pero dentro de una corresponsabilidad sin protagonismos inhibidores. El verbalismo de unos no debe provocar el psitacismo de muchos, ni el derectivismo la receptividad pasiva.

Otro de los empeños de la estrategia metodológica es fa-

vorecer la intercomunicación. La información técnica que se aporta debe ser emitida y comprendida como mensaje a reelaborar mediante un auténtico proceso de *feedback*. Hay que trabajar por un acercamiento técnicos/población hasta llegar a una simbiosis, se deben garantizar unas relaciones *inter pares*, no jerarquizadas, de comunicación circular de cara a la información, a los comportamientos, a las actitudes y a las acciones.

Comunicación abierta a los valores culturales más en auge en el hoy de la comunicación y que deben ser conectados: el diálogo, el trabajo en equipo, la preocupación por la naturaleza, la integración social de los marginados, una civilización del ocio.

En fin, la estrategia intenta que las acciones de educación en salud se conviertan, antes que en transmisión de conocimientos, en acopio de experiencias sanas transformadoras de actitudes. Por eso se preocupa más de la evaluación del proceso educativo que de la evaluación de los resultados.

Las actividades concretas y las técnicas que pueden dinamizarlas deben ser definidas conjuntamente en un planteamiento de la metodología.

■ A las actividades incluidas en la estrategia expuesta hay que añadir acciones tendentes a motivar, a despertar la atención y el interés haciendo ver la influencia del tema, que se estudia, en la promoción de la salud de todos los participantes en el programa.

Son imprescindibles las actividades explicativas, con protagonismo preeminente, según los casos, de técnicos o expertos. No en forma de explicaciones magistrales por parte de quien se considera en posesión de la verdad frente a quien no tiene otro papel que recibirlas o aceptalas, sino en forma de síntesis expositivas compartidas, que iluminan, esclarecen y sintetizan el trabajo que se está realizando entre todos.

Actividades también de experimentación y entrenamiento. No sólo se aprende por imitación, sino también por experimentación, aunque conlleve el riesgo de la equivocación y el error. En cuanto al entrenamiento, es axioma pedagógico

comúnmente admitido que el camino más firme, más duro y hasta más rápido para llegar a *saber-hacer* es haciendo y practicando.

Actividades de valoración y enjuiciamiento. Hay que fomentar la asimilación de actitudes evaluativas, acostumbándose a pasar por el tamiz del juicio y de las críticas constructivas todos los datos que se ofrecen. Es sabido que hasta conclusiones presentadas en estudios experimentales como definitivas, en concreto en el campo de la enfermedad y la salud, han sido cuestionadas y puestas en entredicho en estudios posteriores. Por lo demás, una actitud de evaluación continua es imprescindible para orientar y hacer progresar el programa que se está realizando, y para el avance, dentro de él y en nuestro caso, del proceso individual hacia el compromiso y el cuidado de la propia salud.

■ Las técnicas para movilizar todas estas actividades son tan variadas como conocidas. Se pueden agrupar en varios apartados, que nos limitamos a enumerar:

Técnicas verbales. Conferencias, charlas y ponencias, en primer lugar. Y de carácter más participativo: symposium de dos o varios expertos, seguido de discusión; testimonio de expertos que responden a cuestiones más o menos profundas; discusión en *panel*; controversia entre dos o tres expertos, seguida de discusión generalizada; debate en el que se discute una *moción* entre varios y se acaba en la discusión de los participantes.

Técnicas vivenciales o experienciales. Son las que se realizan al interior de grupos pequeños: discusión, investigación, elaboración de recursos para la acción educativa, expresión corporal, dramatización, acción real. Cada una de estas técnicas admite variadas manifestaciones y aplicaciones.

Técnicas Impresas. Entran en este apartado tanto las ilustraciones a base de mapas, gráficos, fotografías, dibujos, carteles, cuadros, láminas, comics, esquemas, como los escritos compuestos por libros, revistas, folletos, cuadernos, diarios, periódicos.

Técnicas audiovisuales. Existen programas de educación para la salud a través del teléfono, utilizado y aprovechado como instrumento de comunicación bidireccional. La radio se convierte en un medio poderoso de información, de impregnación afectiva, de cambio de mentalidad y de actitudes. En las ondas del sonido se sitúan igualmente las técnicas conseguidas en base a instrumentos como magnetofón y cassette.

Mención destacada merecen las técnicas audiovisuales uni y bidireccionales, como son las que ofrecen imágenes fijas a través del proyector opacoscopio o retroproyector, e imágenes móviles a través de la televisión y de vídeos normales o interactivos.

■ Muchas de estas técnicas admiten combinaciones, que no es momento de ilustrar. Sí es, en cambio, la ocasión de llamar la atención sobre el papel y la necesidad de los medios y recursos suficientes para aplicar las técnicas numeradas. Bien es verdad que con pocos medios se pueden obtener buenos resultados, si las deficiencias se compensan con buena organización y con el uso racionalizado de los recursos de que se dispone y/o a los que se tiene acceso indirecto. Ello no debe convertirse en excusa o coartada para no aportar la solución o el acopio progresivos de cuantos recursos se consideren convenientes para la realización de acciones de educación en salud digna. Difícilmente se pueden utilizar técnicas audiovisuales, si no se dispone de un proyector, de un cassette, de un monitor de T.V. incluso.

En cuanto a su enumeración bastará con distinguir entre recursos humanos, ambientales y materiales.

- *Entre los recursos humanos* hay que incluir todos los agentes y equipos explicitados en el apartado 3 de este escrito, a los que hay que añadir, como se ha señalado, los destinatarios mismos de los programas de educación en salud.
- *Recursos ambientales*, a aprovechar partiendo de sus características específicas, son desde los emplazamientos y los espacios hasta las instalaciones y condiciones climático-ambientales, pasando por el mobiliario.
- En cuanto a los *recursos materiales*, son todos aquellos que se demuestran necesarios o útiles para aplicar las técnicas descritas y que, al menos los principales, han sido sugeridos o expresamente nombrados.

Cauces metodológicos preferentes: los grupos. El cauce privilegiado para garantizar los logros de la estrategia metodológica general y de las actividades y técnicas que dicha estrategia conlleva son los grupos.

■ *Los grupos, en general*, ofrecen unos valores imprescindibles, directamente relacionados con la salud psíquica y social de los miembros que los componen.

- Son una *ocasión de encuentro* interindividual e interprofesional para abordar problemas y riesgos comunes en relación con la salud de individuos, de grupos y/o de la comunidad entera y en referencia al tema o temas concretos del programa pedagógico que se desarrolla.
- Constituyen un ámbito facilitador de la *comunicación circular*. Siempre que se vigile, como es obvio, el establecimiento y mantenimiento de unas relaciones no jerarquizadas sino paritarias, a través de las cuales nadie se considera y actúa como el maestro que sabe frente a los que no saben, sino que todos están *con* y aprenden *de* los demás. Lo que cada miembro del grupo expresa, se convierte en mensaje para los otros y en interpelación para que sea reelaborado, mediante otras expresiones, al interior de un diálogo progresivo.
- Los grupos al interior de un programa pedagógico se establecen para elaborar y reelaborar los temas del programa en una perspectiva práctica, brindando así a los componentes un *cauce de trabajo creativo*, opuesto a lo rutinario y estandarizado. Se trata de conectar con problemas reales y vivos, para los cuales hay que buscar soluciones no prefabricadas. Recuérdese que el trabajo creativo es la fuente principal de la realización personal y, por tanto, de la salud.
- Movilizan los *componentes afectivos*, favoreciendo una evolución positiva de los mismos. Quedan enseguida al descubierto los respectivos mecanismos de defensa, las distintas expectativas, los tabúes y los conflictos psíquicos más o menos profundos, pero con la ventaja ambiental de un clima que ayuda a la sinceridad consigo mismo y con los demás y a la integración de todos en el grupo.
- Enseñan a *trabajar con efectividad* y, por tanto, *con satisfacción*. Hay que delimitar los objetivos y los acuerdos, programar los contenidos, convenir en la metodología, elaborar las técnicas. Todo ello aprovechando las características y valía de cada uno de los miembros del grupo, evitando las digresiones obsesivas o narcisistas en las discusiones, favoreciendo siempre la comunicación circular entre todos y evitando para ello el surgimiento de líderes que la dificulten.
- Favorecen la formulación y cambio de *actitudes y comportamientos*, lo que constituye siempre el objetivo primordial de toda acción educativa. Es sabido que las actitudes y pautas de comportamiento se aprenden y que la mayor parte de ellas son adquiridas al interior de los grupos de pertenencia y referencia. Es el gran desafío y la gran oportunidad de los grupos.

- *La clases de grupos* pueden dar lugar a una enumeración más o menos amplia, según se quiera situar o agrupar características afines y según los puntos de vista desde los que se analicen.

En este apartado, dedicado a la exposición de la educación para la salud como programa pedagógico, bastará con insistir en que se desarrolle éste al interior de *grupos de trabajo*, de seis a ocho miembros, teniendo en cuenta para su dinamización los valores descritos en el punto precedente, relativo a los grupos en general.

En el trabajo de estos grupos caben numerosas actividades: síntesis expositivas, seguidas de debate y discusión; presentación de problemas; aportación de experiencia y casos; propuestas de investigación sobre aspectos de la realidad que se vive; adquisición de habilidades y técnicas útiles en la perspectiva de la educación para la salud; elaboración de recursos e instrumentos subsidiarios para la aplicación práctica del tema que se estudia.

La Eps. como proceso de intervención socioambiental en la comunidad

Tanto si es planteada o vivida como proceso de intercomunicación personal o como programa pedagógico, la educación para la salud tropieza forzosamente, como se ha señalado, con multitud de factores intercurrentes que dinamizan la vida comunitaria. Enumeraremos sólo los más importantes: actitudes más comunes, valores y creencias, corrientes de opinión pública, modos, pautas culturales, tradiciones, prejuicios, tabúes, resistencias, símbolos, publicidad, condiciones del medio ambiente, grado de asociacionismo, liderazgos, desarrollo comunitario.

Todas estas interferencias exigen, por una parte, que se tenga en cuenta la dimensión comunitaria de toda acción de educación en salud y, por otra, que se planifiquen y realicen intervenciones directas tendentes a neutralizar, aprovechar, mitigar, potenciar, según los casos, los factores socioambientales intercurrentes.

Dimensión comunitaria inherente a la Eps. Así, pues, aunque esté planteada a nivel individual o en ámbitos homogéneos y limitados como un aula, un lugar de trabajo, una familia o un grupo de autoayuda, la educación sanitaria auténtica no tiene sentido ni eficacia sin una proyección comunitaria. En efecto:

- Con el código genético y las relaciones interpersonales, el estilo de vida y el comportamiento colectivo constituyen las tres vías más importantes para el moldeamiento de actitudes y reforzamiento de conductas humanas. Esto en todos los aspectos y valores, por consiguiente también en relación con el valor *salud*.
- El comportamiento de individuos y de grupos se plantea y se desarrolla prevalentemente en el ámbito de la comunidad. Toda acción educativa, por otra parte, actúa a favor de la coherencia, de la adaptación creativa y de la socialización. La educación en salud no puede ser una excepción y tiene que favorecer por tanto los comportamientos sanos de individuos y grupos en el marco más amplio de la comunidad.
- La sociedad vive en función de unos valores, cuya presencia es dinámica y cambiante. De ahí la necesidad de que el proceso educativo conecte con los valores de cada época en una intención de esclarecimiento, profundización, jerarquización y asimilación. Los valores relativos a la salud están más o menos presentes en todas las épocas sociales, pero quizás nunca con tanta profusión, variedad y a veces fanatismo como en la actualidad. Digamos que constitu-

yen una oportunidad y también un desafío para los educadores en salud.

- En la persona no existen, como es sabido, comportamientos estancos. Todo en ella está dinámicamente interrelacionado. Por eso la educación personal debe ser armónica, so pena de ser conformadora de monstruos. Lo mismo ocurre con el organismo social. Todo en una comunidad está sometido a la interacción de fuerza e influencias y la convergencia coherente de las mismas en una intención global y objetivo común debe ser abordada de continuo por los educadores. No tendría, pues, sentido una acción de educación sanitaria que no esté abierta a la vida heterogénea y compleja de la comunidad.
- En fin, otra aproximación al título de este apartado vendría por la consideración de la herencia y el ambiente como factores determinantes de los rasgos constituidos de las personas, sobre todo en sus dimensiones psíquica y social, y el cuidado del ambiente es un referente básico de la comunidad, aunque sea siempre en interacción intra e interpersonal.

Acciones de educación en salud como intervención socioambiental en la comunidad. Tanto las personas como los grupos están ubicados en una comunidad. Pero ni las personas ni muchos grupos homogéneos y limitados, como ya se ha adelantado, apuntan directamente a la comunidad sino a colectivos o ambientes con nombres y apellidos determinados: tal grupo familiar, tal aula, tal grupo de hemofílicos, etc.

Recogemos en tres supuestos prácticos las características principales que deben presentar total o parcialmente los programas de educación sanitaria para ser considerados intervenciones socioambiental en la Comunidad.

“ La recuperación de formas de medicina menospreciada no hace disminuir la deformación y desorientación de la población ”

“ Todo educador sanitario se convierte en un emisor que intenta transmitir su mensaje generador de salud poniendo en juego todos los elementos de la comunicación interpersonal ”

■ El primer supuesto sería un programa concebido y realizado para sanear el ambiente de una Comunidad. Puede ser el ambiente general en todos sus componentes, o, de otra manera, en relación con las tres dimensiones de la salud: física, psíquica y social. Puede ser, más bien un ambiente específico, distinguiendo siempre entre el físico, psíquico y social: aunque nunca es posible ni deseable impermeabilizar ninguno de estos tres aspectos, sí lo es poner cualquiera de ellos en relieve y como objeto de atención y acción preferenciales. Este primer supuesto sería, pues, un programa de educación medioambiental total o parcial.

Cualquier punto de partida es válido. En relación con el medio físico: los humos de una fábrica, los desechos acumulados, las aguas contaminadas, la adulteración de alimentos, el deterioro de un río, la recogida de basuras, la contaminación generalizada. Las conexiones con el ambiente psíquico son también innumerables: la estructura demográfica —casos problemáticos de densidad y grados de concentración/dispersión de la población con sus múltiples consecuencias de todo tipo—, tal estratificación social y económica, manifestaciones significativas de insuficiencias de integración y cohesión social en forma de conductas desviadas —delincuencia, alco-

holismo, drogas, suicidio—, incidencia o prevalencia de ciertos trastornos mentales, situaciones de deseducación sanitaria, recursos sanitarios deficientes.

Todo lo expuesto, como es obvio, guarda relación con la dimensión social de la salud, pero existen también datos más directamente sociales de los que poder partir para una acción educativa en salud ambiental: deficiencias o planes sobre equipamiento sociocultural, de comunicación y esparcimiento como bibliotecas, hemerotecas, videotecas, asociaciones, clubs, teléfono, radio, entidades deportivas, cines, televisión, bares, tabernas.

En cuanto a los destinatarios, todos los miembros de una Comunidad lo son respecto a un programa de educación ambiental. Como individuos y como grupos. Habrá aspectos y temas que interesen de modo más directo a colectivos y personas en concreto, pero nadie debe sentirse ajeno y, por ende, todos deberían quedar interpelados.

Otra característica de un programa de intervención comunitaria es la composición plural y polivalente del equipo o equipos que lo elaboren y realicen. En la medida de lo posible, todas las fuerzas e instancias vivas de la Comunidad deberían estar representadas. Se conseguiría así la presencia activa del máximo número de recursos humanos, a los que van inherentes multitud de recursos materiales: representantes de los servicios sanitarios y sociales, de las instituciones educativas, de los grupos profesionales implicados en trabajos de proyección comunitaria, de grupos de pertenencia y referencia, de organizaciones de voluntariado, de asociaciones de diverso interés sociocultural.

La integración de todos estos recursos en un equipo de reflexión y acción debe garantizar la necesaria coordinación y convergencia armónica de todas las fuerzas e influencias que están implícitas, ofreciendo un abanico de responsabilidades dentro de una coresponsabilidad común.

Como se ve, este primer supuesto práctico es comunitario al cien por cien: objetivos, contenidos, destinatarios, equipo educativo, recursos varios.

■ Un segundo supuesto práctico contempla la acción educativa no sobre ambientes más o menos generalizados de la comunidad sino sobre colectivos específicos más o menos amplios, en los que convergen grupos o personas también más o menos heterogéneos si bien directamente relacionados con el contenido del programa en cuestión: programa educativo interescolar, para amas de casa, interempresarial, para grupos de personas en riesgo versus delincuencia, suicidio, tóxicos o trastornos varios, para grupos de autoayuda, para asociaciones y entidades de distintas características.

Estos programas comunitarios de educación en salud se pueden plantear desde cualquier instancia comunitaria. Es bueno que se planteen desde sectores sociales no pertenecientes al aparato sanitario, para ir superando la concepción medicalizada de la salud e ir favoreciendo el protagonismo individual y de grupo a este respecto. No obstante, son los profesionales de la salud —y más especialmente los equipos de atención primaria— quienes, por oficio, deben promocionar estos programas cuando no hay otras instancias y fuerzas que lo hagan. En todo caso, es importantísimo que colaboren en cualquier programa comunitario que surja, contribuyendo así a la superación del modelo terapéutico con la típica relación médico/paciente.

Es asimismo deseable en programas concebidos según este supuesto práctico que los equipos que han desarrollado revisitan, hasta el grado máximo posible, las mismas características de composición que los equipos realizadores del supuesto primero.

■ Existe un tercer supuesto o vía para la realización de programas específicamente comunitarios. Muy al alcance de los profesionales de los sectores de enseñanza y salud.

El profesor con los alumnos de su aula, el equipo de atención primaria con el grupo de pacientes que frecuentan la consulta, el médico de hospital con su grupo de internados, en resumen, todos los profesionales y responsables, descritos como agentes posibles de acciones ordinarias de educación en salud, con los grupos de personas que les están vinculados pueden realizar acciones más ambiciosas de corte comunitario en el que quede también superado el modelo terapéutico médico y el modelo educativo ordinario, sea o no de corte tradicional.

Dos condiciones deben cumplirse para ello: asegurar la proyección y dimensión comunitarias de la acción o programa a realizar, tal como se ha venido razonando; sobrepasar el marco de la persona o equipo que ordinariamente realizan las acciones de educación en salud, dando cabida a representantes de otros centros, de otras profesiones, de otras instituciones sociales como en los supuestos primero y segundo, aunque, como es obvio, con menor abundancia e intensidad.

Metodología específica de los programas de intervención socioambiental en la comunidad. Existe una metodología que se adecúa especialmente a los programas de educación sanitaria, de dinámica y contenido comunitarios. No se trata de una invención de los expertos del sector —la fases de esta metodología son reconocibles con otros nombres en experiencias diversas reseñadas en la historia de la pedagogía o practicadas según fórmulas más o menos estereotipadas por movimientos asociativos—, pero es evidente que los educadores sanitarios van dejando en la metodología su aportación original.

El proceso metodológico en cuestión puede ser dividido en un número mayor o menor de fases. Lo más frecuente en el sector de la educación sanitaria es distinguir cuatro: un balance socio-sanitario de la situación que se quiere abordar, una programación de respuestas-solución, la realización del programa y la evaluación del proceso y de los resultados obtenidos. Por supuesto, este mismo proceso metodológico es utilizado en diversos ámbitos de la sanidad —por ejemplo, en salud pública—, sin referencia a la educación en salud.

BALANCE SOCIO-SANITARIO DE LA SITUACIÓN A ABORDAR

Delimitada la situación de la que se parte y decidida la amplitud del abordaje educativo que se pretende para la misma, dos tareas se imponen de inmediato: recoger toda clase de datos informativos, objetivos y subjetivos, tomando como referentes los indicadores preestablecidos y utilizando las técnicas sicosociológicas al uso; presentarlos de forma adecuada, guiados por la intención general del programa.

Recogida de datos

Cuando se habla de datos objetivos y subjetivos se quiere subrayar las dos clases de información que es preciso recabar: una procedente de los servicios oficiales a través de informes, estadísticas, estudios cuantitativos, anuarios, memorias; la otra, imprescindible, proveniente de las personas implicadas de acuerdo con la amplitud del sector y objetivo inicial que se contemplan.

La primera clase de información es predominantemente objetiva (conviene valorar el grado de objetividad de los datos que se van recogiendo) y constituye una especie de estructura referencial permanente. El contenido de la segunda es, más bien, subjetivo, pero no por ello de menor interés, porque nos da la clave para llegar a las motivaciones, actitudes, necesida-



«En este proceso de comunicación son imprescindibles las actividades explicativas; de experimentación y entrenamiento; de valoración y enjuiciamiento».

des, experiencias y expectativas de la gente. Las dos clases de información son complementarias, como es obvio.

En cuanto al contenido de la información, hay que concretarlo valiéndose en primer lugar de indicadores generales. Así, siempre son útiles, en el campo de la salud, todos los datos que ayuden a un conocimiento estructural de la población que incluya los componentes de la estructura geográfica y demográfica, de la estratificación social y de la estratificación económica, como puede consultarse en cualquier manual de investigación sociológica. Son, igualmente, generales y útiles, sobre todo en relación con las dimensiones psíquica y social de la salud, los datos sobre el equipamiento socio-cultural del sector comunitario escogido para el programa de educación: servicios culturales, servicios favorecedores de la comunicación, servicios para expectativas de esparcimiento.

De los generales hay que pasar, mediante un proceso progresivo y selectivo, a indicadores cada vez más específicos de acuerdo con el tema programático de que se trate. Es imprescindible, desde luego, un suficiente conocimiento *sanitario* del sector de población escogido, a través de tasas de prevalencia e incidencia, de indicadores del grado de integración y cohesión social, de manifestaciones del estilo y calidad de vida, actitud y comportamiento colectivo, del grado de conocimientos sanitarios. Así se decantan los grupos de población que se encuentran en situación de alto riesgo y que deben constituir los grupos-objetivo preferenciales para los programas de educación sanitaria. Los indicadores deben abordar no sólo el área de los conocimientos, sino también la de las actitudes y comportamientos.

Tampoco pueden faltar, en una perspectiva siempre válida de la educación para la demanda real, datos sobre el equipamiento sanitario del sector: recursos de atención primaria, de atención especializada, de atención residencial y hospitalaria. Datos cuantitativos y cualitativos. Parámetros sobre la utilización y eficacia de los recursos, teniendo en cuenta sobre todo la vertiente de la educación sanitaria.

Para la recogida de toda esta información, hay que aprovechar según lo dicho cuantos datos oficiales existan al respecto en los servicios. Estos datos tienen que ser completados con reuniones, grupos, contactos, observaciones sistemáticas, entrevistas y cuestionarios, manejados siempre que proceda como técnicas admitidas y acabadas en el campo, sobre todo, de la investigación sociológica, que aquí no procede describir.

Tratamiento y presentación de los datos recogidos

Como es obvio, la información recogida será más o menos abundante y heterogénea según la amplitud y ambición de cada programa comunitario y según la clase de supuesto práctico. En algunos casos será tarea fácil elaborar un resumen sistematizado de todos los datos recogidos. En otros, en cambio, podrá incluso ser recomendable procesarlos por medios mecánicos, señalando entonces las preguntas cuya respuesta interesa conocer, las correlaciones que convendría formular y las medidas estadísticas a seguir. Lo importante es que el señalamiento sea imparcial y no esté sesgado de entrada por prejuicios o decisiones ya tomadas.

Cualquiera que sea la envergadura de la información y tratamiento, en la presentación sistemática de la misma se pueden utilizar las tres formas contempladas en los correspondientes manuales: descriptiva, numérica y gráfica. Lo importante es que queden bien determinados y esclarecidos los conceptos que se utilizan referidos a los distintos indicadores sociosanitarios, así como el alcance de los mismos reflejado en la situación del sector escogido para la acción, situación global y por áreas y centros de interés. Situación actual y, a ser posible, según proyección evolutiva en el futuro inmediato, al margen del efecto inducido por intervenciones programadas.

PROGRAMACIÓN DE RESPUESTAS-SOLUCIÓN

Esta segunda fase se caracteriza por un enjuiciamiento multidisciplinar de la información presentada y una programación de respuestas viables en distintos tiempos teniendo en cuenta la circularidad del modelo comunitario, por la que el final de una programación puede dar lugar al comienzo de otra.

Enjuiciamiento multidisciplinar de la información presentada

Es un momento de reflexión que sigue a la identificación de los problemas, utilizando la terminología de Freire. Se trata de responder a los circunstanciales del por qué/ cuándo/ cómo/ dónde/ de los problemas detectados. Más completo será

el análisis cuanto más numerosas las perspectivas del enfoque: desde la psicología, sociología, medicina, enfermería, asistencia social, medios de comunicación, educación sanitaria, promoción de la salud, arquitectura y urbanismo, política, ética, antropología, derecho, educación y enseñanza. Naturalmente, no se puede pretender que en el equipo realizador de un programa comunitario estén presentes e integrados, salvo casos excepcionales, representantes de todas estas profesiones. Pero sí se puede pretender y asegurar que la formación dada a los educadores sanitarios en sus niveles más elevados incluya conocimientos suficientes de todas estas disciplinas para hacer enjuiciamientos válidos desde las mismas.

Por lo demás, la participación de los simples ciudadanos de la comunidad, a través de algunos representantes con presencia activa y permanente en todas las fases del proceso, hace más imperioso un sistema de escucha y comunicación recíprocas en un intento permanente de acercamiento a la comunidad entera, en un clima de diálogo y de *estar con*, superando la actitud *bancaria* y magisterial estricta, tan justamente denunciada años atrás por P. Freire.

Programación de acción/solución

Con la información así enjuiciada, se debe proceder con toda garantía de viabilidad y aceptabilidad a programar la acción educativa. El esquema de la programación es fundamentalmente el mismo, *mutatis mutandis*, que el seguido en la introducción.

En primer lugar, habrá que fijar los destinatarios a los que se dirige la acción, que pueden variar respecto a la intención inicial. De no tratarse de la comunidad global, los destinatarios, escogidos, todavía pueden ser contemplados y agrupados en diversas coordenadas: según el orden cronológico del proceso evolutivo del ser humano, según circunstancias personales/profesionales/laborales significativas para los factores de riesgo, según grupos de pertenencia o referencia. Además de estos destinatarios finales, beneficiarios últimos de la acción, convendrá a veces contar con otros destinatarios más inmediatos e intermedios que, en un segundo tiempo, podrían ser incorporados como agentes al programa: ciudadanos con responsabilidad educativa y/o comunitaria, promotores de opinión, etc.

En la subsiguiente determinación de los objetivos, hay que distinguir entre los psicopedagógicos o educativos y los sanitarios. Los primeros tienen que garantizar que se va a llegar a las actitudes y pautas de comportamiento con ánimo de modificarlas. Teniendo en cuenta, por tanto, los componentes perceptivo, afectivo y reactivo de las actitudes y los mecanismos del comportamiento.

En cuanto a los objetivos sanitarios, constituyen la especificidad de los educativos en función de la salud ambiental, de la salud de grupos y de individuos, así como del grado deseable de protagonismo de individuos y grupos en el manejo de su salud. Hay que programar en función de objetivos no sólo inmediatos sino también a medio y largo plazo.

En relación con los destinatarios y objetivos se sitúan los contenidos a contemplar, tan específicos y concretos como lo requieran las circunstancias y características. Siempre han de quedar a salvo los comunes y generales, de carácter permanente, que se refieren a los reforzadores del *valor salud*, a la defensa preventiva de la misma, a cuestiones generales sobre higiene y salud en sus tres dimensiones.

También en la metodología elegida han de ser respetados siempre los principios o premisas que se han expuesto y ser buscadas, para conseguirlo, las modalidades que atraigan a la población de modo continuado y eficaz. Incluso para la elaboración de las técnicas a desarrollar en el programa con-

viene que se impliquen los destinatarios de las acciones de intervención y no sólo el equipo responsabilizado de tales acciones. Y cuando no sea viable la elaboración, sí lo será al menos su asimilación y el correspondiente entrenamiento.

Por lo demás, la elección de la metodología de intervención ha de ser matizada teniendo en cuenta, aparte de los factores de riesgo y los grupos de personas más expuestos a ellos, las posibilidades de responder a las correspondientes necesidades a través de los servicios socio-sanitarios existentes y a través de acciones favorecedoras de la comunicación intra e intergrupo así como del interés participativo de toda la comunidad. Es decir, hay que conjugar elementos, estrategias, prioridades, recursos con que se cuenta.

REALIZACIÓN DEL PROGRAMA

Es la fase operativa, la fase de las realizaciones inmediatas y en ritmos sucesivos, echando mano de los recursos necesarios y posibles.

Siempre son posibles y deseables, como se ha señalado, los recursos humanos, encarnados en los profesionales de la salud y la educación y en otros profesionales y cargos vinculados a la salud comunitaria y a compromisos educativos. A ellos hay que añadir asociaciones de voluntariado y organizaciones o entidades con funciones enmarcables en programas de educación sanitaria y, en último término, a los propios destinatarios de las acciones educativas.

Esta es la gran riqueza posible, pero apenas aprovechada: un potencial de experiencias, de habilidades plurales, de entusiasmo y rigor profesionales, de conocimientos, de estilos de vida. Un potencial a integrar en las vías de aplicación ordinaria, desde luego. Pero cualquiera de estos recursos pueden ser incorporados en todas y cada una de las fases de un programa comunitario de educación en salud.

Por otra parte, ligados a todos esos posibles recursos humanos se presentan cantidad de recursos materiales, de organización y técnicos: instalaciones y equipamientos en centros sanitarios y docentes; libros, revistas y material informativo y de documentación; departamentos específicos de educación sanitaria; instalaciones de esparcimiento y deporte; capítulos presupuestarios abiertos a acciones de interés comunitario; empresas y escuelas con infraestructura sanitaria propia; programas de contenido educativo sanitario como planificación familiar, defensa de la infancia, atención a embarazadas, rehabilitación de toxicómanos, defensa de la vida, prevención inmunológica.

Cada equipo de educadores responsabilizados de la elaboración y gestión de un programa comunitario —como cada educador en el marco de su actividad— deben descubrir los recursos más adecuados y disponibles en las distintas fases operativas y tener la habilidad de conseguirlos y aprovecharlos. El descubrimiento y utilización de los recursos constituyen por sí mismos una manera de ir realizando el programa educativo, de la que se irán derivando progresivamente nuevas dimensiones, nuevas demandas, nuevos *inputs*.

EVALUACIÓN

Aspecto esencial e ineludible, una evaluación continuada y final constituye la preocupación permanente y la última fase de todo programa comunitario de educación en salud. Objeto de evaluación deben ser tanto la globalidad del programa y de cada una de sus etapas —balance sociosanitario, programación de respuestas y realización del programa— como las acciones concretas que se van desgranando.

La evaluación varía según la perspectiva en que es emplazada. Aquí se enumeran simplemente las tres clases de elementos en que se puede sistematizar el contenido de la evaluación: referentes, indicadores, instrumentos de medida.

■ **Referentes son los criterios de fondo** o puntos de referencia constantes. Como más generales hay que admitir y tener en cuenta los referentes de efectividad, eficiencia y eficacia. Por efectividad entendemos el impacto que el programa educativo ha causado tanto en el colectivo de destinatarios como en el de profesionales implicados. Eficiencia sería la adecuación de las realizaciones con los objetivos educativos y sanitarios, o, si se prefiere, de la fase operativa con la de programación. Eficacia, en fin, la relación coste/beneficio.

La eficacia, sobre todo, es difícil de medir porque el producto de la educación sanitaria, que siempre rinde a largo plazo, ni siquiera a largo plazo se refleja de modo manifiesto y directo como inductor de ahorro. Existen, sin embargo, indicios que orientan y que deben ser tenidos en cuenta. Por lo demás, la dificultad y complejidad del producto educativo en cualquiera de los referentes enumerados deben ser compensados con indicadores significativos concretos y con medidas rigurosas, como se expondrá enseguida.

Otros referentes, de resonancia y formulación más específicas, deben ser las directrices en las que se inspira la reforma introducida por la reciente Ley Orgánica en Materia de Salud Pública: integración organizativa y operativa de los responsables afectados, participación comunitaria en condiciones de igualdad democrática, superación de desequilibrios territoriales y sociales, el interés prevalente por la promoción de la salud y por el protagonismo progresivo de individuos y grupos en relación con la misma, así como por la perspectiva de prevención de las enfermedades.

■ **Indicadores, contruidos sistemáticamente**, con que abordar la enorme riqueza de conceptos y realidades escondidos en los referentes generales y específicos. Se trata de analizar en qué grado tales referentes han sido respetados y potenciados a lo largo del proyecto. Parece, pues, útil sistematizar los indicadores en función de las fases del proyecto, dinamizadas siempre por los referentes.

Así, en relación con la fase de recogida de información los indicadores deben apuntar al grado de colaboración recibida de los centros oficiales contratados, al número de contactos programados, a la utilidad y valía técnica de la información recogida, al acierto dado al tratamiento de la información.

De la fase de programación hay que evaluar la precisión y amplitud con que se enjuiciaron los problemas identificados, el acierto global del programa/respuesta, su viabilidad, la amplitud del campo de acción planteado, los aciertos/deficiencias en relación con los distintos elementos del programa, es decir, destinatarios, objetivos, contenido, metodología, técnicas, el éxito en la designación del equipo responsable teniendo en cuenta preparación, interdiscipliniedad, disponibilidad.

La evaluación de la fase operativa incluye puntos tan trascendentales como el grado cuantitativo y cualitativo de la participación conseguida, la efectividad y eficiencia con que se ha llegado al nivel de conocimientos, actitudes y pautas de comportamiento de los destinatarios del programa, el volumen y calidad de los recursos utilizados tanto humanos como materiales, las circunstancias de organización, valía técnica y encuadre pedagógico de las distintas intervenciones.

En fin, aunque puede parecer a primera vista un exceso obsesivo y kafkiano, es muy conveniente que alguien externo al equipo responsable enjuicie con solvencia y prestigio reconocidos el rigor con que éste ha efectuado la evaluación permanente y final del proyecto.

■ **Los instrumentos de medida** tienen que ser puestos, y por tanto escogidos, al servicio de la evaluación técnica.

Es necesario subrayar que en los programas comunitarios de educación en salud no cuentan sólo los resultados sino el proceso mismo y éste debe ser objeto de evaluación cualitativa más que cuantitativa. El proceso en sí puede constituir un eficaz aprendizaje de las relaciones humanas y de la comunicación y, por tanto, una fuente de salud psico-social. Por eso, un proceso comunitario bien llevado, aunque no desemboque en resultados cuantificables, puede convertirse en una acción educativa muy estimable. Por otra parte, es bien sabido que las realidades, cuanto más humanas, más rebeldes resultan a la medida y, en consecuencia, no pocos aspectos de un programa educativo —sobre todo a corto plazo— son prácticamente inmedibles.

Dicho esto, no hará falta esforzarse en ilustrar la necesidad y utilidad de los instrumentos de medida cuantitativa en toda evaluación rigurosa. Cuando más especificativo y aislado sea el programa educativo desarrollado, más pertinente y viable será la medida cuantitativa. El método experimental permitirá, en este sentido, la conexión de la situación pre/programa con la post/programa para cuantificar las diferencias significativas.

Los instrumentos de medida cuantitativa, como es obvio, vienen dados a la educación en salud de los ámbitos de la psicología, sociología, pedagogía experimental e investigación sanitaria. El educador sanitario, en su nivel máximo de preparación, debe estar capacitado para orientar y dirigir su utilización.

Algunas aplicaciones de intervención en la comunidad. Digamos, para terminar, que las aplicaciones de la educación para la salud en programas de intervención socioambiental en la comunidad pueden ser, y están siendo de hecho, variadísimas. La referencia de acciones llevadas a cabo y publicadas o dadas a conocer en congresos podrían ser interminables.

Sin ningún afán de sistematización ni de ordenación preferencial, desgranamos algunos pocos de los innumerables títulos de que disponemos. Se trata de programas de intervención que se han realizado en relación a diversos temas.

- Los niños y la publicidad sobre el cigarro.
- Cambios de comportamientos versus salud en barrios de distintas urbes.
- Lucha contra enfermedades endémicas.
- Mejora del ambiente general en hospitales.
- Participación de la juventud en la donación de sangre.
- Estrategias para la promoción de la educación sanitaria en las escuelas.
- Prevención de la mortalidad infantil.
- Promoción de dietas sanas.
- Comportamientos en el contexto de la enseñanza secundaria.
- Prevención y detección precoz del cáncer.
- La salud en ambientes de trabajo.
- Prevención de accidentes domésticos infantiles.
- Los cuidados en salud de los cuidadores de la salud.
- Implicación de Asociaciones de Voluntariado en la educación para la salud.
- El desarrollo de la educación sanitaria en las realizaciones de salud ambiental.
- Grupos de Autoayuda: Obesos. Diabéticos. Exalcohólicos. Exdrogadiclos. Enfermos funcionales...
- La educación para la salud en las farmacias.
- El ejercicio profesional de enfermería y la Eps.
- Posibilidades de Eps. en las nuevas tecnologías sanitarias.
- Creencias y costumbres respecto a la salud.
- La salud social en una ciudad pequeña.
- Los autocuidados en el hogar.

- Conocimientos y comportamientos sexuales en la pubertad.
- Bebidas alcohólicas en la adolescencia.
- Salud mental y grupos de riesgo.
- La mujer y el tabaco: experiencia de intervención.
- Los jóvenes y las adicciones.
- Educación y salud comunitaria: experiencia piloto.

Y así podríamos seguir con un listado interminable. Creemos que el que se ofrece es suficiente para sugerir y estimular.

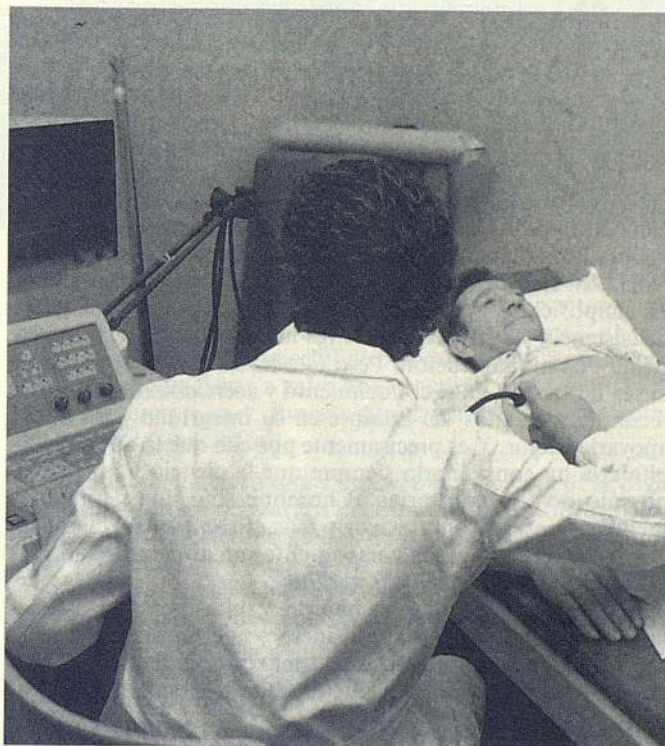
BIBLIOGRAFÍA

- ANDERSON, R. (1983): *Health promotion: an overview*. Documentación fotocopiada. O.M.S.
- ANDERSON, R. (1984): *Promoción de la salud: estado del arte*. O.M.S. Documentación fotocopiada.
- BANTAM BOOKS (1981): *Health for the whole person*. New York.
- BARTOLI, P.: *Pratiche sociali e modelli culturali relativi a la malattia, alla salute e alla medicina*. Documentación fotocopiada. U. Perugia (1984).
- CAMPBELL, G. (1981): *Hacia un modelo de interacción escuela-comunidad. II*. Documentación fotocopiada. Southampton.
- CAPARRÓS, N. (1975): *La crisis de la familia*. Madrid.
- CLEMENTE DEL CASTILLO, M.^a J. (1984): *Educación Sanitaria Intrahospitalaria*. En *Experiencias y Recursos de Educación Sanitaria*. Madrid.
- COBO MEDINA, C. (1984): *Situación emocional del Niño Hospitalizado*. En *Experiencias y Recursos de Educación Sanitaria*. Madrid.
- DRAIJER, J. G. H. (1985): *Formation initiale et formation continue des enseignants en matière d'éducation sanitaire*. Documentación fotocopiada. Int. Sump. Luxemburgo.
- DOONER, BOB (1984): *Promotion des programmes axés sur le mieux-être dans le hôpitaux*. En *Education Sanitaire*, vol. 22, n.º 4, Canadá.
- ELDAR, R. y E. (1983): *Un lugar para la familia en la vida del hospital*. Fotocopia de Foro Mundial de la Salud, vol. 4, Israel.
- FEND, H. y SCHRÖER, S. (1985): *School as a health-promoting community*. Documentación fotocopiada. Int. Symp. Luxemburgo.
- FERRARI MORI, A. (1981): *La metodología dell'educazione sanitaria una proposta di intervento*. Documentación fotocopiada. U. Perugia.
- FERRATER MORA, J. (1975): *Diccionario de filosofía*. Madrid.
- GARCÍA HOZ, V. (1970): *Educación personalizada*. Madrid.
- GARDE, E., RAFAEL (1976): *Educación Integral y Salud Mental*. N.º 21 de la Colección Cuadernos para la Educación en Salud Mental de la Dirección General de Sanidad. Madrid.
- GARDE, E., RAFAEL (1975): *La violencia, amenaza para la salud psíquica en la escuela*. N.º 13 de la Colección ídem de ídem.
- GARDE ENCISO, R. (1975): *Sanciones escolares y salud mental*. N.º 2 de la Colección ídem de ídem.
- GARDE ENCISO, R. (1977): *Trastornos de la conducta infantil*. N.º 25 de la Colección ídem de ídem.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. Departament d'Ensenyament i de Sanitat (1985): *Educació per a la salut a l'escola*. (2.ª edición). Barcelona.
- GERVÁS, J. J. y otros (1984): *Experiencias de Educación para la Salud en Atención Primaria*. En *Experiencias y Recursos de Educación Sanitaria*. Madrid.
- GETAFE, C. M. S. (1984): *El Servicio de salud escolar*. Documentación fotocopiada. Madrid.
- HAQUENOER et FURON (1983): *Le comportement en milieu du travail. Probleme d'éducation pour la santé*.
- KICKBUSCH, ILONA (1981): *Involvement in health: a social concept of health education*. N.º 4 de *International journal of health education*.
- KICKBUSCH, ILONA (1984): *Promoción de la salud. Una tipología*. OMS. Documentación fotocopiada.
- KOLBE e INVERSON (1981): *Integración de los esfuerzos de la escuela y de la comunidad para promoción de la salud: estrategia, política y métodos*. Documentación fotocopiada. Southampton.
- LABADIE, J. (1985): *Les enjeux de l'éducation pour la santé, comme obstacles à la santé pour tous*, Faculté Médecine. Burdeaux.
- LAIN ENTRALGO (1961): *Teoría y realidad del otro*. Madrid.
- LECLERQ, D. (1983): *Psychologie educationnelle et approches multimedias en education sanitaire*. Université de Liège. Documentación fotocopiada.
- LOUVAIN, Université (1984/85): *Les formations en éducation por la santé*. Programme.
- LOWELL LEVIN (1984): *Salud-La última enfermedad*. OMS. Documentación fotocopiada.
- MAES, L. (1981): *Papel de los servicios de salud escolar en los programas de educación para la salud en la escuela*. Southampton. Documentación fotocopiada.
- MALCOM S. WEINSTEIN (1983): *Promoción de la salud y cambio de estilo de vida en el lugar de trabajo*. Documentación fotocopiada. OMS.
- MILTON, I. ROEMER (1984): *The value of Medical care for health promotion*. En: *American Journal of Public Health*, 0036/1984.
- MODOLO et SEPELLI (1981): *Educazione Sanitaria*. U. Perugia.
- MODOLO, M. A.: *Estrategia educativa para los programas de política sanitaria*. Documentación fotocopiada. U. Perugia.
- MODOLO, M. A. (1985): *Formación de los educadores sanitarios*. Documentación fotocopiada. U. Perugia.
- MODOLO, M. A. (1985): *I sistemi sanitari influiscono sulla impostazione e attuazione dell'educazione sanitaria*. Documentación fotocopiada, de la revista: *L'Igiene Moderna* (1985): 83, 3-19. U. Perugia.
- MORGALL, J.: *Salud para todos en el año 2000: el papel de la educación para la salud*. Documentación fotocopiada. OMS.
- MUÑOZ, P. E. et al. (1978): *Plan de Asistencia Sanitaria de Navarra, Psiquiatría*. Diputación Foral de Navarra. Pamplona.
- NÁJERA, PILAR (1985): *Los programas de las escuelas de medicina en España y en otros países europeos*. Documentación fotocopiada. Madrid.
- O'BYRNE, D. (1984): *New approaches to Health Education in primary health care*. Documentación fotocopiada. Working group. Budapest.
- OMS (1984): *Buts regionaux proposés dans le cadre de la strategie regionales de la santé pour tous*. Documentación fotocopiada. Office for Europe.
- OMS (1983): *Estilos de vida y su impacto sobre la salud*. Documentación fotocopiada.
- OMS (1979): *Formulating strategies for health for all by the year 2000*. Documentación fotocopiada. Geneva.
- OMS (1985): *Healthy lifestyles of young people*. Documentación fotocopiada.
- OMS (1984): *Health promotion: concepts and principles*. Documentación fotocopiada.
- OMS (1983): *Nuevas políticas para educación sanitaria en atención primaria de salud*. Documentación fotocopiada.
- OMS (1983): *Nuevos métodos de educación sanitaria en la atención primaria de salud*. Documentación fotocopiada.
- OMS (1982): *Promoción de la salud y estilos de vida*. Documentación fotocopiada.
- OMS (1973): *Promoting health in the human environment*.
- PISHAROTI, K. A. (1975): *Health education in inironmental health programmes*. OMS.
- P. LIEDEKERKEN et al. (1985): *Policy development of patient education in Dutch Hospitals*. Netherlands.
- ROF CARBALLO (1973): *El hombre como encuentro*. Madrid.
- ROF CARBALLO (1976): *La familia, diálogo recuperable*. Madrid.
- SAAN, H. (1981): *The school-community interface in health education*. Documentación fotocopiada. Utrecht.
- SAINZ MARTÍN, MARÍA (1984): *Educación para la Salud*. Madrid.
- SAN MARTÍN, H. (1979): *Ecología humana y salud*.
- SEPPILLI, A. (1985): *Definizioni di Educazione Sanitaria*. Documentación fotocopiada. U. Perugia.
- SEPPILLI, A.: *La popolazione: soggetto del sistema sanitario*. Documentación fotocopiada. U. Perugia.
- SIERES, J. (1985): *Education a la santé, education á la vie*. Louvain. Documentación fotocopiada.
- STANDARD, K. y KAPLUN, A. (1983): *Educación sanitaria: nuevas tareas y nuevos criterios*. Documentación fotocopiada. OMS.
- STREHLOW, M. S. (1983): *Education for health*. Harper and Row, Publishers. London.
- TIBBS, G. y RANDELL, J. (1985): *The certificate in Health Education*. London. Documentación fotocopiada.
- TONES, K. (1981): *Approches to professional training*. U. Of Southampton. Documentación fotocopiada.
- VALLEJO VILLENA, M.^a R. (1984): *Experiencia y Recursos en Educación Sanitaria en la Unidad de Hospitalización a Domicilio*. En *Experiencias y Recursos de Educación Sanitaria*. Madrid.
- VALLS S. DE PUERTA, A. (1984): *El hospital pediátrico en la educación para la salud*. N.º extra de *Jano Medicina y Humanidades*, págs. 40 y ss. Madrid.
- WILLIAMS, T. (1985): *Educación Sanitaria en la Escuela. Desarrollo de un programa nacional*. U. de Southampton. Documentación fotocopiada.
- WILLIAMS, T. (1981): *Educación sanitaria y relación escuela-comunidad. I*. Documentación fotocopiada. Southampton.
- WILLIAMS, T. (1985): *H. Education: The teacher, the school and the community*. Documentación fotocopiada. Int. Symp. Luxemburgo.

3. REFLEXIONES SOBRE LOS CAMBIOS EN LA ASISTENCIA A LOS PACIENTES DURANTE LOS ÚLTIMOS 50 AÑOS

Joaquín Plaza Montero

El doctor Plaza, médico que ha actuado durante toda la segunda mitad del siglo XX, especializado en la asistencia al ser inmaduro, como es el niño y el adolescente, que ha ejercido siempre como generalista y que ha tenido la oportunidad de simultanear la actuación de pediatra de cabecera con la de pediatra hospitalario e incluso, durante más de 40 años, ha ejercido las más altas responsabilidades en la asistencia: Jefe de equipo médico, Director médico de hospital y Director asistencial del mismo. Y con directa responsabilidad en el cambio estructural y tecnológico del Hospital San Juan de Dios de Barcelona. Hoy escribe desde el presbiterio de su prolongada experiencia en la palestra de la transformación sustancial de la asistencia sanitaria.



«Trascendencia para encontrar los adecuados estímulos profesionales que les mantengan la ilusión y los impulsos de progresión».

Partimos de la base de que la esencia del espíritu juandiano reside en remarcar que la meta y fin, el objetivo de la actuación sanitaria, es el **hombre**. La **persona humana** en el sentido integral de la palabra con toda la carga orgánica, psicológica, social y espiritual que encierra.

La **enfermedad** como un estado real o aparente de pérdida de la normalidad orgánica o psíquica, que conlleva un desequilibrio en toda la personalidad del hombre y con él una pérdida del estado de salud o **bienestar orgánico, psíquico y social**, no es más que una circunstancia de la persona humana, del **hombre**.

Pero es un hecho real y cotidiano que con las inquietudes por ayudar al **hombre** a recuperar su salud, los avances en los conocimientos y en las posibilidades de actuación asistencial han posibilitado unos logros conceptuales y tecnológicos que han llegado a desbordar las más amplias previsiones y hoy podemos decir que incluso las más increíbles fantasías. La realidad ha superado ampliamente los sueños de los **actores asistenciales** y su adentrarse en las marañas de sus papeles les hace perder con suma frecuencia la perspectiva del **protagonista**. Se alejan de él al intentar dominar con la necesaria eficacia sus papeles en la actuación.

Tres fenómenos fundamentales han ocurrido, a nuestro entender, en el campo de la asistencia sanitaria que la han transformado en sus mismas esencias, que la han hecho totalmente diferente a la que, con toda la eficiencia que ha logrado demostrar con sus resultados, se podía ejercer no hace más allá de 50 años. Y estos fenómenos fundamentales los podemos enunciar así: **especialización, trabajo en equipo y organización gerencial**.

E incluso nos atreveríamos a incluir un cuarto fenómeno que, según nuestra experiencia, no ha dejado de influir de un

modo decisivo como es la *difusión de la información científica* unida a la *elevación de la cultura sanitaria* entre la población en general.

Fenómenos todos ellos que encierran en sí mismos unos factores positivos, innegables de progreso y de mejoría en la asistencia; pero que no dejan de presentar también múltiples facetas negativas que los pueden transformar en rémoras o verdaderos impedimentos para lograr los fines esenciales de la asistencia sanitaria. O al menos, y esto resulta innegable por evidente, la complejizan y hacen mucho más difícil de alcanzar sus últimas esencias de humanización, de cercanía al hombre. Y es precisamente a desentrañar esas facetas negativas de los fenómenos asistenciales del momento actual y a los modos como entendemos que podrían subsanarse, a lo que queremos dirigir estas reflexiones.

“Tres fenómenos fundamentales han transformado la asistencia sanitaria: especialización, trabajo en equipo y organización gerencial”

“La difusión de la información científica unida a la elevación de la cultura sanitaria han influido de modo decisivo en esta transformación”

Porque se ha llegado a afirmar que la tecnología y la complejización de la asistencia son contrarios a la humanización. Corrientes de opinión se han mostrado en muchos momentos inclinadas a defender una simplificación de la atención asistencial en su inquietud por no perder la cercanía al paciente. La simplificación puede sin duda hacer más fácil y asequible la asistencia y más ostensibles las muestras externas y superficiales de humanización. Pero ésta ha de consistir, para que lo sea de verdad, en el conocimiento y acercamiento a los más recónditos arcanos del hombre en su integridad para poder apoyarlo mejor. Y es precisamente por ello que la Orden Hospitalaria ha considerado siempre que la ciencia y la técnica, no sólo no son contrarias al hombre, sino que permiten y facilitan conseguir una mayor y más eficaz humanización en el trato y atención de la persona enferma al permitir un más eficaz acercamiento a tales arcanos.

Ciencia y tecnología no han de resultar contrarias a humanización. Hoy podría considerarse deshumanizada toda asistencia que no aprovechase al máximo todas las posibilidades de aquéllas en un uso equilibrado y prudente.

La *especialización* permite al personal sanitario y de una manera concreta al médico, un conocimiento más profundo de determinadas facetas del paciente y un mayor dominio de la técnica necesaria para conseguir este conocimiento y con ello para actuar en la corrección de sus posibles desviaciones. Pero conlleva necesariamente para cada uno de los actores de la asistencia una reducción del campo de actuación y por lo tanto una deformación de la perspectiva de su visión del hombre en su integridad.

La *especialización* se ha hecho hoy no sólo necesaria sino imprescindible, no ya para el dominio en profundidad de la mayor amplitud de conocimientos, sino también porque se ha hecho necesaria la utilización al máximo de los principios de las ciencias básicas para poder comprender los misterios biológicos del ser vivo y sus reacciones frente al ambiente. Hoy las ciencias de la salud como la Medicina y la Enfermería, así como la Farmacia, requieren imperiosamente la colaboración

directa y constante de ciencias básicas como la Psicología, la Bioquímica, la Biofísica y la Matemática. Ya no se trata sólo de que los profesionales sanitarios puedan consultar con otros profesionales, sino que han de poder colaborar estrecha y continuamente con ellos.

Si dentro de sus propios campos las ciencias de la salud requieren una especialización por parte de quienes las ejercen, la asistencia sanitaria ve irrumpir dentro de sí otros profesionales especializados, psicólogos, bioquímicos, biólogos, biofísicos y estadísticos, que ejercen directamente verdaderas acciones asistenciales.

Pero además, la meta de la atención universal e integrada del hombre en todas sus facetas induce a la incorporación a las labores asistenciales directas a otros profesionales que puedan adentrarse en los aspectos sociales y espirituales del paciente; la enorme complejización del entorno del mismo así lo exige. Y de ahí nace la necesidad de asistentes sociales, sociólogos y sacerdotes. Y por si fuera poco, los planteamientos que suscitan las posibilidades de actuación sobre el hombre, llevan a los límites de la conducta moral, de la Ética. Nuevos profesionales ocupados de los problemas bioéticos irrumpen también en el campo sanitario.

La complejidad del conjunto de *actores asistenciales* está servida.

Aquella medicina individualizada, ejercida por un único profesional médico, apoyado en todo caso por un profesional de Enfermería, que trataba de *curar cuando podía, de aliviar en ocasiones y de consolar siempre* a su paciente e informar a su entorno sobre el pronóstico del trastorno, se ha perdido para la inmensa mayoría de las actuaciones asistenciales, si no es para aquellas que puedan representar exclusivamente consejos y orientaciones ante temores poco justificados o para emprender con mayor seguridad caminos de prevención o de actuaciones especializadas.

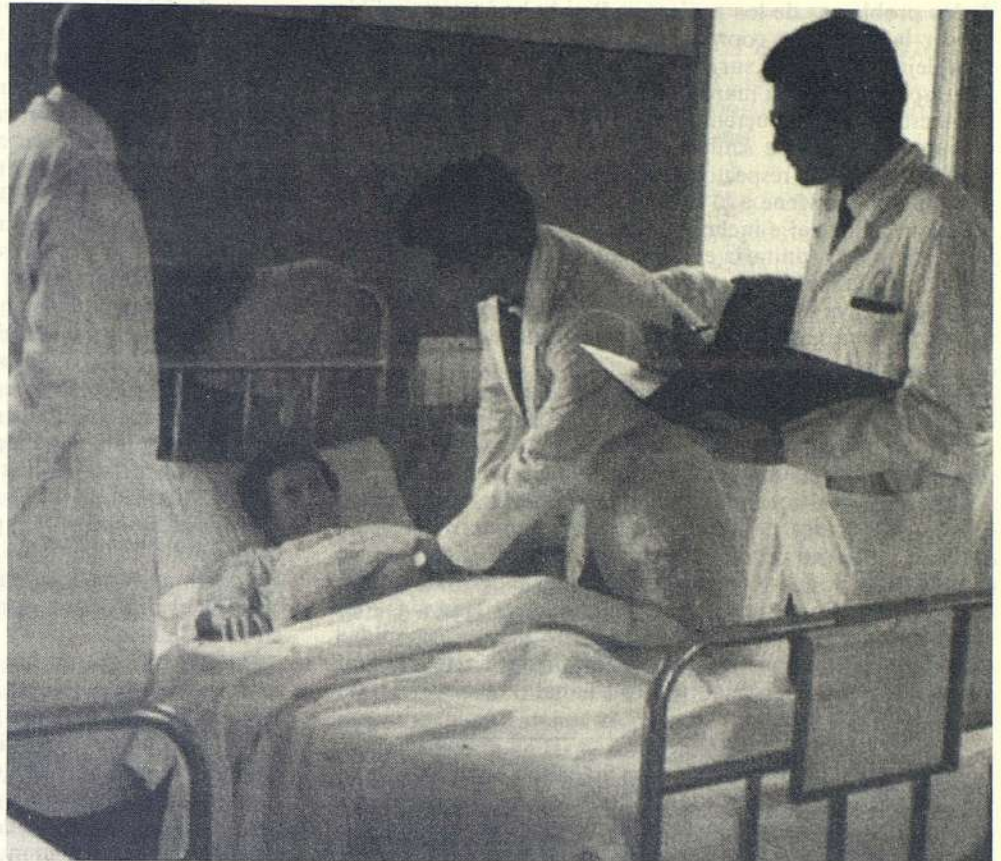
Hoy día la inmensa mayoría de las actuaciones diagnósticas, base ineludible de las posibilidades de establecer un pronóstico fundamentado y de llevar a cabo las acciones terapéuticas que tan eficaces se muestran, requieren la actuación de un *equipo complejo* de profesionales que sean capaces de aplicar las tecnologías al servicio de la asistencia al hombre enfermo.

Y esta *labor de equipo* comienza ya por la complejización del grupo asistencial que lleva a cabo la acción asistencial directa: médicos y enfermeras. Dentro de una misma especialidad se requieren cada vez más, diversos individuos que cultiven facetas que pueden ser diferenciadas y sobre todo que, con la necesaria incorporación sucesiva en el tiempo, permita la transmisión, mantenimiento y perfeccionamiento de las experiencias para poder dar la imprescindible continuidad a la actuación en el curso de los años ante nuevos pacientes. Es la inexcusable acción de formación de nuevos especialistas y de formación continuada de los ya formados que no puede hallar otro foro que la actuación directa.

Naturalmente que tal actuación ha de estar guiada en todo momento por la experiencia de los más formados y ha de ser necesariamente coordinada por unas líneas directrices que se adapten en todo momento a las necesidades. Y así surge nuestra concepción de *equipo asistencial*, como:

«Aquel grupo de profesionales que actúan sobre el paciente bajo las directrices y coordinación de un jefe que, a su vez, labora coetánea y cotidianamente con ellos en la labor».

Este tipo de equipos lo vemos surgir de una manera que puede considerarse natural y lógica, aparte de las facetas de formación que hemos señalado, derivados de la complejiza-



«Vemos la figura del generalista de cabecera como la de un *senior* de la medicina capaz de participar en diálogos con profesionales que dominan distintos campos con mayor profundidad pero a los que puede aportar su mesurada visión de integridad y perspectiva».

ción de la asistencia y de la necesidad de que ésta halle una continuidad y permanencia imposible de proporcionar por un individuo o un corto número de ellos.

Pero ya hemos apuntado anteriormente que no se limitan hoy los problemas a la actuación de equipos de personas que cultivan una misma especialización, sino que continuamente surge la necesidad de acudir para un mismo paciente a la actuación de diferentes especialidades e incluso de diferentes profesiones en una actuación que hemos de considerar como *multidisciplinar*. Y esta acción multidisciplinar resulta con enorme frecuencia diferente para determinados grupos de pacientes y en múltiples ocasiones para cada uno de ellos. De ahí que los diferentes grupos de profesionales deban formarse de modo coyuntural.

Durante mucho tiempo esta acción multidisciplinar era intentada mediante el envío sucesivo del paciente a cada uno de los especialistas que se consideraban necesarios o por la consulta interprofesional directa sin presencia del paciente. Cuando la multiplicación y la diversidad de los especialistas comenzaba a dificultar de manera extraordinaria la actuación, nosotros intentamos solventar los problemas mediante la creación de las llamadas *unidades funcionales*. Desde los primeros momentos de funcionamiento del nuevo Hospital San Juan de Dios se creó la Unidad de Oncología a la que se incorporaban diversos especialistas que, sin perder la vinculación de cada uno de ellos con su equipo de procedencia, se constituían en equipo multidisciplinar para la atención de determinados tipos de pacientes bajo la coordinación de uno de ellos especialmente dedicado a la problemática de estos enfermos. Posteriormente se fueron creando diversas Unidades Funcionales que han adquirido carta de naturaleza en el Hospital.

Años más tarde, en el complejo hospitalario del Parc Taulí, se ha llevado a cabo una acción similar por medio de la

que han denominado *Organización matricial* mediante la cual determinados tipos de pacientes eran atendidos por un grupo de especialistas que se constituía coyunturalmente.

Disposiciones multidisciplinarias que, como puede apreciarse, tratan de llevar a cabo una organización más racional de la atención a muy diversas problemáticas que presentan determinados pacientes.

Y ya que señalamos una y otra vez el problema de la organización, vamos a ocuparnos del otro factor que influye decisivamente en los nuevos modos de la asistencia: la *organización gerencial*.

Una lógica e ineludible consecuencia de esta multiplicación de esfuerzos personales y de la enorme complejización de tecnologías, no podía ser otra que la elevación exponencial de los costos económicos y con ello la también ineludible necesidad de buscar fuentes de financiación y la racional distribución de los recursos. La asistencia sanitaria se convierte así en una verdadera empresa.

El mundo financiero irrumpe en la Sanidad: economistas, administrativos y gestores de personal, entran a formar parte del mundo sanitario junto a los profesionales que se ocupan

“Ciencia y tecnología no han de resultar contrarias a humanización”

“Ya no se trata sólo de que los profesionales sanitarios puedan consultar con otros profesionales, sino que han de poder colaborar estrecha y continuamente con ellos”

de los problemas de los pacientes. Resultaba imprescindible buscar la adecuada coordinación de una problemática tan compleja y de ahí que surja la figura del *gerente* como el último responsable de la marcha global de la empresa sanitaria.

A este respecto queremos señalar que para nosotros, sin embargo, la empresa sanitaria muestra unas peculiaridades muy significativas respecto al concepto de empresa que ordinariamente nos viene a la mente al considerar el mundo industrial, comercial e incluso de servicios. En efecto, por un lado la empresa sanitaria está constituida por un elevado número de profesionales altamente cualificados, licenciados y diplomados, cuya responsabilidad frente al enfermo es directa, aparte de las responsabilidades que respecto a la empresa en sí misma hayan podido adquirir.

Se trataría de una disposición muy poco piramidal en la que, por su formación y por la carga de responsabilidad directa frente al paciente, un gran núcleo de personal se encuentra más cercano a los estamentos dirigentes que a las bases. En las tomas de decisiones se han de hacer notar ostensiblemente los criterios profesionales de este importante núcleo.

En el concepto ordinario de empresa de otros campos no sanitarios solemos ver una disposición piramidal en la que un corto número de profesionales dirigen y planifican a grupos sucesivamente más numerosos que adquieren responsabilidad exclusiva frente a aquellos que los coordinan, hasta alcanzar amplias bases de personal no profesional.

“ Hoy día la inmensa mayoría de las actuaciones diagnósticas requieren la actuación de un equipo complejo de profesionales ”

“ La disposición multidisciplinar trata de llevar a cabo una organización más racional de la atención a las diversas problemáticas que presentan los pacientes ”

Por otro lado, la actuación en la empresa sanitaria no genera directamente recursos, como también ocurre en otras empresas de servicios. Pero a diferencia de éstas el producto de la empresa sanitaria ha de ser valorado mucho más en su calidad que en su cantidad. Y la valoración de la calidad de la asistencia resulta de una dificultad extrema ya que no puede ser basada fundamentalmente en la satisfacción del usuario y ha de intervenir necesaria e ineludiblemente en ella la autovaloración de los profesionales.

Hasta este momento hemos ido desgranando reflexiones sobre la complejización progresiva de la atención a los pacientes y a sus dolencias.

Pero también nosotros en nuestras reflexiones, sin darnos cuenta, hemos caído en el mismo defecto de lejanía del paciente que señalábamos al comienzo. Porque no hemos considerado aún para nada lo que puede representar para él mismo toda esta complejización y multiplicación de personas dedicadas a su atención, ni hemos reflexionado sobre el modo o manera cómo puede vivir el paciente y su entorno directo este nuevo estilo de atención a sus dolencias.

En nuestras observaciones y experiencias comprobamos cómo los pacientes y sus familias ven pasar ante sí un caleidoscopio de personajes encargados de su asistencia a los que lo rápido y efímero de los contactos no les permite ver como personas en las que poder depositar su confianza, aún cuando en muchas ocasiones les hayan de confiar su intimidad.

El sentido mágico de sus relaciones con el especialista no

se pierde del todo, puesto que sigue confiando en encontrar en él al mago todopoderoso que sepa domeñar al mal. Pero en este sentido aparece el contrapunto de desconfianza que genera por una parte el temor a las limitaciones que le pueden imponer la especialización del profesional y por otra a la intervención de aquel cuarto factor que señalábamos al principio de la elevación de la cultura sanitaria de los pacientes y familias. Esta mayor información de los hechos científicos que, necesariamente, en la inmensa mayoría de los casos resulta incompleta y a veces deformada, se une con suma frecuencia a la deformación proporcionada por informaciones difundidas por medios de comunicación sobre errores y supuestas deficiencias ocurridas en otros casos.

El paciente y la familia adoptan con frecuencia actitudes defensivas, cuando no agresivas. Actitud defensiva que comienza a difundirse ampliamente entre los propios profesionales de la salud y que conduce hoy por una parte a la proliferación de denuncias y solicitud de responsabilidades y por otra a la proliferación, innecesaria en sí misma, de complejas exploraciones técnicas, siempre costosas y agresivas. En último extremo ello conduce a una espiral de actuaciones y actitudes que facilitan muy poco e incluso impiden la cercanía del paciente y el profesional sanitario y con ello la humanización en la asistencia.

La mayor información por parte de los pacientes y de sus familias, el aumento de cultura sanitaria que tan favorable resulta en muchos aspectos, les dificulta a ellos mismos el comprender las dudas e indecisiones que pueden observar en sus cuidadores. Tal como vemos difundidos hoy los logros alcanzados en las ciencias de la salud, parece imposible que en muchos casos los profesionales no sean capaces de solucionar el trastorno. E incluso, en muchas ocasiones, esta solución se espera rápida si no inmediata. Ello hace, además, que sean muy difíciles de aceptar las minusvalías posibles o las situaciones de cronicidad en sus múltiples facetas, que se viven en muchísimos casos más como fracasos de profesionales que no como limitaciones de las posibilidades científicas. Las exigencias indiscriminadas de curaciones rápidas, completas y con *restitutio ad integrum* están hoy a la orden del día.

Y veamos ahora si de todo este cúmulo de reflexiones somos capaces de obtener, según nuestro criterio, cuáles son en esencia las dificultades y problemáticas más importantes en el mundo asistencial actual y cuáles podrían ser los caminos más idóneos para intentar encauzarlas. Ello nos permitiría proponer a diversas personalidades con experiencias y perspectivas diferentes en el mundo sanitario que nos expusieran sus opiniones en sucesivos artículos.

“ El mundo financiero irrumpe en la sanidad, de ahí que surja la figura del gerente ”

“ El producto de la empresa sanitaria ha de ser valorado mucho más en su calidad que en su cantidad ”

Cuatro facetas se nos presentan a nuestra consideración como sobresalientes:

1. Lo necesario de un diálogo positivo entre los profesionales y los pacientes y sus familias que permita una toma de decisiones conjunta y fundamentada.
2. Lo conveniente que puede resultar el favorecer la formación y el perfeccionamiento entre los profesionales de la salud y el hallar incentivos para estos profesionales, inelu-

dibles para poder superar el stress de sus responsabilidades.

3. Lo aconsejable que resulta el reducir al mínimo la burocracia de una organización empresarial y de buscar en esta organización el directo y amplio consenso entre las responsabilidades gerenciales del estamento directivo y las profesionales de los actores asistenciales.
4. Lo positivo que resultaría el poder desligar la dependencia de la financiación de la *cuantía de la producción sanitaria*.

Respecto a la primera faceta de la necesidad del diálogo positivo entre profesionales y los pacientes y sus familias, queremos señalar únicamente dos factores que, a nuestro entender, podrían ser considerados como fundamentales.

En primer lugar el tiempo del profesional. En toda organización asistencial resulta imprescindible tener en cuenta la necesidad de poder disponer de aquella serenidad de ánimo ante el paciente que permita ya de entrada poder alcanzar una anamnesis adecuada y como colofón del acto médico un diálogo positivo que permita al paciente y su familia comprender las posibilidades y finalidades de las actuaciones propuestas, así como el pronóstico que pueda derivarse y al profesional le permita conocer las verdaderas inquietudes del paciente y de su entorno familiar.

En segundo lugar la figura del médico generalista de cabecera. A nuestro parecer las peculiaridades de su formación profesional le permiten y facilitan el diálogo y entendimiento con los pacientes y sus familias y le constituyen en la figura idónea para que éstos puedan concretar la figura no caleidoscópica en quien depositar inquietudes y esperanzas. Pero además sus propias peculiaridades le permitirán aportar al equipo asistencial aquella perspectiva que facilite a todos la visión más integral y real de la persona del paciente.

Apuntamos, de momento, que nosotros vemos esta figura del generalista de cabecera lejos de la del médico poco formado que conoce superficialmente la profesión y que continuamente ha de echar mano del consejo y apoyo del especialista. Por el contrario creemos que esta figura del generalista de cabecera ha de constituirse desde la amplia experiencia de largas vivencias en situaciones de urgencias diversas y desde las vivencias con mayor o menor responsabilidad directa de situaciones críticas, junto con la suficientemente prolongada experiencia en el diálogo con diversos especialistas y una inquietud constante de llegar a comprender las complejas tramas etiopatogénicas de pacientes de muy distinta naturaleza y de alcanzar a conocer los desenlaces de muy diversas situaciones.

Vemos pues la figura del generalista de cabecera como la de un *senior* de la medicina capaz de participar en diálogos con profesionales que dominan distintos campos con mayor profundidad, pero a los que puede aportar su mesurada visión de integridad y perspectiva. Al propio tiempo que es perfectamente capaz de resolver por sí solo o con algunas consultas a especialistas, situaciones de pacientes que no requieren la intervención en profundidad de ninguno de ellos. Y como colofón a nuestra imagen del generalista de cabecera añadiríamos que lo vemos dotado de la suficiente humildad para ser un buen divulgador científico, capaz del diálogo con las familias y los pacientes y capaz asimismo de aceptar los mayores conocimientos en muchas materias de otros profesionales de su entorno para poder integrarlas en rápido raciocinio de experto al acervo de su razonamiento fisiopatológico.

“Hoy por hoy asistimos por una parte, a la proliferación de denuncias y por otra, a la de complejas exploraciones técnicas, siempre costosas y agresivas”

“La información deformada que reciben paciente y familia hace que éstos adopten con frecuencia actitudes defensivas, cuando no agresivas”

Respecto del segundo punto, de hallar los caminos para una adecuada formación y de la búsqueda de incentivos para los profesionales de la sanidad, queremos subrayar ahora la importancia que pueden alcanzar estos extremos.

En primer término volvemos a la necesidad de reservar entre las actividades de los profesionales de la salud el tiempo suficiente que les permitan el facilitar a sus compañeros más jóvenes el adquirir la experiencia en la profesión al mismo tiempo que le puedan facilitar sus propias experiencias. Y asimismo tiempo adecuado para su formación continuada que les permita estar al día en su especialidad.

Y en segundo término queremos resaltar la trascendencia de encontrar los adecuados estímulos profesionales que les mantengan la ilusión y los impulsos de progresión. En la inmensa mayoría de las ocasiones hemos visto reducidos estos incentivos a los aumentos de retribución al acceder a puestos de jefatura de equipos.

Muchas vías han de estar abiertas para alcanzar el objetivo de nuevos incentivos. Facilitar la confección de publicaciones científicas, de participación en reuniones y congresos, de acceder a premios. Como es lógico la mayoría de estos caminos estará ligado a facilitar trabajos de investigación que en el campo de la salud no necesariamente han de ir unidos a la experimentación, pero sí requieren actividades no directamente relacionadas con la atención a los pacientes. Hemos de tener presente que una gran mayoría de profesionales del campo de la sanidad no están preparados ni han de tener condiciones para ejercer jefaturas de equipos y sin embargo pueden estar magníficamente dotados para todos estos tipos de trabajo. Y habría que buscar incentivos de reconocimiento profesional que subrayasen adecuadamente la posición de los profesionales en los equipos asistenciales en base a estas otras cualidades.

Respecto al tercer punto que ha sido señalado, el de la necesidad de reducción de la burocracia, resulta algo tan evidente después de las experiencias vividas que sólo queremos resaltar al respecto la peculiaridad que presenta toda actividad sanitaria de que en múltiples ocasiones se requieren decisiones inmediatas que pueden incluso obligar a soslayar normas y documentaciones requeridas en una organización administrativamente regida.

Y, por último, queremos señalar la trascendencia que puede tener el logro del cuarto punto señalado: la posibilidad de independizar la búsqueda y obtención de recursos financieros de la «cuantía» de la actuación asistencial. Profesionales sometidos a la ineludible necesidad de *aumentar su producción* de pacientes atendidos no serán, desde luego, los que en mejores condiciones se encuentren para poder desarrollar el ideal del resto de condiciones de su actividad profesional.

4. BAUTISMO DE URGENCIA EN EL HOSPITAL

Miguel Martín Rodrigo

Jefe de Servicio

Miquel Pesarrodona i Brichs

Adjunto

Saveria Mannara

Agente de Pastoral

*Equipo de Pastoral
del Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona*

INTRODUCCIÓN

El Servicio de Pastoral de nuestro hospital —dado su carácter materno-infantil—, se ha visto desde siempre implicado en la administración de este sacramento. Y ello no con carácter aislado y coyuntural, sino más bien como el momento más fuerte de su acción sacramental.

Siempre se ha procurado una correcta celebración del mismo, y desde hace un tiempo se decidió dedicar un espacio de reflexión dentro del Equipo de Pastoral para valorar cuanto ello suponía dentro de nuestra misión pastoral, qué dificultades nos presentaba y qué oportunidades nos brindaba.

Pretendíamos con ello tomar conciencia como grupo de uno de nuestros signos sacramentales más específicos al tiempo que ofrecer el fruto de nuestra reflexión a la Iglesia. Somos bien conscientes que un tema como éste solamente nosotros, o alguien implicado en parecida misión, podía llevarlo adelante. Y aceptamos el reto.

De ahí que incluyésemos esta reflexión como uno de nuestros objetivos del proyecto pastoral de nuestro servicio. Y así, durante todo un curso dedicamos una serie de reuniones a poner en común, siguiendo un previo guión de estudio, las opiniones y valoraciones de cada uno de los miembros del equipo.

Basándome en las notas tomadas en dichas reuniones, se me encargó redactase el presente artículo. Así pues, en él recojo el proceso de reflexión que el Servicio de Pastoral del

Si no resulta excesivamente abundante la reflexión sobre los sacramentos de los enfermos, es prácticamente inexistente la relacionada con el bautismo de urgencia en los hospitales.

El Equipo de Pastoral del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona viene a paliar esta ausencia con el presente artículo, fruto de la reflexión que como tal equipo ha mantenido dentro de su plan de acción pastoral.

Sugere reflexión que nos abre a las grandes dificultades pastorales que supone dicha acción sacramental en tales condiciones pero que, al mismo tiempo, indica claramente las inmensas posibilidades que ofrece. Por ello, se constituye en un reto desafiante dentro de la hoy denominada «pastoral con los alejados» dentro del horizonte de la «nueva evangelización».



El Servicio de Pastoral del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, se ha visto implicado siempre en la administración del bautismo de urgencia.

Hospital Materno-Infantil Sant Joan de Déu de Barcelona ha llevado a cabo.

Es necesario advertir desde un principio que nuestra reflexión es, al menos eso pretende, una reflexión básicamente pastoral. Boredeará, inevitablemente, en determinados momentos campos teológicos, jurídico-canónicos, sociológicos. Pero Intentará en todo momento no profundizar en ellos ya que dicho objetivo escapa, en estos momentos, a nuestro propósito.

OPORTUNIDAD DE ESTA REFLEXIÓN

Nuestro deseo arranca de hace unos años. Por supuesto, con anterioridad a que el Secretariado Nacional de Pastoral de la Salud hubiera programado para el presente curso el Día del Enfermo con el lema *Celebra la Vida*, dedicado a la celebración de los sacramentos con los enfermos.

Lógicamente, el peso de lo que ha supuesto dicha jornada, ha recaído especialmente en los sacramentos de la penitencia, eucarística, y unción de los enfermos. Que yo sepa no se ha dicho nada del bautismo. Y, en gran parte, lo comprendemos. Entendemos se trata de un *casí* lógico olvido por cuanto se trata de un sacramento minoritario en relación con los anteriormente descritos respecto a su celebración con los enfermos.

No obstante, creemos que es éste un buen momento para aparecer discretamente en la escena y advertir a nuestra Iglesia que también nosotros, como presencia suya, somos elementos activos y que algo tenemos que decir en este campo. Y decirlo sin mayores pretensiones que aportar a la misma lo que supone una experiencia como la nuestra, difícil pero hermosa y preñada de posibilidades pastorales.

Nuestra voz quiere hacerse oír, principalmente, entre los sacerdotes que están al frente de las parroquias, genuina comunidad cristiana en la que se ha de sembrar, cultivar, madurar y celebrar la fe de los creyentes. Nosotros nos sabemos *vicarios* de su presencia y acción en el momento de bautizar a un niño. Es la parroquia a quien le corresponde; pero somos nosotros los que nos vemos abocados a llevarlo a cabo. Y es nuestro deseo derivar de nuevo a la parroquia bien al neófito sanado, bien a la familia que ha perdido a uno de sus miembros más entrañables.

ANÁLISIS DE LA REALIDAD

El bautismo de urgencia en el hospital no es un elemento tan extraño como en un primer momento pudiera parecer. Aquí señalamos los datos cuantitativos que recogen los bautismos de urgencia realizados en nuestro centro —con 300 camas dedicadas a pediatría y 60 a obstetricia y ginecología—, en los últimos nueve años. Son los siguientes:

Año 1985.....	32
Año 1986.....	40
Año 1987.....	27
Año 1988.....	20
Año 1989.....	26
Año 1990.....	41
Año 1991.....	31
Año 1992.....	35
Año 1993.....	25

Sin rastrear más dichos datos —aquí queda abierto un sugerente campo para la sociología—, podemos señalar determinados criterios que nos ubiquen mejor en lo que ellos significan. A saber:

1. La demanda efectuada a nuestro Servicio Pastoral es significativamente superior a los bautismos administrados. Mucha de esta demanda no es aceptada por no ajustarse

a los criterios que en el mismo nos hemos marcado para proceder al bautismo.

2. La práctica totalidad de las solicitudes que se nos realizan vienen emanadas desde unos padres que consideran oportuno dicho bautismo de urgencia. Son escasos los que se dirigen a nosotros movidos desde el aspecto afectivo de bautizarle «en este hospital que tan bien se ha portado con nosotros», y todavía más escasa la que procede de aquellos que desean «salir del hospital con todo ya arreglado». No obstante cabe advertir que las personas —ciertamente escasas— que participan de esta mentalidad resultan muy difíciles de hacerles entender que sus motivaciones no son precisamente correctas.

Ello supone un índice muy claro de que, afortunadamente, hemos ido ganando en mentalidad eclesial y que los creyentes consideran su parroquia como el *locus* adecuado para el bautismo de sus hijos.

3. Se percibe un significativo aumento en la edad de los niños candidatos al bautismo. Es un factor que se deduce claramente del proceso de secularización de nuestra sociedad en la que no pocos padres deciden no bautizar a sus hijos recién nacidos, dejándoles para que sean ellos, en el ejercicio de su libertad cuando alcancen la madurez, quienes asuman la decisión.

Un grave accidente, o una inesperada enfermedad les hace replantearse tal opción y deciden solicitar el bautismo para su hijo (que ahora tiene 6, 7..., 12 o más años).

DIFICULTADES QUE PRESENTA

No son pocas, ni superficiales. Si el sacramento del bautismo presenta ya, en sí mismo, suficientes retos a superar en la práctica pastoral habitual, fácilmente se deducirá que en una situación como la que estamos analizando, las dificultades todavía son mayores. Es preciso advertir que reseñamos aquí solamente las mismas, dando por entendido que casos hay en las que algunas de ellas, afortunadamente, no se dan en la práctica.

Podríamos sintetizar las mismas de la siguiente forma:

1. *Urgencia propia del caso.* La urgencia hace que el factor tiempo sea escaso, a veces escasisimo, y que además juegue en contra nuestra. En poco tiempo hay que llevar a término una serie de procesos que de por sí exigen un ritmo más lento y pausado.

“ El bautismo de urgencia en el hospital no es un elemento tan extraño como en un primer momento pudiera parecer ”

“ Hemos ido ganando en mentalidad eclesial: los creyentes consideran su parroquia como el *locus* adecuado para el bautismo de sus hijos ”

Y no sólo nos estamos refiriendo al tiempo cronológicamente entendido sino, también y muy especialmente, al *tiempo psicológico*. Es decir, todos cuantos nos hallamos implicados en el proceso vivimos desde el *deprisa, deprisa*. Y en ese contexto resulta difícil provocar la reflexión, afinar motivaciones, efectuar preparaciones de cualquier tipo. Hay que correr, no nos podemos detener en el camino.

2. *Situación de angustia de los padres.* Quien solicita sea administrado a su hijo el bautismo de urgencia, suele hacerlo desde la gravedad del estado del mismo, o a veces, desde la

extremada complejidad de la prueba o intervención que se le va a practicar y que pone en riesgo su vida. No siempre ha de ser ello cierto. Pero no importa: sea o no sea objetiva la gravedad, así se vive.

Lógicamente, el grado de angustia existente es, de forma habitual, bastante considerable. Y todos conocemos que la angustia es poco facilitadora de la racionalización de la demanda y de la respuesta, de la dinámica mínimamente apacible de una catequesis previa.

En ese contexto suele contaminarse la relación, el diálogo. Se pide algo que no se sabe bien qué es, pero que hay que hacerlo rápido.

3. Difusión de la demanda. En nuestra época secular y secularizada, no existe siempre un concepto claro de qué es el sacramento del bautismo. Todos estamos bautizados, pero en muchos casos es algo que queda archivado en Dios sabe dónde de nuestro proceso biográfico.

Perviven en todo caso amenazas serias del «no poder ir al cielo sin estar bautizado», que si bien durante la vida habitual no han significado mayor motivación, en el momento en el que un hijo se halla en situación de gravedad, reviven y actúan como espoleta en la demanda del mismo.

“ Todos cuantos nos hallamos implicados en el proceso vivimos desde el *deprisa, deprisa* y resulta difícil provocar la reflexión, afinar motivaciones o efectuar preparaciones de cualquier tipo ”

“ El grado de angustia existente es, de forma habitual, bastante considerable ”

Otras veces, se considera que la propia enfermedad es consecuencia del no haber bautizado al niño. Dios se venga de esa forma. El bautismo, aquí, es el deseo —consciente o inconsciente— de querer aplacar «la ira de Dios».

Finalmente, los hay que consideran que el «bautismo no le va a hacer ningún mal, sino que al contrario puede ayudarlo». En crisis los recursos que la ciencia médica pone a nuestro alcance, se recurre a la fe (?) o a la religiosidad como un medio más en busca de la ansiada sanación. El bautismo resulta en este caso un elemento más dentro de los medios mágicos y esotéricos a los que se recurre.

4. Dificultad de realizar catequesis previa. La urgencia del caso, la angustia con la que se vive el mismo, hacen extremadamente difícil llevar a cabo una mínima catequesis previa. O no hay tiempo para ella, o no existe talante adecuado para implicarse en lo que supone.

No se está para *sermones*. Y se catalogan como tales cualquier amago de clarificación que se pretenda hacer. En los esfuerzos que intentamos llevar a cabo con este objetivo, percibes en los padres una postura de *aguantar* cuanto se me diga y de no entrar en discusión alguna que pudiera dilatar lo que con tanta rapidez se exige.

5. Circuito defectuoso de información. Si la información en el mundo sanitario siempre resulta un reto del que habitualmente nadie queda satisfecho, cuando ésta se desarrolla en niveles de riesgo, todavía resulta más compleja dados los factores antes descritos. Y lo es todavía más cuando dicha información ha de entrelazar diferentes áreas (facultativos-enfermería-agentes de pastoral).

No siempre queda claro el grado de riesgo del que el facul-

tativo a informado a la familia, que, con frecuencia, tiende a magnificar el mismo. Solicitada al mismo la información no pocas veces el agente de pastoral ha de hacer de intermediario en una reconducción de ella.

6. Deficiencias en la vivencia religiosa. Nuestra sociedad, estadísticamente católica en su mayoría, vive su fe con notorias deficiencias. Una gran parte de la población apenas practica, otra tan sólo frecuenta las celebraciones en momentos específicos y muy puntuales (bodas, entierros).

Conceptos teológicos trasnochados, una eclesiología anclada en el pasado, una moral estrictamente de situación... son todo el armamento con el que un buen número de personas se acercan a nosotros.

Los más relajados y espontáneos suelen apelar a la clásica fórmula del «mire, padre, yo siempre he creído en Dios, pero los curas...». Afirmación ésta paradigmática de la contradicción conceptual desde la que se articula la fe de tantas personas. Resulta chocante que estas personas vengan ahora «a los curas», precisamente, para arreglar sus cosas con Dios.

Pero eso es lo que hay. Y en medio de esa realidad es donde se ha de celebrar un sacramento, y por si fuera poco, el primer sacramento, el fundamental.

7. Crisis del concepto/vivencia de Dios en esta situación. Si en un marco de precariedad vivencial de la fe, el concepto de Dios suele padecer un acusado subjetivismo («un Dios a mi medida»), con el que cada cual se entiende a su manera, cuando una grave enfermedad del hijo aparece, pone en cuestionamiento no sólo esa imagen, sino la de los que dicen ser entendidos.

Emerge con toda su crudeza el drama de la articulación de la omnipotencia y la bondad divina con el dolor del inocente. «O no quiere —y deja de ser bueno—, o no puede —y deja de ser todopoderoso—». Precisamente, la evolución de la pedagogía pastoral en orden a la mayor incidencia en la predicación de un Dios misericordioso, bondadoso, amigo del hombre... contribuye a entorpecer todavía un poco más este entendimiento.

Y éste no es un problema meramente conceptual, sino profundamente existencial. Se pueden tener criterios muy claros, pero la enfermedad mortal de un hijo, suele hacer saltar por los aires las estructuras más lógicas del pensamiento.

8. Diversidad de situaciones de los padres. Los nuevos tiempos hacen que, de forma frecuente, nos topemos con padres cuya situación relacional, y por supuesto jurídica, sea dispar: separados, divorciados, unión libre, madre soltera...

Esta disparidad de hecho, provoca en muchos casos al mismo tiempo, cierta disparidad de criterio respecto a la solicitud, o al menos al grado en el que se hace la misma, del bautismo.

La urgencia del caso, y el hecho de que haya sido solicitado, no crea problema jurídico alguno, canónicamente hablando, respecto al bautizo en sí. Pero contribuye en buena medida a dificultar un poco más todo el proceso pastoral que el mismo requiere.

9. Corrupción semántica. Si nos hemos lamentado de que un sacramento tan hermoso como el de la Unción de los Enfermos se haya cargado semánticamente de connotaciones de muerte, de tal forma que todavía hoy la gran mayoría del pueblo llano continúa llamándole *extremaunción*, algo parecido nos puede suceder en el tema que nos ocupamos.

El bautismo *normal* se rodea de un ambiente festivo, gozoso. Quizá demasiado cargado de parafernalia sociológica, y, por supuesto, manifiestamente desequilibrado con la preparación y el compromiso que luego se adquirirá del mismo.



«La urgencia hace que el factor tiempo sea escaso, a veces, escasísimo».

Pero el bautismo de urgencia, por el contrario, se asocia más a la *extremaunción* antes mencionada. Ello desencadena una serie de vivencias contradictorias, a veces muy difíciles de articular. Y es que compaginar la VIDA que el mismo nos transmite con la muerte que, no pocas veces, se barrianta, no es ejercicio fácil de realizar. Y menos en una sociedad como la nuestra en la que la muerte se esquivo, se huye o se niega a cualquier precio, habiendo suplido como tabú a lo que en otros tiempos representase la sexualidad.

10. Dificultad del lugar de celebración. En nuestro centro, el mayor número de bautismos de urgencia se desarrollan o bien en la Unidad de Neonatos o en la de Cuidados Intensivos.

Ninguna de ambas unidades es, parece evidente, el lugar apropiado para celebrar sacramento alguno. Congestionadas de aparatos sofisticados, imposibles de garantizar un mínimo de intimidad, rodeados de enfermos en parecidas situaciones de gravedad, envueltos por un buen número de profesionales que desarrollan su misión (a veces inaplazable), son, verdaderamente, lugares poco dispuestos para realizar en ellos el bautismo que en ningún otro lugar se puede llevar a cabo.

En algunos casos, un bautismo en tales condiciones se ve interceptado por una parada cardíaca, por una bajada grave de saturación, o mil contingencias más que suelen concurrir entre quien se debate entre la vida y la muerte.

Mejor lugar pudiera parecer una habitación de hospitalización normal. Y ciertamente lo es; pero tampoco resulta el mejor de los sitios.

11. Dificultad para integrar a la celebración a los profesionales. En un buen trabajo de equipo, el bautismo de urgencia es un acto interdisciplinar más. Al igual que el agente de pastoral se integra en los debates terapéuticos del paciente, los otros profesionales hacen lo propio en la celebración con el mismo del sacramento que recibe. Y ello al margen de las creencias que cada cual pueda tener. Acompañar al enfermo y a su familia en la recepción de un sacramento es un acto más de la asistencia integral que todo hospital quiere ofrecer a sus pacientes.

Pero esto no siempre es así. Hemos de reconocer que se ha avanzado mucho en este proceso, pero todavía faltan pasos por dar. Hoy estamos en condiciones de afirmar que, en

nuestro centro, apenas se celebra bautismo alguno, en el que el profesional de enfermería responsable del enfermo, no se halle presente. Y, con cierta frecuencia, también el facultativo haga lo propio.

Unas veces el compromiso en el trabajo que no se puede dejar; otras, el considerar que lo que ahí se va a realizar «no va conmigo» hace que, a veces, un bautismo se lleve a efecto como un acto aislado de la dinámica terapéutica del centro, como un tema privado que en nada afecta a quienes están cuidando de ese paciente.

POSIBILIDADES PASTORALES QUE OFRECE

La larga enumeración hasta aquí descrita de las dificultades que rodean el entorno del bautismo de urgencia, pudiera inducir a pensar que nos encontramos con una situación pastoralmente negativa a todos los efectos.

Nada más lejos de la realidad. Creemos que en la misma se ofrece un abanico de posibilidades pastorales en orden a entrar en relación evangelizadora con la familia del niño para el que se solicita el bautismo.

Cierto es que tales dificultades amenazan siempre el correcto desarrollo de los procesos pastorales adecuados. De ahí que se exige un exquisito tacto humano; una psicología especial que ayude a interpretar los mensajes, detectar los sentimientos vividos; un talante abierto y empático... Son situaciones vivenciales muy especiales, que cada una reviste su propia idiosincrasia y en nada son equiparables una a otra. Son, en muchos casos, auténticas pruebas de fuego en las que, por el más nimio de los detalles ponemos en riesgo el éxito de la empresa.

Consideramos que las claves que hacen de esta situación un monumento especialmente propicio para el encuentro pastoral, son las siguientes:

1. Momento especialmente intenso e interpelante para la familia. Tradicionalmente se ha acusado a la Iglesia de buscar ocasiones extremas para *aprovecharlas* como espacio de adoctrinamiento. Y ello no es cierto. La Iglesia no busca tales situaciones; pero se dan. La propia vida es la que se encarga, a veces con prodigalidad, de ponerlas sobre la mesa sin la menor opción a aceptarlas o rechazarlas. En este caso, por si fuera poco lo hace de forma inesperada, sin apenas haber ofre-

cido un mínimo marco de preparación o advertencia. Parece como que la vida nos haya pillado a traición.

Y es ahí, cuando aprieta la vida, donde el ser humano acostumbra a confrontarse con su realidad más íntima; es ahí donde las circunstancias son eso, circunstancias, y nos adentramos, acompañados de la mano por el dolor, en el yo más profundo. El sentido de la vida, tantas veces difuminado entre mil y un sentidos parciales, emerge ahora con toda su fuerza, reclamando ser inexorablemente atendido. ¿Quién soy? ¿De dónde vengo? ¿A dónde voy? ¿Qué sentido tiene lo que soy y lo que hago? Interrogantes abiertos por la fuerza de la realidad y que buscan respuesta.

Momento especialmente denso en la vida del ser humano. Todas sus fuerzas se centran en él. Y se abre a su dimensión trascendente en busca de ayuda. La crisis de la base de la pirámide diseñada por A. Maslow («El Hombre autorrealizado»), apela al vértice superior en su intento por encontrar la clave de una lectura que se hace especialmente confusa.

Son momentos-cumbre de la vida de las personas. Y en función de la respuesta que se da a ellos, quedará luego un sedimento de experiencia vivida y amasada, sabiduría existencial que pasará a engrosar el horizonte de sentido de la persona afectada.

“ En nuestra época secular y secularizada, no existe siempre un concepto claro de qué es el sacramento del bautismo ”

“ Nuestra sociedad, estadísticamente católica en su mayoría, vive su fe con notorias deficiencias ”

Afortunada o desgraciadamente así suele funcionar el ser humano. Parece necesitar inequívocamente la crisis como uno de los momentos privilegiados de crecimiento. Sólo desde ella se interpela. Sólo dando respuesta a la misma, madura sus motivaciones, purifica sus convicciones. Y en una sociedad tan superficial como la que nos toca vivir, momentos como éstos —nunca deseables— suelen ser uno en los que la persona se ve obligada a taladrar en busca de su propia cimentación existencial.

2. Posibilidad de un acercamiento pastoral distinto. Una situación tan intensa como ésta ofrece un tipo de acercamiento pastoral específico, distinto en todo caso a los que habitualmente podemos tener en la vida normal.

La vivencia que se tiene por parte de la familia de la misma hace factible por parte del agente de pastoral un tipo de relación en el que la acogida humana, la comprensión, la empatía la solidaridad pueden resultar soportes verdaderamente válidos para un contacto que quizá, en otras circunstancias, fuese difícil de realizar.

Una familia implicada en situación tan compleja y angustiosa se hace especialmente sensible y receptiva a tales muestras de cercanía.

3. Un test comprometedor para el agente de pastoral. Si es cierta la posibilidad de acercamiento anteriormente descrita, no lo es menos que para que se de el mismo, el agente de pastoral ha de saberse situar adecuadamente.

Desprovisto muchas veces de su rol sagrado, será la capacidad para el encuentro humano en situaciones tan densas, quien la posibilitará entrar o no en el corazón de esa familia. No hay protocolos específicos de actuación, de nada sirven tipos de conducta estandarizados. Es un *cuerpo a cuerpo* sin

posibilidad de recurrir a otros medios que no sea la sinceridad personal, la calidad humana del propio agente.

Ha de proveerse de capacidad de encaje, de aguante silencioso ante las interpelaciones que, frecuentemente, se lanzan al Dios a quien él quiere hacer presente, asumir la propia impotencia ante situaciones como esas... Si hay alguna puerta de entrada en esa familia, ésta se hallará más cerca, al menos en un primer momento, de la calidad humana que tenga el agente, que de su rol o poder ministerial.

4. Posibilidad de integración con la parroquia. Un buen número de las familias de nuestros bautizados apenas si practican. Muchos de ellos desconocen cual es su comunidad cristiana de origen —parroquia—.

El bautismo de urgencia nos ofrece posibilidades de entroncarlo con ella:

- La propia pregunta sobre la parroquia a la que pertenecen, es para muchos de ellos, un motivo para su descubrimiento.
- Si tenemos tiempo suficiente para ello, cabe el planteamiento de que sea precisamente su párroco quien proceda, en el mismo hospital, a la administración del sacramento.
- En todo caso, siempre se les entrega un certificado de dicho bautismo a la familia para que sea ella quien lo presente en su parroquia. ¡Qué ocasión tan formidable para un párroco cuando una de sus «ovejas despistadas» acude a él tras haber vivido situaciones tan convulsionantes! (no sería éste un óptimo momento dentro de la hoy bien denominada «pastoral con los alejados»?).

Me resisto a no transcribir una historia real que en su día ocurrió al respecto en nuestro centro. Tomen nota.

Un día bautizamos en la UCI de nuestro hospital a Elena. Una preciosa niña, fruto de una relación prematrimonial. Su madre contaba con 17 años; su padre 18. Ambos residentes en un pueblo significativo de la provincia de Barcelona. No practicantes. Dos meses más tarde Elena salía de alta, pero con afectaciones neurológicas severas como secuelas de la grave enfermedad padecida.

Los dos meses transcurridos en el hospital nos hicieron recorrer un camino pastoral muy bonito especialmente con la madre. Llegó al mismo perdida, desesperada, y para colmo abandonada por su familia por «el pecado cometido». Marchó serena, reconciliada consigo mismo, dispuesta a hacer frente a la vida con su hija. Desde la Obra Benéfico-Social de los Hermanos de San Juan de Dios la habíamos ayudado económicamente y nos comprometimos en seguir ayudándole en las principales necesidades que ella y su hija requirieran.

También se marchó del hospital con el típico certificado de bautismo que debía presentar en su parroquia.

Un mes más tarde volvía al centro con su hija, para la revisión normal en estos casos, y... con el certificado de bautismo. La versión que nos dio es la siguiente: «El párroco me recibió de malas maneras y me dijo que no podía inscribir en el Libro de Bautismos a Elena porque él no la había bautizado, y además que a mí nunca me había visto por la parroquia».

Inmediatamente escribí una carta al párroco en la que sintéticamente venía a decirle: «si la versión que esta joven nos cuenta es real, usted tal vez haya cumplido escrupulosamente los términos del Derecho Canónico, pero pastoralmente debería replantearse sus actitudes e iniciar sus estudios». En el día de hoy todavía no he recibido contestación.

Y es que, personalmente, y salvando las lógicas distancias, nosotros habíamos vivido aquel caso de forma muy parecida al que el Evangelio nos narra de Jesús con la mujer adúltera. No la habíamos condenado —como había hecho su familia y suponíamos que haría lo propio el entorno social en el que se debía incardinar—. Estábamos convencidos de haber-

“ Si en un marco de precariedad vivencial de la fe, el concepto de Dios suele padecer un acusado subjetivismo, ante la enfermedad grave del hijo emerge el drama de la articulación de la omnipotencia y bondad divina ”

“ El bautismo de urgencia suele asociarse con la típica y tónica *extremaunción* ”

le transmitido el mismo mensaje de Jesús: «Vete, y no peques más». Nunca nos imaginábamos que la primera piedra se la tiraría su propio pastor. Un pastor que, quizá, haya perdido para siempre su oveja.

¿Se imaginan lo que hubiera podido representar para esta pobre niña-madre el haber sido acogida, comprendida, acompañada... por la comunidad cristiana de su pueblo?

Estamos convencidos que incidentes como éste son, afortunadamente, aislados. Si lo hemos narrado ha sido convencidos de la fuerza ejemplarizante que, en uno u otro sentido, tiene. Y para ello no es necesario que el proceso terapéutico haya sido al menos parcialmente negativo, como el descrito. Saber acoger una vida que ha atravesado senderos tan difíciles y los ha superado, felicitar a unos padres que se gozan en la salud de su hijo, reconocer las penalidades por las que habrán pasado, no supone, ni mucho menos, una menor posibilidad pastoral.

Desde él se puede percibir con toda su fuerza la oportunidad que un bautismo de urgencia nos brinda en orden a establecer una clara referencia eclesial, un puente con la comunidad cristiana en la que se ha de crecer y desarrollar la fe.

5. Favorecer la integración de los profesionales de la salud en un proyecto de asistencia integral. Un bautismo de urgencia bien programado y bien desarrollado exige el contar con el resto de los profesionales que forman el equipo asistencial (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos...). Implica un proceso de recogida de información no siempre fácil, una coordinación de los diferentes puntos de vista sobre el diagnóstico, pronóstico, situación anímica de la familia, etc.

El agente de pastoral ha de demostrar a sus compañeros de equipo que él mismo puede y debe de ser un acto más de lo que significa un asistencia integral, y no ciertamente el menos importante. Esta demostración no vendrá dada, una vez más, por la convicción de las palabras sino por la fuerza de un cuidado hacer, es decir, de una buena preparación en la que se ha ido implicando a los mismos, de una administración del sacramento digna que haga palpables los efectos saludables sobre una familia que vive en tensión la situación que les corresponde atravesar.

Aspectos bien sencillos en todo caso: consultarles la conveniencia o no de llevarlo a cabo, implicarles en la preparación material del mismo, hacer referencia clara —a veces nominal— en la propia celebración del esfuerzo que están llevando a cabo quienes le atienden... configuran un estilo participativo e integrador.

Hay que desechar el modelo del sacerdote o agente de pastoral que, casi de forma casi clandestina, va realizando su ministerio —«sus ritos y cosas»—, al margen de la dinámica que sigue todo un equipo terapéutico. Ello implica que, a la hora de la celebración sacramental, ha de llevarse a cabo la misma con la suficiente creatividad para que recoja los esfuerzos realizados por ellos en la lucha en pro de la salud del bautizando, la rabia por la impotencia con la que tantas veces cho-

can en su esfuerzo, el cariño que han ido tomando hacia el niño, la cercanía que han conseguido en muchos casos con la familia... Es decir, hay que buscar una celebración que diga algo de lo mucho que se ha trabajado, esperado, desesperado, temido en el proceso terapéutico seguido con el paciente. Una celebración sacramental aséptica no implicará a los profesionales; se considerará, y no sin razón, una cosa privada entre el agente de pastoral y el niño y su familia, que la ha solicitado.

Indudablemente resultará difícil promover dicha integración si, por otro lado, el agente de pastoral no se halla integrado en el resto de la actividad del equipo. Y es que no se trata de hacer del resto de los profesionales un grupo de monaguillos a nuestro servicio, sino un equipo que codo a codo colabora íntegramente en la asistencia del paciente.

6. En todo caso, ofrece la oportunidad de ejercitar la «pastoral del buen recuerdo». Pretender que toda una familia a cuyo niño se le ha bautizado en estas condiciones se haga sujeto de una conversión colectiva, o ni tan siquiera inicie un camino de madurez en la vivencia de la fe, puede resultar un sueño inalcanzable.

Somos conscientes también de que, una vez producido el desenlace —positivo o negativo—, la familia suele volver a su trayectoria habitual.

Pero también somos conscientes, por propia experiencia, que situaciones tan densas como las vividas no suelen pasar en balde. Dejan una huella, una marca. Una huella que muchas veces el polvo de la vida parece difuminar.

Mas no es así. Queda siempre un poso, un recuerdo. Positivo o negativo. Y como la vida da tantas vueltas, algún día, el más inesperado, saltará a la luz. Otra situación especial, de las que la vida suele ofrecer con generosidad, puede actuar de resorte. Y entonces emergerá ese recuerdo: «un sacerdote, una religiosa..., en una ocasión estuvo muy cerca de mí. Me dio confianza, serenidad. No me adoctrinó sino que se solidarizó conmigo...». Son recuerdos que dejamos como semillas en las diferentes tierras que el Señor nos manda cultivar. Y Él, el sembrador, se encargará de hacerlas germinar cuando considere que es el momento mejor, la situación más adecuada.

Quienes nos movemos desde el ámbito pastoral en el mundo hospitalario sabemos bien de la dificultad que nuestra misión entraña. Somos conocedores que nos toca «hablar de Dios en tierra extranjera». Pero también palpamos que en no pocas ocasiones recogemos frutos que otros han sembrado. También hemos de tomar conciencia que hemos de echar generosamente la semilla que otros, quizá, recogerán. En todo caso, el dueño de la semilla, de lo sembrado y de los sembradores sólo es Él.

CRITERIOS PASTORALES PARA EL BAUTISMO DE URGENCIA

Dentro de nuestro Servicio de Pastoral hemos llegado a la elaboración de unos criterios comunes a la hora de administrar o no el bautismo de urgencia. Son unas líneas básicas de actuación que estamos convencidos de su adecuación, y que mantenemos con casi absoluta fidelidad, no obstante mantenernos abiertos a su discusión siempre y cuando se considere conveniente. Tales criterios son los siguientes:

1. Sujeto de un bautismo de urgencia. En nuestro hospital, en el que son asistidos pacientes comprendidos entre los 0-18 años de vida, consideramos que son sujetos factibles de acceder al bautismo de urgencia, los siguientes:

— Recién nacidos con serias malformaciones congénitas en órganos vitales, que pongan en riesgo su vida.

- Quienes han sufrido un grave accidente o padecen una enfermedad que amenace seriamente su vida.
- Niños que han quedado con graves secuelas neurológicas que incidirán seriamente en su calidad de vida.

Este tercer grupo, en realidad, sería discutible su inclusión entre los posibles candidatos. Son personas en las que su vida no se halla en cuestiones, aun cuando sí la calidad con que puedan desarrollar la misma. Las razones por las que, en muchos casos, accedemos a la administración sacramental son las siguientes:

- El proceso pastoral seguido con la mayoría de estas familias, tras el habitual largo período de internamiento, ha creado fuertes vínculos afectivos con todo el equipo. La celebración del bautismo se ha mostrado, en tal caso, como un buen medio en el proceso de asumir el fuerte peso que significa, en un primer momento, la aceptación de una realidad como ésta.
- Como hemos indicado anteriormente, muchas familias apenas si conocen su parroquia de referencia. Presentarse en la misma con un hijo minusválido —a veces ya crecido—, para ser bautizado suele representar un difícil escollo a superar. Escollo que muchas veces se hace insalvable cuando se intuye que las demás familias que bauticen a sus hijos vivirán su situación de una forma muy distinta, que toda vía agravará más el difícil camino por recorrer.

Lo ideal sería unas comunidades parroquiales cercanas y abiertas a la acogida comprensiva y solidaria de sus miembros más débiles. Lo real son familias que se desconocen, celebraciones bautismales en las que el signo social tiene un peso excesivo... Y, en este contexto, puede resultar que lo mejor se constituya en enemigo de lo bueno.

Consideramos que en este caso nos acoge el canon 860 §2 cuando dice:

- «A no ser que el Obispo diocesano establezca otra cosa, el bautismo no debe celebrarse en los hospitales, exceptuando el caso de necesidad o cuando lo exija otra razón pastoral».

2. Solicitud, o en todo caso aceptación, del bautismo por parte de los padres o tutores. Es criterio de nuestro Servicio de Pastoral el que ningún niño sea bautizado sin el consentimiento de los padres o de quienes hagan sus veces.

No desconocemos aquí tampoco la legislación canónica cuando advierte que el «el niño de padres católicos, e incluso de no católicos, en peligro de muerte, puede lícitamente ser bautizado, aun en contra la voluntad de sus padres» (c. 868 §2). Pero, sabedores de ello, consideramos impropio administrar un bautismo en contra de dicha voluntad.

Cuesta entender la situación práctica que se crearía al respecto. ¿Deberíamos de actuar con «nocturnidad y alevosía» para administrar un sacramento que los padres rechazan para su hijo? ¿O acaso deberíamos «inmovilizarlos» por la fuerza para ello?

En nuestra concepción, queremos aliarnos con un Dios Padre que respeta absolutamente la libertad de sus hijos. Y con un Dios Padre que quiere, más que nosotros mismos, el bien y la felicidad del hombre, y de todos los hombres.

Honestamente consideramos que el desarrollo teológico ocurrido tras el Vaticano II, apoya nuestra praxis al respecto. Incluso el hecho de que el «Catecismo de la Iglesia Católica», recientemente publicado, no haga alusión alguna a la existencia del limbo, no contradice nuestra conducta.

Otra cosa es que ante una situación de máxima gravedad, y en ausencia de los padres e imposibilidad de entrar en contacto con ellos —accidente familiar, por ejemplo—, optemos por la administración del sacramento. Pero en este caso, evi-

dentemente, no es, de entrada, «en contra de su voluntad».

Del mismo modo hemos actuado en algún caso de niño abandonado, y con graves afectaciones neurológicas, que depende de los organismos tutelares de menores correspondientes, y que se ha de incorporar a uno de sus centros. Ante esta situación hemos procedido a administrarle el bautismo; el Servicio de Pastoral ha asumido tal responsabilidad, los profesionales se han implicado incluso como padrinos del mismo; y, finalmente, se ha hecho constar en la historia clínica del paciente, así como en el informe que se remite al centro receptor del mismo.

Respetar en todo momento la decisión paterna nos obliga, eso sí, a informar a los mismos de la gravedad del estado de su hijo, así como de la posibilidad de proceder a la administración del bautismo, siempre y cuando ellos lo consideren oportuno. Intentamos que esta información no sea misión exclusiva del Servicio de Pastoral, sino que sean los propios facultativos, en determinados casos, quienes la den. Y así se hace.

3. Valoración previa del grado de urgencia de la situación. Resulta de todo punto de vista lógico que se compruebe la verdadera situación del paciente para el que se solicita el bautismo.

Ya hemos comentado previamente cómo la información en estos casos no siempre se da correctamente, o no es recibida de forma adecuada. Los vicios con los que se carga el circuito básico de información —debido sobre todo a la excepcionalidad del momento—, hacen que ni el emisor ni el receptor se hallen en las mejores condiciones para mantener la corrección del mensaje.

Frecuentemente, un diagnóstico normal puede levantar la alarma en unos padres angustiados, mientras que, otras veces, una máxima gravedad se matiza por la pequeña esperanza que, con buen criterio, el facultativo ha ofrecido a la familia.

Ello nos ha llevado a la conclusión de que hemos de ir directamente al médico responsable del paciente a solicitarle su valoración. Solamente una vez escuchada ésta, actuamos en consecuencia, bien poniendo en marcha la dinámica del proceso pastoral que concluirá en el bautismo, bien indicándole a la familia la improcedencia del mismo.

Existen casos en los que un diagnóstico de gravedad se conjuga con un pronóstico positivo si se desarrollan los hechos como es presumible preveer. Aquí se suele optar por aplazar la administración sacramental, pero comprometiéndonos con el equipo terapéutico y con la familia a un seguimiento cercano de la evolución y dispuestos siempre a actuar en caso de que ésta sea negativa.

Si percibimos que la familia vive esta espera con un considerable grado de ansiedad, procedemos al bautismo. Creemos que en tal caso, el dilatar su administración, puede resultar un agravante de la misma. Y ello no nos parece correcto.

4. Siempre que sea posible, «dar y darnos tiempo». La urgencia no siempre es extrema. Hay muchos casos en los que

“Acompañar al enfermo y a su familia en la recepción de un sacramento es un acto más de la asistencia integral que todo hospital quiere ofrecer a sus pacientes”

“Creemos que en la misma dificultad se ofrece un abanico de posibilidades pastorales en orden a entrar en relación evangelizadora con la familia”



Cristina fue bautizada este verano en la UCI del Hospital Sant Joan de Déu rodeada de su familia y del equipo asistencial. Superada la delicada situación, ahora, afortunadamente, se halla en pleno proceso de recuperación.

nos podemos tomar algo de tiempo. Diagnósticos mortales, o muy graves, nos ofrecen un tiempo, a veces considerable de evolución (tumores, leucemias, determinadas cardiopatías...).

Y es bueno aprovechar este tiempo. Hay muchas cosas por hacer en él.

La primera, ofrecer un respiro a la propia familia. Perpleja por el impacto de la noticia, ha perdido su capacidad de valoración, apenas si ha asumido lo que se les ha comunicado. Están en plena fase de desconcierto, rabia, llanto... Démosle tiempo para que lo vayan exteriorizando y, de alguna forma, liberándose.

Es tiempo de cercanía, de acompañamiento silencioso, de hacer de humildes *cireneos* en su Vía Crucis particular. No cabe precipitarse; ello podría dar la impresión, que no pocas veces hemos dado, de estar «al acecho de un candidato para incluirlo en nuestras listas». Indudablemente no es eso.

Quizá sea necesario ese tiempo también para recomponer incluso numéricamente la familia. A veces, la madre puede estar superando su postparto en otro centro; los abuelos ni siquiera conocen al niño...

Tal vez podamos iniciar un breve proceso de catequesis pre-bautismal con los padres, a base de encuentros periódicos cuando vienen a ver a su hijo, quedando con ellos alguna vez en el despacho del Servicio...

Es cierto que el tiempo no es nuestro mejor aliado. Pero tomémosle el que podamos. No es fácil el reto: envueltos en una atmósfera de nervios y ansiedad, podemos tener la tentación de «hacer lo que hay que hacer» con rapidez y que «sea lo que Dios quiera». Caer en dicha tentación es comprensible, pero ello nos priva de una serie de posibilidades de dignificar en lo posible un proceso pastoral y una celebración sacramental.

5. Celebrar el bautismo siempre que sea posible en presencia de los padres. Si hemos defendido la solicitud, o al menos la aceptación, del bautismo por los padres, parece lógico que estén ellos presentes en la celebración del mismo.

Y nuestra experiencia nos indica que habitualmente suele ser posible, y deseable. En todo caso, que al menos uno de

ellos no falte. Se trata, únicamente, de proponerlo. Ellos lo están deseando.

Ante un niño gravemente enfermo, los padres no suelen faltar día alguno en visitarlo. Es cuestión de valorar en qué momento estarán los dos, siempre y cuando, claro está, la situación del niño nos permita la demora correspondiente.

6. Buscar el momento más adecuado. Un hospital tiene sus ritmos. Hay momentos en los que una determinada unidad está a tope en su actividad, mientras que en otros es previsible una cierta calma. Hay días en los que se concentran más los profesionales que más directamente han llevado el proceso del niño.

Conociendo bien un hospital, como todo agente de pastoral debe conocerlo, no tendrá mayor problema en buscar el día y el momento que pueda resultar el más indicado para proceder a la administración del bautismo.

Y si ya hemos dicho que, lógicamente, las condiciones en las que hemos de realizarlo en un hospital no serán nunca las idóneas, conviene, al menos, que no sean las peores.

Articular el momento de trabajo menos intenso en la unidad, la presencia de los padres, la de los profesionales, la ausencia de los familiares de otros pacientes que puedan entorpecer la necesaria intimidad... es labor importante y, en parte decisiva, de la adecuada celebración que nos disponemos a realizar.

A veces, podemos señalar un bautismo para un domingo, que es el día más indicado para ello. En tal caso, queda a la creatividad del sacerdote el implicar a la comunidad cristiana que ese día va a celebrar o ha celebrado previamente la Eucaristía —y en la que muchas veces participan los familiares del interesado—. En nuestro hospital hemos realizado algún bautismo dentro de la propia celebración dominical. Son casos en los que se nos ha indicado por parte del médico responsable la no inconveniencia de que el niño pueda abandonar temporalmente la unidad en la que se halla ingresado. En algún caso le ha acompañado a la familia la enfermera responsable. Son situaciones un tanto excepcionales, pero que si se pueden llevar a cabo resultan de un gran impacto tanto para

la familia como para la comunidad cristiana que asiste a la Eucaristía que se celebra en el hospital.

Recuerdo haber celebrado de esta forma el bautismo de dos niños. Uno de ellos era un bebé de escasos meses, hijo de madre soltera, que al día siguiente iba a ser intervenido de una grave afectación cerebral. El otro caso correspondía a un niño de un año afectado por el SIDA. Lógicamente no mencionamos en la asamblea el diagnóstico, pero sí advertimos que su pronóstico era mortal.

7. Comunicar siempre al equipo asistencial la celebración del Bautismo. En línea con todo lo anteriormente dicho, el equipo asistencial debe de ser informado adecuadamente. Y no sólo del momento en el que va a ser celebrado el bautismo sino, incluso, del proceso previo al mismo: posibilidad o no de dicho bautismo, solicitud de los padres, actitud en la que se encuentran...

“ Tradicionalmente se ha acusado a la Iglesia de buscar ocasiones extremas para aprovecharlas como espacio de adoctrinamiento ”

“ Una situación tan intensa como el bautismo de urgencia ofrece un tipo de acercamiento pastoral específico y distinto a los que habitualmente podamos tener en la vida normal ”

Es una forma de integrar a los componentes del equipo en el proceso de atención pastoral. Al mismo tiempo, ponemos los medios adecuados para la participación de los mismos.

Todo paciente tiene, además de su médico y enfermera responsable, algún miembro del equipo que, por diferentes razones, se encuentra más cercano al mismo. A veces, son profesionales que en el momento presente ya no están a su cuidado pero que, previamente, lo han estado (personal de planta en la que ha estado anteriormente a ingresar en UCI, o viceversa; trabajadores sociales que han estado muy cercanos al caso...). Es conveniente contar con ellos, informarles, invitarles a la celebración.

8. Invitar a que sea su párroco o un sacerdote cercano quien celebre el bautismo. Algunas veces, la familia a cuyo hijo se va a bautizar tiene una vida de fe suficientemente madura. Son personas que se acercan frecuentemente a su parroquia. Otras, pertenecen a grupos cristianos determinados: neocatecumenales, cursillos de cristiandad... De tanto en tanto, aparece alguna que tiene dentro de su seno un sacerdote relativamente fácil de poder localizar.

Es bueno en estas ocasiones ofrecerles la posibilidad de que sea, pues, su párroco, su consiliario, su familiar, quien administre el sacramento. Nosotros nos pondremos a su entera disposición para acompañarle y ayudarle en cuanto sea necesario.

¡Quién mejor que el Pastor cercano o el sacerdote amigo o, incluso familia directa del niño para ello! Su presencia, a buen seguro, nos ahorrará muchos pasos de los que anteriormente señalábamos como dificultades propias de un bautismo de urgencia.

Que esta posibilidad no sea habitualmente aprovechada, no implica que debamos bajar la guardia a la hora de indicarla.

9. Informar siempre a la parroquia de la celebración del bautismo. Nuestro centro, al no tener entidad parroquial, no puede registrar oficialmente sacramento alguno. Ha de ser la

parroquia la encargada del mismo. Y a ella hay que informarle.

¿A qué parroquia? ¿A la de pertenencia del bautizando? ¿A la que se halla incardinada el hospital? Parece ser que tendría que ser a esta última, en un sentido más canónico. Nosotros estamos convencidos que lo más pastoral sería que fuese su propia parroquia la que lo hiciese. Paralelamente a esto, cabe mencionar la evolución que ha seguido la inscripción en el Registro Civil con el nacimiento de los niños. Hasta hace unos años debía llevarse a cabo ésta en el municipio en el que se hallaba situado el hospital; hoy es posible hacerla en el que viven habitualmente los padres. Parece más normal y correcto.

En su momento, y ante algunos problemas que se nos habían planteado, nos dirigimos por escrito al Arzobispado solicitando su orientación al respecto. La contestación afirmaba que, canónicamente, la inscripción correspondía hacerse en la parroquia a la que pertenecía nuestro hospital, pero que no repugnaba el hecho de hacerlo a la de origen del bautizando. En todo caso, cabía cerciorarse de que, en una u otra el bautismo quedase registrado.

Nosotros hemos optado por enviar la comunicación a la parroquia de pertenencia del niño. Envío que llevamos a cabo por medio de los propios padres como forma más adecuada de implicarlos en la dimensión eclesial del sacramento que vicariamente el servicio de pastoral del hospital le ha ofrecido, pero cuyo ámbito auténtico es su parroquia. Es conveniente aprovechar el momento para mostrar a los padres el por qué de dicho paso; una sutil *amenaza* de las complicaciones que en un futuro pueden darse (Primera Comunión, Boda...), colabora activamente en el cumplimiento del proceso.

Habitualmente no hemos tenido demasiados rechazos en admitir dicho certificado e inscribirlo en su libro de Bautismos. En los casos en que se nos ha puesto pega alguna, somos nosotros quienes lo presentamos a la parroquia que pertenece al hospital, cuyo párroco no tiene mayor inconveniente en hacer lo propio.

Más difícil resulta el conseguir que los padres de un niño bautizado de urgencia, y posteriormente fallecido, realicen el proceso de presentarse en su parroquia. ¿Para qué?, piensan ellos. Y, ciertamente, resulta más costoso el explicarles que es bueno que una parroquia tenga constancia de sus miembros fallecidos, o del valor histórico que en su día ese dato pudiera revestir.

En todo caso, nuestro Servicio de Pastoral posee un Libro de Bautismos, no oficial, en el que hacemos constar todos ellos. Con ello pretendemos salvar el despiste o la negligencia de quienes olvidan llevar a cabo el trámite indicado, al tiempo de que constituye un registro interno de nuestra actividad pastoral.

OBJETIVOS PASTORALES EN UN BAUTISMO DE URGENCIA

Señalamos, seguidamente, los objetivos que todo bautismo de urgencia debe de perseguir en su proceso. Y lo hacemos de acuerdo a la gradación ya clásica y de todos conocida en la acción pastoral y, más específicamente, en la pastoral de la salud.

Humanización

- Situarse solidariamente junto al dolor de la familia.
- Intentar colaborar en el desbloqueo que suele padecer la misma como consecuencia propia de la angustia que provoca la situación.
- Descubrir y ayudar a liberar posibles complejos de culpabilidad (muchas veces no verbalizados).

Evangelización

- Limpiar de tabúes la acción sacramental. No partir desde una visión mágica y poco teológica del *ex opere operato* del sacramento.
- Señalar con fuerza el sacramento del bautismo como puerta de entrada a la Iglesia, a la comunidad cristiana.
- Ayudar a elaborar el proceso de fe cuestionado por la crudeza de la situación. Caminar hacia una imagen de Dios más purificada.
- Remitir a la comunidad cristiana de origen al niño bautizado y su familia. Redescubrir la dimensión eclesial de la fe.

Sacramentalización

- Procurar la celebración *ad hoc* del sacramento (huir de ritualismos, esquemas fijos...).
- Estimular el compartir la fe que hay.
- Facilitar la realidad comunitaria de la celebración (familia, profesionales).

CELEBRACIÓN DEL SACRAMENTO

A lo largo de las páginas anteriores creemos haber ido indicando el contexto en el que el mismo se ha de desarrollar. Sus claras dificultades y sus no menores posibilidades como encuentro pastoral.

Cuando llega el momento cabrá, una vez más, admitir que el agente de pastoral que deba administrarlo ha de situarse frente al mismo como si fuese el primero que realiza. La experiencia previamente adquirida ha de servirle para saberse situar, para controlar el ambiente denso que la situación genera, y para situarse él mismo.

“ Saber acoger una vida que ha atravesado senderos tan difíciles no supone, ni mucho menos, una menor posibilidad pastoral ”

“ Un bautismo de urgencia bien programado y bien desarrollado exige contar con el resto de profesionales que forman el equipo asistencial ”

A nivel personal creo que lo único fijo quizá sea la fórmula bautismal: «Yo te bautizo en el nombre del Padre, y del Hijo, y del Espíritu Santo». Todo lo demás ha de ser fruto de la capacidad que tenga para valorar las circunstancias que concurren, observar el estado anímico de los presentes, intuir los niveles de fe por los que se anda, etc.

Sin pretender crear fórmulas —que nos haría contradecirnos con lo anteriormente indicado—, desarrollamos a continuación un esquema básico de cómo nosotros llevamos a cabo nuestros bautismos de urgencia.

1. Buscar el día, la hora más apropiada para la familia y para la Unidad en la que se halla el niño.
2. Rodeando la incubadora, la cuna o la cama del niño se sitúan los padres y familiares asistentes (no demasiados), así como los profesionales que atienden al niño.
3. Hemos preparado previamente un pequeño recipiente con agua.
4. Y comenzamos la celebración siguiendo los pasos que a continuación detallamos:
 - *Una breve monición que nos sitúe.* «Seguramente, vosotros, padres, tenéis otro marco de celebración bautismal para vuestro hijo, pero la vida, a veces...».

“ Hay que buscar una celebración que diga algo de lo mucho que se ha trabajado, esperado, desesperado, temido en el proceso terapéutico seguido con el paciente ”

“ Pretender que toda la familia a cuyo niño se le ha bautizado en estas condiciones se haga sujeto de una conversión colectiva puede resultar un sueño inalcanzable ”

— *Invocación al Espíritu.* «Él nos va a hacer posible el realizar sobre este niño el mandato de Jesús...». E imponemos las manos sobre él.

— *Profesión de fe.* Previamente a bautizarle, se interpela sobre la fe en la que queremos hacer partícipe al niño. Momento especialmente importante para estimular la creatividad pastoral y conformar un «credo» *ad hoc*: «en Dios creador, autor de la Vida, Padre, pero al que, a veces, nos cuesta descubrir en la realidad del dolor y la limitación humana...». «En Jesús de Nazareth, que asumió nuestra condición humana, limitada, que fue un bebé como vuestro hijo, que... murió y fue resucitado, venciendo para siempre la muerte». «En el Espíritu Santo, tan sutil como el aire que respiramos, pero imprescindible para vivir la fe y poder ahora realizar sobre vuestro hijo el sacramento del bautismo». «En la Iglesia, comunidad cristiana, en la que queréis que entre a formar parte vuestro Hijo...».

Es un momento muy importante y en el que creemos que se decanta gran parte de la calidad pastoral con la que hayamos conseguido administrar el sacramento. Son momentos densos. Proclamar la fe en Dios delante de un hijo gravemente enfermo, quizá sea uno de los momentos más emocionantes y decisivos en la biografía de unos padres.

— *Fórmula del bautismo.* «Yo te bautizo...».

— *Plegaria.* Bautizado el niño es un buen momento para pedirle al Señor por él, por sus padres, por sus hermanos, por los niños que en este mismo hospital están luchando en busca de su salud, por los profesionales que los atienden, por la Iglesia-comunidad... Y se finaliza la plegaria con la oración del Padrenuestro.

Es un buen momento este de la plegaria para subrayar, fundamental, la ayuda del Señor para que sepamos vivir con entereza la situación de enfermedad, para iluminar desde la experiencia de la fe los momentos oscuros que la vida nos pone por delante. Y ello, en detrimento de una súplica centrada exclusivamente en la sanación del niño, que conllevaría a la vivencia mágica o inútil, según fuese el resultado, de la propia oración y del sacramento.

— *Tiempo de silencio, de contemplación familiar del niño.* Finalizada la celebración, es conveniente dejar durante unos minutos a la familia junto a su hijo. Es un tiempo de manifestación de una emoción difícilmente contenida, de contemplación del pequeño ya bautizado y que continúa su lucha frente a su enfermedad. Es un tiempo precioso que la familia agradece sinceramente.

SEGUIMIENTO PASTORAL DE LA FAMILIA TRAS EL BAUTISMO

Si el niño no ha fallecido, lógicamente la gravedad de su situación que nos llevó a bautizarle, hará que permanezca durante un tiempo considerable ingresado en el hospital.



«No se trata de hacer del resto de los profesionales un grupo de monaguillos a nuestro servicio, sino un equipo que codo a codo colabora integralmente en la asistencia del paciente».

Aquí se sitúa el seguimiento pastoral post-bautismal. En la visita pastoral que realizamos, continuamos la relación iniciada con anterioridad al bautismo, valoramos el estado del niño, sus progresos o retrocesos, la vivencia que de ello va haciendo la familia, la situación de los hermanos, etc.

Lo cierto es que un bautismo dignamente preparado y celebrado nos abre mucho las puertas de la familia. El haber compartido con ellos momentos tan significativos, los gestos de cercanía y solidaridad que hayamos podido sembrar, los llantos y angustias que hemos contenido y comprendido... nos legitiman como personas *gratas* a sus ojos, capaces de recibir grandes parcelas de su intimidad, de sus sentimientos.

Terreno abonado para, siempre desde el máximo respeto y el don de la oportunidad, ayudar a reconstruir muchas veces una fe fuertemente sacudida, en crisis. Ocasión propicia para hacer presente al Dios silencioso, cercano y solidario con el hombre que sufre, frente al Todopoderoso y milagroso con el que quizá antes ellos trabajaban.

Si la evolución del niño es positiva, el proceso se carga de alegría. Es un renacer. La vida se ve desde otro prisma. Tras lo ocurrido, y parece que superado, se replantean muchas cosas: se pierden dogmatismos, se crea una nueva jerarquía de valores, se relativizan criterios que antes se defendían como absolutos. Una vez más, la vida ha ofrecido una lección magistral. Quizás el agente de pastoral pueda ayudar a esa familia a tomar sus apuntes y ponerlos en limpio.

En caso de una evolución negativa, y sobre todo cuando fallece, el proceso no pierde dificultad pero tampoco posibilidades. La cercanía día a día manifestada a la familia, los largos silencios compartidos, las lágrimas respetuosamente acompañadas, nos permiten situarnos a su lado. Como María en el Calvario, «al pie de la Cruz». Y gestos como éstos son momentos privilegiados —lo demuestra la experiencia— para lo que en su momento definimos como «pastoral del buen recuerdo».

En todo caso, para la inmensa mayoría, aquí ha finalizado ya la labor pastoral del hospital. Situándonos en un mar-

co pastoral utópico, podríamos soñar con la continuidad de nuestra acción. La realidad es otra. La limitación se impone. Ahora queda el testigo en manos de la parroquia; ella deberá continuar el proceso. Podemos preguntarnos, eso sí: ¿pasamos bien dicho testigo? ¿están dispuestas las parroquias a recogerlo en condiciones? En la respuesta honesta a estas preguntas queda el reto pastoral.

BAUTISMO DE URGENCIA EN AUSENCIA DEL SACERDOTE Y DEL AGENTE DE PASTORAL

Somos conscientes de que estamos hablando desde un centro con Equipo de Pastoral conformado y que presta sus servicios de forma prácticamente continuada. Pero no desconocemos la realidad de otros centros en los que no existe tal presencia, al menos con dicha continuidad.

Y en uno y otros surgen circunstancias puntuales que exigen proceder a la celebración de un bautismo ya no diríamos de urgencia sino de *vida o muerte*. Situaciones en las que nace un niño al que se le auguran momentos de vida, niños que llegan a Urgencias tras un traumatismo grave que amenaza seriamente su vida, descompensaciones somáticas espectaculares de quien no hacía prever las mismas...

La propia situación de extrema urgencia hace especialmente difícil el dictar una serie de parámetros por los que se debe de actuar. Más invita al grito de «sálvese quien pueda» que a entrar en un proceso de reflexión ajustado al mismo.

Desde estas premisas, nos atreveríamos a puntualizar los siguientes temas:

1. El Código de Derecho Canónico es claro en la postestad conferida para la administración de este sacramento en tales circunstancias:

«Si está ausente o impedido el ministro ordinario (obispo, presbítero o diácono), administra lícitamente el bautismo un catequista u otro destinado para esta función por el Ordina-

rio del lugar y, en caso de necesidad, cualquier persona que tenga la debida intención; y han de procurar los pastores de almas, especialmente el párroco, que los fieles sepan bautizar debidamente». (861, § 2).

Queda patente la amplitud del Código —cualquier persona que tenga la debida intención—. Desde ella cabe admitir la posibilidad de que todo profesional de la salud puede constituirse en un momento determinado en ministro extraordinario de un bautismo de urgencia.

2. La recomendación que hace al párroco en cuanto ha de procurar que «los fieles sepan bautizar debidamente», es fácilmente trasladable a los responsables de los Servicios de Pastoral Hospitalarios de que hagan lo propio con los profesionales sanitarios, y de modo especial con los más directamente situados en áreas de riesgo en los que puede resultar más plausible dicha situación (UCI, quirófanos, urgencias...). Cabría señalar que no debería limitarse dicha preparación al estricto conocimiento de las palabras rituales, sino que debería ampliarse a un mínimo de orientaciones pastorales que les ayudasen a ubicarse en tal situación.

Conviene no despreciar, no obstante, la recomendación del Código dado que en la secularización en la que se mueve hoy la sociedad, y lógicamente a ella no es ajena, el mundo sanitario, no son pocos los nuevos profesionales que desconozcan incluso la fórmula clásica del «Yo te bautizo en el nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo».

3. Si todo profesional puede verse implicado en esta situación, no cabe duda que el profesional sanitario cristiano está llamado a desempeñar en la misma un papel más relevante. Es de esperar en el mismo una especial sensibilidad para detectar los casos susceptibles de acceder al bautismo, de entrar en relación con la familia, de orientar a sus compañeros en esta tarea, y, por supuesto, de celebrarlo cuando se estime sea lo más conveniente. Subrayo lo de *especial sensibilidad* pero no queremos con ello, ni mucho menos, propugnar un angustioso y angustiante «perseguidor de posibles candidatos al bautismo».

4. Referente a la celebración propia del bautismo en estas condiciones, nos permitimos sugerir lo indicado en páginas anteriores del presente artículo sobre la celebración del bautismo de urgencia. Sirven ellas, creemos sinceramente, como base desde la que situarse y aplicación en la medida en que sea posible. En tales situaciones es el sentido común el que debe indicar qué es lo más acertado en cada momento. Un sentido común que tenga como objetivo fundamental de su actuación el procurar la máxima dignidad posible en lo que se ha de realizar.

5. Ha de procurarse, en la medida de lo posible, que todo bautismo realizado en estas condiciones sea comunicado a la parroquia de pertenencia del bautizado. Y ello por dos moti-

“ Proclamar la fe en Dios delante de un hijo gravemente enfermo, quizás sea uno de los momentos más emocionantes y decisivos en la biografía de unos padres ”

“ Un bautismo dignamente preparado y celebrado nos abre mucho las puertas de una familia ”

vos. El primero no es sino el de que quede constancia del mismo como anteriormente hemos indicado; en segundo lugar, porque quizá desde ella sea posible la atención y el seguimiento pastoral que ha sido imposible llevar a cabo dadas las circunstancias en las que se ha desarrollado.

6. Debe entenderse que las circunstancias que obligan a un bautismo en tales condiciones han de reunir suficiente carácter de excepcionalidad temporal. Si en un centro sanitario tiene lugar con una cierta asiduidad, parece claro que debería de arbitrase una solución más acorde con ello. Será misión del delegado de Pastoral de la Salud correspondiente, del párroco en cuya parroquia se halla ubicado el hospital, de los capellanes de otros hospitales de la ciudad que puedan conocer los datos, de los propios profesionales sanitarios cristianos del centro, el apelar a la instancia más idónea para proceder a dar solución a lo que «no es tanta excepcionalidad».

7. En todo caso nos parece oportuno apelar tanto a la sensibilidad que recoja la problemática que reúne esta situación, como a la serenidad con la que hay que situarse en la misma. Hemos de partir de la imagen de un Dios Padre bondadoso, autor y dador de la vida, y no de un Dios *justiciero* que busca posibles reos de castigo en sus hijos. Valga para remarcar este aserto la categoría de «bautismo de deseo» que recoge la propia teología tradicional y que no es sino un dato más de la sabiduría implícita en la misma.

Ello no debe evadirnos de comprometernos en buscar las soluciones más adecuadas —como venimos diciendo— para estos casos. Pero, en realidad, lo que más debería preocuparnos sería el abandono pastoral en el que pueden hallarse determinados centros sanitarios del que una de sus causas puede ser la situación aquí descrita.

CONCLUSIÓN

Hasta aquí hemos desarrollado nuestra reflexión pastoral sobre uno de los puntos fuertes de nuestra presencia como Iglesia en un hospital materno-infantil.

Subrayamos lo de *reflexión pastoral*. Porque desde nuestra experiencia pastoral la hemos llevado a cabo. De ahí que nuestro trabajo cabalgue frecuentemente entre criterios, valoraciones, puntos concretos...

Es indudable que tras nuestra experiencia, o si se prefiere, bajo ella, existe un determinado esquema teológico que tiene una imagen concreta de Dios, una visión eclesial determinada, un concepto delimitado de lo que entendemos por sacramento y cómo actúa el mismo.

Y en función de ello hacemos nuestra apuesta pastoral como aquí queda descrita. Estamos satisfechos de ella, aun cuando somos conscientes de las lagunas que provienen desde nuestra propia limitación y, otras veces, desde las mismas circunstancias.

Pero también somos conscientes de que nuestra misión pastoral, incardinada en una realidad secular como es un hospital, es marco privilegiado de la nueva evangelización hoy preconizada. Y como un objetivo evangelizador, en primer lugar orientado hacia nosotros mismos —el Servicio de Pastoral— y la propia Iglesia, hemos llevado adelante este proceso de reflexión.

Proceso que a nosotros nos ha ayudado a ser más conscientes de lo que somos y de lo que hacemos. Nos gustaría que pudiera ayudar del mismo modo a nuestros lectores que quizá, algún día, se puedan ver involucrados en situaciones parecidas a las aquí descritas.

5. LA SALUD DEL CLERO*

Mariano Galve Moreno

Ya se ha hecho popular, entre quienes nos movemos en la Pastoral de la Salud, la frase de que somos sanadores heridos. Reconocemos con ello nuestra propia herida que, sólo reconociéndola y asumiéndola, nos posibilita el encuentro sanador con los otros, también heridos.

Pero quizá nos resulte más difícil ponerle nombre, diagnosticarla. Es más cómodo perdernos en la generalidad del saber la condición de enfermo que tiene todo ser humano, de modo análogo a como nos refugiamos en la universalidad cuando afirmamos solemnemente que todos somos pecadores.

Mariano Galve, sacerdote y psicólogo —miembro del Consejo de Redacción de LABOR HOSPITALARIA—, buen conocedor del medio ambiente del clero, señala en el presente artículo un pormenorizado análisis de las heridas del mismo. Tal vez, a primera vista, pueda resultar un tanto descarnado dicho análisis. Máxime cuando la imagen social del sacerdote ha tenido siempre un contexto de perfección y de equilibrio.

A ella estamos llamados, pero nunca podremos alcanzarla sin partir del hombre que cada uno somos. Un hombre muchas veces herido y al que, sólo la acción del Espíritu, le capacita, desde esa misma herida, constituirse en apoyo sanador para sus hermanos.

INTRODUCCIÓN

En primer lugar, deseo clarificar el punto de partida de esta comunicación: He estudiado el tema, aunque he encontrado sobre él muy poca bibliografía; por lo que he tenido que construirlo desde las diversas consultas y desde mi experiencia. La enfoco, pues, con un gran temor y mucha humildad. Una cosa sé: que, cada línea, está impregnada de un amor muy grande a mis hermanos, los sacerdotes.

Partiré de dos coordenadas: una interna —la baja autoestima del clero— y otra externa —un análisis del brusco cambio de la sociedad-cultura en la que se enmarca el sacerdote—.

La primera coordenada —coordenada interna— será el telón de fondo que estará presente en toda mi comunicación. Ella dará sentido y explicación a cada una de mis afirmaciones. Al contrario, si no se tiene en cuenta, todo mi enfoque aparecerá sesgado y deformado. Es como un *a priori* y, por ello, lo sitúo al principio, sin ningún tipo de tabulación.

Para poder visualizar, de alguna manera, esta coordenada inter, presentaré de entrada, muy concisamente, un dato estadístico y un párrafo de reflexión:

El dato estadístico: El 70 % de religiosos y sacerdotes tienen baja autoestima.

* El presente artículo corresponde a una conferencia pronunciada por su autor a los Vicarios Generales de España en Majadahonda (Madrid) y publicada en SURGE, abril-mayo 1992, año 52, vol. 50 (534-535).



«El sacerdote en su ministerio está atrapado entre la necesidad de la buena imagen y la sensación de impotencia pastoral».

La reflexión: La falta de confianza en sí mismo seca la personalidad, pues aparta a quien la padece de nuevas experiencias —«tengo miedo a los extraños»— y empobrece la vida porque la limita a lo trillado y sabido. Una persona a la que falta confianza en sí misma se dice, no puedo hacer lo que *quiero*, no puedo hacer lo que *otros* esperan de mí; no puedo *dar* a otros lo que quieren; no soy como otros que quieren que sea; no soy como yo quiero *ser*. La falta de confianza es como una toxina que circula por la corriente de la vida, envenena la vida emocional, como la desnutrición la mina físicamente.

ANÁLISIS DE NUESTRA CULTURA

■ Anotemos este dato de importancia trascendental para nuestro tema: nacimos en una sociedad marcada por el *autoritarismo* y el *monopolio ideológico del clero*, en instituciones típicas de la tradición cristiana de la Contrarreforma. Un sistema que, a pesar de ser rígido y empobrecido, nos otorgaba una *gran seguridad*.

Fuimos educados en un sistema cerrado y para un sistema que se suponía que continuaría cerrado. Lo cual, a pesar de que nos quitaba grados de libertad, *nos dio un gran sentido de identidad*.

Pudimos entregar nuestras mejores energías a los grandes ideales. Aprendimos a no calcular. Que la vida tiene un senti-

do incondicional. Que la experiencia religiosa fundamenta la vida. Casi todos experimentamos la *hybris del deseo*, pero a costa de la renuncia a las más elementales necesidades personales.

■ Pero vino el Concilio, la modernidad y la democracia y, en una época en que lo que importa es realizar el proyecto de vida, suponiendo que uno ya aclaró su identidad personal y social en años anteriores, a nosotros nos ha tocado *revisarlo todo*.

Ocurrió que el cambio eclesial atacó los sistemas de seguridad y el cambio socio-cultural orientó el deseo hacia bienes mundanos, generosamente ofertados. A raíz de esto, cada uno de nosotros debió de comprobar el grado de consistencia o inconsistencia de su identidad. Porque el desafío de estos años ha consistido precisamente en mantener la identidad en un proceso de integración de cambios.

— Muchos no pudieron permanecer en nuestras instituciones. Son ese numeroso colectivo de compañeros nuestros —*sacerdotes secularizados*—, que tomaron parcelas de ideal, parcelas de compromiso, parcelas, pues, de una identidad común, las escindieron del colectivo clero y, desde ese momento, se empobrecieron y nos empobrecieron. Aunque no lo queramos confesar, simplemente no nos demos cuenta, o creamos que ya lo tenemos superado, no existe herida narcisista más grande para cualquier colectividad humana que el hecho de que buena parte de los suyos se vayan, y se vayan precisamente porque ya no pueden vivir con nosotros o, con nosotros, no puedan realizarse.

¿Y los que permanecen todavía?

■ Algunos permanecen dentro, porque todavía las instituciones eclesiales posibilitan la protección del individuo, especialmente si éste tiende a ser pasivo. Son el colectivo que uno de vosotros denomina los *secularizados por dentro*. Vacíos de identidad y de proyecto, se adhieren a la institución y parasitan en ella. De modo osmótico absorben lo que, en ella, hay de positivo, pero sólo para consumir, pues no tienen centrales de transformación. Por eso, no dan nunca y exigen siempre. Son voraces e insaciables pues, en el fondo, cantidades de cosas no pueden llenar lo que es defecto estructural: carencia de identidad definida y de proyecto. Hacia afuera son querulantes, agrios, indisponibles, desagradables. Recogen todo lo negativo, perciben hasta el mínimo fallo y se adhieren a él para no colaborar, descalificar y degradar.

Si uno está alienado de su propio yo, de manera que carece interiormente de papel que desempeñar, y está alejado de los demás de manera que da lo mismo que se aparte o se mezcle con ellos, entonces deja que los demás definan el propio rol, pues sea lo que sea lo que uno haga, da lo mismo. Uno es extraño para sí mismo y está separado de los demás. Además, puesto que la persona alienada le cuesta trabajo tomar decisiones, de dar alguna orientación a su propia existencia, deja que otras le digan qué es lo que debe hacer. La única condición que hay que poner es que los definidores de los roles no sean insistentes hasta el punto de causar irritación.

■ Bastantes tienen una actitud claramente defensiva. Sienten que el mundo se ha descristianizado y va a la ruina. Pienzan que el postconcilio ha sido una etapa de descontrol. Hay que recuperar el verdadero Concilio, estrechando los lazos de obediencia con la autoridad.

Es cierto que, en cualquier colectivo social, existen individuos que sólo saben protestar. Los sacerdotes de este tipo tienen como característica la sensibilidad a los prejuicios de la mayoría o del grupo de presión: buscan celosamente los signos de injusticia para luego reaccionar pidiendo un cambio

inmediato. Cuando este cambio tarda en producirse introducen el componente de la justa indignación. Cualquier resistencia a sus esfuerzos parece únicamente aumentar su celo. No muestran satisfacción cuando alguna de sus demandas es aceptada; por el contrario, todo éxito parcial estimula realmente una mayor agresividad. Las respuestas a sus protestas no son nunca completamente satisfactorias y raramente actúan de forma constructiva con los cambios que consiguen implantar.

“ El 70 % de religiosos y sacerdotes tienen baja autoestima ”

“ La falta de confianza es como una toxina que circula por la corriente de la vida, envenena la vida emocional ”

Dentro de este colectivo se suelen situar sacerdotes anteriormente brillantes que obtuvieron recompensas gracias a su preparación y habilidad. Cuando un cambio cultural les impide competir en las nuevas condiciones sociales experimentan *miedo y frustración*, reaccionando:

- unos con desviaciones: alcoholismo, retraimiento en sí mismos, desórdenes mentales,
- y otros están descritos perfectamente por Häring: «Los teólogos —heridos juntamente con su teología o, en parte, por su teología—, así como los sacerdotes y obispos formados por ellos, enfermos de una *moral de prestaciones, de una ética legalista*. Una ética que acentúa de manera unilateral la obediencia contribuye al desarrollo de un *super-yo* inseguro y rígido, que se doblega servilmente ante los de arriba y se convierte en juez implacable de los de abajo».

■ Quizá sea peor todavía la actitud defensiva de tipo *victimista*: la de quienes añoran el pasado y se sienten fácilmente agredidos por las actitudes que llaman *progresistas* de los otros. Entre ellos está, con frecuencia, ese considerable 23 % de sacerdotes mayores de 65 años, fuera del juego de la mutualidad fe-cultura, pastoral-hombre de hoy, enquistados en unos quehaceres rutinarios, adheridos compulsivamente a su parroquia, a su casa, a sus quehaceres. No se han reconciliado con el mundo que les ha tocado vivir —no lo perdonan— y se han retirado, en frase de un sacerdote, «a sus cuarteles de invierno». Ahí, viven una existencia autista, quejosa y empobrecida. Van consumiendo los años en una decadencia, no sólo física, sino, sobre todo, afectiva y mental: carecen ya de capacidad de asimilación de lo nuevo, de ilusión, relación y frescura creativa. Sobre todo, carecen de fe, de ilusión, de futuro y de proyectos de realización. Su verdadero mal no es el debilitamiento del cuerpo, sino la indiferencia del alma apresada por las dudas insidiosas que asaltan cuando se ven las cosas desde una trinchera conquistada. Dudas expresadas por las preguntas: ¿para qué salir?, ¿para qué trabajar?, ¿para qué luchar y exponerse?, ¿para qué vivir? En su grado extremo, podrían hacer suya la frase: «Sé que voy a morir, porque ya no amo nada».

■ Más difícil aún es definir el *colectivo de los progres*, y es necesario hacerlo porque muchas actitudes *progres* revelan, ciertamente, la falta de identidad propia. Depositán su identidad —como un *yo prestado*— en una causa: los pobres, los enfermos, los presos, los obreros. Tienen un corazón adolescente y una mente ideológica. Demasiado ansiosos consigo mismos, incapaces de tolerar la soledad interior, se embarcan

en proyectos pastorales necesitados de ser afirmados por sus iguales y de verse confirmados a través de credos y programas, mediante los cuales definen el mal, lo incomprensible y lo hostil. Suelen ser notablemente *exclusivistas y crueles* con todos los que son distintos. A este respecto, resulta importante comprender (lo cual no significa perdonar o compartir) tal intolerancia como una defensa contra una confusión en el sentimiento de identidad.

■ Muchos se sienten *disociados*. Es el precio que han pagado por querer mantener la bipolaridad de identidad y cambio. Fueron educados en los ideales espirituales y, al tener que abrirse al mundo, dejaron la oración, aunque no el sentido religioso de su existencia.

El hombre-en-la-cultura es un fingidor: obra como si le gustase algo, cuando no le gusta; como si creyese algo, cuando no cree y como si dijese la verdad, cuando no la dice.

En este apartado es necesario hablar de *asentimiento patológico*. El asentimiento renuente es inherente a la vida del hombre-en-la-cultura. El hombre presta asentimiento por amor, pero sobre todo por debilidad y miedo. La aceptación masiva e indiferenciada forma parte de la pauta del fingimiento. En todas las culturas e instituciones, el miedo ha sido uno de los instrumentos más comunes para obtener consenso. También en la Iglesia que, inconscientemente, ha usado el «miedo blando», que meramente aprisiona el alma. Sin amenazarle claramente, a un sacerdote se le puede apresar por implicación, que le llega a través de innumerables mensajes sin palabras y que le dice que si no acepta lo que sus padres quieren, sus maestros quieren o la Iglesia quiere que él sea se encontrará en grave, «aunque innostrado», peligro. La diferencia entre el asentimiento común y el patológico consiste, simplemente, en la magnitud y la calidad de la aquiescencia; en cuánta renuncia al yo, y de qué clase, se le pide.

“ Fuimos educados en un sistema cerrado que se suponía iba a continuar cerrado, lo cual nos dio un gran sentido de identidad ”

“ Con el Concilio, la modernidad y la democracia, nos ha tocado revisarlo todo ”

■ Otros muchos, *de buena voluntad*, sin grandes problemas personales, han hecho la síntesis como han podido, al ritmo de las instituciones o de compañeros más *lanzados*. Más que elaborar síntesis personalizadas, han logrado evitar extremos, fraguando una fidelidad práctica. Algunos han llegado a la madurez con la paz de haber servido a Dios y a los hombres, sin pretender tener respuesta a los grandes retos del mundo actual. Otros, sin embargo, han caído en la mediocridad y la acomodación.

AUTOCONCIENCIA Y CRISIS

En consecuencia, *ha cambiado nuestra autoconciencia*. No vivimos la fe en pacífica y segura posesión. Porque, inmersa en los cambios sociales, ha venido la secularidad, este desafío que deja la identidad cristiana a la intemperie, expuesta ante la racionalidad crítica. ¿Tiene sentido hoy hablar de Dios en un mundo que se interpreta desde sí mismo? ¿No será la experiencia religiosa una *ilusión megalomaniaca del deseo*?

Me vais a permitir que, por un momento, use de la jerga psicoanalítica como una aproximación práctica al mundo del sacerdote.

■ Voy a partir del supuesto de Ivan Tillich de que todos los seres humanos experimentan, en cierto grado, una angustia básica: la amenaza de la nada.

■ Esta angustia, que afecta a todos los hombres, puede tolerarse sólo durante un breve espacio de tiempo en su forma pura, por lo que debe ser compensada de alguna forma por el valor, autoafirmación, fe, sublimación o represión.

■ Si el individuo no encuentre a su alcance —o le fracasan— estos mecanismos aceptados y efectivos (descritos de forma diversa por la terminología teológica o psicológica), emplea como sucedáneo mecanismos de naturaleza neurótica o psicótica que convierten la angustia, no determinada, en miedo de objetos o situaciones concretos por medio de mecanismos tales como la negación, el desplazamiento y la proyección.

■ Pero debido a que estos mecanismos no son totalmente efectivos y posiblemente producen ansiedad patológica por sí mismos, la persona neurótica o psicótica seguirá experimentando ansiedad después de empleados. La personalidad anormal, por tanto, tendrá una mayor sensibilidad a la angustia del no-ser.

En este telón de fondo, desmaquillada la jerga psicoanalítica, se ha dado, a mi modo de ver entre nosotros, una triple crisis: crisis de identidad, crisis de decrecimiento y crisis de rol.

Crisis de identidad, en primer lugar. Bastaría con que nos ensimismáramos en nosotros mismos para recordar con cuánta pasión, ánimo y generosidad vivimos nuestra vocación. A poco que recordemos, percibíamos con toda nitidez toda la densidad del bien y del mal, toda esa emoción de lo sagrado: el impacto de lo nouminoso, la intimidad con Dios, la dedicación a los demás, la seguridad de que nuestra cosmovisión estaba reglada y aprobada. Nuestra vocación se hallaba inmersa en la trama común de una fuerte religiosidad con las siguientes características:

- Un abandono periódico, de tipo infantil por lo confiado, en manos de un Proveedor —Dios— que dispensaba fortuna terrenal así como salud espiritual.
- Alguna demostración de nuestra propia pequeñez a través de una postura disminuida y un gesto humilde.
- La admisión en la plegaria y en el perdón de las malas acciones, de malos pensamientos y malas intenciones.
- Una ferviente súplica de unificación interior a través de la guía divina.
- Y, por último, la comprensión de que la confianza individual se convertía en una fe común, la desconfianza individual en un mal comúnmente formulado, mientras que la restauración de nuestras individualidades debería llegar a formar parte de la práctica ritual de muchos y convertirse en un signo de confiabilidad en la comunidad.

■ Funcionaban, en aquel tiempo, perfectamente los mecanismos de defensa: la *fe* daba un cumplido sentido a nuestra renuncia y abandono en manos de un Dios providente; la Iglesia daba cabida y quehacer a nuestros *yos*, reafirmaba y daba consistencia a nuestra identidad; la inquietud y generosidad nos daba *valor* para negarnos las fáciles satisfacciones corporales y personales; *reprimimos* mucho, y creo que bien en general, porque pudimos y tenía sentido hacerlo (la psicología ha aprendido muy tarde que ningún niño, ningún adolescente, ningún joven se vuelve neurótico por reprimir un impulso o tener una crisis, sino sólo cuando esta renuncia o este conflicto carecen de sentido); por ello, el sano y eficaz mecanismo de sublimación era completamente operativo.

Alguno de vosotros me confirmó los datos: «A nosotros

“ No existe herida narcisista más grande para cualquier colectividad humana que el hecho que buena parte de los suyos se vayan ”

“ Algunos permanecen dentro porque todavía las instituciones eclesiales posibilitan la protección del individuo ”

—decía— nos ha tocado sufrir, pero se nos dio un armazón estructural de fuerte identidad».

■ Pero algo falló y, a mi modo de ver, lo que falló corresponde perfectamente a una reactividad normal.

Cuando culturalmente se pone en duda y de modo sistemático los principios de fe se crea una gran incertidumbre, de manera que el tormento de estar equivocado siempre, o por lo menos, de no contar con la «mejor» solución a cualquiera de los problemas de la vida, se ha convertido en una de nuestras características.

También, culturalmente, ha existido una auténtica revolución en la sensibilidad general de modo que, a nivel global, el mecanismo represivo es casi inoperante frente a la avalancha de impulsos perentorios. El impulso es una criatura del *ello*, el depósito de todos los anhelos instintivos no domesticados que surgen en nuestro interior. Dentro de cada hombre, dice Freud, hay un *ello*, un volcán de hirvientes impulsos, tenido a raya solamente por la sociedad, cuyos controles se convierten en nuestra conciencia, en nuestro *super-yo*. En contraste con el *ello*, que nos incita a buscar simplemente el placer, el *super-yo* nos ordena trabajar duramente, ahorrar y dominar nuestra vida impulsiva. Pero hoy, como los valores de la laboriosidad, la frugalidad y el abstenerse ya no traen cuenta, y los impulsos apremian tanto al *yo*; hoy, cuando el elevado nivel de vida se ha convertido en ideal moral, los valores del bienestar, la satisfacción inmediata y la liberación de impulsos han cobrado ascendente.

Juntos —pérdida de fe e irrupción de impulsos— encabezan el ataque contra el bastión fundamental de las tradiciones indoeuropea, islámica y hebrea —el sistema de control de los impulsos— pues el deseo de un millón de cosas no puede crearse sin estimular un apetito para todo.

Es por eso que el ataque a la fe, con la consiguiente dosis de incertidumbre, y la explosión de los impulsos es lo que ha hecho estallar los mecanismos engrasados de la fe, el valor, la renuncia y la sublimación.

■ Y tuvieron que aparecer, para las identidades acorraladas, otros mecanismos más fuertes de defensa: la negación, la disociación, el desplazamiento y la proyección.

Todo ello con mucho sufrimiento y grandes dosis de ansiedad ante la angustia del no-ser.

Crisis de decrecimiento. Impresionan los simples datos estadísticos de mi Diócesis que, por lo que yo sé, no está muy lejos de todas las demás: la media de edad rondando los 60 años; su distribución, por tanto, en forma de peonza, con ese raquítrico 4,25 % de menores de 35 años, engordando tímidamente al 22,93 entre 35 y 49 años, para seguir el grueso 50,35 % de sacerdotes entre 50 y 64 años y volver, después, a la misma cifra del 22,45 % en los que tienen 65 años o más.

En una cultura que obra por impulsión, que gratifica lo joven, bello y fuerte, nuestro sector de sacerdotes —con sólo el ridículo 27,18 % menor de 35 años— está necesariamente devaluado.

Además, el núcleo central de sacerdotes, en su mayor parte celosos, se entregan a su ministerio hasta el agotamiento físico, espiritual y psíquico. El *síndrome de activismo*, justificado por la escasez de clero, se siente reforzado también por la presión que ejerce la sociedad competitiva.

Crisis de rol. El sacerdote en su ministerio está atrapado entre la necesidad de la buena imagen y la sensación de impotencia pastoral. Esta tensión fermenta en una mala conciencia, que les hace sufrir espiritualmente. Todo sacerdote consciente hace la experiencia de que no está dando una respuesta pastoral.

Se sabe el qué (teorías de los expertos, líneas de pastoral de los que mandan desde arriba), pero no el cómo (no existen procesos pedagógicos y educativos). No se sabe qué hacer.

El ministerio se convierte, así, en una «carga» y no en alimento de la propia existencia.

Anunciar el Evangelio a hombres que están circulando a 100 por hora es difícil y, muchas veces, inútil.

Es triste invertir horas y horas en catequesis de niños o de novios y ver después que todo queda en una única preocupación: la contratación del restaurante. En este caso el sacerdote —tensionado emocionalmente entre ira y mansedumbre— se siente utilizado por una sociedad de consumo, culpabilizado por no haber sabido transmitir el evangelio y obligado a repetir machaconamente lo mismo sin saber cómo reexpresar la fe de cara a hombres y mujeres que parece que sólo les interesa la religión popular y el rito, vaciados de la vivencia religiosa.

El trabajo ministerial es, así, un peso muerto que está gravitando en la conciencia del sacerdote, sin que, por el momento, se vea una salida.

Además, al quehacer pastoral le falta creatividad porque hemos sido formados de un modo uniforme para una sociedad inmóvil. Y aunque existan diversidad de ofertas y ministerios pastorales que requieren especialización, la falta de flexibilidad y de los reflejos necesarios para vivir en una sociedad plural, junto con la escasez de clero, hacen difícil la especialización pastoral por falta de efectivos y de preparación suficiente.

A esto hay que añadir la falta de preparación profesional. El caso del sacerdote que lleva quince años sin haber leído apenas nada de teología sería, que se ha contentado con revistas de divulgación, en función de la preparación inmediata de la catequesis o de la homilía.

En el fondo hay un cierto desaliento. *Atonía*, me decía un sacerdote. ¿Quién *no se cansa* de tener que tirar siempre del carro, del propio y del ajeno? Hay también falta de horizontes, falta de esperanza. Los esquemas con los que nos han formado no acaban de estar ajustados.

El diagnóstico de este síndrome pastoral es fácil: en el transcurso de la evolución, se ha puesto de manifiesto que el haber más importante de un organismo es su potencial de «radiación adaptativa», la capacidad de desarrollar formas nuevas para ajustarse a condiciones nuevas de vida. Lo que observamos en un ser humano comido de miedo es una pérdida de adaptabilidad, una tendencia a inmovilizarse en pautas de conducta y de pensamiento invariables.

NO SE SABEN CUIDAR

Salud física

Sobre la salud física del sacerdote hablé ampliamente con el médico-jefe de medicina interna de un Hospital Clínico, un médico práctico a cuatro horas diarias con muchos años de consulta activa.

Le proporcioné las tablas estadísticas de edad y, como datos para una historia clínica standard del clero, le introduje los siguientes datos: No se saben cuidar. Comen mal. No se hacen chequeos, excepto los aprensivos. No guardan orden en el ritmo trabajo-descanso. Por lo general no tienen sanos hábitos de salud. Propensos a los infartos.

Dividió claramente la población en tres grupos atendiendo a la edad:

Los menores de 49 años. Con niveles de salud cercanos a la población. Las enfermedades más frecuentes en este grupo serían: Las colesterinemias que se agravan con el descuido; las bronquitis que, sin cuidado, se convierten en crónicas; la diabetes y enfermedades metabólicas, que son tan sensibles a la dieta; la hipertensión y las úlceras gastroduodenales que tienen alta correlación con el desorden y el stress y que, alrededor de los 50, suelen dar cardiopatías de origen coronario.

Los comprendidos entre los 50 y 64 años. Aquí —me dijo— el campo era más amplio: enfermedades anteriores que, al no ser prevenidas ni cuidadas, se convertían en verdaderos problemas más las enfermedades de desgaste: cardiopatías de tipo isquémico y arterioesclerótico. Insuficiencias vertebrobasilares y cerebrales (dentro de ellas, la trombosis cerebral). Las articulares de desgaste: artrosis, tanto a nivel de columna como de rodilla. Suelen aparecer tumores (como el resto de la población).

Mayores de 65 años. Me señaló que, de cara a la salud, este sector de población depende más de la asistencia que del cuidado y la prevención. Son típicas de este grupo la insuficiencia respiratoria a nivel cerebral y cardíaco y las articulares de desgaste.

Medidas terapéuticas. De todos los enfermos sacerdotes que he visto lo que más me ha impresionado —me dijo—, no es la enfermedad en sí, sino el abandono (el sacerdote, de por sí, no da importancia ni cuida su salud). Por ejemplo una gripe en un oficinista no es ningún problema, con una semana de reposo, basta; en cambio, el sacerdote es como el clásico obrero antiguo de quien dependía su familia: pasan la gripe sobre la marcha y, es frecuente que se convierta en crónica.

“Bastantes tienen una actitud claramente defensiva, piensan que el postconcilio ha sido una etapa de descontrol”

“El 23 % de sacerdotes mayores de 65 años tienen una actitud defensiva de tipo *victimista*: añoran el pasado y se sienten agredidos”

“Muchas actitudes *progres* revelan la falta de identidad propia, depositan su identidad en una causa”

Pienso que mientras el sacerdote tiene salud, todo va bien; pero cuando ésta empieza a fallar, debe de ser terrible y no me extraña que, entonces, aparezcan un montón de desequilibrios, incluidos los psicológicos. (Y hablamos de un caso que conocemos ambos: una diabetes que, con una dieta se hubiera mantenido en niveles aceptables, desencadenó por desidia, una retinopatía y, ahora es un sacerdote casi ciego).

La mejor medida —añadió— es la prevención y, en la población de sacerdotes (por la edad y las condiciones de vida),

debería ser obligatorio hacerse un chequeo anual con una analítica general y un examen del aparato circulatorio.

El chequeo no lo plantearía como mandato o exigencia, sino como un modo de llegar a ellos, motivarles e interesarles en el sentido de que hay enfermedades que, cogidas a tiempo, con sencillo cuidado pueden evolucionar favorablemente; en cambio, por desidia o abandono, suelen abocar a un desastre.

En los sacerdotes habría que cuidar el aparato digestivo —las comidas, las grasas—, así como los problemas metabólicos y los trastornos funcionales —la prisa y el mal cuidado—.

Como medida, habría que poner un poco de orden en su vida: procurar hacer las tres comidas del día. (Y me proporcionó un ejemplo práctico: El sacerdote tendría que aprender de la mujer soltera que trabaja; tiene un amplio congelador donde puede almacenar la comida de un mes; cocina los fines de semana; y el resto de los días aprende a usar el microondas).

Si se hace una sola comida fuerte, se debería ir al estilo inglés: un almuerzo fuerte.

Me sugiere la importancia del alcohol en el sacerdote (sobre todo el religioso, de alrededor de cuarenta y tantos años).

Comentario: es una lástima que con los pocos que hay y la labor tan importante que desarrollan no se cuiden más. Y, preocupado, sabiendo que tendría que hablarlos, me animó: ¡A ver si lo conseguís!

DIVERSOS ASPECTOS Y PROBLEMAS DE SALUD

El problema de los jóvenes. Son pocos y tienen problemas con los mayores. En general, carecen de una decidida y fuerte identidad. Formados en la escuela de la permisividad son endebles y frágiles. Tienen pocos recursos interiores y, con facilidad, fracasan y dimiten. También, con frecuencia, son limitados e indisponibles.

■ El problema de los jubilados. Hay unos que lo desean y otros que lo llevan muy mal. La jubilación siempre ha sido un trauma colectivo, pero en el clero es más aguda en razón de lo inclinados que están los sacerdotes a unir identidad y ministerio. Renunciar a la parroquia, al cargo, al puñado de feligreses, a las rutinarias tareas pastorales supone renunciar a sí mismos; morir, no un poco, sino mucho. De ahí esa compulsión obsesiva a agarrarse a la vida que, en concreto, se traduce aquí por agarrarse al piso, al cargo parroquial y al ministerio.

■ Problemas de afectividad. La madurez afectiva deja mucho que desear, me decíais uno de vosotros. Cuando hay problemas afectivos es sintomático que se paralicen todas las centrales energéticas: simplemente se renuncia a amar. Por miedo, la relación interpersonal es sustituida por *satisfacciones físicas inmediatas y controlables*: la ansiedad por el trabajo, el placer de la comida, la acomodación al ritual cotidiano, las pequeñas aficiones, la evasión de responsabilidades nuevas. Por eso, cantidad de evasiones: en el trabajo (clases, obras, reuniones). Cantidad de escapes: ocupacionales, grupitos. Y, en este tema, queda un problema que, a nivel global, nadie se ha atrevido a tocar: el tema sexualidad-afectividad.

■ Problemas de soledad. La «soledad del sacerdote» es ya un tópico. Hay que decir, en primer lugar, que el sacerdote se siente solo porque está realmente solo. Y es inevitable, porque es concomitante con la vocación y el ministerio: el sacerdote renunció a sí mismo, lo que supone: la renuncia a parte de su autonomía —lo que conlleva aceptar vergüenza y duda—, a parte de su iniciativa —lo que conlleva bastantes dosis de

«Al quehacer pastoral le falta creatividad porque hemos sido formados en la conciencia del sacerdote sin que, por el momento, se vea una salida».



culpabilidad—, renunció al específico mundo del éxito y la manipulación —que desencadena sentimientos de inadecuación e inferioridad— renunció a una identidad práctica y social —lo que conlleva dos peligros: el primero, la sobreidentificación con otros y con el Otro y, segundo, un debilitamiento del yo—, renunció, lo que es más evidente, a la intimidad de la pareja —con el sentimiento concomitante de aislamiento, evitación de contactos y soledad—; renunció, por último, a la paternidad biológica —lo que conlleva un difuso estancamiento—.

Tanta renuncia, que ocasionan tan masivas e importantes pérdidas, que conllevan soledad, sólo es posible vivirlo maduramente desde una confianza ilimitada en Dios y en los demás, una oblación generosa de sí y un amor postnarcisista. La soledad —creo yo— es inevitable. Otra cosa es que se viva mal: «La espantosa tarde de domingo del cura», en frase vuestra.

Los pertenecientes a movimientos. Hay que decir dos cosas: la primera, que son instrumentos de renovación y, por tanto, válidos; y segunda: que, en tanto en cuanto usan los mecanismos de adoctrinamiento y adiestramiento, tienen una dificultad intrínseca para incorporarse plenamente a la comunidad diocesana. Y aunque todo depende del talante individual de cada sacerdote, como se sienten apoyados e, inconscientemente, se consideran selectos, pueden ser radicales, intolerantes y absolutistas. Pueden tener el peligro —y muchos caen en él— de idolatrar lo que es una mediación. En este grupo también habría que incluir a los religiosos que administran parroquias, porque conservan los tics de su formación, carisma y estilo pastoral religiosos.

Sacerdotes exclaustros. En las Diócesis, vienen a representar un número considerable. No dejan de ser un problema. Esto no quiere decir que no se adapten, pero arrastran ya el problema de su fracaso personal y comunitario.

Problemas de alcohol. Impresiona la superficialidad con que son enfocados y tratados los sacerdotes que beben. A su alrededor se han levantado unas barreras de sospecha, persecución, burla y desprecio. Y pocos ven, detrás de la compulsión a la bebida, los muchos problemas, el gran sufrimiento y la desvalorización y timidez de los que beben.

“ El precio por querer mantener la bipolaridad de identidad y cambio se paga con la disociación ”

“ Otros muchos de buena voluntad, sin grandes problemas personales, han hecho la síntesis como han podido ”

a) Los hay que beben para matar el poco yo que tienen. No les gusta el sabor del alcohol y sólo lo utilizan, de modo masivo, para conseguir rápidamente sus efectos anestésicos.

b) Los hay que beben porque son depresivos. *El alcohol en el sacerdote depresivo* mitiga, temporalmente, la tristeza que va acompañada de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. Lo usan para sentirse más seguros de sí mismos y tener fuerzas para enfrentarse a sus problemas. Suelen ser:

- Sacerdotes depresivos que beben.
- Sacerdotes alcohólicos que se deprimen.
- Sacerdotes que acaban padeciendo las dos enfermedades.

c) Hay otros que beben por diferentes motivos: el sacerdote *hipomaniaco* a quien puede parecerle que el alcohol neutraliza algunos de sus sentimientos perversos desagradables; el sacerdote con *ansiedad fóbica* que utiliza el alcohol para mitigar la ansiedad aguda que experimenta en situaciones específicas; el sacerdote *pre-psicótico* para quien el alcohol es un tranquilizante muy eficaz. Por último, el sacerdote que hace de su alcoholismo una bandera psicopática: con él ataca y castiga a su familia, compañeros, iglesia y sociedad.

Problemas psiquiátricos. Por mi preparación y dedicación son los que mejor conozco. Me referiré sólo a dos, los más graves:

a) El primero se refiere al *sacerdote disociado*, el esquizoide: (muchos seminaristas, bastantes sacerdotes jóvenes y alguno de cierta edad). Viven su sacerdocio de modo dividido; simultáneamente, lo aman y lo odian. Lo recibieron ya, como una especie de código genético, a través de una madre poderosa y proyectiva, de un padre impresentable, débil y sometido por la madre y de una familia con una tara inconscientemente culpabilizadora. Recibieron, ya de pequeños, el sacerdocio como su solo horizonte, como instrumento y medio para lavar una culpa vergonzosa de la cual no tienen idea clara ni noticia. Aceptaron —entre otras razones porque no se les dio respiro— el encargo de ser, al mismo tiempo, salvadores y chivo expiatorio. La terrible herencia y el encargo cruel sólo les dejó estructurar un yo embrionario, amenazado siempre, débil siempre, sometido siempre por unas pulsiones íntimas —normales— (que él creía eran cosas del diablo, malas, o pecaminosas) y la obligación de seguir un camino trazado de antemano. Mientras tuvieron fuerza y su sistema defensivo estaba intacto, aparecían ante los demás como buenos hijos y buenos sacerdotes. Pero todo era falso; su bondad era prefabricada a base de miedo y timidez.

La verdad era que su identidad más íntima estaba formada por un núcleo de impotencia y de rabia. ¡Qué terrible dilema: o someterse y condenarse a no ser uno nunca o rebelarse, rompiendo, dañando y destruyendo! Y que compromiso, también, para el que como yo intenta romper la terrible coraza,

liberar al yo cautivo e implantarlo en otra tierra que no sea la madre proyectiva. En el mismo movimiento estoy quitando un hijo a una madre y un sacerdote a la Iglesia. Y —tanto desde la madre como desde la Iglesia— son heridas que cicatrizan mal, pocos entienden y te lo echan en cara siempre. Pero siempre te queda el hondo sentimiento de la tarea bien hecha y, a veces, del agradecimiento, como esa llamada que, ahora mismo, acabo de recibir de ese sacerdote que lleva unos tres años atrincherado en su ático, con tanto miedo que ni se atreve a leer un periódico. Soy el único canal que le une a la Iglesia, a la cual ama y odia. Que se haya atrevido, y pueda, coger un teléfono para decirme: «estoy mejor», es toda una victoria. Le puedo decir, en verdad, «no sabes cómo valoro y agradezco tu llamada. No sabes lo feliz que me haces al saber que estás bien, después de los terribles sufrimientos que has pasado». «Por eso mismo, me dice, tú siempre entendiste todo lo que he pasado». «Iré a verte».

b) El segundo problema tiene que ver con el *sacerdote quemado*. Los maestros del espíritu, desde muy pronto, le pusieron el nombre de la *acedia*. También fue llamada «tedio de la vida», «tristeza espiritual». Para el sacerdote, afectado de acedia, el síntoma específico es ese malestar por todo y, también consigo mismo, que se manifiesta bajo la forma de mil pequeñas sensaciones que no equivalen a un gran remordimiento. Detrás del síntoma, está el virus melancólico que ataca la vida, desintegra el yo y teme la muerte. En el fondo, no se acepta el único ciclo de vida como lo esencial del individuo, ni tampoco la sustancia espiritual que lo impregnó. La desesperación expresa el sentimiento de que ahora el tiempo que queda es corto, demasiado corto para intentar otra vida y para probar caminos alternativos hacia la integridad. La acedia impresiona porque es como un cáncer que va corroyendo lentamente. Hay que detenerla aprisa, antes de que destruya y mate. A veces se llega a tiempo; pero, en la mayoría de casos, tampoco ha habido prevención, chequeo.

c) Otros problemas psiquiátricos. Por supuesto, los rasgos psicopatológicos del clero no se limitan a estos cuadros; más aún, se puede afirmar que no existe un cuadro clínico específico del clero, aunque su peculiar estilo de vida le haga vulnerable a ciertas afecciones. Anoto algunas: ciertas manías, personalidades obsesivas, el narcisismo egocéntrico, los episodios ciclotímicos de euforia y depresión, ciertos rasgos psicopáticos de mala socialización y «hacer lo que me da la gana», algunas perversiones y desviaciones que están encubiertas bajo capa de ciertos carismas específicos, compulsiones hipocondríacas, personalidades histeriformes, y un largo etcétera.

SALUD DE LOS VICARIOS

Voy a decir una palabra sobre la salud de los vicarios porque me lo habéis pedido y porque estáis presentes. Igual diría otra palabra sobre la salud de los párrocos o de los capellanes si me lo pidieran y también los tuviera delante.

— Ya el *nombre de vicario* necesitaría de un análisis en cuanto a los grados de confianza, clarificación de funciones y poder de decisión que realmente poseéis. Un primer pun-

“ No vivimos la fe en pacífica y segura posesión porque ha venido la secularidad ”

“ Se ha dado una triple crisis: de identidad, de decrecimiento y de rol ”

“ El ataque a la fe y la explosión de los impulsos es lo que ha hecho estallar los mecanismos engrasados de la fe, el valor, la renuncia y la sublimación ”

“ El síndrome de activismo, justificado por la escasez de clero, se refuerza por la presión que ejerce la sociedad competitiva ”

to, pues, que puede afectar a vuestra dimensión de salud en cuanto equilibrio, por lo fácil que es caer en la desconianza, la confusión de rol y la arbitrariedad de poder.

- Junto a vuestros obispos, de quienes sois vicarios, tenéis la obligación de mantener el depósito de la tradición, ser maestros de la fe, árbitros entre hermanos y modelos vivientes. En este punto y respecto a la salud, tanto vosotros como vuestros obispos, tenéis el peligro de refugiaros en un super-yo rígido, frío y lejano —mantenedor de normas, espejo de virtudes— descuidando lo que es más compasivo, más cálido y cercano. También ocurre —con frecuencia— que pasáis de uno a otro estado, creando, a vuestro alrededor, malestar y confusión.
- Supongo que sois *lo mejor del clero* y fuisteis elegidos por vuestra integridad, fidelidad o estilo pastoral. Desde este punto de vista, os sometisteis a un doblete tensional: el ser iguales a los otros y el ser diferentes en cuanto a modelo. En este sentido, no es difícil que los más débiles e influenciados se adhieran a vosotros y los más independientes y fuertes os ataquen y calumnien.
- De un modo vicario, *se os ha encomendado las tareas pastorales* de la Diócesis en un tiempo en que los planes pastorales no tienen atractivo y quienes tienen que llevarlos a cabo son un colectivo escaso, envejecido y desmoralizado. Otro punto, también, en la consideración de vuestra propia salud en la dimensión del desaliento.
- Los expertos os llenan la cabeza de ideas, de planes y proyectos; pero ni os dicen cómo y, en la mayoría de los casos, no os dan los medios. Sufrís, por tanto, el desgarramiento de saber lo que hay que hacer y la impotencia de que, en la práctica, es imposible hacerlo.
- Es indudable que *detectáis parcelas de poder*, pero, con frecuencia, es un poder mediatizado por las exigencias de los de arriba y los clamores de los de abajo. Vosotros estáis en medio. A poca sensibilidad que tengáis, vuestra salud se tiene que resentir del síndrome de impotencia y pasividad.
- Tenéis que ser y hacerlo casi todo: ecónomos, juristas, teólogos, jefes de personal, pastores y maestros. Respecto a la salud, osciláis —y os hacen oscilar— entre la omnipotencia y la secreta intimidad de que no podéis ser lo que deseáis ser y os apetece.
- Tenéis *acceso a los bienes*, que son, más bien, escasos: dinero, cargos, información. Os envidian por ello y, a la hora de repartirlos, contentáis a muy pocos.
- Dejáis *vuestro pellejo* en pueblos, carreteras, despachos, reuniones. No contáis ni con tiempo —es de los otros— ni con proyecto personal —tenéis que suplir, animar, ceder, sustituir—. Tenéis que aplicaros la retahíla de los males del cura: la dieta, el stress, el desorden, el descanso y la actividad.
- Si vuestra sensibilidad no está bloqueada, estáis al descubierto y, por tanto, tenéis que conocer los sentimientos de impotencia, agobio, frustración, susceptibilidad, agresión y desconcierto.

Y señalo, por último, para vosotros una especie de síndrome enfermizo, que yo llamaría *adicción hipomaniaca*: Can-

sados del puesto e irritada vuestra sensibilidad, podéis crear una disociación, con defensas de espasmo y de bloqueo que os inclinen a identificaros demasiado con un grupo de gente, un grupo de ideas, con un solo estilo pastoral.

LÍNEAS DE ACCIÓN

Antes de intervenir —orientación en la acción—, de cara al tema de salud, son pertinentes dos *a priori*:

■ Un *buen diagnóstico* que, para serlo, debe ir más allá del fácil diagnóstico sintomático que sólo intenta curar la apariencia, alivia a veces, pero no va a la raíz.

■ La *intervención terapéutica* debe de ser *específica* en el sentido de que se entierre —con piedad— lo muerto, se cuide lo incurable, se sane lo curable y se conserve y estimule lo sano.

Diagnóstico

Pretender hacer un diagnóstico global y preciso del colectivo clero es de suma importancia, pero sumamente pretencioso. Yo, por mi parte, no me considero con autoridad suficiente para emitirlo. Sin embargo, sí que puedo ofrecer algunos rasgos, como aproximaciones diagnósticas:

- «Nos encontramos con un clero mayor sobre el que ha gravitado un radical cambio cultural y eclesial que ha afectado su autoconciencia, situación real y autoestima —por tanto, los núcleos básicos de su identidad—.
- Un clero que ha perdido su sistema inmunológico de defensa: autoafirmación, confianza, fe, valor, represión y sublimación, y ha tenido que echar mano de otros mecanismos de defensa más primarios, menos eficaces y, por tanto, más angustiosos en sí mismos: negación, disociación, desplazamiento y proyección.
- Un clero que no sabe cuidar su salud física, mental y espiritual.

Terapéutica

Habrá que enterrar lo muerto. Los tiempos de la Iglesia como sociedad perfecta y como sistema de cristiandad. La cultura de la cosmovisión religiosa como único valor social. Y un modelo de cura apto para este tipo de cultura, con un poder absoluto, inapelable y omnipotente del clero. Habrá que recuperar poder vivir y situarse en una sociedad plural, en un sistema de poder democrático y en una corresponsabilidad de funciones y tareas.

Habrá que cuidar lo incurable. El envejecimiento de nuestro clero. Una cierta esclerosis en el modo de situarse y llevar a cabo la tarea. El deterioro irreversible de algunas personas y comunidades. Algunas enfermedades —físicas, mentales y espirituales— degenerativas y de desgaste. Algunos síndromes que «más vale no tocar» porque desencadenan males mayores.

El *cuidado*, en este sentido, debe ir en la dirección de *contener y rehabilitar*.

Respecto al cuidado, hay un aspecto importante:

- Lo más eficaz sería responsabilizar al propio sacerdote y a la propia comunidad para que conciencien y cuiden de sus aspectos enfermos irreversibles. Y habrá que ir en esta dirección todo lo que se pueda.
- Pero, dado lo inclinado que está nuestro clero al descuido y al abandono, será necesario buscar —lo más cercano a él, y admitida por él— una persona responsable, encargada de la importante tarea de la contención, la asistencia y la rehabilitación.

En este sentido habrá que implantar residencias para curas ancianos, lugares alternativos para enfermos crónicos y un sistema diagnóstico diferencial, claro y operativo.

Habrá que curar lo sanable. Según el diagnóstico, es vital recuperar la identidad del sacerdote. Valorarla. Robustecerla y darle sentido.

Este nivel exigirá ideas claras, planificación de efectivos, pedagogía coherente y una cierta terapia de identidad:

- Es importante que esta identidad *no se confunda* ni con la del religioso ni con la del laico; no las añore, compita con ellas y las sustituya.
- Es importante que esta identidad *se adapte* a los signos de los tiempos: se nutra de la vida y del hoy, ame nuestro mundo.
- Es importante *recuperar el sistema inmunológico de defensa*: la confianza básica en sí mismo, en los demás y en Dios, el valor, las necesarias —y sólo ellas— represiones con sentido, la sublimación que evita las compulsiones obsesivas y libera para el amor, el compromiso y la creatividad.
- Es importante *aquietar* los impulsos más perentorios y destructivos y *estructurar* una afectividad disponible, cercana y generativa.
- Es importante, por último, de cara a la terapia de la identidad, *saber aceptar* altos grados de soledad, sin neurotizarse por ello.
- También habrá que *sanar y disolver* esos cálculos de concreción parcial y sectaria que impiden la circulación fluida en la comunión eclesial: grupitos, parcelas de poder, individualismos, el «yo de Pablo, yo de Apolo», recetas pastorales de moda, etc., e ir hacia un pacto lo más amplio e implicativo posible.
- Habrá que *sanear la teología*, tantos años apoyada unilateralmente en la filosofía, mediante el injerto vital de una antropología, que incluya la socio-psicología y la medicina.

“ El sacerdote de por sí, no da importancia ni cuida su salud ”

“ La madurez afectiva deja mucho que desear: la relación interpersonal es sustituida por satisfacciones físicas inmediatas y controlables ”

Y, en el arte de curar lo sanable, habrá que emplear *medicinas y terapias*:

- Incorporar todo el caudal sanante de la vida de fe: un sentido místico de la vida, la oración, la palabra de Dios, sacramentos, consagración, servicio ministerial corresponsable, vivencia comunitaria.
- Estimular y centrar las reuniones de sacerdotes para que sean *encuentros, no sólo de ideas*, ni sólo planes pastorales, ni sólo retiro. Que las reuniones sean lugar y ocasión para el encuentro fraternal en el que se puedan comunicar vivencias, compartir experiencias, expresar sentimientos y disfrutar del ocio y de la vida.
- Hacer chequeos anuales sobre el estado de salud física, mental y espiritual. Y para ello, buscar buenos médicos, buenos psiquiatras (levantando sobre ellos la sospecha y la defensa, pero también la indefensión) y buenos directores espirituales.
- Hacer verdad lo que con tanta frecuencia decimos: que la Iglesia es la Iglesia de los pobres, cautivos, enfermos, marginados y manifestar lo que Häring enuncia como «la Iglesia herida» y «los sacerdotes heridos».

Habrà que estimular lo sano. En nuestra cultura ha entrado con fuerza el *tema salud*. Desde el famoso slogan de la OMS: «Salud para todos en el año 2000», hombres y administraciones se han preocupado por la salud en su doble vertiente de prevención y de calidad de vida. Desde ese momento, hemos entrado en una especie de «religión de la salud» con sus muy concretos mandamientos.

Por eso, como toda realidad social que tiene impacto en la vida del hombre, el *tema salud* debe de interpelar —como siempre— a la Iglesia y a los hombres de Iglesia. Y debe hacerlo en un doble sentido:

- Cómo se posiciona la Iglesia respecto al tema salud.
- Y cómo debe vivir ella misma este anhelo del hombre y de la sociedad de hoy como signo y señal del Reino.

“La soledad del sacerdote es inevitable, otra cosa es que viva mal”

“Los sacerdotes exclaustros no dejan de ser un problema ya que arrastran su fracaso personal y comunitario”

La respuesta a ambas cuestiones proporcionaría al sacerdote el suelo conceptual para una orientación más clara sobre un tema que lo comprendemos y vivimos de modo ambivalente. Le daría también la enorme seguridad de un quehacer vital y significativo en el compromiso de ser «sal de la tierra y luz del mundo».

En este sentido, todo sacerdote debería partir —y participar— de las *nuevas tendencias esperanzadoras* de la moderna atención a la salud así como al *cambio de actitud* que empiece a manifestarse:

- Existe un movimiento hacia una conceptualización más colectiva de la *enfermedad como un malestar* que se halla en muchas formas de nuestra sociedad y se expresa a través de distintos trastornos y desequilibrios. Las razones de este malestar son muy diversas: sociales, económicas, políticas... Este concepto va reemplazando al de la enfermedad etiquetada de una forma individual a la cual se le da un tratamiento sintomático.
- Se va extendiendo asimismo el reconocimiento de que existe una *dimensión espiritual* de la salud al tiempo que se concede mayor interés a la importancia de la *motivación para el trabajo* en los servicios de salud. ¿Quién hubiera podido imaginar hace pocos años que la Asamblea Mundial de la Salud inscribiría, en su orden del día, el tema de la dimensión espiritual de la salud? Y, sin embargo, esto ha sido necesario, pues para promover la «salud de todos» nos hemos encontrado, cada vez con mayor frecuencia, los temas de la significación de la vida y de la motivación.
- También se va reconociendo, cada vez más el *valor terapéutico de la comunidad*, especialmente como antídoto de la soledad, soledad que está en la base de tanto «malestar». Pues la dolencia fundamental de nuestra sociedad es el resultado de nuestro aislamiento, del aislamiento de cada uno con respecto a los demás, así como de nuestra incapacidad de comunicar y escuchar.
- La gente ya va pensando más en términos de sistemas (en psiquiatría o en medicina), de *grupos* y de *comunidades*.
- Cada vez más va apareciendo la necesidad de un *diálogo más estrecho entre los profesionales de la salud y la Iglesia*, de forma que se pueda hacer frente, en mejores condiciones, a las decisiones difíciles y las exploraciones innecesarias, todo ello dentro de un esfuerzo por mantener más bajos los costos de la atención a la salud.

— Por otra parte, la gente habla cada vez más de *autocuidado*, de asumir *responsabilidad* de la propia salud, de adoptar un estilo de vida más comedido y sencillo. Tras muchos años de *expropiación de la salud* en manos de la Seguridad Social, la gente espera que el Estado vaya a facilitarles todo, incluso la salud, que se considera como un derecho. De esta forma se tiende a descuidar la disciplina necesaria para el propio cuidado y se pierde la capacidad de hacer frente al sufrimiento y a la proximidad de la muerte. Es especialmente en este aspecto en el que puede verse la diferencia que existe entre la fe cristiana y la falta de fe.

Autocuidado, diálogo profundo con los profesionales de la salud, valor terapéutico de la comunidad, concepción de la enfermedad como malestar y dimensión espiritual de la salud, deberían ser las coordenadas que definieran, de modo preciso, la aportación que el sacerdote otorgara a hombres, comunidades y sociedad en general de cara a estimular lo sano.

Y, dentro de este marco, aportar también lo que es sanamente intrínseco a la modalidad del sacerdote:

- *Ser uno mismo*, sin espasmos y con el sistema inmunológico de defensa que le es propio. Una identidad que se constituye en la vocación y se nutre del servicio al Reino. Identidad como proceso de maduración mística (no intelectual, no voluntarista) como expresión de la confianza básica en el Otro. Identidad que arranca de la raíz de una renuncia básica y que, mediante la elaboración del proceso místico, se convierte en amor gratuito.
- *Distinguirse de los demás*, sin confusiones ni añoranzas. Aunque se perciba la relatividad de los diversos estilos de vida que han otorgado significado al esfuerzo humano, favorecer la posesión de la integridad sacerdotal estando siempre dispuestos para defender la dignidad del propio estilo de vida contra toda amenaza física y económica. Pues quien tiene una identidad concreta integrada sabe que una vida individual es la coincidencia providente de sólo un ciclo de vida con un solo fragmento de la historia; y que, para él, toda integridad humana se mantiene o se derrumba con ese único estilo de integridad concreta de que él participa.
- *Admitir la evolución de la propia historia y del propio cuerpo*. Estimular un amor postnarcisista del yo sacerdotal como una experiencia que transmite un cierto orden del mundo y un sentido espiritual, por mucho que se haya debido pagar por ello.
- *Potenciar al máximo la relación con el número de personas que constituyen la base de nuestro apoyo humano*. Relacionarse con ellos, sentir y vivir con ellos.
- *Adscribirse a una comunidad*, vivir en ella, cansarse en ella, disfrutar de ella y morir en ella.
- *Colaborar en la creación de un mundo habitable*, donde se pueda respirar, crecer y amar.

UNA ÚLTIMA CONSIDERACIÓN

Dando por supuesto que el dato de la fe no puede ser traducido a ninguna antropología; que el misterio de la gracia no es detectable por ningún test psicológico y que el don del espíritu no hay registro energético que lo mida, todo lo que he dicho tiene que ser, obligadamente, una comunicación sesgada y reducida. Son aproximaciones que me devuelven al posicionamiento del inicio: al amor postnarcisista y a la humildad.

Sólo, por eso, una última palabra: todo lo que he dicho debe ser discutible, por tanto, limitado y frágil. Debe, también, ser discutido: apelo a vuestra responsabilidad para que toméis el tema con interés, lo debatáis con serenidad y hagáis propuestas operativas.

6. BIOÉTICA EN ESPAÑA (1991-1994)

*Francesc Abel, S.J.; M.^a Pilar Núñez;
Nuria Terribas y Montserrat Viñas*

Este artículo recoge los acontecimientos más relevantes en el ámbito de la bioética en el trienio junio de 1991-junio de 1994. Los autores, colaboradores en el Instituto Borja de Bioética, firman las siguientes aportaciones: la doctora M.^a Pilar Núñez y la abogada Nuria Terribas, el trabajo sobre el SIDA. La doctora Núñez, además, ha redactado el informe sobre el Genoma y Nuria Terribas, los aspectos jurídicos de la investigación clínica sin medicamentos. La abogada Montserrat Viñas es autora del trabajo sobre la regulación del tratamiento de los datos confidenciales. Finalmente, Francesc Abel es el autor de los primeros aspectos que se abordan en este trabajo conjunto: aborto, eutanasia, tecnologías de reproducción asistida, trasplantes y del breve comentario final sobre el consentimiento informado. El texto de la Ley 15/1994 del 3 de junio de 1994 se transcribe íntegro en la documentación de este número de LABOR HOSPITALARIA.

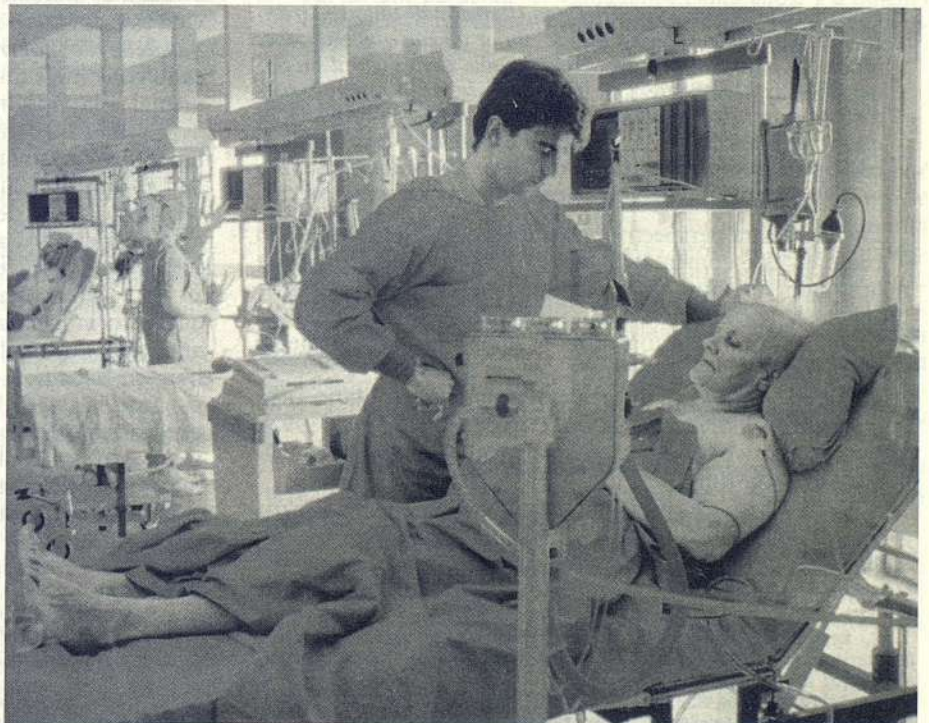
ABORTO

Desde las primeras discusiones que precedieron a la Ley Orgánica 9/1985 del 5 de junio de 1985¹, despenalizando el aborto en tres supuestos (amenaza seria para la vida o la salud física o mental de la embarazada; embarazo como consecuencia de acto criminal de violación y cuando se presume que el feto puede nacer con grandes defectos (físicos o mentales) muchos tuvimos la impresión de que el Gobierno intentaría ampliar la despenalización con el supuesto socio-económico.

Políticas eficaces para crear empleo y estabilidad laboral, beneficios sociales sustanciales a los más desamparados y subsidios adecuados para los discapacitados, mejora de las condiciones de vivienda, apoyo a la iniciativa privada, etc. han quedado en bellas palabras y buenas intenciones. La ampliación de los supuestos de despenalización del aborto permitiría enmascarar la triste realidad.

La sensibilización ciudadana no ha sido muy difícil. La constante referencia por los medios de comunicación social

1. Ley 9/1985 (5 junio) «Ley Orgánica sobre el aborto»: 1985, *Boletín Oficial del Estado* 166 (12 julio). «Sentencia del Tribunal Constitucional sobre la Ley del Aborto»: 1985, *Boletín Oficial del Estado* 119 (18 mayo).



«El Manifiesto expresa la necesidad de modificar el actual artículo 409 del Código Penal que equipara la eutanasia y el suicidio asistido al homicidio».

de situaciones realmente dramáticas y excepcionales como si fueran las más habituales y corrientes; la denuncia de mortalidad y morbilidad maternas cuando la mujer se ve abocada al recurso del aborto clandestino; la intolerancia de la Iglesia y sectores que se encuadraban con el calificativo de retrógrados y la homologación con la Europa progresista, han ido creando el caldo de cultivo para una aceptación social del aborto por cualquier causa. Esta aceptación resulta numéricamente importante y lamentablemente desinformada.

No se ha contado, quizás, con la fuerte oposición de los obstetras y ginecólogos en ser instrumentalizados como agentes al servicio de destrucción de vidas humanas. Una ética profesional por parte de creyentes y no creyentes impedía la indignidad de colaborar en el aborto de gestaciones no deseadas. Desde posiciones religiosas tal actuación es claramente inmoral; desde otras perspectivas falta la llamada indicación médica. En términos numéricos más de 95 % de todas las demandas queda parcialmente sin satisfacer.

El Real Decreto sobre el reconocimiento de centros de salud para la interrupción voluntaria del embarazo del 21 de noviembre de 1986, 2409/1986 que simplificó los requisitos de autorización del aborto en centros privados debidamente autorizados, hizo posible atender parte de la demanda bajo el eximente de riesgo para la salud de la madre².

El 4 de septiembre de 1992 el Gobierno aprobó el proyecto de nueva regulación del aborto en el nuevo Código Penal. Se admitían en este proyecto como nuevas razones despenalizadoras «el estado de angustia o ansiedad de la gestante» y «un pronóstico de riesgo para su salud, atendidas, en su caso, sus condiciones personales, sociales o familiares». Estos términos tan ambiguos abrían la puerta al aborto a petición. En la práctica se excluía la protección jurídica al *nasciturus* durante las doce primeras semanas de la vida³.

Un editorial de *El País* (6 de diciembre de 1992) comentaba:

«El Gobierno ha dado un paso más a favor de la libertad de la mujer embarazada para decidir si prosigue o interrumpe su gestación, pero no ha sido capaz de impulsar una solución definitiva para el problema del aborto.../. Se va ampliar si prospera la nueva propuesta, de despenalizar el aborto cuando el embarazo produzca a la mujer una situación de angustia o ansiedad. Ya no será preciso que la mujer alegue que está loca; bastará con que diga que está angustiada. Pero seguirá sin poder abortar libremente.../. Al margen de la tibieza gubernamental para tomar medidas, lo cierto es que el paso hacia un aborto normalizado está dado para beneficiar a una franja de población femenina, sobre todo joven, que se decidirá ahora más fácilmente a interrumpir embarazos no deseados».

Desde nuestra perspectiva, radicalidad y simplismo se dan la mano en este comentario. Si bien la primera parte puede incluir algún que otro caso dramático, la segunda parte es de una ligereza sorprendente. El conjunto ofrece la imagen del poco aprecio de un sector social a la vida humana naciente que el Estado ha de proteger.

Como hacía notar en un artículo de opinión el notario Juan José López Burniol (*La Vanguardia*, 30 de septiembre de 1992), este proyecto tuvo los defectos de instrumentalización jurídica y de oportunismo político, además del

«modo en que se ha planteado el debate en la opinión pública parece una historia de buenos y malos. De un lado, un Gobierno comprensivo que pretende armonizar posiciones contrapuestas, confiando en la tolerancia recíproca. Y, de otro,

2. Real Decreto 2409/1986 (21 noviembre) «Sobre Centros Sanitarios para la Interrupción Voluntaria del Embarazo»: 1986, *Boletín Oficial del Estado* 281 (24 noviembre).

3. *La Vanguardia*, Sábado 5 septiembre 1992, pág. 9. *El País*, Sábado 5 septiembre 1992, pág. 16.

un colegio episcopal arisco y maximalista, que nos amonesta sin compasión y sin pausa con una doctrina en la que «las mujeres que interrumpen voluntariamente su embarazo son tratadas como los terroristas de tiro en la nuca o los guardianes de los campos de exterminio nazis».

La conclusión, sabia a nuestro parecer, de López Burniol merece ser transcrita:

La vida afortunadamente, es más rica y las cosas no son tan simples. Conviene, por ello, recordar algunos puntos:

- *Que lo que ahora se discute no son los tres supuestos ya despenalizados, sino la admisión del aborto libre por el sistema indirecto que implica la ampliación que se pretende.*
- *Que la imprescindible protección de la mujer, en los numerosos y tremendos supuestos de angustia que se dan en la realidad, cabe buscarla por otros medios distintos de la libre privación de la vida del nasciturus.*
- *Que los obispos —y los católicos en general— tienen el mismo derecho que todo ciudadano a defender su criterio, sin perjuicio de que al final prevalezca el de la mayoría.*
- *Y que, también desde una conciencia laica, que funda en su libertad la exigencia de una ética y la determinación de su contenido, cabe entender que el aborto libre es una involución».*

El proyecto no llegó a debatirse en el Parlamento durante el mandato del ministro de Justicia, Tomás de la Quadra Salcedo. Con el nuevo Gobierno, un nuevo ministro de Justicia, Juan Alberto Belloch decide reformular la ley de aborto, con el rango de Ley orgánica. Esta nueva ley establecerá la libertad para interrumpir el embarazo en las doce primeras semanas. El anteproyecto de esta «ley de plazos», como se conoce jurídicamente a esta fórmula, sólo establecerá dos limitaciones: que la mujer sea previamente informada para que pueda tomar responsablemente una decisión y que el aborto no sea costeado por el Sistema Nacional de Salud, cuando no se incluya en los tres supuestos que actualmente están vigentes. Para ser aprobado el anteproyecto, que ha sido remitido al Consejo General del Poder Judicial, deberá contar con una mayoría absoluta en el Congreso y en el Senado.

Para el creyente católico, el derecho del ser humano a la vida es un derecho fundamental que el legislador *no crea sino que debe reconocer y proteger*. El aborto directamente provocado constituye una agresión y violación del derecho fundamental a la vida humana.

Quienes no comparten tal posición consideran que el Estado trata de armonizar valores en juego dentro de una sociedad éticamente pluralista en la que no todos ven en el aborto una destrucción de la obra divina. No sería, por tanto, función del derecho sancionar principios morales cuando al hacerlo no se traduce en resultados de efectiva utilidad social.

En resumen, acertamos quienes manifestamos en su día que la formulación de la Ley despenalizadora del aborto del año 1985 abriría las puertas a la ley de plazo y al aborto libre en España.

Ante esta realidad es evidente que la Iglesia ha de seguir proclamando el valor de la vida que la ley deja de proteger y actúe en la sociedad como instancia crítica de los males que realmente padece a los que no se han de sumar ni la banalización, ni la burocratización del aborto. A este respecto, permitasenos transcribir la carta dominical del arzobispo de Barcelona, Ricard Maria Carles, del 17 de julio de este año⁴:

Debo hablar de este tema grave —el aborto— para nuestra sociedad. Pero he de decir, antes de entrar en el tema, que no me olvido —como mis lectores tampoco— de los graves

4. Carles, Ricard-Maria, arzobispo de Barcelona: «El abuso sobre el débil nunca es progresista». 1994, *Full Dominical* 29, 4.



«La Ley Orgánica número 5 de 29 de octubre de 1992 limita el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus deberes».

problemas que sufrimos en nuestro país. Porque, si el lanzamiento a la arena de la opinión pública de este tema tuviera como motivación algún oportunismo político o distraer a la opinión pública de otras cuestiones, sería grave inmoralidad. No se pueden pretender ventajas políticas a cambio de la vida de unos seres inocentes.

Tampoco se puede enarbolar la razón del progresismo. El aborto no es nada moderno, sino una práctica frecuente hace siglos en las culturas mediterráneas, a la que ahora se le volvería a dar un carácter de legitimidad. Hay textos del principio de la historia de la Iglesia que condenan estos crímenes: «No matarás al embrión mediante el aborto, no darás muerte al recién nacido» (Didajé 2,2). «(Los cristianos) se casan como todos, engendran hijos; pero no exponen (abandonan) a los recién nacidos» (Carta a Diogneto 5,5).

Por otra parte, jamás ha sido progresista un partido que favorece el abuso del más fuerte sobre el más débil. ¿Es que hay un ser más inocente y débil que un no nacido?

Es temible una sociedad que no es capaz de proteger eficazmente al ser humano desde el primer momento de su existencia. Porque es lícito preguntarse qué valores o qué derechos serán respetados cuando haya un gran número de ciudadanos que no han respetado el valor más grande que existe para una persona: la vida del hijo.

Es trágico que el lugar que todos creíamos más seguro en la vida de un hombre —el seno de la madre— ahora, durante tres meses, se convierta en el lugar más expuesto para el niño. Antes, los peligros comenzaban al enfrentarse con el medio ambiente y con otros seres vivos, no en el seno materno.

Desde una perspectiva demográfica, también es contradictoria una ley que se quiere aplicar a España, que es la última en tasa de natalidad de Europa. Y Cataluña la tiene más baja que la media española: 1,2 a 1,3.

Se da como razón el ponernos a nivel de otros países europeos. Somos muchos los que preferiríamos estar a nivel europeo en no matar a los no nacidos, sino en las tasas de paro, en una menor población penitenciaria, en la seguridad ciudadana, en el desarrollo económico, en el respeto a las creencias religiosas.

Escribí hace años —y hubiera preferido equivocarse a profecía— que, a esta generación que mataba a sus hijos, se le pagaría en la misma moneda: los hijos harían morir a los padres. Está claro que el paso al aborto libre —pues, aunque encubierto, no será otra cosa— es un acercamiento moral a la eutanasia generalizada. Me dan pena los que en el Parlamento seguirán abriendo paso a la cultura de la muerte. Por muy impecables y respetables que puedan parecer sus salones de deliberación, no estarán nunca separados, de hechos, de los cubos de desperdicios de ciertos quirófanos adonde van a parar los que pudieran ser ciudadanos como ellos, y a quienes ellos cierran violentamente el paso a la vida. Apelo a sus conciencias.

EUTANASIA

El Grupo de estudios de Política Criminal integrado por un nutrido colectivo de catedráticos y profesores titulares de Derecho Penal, magistrados, jueces y fiscales elaboraron una propuesta alternativa al tratamiento jurídico de las conductas de terceros relativas a la disponibilidad de la propia vida. La formulación de esta propuesta en Alicante, el 12 de febrero de 1993, contaba como antecedente la elaboración de un *Manifiesto en favor de la disponibilidad de la propia vida* aprobado ya en Valencia el 16 de noviembre de 1991 y posterior reunión de trabajo mantenida en Madrid el 26 de junio de 1992⁵.

El Manifiesto expresa la necesidad de modificar el actual artículo 409 del Código Penal que equipara la eutanasia y el suicidio asistido al homicidio:

«El que prestare auxilio o induzca a otro para que se suicide, será castigado con la pena de prisión mayor; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte será castigado con la pena de reclusión menor»;

5. Grupo de Estudios de Política Criminal: Una alternativa al tratamiento jurídico de la disponibilidad de la propia vida. *Serie Documentos*, 2, 1993.

expone además la necesidad de garantizar el reconocimiento de la disponibilidad sobre la propia vida y, correlativamente, el derecho a morir:

«la especial importancia de la vida, la irreversibilidad de las consecuencias de la decisión, la eventual implicación de terceros y la vulnerabilidad de los procesos de decisión en determinadas situaciones y etapas vitales hacen necesario adoptar cuantas medidas sean necesarias en orden a garantizar la plena libertad de la voluntad».

Los autores analizan situaciones procurando después de definir los términos: «muerte»; «vida vegetativa»; «enfermo terminal»; «prolongación artificial del proceso irreversible de muerte»; «situación de certeza o riesgo considerable de muerte próxima»; «lesión, enfermedad o minusvalía incurables y permanentes»; «graves sufrimientos padecidos»; «eutanasia prematura»; «situación susceptible de eutanasia prematura»; «supresión de vida vegetativa»; «supresión de la prolongación artificial del proceso irreversible de muerte»; «eliminación o mitigación de graves sufrimientos»; «repercusión en un acortamiento de vida»; «provocación de muerte inmediata»; «incapacitación para valerse por sí mismo»; «solicitud seria».

Consideran que no deben ser punibles en ningún caso:

1. La conducta del médico que interrumpe o deja de aplicar procedimientos terapéuticos tendentes a retrasar arbitrariamente el momento de la muerte prolongando artificialmente la agonía respecto de una persona carente de perspectivas de curación o mejora.
2. La actividad médica que aplica procedimientos analgésicos que pudieran producir el efecto de un acortamiento de la vida en un enfermo con pronóstico terminal.
3. La provocación de la muerte a petición expresa y sería del afectado para poner fin a una situación de sufrimiento y dolor, grave e irreversible, no soportable ya por el sujeto, que no pueda ser suprimida por medios distintos.

Por el contrario concluyen que

cualquier acción u omisión en el ámbito médico asistencial que ponga fin a la vida del paciente, no mediando su solicitud así como la autoría o conducción al suicidio serán castigados como homicidio, salvo posible concurrencia de circunstancias atenuantes en algunos supuestos.

La periclitada ley española sobre la eutanasia y suicidio asistido no ha cambiado todavía por razones de oportunidad política. El proyecto del Código Penal de 1992 que no llegó a aprobarse en la anterior legislatura socialista, sigue vivo, esperando el momento oportuno. Creo que una buena parte de la judicatura española encuentra atractiva la solución recientemente adoptada por el Parlamento holandés.

Desde el 1 de diciembre de 1993 ha quedado regulada la eutanasia activa en Holanda. Ésta se define como la muerte de un paciente provocada por un médico a petición del primero. La eutanasia y la ayuda al suicidio permanecen en el Código Penal pero se establece el eximente de responsabilidad penal si los médicos acceden a procurar la muerte en caso de voluntad explícita, reiteradamente formulada con conocimiento de causa por el paciente a quien los sufrimientos le resultan insoportables y hay garantía de que se han agotado todas las vías alternativas. Son imprescindibles la consulta a otro colega que manifieste su acuerdo y un informe al fiscal. Las autoridades sanitarias y la fiscalía deberán verificar si la actuación médica se ha atendido al procedimiento establecido.

El problema mayor estriba en cómo tipificar la práctica de disponer de la propia vida con intervención de terceros sin crear, simultáneamente, la inseguridad sobre el derecho de preservarla, especialmente en los sectores marginados de la so-

cialidad. Nos gustaría que los participantes en el debate sobre eutanasia y suicidio asistido tuvieran en cuenta que en Holanda, además de la voluntariedad por parte del paciente se considera *condición sine qua non* que los ancianos tengan pensiones que les permitan vivir, cobertura médico-social total para los enfermos crónicos y servicios competentes de cuidados paliativos.

Las discusiones en torno a las denominadas directrices anticipadas, en forma de testamento vital o nombramiento de mandatario, han entrado a formar parte del colectivo sanitario y del público más sensible a los acontecimientos ligados a la toma de decisiones en caso de pérdida de conciencia. Dos organismos —la Conferencia Episcopal Española y la Asociación del Derecho a morir dignamente— ofrecen un texto a todas aquellas personas que quieran hacer este tipo de declaraciones⁶.

La eficacia de estos documentos es reducida desde la perspectiva jurídica ya que, por el momento, no eximen de responsabilidad a quien lleva a cabo la acción u omisión tendente a satisfacer la voluntad de quien de manera clara, seria e inequívoca redactó el documento cuando estaba en posesión de sus facultades.

TECNOLOGÍAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

La ley del 22 de noviembre de 1988, número 35/1988 que regula las técnicas de reproducción asistida en España dispone en su artículo 21 que

«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»⁷.

Esta Comisión no fue nombrada, durante el período que estudiamos. De todas maneras, haciendo uso de sus competencias legislativas en la materia, la *Conselleria de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya* nombró por Orden del 25 de mayo de 1992 una Comisión Asesora sobre técnicas de reproducción humana asistida, como órgano consultivo en todo lo que haga referencia a las técnicas mencionadas, desde una perspectiva sanitaria. Esta comisión ha trabajado en la elaboración de un registro de centros, en la normativa de acreditación de los mismos, en la revisión de la documentación que los centros dan a los usuarios, en propuestas de adaptación de la ley española a las circunstancias actuales⁸.

Ateniéndose a la práctica de la fecundación *in vitro* y transferencia embrionaria podemos estimar que alrededor de 300 niños nacen cada año en España por esta técnica. La Seguridad Social cubre actualmente en dos hospitales de Cataluña los gastos de la FIV-TE en un número limitado de casos de mujeres de menos de 40 años y sólo pueden intentarlo una vez al año. Salvo estas excepciones la FIV-TE pertenece al ám-

6. Conferencia Episcopal Española: Plan de acción sobre la eutanasia y la asistencia al bien morir. *Labor Hospitalaria*. 1990, 22, págs. 112-115. Asociación D.M.D. Apartado 31.134. 08080 Barcelona.

7. Ley 35/1988 (22 noviembre) «Sobre Técnicas de Reproducción Asistida»: 1988, *Boletín Oficial del Estado* 282 (24 noviembre) 284 (26 noviembre).

8. Ordre, 25 mayo, 1992, «Es crea la Comissió Assessora sobre tècniques de reproducció humana assistida a Catalunya»: 1992, *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* 1608 (17 junio).

bito de la medicina privada (no cubierta por la Seguridad Social).

Varios centros en España, sobre todo en València y Barcelona, desarrollan programas de donación de óvulos, con resultados muy alentadores. La escasez de donantes es uno de los mayores inconvenientes en esta modalidad de reproducción asistida.

MUERTE CEREBRAL, TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Al no haberse regulado todavía en España la aplicación de los criterios de diagnóstico neurológico de la muerte con carácter general, para que puedan ser utilizados debidamente en cualquier caso en todo centro hospitalario e independientemente del destino del cadáver o de alguno de sus órganos, la Sociedad Española de Neurología creó un Comité constituido por los doctores Nolas Acarín (Barcelona), Gabriel Delgado (Pamplona), José M. Grau (Barcelona), José M. Martínez-Lage (Pamplona), Hugo Liaño (Madrid), Antonio Oliveros (Zaragoza), Eduardo de Tolosa (Barcelona) y J. José Zarranz (Bilbao). El Comité, reunido en Candanchú (Huesca) el 6 de febrero de 1993, elaboró un dictamen que hizo suyo la Sociedad Española de Neurología. Lo transcribimos del Documento sobre Muerte Cerebral, Trasplante de Órganos publicado en *Quadern CAPs*⁹:

«A) La muerte de un individuo está determinada por el cese total e irreversible de la actividad cerebral.

B) El cese total e irreversible de la actividad cerebral es en la mayoría de los casos consecuencia de un paro cardiocirculatorio previo. Ésta es la forma habitual de morir. Cuando no se han tomado o bien han fracasado las medidas de reanimación emprendidas, el diagnóstico y la certificación legal de muerte no puede crear problemas ni confusión.

C) Por el contrario, cuando las medidas de reanimación consiguen recuperar la actividad cardíaca críticamente amenazada, pero el cerebro queda dañado absoluta y totalmente, o bien cuando el cese irreversible de la actividad cerebral se produce por una agresión primitiva del cerebro, puede darse la situación artificial en que persisten, gracias a las medidas de reanimación externa, actividades cardiocirculatorias y de ventilación pulmonar. El mantenimiento instrumental de funciones da una apariencia externa de vida.

Al estar el cerebro dañado irreversible y globalmente, el individuo debe considerarse muerto a todos los efectos médicos y legales. Ha de equipararse, por tanto, el concepto y el momento de "muerte del cerebro" con el de muerte del individuo.

D) Los criterios neurológicos que definen la muerte de una persona son los siguientes:

1. *Es condición previa imperativa* conocer la causa de la lesión mortal, demostrarla mediante exámenes apropiados y ser de naturaleza destructiva del tejido cerebral (hemorragia, traumatismo, tumor, infarto, anoxia, isquemia o encefalitis).

2. En consecuencia, *queda excluida la posibilidad de sentar un diagnóstico de muerte* en el caso de pacientes en coma de origen desconocido, de causa tóxica o medicamentosa, estado de hipotermia o shock cardiocirculatorio previos al coma. En los niños menores de dos años los criterios neurológicos de muerte requieren otra cautela.

3. *Han de estar presentes todos y cada uno de los signos que se indican* a continuación en el examen de la lesión. Se ha de constatar la persistencia de estos signos durante 30 minutos:

a) Coma absoluto con hipotonía completa. Ausencia de toda reactividad motora o vegetativa al dolor aplicado

sobre un nervio del territorio craneal. Los estímulos aplicados en las extremidades o en el tronco pueden producir reflejos espinales.

b) Apnea persistente tras una prueba de desconexión durante 10 minutos del aparato de ventilación artificial y con oxigenación pasiva a través del tubo endotraqueal (6-12 litros/minuto). Para obviar la apnea post-hiperventilación y evitar la hipoxia es conveniente utilizar una mezcla de CO₂ al 5 % y oxígeno al 95 % durante 5 minutos antes de la prueba de apnea. Si se puede medir, la Pa-CO₂ inicial antes de la prueba de apnea debe ser próxima a 40 mm Hg y la final, superior a 60 mm Hg.

c) Pupilas intermedias con ausencia de reflejo fotomotor y de los otros reflejos del tronco cerebral (óculo-cefálico, óculo-vestibular, corneal, ciliospinal y tusígeno) explorados según el arte establecido.

4. *El plazo de tiempo mínimo que debe transcurrir entre el inicio de la agresión cerebral y el diagnóstico de la muerte, se recomienda sea de 6 horas pero puede reducirse en cada caso concreto.*

5. *Adicionalmente, se pueden usar criterios instrumentales.* Por ejemplo, el registro de un trazado isoelectrónico de 30 minutos en el EEG o la ausencia de circulación cerebral comprobada por angiografía convencional o isotópica, por Doppler transcerebral o angiografía carotídea de resonancia magnética.

D) En estos casos, la interrupción de toda asistencia médica puede llevarse a cabo por la certeza de que se está prestando ayuda a un cadáver, sin que puedan entrar en consideración motivos éticos de tipo alguno*. La supresión de todo tipo de mantenimiento artificial de funciones está justificada *después* de la firma del certificado de defunción; no puede interpretarse, por tanto, que el individuo fallece como consecuencia de la retirada de la reanimación, sino justamente a la inversa, se interrumpe la asistencia reanimadora porque el individuo está muerto».

España figura a la cabeza de los países del mundo en el número de donaciones para trasplantes con 22,6 donantes por cada millón de habitantes. La actitud de los españoles ante la donación es buena por razones de solidaridad, reciprocidad y moral. Una encuesta de la Universidad Autónoma de Madrid revela que la mayoría de españoles (58 %) quería disponer de más información sobre trasplantes y que uno de cada cuatro conoce a un donante o trasplantado. El 93 % de los encuestados donaría los órganos de un familiar fallecido, caso de estar convencido de que era favorable a la donación; el 70 % piensa que los trasplantes de órganos son una buena prestación sanitaria y casi el 60 % considera que los trasplantes son más eficaces que otros tratamientos alternativos. Un 77 % de los jóvenes de entre 18 y 25 años se muestra dispuesto a la donación¹⁰.

En abril de 1993, la Comisión Permanente de trasplantes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud publicó un código ético del trasplante en el que cabe destacar el rechazo de cualquier actividad comercial en la obtención de órganos, la supremacía de los criterios estrictamente médicos y la preferencia de los españoles frente a los extranjeros. El código aborda 13 puntos de conflicto en torno al trasplante: definición de órgano; diagnóstico de muerte en el donante cadáver; el tráfico lucrativo de órganos; consentimiento en el donante cadáver; inducción de la donación; donantes de vivo; respeto al cuerpo humano; órganos de viabilidad de difícil predicción; receptores; distribución de los órganos; anonimato; xenoinjertos e instituciones que pueden afectar la extracción

* NOTA DE LA REDACCIÓN DE LABOR HOSPITALARIA. Entendemos esta expresión en el sentido de que es éticamente correcta la decisión.

10. *La Vanguardia*, 2 junio, 1994, pág. 33.

9. Diagnóstico Neurológico de la muerte cerebral. Dictamen Candanchú 1993 de la SEN. *Quadern Caps* 1994, 20, 45-6.

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. Un buen complemento de la Ley de Trasplantes de 1979, vigente en España¹¹.

SIDA

Evolución en España de la problemática derivada del sida desde un punto de vista jurídico

En el período que comprende los años 1991-1993 la evolución en España de la problemática del sida cabe analizarla desde un doble punto de vista: legislativo y judicial.

Desde la *faceta legislativa*, lo que se ha hecho en relación al sida en este período es bien poco ya que la regulación más importante al respecto se hizo en el período 1986-1990, después de ponerse de manifiesto de una forma *grave* la existencia y consecuencias de la enfermedad y de toda su problemática.

Únicamente cabe destacar un Real Decreto Ley de 28 de mayo de 1993 en virtud del cual se prevé la concesión por parte del Estado de ayudas económicas tanto para los contagiados del VIH —mediante indemnizaciones y ayudas mensuales—, como para los familiares o personas dependientes del afectado que hubiese fallecido o aún sin fallecer si reúnen los requisitos que señala el propio texto legal¹².

En aplicación de este Real Decreto, se han concedido ya en España indemnizaciones a más de 1.000 afectados y por cuantía superior a los 5.000 millones de pesetas.

Desde el *ámbito judicial*, sin embargo, la tarea llevada a cabo por los Tribunales de Justicia españoles ha sido bastante prolífica, si bien cabe destacar que muchas de las sentencias dictadas en estos tres últimos años resuelven asuntos cuyos antecedentes se remontan a los años 1986, 1987 y 1988.

Esta lentitud con que actúan las instancias judiciales en cuestiones relacionadas con la enfermedad del sida se debe, en parte, al desconocimiento de la evolución de la enfermedad y de sus manifestaciones en los primeros años de descubrimiento e investigación. Por ello, casos de transfusiones con sangre contaminada con el VIH practicadas en 1986, 1987 o 1988 no han visto resolución firme hasta 1991 ó 1992.

Es de prever, sin embargo, que dado el avance que en el conocimiento de la enfermedad se ha producido en los últimos años, aquellos casos ocurridos a partir de 1989 puedan tener sentencia a más corto plazo que los primeros que se plantearon. Así, de todas las sentencias que recogen casos de contagio del sida o que guardan de algún modo relación con la enfermedad, hemos hecho una selección de las más destacadas por sus antecedentes o por su fundamentación.

A) En el ámbito de la responsabilidad penal, cabe hablar de sida como *efecto* o como *causa* del delito. En ambos casos, aún cuando el procedimiento que se inicie sea para exigir responsabilidades penales a los presuntos culpables, suele darse también condena por responsabilidad civil, decretándose indemnizaciones por daños y perjuicios.

Así pues, distinguimos:

1. Como *efecto* del delito aparece cuando se deriva de una

11. Nuevo Código Ético del trasplante. *Noticias Médicas* (Abril 1993) 3503, págs. 33-42; 1993. *Labor Hospitalaria* 25, 90-94.

12. Real Decreto 9/1993 (28 mayo): 1993. *Boletín Oficial del Estado* (1 junio). *Repertorio Cronológico de Legislación ARANZADI*, vol. III, 1993, ref. 1695.

conducta imprudente o negligente en mayor o menor intensidad (de conformidad con los artículos 565 y 586 del Código Penal), o bien de una conducta plenamente consciente (según el artículo 348 bis del Código Penal), generando el síndrome en terceras personas.

Entre las sentencias más relevantes que condenan la transmisión o contagio del sida como consecuencia de una conducta imprudente o negligente, ya sea con condena penal e indemnización civil o solamente condenando al pago de indemnización, destacamos:

* Sentencia del *Juzgado de 1.ª instancia núm. 1 de Oviedo de fecha 22 de marzo de 1991* por la que se condena a una doctora del Hospital de Covadonga, y al mismo hospital a pagar una indemnización de 1.500.000,— pesetas a la madre de un joven hemofílico que falleció tiempo después de haber sido contagiado de sida y de hepatitis B por la administración de un fármaco denominado *Factor VIII* para el tratamiento de la hemofilia.

Si bien la sentencia fue condenatoria, no accedió a la pretensión del actor que reclamaba una indemnización de 15 millones; ésta quedó en 1,5 ya que sólo se valoró el daño moral ocasionado, considerando la hemofilia que padecía el fallecido como consecuencia de su muerte¹³.

* Sentencia de la *Sala 2.ª del Tribunal Supremo del 18 de noviembre de 1991*. Los antecedentes de esta sentencia se remontan al año 1986-1987 como consecuencia de unas transfusiones de sangre contaminada —que no habían sido sometidas a los tests anti-VIH— practicadas en el hospital de Bellvitge entre junio de 1986 y febrero de 1987 a un colectivo de afectados. Éstos interponen una querrela criminal contra el Hospital por imprudencia médica y es resuelta por Sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona, de 21 de noviembre de 1989. La sentencia es recurrida en casación ante la Sala 2.ª del Tribunal Supremo, quien dicta sentencia definitiva en fecha 18 de noviembre de 1991, condenando por imprudencia temeraria al Director Médico del Hospital y a la Doctora Jefe del Servicio de Hematología y Hemoterapia. Además les impone, en cuanto a responsabilidad civil, una indemnización de 10 millones de pesetas, más 15 millones si se producían síntomas de desarrollo de la enfermedad. Subsidiariamente tal indemnización debería asumirla el *Institut Català de la Salut* (ICS).

Esta sentencia tuvo gran trascendencia, puesto que la repercusión de esta resolución entre la clase judicial no sólo por la condena penal sino también por la responsabilidad civil declarada, se ha reflejado en sentencias posteriores¹⁴.

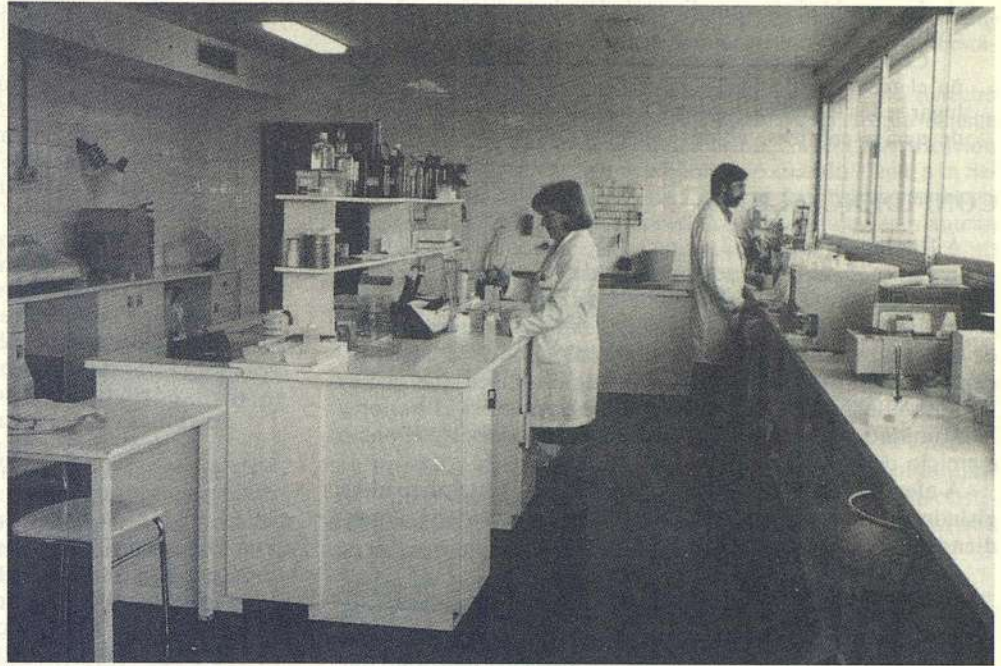
* Sentencia del *Juzgado de lo Social núm. 21 de Madrid de fecha 4 de febrero de 1992* por la que se condena al Instituto Nacional de Salud (INSALUD) a indemnizar con 25 millones de pesetas a un paciente que desarrolló la enfermedad del sida cuatro años después de haber sido sometido a una transfusión de sangre en un hospital público durante una operación de cadera. Dicha transfusión se practicó con anterioridad a la obligatoriedad de las pruebas anti-VIH sobre las donaciones en los bancos de sangre de los hospitales y centros sanitarios¹⁵.

* Sentencia del *Juzgado de lo Social núm. 2 de Ciudad Real con fecha 14 de diciembre de 1992*. En virtud de dicha resolución se condena al INSALUD a indemnizar con 40 millones de pesetas a los padres de un joven fallecido en marzo de 1991 tras haber sido contagiado de sida en diciembre de 1984 por una transfusión sanguínea en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Contra dicha

13. *El País*, 15 abril, 1991.

14. Sentencia de la Sala 2.ª del Tribunal Supremo (18 noviembre 1991). *Repertorio Jurisprudencia ARANZADI*, vol. VI, 1991, ref. 9448.

15. *El País*, 11 febrero, 1992. *La Vanguardia*, 11 febrero, 1992.



«Según el Real Decreto 561/1993 todos los ensayos clínicos habrán de contar antes de poder ser realizados con el informe previo del Comité Ético de Investigación Clínica».

sentencia el INSALUD interpuso recurso de súplica, desestimado por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha¹⁶.

Ésta es la indemnización de mayor cuantía concedida por un contagio de sida en nuestro país.

En cuanto al contagio o transmisión del sida como *acto deliberado y consciente* que debería castigarse conforme el artículo 348 bis del Código Penal, no podemos mencionar sentencias puesto que es un precepto casi inaplicado.

Sin embargo, interesa destacar que el anteproyecto de Código Penal de octubre de 1990, paralizado en las Cortes por el cambio de legislatura que se produjo en 1993, regulaba un delito especial referente al sida, castigando severamente el contagio deliberado.

Deberemos estar a la espera de la aprobación de nuevo texto para constatar si resulta o no de aplicación por los tribunales dicho precepto u otro similar que pudiera incorporarse. Por lo pronto, reclamaciones en ese sentido de *contagio deliberado*, p. e. por convivencia en pareja entre un enfermo de sida o seropositivo y una persona sana que no tenía conocimiento de ello, solamente se han intentado por la vía de reclamación civil y sin éxito.

2. Como *causa* del delito, hablaremos del sida cuando éste se convierte en instrumento de ejecución de un delito doloso o voluntario.

El supuesto más frecuente es el del robo con intimidación, cuando el sujeto de la infracción se vale de una jeringuilla para intimidar a su víctima bajo la amenaza de pincharle con una aguja infectada con sangre contaminada por el VIH.

En este sentido, cabe mencionar:

* Una sentencia dictada por el *Juzgado de lo Penal núm. 3 de Madrid en fecha 8 de julio de 1991*, apelada ante la *Audiencia Provincial que resolvió en fecha 1 de octubre de 1991*: se condena a los agresores por un delito de robo con intimidación, apreciando la concurrencia de la circunstancia prevista en el último párrafo del artículo 501 del Código Penal donde se menciona el uso de «medio peligroso» como elemento para incrementar la pena. El juez apreció que el uso de la jeringuilla «supuestamente» infectada era utilización de medio peligroso.

16. ABC, 7 diciembre, 1993.

Sin embargo, en la apelación de dicha sentencia, la Audiencia Provincial de Madrid rebajó la pena, por entender que «objetivamente» la jeringuilla no era medio peligroso al no poder constatar que efectivamente estuviera infectada; por lo tanto, no podía apreciarse la concurrencia de esa circunstancia para agravar la pena, aun cuando la víctima así lo hubiese creído¹⁷.

B) Aparte de aparecer el sida como elemento susceptible de generar responsabilidad civil o penal, ya sea por imprudencia o por conducta plenamente consciente, también se han dado resoluciones judiciales que vienen a paliar de algún modo, una de las consecuencias sociales más graves que se derivan de esta enfermedad: discriminación en el ámbito laboral.

La circunstancia de padecer la enfermedad del sida, ocasionaba y sigue ocasionando que el trabajador afectado resulte discriminado, no sólo en su propio ámbito de trabajo, sino también a la hora de recibir asistencia médica por el seguro obligatorio o al tiempo de determinarse un cierto grado de incapacidad laboral.

Al respecto, pueden destacarse dos sentencias, el contenido de las cuales pretende poner en claro cuál es la situación legal del trabajador que sufre la enfermedad del sida:

* Sentencia de Canarias: el *Juzgado de lo Social núm. 2 de Las Palmas en fecha 27 de noviembre de 1991* condenó al Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) a pagar a un pensionista de 51 años, enfermo de sida, el 150 % de la base reguladora de su sueldo. Se reconocía al afectado el grado de *gran invalidez* por presentar un cuadro de hemofilia A grave desde 1984¹⁸.

* Sentencia de Albacete: la *Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha en fecha 20 de noviembre de 1991* dictó sentencia calificando un caso de sida como «accidente no laboral» de forma que el trabajador que padecía la enfermedad —sin que su contagio tuviese relación alguna con su puesto de trabajo— tenía derecho a la total protección de la Seguridad Social desde el primer día de trabajo,

17. Vega Ruiz, J. A. de. *Tratamiento Jurídico del S.I.D.A.* Madrid: Colex, 1992, pág. 30.

18. *Ibid.* pág. 21.

sin la necesidad de cumplir períodos de carencia o años de cotización¹⁹.

Con esta sentencia, se establecía por primera vez en España el reconocimiento del sida como enfermedad que daba lugar a los beneficios de la Seguridad Social sin necesidad de que se calificase como «accidente laboral» su contagio.

CONFIDENCIALIDAD

A finales del año 1992, se promulgó en España la Ley Orgánica núm. 5 de 29 de octubre (en adelante la Ley), de regulación del tratamiento automatizado de datos de carácter personal²⁰. El objetivo de la Ley, de acuerdo con su exposición de motivos, es el de desarrollar el artículo 18.4 de la Constitución Española (en adelante C.E.) que establece que la Ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus deberes.

A efectos de desarrollar este artículo constitucional, el legislador diferencia la «intimidad» de la «privacidad», entendiendo que la privacidad constituye

«un conjunto más amplio, más global de aspectos de la personalidad que, aisladamente considerados, pueden carecer de significación intrínseca pero que, coherentemente enlazados entre sí, reflejan un reto de la personalidad del individuo que éste tiene derecho a mantener reservado». (Exposición de motivos de la Ley.)

En este sentido, la Ley entiende que al haber estado superados con las nuevas tecnologías los obstáculos que el «tiempo» y el «espacio» suponían para la invasión de la privacidad, es su finalidad

«delimitar una nueva frontera de la intimidad y del honor, una frontera que, sustituyendo los límites que antes definían el tiempo y el espacio, los protege frente a la utilización mecanizada, ordenada y discriminada de los datos que a ellos se refieren». (Exposición de motivos de la Ley.)

A) Contenido de la Ley

Ámbito de aplicación de la Ley. El ámbito de aplicación de la Ley viene referido a los datos de carácter personal que figuran en ficheros automatizados del sector público y privado y a su uso posterior, de datos de carácter personal registrados en soporte físico susceptible de tratamiento informatizado.

A estos efectos se define el *fichero automatizado* como el conjunto organizado de datos de carácter personal que sean objeto de un tratamiento automatizado sea cual sea la forma o modalidad de su creación, almacenamiento, organización y acceso.

Principios que la Ley establece:

- *Los datos que consten en ficheros automatizados deben tener un grado óptimo de calidad*, de modo que deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para las finalidades del fichero; no pueden usarse para finalidades diferentes a aquellas que se recogieran; deben ser exactos y estar puestos al día; deben cancelarse cuando no sean exactos o hayan dejado de ser pertinentes para la finalidad que se recogieron; su forma de almacenamiento debe posibilitar el derecho de acceso.

19. *Ibid.*, pág. 25.

20. Ley 5/1992 «Ley Orgánica sobre la regulación del tratamiento autorizado de los datos de carácter personal»: 1992. *Boletín Oficial del Estado* 262 (31 octubre).

- **Derecho a la información en la recogida de datos.** Los afectados a los que se solicite datos personales deben ser previamente informados de manera expresa, precisa e inequívoca de la existencia del fichero, de la finalidad de la recogida y de los destinatarios de la información. No es necesaria esta información si el contenido de la misma se deduce claramente de la naturaleza de los datos personales que se solicitan o de las circunstancias en que se recaban.

- **Consentimiento del afectado.** El tratamiento automatizado de los datos de carácter personal requerirá el consentimiento del afectado, salvo que la Ley disponga otra cosa.

No es preciso este consentimiento cuando los datos se recojan de fuentes accesibles al público, para el ejercicio de las funciones propias de las Administraciones Públicas en el ámbito de sus competencias, ni cuando se refieran a personas vinculadas a una relación laboral, administrativa o un contrato y sean necesarios para el mantenimiento de las relaciones o el cumplimiento del contrato.

- **Datos especialmente protegidos.**

- a) Nadie puede ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias. Sólo con el consentimiento expreso y por escrito del afectado pueden ser objeto de tratamiento informatizado estos datos.

- b) Los datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual sólo pueden ser recabados y tratados automáticamente y cedidos cuando por razones de interés general así lo disponga una ley o el afectado lo consienta expresamente.

- c) Se prohíben los ficheros creados con la finalidad exclusiva de almacenar datos de carácter personal sobre la ideología, religión, creencias, origen racial o vida sexual.

- d) Los datos de carácter personal relativos a la comisión de infracciones penales o administrativas sólo podrán ser incluidos en ficheros automatizados de las Administraciones Públicas competentes en los supuestos previstos en las respectivas normas reguladoras.

- **Seguridad de los datos.** El responsable del fichero debe adoptar las medidas necesarias para garantizar la seguridad de los datos de carácter personal.

- **Deber de secreto.** Todos los que intervengan en cualquier fase del tratamiento de los datos de carácter personal están obligados a guardar el secreto profesional respecto de los mismos.

- **Cesión de datos.** Con carácter general los datos de carácter personal objeto de tratamiento automatizado sólo podrán ser cedidos para el cumplimiento de las finalidades directamente relacionadas con las funciones legítimas del cedente y del cesionario con el consentimiento del afectado. Se establecen excepciones: cuando la ley prevea otra cosa; cuando sean datos recogidos de fuentes accesibles al público, cuando responda a una relación jurídica aceptada; cuando la cesión tenga por destinatario el Defensor del Pueblo, el Ministerio Fiscal, los Jueces o Tribunales en ejercicio de sus funciones; cuando la cesión se produzca entre Administraciones Públicas; cuando la cesión sea necesaria para solucionar una urgencia de salud pública.

El consentimiento es revocable en cualquier momento.

Derechos de las personas. La ley dedica un título a los derechos de las personas en relación con la misma. Estos derechos son:

- a) Derecho a la información. Cualquier persona puede acudir al Registro General de Protección de Datos y conocer el contenido y finalidades de los Registros.
- b) Derecho de acceso al fichero.
- c) Derecho de rectificación y cancelación.
- d) Derecho de reclamación e indemnización.

Requisitos para el establecimiento de ficheros. La Ley establece que los ficheros de titularidad pública sólo pueden crearse por medio de una norma de carácter general que debe publicarse y que no pueden cederse a otras Administraciones Públicas para el ejercicio de competencias diferentes o de competencias que versen sobre materias distintas, salvo cuando la cesión hubiese sido prevista por las disposiciones de creación del fichero o por disposición posterior de igual o superior rango que regule su uso.

En cuanto a los *ficheros de titularidad privada*, la Ley permite crearlos cuando contengan datos de carácter personal que sean necesarios para el logro de la actividad u objeto legítimos de la persona, empresa o entidad titular y se respeten las garantías que la Ley establece para la protección de los datos. Su creación debe notificarse a la Agencia de Protección de Datos.

Movimiento internacional de datos. Como norma general la Ley establece que no pueden realizarse transferencias temporales ni definitivas de datos de carácter personal que hayan sido objeto de tratamiento automatizado o hayan estado recogidos para ser sometidos a cualquier tratamiento con destino a países que no proporcionen un nivel de protección equiparable al que proporciona la Ley, a no ser, que habiéndose observado lo que se dispone en la Ley, se obtenga autorización previa del Director de la Agencia de Protección de Datos, que sólo podrá otorgarse si se obtienen garantías adecuadas.

Agencia de Protección de Datos. A fin de garantizar el cumplimiento de las previsiones de la Ley, se crea la Agencia de Protección de Datos, que actúa con plena independencia de las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus funciones.

La Agencia debe velar por el cumplimiento de la legislación sobre protección de datos y controlar su aplicación, especialmente, en lo que se refiere a los derechos de información, acceso, rectificación y cancelación de datos.

B) Aspectos controvertidos de la Ley

La Ley sin duda ha llenado un vacío que había planteado numerosos problemas hasta la fecha puesto que los derechos reconocidos por la C.E. no tenían un marco de desarrollo adecuado. Ello no obstante ha sido objeto de algunas críticas por entenderse que alguno de sus aspectos puede restringir los derechos constitucionales o ser un tanto más restrictiva que el Convenio del Consejo de Europa.

Los puntos que son objeto de más controversia, son los siguientes:

- a) La previsión del artículo 5.3 que establece que no es necesaria la información para la recogida de los datos si el contenido de la misma se deduce claramente de la naturaleza de los datos personales que se soliciten o de las circunstancias en que se recaben.

Se argumenta que la limitación de un derecho que hace referencia a un derecho fundamental no puede estar hecho con este grado de indeterminación que tampoco se da en el Convenio del Consejo de Europa.

- b) La previsión del artículo 19.1 que prevé la posibilidad de ceder datos de carácter personal entre las Administraciones Públicas para el ejercicio de competencias diferentes o de competencias que versen sobre materias diferentes cuando la cesión haya sido prevista por las disposiciones de creación del fichero o por disposición posterior de igual o superior rango que regule su uso. Se entiende al amparo de este artículo que se puede autorizar una cesión por una disposición que no tiene rango de Ley, cosa que es inco-

rente con otros artículos de la Ley que exigen siempre rango legal y podría conculcar el principio de legalidad establecido en la C.E.

- c) El artículo 22.1 que establece que no se tendrá derecho a la información cuando ésta impida o dificulte gravemente el cumplimiento de las funciones de control y verificación de las Administraciones Públicas o cuando afecte a la Seguridad Pública o a la persecución de infracciones penales o administrativas. Las dudas de legalidad se plantean en la medida que el convenio del Consejo de Europa no contempla limitaciones al derecho de información por lo que se refiere a las funciones de control y verificación de las Administraciones Públicas ni la persecución de infracciones administrativas.
- d) La previsión del artículo 22.2 cuando «por razones de interés público» se justifica la facultad de limitar el derecho de acceso.

Por estas razones y otras competencias de las Comunidades Autónomas, la Ley ha sido objeto de recurso de inconstitucionalidad, delante del Tribunal Constitucional Español que en estos momentos está pendiente de resolver.

C) Datos relativos a la salud

Por lo que se refiere a los datos relativos a la salud, ya hemos comentado que de acuerdo con la ley son datos especialmente protegidos que sólo pueden ser recabados, tratados automatizadamente y cedidos cuando por razones de interés general así lo disponga una Ley o el afectado lo consienta expresamente. Además, la Ley se remite al catálogo de derechos que incorpora la Ley General de Sanidad, derechos que en todo caso deben respetarse también para la cesión de datos.

Precisamente para garantizar estos derechos y cuando todavía no existía la Ley, en Cataluña se promulgó una norma del *Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat* de 13 de febrero de 1992, que crea la *Comisión Asesora para el tratamiento de la información confidencial*²¹.

En la Comisión están representados: la Administración en sus diversos Departamentos implicados (Sanidad, Estadística, Informática), los usuarios de los datos (la Universidad), un jurista y un experto en Bioética.

La Comisión Asesora tiene como funciones importantes:

- a) Proponer la protección de la confidencialidad de los datos registrados y contenidos en registros de la Administración Sanitaria.
- b) Velar para que en todo caso las transmisiones redunden en beneficio de los ciudadanos y entidades públicas o privadas registradas para el control de una determinada enfermedad y con finalidades de investigación y estudio.
- c) Proponer medidas de control de la calidad del uso y el tratamiento de los datos confidenciales.
- d) Conocer las solicitudes de comunicación de los datos individuales o individualizables que se dirijan a la administración, efectuadas por ciudadanos o entidades e informar sobre ellas.
- e) Velar por la protección de la dignidad humana y promover acciones en defensa de los derechos fundamentales de la persona, en relación con el uso y tratamiento de los datos confidenciales.

Debe ponerse de manifiesto que la experiencia puesta en marcha ha sido positiva para el funcionamiento de los diversos Registros del Departamento de Sanidad en lo que se refiere al respeto a la confidencialidad.

21. Ordre, 18 febrero, 1992, «Es crea la Comissió Assesora per al tractament de la informació confidencial del Departament de Sanitat i Seguretat Social i els organismes que en depenen»: 1992, *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* 1608 (16 junio).

ENSAYOS CLÍNICOS CON MEDICAMENTOS

El 16 de abril de 1993 se publicó el Real Decreto 561/1993, por el que se establecen los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos, que desarrolla algunos aspectos de la Ley del Medicamento 25/1990 del 20 de diciembre de 1990²².

Según el Real Decreto todos los ensayos clínicos habrán de contar antes de poder ser realizados con el informe previo del Comité Ético de Investigación Clínica. Se obtendrá, además, y se documentará el consentimiento informado, libremente expresado, de cada uno de los sujetos del ensayo antes de su inclusión. La hoja de información a los sujetos del ensayo ha de ser redactada con lenguaje comprensible para una persona profana, se han de explicar los objetivos del estudio, beneficios, incomodidades y riesgos previsibles, alternativas posibles, carácter voluntario de su participación así como posibilidad de retirarse del estudio sin que por ello se produzca perjuicio en su tratamiento. Se informará también de las personas que tendrán acceso a los datos del voluntario y forma como se mantendrá la confidencialidad. También se especificará el modo de compensación económica y tratamiento en caso de daño o lesión por su participación en el ensayo; el nombre del investigador responsable del ensayo y de informarle contestando sus dudas y preguntas, y el modo de contactar con él en caso de urgencia.

El Real Decreto establece además que, en los ensayos sin interés terapéutico particular para el sujeto el consentimiento constará necesariamente por escrito así como en los casos de menores de edad e incapaces en los que el consentimiento le otorgará siempre por escrito su representante legal. Los ensayos en los que participen menores o incapaces sólo podrán ser efectuados en interés de su salud particular y cuando no puedan ser efectuados en sujetos capaces, voluntarios no afectados por la patología propia de aquéllos.

En caso de «riesgo mínimo» el Comité Ético podría autorizar, de acuerdo con el tutor legal, la inclusión de menores e incapaces, en un ensayo clínico del que se espera obtener conocimientos relevantes sobre la enfermedad o situación objeto de investigación, de vital importancia para entenderla, paliarla o curarla, si estos conocimientos no pueden ser obtenidos de otro modo.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA SIN MEDICAMENTOS. ASPECTOS JURÍDICOS

La vigente Ley del Medicamento 25/1990 de 20 de diciembre, establece una delimitación conceptual dando una serie de definiciones de distintos términos a los efectos de aplicación de la propia Ley. Así, entre otros, define qué se entiende por «medicamento», «producto en fase de investigación clínica», «ensayo clínico», etc.

Por «ensayo clínico» se entiende toda evaluación experimental de una sustancia o medicamento, mediante su administración o aplicación a seres humanos, orientada a alguna de las finalidades que prevee la propia ley: poner de manifiesto sus efectos, establecer su eficacia o conocer el perfil de sus reacciones concretando así su seguridad (art. 59 Ley Medicamento).

Partiendo, pues, de estas definiciones, podemos afirmar que la investigación clínica sin medicamento sería aquella que que-

da fuera del ámbito de aplicación de la Ley, tanto desde el punto de vista de su regulación, como desde el punto de vista del régimen sancionador que establece, dado que tiene por objeto la investigación a partir de instrumentos, técnicas u otros medios que no tienen la consideración de «medicamento».

Sin embargo, los campos donde puede ser útil la investigación clínica sin medicamento son diversos. Del mismo modo, son distintas las repercusiones de posibles «resultados no satisfactorios» que una determinada práctica de investigación puede dar. Por ejemplo, ¿cuál debería ser la responsabilidad de un médico o sanitario que llevando a la práctica una innovación técnica no considerada medicamento en un proceso concreto, obtiene un resultado distinto del previsto y perjudicial para el paciente? La Ley en este supuesto no sería aplicable y deberíamos ceñirnos al ámbito de la responsabilidad civil o incluso penal, dependiendo ya de las circunstancias que hubiesen concurrido en la práctica de referencia. A pesar de ello, la propia Ley del Medicamento ya prevee que, al margen de las sanciones administrativas que establece, el perjudicado podrá ejercer las oportunas acciones en demanda de responsabilidad civil, penal o de otro tipo que considere oportunas. En cualquier caso, la instrucción de una causa penal dejará en suspenso el expediente administrativo sancionador sobre aquella falta (art. 107 Ley Medicamento).

En otros campos donde estas prácticas son habituales, como p. e. el de la cirugía estética o plástica, el problema se agudiza dado que se instaura el *principio de obligatoriedad del médico o profesional en función de los resultados*, salvo determinadas intervenciones de esta especialidad.

Este principio, en medicina, es impropio e inaceptable, y el que debe prevalecer es el de la obligación de prestación de medios. El médico está obligado a poner todos los medios que estén a su alcance para curar o paliar la dolencia del paciente, pero no se le puede exigir un resultado concreto.

Por el contrario, el paciente —o ¿deberíamos decir *cliente*?— que solicita los servicios de una clínica de estética para hacerse cualquier transformación (nariz, boca, pechos...), está estableciendo de entrada una *relación precio-resultado*; exige del médico los resultados deseados y de alguna forma pactados previamente a cambio de un precio (generalmente a más precio más garantías quiere el paciente de obtener el resultado deseado). ¿Qué pasa, pues, cuando no se obtiene dicho resultado o bien si siendo el resultado objetivamente correcto no es así apreciado por el paciente? Podríamos decir que entramos ya en un terreno *mercantilista* donde lo único que se valora es la prestación de servicios por los cuales el paciente paga, debiendo traducirse en un resultado. Si esto no se cumple, el perjudicado está facultado para reclamar ante un supuesto incumplimiento, o por lo menos ésta es la percepción del usuario.

Así pues, en toda práctica de la investigación clínica —incluso en aquella que entraría en el campo de aplicación de la Ley del Medicamento ya que así lo prevee su propio artículo 107 como comentábamos antes—, y desde un punto de vista estrictamente jurídico, la responsabilidad del médico o sanitario por reclamación de un paciente puede circunscribirse en el ámbito civil o penal.

Para determinar que puede haberse incurrido en *responsabilidad penal* por parte del médico o sanitario, deberían concurrir los siguientes factores:

- Lesión de un bien jurídico protegido (integridad física, por ejemplo).
- conducta penalmente responsable: concurrencia de voluntad expresa de perjudicar o bien conducta negligente o imprudente (a valorar partiendo del grado de pericia exigible propia del profesional).

22. Ley 25/1990 (20 diciembre) «Ley del Medicamento»: 1990, *Boletín Oficial del Estado* 306 (22 diciembre). Real Decreto 561/1993 (16 abril). «Requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos»: 1993, *Boletín Oficial del Estado* 114 (13 mayo).

- identificación del resultado lesivo y de la conducta concurrente en alguno de los tipos penales que contempla la ley.
- plena capacidad del sujeto para la realización de aquella conducta.

Por su lado, para poder apreciar la concurrencia de *responsabilidad civil* será suficiente que exista cualquier tipo de culpa de las que nuestro ordenamiento contempla:

- **Responsabilidad o culpa contractual** (art. 1101 Código Civil): es aquella cuya existencia deriva de un contrato donde se establezcan las condiciones de las prestaciones pactadas (p. e. en una intervención de cirugía plástica o estética puede existir un compromiso escrito entre el Centro y el paciente). En estos supuestos, la responsabilidad contractual derivará del incumplimiento de lo previsto en el contrato. A pesar de ello, la Jurisprudencia en España ha considerado en numerosas sentencias que en el acto médico hay implícito un contrato de *arrendamiento de servicios* entre médico y paciente, y por ello, a pesar de no existir constancia escrita, aparte de la documentación propia del Centro (hoja de ingreso, historia clínica, etc.), puede exigirse responsabilidad a partir de esta relación *de facto*.

El incumplimiento de las obligaciones —concurriendo dolo, negligencia o morosidad—, hace que el perjudicado pueda solicitar que sea resarcido el daño causado, ya sea restituyendo la situación a su momento inicial (si fuera posible), ya sea mediante una indemnización por daños y perjuicios incluso cuando los daños no han sido físicos sino solamente morales. A menudo se aplican conjuntamente las dos medidas —si hay posibilidad de ello—.

- **Responsabilidad o culpa extracontractual** (art. 1902 Código Civil): es aquella derivada de actos donde concurre culpa o negligencia sin necesidad de contrato o convenio entre el perjudicado y el que causa el perjuicio. El Código Civil dice que «*el que por acción u omisión cause un mal a otro, concurriendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el mal causado*». En este caso, no es necesario que exista relación previa entre los sujetos, sino que entramos ya en el campo de lo que se llama *acto ilícito* aisladamente considerado, sin entrar a analizar relaciones intersubjetivas.

Hay que decir que, generalmente, la conducta del médico o sanitario puede encuadrarse en uno u otro ámbito de responsabilidad. Actualmente, la regla general aplicada por jueces y tribunales en las reclamaciones contra profesionales de la medicina o contra centros, es la *apreciación de culpa o responsabilidad contractual* y sólo excepcionalmente se aprecia culpa o responsabilidad extracontractual. Cabe decir también, que en ambos casos, si se aprecia responsabilidad suele concretarse en una indemnización económica que pretende reparar el daño causado o el incumplimiento, tanto físico como el moral, dado que no hay otra forma de resarcir al paciente.

Sin embargo, el ordenamiento jurídico confiere características distintas a la acción civil por culpa contractual que a la acción por culpa extracontractual. Podríamos establecer las siguientes diferencias:

Acción por *culpa contractual*:

- Prescribe a los 15 años.
- La carga de la prueba recae en el perjudicado (es el propio paciente que reclama quien debe demostrar que determinada acción u omisión le ha causado un daño o perjuicio, así como demostrar la entidad o gravedad de éste).
- Responsabilidad individual y no solidaria (sólo puede exigirse responsabilidad al causante directo del daño o perjuicio).

Acción por *culpa extracontractual*:

- Prescribe al año.
- La carga de la prueba recae sobre aquel a quien se acusa

de haber causado el daño o perjuicio (deberá defenderse demostrando lo contrario).

- Responsabilidad solidaria (si ha intervenido más de una persona en la acción u omisión causante del daño, p. e. un equipo médico, podrá demandarse a todos ellos solidariamente).

Así pues, en este marco legal, queda claro que si bien el paciente perjudicado tiene armas legales para obtener un resarcimiento (aunque a menudo sea insuficiente dado que determinadas consecuencias de ciertos actos médicos no pueden resarcirse con cantidad alguna por elevada que sea...), el médico o profesional de la medicina puede encontrarse en una situación de *indefensión* ante posibles abusos del usuario.

Ante este riesgo, no le queda más remedio que cubrirse para hacer frente a posibles eventualidades mediante la concertación de *seguros de responsabilidad civil*, ya sean a título individual o colectivo (p. e. de tipo corporativo para todos los miembros del colectivo médico mediante pólizas concertadas por el Colegio de Médicos, o a nivel de centros hospitalarios...).

Sea como fuere, hay que dejar claro que de conformidad con nuestro ordenamiento jurídico actual, y partiendo de los conceptos de responsabilidad expuestos, las prácticas de investigación clínica sin medicamento quedarían dentro del *acto médico susceptible de responsabilidad civil o penal*, dependiendo ya de las circunstancias concurrentes, igual que cualquier otra actuación circunscrita al ámbito material de la Ley del Medicamento o de forma más genérica en la actividad profesional del médico que recoge la Ley General de Sanidad.

PROYECTO GENOMA HUMANO

Durante los días 24 al 26 de mayo de 1993 se celebró en Bilbao la Reunión Internacional sobre *El Derecho ante el Proyecto Genoma Humano*, en la que se debatió ampliamente la incidencia de este programa científico en el ámbito jurídico²³.

En la Reunión participaron científicos eminentes, entre ellos cuatro Premios Nobel y entre los juristas, destacados magistrados y profesionales del Derecho de diversos países, quienes a la clausura de la Reunión adoptaron una Declaración —la Declaración de Bilbao— que recoge, en resumen, las principales cuestiones planteadas, las reflexiones al respecto, y las conclusiones alcanzadas.

En todos los grandes temas a debate los asistentes destacaron un gran número de problemas legales a resolver. A título ilustrativo se podrían citar los siguientes:

- Incidencia de la genética en la *libertad* de la persona, en la formación de la voluntad, en la conducta humana y, como consecuencia, en su responsabilidad o culpabilidad, lo que tiene especial repercusión en el derecho penal.
- Respecto a los *derechos humanos* según están consagrados en las constituciones de los estados democráticos y acuerdos internacionales, como límite en la utilización de técnicas genéticas referidas al ser humano.
- Protección a la *intimidad personal o confidencialidad* de la información genética y determinación de los supuestos en los que es factible alterarla o traspasarla.
- *Patentabilidad* de los genes y secuencias humanas, fijando límites justos a los derechos de propiedad y a los legítimos beneficios económicos, para estimular y consolidar la investigación.
- Fijación de límites precisos para ciertas *formas de ingeniería genética* que atacan la individualidad, identidad y variabilidad del ser humano, por el grave riesgo que suponen

23. Fundación BBV. *Declaración de Bilbao*. Universidad de Deusto, 24-26 mayo, 1993.

para la dignidad personal y para la evolución natural de la herencia genética.

- Utilización de la información genética en el campo de los seguros y utilización de pruebas genéticas en el campo laboral, cuando conlleven discriminación no justificable por intereses superiores.
- *Tensión entre* la demanda de liberalización total en la utilización o aplicación de la *investigación* y experimentación científica y la protección de ciertas *libertades humanas* que pueden verse en peligro por la difusión y utilización no autorizada de información genética.

Al final de las sesiones de trabajo, y a modo de síntesis adoptaron unas conclusiones que representan unas fórmulas de consenso, integradoras y no excluyentes, que vienen recogidas en ocho puntos:

1. La incidencia del conocimiento genético en el ser humano, demanda ya una detenida reflexión de los juristas para dar respuesta a los problemas que plantea su utilización.
2. La investigación científica será esencialmente libre, sin más cortapisas que las impuestas por el autocontrol del investigador. El respeto a los derechos humanos consagrados por las declaraciones y las convenciones internacionales, marca el límite a toda actuación o aplicación de técnicas genéticas en el ser humano.
3. La intimidad personal es patrimonio exclusivo de cada persona y por tanto debe ser inmune a cualquier intromisión. El consentimiento informado es requisito indispensable para interferir en ella. Excepcionalmente y por motivos de interés general, podrá permitirse el acceso a la misma, en todo caso bajo control judicial.
4. El cuerpo humano, por respeto a la dignidad de la persona, no debe ser susceptible de comercialización. No obstante, se permitirá la disponibilidad a terapéuticos o científicos. Los conocimientos genéticos son patrimonio de la humanidad y deben comunicarse libremente.
5. La tecnología genética aplicada a la identificación personal, siendo susceptible de suministrar más información de la estrictamente necesaria, deberá restringirse a la exigencia indispensable de cada caso concreto.
6. Hasta que lo permitan los avances científicos y dado que no se conocen las funciones exactas de un solo gen, es prudente establecer una moratoria en la alteración de células germinales.
7. Se rechazará la utilización de los datos genéticos que originen cualquier discriminación en el ámbito de las relaciones laborales, de los seguros o en cualquier otro.
8. Es aconsejable elaborar acuerdos internacionales y armo-

nizar las leyes nacionales para regular la aplicación de los conocimientos genéticos, así como instaurar un control supranacional.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El artículo 10.5 de la Ley General de Sanidad²⁴ dispone que el paciente tiene derecho

«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».

Y el artículo 10.6 afirma el derecho

«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:

a) Cuando la no intervención suponga un riesgo para la Salud Pública.

b) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.

c) Cuando la urgencia no permita demorar por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento».

El Real Decreto 561/1993 del 16 de abril, antes mencionado, por el que se establecen los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos dedica el artículo 12, que consta de seis puntos y el Anexo 6 a explicar las características para que sea libre e informado y un formato para el posible participante en un ensayo clínico.

La necesaria protección legal del derecho del paciente a la información y a tomar sus propias decisiones viene coloreada por una creciente ola de temor a denuncias por mala práctica médica que consume un tiempo precioso en los hospitales.

Nos encantaría que ante este problema, que va a tener relevancia este año, no cundiera la alarma profesional provocada por un excesivo celo defensivo que restara tiempo y creatividad a lo que es fundamental: informar bien y hacerlo bien. El optimismo médico respecto a este particular no parece coincidir con la opinión de muchos pacientes que oyen, escuchan y no entienden. Algo sucede.

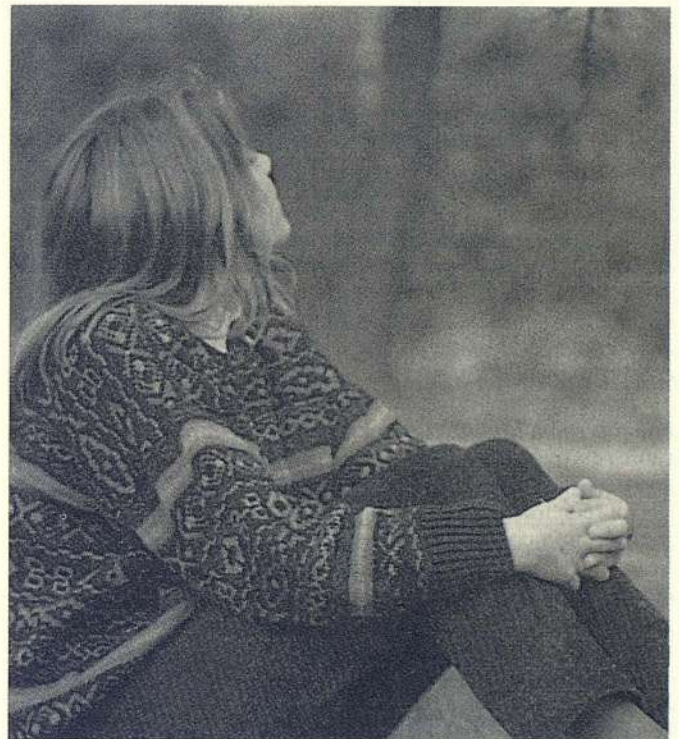
24. Ley 14/1986 (25 abril) «Ley General de Sanidad»: 1986, *Boletín Oficial del Estado* (29 abril 1986), 15207-15225.

7. ADOLESCENCIA Y EMBARAZO. ASPECTOS ÉTICOS

Francesc Abel, S.J.

Ponencia presentada en la XXV Jornada Internacional de la Societat Catalana de Pediatria que se celebró en Barcelona los días 23 y 24 de febrero de 1990.

LABOR HOSPITALARIA considera que el artículo conserva toda actualidad y que merece mayor audiencia que la revista especializada. El autor revisa el concepto de adolescencia como concepto social y los factores que influyen en la problemática de las relaciones sexuales y embarazo en la adolescente. Ofrece unas consideraciones sobre la acogida a la adolescente y sobre el doble lenguaje y actitudes en la prevención del embarazo. Uno es de tipo higiénico-sanitario. El otro se orienta a la atención integral de la persona. Estudios llevados a cabo por Family Planning Perspectives y National Research Council muestran los límites de las campañas contraceptivas dirigidas a adolescentes. En el corazón mismo de la decisión de los adolescentes de tener relaciones sexuales está el problema de la autopercepción de lo que uno es, puede ser y desea ser. El autor apuesta por una educación sexual integrada en diferentes planos educativos; en la acogida empática en la clínica con el enfoque de los problemas sin simplificaciones. El artículo acaba con unas consideraciones sobre la problemática psicosocial, obstétrica, ética y legal de la embarazada deficiente mental.



«La sociedad ha de examinar seriamente su propia responsabilidad antes de exigirla a la adolescente que, a menudo, se encuentra sumida en una situación cargada de ambivalencia y de paradojas».

PUBERTAD Y ADOLESCENCIA EN NUESTRA SOCIEDAD

Perspectiva general

La pubertad inicia un período de cambios claramente definidos en el área fisiológica —por un rápido desarrollo general del organismo y en especial de los caracteres sexuales primarios y secundarios— y menos delimitados en el área psicológica, donde la característica es la búsqueda de identidad personal, en interacción con el ambiente de la familia y la sociedad en general. Junto a la metamorfosis física de la pubertad existe otra metamorfosis emocional durante la cual el muchacho o la muchacha se sienten alejados del yo de su infancia, que les resulta como un extraño. Los cambios externos e internos condicionan un largo período más extenso en el tiempo que la pubertad misma durante el cual el niño pasa a la condición de adulto. Este período, conocido con el nombre de adolescencia, refleja un concepto social: período de la vida de una persona durante el cual la sociedad en que vive deja de considerarlo como un niño/a pero no le reconoce plenamente estatuto de adulto, sus cometidos y funciones, primordialmente a causa de su dependencia económica.

Este período es una etapa de crisis importante en la vida de la persona que evoluciona dejando atrás la infancia y adquiriendo la identidad del yo, y la capacidad de intimidad e interdependencia con una persona del sexo complementario. El proceso de formación de la identidad emerge como configuración que se despliega, que evoluciona, que se establece gradualmente por sucesivas síntesis del yo durante la infancia. Es una configuración que integra gradualmente las cualidades constitucionales, las necesidades libidinosas idiosincráticas, las capacidades favorecidas, las identificaciones significativas, las defensas y sublimaciones eficaces y los roles consistentes¹. La capacidad del yo implica la capacidad para la intimidad, que únicamente puede desarrollarse al consolidarse gradualmente los sentimientos de seguridad y de verse

1. ERIKSON, E. H.: *Identity Youth and Crisis*. New York: W. W. Norton and Company, 1968.

uno mismo como integrado y razonablemente independiente.

Este desarrollo se verá afectado por la manera como supera lo que podríamos denominar proceso de duelo propio de esta etapa del devenir humano en que el niño se hace adulto. Este proceso se realiza en tres planos distintos: «duelo por el cuerpo infantil (que experimenta cambios a causa de la maduración de las glándulas sexuales y de la aparición de los caracteres sexuales secundarios); duelo por la indentidad infantil (que da paso a la crisis de identidad) y duelo por los padres de la infancia (es decir, la pérdida de aquellos que parecían saberlo todo y poderlo todo)»².

“ Las relaciones sexuales sin una madurez afectiva suficiente han sido siempre fuente de conflictos muchas veces insalvables ”

“ La precocidad de las relaciones sexuales es mayor de lo que cabría esperar de la precocidad de la madurez genital y psicológica ”

Supuesta una simultánea evolución que se mueva dentro de los límites de la normalidad y la superación del duelo de la infancia, el adolescente madura sexual y afectivamente y se hace apto para una relación íntima con una persona del otro sexo capaz de atender a responsabilidades parentales, y de engarzarse en el sistema social en que vive.

En resumen podemos hablar de madurez psicoafectiva cuando se ha logrado una progresión madurativa en las diferentes etapas del desarrollo psicológico, en las que no quedan conflictos residuales.

Las relaciones sexuales sin madurez afectiva suficiente, que permita una comunicación sexual plena, es decir, más allá de la técnica de acoplamiento, por la que la persona se entrega como don a la otra persona del sexo complementario, han sido siempre fuente de conflictos muchas veces insalvables que se hallan en la base de múltiples rupturas conyugales o de pareja.

Las relaciones sexuales sin la suficiente madurez en la adolescencia son también causa de graves problemas, especialmente cuando se da un embarazo.

Embarazo y maternidad en la adolescencia no son cosas de hoy, sin embargo, en nuestro tiempo son más numerosos, más visibles, mejor conocidos, menos disimulados, menos tolerados por las familias y afectan a mayor número de chicas sometidas a la obligatoriedad escolar, que alcanza hasta los 16 años generalmente³.

La adolescente gestante y su hijo son sujetos de alto riesgo. Son raros los éxitos, el inicio de una vida familiar sin muchas contrariedades, donde el bienestar del pequeño no excluya el progresivo desarrollo de la joven madre, la prosecución de sus estudios, la creación de un hogar estable. Lo normal es que el niño vaya rebotado de una parte a otra, y finalmente, sea abandonado por una madre que se desinteresa cada vez más de él, maltratada como está por la existencia, la interrupción de su escolaridad, la carrera en pos de empleos no cualificados, las nuevas experiencias sexuales poco gratificantes que, muy a menudo, acarrearán nuevos embarazos igualmente mal recibidos.

2. FERRER, R.: *Dol i reparació en els moments crítics de l'evolució humana. Adolescència, edat mitjana i vellesa*. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer, 18 febrer 1989. Còpia mecanografiada.

3. DESCHAMPS, J. P.: *Embarazo y maternidad en la adolescente*. Barcelona: Herder, 1979: 36. Este libro nos ha resultado extraordinariamente enriquecedor.

Antes de abordar la problemática ética de las relaciones sexuales y del embarazo en la adolescencia analizaremos brevemente los factores que, a nuestro criterio, determinan las graves proporciones de este problema que procuraremos detallar suficientemente.

Progresivo adelanto del promedio de la edad de la pubertad. Los chicos y las chicas alcanzan la pubertad antes que en otros tiempos gracias sobre todo a la mejora de las condiciones de nutrición, higiene y tratamiento de las enfermedades. Se ha comprobado un descenso en la edad de la menarquia de 3 meses cada 10 años desde 1840 hasta 1960, estabilizándose en este momento. Es evidente que la madurez femenina más precoz permite unas relaciones sexuales más tempranas que en otras épocas y una mayor precocidad sexual masculina suscita el deseo en edades más jóvenes. Pero el adelanto biológico no lo explica todo. La diferencia de algunos meses y hasta de un año en la edad de la pubertad, en un intervalo de treinta años, es poca cosa comparada con la diferencia comprobada de comportamientos sexuales. La precocidad de las relaciones sexuales es mayor de lo que cabría esperar de la precocidad de la madurez genital y psicológica⁴.

Trivialización de la sexualidad e instrumentalización del cuerpo. La cultura dominante tiende a frivolarizar la sexualidad y a considerar el cuerpo como mero instrumento de goce. El cuerpo es declarado zona de libre cambio sexual, exenta de toda normativa ética; nada de lo que ahí sucede es regulable normalmente ni afecta a la conciencia del yo, más de lo que pudiera afectarle la elección de este o de aquel pasatiempo inofensivo. El placer sexual se disocia del amor y del compromiso afectivo. El encuentro sexual se reduce a técnica y el término *performance* (actuación, comportamiento, rendimiento) ha pasado a indicar en muchos manuales de sexología la técnica, arte o habilidad para hacer disfrutar del placer a la pareja sexual. La técnica, arte o posturas, toman muy a menudo el lugar de la espontaneidad, ritmo interior y tiempo psicológico de una manifestación como es la entrega amorosa de una persona a otra en la totalidad del ser.

Ambiente hipererotizado. Imágenes y estímulos eróticos se multiplican a través de revistas, películas, anuncios. El ejercicio de la sexualidad aparece como artículo de consumo. «Forma parte de la técnica propagandística de nuestro contexto social valerse de imágenes perturbadoras que bombardean a los individuos para provocar pseudo-necesidades, que llevarán, de momento, a la adquisición del producto presentado para calmar sucesivamente una apetencia sexual no concienciada, pero que, acostumbrada a verse satisfecha, reclamará con mayor impetuosidad, en otro contexto, el objeto que le es propio. Esta exacerbación de las *necesidades* sexuales —nunca plena y definitivamente saciadas— forma parte de la explotación del hombre por la sociedad de consumo en que vivimos»⁵.

Adolescencia demasiado larga. La adolescencia empieza antes y acaba más tarde. Cuando las condiciones de vida han mejorado, la juventud se hace físicamente adulta más pronto. Pero, la duración de la escolarización y de la dependencia social se prolonga y parece no tener fin. La situación de los adolescentes es incómoda y difícil por el divorcio entre las posibilidades biológicas y las demandas de la sociedad. El

4. TONNER, J. M. GROWING up: *Scientific American*. 1973; 229(3): 35-53.

5. CUYAS, M.: *Relaciones prematrimoniales*. En: *Sexualidad, Matrimonio y Familia*. Horizontos de Bioética-2. Sant Cugat del Vallès: Institut Borja de Bioética, 1986: 45-54.

“ La cultura dominante tiende a frivolarizar la sexualidad y a considerar el cuerpo como mero instrumento de goce ”

“ El ejercicio de la sexualidad aparece como artículo de consumo ”

problema de la adolescencia —la edad menos protegida de la sociedad moderna— cobra una dimensión freudiana. «Se identifica con el problema fundamental del hombre, es decir, el del enfrentamiento entre el instinto y la sociedad, entre la naturaleza y la cultura, entre *eros* y *thanatos*, dirían los psicoanalistas, en suma, con el problema del encuentro de la vida personal, que tiende imperiosamente a afirmarse, y las fuerzas de toda clase, particularmente sociales, que tienden con no menos imperiosidad a disciplinar o a frenar el movimiento de la vida»⁶.

La preñez, sobrevenida a una adolescencia, es el espectacular testimonio de la paradoja que viven los adolescentes de hoy. La madurez biológica ha precedido en mucho a la independencia social.

Sociedad adolescente. El marco en el que el adolescente se desarrolla es el de una sociedad en transición, adolescente, que ha destruido sus ritos tradicionales sin justificarlos. Mientras trata de configurar nuevos valores, la sociedad no puede ofrecer a los jóvenes modelos aceptables para el porvenir. Antes, la transmisión de valores se realizaba espontáneamente de padres a hijos, de maestros a discípulos, de superiores a súbditos, en una palabra, de arriba abajo. Hoy esta circulación de valores ha sido truncada. La simbólica imagen freudiana de la *muerte del padre* ha adquirido dimensión social con aires de universalidad. La angustia del joven en crisis de identidad más bien aumenta ante la perspectiva de llegar a ser *como sus mayores*⁷. La necesidad de sentirse acogido busca entonces cobijo en la comprensión de sus coetáneos y compañeros. Al no sentirse identificados con los adultos, los adolescentes se ven lanzados a inventarse conductas diferentes revolucionarias hasta que son absorbidas, instrumentalizadas, o imitadas por largos sectores de población que constituyen entonces el mercado de consumo. Estas conductas adquieren un carácter grave cuando tienen como objetivo consciente o inconsciente el rechazo a asumir responsabilidades abandonándose a la creación de paraísos artificiales por medio del alcohol o la droga.

Finalizaremos este apartado señalando la dificultad que tienen las parejas constituidas en mantener su estabilidad. En los países industrializados del mundo occidental las tasas de divorcio oscilan entre el 20 % y el 40 % de todos los matrimonios. Este hecho reviste caracteres de gravedad no sólo desde la perspectiva social sino también por el efecto que causa en los individuos y a sus hijos. Un 60 % de los niños que se ven en consultorios psiquiátricos son hijos de matrimonios rotos o de divorcios (constatación jurídica de un fracaso conyugal).

Embarazo y adolescencia. Alcance del problema

El embarazo en la adolescencia es reconocido como un problema serio y complejo en todo el mundo occidental. Los datos de que disponemos señalan que en los Estados Unidos es donde se dan las cifras más elevadas (véase tabla I).

Más del 50 % de los jóvenes americanos han tenido rela-

6. DESCHAMPS, J. P.: Op. cit. p. 47.

7. CUYÁS, M.: Op. cit. p. 47.

TABLA I
Tasas de embarazos en muchachas de 15-19 años

	%	
U.S.A.	96	
Inglaterra y Gales	45	
Canadá	44	
Francia	43	Alan Guttmacher Institute, 12 marzo
Suecia	35	1985, según cifras 1981
Holanda	14	
España	35,1	(Gurrea, 1987) - Santander
	17	(Usandizaga, 1987) - Madrid
	25,6	(Eurostat, 1977) - C.E.E.

TABLA II
Estados Unidos 1985

1.031.000 adolescentes embarazadas en Estados Unidos.	
31.000 menores de 15 años.	
Partos con feto vivo	477.710 (46 %)
Abortos inducidos	416.170 (40 %)
Las adolescentes menores de 20 años representan el 26 % de todos los abortos y el 13 % de los nacimientos.	
Tasa de abortos 15-19 años	44 × 1000
15-17 años	31 × 1000
18-19 años	63 × 1000

Family Planning Perspectives 1989; 21 (2): 85-88.

TABLA III
Abortos inducidos en adolescentes en diversos países, 1981

Holanda	37 % de los embarazos
Suecia	58 % de los embarazos
Francia	46 % de los embarazos
U.S.A.	45 % de los embarazos
Inglaterra y Gales	38 % de los embarazos

«Adolescència i Planificació Familiar».

Butlletí Planificació Familiar. Diputació de Barcelona, 1987.

ciones sexuales antes de los 17 años (20 % antes de los 15 años; 30 % antes de los 16).

Más de un millón de adolescentes en los Estados Unidos quedan embarazadas cada año. De las que dan a luz a un hijo casi la mitad no han cumplido los 18 años. Treinta y una mil de ellas con menos de 15 años.

El 40 % de las adolescentes embarazadas eligen la interrupción de la gestación. Más de 400.000 adolescentes abortan cada año en Estados Unidos, lo cual representa el 38 % de los abortos. Las adolescentes, a su vez representan el 18 % de las mujeres sexualmente activas y fértiles y aportan el 46 % de los nacimientos ilegítimos (véase tabla II)⁸.

Sólo 1/3 de chicas sexualmente activas entre los 15-19 años han recurrido de manera consistente a la contracepción.

Cifras completas para otros países requerirían una actualización de nuestros datos que podría ser interesante pero escapa al objetivo de nuestra aportación. De todas maneras

8. Family Planning Perspectives. 1989; 21 (2): 85-88. Datos coincidentes con el estudio del National Research Council (National Academy of Sciences): *Risking the future. Adolescent Sexuality, Pregnancy, and Childbearing*. Washington D.C.: National Academy Press, 1987, p. 337.

el lector podrá apreciar en los datos siguientes la tendencia a elegir el aborto como solución a una gestación no deseada en la adolescencia (véase tabla III).

LA ADOLESCENTE EMBARAZADA, PERSPECTIVA ÉTICA

Análisis desde una ética de la reciprocidad

La perspectiva que ofrecemos está basada en una concepción de la persona en la que substancialmente convergen las corrientes que podríamos denominar éticas de la reciprocidad. En estas corrientes situaríamos a toda «ética que se quiera fundamentar en la persona humana, y afirme la apertura de esta persona hacia el tu. Un *tu* que puede llegar incluso a identificarse con el absoluto personal y, en cierta forma presente en cualquier otro interlocutor. Esta moral de la reciprocidad quiere partir de la persona humana para valorar la experiencia y anunciar el deber, y por lo tanto está comprometida a asumir todo lo que la manifieste o le haga conocer mejor el valor y la dignidad de la persona humana⁹. Resulta obvio resaltar que desde esta perspectiva jamás el ser humano puede ser utilizado como objeto y que ha de considerarse como exigencia ética el desarrollo integral de la persona promoviendo, por tanto, por medio de la educación la madurez psicoafectiva que ayude a la aceptación del significado positivo de la propia sexualidad y a comprender su carácter relacional como el dinamismo de la persona que le permite realizar su vocación: ser para el otro, amar.

El sexo fisiológico no es nada más que el símbolo del cambio violento y pleno a la vez por el cual los sentidos dan sentido al dinamismo del deseo en marcha hacia el encuentro, es decir, hacia el amor que trasciende esta pulsión corporal que le anuncia. Enraizada en la naturaleza psicológica del ser humano es la expresión dada al cuerpo del hombre y de la mujer para ayudarles a construir la historia común de sus vidas.

Al analizar hoy la conducta de los adolescentes y antes de hablar de acciones moralmente buenas —o éticamente correctas— o malas, o incorrectas debemos atender a las posibilidades reales de elección que tiene el adolescente en concreto. No negamos que haya acciones objetivamente buenas o malas pero al analizar las conductas hay que afirmar que la libertad es primordial en la responsabilidad o imputabilidad.

Son muchos los adolescentes que están lejos de haber adquirido aquel grado mínimo de madurez emocional que permite la suficiente libertad interior para elegir tener o no tener relaciones sexuales, especialmente cuando las circunstancias resultan altamente favorecedoras. Presiones internas y ambiente social se confabulan para facilitar una experiencia que siendo íntima y privada adquiere pronto notoriedad pública y con graves consecuencias en el caso de un embarazo.

La sociedad ha de examinar seriamente su propia responsabilidad antes de exigirle a la adolescencia que, llena de miedo, a menudo, se encuentra sumida en una situación cargada de ambivalencia y de paradojas: «la de poder dar a luz y tener que educar tempranamente a un niño, cuando no tiene aún el reconocimiento de la capacidad para ejercer una función social. Paradoja la de satisfacer la necesidad de dependencia que experimenta el niño concebido, sin haber adquirido la propia independencia. Paradoja la de tener que ser adulta siendo todavía una niña... la de ser adolescente, simplemente, pero en una situación bastante más difícil que la de la mayoría de

“ La preñez, sobrevenida a una adolescente, es el espectacular testimonio de la paradoja que viven los adolescentes de hoy ”

“ Al no sentirse identificados con los adultos, los adolescentes se ven lanzados a inventarse conductas diferentes revolucionarias ”

los adolescentes. Paradoja, en fin, la de ser madre antes de ser mujer...»¹⁰.

La decisión que deberá tomarse: 1) continuar el embarazo y criar al hijo; 2) llevar el embarazo a término y dar el hijo en adopción; 3) interrumpir la gestación; 4) matrimonio con el padre del hijo, es siempre una decisión difícil y cargada de responsabilidad.

En estos casos, generalmente, ni el padre de la criatura, ni la escuela, ni la familia o la colectividad aportan la deseada ayuda. Cuando la adolescente encuentra a quien hablar, a quien confiarse se le abre un camino de esperanza y de solución. Al médico toca con frecuencia actuar de asesor y confidente.

Veamos dos circunstancias diferentes:

■ En la medida en que la adolescente es capaz de asumir su responsabilidad debe ser aconsejada ofreciéndole apoyo psicológico, social y espiritual, a que la asuma sin que abdique de ella descargándola en otros.

El matrimonio sólo debería aconsejarse en casos que representen una posibilidad de realización personal para la adolescente, si ella lo desea. Es importante que tenga capacidad para hacer frente al futuro y una buena imagen de sí misma.

Llevar a término un embarazo y dar el hijo en adopción es una solución realista para algunas adolescentes. Otras, la rechazan de plano. Hay que evitar al grado máximo toda coacción que, a la larga, sería destructora para la madre.

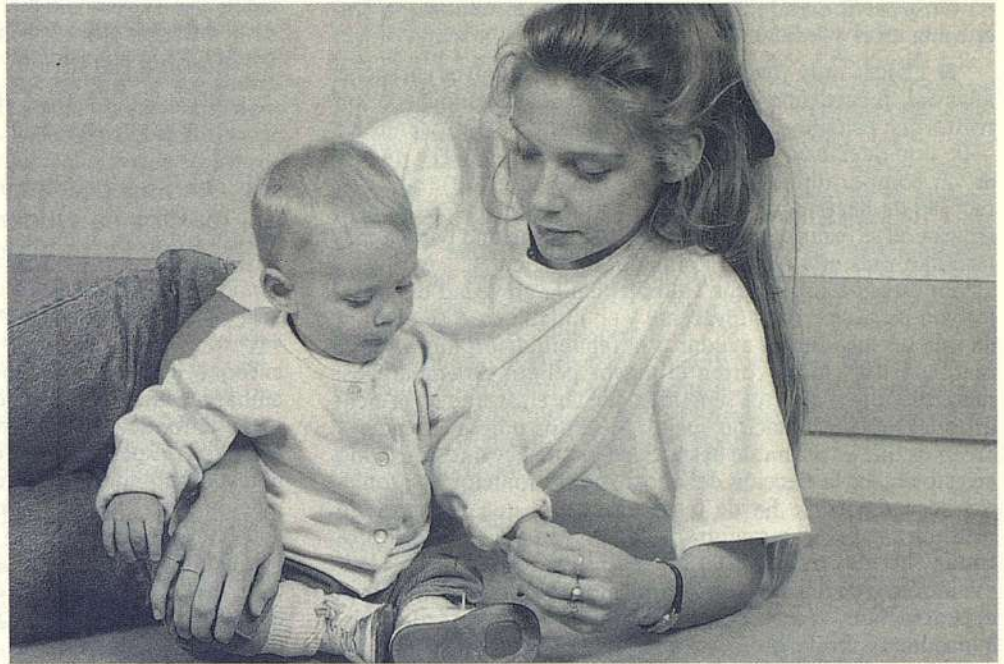
El recurso al aborto, muy frecuente, requiere un análisis cuidadoso a nivel de principios y desde una perspectiva que podríamos llamar terapéutica (o pastoral desde una vertiente religiosa). A nivel de principios la vida humana incipiente ha de ser protegida a ultranza. La inducción del aborto la considero insostenible moralmente, ya que destruye una vida humana que tiene derecho fundamental a la vida. Desde una *perspectiva terapéutica-pastoral* es imprescindible abordar caso por caso con el máximo respeto a la persona. Ninguna posición preestablecida puede entrar en este diálogo que ha de caracterizarse por su empatía. Como es obvio ninguna solución puede ser impuesta desde fuera.

Hay que estar muy atentos a la dimensión individual del que vive su problema, sepa formularlo mejor o peor a nivel conceptual. Se han de facilitar el que busca apoyo, todos los medios para que pueda descubrir su propia verdad y explorar en su interior llegando a la decisión más conforme con su escala de valores. El consejo de abortar puede mostrarse tan desgraciado como el consejo de no abortar. Los hechos en sí mismos, y las alternativas que puedan ofrecerse realmente, han de presentarse con sencillez y claridad, mostrando, además, sus ventajas e inconvenientes en el contexto social actual. La decisión última queda reservada a la *conciencia personal*. *Es un derecho de nuestra condición libre*. Aunque este derecho lleve consigo la posibilidad de una decisión que contradiga a la auténtica condición humana.

9. ESCUDÉ, J. M.: *Cuestiones acerca de los absolutos éticos*. En: *Aspectos éticos del progreso biomédico*. Horizons de Bioética-I. Sant Cugat del Vallès: Institut Borja de Bioètica, 1987: 12-19.

10. DESCHAMPS, J. P. Op. cit. p. 74.

«Embarazo y maternidad en la adolescencia no son cosas de hoy, sin embargo, en nuestro tiempo son más numerosos».



■ Si la adolescente es todavía muy niña —generalmente éste es el caso antes de los 15 años— los padres y/o el médico consultado han de llevar el mayor peso en el proceso decisorio mirando el mejor bien para la niña gestante y para el feto. El paternalismo benevolente no necesita justificación en estas circunstancias.

Estos dos principios: el de la decisión de la conciencia personal y el del paternalismo benevolente se han de conjugar en la mayoría de los casos en los que nosotros tenemos que actuar. Para mayor claridad dibujaré el perfil de la adolescente gestante escolarizada que vemos con mayor frecuencia:

■ Chicas embarazadas de su primera y única pareja, que con frecuencia es de la misma edad y se encuentra en situación semejante y sin intención actual de casarse. Conocen los anticonceptivos pero sin saber demasiado bien cómo utilizarlos. Tienen opiniones sin fundamento sobre la seguridad del coito sin protección. Plantean objeciones morales al aborto y la adopción. No aprecian adecuadamente los resultados potenciales de la actividad sexual ni la posibilidad de perder su propio estado de privilegio como niña. Muchas veces el embarazo es deseado con sentimientos ambivalentes para conseguir la afirmación personal, la independencia de la familia o superar fracasos personales, sociales o familiares.

En estos casos nosotros comenzamos por informar que podemos ofrecer ayuda psicológica acompañando a la adolescente y familia. Si la adolescente viene sola se le garantiza la confidencialidad y se le ofrece ayuda como intermediarios con la familia. Se ofrece ayuda social, movilizando, cuando sea preciso todas las ayudas y recursos posibles hospitalarios y comunitarios (atención médica, búsqueda de residencia, etc.). Se informa también en la primera entrevista que nosotros no realizaremos el aborto, si ésta es la decisión que se tome y que la razón es nuestro convencimiento del valor de la vida humana desde sus inicios.

De esta manera avanzamos que nuestro juicio o preferencia está, en principio, orientado a la protección de la joven adolescente y de su embarazo. No creemos en la absoluta neutralidad del asesoramiento, y por ello manifestamos nuestra parcialidad procurando evitar al máximo toda coacción abierta o sutil.

La edad de la adolescente; el tipo de vinculación familiar (padres, hermanos, ambiente familiar protector, acogedor, placido o sofocante); cómo la joven percibe la unión con el muchacho que la dejó embarazada y la relación actual con el mismo; cómo vive la idea de una maternidad y de su futuro escolar, son requisitos imprescindibles en esta visita en la que el médico, psicólogo, enfermera, o asistente social ofrecen una acogida amable y receptiva, en la que subrayamos los elementos positivos, cuando los haya, de su relación. Muy a menudo nos encontramos con la adolescente que razonablemente percibe las dificultades que se le vienen encima y decide, a pesar de todo, llevar a término su maternidad, pero sucumbe a la *coacción de los padres* que no se atreven a asumir lo que conciben como afrenta personal y social, y fuerzan a la desprotegida adolescente a acudir al aborto. No es extraño que estos padres aprovechen la ocasión para insistir al médico sobre la conveniencia de que exhorte severamente a su hija «a portarse bien...».

A pesar de estas lamentables actitudes hipócritas de algunos padres no vemos en nuestros días, por fortuna, que coaccionen a los hijos a contraer matrimonio como solución al embarazo de la adolescente.

La decisión de dar el hijo para la adopción es excepcional pero la vemos alguna vez. Cuando los padres de la adolescente sintonizan con el mayor bien de la hija, ofrecen todo apoyo para que la niña-adolescente vaya madurando con su hijo supliendo ellos las posibles deficiencias. Solución óptima si bien poco frecuente.

“ El embarazo en la adolescencia es reconocido como un problema serio y complejo en todo el mundo occidental ”

“ Los hechos en sí mismos, y las alternativas que puedan ofrecerse realmente han de presentarse con sencillez y claridad, mostrando además, sus ventajas e inconvenientes en el contexto social actual ”

Otro perfil de adolescentes gestantes que vemos con frecuencia es el siguiente:

■ Chicas muy jóvenes (13-15 años), con graves carencias afectivas, procedentes de familias perturbadas, desunidas o con trastornos psicológicos (alcohol, drogas) de los progenitores —de uno de ellos o de los dos. La actividad sexual se integra en un comportamiento en el que resulta prioritaria la satisfacción de necesidades emocionales insatisfechas. El aborto en general se rechaza pero no existe una capacidad para la maternidad más allá de lo puramente biológico.

En estos casos hay que valorar bien la gravedad de la patología psicoafectiva subyacente y en ningún caso se pensará en que un hijo puede ayudar a la rehabilitación moral de la madre. Estas chicas corren el mayor peligro de embarazos, maternidades o abortos repetidos que las encierran en el ciclo infernal de la adaptación social. Si se nos quiere entender y creemos que es probable después de lo que llevamos diciendo en estos casos la elección del aborto como solución es problema secundario. Se ha de tener en cuenta que la prioridad máxima es ayudar a madurar a la persona y a sanar las profundas heridas recibidas en la vida psicoafectiva como víctima inocente de unos condicionamientos sociales. Orientar bien el problema es la mejor prevención de otro embarazo en circunstancias similares.

No es mi objetivo analizar los casos que forman parte de procesos particularmente traumatizantes y que condicionan un desarrollo patológico de la actividad de los adolescentes: prostitución multigeneracional, incestos, violaciones, etc. Quiero indicar, de todos modos, que la colaboración interdisciplinar resulta necesaria e imprescindible. Si bien los médicos y enfermeras tienen un papel dentro de esta colaboración hay que subrayar el de los psicólogos clínicos, pedagogos, asistentes sociales y trabajadores familiares. Su trabajo es fundamental y sin él se pueden corregir algunos síntomas pero no se haría lo más necesario: humanizar el ambiente familiar y de los adolescentes para que puedan descubrir un día el amor desinteresado.

Prevención del embarazo

Nadie puede minimizar la importancia de la prevención de embarazos de adolescentes en nuestras culturas occidentales. Pensar en la posibilidad de que un 20 o un 40 % de niñas de 14 años quedarán embarazadas, antes de llegar a los 19 años como resultado de uniones irreflexivas ha de estimularnos a desarrollar programas de prevención. Podemos todos convenir fácilmente en algunos aspectos y en otros las diferencias serán importantes en función de la antropología que adoptemos.

Creo que todo el mundo estará de acuerdo en:

- Desaconsejar el embarazo en la adolescencia.
- Subrayar la importancia de la pedagogía sexual integrada en un programa personalizador.
- La importancia de programas interdisciplinarios en los que colaboren los padres —la escuela— la sociedad.
- La conveniencia de desmedicalizar el problema.
- Que la contracepción es más aceptable que el aborto.

Las divergencias en los programas de prevención del embarazo en las adolescentes son fundamentales tanto en las formulaciones teóricas como en las prácticas. Unos se centran en la dimensión pedagógica de valores morales; otros en el uso de preservativos. El lenguaje utilizado en el primer caso es el de la responsabilidad moral, el que se utiliza en el segundo es higiénico-sanitario.

Nosotros estamos cien por cien comprometidos en el primer enfoque tanto en la forma como en el fondo. El segundo

“ Los principios de la decisión de la conciencia personal y del paternalismo benevolente se han de conjugar en la mayoría de los casos en los que tenemos que actuar ”

“ Se ha de tener en cuenta que la prioridad máxima es ayudar a madurar a la persona y a sanar las profundas heridas recibidas en la vida psicoafectiva como víctima inocente de unos condicionamientos sociales. ”

enfoque que denominamos higiénico-sanitario merece, sin embargo, una seria consideración en la clínica.

El enfoque que cree en la pedagogía sexual y afectiva se orienta a despertar los valores positivos de la sexualidad y de la responsabilidad en las relaciones sexuales. Atiende a la formación del carácter y considera la sexualidad como fuerza constructiva del yo como dimensión relacional en el descubrimiento del otro; orienta el ejercicio pleno de la sexualidad en el matrimonio y habla de compromiso, madurez, solidaridad, fidelidad. Es una ética de la persona, una ética de la ternura y del amor.

El lenguaje medicalizado higiénico-sanitario, nos parece reduccionista, preocupado esencialmente con la mera información biológica. Tiende a colocar la genitalidad y el placer sexual en el primer plano. La preocupación es la promoción activa del uso de contraceptivos y el recurso al aborto cuando fracasan.

Creemos que el primer enfoque es el más adecuado para todo educador y el segundo, las más de las veces, el único posible para el médico práctico sometido a la presión asistencial o que ha tirado la toalla, por falta de medios, tiempo o vocación en su dimensión educativa. Considera que su obligación es mantener la salud y evitar la enfermedad.

Creo que es importante subrayar la necesidad de *desmedicalizar* el problema de la adolescente embarazada, dándole la importancia debida a la formación sexual y psicoafectiva. El médico ha de ampliar su horizonte educativo y reconocer la adolescencia como un período particular de la existencia en el que su contribución puede ser muy importante en la formación de la persona.

Permítasenos enunciar brevemente algunas pautas de educación sexual:

- La sexualidad caracteriza al hombre y a la mujer no sólo en el plano físico, sino también en el psicológico y espiritual con su impronta consiguiente en todas sus manifestaciones. Esta diversidad, aneja a la complementariedad de los dos sexos, responde cumplidamente al diseño de Dios en la vocación enderezada a cada uno.

La genitalidad, orientada a la procreación, es la expresión máxima, en el plano físico, de la comunicación de amor de los cónyuges. Arrancada de este contexto de don recíproco... La genitalidad pierde su significado, cede al egoísmo individual y pasa a ser un desorden moral¹¹.

- La sexualidad orientada, elevada e integrada por el amor adquiere verdadera calidad humana. En el cuadro del desarrollo biológico y psíquico, crece armónicamente y sólo se realiza en sentido pleno con la conquista de la madurez afectiva que se manifiesta en el amor desinteresado y en la total donación de sí¹².

11. Sagrada Congregación para la Educación Católica. *Orientaciones educativas sobre el amor humano. Pautas de educación sexual*, 1 noviembre 1983. Texto en castellano P.P.C., Madrid, 1984, n.º 5.

12. Ib. n.º 6.

- Ante una cultura que *banaliza* en gran parte la sexualidad humana, porque la interpreta y la vive de manera reductiva y empobrecida, relacionándola únicamente con el cuerpo y el placer egoísta, el servicio educativo de los padres debe basarse sobre una cultura sexual que sea verdadera y plenamente personal. En efecto, la sexualidad es una riqueza de toda la persona —cuerpo, sentimiento y espíritu— y manifiesta su significado al llevar la persona hacia el don de sí misma en el amor¹³.
- Por los vínculos estrechos que hay entre la dimensión sexual de la persona y sus valores éticos, esta educación debe llevar a los hijos a conocer y estimar las normas morales como garantía necesaria y preciosa para un crecimiento personal y responsable en la sexualidad humana. Por esto *debemos oponernos* firmemente a un sistema de información sexual separado de los principios morales y tan frecuentemente difundido, el cual no sería más que una introducción a la experiencia del placer y un estímulo que lleva a perder la serenidad, abriendo el camino al vicio desde los años de la inocencia¹⁴.
- La sexualidad está llamada a expresar valores diversos a los que corresponden exigencias morales específicas; orientadas hacia el diálogo interpersonal, contribuye a la maduración integral del hombre abriéndolo al don de sí en el amor; vinculada, por otra parte, en el orden de la creación, a la fecundidad y a la transmisión de la vida, está llamada a ser fiel también, a esta finalidad suya interna. Amor y fecundidad son, por tanto, significados y valores de la sexualidad que se incluyen y reclaman mutuamente y no pueden, en consecuencia, ser considerados ni alternativos ni opuestos¹⁵.
- Debido a las repercusiones de la sexualidad en toda la persona humana, es necesario tener presentes multitud de aspectos: las condiciones de salud, las influencias del ambiente familiar y social, las impresiones recibidas y las reacciones del sujeto, la educación de la voluntad y el grado de desarrollo de la vida espiritual sostenida por el auxilio de la gracia¹⁶.
- Para que el valor de la sexualidad alcance su plena realización, es del todo irrenunciable la educación para la castidad, como virtud que desarrolla la auténtica madurez de la persona, y la hace capaz de respetar y promover el *significado sponsal* del cuerpo. La castidad consiste en el dominio de sí, en la capacidad de orientar el instinto sexual al servicio del amor y de integrarlo en el desarrollo de la persona¹⁷.
- Los educadores tienen presentes las etapas fundamentales de tal evolución: el instinto primitivo, que al principio presenta carácter rudimentario, pasa luego a un clima de ambivalencia entre el bien y el mal; después con ayuda de la educación de los sentimientos se estabilizan a la vez que aumenta el sentido de responsabilidad. Gradualmente el egoísmo se elimina, se establece un cierto ascetismo, el otro es aceptado y amado por sí mismo; se integran los elementos de la sexualidad: genitalidad, erotismo, amor y caridad. Aunque no se obtiene siempre el resultado completo, son más numerosos de lo que se piensa, los que se aproximan a la meta a que aspiran¹⁸.

Lamentablemente la convicción de que la pedagogía sexual a lo largo de las líneas enunciadas es el mejor camino para formar a los adolescentes no se acompaña de los esfuerzos sociales necesarios (familia, escuela) para ponerla eficazmente en práctica.

13. Ib. n.º 16.
 14. Ib. n.º 19. Subrayado nuestro.
 15. Id. n.º 32.
 16. Ib. n.º 38.
 17. Ib. n.º 18.
 18. Ib. n.º 42.

Dos estudios relativamente recientes *Teen-age pregnancy in developed countries: determinants and Policy implications* (Family Planning Perspectives [FPP], 1985) a cargo del Alan Guttmacher Institute y *Risking the future: adolescent sexuality, pregnancy-childbearing* a cargo del National Research Council (National Academy of Sciences [NRC], 1987) abordan la temática de políticas sociales adecuadas para prevenir el embarazo de las adolescentes. Ambos estudios se apoyan fundamentalmente en la interpretación de resultados estadísticos y ambos están de acuerdo en que la interpretación puede estar sesgada por falta de suficientes datos. Con todo recomiendan con insistencia la necesidad de proveer de anti-conceptivos a los adolescentes.

Muy pocas cosas en estos trabajos permiten entrever cómo solventar el problema de la conducta sexual de los adolescentes. El estudio del Instituto Alan Guttmacher analiza especialmente los efectos de la conducta sexual y no la misma razón de esta conducta como problema.

“ El trabajo de los profesionales es fundamental y sin él se pueden corregir algunos síntomas pero no se haría lo más necesario: humanizar ”

“ Las diferencias en los programas de prevención del embarazo en las adolescentes son fundamentales tanto en las formulaciones teóricas como en las prácticas ”

El NRC acepta, incluso, que el período de los años 70 vio un incremento significativo de la actividad sexual de los adolescentes coincidiendo con un significativo incremento de servicios contraceptivos. Concluye que se requieren más estudios para comprobar si se trata de una relación de causa efecto o meramente coyuntural.

El análisis de FPP sobre un estudio de 36 países y un particular estudio comparativo entre Estados Unidos, Canadá, Inglaterra-Gales, Francia, Holanda y Suecia no permite concluir que exista una elevada correlación entre una política contraceptiva y una reducción de embarazos en las adolescentes. Al contrario la correlación se mostró baja (—0,21 por debajo de los 18 años y —0,06 para las mujeres de 18-19 años). Sorprendentemente el consejo es de aumentar la educación contraceptiva con previsión de contraceptivos y clínicas para el aborto en caso de fallo contraceptivo.

Esto asombra más cuando una de las conclusiones del NRC es precisamente que la actividad sexual de los adolescentes está íntimamente relacionada con problemas de identidad: «en el corazón mismo de la decisión de los adolescentes en tener relaciones sexuales está el problema de la autopercepción de lo que uno es, puede ser, y desea ser»¹⁹.

Estos estudios son coincidentes en subrayar la correlación existente entre embarazos de adolescente y pobreza. Ninguna recomendación aparece sobre problemas relacionados con las causas de la pobreza. Este problema invita a la seria reflexión cuando se estudien programas de prevención.

Como conclusión de este apartado desearía subrayar la importancia del trabajo interdisciplinar en la formación de los adolescentes; la conveniencia de que médicos y enfermeras no abduquen de su responsabilidad educativa; la necesidad de do-

19. National Research Council (National Academy of Sciences): *Risking the future. Adolescent Sexuality, Pregnancy, and Childbearing*, Washington D.C.: National Academy Press, 1987, p. 120.

tar a las unidades de adolescentes de servicios de psicología y de profesionales asistentes sociales.

La adolescente con retraso mental

El perfil de adolescente con retraso mental que vemos con más frecuencia es el que corresponde al grado moderado, cuyo desarrollo sexual preocupa a los padres que la acompañan a la consulta.

La sexualidad de las personas con retraso mental angustia a los padres y al entorno familiar y educativo. A la dificultad que tienen muchos padres en hablar a los hijos sobre sexualidad se superponen aquí sentimientos de culpabilidad y un creciente temor en la medida en que el hijo o la hija llega a la edad núbil. De modo especial los padres temen que las niñas sean explotadas sexualmente y que sobrevenga un embarazo.

Dado que muchas personas con retraso mental, en edad puberal o adulta, responden de manera desproporcionada al afecto y tienen dificultad en controlar sus impulsos y por definición una incapacidad, más o menos acusada, en reconocer las consecuencias de sus actos, resultan especialmente vulnerables en nuestra sociedad. Hoy en día el problema se ve incrementado por la coexistencia de diversos factores. Destacaré tres: 1) el mayor número de personas con retraso mental que sobreviven hasta la edad adulta; 2) la violencia que existe en la sociedad actual y que se manifiesta principalmente en las grandes ciudades; 3) la falta de un número suficiente de profesionales, capacitados para la educación afectivosexual de personas con retraso mental, para responder a la demanda social.

Esto hace que la preocupación de los padres y la alarma de otros educadores multipliquen las solicitudes de esterilización de las niñas para evitar embarazos no deseados, fruto de la violencia o de la irresponsabilidad que victimiza al inocente con retraso mental.

“Es importante subrayar la necesidad de desmedicalizar el problema de la adolescente embarazada, dándole la importancia debida a la formación sexual y psicoafectiva”

“Debemos oponernos firmemente a un sistema de información sexual separado de los principios morales y tan frecuentemente difundido”

Nosotros afirmamos el derecho del deficiente a recibir una educación y formación adecuada y, al mismo tiempo, comprendemos el sufrimiento de muchos padres que se ven impotentes y angustiados ante la conducta o la vulnerabilidad de sus hijos deficientes y solicitan una esterilización para su hija. La experiencia de muchos padres de deficientes que no tienen este problema no descalifica la experiencia de quienes la viven dolorosamente en sus hogares.

Considero el problema de la esterilización del retardado mental como grave y complejo. Pueden darse posiciones contrapuestas en la valoración de los valores éticos y bienes jurídicos en juego. Por una parte la reducción de los derechos de las personas con retraso mental en el ejercicio de su sexualidad y por otro, el mayor grado de libertad al facilitar relaciones interpersonales más amplias. Por un lado respetar la autonomía de personas con capacidad limitada de juicio y por otro protegerlas de abuso y explotación. No es fácil trazar la línea divisoria entre protección de los derechos humanos y la nece-

sidad de imponer limitaciones para proteger a los deficientes de consecuencias de las que podrían hacerse responsables. Estamos muy lejos de lograr un consenso social sobre este problema.

Si bien creo que en algunos casos se puede justificar éticamente la esterilización de personas con retraso mental, la legislación española lo prohíbe cuando el grado de retraso hace imposible una demanda libre y voluntaria por parte del interesado o interesada. Estos son precisamente los casos que encontramos con mayor frecuencia.

LA ADOLESCENTE COMO PACIENTE. ASPECTOS LEGALES

A partir de 1978 lo que hasta esa fecha constituía en el Derecho español el delito de difusión de medios contraceptivos, dentro del capítulo dedicado al aborto, ha pasado a ser delito contra la salud pública, cuando se expendieren medios anticonceptivos sin cumplir las formalidades legales o reglamentarias. Desde 1978 el acceso a los medios contraceptivos puede decirse que es libre en nuestro país, aunque para los preparados hormonales sea necesaria la previa prescripción facultativa. Esta es, en la práctica, una mera formalidad.

La formulación legal no hace otra cosa que legitimar lo que venía haciéndose desde que aparecieron los contraceptivos hormonales, momento en que la práctica contraceptiva adquirió la *seriedad académica* para ser considerada problemática propia de la actividad médica profesional.

El ambiente de paternalismo benevolente y las convicciones del médico regulaban la conducta. La profesión médica ha considerado siempre timbre de prestigio profesional el guardar el secreto médico en el área de la actividad sexual y sus consecuencias.

Cuando el paciente es un adolescente la persuasión para involucrar a los padres ha sido el camino elegido y quizás el mejor en ambientes no deteriorados. En ambientes degradados el médico en diálogo con la adolescente (o los adolescentes) ha ejercido y ejerce la función de amigo, confidente y protector de la intimidad.

El caso Gillick, que se dio en la Gran Bretaña, ha resultado impensable hasta el momento en nuestro país. La señora Victoria Gillick escribió al departamento de sanidad de su localidad West Norfolk and Wisbech, UK, exigiendo por escrito que bajo ningún concepto se diera tratamiento contraceptivo, o si llegara el caso se induciría un aborto, a ninguna de sus hijas, sin el consentimiento de la madre, mientras fueran menores de 16 años. Asimismo exigía que se le notificara, en interés del bien de sus hijas, si acudían a la clínica. El asunto llegó a la Cámara de los Lores que en junio de 1985 dictaminó que niños y adolescentes tienen la capacidad de asumir decisiones en problemas que les conciernen, si son capaces de comprenderlos y formarse un criterio razonable. Algunas cosas por su peligrosidad requieren edades determinadas para poder tener acceso a ellas: fuegos artificiales, alcohol, tatuajes, etc., otras como domicilio, religión, vestidos, participación en deportes, etc., han de pertenecer al ámbito de su elección en función de su capacidad²⁰.

Los adolescentes en nuestro medio han sido vulnerables cuando el médico se ha convertido en juez implacable y han sido bien tratados y protegidos cuando el médico ha sido capaz de establecer una relación empática. No es mucha la diferencia que existe en la relación médico-paciente adulto. El adul-

20. Landmark decision for children's rights. House of Lords Rule on Gillick, Octubre 1985. *Children's Legal Centre Briefing*, 20 Compton Terrace, London N1 2UN.

“ Para que el valor de la sexualidad alcance su plena realización, es del todo irrenunciable la educación para la castidad, como virtud que desarrolla la auténtica madurez de la persona ”

“ Dado que muchas personas con retraso responden de manera desproporcionada al efecto resultan especialmente vulnerables en nuestra sociedad ”

“ No es fácil trazar la línea divisoria entre protección de los derechos humanos y la necesidad de imponer limitaciones para proteger a los deficientes de consecuencias de las que no podrían hacerse responsables ”

to, sin embargo, posee generalmente más recursos para hacer oír su voz.

Si la autonomía de los pacientes ha de ser protegida, no es menos cierto que necesitamos más unidades interdisciplinarias especializadas en los problemas de los adolescentes. No se sigue que necesitemos más leyes. No conozco los detalles del programa para adolescentes del Johns Hopkins, pero si funciona tan bien como se deduce de la evaluación que publicaron en 1987²¹ merece ser limitado, no sólo por los aspectos psicosociales sino también por los estrictamente obstétricos.

Si pasamos ahora a considerar los supuestos en los que el aborto se halla despenalizado en España (art. 417 bis del Código Penal) vemos que el aborto no será punible si se practica por un médico con el consentimiento de la mujer cuando concurren alguna de las circunstancias siguientes: 1) que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud de

21. HARDY, J. B. et al.: *The Johns Hopkins Adolescent Pregnancy Program: An Evaluation*. *Obstetrics & Gynecology* 1987; 69 (3 Part 1): 300-6.

la embarazada; 2) que el embarazo sea consecuencia de un hecho constituido de delito de violación, siempre que el aborto se practique dentro de las primeras semanas de gestación, y que el mencionado hecho hubiere sido denunciado; 3) que sea probable que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el pronóstico desfavorable conste en un dictamen emitido por dos médicos especialistas distintos del que intervenga a la embarazada. El Real Decreto del 21 de noviembre de 1986 sobre centros sanitarios acreditados y dictámenes preceptivos para la práctica legal de la interrupción voluntaria del embarazo²², abrió en la práctica la puerta al aborto a petición en algunos centros privados que convirtieron los controles en formalidades.

En el caso de la mujer embarazada menor o deficiente mental, el consentimiento al aborto será válido en la medida en que posea capacidad natural de juicio y comprensión sobre el alcance de la decisión de abortar, lo que presupone la comprensión de que no sólo se trata de una intervención en su cuerpo, sino también de la destrucción de la vida del feto. Si esta capacidad no existe, podrán actuar los representantes legales, siempre en función del deber que tienen de velar por el bienestar de la mujer que se encuentra bajo su patria potestad o tutela, y no en virtud de sus propios intereses.

Paradójicamente, el Código Penal prohíbe tajantemente en el artículo 428 la esterilización del menor o del incapaz. Los padres o representantes legales no son aptos para consentir en su lugar por el principio de que los derechos de la personalidad son irrepresentables. Tampoco es posible, además, que la autoridad judicial supla la voluntad del incapaz y autorice la esterilización de éste. Sin duda alguna, el Código Penal español protege más la capacidad de engendrar de la persona que la vida del feto. Éste es un tema para un ulterior debate²³.

22. Tribunal Constitucional. Sentencia sobre la ley del aborto, 11 de abril 1985 y Real Decreto sobre Centros Sanitarios para la interrupción voluntaria del embarazo del 21 de noviembre 1986, BOE n.º 281, 24 de noviembre de 1986.

23. ROMEO CASABONA, C. M.: *El diagnóstico antenatal y sus implicaciones jurídico-penales*. *La Ley* 1987; 8 (1751): 1.10.

8. PROBLEMAS ÉTICOS DE LOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS

Inés M. Barrio Cantalejo

DUE. Experta en Bioética.
Residencia Madre-Hijo. Hospital Infantil La Paz. Madrid

Pablo Simón Lorda

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Magister en Bioética.
Instituto de Medicina Legal. Universidad de Santiago de Compostela

Los autores manifiestan en la conclusión que el objetivo del trabajo era poner de manifiesto los problemas éticos en torno a los trasplantes de órganos. Creemos que lo han conseguido. Los problemas quedan bien planteados. Las pistas de soluciones pasan a través del respeto a la autonomía del paciente, de una aplicación correcta del principio de justicia, de una formación en bioética y de la implantación de los Comités de Ética Hospitalaria. Acompaña el artículo, que despierta pedagógicamente muchas preguntas, una buena bibliografía.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día el trasplante de órganos es una técnica médico-quirúrgica habitual, y si no llega a realizarse con mayor frecuencia es, sobre todo, por el número insuficiente de donantes. Desde que en 1954 se realizó el primer trasplante de órganos, esta técnica ha pasado de ser una intervención experimental con pocas posibilidades de éxito, a ser una práctica rutinaria. En este camino progresivamente han ido perfeccionándose los procedimientos de extracción, conservación e implantación de órganos, así como la superación de lo que ha sido siempre el principal escollo: el rechazo. Por ello, el descubrimiento de la azatioprina en los años 60 y de la ciclosporina A veinte años después, ha incrementado enormemente el éxito de los trasplantes.

Esta incorporación del trasplante de órganos a la práctica médica habitual ha tenido su correlato en la aceptación moral y social del procedimiento. Hoy la pregunta ética no se dirige a la intervención en sí misma sino a las circunstancias y condiciones en que se hace. La sospecha que envolvió los primeros trasplantes se debía a un triple motivo: se trataba de una técnica de carácter experimental cuyos resultados no se podían en absoluto garantizar; se consideraba inmoral porque se entendía como una profanación del cuerpo del falleci-



«El trasplante constituye una obligación del profesional sanitario de informar y formar a la población en este sentido, incentivando sobre todo la donación de cadáver».

do, y, por último, la idea popular, tan extendida, de identificar un órgano con un aspecto de la personalidad del hombre. Recuérdese a este respecto que, por ejemplo, el corazón ha sido la sede por excelencia de los sentimientos y afectos más profundos de la persona; de ahí el tremendo impacto que tuvo el primer trasplante de corazón realizado por el doctor Barnard en 1967.

En este momento estos tres recelos están casi superados y la ética y las morales religiosas reflexionan sobre otras cuestiones^{1, 2, 3, 4}. Los actuales problemas éticos de los trasplantes de órganos surgen en torno a los aspectos señalados en la tabla I.

TABLA I

Aspectos conflictivos en la ética de los trasplantes.

1. Diagnóstico de la muerte.
2. El estatuto del cuerpo humano y el comercio de órganos.
3. Disponibilidad del cadáver: consentimiento para la donación.
4. Principio de justicia: distribución de recursos y de órganos.
5. Donantes vivos.
6. Trasplante de tejido fetal.
7. Consentimiento informado del receptor de órganos.
8. Xenotrasplantes.

PRINCIPIOS ÉTICOS FUNDAMENTALES

Podemos empezar preguntándonos en virtud de qué se define tal o cual cosa como problema ético. ¿Qué criterios se utilizan para decir que algo es correcto o incorrecto éticamente?

En 1974 fue creada por el Congreso norteamericano la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*. Su objeto fue determinar qué principios éticos deberían guiar la investigación con humanos. En 1978 se publicó el Informe Belmont, resultado de dicha investigación⁵. Este documento definía como principios éticos fundamentales los de respeto a las personas, beneficencia y justicia. Fragmentada la beneficencia en dos principios, prácticamente todos los bioeticistas se ponen de acuerdo en que los pilares de la Bioética son cuatro: la *Beneficencia*, que obliga a hacer el bien; la *No-Maleficencia*, que obliga a no dañar a otros; la *Justicia*, que obliga a proporcionar a todos los hombres las mismas oportunidades en el orden social; y la *Autonomía*, que obliga a reconocer que todos los hombres, mientras no se demuestre lo contrario, son capaces de tomar decisiones por sí mismos.

En realidad estos principios lo único que hacen es expresar *materialmente* el contenido de otros dos de carácter sólo *formal*: «el hombre es persona y en cuanto tal tiene dignidad y no precio» y «en cuanto personas, todos los hombres son iguales y merecen la misma consideración y respeto». Ambos enunciados pueden ser considerados como el *sistema de referencia* de la vida moral de las personas⁶. Además es posible establecer una jerarquía inicial entre los cuatro principios. Así, se considera que los principios de No-maleficencia y Justicia, marcan mínimos éticos exigibles siempre. Por eso habitualmente son exigidos legalmente. Por el contrario los principios de Autonomía y Beneficencia tienen más que ver con los proyectos de felicidad de las personas, y por tanto establecen máximos morales que tan sólo se ofertan, pero que no se exigen. Por ello sólo tienden a ser protegidos legalmente. Si en una situación concreta entran en conflicto los cuatro principios, e ineludiblemente alguno de los cuatro va a ser transgredido, lo correcto será priorizar los dos primeros sobre los dos segundos⁶. Hablaremos, pues, de conflictos éticos en relación

“ El trasplante de órganos es una técnica médico-quirúrgica habitual y si no llega a realizarse con mayor frecuencia es, sobre todo, por el número insuficiente de donantes ”

“ La incorporación del trasplante de órganos a la práctica médica habitual ha tenido su correlato en la aceptación moral y social del procedimiento ”

TABLA II

Principios Rectores del Trasplante de Órganos Humanos. 44.^a Asamblea Mundial de la Salud. 1991.

Principio Rector 1: Podrán extraerse órganos del cuerpo de personas fallecidas para fines de trasplante si: a) se obtienen las autorizaciones exigidas por la ley, y b) no hay razones para pensar que la persona fallecida, a falta de su consentimiento formal prestado en vida, se oponía a esa extracción.

Principio Rector 2: Los médicos que hayan determinado la muerte de un donante potencial no deberán participar en la extracción de órganos del donante ni en los procedimientos subsiguientes de trasplante, ni ocuparse de la asistencia a los receptores potenciales de esos órganos.

Principio Rector 3: Los órganos para trasplante deberán extraerse preferiblemente del cuerpo de personas fallecidas. Sin embargo los adultos vivos podrán donar órganos, pero en general esos donantes deberán estar genéticamente emparentados con los receptores. Podrán admitirse excepciones en el caso del trasplante de médula ósea y de otros tejidos regenerables aceptables.

Podrá extraerse un órgano del cuerpo de un donante vivo adulto para fines de trasplante si el donante presta libremente su consentimiento. El donante deberá prestarlo libre de toda influencia o presión indebida, y ser suficientemente informado para que pueda comprender y sopesar los riesgos, ventajas y consecuencias de su consentimiento.

Principio Rector 4: No deberá extraerse ningún órgano del cuerpo de un menor vivo para fines de trasplante. En la legislación nacional podrán admitirse excepciones en el caso de tejidos regenerables.

Principio Rector 5: El cuerpo humano no podrá ser objeto de transacciones comerciales. En consecuencia deberá prohibirse el pago o el cobro de un precio (incluida cualquier otra compensación o recompensa) por los órganos.

Principio Rector 6: Deberá prohibirse toda publicidad sobre la necesidad o la disponibilidad de órganos cuyo fin sea ofrecer o recabar un precio.

Principio Rector 7: 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.

Principio Rector 8: Las personas o servicios que participen en procedimientos de trasplante de órganos no deberán percibir una remuneración superior a los honorarios que estaría justificado percibir por los servicios prestados.

Principio Rector 9: Conforme a los principios de justicia distributiva y de equidad, los órganos donados deberán ponerse a disposición de los pacientes de acuerdo con la necesidad médica, y no atendiendo a consideraciones financieras o de otra índole.

Rev. Esp. Trasp. 1992; 1(2): 168-184.

a los trasplantes de órganos cuando uno o varios de estos principios estén amenazados o claramente quebrantados.

Estos cuatro principios generales se encuentran en la base de todas las declaraciones y protocolos sobre cuestiones éticas de los trasplantes. Así, por ejemplo, pueden vislumbrarse en los nueve *Principios Rectores* de la Resolución sobre Trasplante de Órganos Humanos de la 44.^a Asamblea Mundial de la Salud (13/05/91)⁷ (tabla II). Estos *principios rectores* no son más que enunciados que operativizan y concretan los cuatro principios éticos generales.

DIAGNÓSTICO DE LA MUERTE

El Real Decreto 426/1980 que desarrolla la Ley Española de Extracción y Trasplantes de órganos 30/1979 se expresa sobre este tema de la siguiente manera:

«Los órganos para cuyo trasplante se precisa la viabilidad de los mismos sólo pueden extraerse del cuerpo de la persona

fallecida previa comprobación de la muerte cerebral, basada en la constatación y concurrencia durante 30 minutos al menos y la persistencia de seis horas después del comienzo del coma de los siguientes signos: ausencia de respuesta cerebral, con pérdida absoluta de la conciencia; ausencia de respiración espontánea; ausencia de reflejos cefálicos, con hipotonía muscular y midriasis; y EEG "plano", demostrativo de inactividad bioeléctrica cerebral».

Como puede verse el concepto de muerte que maneja la Ley Española, por el que han optado también la mayor parte de los países que tienen legislación al respecto, es el de *muerte cerebral*. Es decir, sólo cuando el *cerebro entero* deja de funcionar irreversiblemente, se pueden extraer órganos para trasplante⁸. Hacerlo antes de este momento sería *maleficente* para el donante.

A pesar de su aparente claridad, lo cierto es que los criterios de muerte cerebral no son fáciles de aplicar en determinadas situaciones. Como ya es sabido el cerebro humano consta, expresado de una manera simplificada, de dos partes: la *corteza cerebral* o *córtex*, que tiene como función la capacidad de interacción social del individuo, el conocimiento, la conciencia, la personalidad, las funciones, en definitiva, específicamente humanas; y el *tronco del encéfalo*, que capacita al organismo para funcionar como una unidad, siendo responsable de regular e integrar las funciones corporales. El diagnóstico de muerte cerebral exige que existan lesiones extensas e irreversibles de ambas estructuras. Pues bien, a veces se presentan situaciones en las que esto no se cumple. Es el caso del *estado vegetativo persistente*, que es una lesión irreversible del córtex con mantenimiento de las funciones del tronco; y el de los *recién nacidos anencefálicos*, en los que no hay lesión sino agenesia de la corteza cerebral, con ocasional aparición de función troncal. El problema ético que se plantea es si se puede considerar a estos sujetos que no cumplen rigurosamente los criterios de muerte cerebral como posibles donantes de órganos. Se trata de una cuestión abierta que es todavía motivo de gran debate^{9, 10, 11, 12, 13, 14}.

“ Hablaremos de conflictos éticos en relación a los trasplantes de órganos cuando uno o varios de estos principios estén amenazados o claramente quebrantados: beneficencia, no-maleficencia, justicia y autonomía ”

“ Lo cierto es que los criterios de muerte cerebral no son fáciles de aplicar en determinadas situaciones ”

Por otra parte, dado que la aplicación de estos criterios requiere un tiempo dilatado para su confirmación, lo que limita la viabilidad de los órganos, algunos autores han propuesto recientemente volver a los criterios cardiorrespiratorios de muerte¹⁵.

Merece la pena recordar por último que la asimilación del criterio de muerte cerebral no es unánime y que países desarrollados, como es el caso de Japón, tienen dificultades para aceptarlo dentro de su legislación¹⁶. La identificación de actividad cerebral con vida humana les parece una visión reduccionista del ser humano: «el punto de partida es el rechazo de la noción fundamental que subyace a toda la idea del trasplante de órganos y muerte cerebral: que el hombre está separado de la naturaleza en virtud de su conciencia centrada en

la mente y que su cuerpo no es nada más que materia, una máquina orgánica que puede ser manejada y manipulada a través de la sustitución de sus partes». En la sociedad y en la legislación japonesa se impone el criterio tradicional de muerte cardíaca. «La respiración se detiene, el pulso cesa. Los ojos siguen abiertos, pero se vuelven inexpressivos. El cuerpo se enfría. Luego viene el llanto y la tristeza»¹⁷.

EL ESTATUTO DEL CUERPO HUMANO Y EL COMERCIO DE ÓRGANOS

La manera de concebir el cuerpo humano determina la aceptación o el rechazo de determinadas acciones. Hay dos posiciones claramente diferenciadas que conceden al cuerpo humano un estatuto diferente. Para unos el cuerpo humano tiene un valor ontológico, es precioso en sí mismo. La dignidad humana es indisociable del respeto del cuerpo; la persona, constituida de *cuerpo* y *psique* o *espíritu*, es una unidad indivisible, y todas sus partes son acreedoras de la misma dignidad y respeto. Hablar de cuerpo humano no es hablar de *material humano*. Así como la persona no puede ser objeto de comercio, tampoco su cuerpo lo es; poner precio al cuerpo humano desemboca en una forma miserable de esclavitud y alienación. Sólo la libertad y la gratuidad hacen lícita la disposición del cuerpo. «La categoría de don es la que permite preservar la idea de persona favoreciendo el ideal de solidaridad humana y rechazando el tasar lo que es dado (el órgano) que está fuera de precio como lo está la persona. (...) La relación creada a través del don es más importante que el don mismo (...): el don de una cosa es símbolo de una relación interpersonal»¹⁸.

La otra visión es la que concede al cuerpo humano valor de medio. No es precioso por sí mismo sino por la utilidad individual o colectiva que ofrece. El cuerpo es un medio para otros fines variados: terapéuticos, científicos, y también —¿y por qué no?— comerciales. El hombre es propietario de su cuerpo, de sus órganos y tejidos y, por lo tanto, libre de determinar su destino. Así se establece claramente el derecho a negociar con las partes del cuerpo.

Cada una de estas dos visiones del cuerpo humano tiene sus defensores y detractores, por lo que siguen siendo motivo de debate en la literatura^{19, 20}.

La concepción del cuerpo humano y de la donación está, como ya se ha visto, íntimamente vinculada al problema de la incentivación económica de la donación y al comercio de órganos, que son unos bienes en general escasos. La cuestión más delicada es la relativa a la donación por parte de sujetos vivos no emparentados genéticamente con el receptor, porque es la más susceptible de manipulación y explotación. La postura más común —y así la expresan los Principios Rectores de la tabla II— es la de considerar admisible la compensación económica de las pérdidas y molestias ocasionadas al donante, pero en ningún caso la venta o comercialización del órgano. En nuestro país, el artículo 5 del Real Decreto 426/1980 es no obstante más restrictivo.

El problema es que muchas veces resulta difícil deslindar dónde termina la *compensación económica* y dónde empieza la *compra*. Esto es particularmente agudo en los países del Tercer Mundo, donde la más mínima compensación económica puede resultar lo suficientemente atractiva como para que la donación deje de ser un acto altruista y realmente libre. Es decir, no se puede cumplir realmente el principio de *autonomía* cuando se está quebrantando antes el principio de *justicia*. Por otra parte, en algunos de estos países —como la India, por ejemplo— se ha planteado con fuerza la necesidad de incentivar económicamente la donación ante la imposibi-

lidad práctica de conseguir donantes cadáver y ante la situación dramática de los potenciales receptores que no pueden acceder a un sistema sanitario con recursos suficientes —diálisis, por ejemplo—, para prolongarles la vida el tiempo necesario. De aquí que la cuestión de las diversas formas de incentivar económica de la donación sea uno de los campos más conflictivos y debatidos en el ámbito de los trasplantes²¹.

DISPONIBILIDAD DEL CADÁVER: CONSENTIMIENTO PARA LA DONACIÓN

Dado que la comercialización nunca puede ser motivo para la extracción de órganos y que la donación siempre debería ser un acto altruista, se consideran dos maneras de expresar o denegar el consentimiento para la donación⁶. El primer sistema es el llamado *consentimiento expreso* u *opting in* según el cual se exige que la persona fallecida haya manifestado expresamente antes de morir que accede a la extracción de sus órganos. Puede aparecer por escrito o transmitido por un familiar apropiado.

La segunda opción es el *consentimiento presunto* u *opting out* según el cual podrán extraerse órganos para trasplante del cuerpo de una persona fallecida a menos que ésta haya manifestado en vida su oposición, o que sus allegados hayan declarado oportunamente que el difunto se oponía a que su cuerpo reciba ese trato.

No obstante, en ambos tipos de consentimiento

«no podrá extraerse ningún órgano del cuerpo de una persona después de su fallecimiento si ésta manifestó en vida su oposición o existen indicios adecuados para pensar que se oponía»⁷.

Los defensores del *consentimiento expreso* afirman que el principio de autonomía es el principio fundamental que guía todo tipo de consentimiento, y que por tanto debe prevalecer por encima de cualquier otro tipo de consideración de bienestar colectivo. Por esto, para ellos el *consentimiento presunto* es éticamente cuestionable por coercitivo, y en su lugar preconizan el desarrollo de políticas de educación sanitaria que incentiven la donación expresa voluntaria²². Por su parte, los defensores del *consentimiento presunto* afirman que las consideraciones éticas de *justicia* y de *no-maleficencia* exigen una solidaridad social prioritaria y obligatoria. Por tanto la *autonomía* del paciente sólo entra en juego cuando expresa su rechazo a tal medida.

La legislación española sobre trasplantes se sitúa en la perspectiva del *consentimiento presunto* al afirmar en el artículo 5.2 de la Ley 30/1979 sobre extracción y trasplante de órganos que «la extracción de órganos u otras piezas anatómicas de fallecidos podrá realizarse con fines terapéuticos o científicos en caso de que éstos no hubieran dejado constancia expresa de su oposición». No obstante la práctica habitual de los equipos de trasplantes de nuestro país es la de pedir el consentimiento de la familia para la extracción, y no proceder a la misma si se encuentra oposición por su parte²³. Ello hace más evidente aún que ésta sigue siendo una cuestión ética abierta que precisa mayor debate.

PRINCIPIO DE JUSTICIA: DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS Y DISTRIBUCIÓN DE ÓRGANOS

El principio ético de *justicia* obliga a tratar a todas las personas con la misma consideración y respeto en el orden social. Este principio plantea dos cuestiones importantes respecto a los trasplantes. Una hace referencia al lugar que debe ocu-

“ La manera de concebir el cuerpo humano determina la aceptación o el rechazo de determinadas acciones ”

“ La concepción del cuerpo humano y de la donación está íntimamente vinculada al problema de la incentivación económica de la donación y al comercio de órganos ”

par un programa de trasplantes en el marco general de las políticas sanitarias, cuyos recursos económicos son limitados. Es decir, el sistema de salud ¿tiene obligación de soportar gastos tan grandes como los que suponen los trasplantes de órganos? ¿Debe subvencionarlos en parte, totalmente o según la capacidad individual? ¿Hasta dónde la colectividad debe consentir un esfuerzo financiero para desarrollar estas técnicas tan costosas en detrimento de los cuidados primarios? Todas éstas son cuestiones abiertas para las que todavía no tenemos respuestas definitivas.

El otro punto conflictivo hace referencia a la forma en que deben distribuirse los órganos en un programa de trasplantes, dado que existe más demanda que órganos disponibles. Este desequilibrio es creciente pues las indicaciones médicas para el trasplante cada vez son más numerosas. Además el desarrollo de las técnicas facilita la intervención y disminuye los riesgos. Pero este progreso técnico y médico no se ve acompañado muchas veces de un incremento de la sensibilidad social para percibir esta penuria.

La pregunta es, pues, la siguiente: ¿Qué criterios de distribución utilizar cuando la demanda es superior a la oferta? ¿Cómo ser justos en la selección de receptores de órganos escasos?

Los criterios que se manejan con más frecuencia son los siguientes:

- a) La *edad*, es decir no admitir como candidatos a trasplante a personas que superen cierto número de años. Siendo un elemento ampliamente tenido en cuenta en la distribución de recursos sanitarios parece que entraña un riesgo de discriminación si se utiliza como único criterio.
- b) La *causa de la enfermedad*: en países como Gran Bretaña se rechaza el trasplante de hígado en personas alcohólicas a las que se considera responsables del «comportamiento desordenado» que ha sido la causa de su enfermedad. Cabe preguntarse si el alcohólico es el único responsable de su situación y si la sociedad no tiene más respuesta que el abandono del «culpable».
- c) La *solventía económica* —criterio esgrimido, sobre todo, en países que no poseen un sistema universal de salud. Parece un criterio injusto a todas luces si se considera la salud como un derecho humano fundamental.
- d) Los *criterios médicos*: La distribución de órganos se hace atendiendo únicamente a la indicación médica, la expectativa de mejorar las condiciones de vida del receptor, la adecuada compatibilidad tisular y la capacidad de soportar el post-operatorio.

La lista de preguntas que intentan explorar el criterio de distribución adecuado es interminable: ¿se puede rechazar a un candidato a trasplante por ser extranjero? ¿La nacionalidad, tener una enfermedad mental, ser consumidor de drogas, carecer del apoyo familiar necesario, son criterios de exclusión? La frase «el primero que llega es el primero que se atiende» ¿es justa?

De todos los criterios que pueden barajarse, el más utilizado y el que parece éticamente más respetuoso con el principio

de *justicia* es el estrictamente médico. El Principio Rector 9 de la 44.^a Asamblea Mundial de la Salud es firme a este respecto. La Ley Española, tanto en el artículo 6 de la Ley 30/1979 como en el artículo 12 del Real Decreto 426/1980, considera asimismo como criterios válidos tan sólo los médicos. No obstante actualmente se está considerando complementar estos criterios con otros secundarios de «carácter territorial» que, al mismo tiempo que incentiven la donación permitan corregir desequilibrios por razón de residencia⁴.

DONANTES VIVOS

Éste es un tema muy conflictivo. El primer trasplante de órganos de la historia fue un trasplante de riñón entre dos hermanos gemelos. Aunque ya pasó el tiempo de cuestionarse el derecho que la persona tenía a disponer de su cuerpo, y superada la pregunta inicial sobre el derecho a la automutilación, han aparecido otras muchas de difícil respuesta. Los que dudan de la total conveniencia de las donaciones de vivo aluden hoy en día a otros argumentos.

Una primera objeción hace referencia a que se ignoran los datos de morbilidad y mortalidad del donante vivo a largo plazo. Por otra parte el trasplante de segmentos de órganos —tejido hepático o pulmonar— es poco frecuente todavía y no ha salido aún del todo de la fase experimental. Ello hace que todavía se desconozcan aún más las expectativas sobre la salud y la calidad de vida del donante.

Pero el problema ético fundamental es el posible enmascaramiento de coacciones externas o internas que obliguen a un sujeto a donar parte de sus órganos sin ejercer verdaderamente *autonomía*. Estas presiones pueden ser de muy variado tipo: económicas, familiares, *morales*, *religiosas*, etc. La donación debe ser un acto altruista y libre, y realizado bajo los presupuestos de la teoría ética del *consentimiento informado*. Ésta exige que la toma de decisiones se realice con voluntariedad, información detallada y comprensible, y competencia o capacidad²⁴. En nuestro país, estos requisitos éticos son también exigencias legales recogidas en el artículo 4 de la Ley 30/1979 y en los artículos 1, 2, 3 y 4 del Real Decreto 426/1980. Este consentimiento debe realizarse por escrito y ante el juez.

“ El principio ético de justicia obliga a tratar a todas las personas con la misma consideración y respeto en el orden social ”

“ El problema ético fundamental es el posible enmascaramiento de coacciones externas o internas que obliguen a un sujeto a donar parte de sus órganos sin ejercer verdaderamente su autonomía ”

Los problemas de la donación de vivos se agudizan aún más cuando el potencial donante es un incapaz, en particular cuando es un menor. En su comentario al Principio Rector 4, la 44.^a Asamblea Mundial de la Salud afirma lo siguiente:

«Este principio establece la prohibición absoluta de extraer para trasplante órganos de menores de edad, pero la legislación nacional podrá admitir excepciones con respecto a los tejidos regenerables, en cuyo caso la protección del menor podría asegurarse exigiendo, entre otras condiciones, su consentimiento otorgado con conocimiento de causa y la autorización de sus padres, o de uno de éstos, o de su representante legal. Los intereses de los padres, o de uno de éstos, o del re-

presentante legal, podrán entrar en conflicto, sobre todo cuando sean responsables del bienestar del receptor potencial. En ese caso deberá solicitarse la autorización previa de un organismo imparcial tal como un tribunal u otra instancia apropiada de rango jurídico e independencia comparables. Sin embargo, la oposición del menor deberá prevalecer sobre el consentimiento ajeno»⁷.

Las autoridades españolas se sitúan también en la misma perspectiva⁴. Quizás el desarrollo de los Comités Institucionales de Ética en los hospitales de nuestro país pudiera suponer un avance a este respecto. Sin embargo, el análisis de los problemas éticos de los donantes vivos menores de edad precisa probablemente el desarrollo de marcos de reflexión más específicos y detallados²⁵.

En cualquier caso, dado que la donación de vivos sigue planteando problemas éticos muy complejos, la actitud más recomendable es seguir desarrollando programas de donación de órganos de cadáveres en los países donde sea culturalmente aceptado y desestimular la donación de vivos.

TRASPLANTE DE TEJIDO FETAL

La extracción de células fetales con el fin de utilizarlas para trasplantes es una técnica todavía en fase experimental. El intento más conocido es el trasplante de células nerviosas de fetos de, aproximadamente, diez semanas a pacientes con enfermedad de Parkinson, a fin de que dichas células —tomadas del tejido mesencefálico del feto— produzcan el neurotransmisor que falta²⁶. Si esta vía resulta eficaz conducirá a la utilización generalizada de material biológico procedente de abortos voluntarios. El material procedente de abortos no inducidos no es utilizable porque con frecuencia está muy deteriorado o presenta anomalías genéticas que lo hacen desaconsejable.

Tres son, fundamentalmente, las implicaciones éticas que este procedimiento trae consigo:

Determinación del estatuto del embrión, es decir ¿qué naturaleza tiene el embrión para que, en virtud de ella, se le conceda un tipo u otro de protección moral y jurídica? Las definiciones oscilan entre dos extremos opuestos: el que concede al embrión la definición de *material biológico* y el que le considera *persona*. Desde una u otra posición los derechos acordados para el embrión y nuestros deberes hacia él van a oscilar ostensiblemente. Dichas posturas determinarán también la licitud o ilicitud de manipular el tejido fetal para diversos fines. El tema es de constante discusión y de difícil consenso²⁷. El Comité Nacional de Bioética francés afirma al respecto que

«la utilización de embriones humanos para fines terapéuticos o científicos suscita profundas y graves divergencias éticas. Algunos estiman que toda utilización debe estar condenada, mientras que otros piensan, por el contrario, que el embrión muerto no es más que un material biológico sobre el cual la manipulación no suscita ninguna reserva ética; otros buscan el justo medio, guardando el respeto debido al embrión y concediendo que hay usos legítimos que pueden ser permitidos»²⁸.

Análisis del balance riesgo/beneficio: Por el momento la mayor parte de los equipos médico-quirúrgicos son de la opinión de que, el riesgo al que se somete a los enfermos de Parkinson a los que se trasplanta células fetales, es grande en relación con el beneficio aleatorio, débil y generalmente transitorio. En consecuencia, la posible *beneficencia* no parece permitir superar el enorme peso del criterio de *no-maleficencia*, que es prioritario.

Peligro de «programación de abortos». Ésta ha sido y es una de las cuestiones más debatidas. Las posturas son funda-

TABLA III

**Recomendaciones del informe de 1988
del National Institute of Health (NIH) Human Fetal Tissue
Transplantation Research Panel de EE. UU.**

1. La decisión de interrumpir un embarazo y los procedimientos de aborto deberían ser mantenidos al margen de la obtención y usos de tejido fetal.
2. Deberían ser prohibidos el pago y otras formas de remuneración y compensación asociados con la obtención de tejido fetal, exceptuando el pago por los gastos razonables ocasionados por la obtención real, preparación y transporte de los tejidos.
3. El proceso de decisión y consentimiento para el aborto debe de preceder a la discusión acerca del posible uso del tejido fetal y a la petición del consentimiento para tal uso.
4. Debería de prohibirse a la mujer embarazada el designar el receptor a quién debe de trasplantarse el tejido fetal.
5. Debería mantenerse el anonimato entre donante y receptor, de tal manera que la donante no conozca quién recibirá el tejido, y que la identidad del donante sea ocultada al receptor y al equipo trasplantador.
6. El momento y el método de aborto no debería estar influenciado por los usos potenciales de tejido fetal para trasplante o para investigación médica.

Tomado de Strong C. *Fetal tissue transplantation: can it be morally insulated from abortion?* J. Med. Ethics 1991; 17: 70-76.

mentalmente dos: una que defiende la posibilidad de deslindar el problema ético del aborto del problema ético del trasplante fetal y que además es renuente a aceptar que lo segundo pueda incentivar lo primero; y otra que defiende la imposibilidad de separar ambas cuestiones y que piensa que se potencian mutuamente²⁹. Ambas posturas se han visto refrendadas por declaraciones y recomendaciones de organismos de diferentes países. Así, la primera postura se recogía en el informe de 1988 del *National Institutes of Health (NIH) Human Fetal Tissue Transplantation Research Panel* de EE. UU., que aportaba varias recomendaciones para asegurarse de que no se producía una incentivación de los abortos (tabla III)²⁹. Por su parte el *Comité Consultatif National d'Etique pour les Sciences de la vie et de la Santé* del Estado Francés, en sus informes de 1984 y 1989 se alineaba más bien con la segunda postura^{28, 30}.

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL RECEPTOR DE ÓRGANOS

Todo acto médico o quirúrgico debe de realizarse bajo los presupuestos de la teoría ética del consentimiento informado²⁴. La recepción de este enunciado moral en la legislación española es tardía, porque hasta la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1985 no se contó en nuestro país con una Carta de Derechos del Paciente, donde se recogiera el derecho de los pacientes al consentimiento informado. El artículo 10 de esta Ley fue consagrado a esta función. Sin embargo el requisito del consentimiento informado ya se había introducido anteriormente en la legislación reguladora de los trasplantes, probablemente debido a la trascendencia y riesgos para la vida del receptor que posee esta técnica. Así pues, tanto el artículo 6 de la Ley 30/1979 como el artículo 12 del Real Decreto 426/1980, se dedican íntegramente a las exigencias del consentimiento informado que debe emitir el potencial receptor.

Los problemas éticos que plantea el consentimiento informado del receptor de un trasplante no son muy diferentes de los de cualquier intervención de alto riesgo. Cabe preguntarse por la voluntariedad real del consentimiento, por la manera

“ La donación debe ser un acto altruista y libre, y realizado bajo los presupuestos de la teoría ética del «consentimiento informado» ”

“ Dado que la donación de vivos sigue planteando problemas éticos muy complejos, la actitud más recomendable es seguir desarrollando programas de donación de órganos de cadáveres ”

en que el sujeto es informado —tanto en cantidad como en calidad— y por la manera en que se evalúa la competencia o capacidad del sujeto para decidir. Un punto especial a revisar es el de la corrección y legibilidad de los formularios escritos de consentimiento que se utilizan para aceptar el trasplante. Otro punto especialmente conflictivo es el de la forma en que deben de realizarse las decisiones sustitutivas en el caso de que el paciente sea incapaz —por enfermedad mental, minoría de edad, etc.—.

XENOTRASPLANTES

La escasez de órganos para trasplantes y las dificultades para aumentar las tasas de donación ha hecho que muchos investigadores creen que el futuro está en los trasplantes de órganos de animales³¹. A este respecto se pueden plantear fundamentalmente tres problemas éticos, si bien son de diferente calibre y procedencia:

Rechazo por cuestiones de pudor, o de convencimiento de que se ultraja el cuerpo humano o se puede modificar la personalidad. Estas objeciones son muy similares a las que se produjeron al comienzo de la era de los trasplantes con órganos humanos. Carecen por completo de base científica, ético-filosófica o ético-teológica. Hay que recordar que ya se usan o se han usado muchos productos animales —insulina, válvulas cardíacas, etc.— para el tratamiento de sujetos humanos.

Reservas en virtud del carácter experimental de la mayoría de las técnicas de xenotrasplante. Estas objeciones plantean la necesidad de que sólo se realicen intervenciones en humanos cuando el balance riesgo/beneficio sea lo suficientemente bajo. Sólo cuando esto sucede se puede garantizar el mantenimiento del principio de *no-maleficencia*. La polémica surgida en torno al trasplante de corazón de bueño abundaba en este tipo de argumentos, que son éticamente consistentes³².

Denuncias surgidas entre los defensores de los Derechos de los Animales. Para este grupo es cruel y éticamente injustificable el sacrificar la vida de los animales. La discusión aquí debe de girar en torno a la consistencia ético-filosófica de los argumentos que defienden la existencia de los *derechos* de los animales³³. Dado que tradicionalmente los *derechos* son algo que sólo puede predicarse de los *sujetos*, el reto que se plantea es si puede extenderse la noción de *sujeto de derechos* también a los seres vivos no pertenecientes a la especie humana. Estos seres vivos hasta ahora habían sido considerados tan sólo *objetos de deber* —es decir, que los humanos tenemos obligaciones para con ellos, pero nada más—. Si pudiera hablarse de *sujeto animal* al mismo tiempo que de *sujeto humano* entonces lógicamente el xenotrasplante es algo cuestionable, pero también todas las actividades humanas que implican la muerte de animales. Las consecuencias para la sociedad humana

“ La extracción de células fetales con el fin de utilizarlas para trasplantes es una técnica todavía en fase experimental ”

“ Los problemas éticos que plantea el consentimiento informado del receptor de un trasplante no son muy diferentes de los de cualquier intervención de alto riesgo ”

“ El trasplante en sí mismo es un acto moralmente deseable porque salva vidas humanas ”

serían entonces de un calibre inmenso. En cualquier caso ésta es una discusión abierta que excede los límites de este trabajo.

CONCLUSIÓN

El objetivo de este trabajo ha sido poner de manifiesto los problemas éticos que giran en torno a los trasplantes de órganos. Todos los profesionales sanitarios, y en especial aquellos que estén implicados en la medicina del trasplante, deben de proseguir la reflexión en torno a estos conflictos. Ello sin duda sería más fácil si se proporcionara a los profesionales una formación sistemática en *bioética*, formación de la que por ahora carecen. Quizás la implantación de los *Comités de Ética Hospitalaria* pueda impulsar toda esta tarea.

En cualquier caso ya ha quedado dicho que el trasplante en sí es un acto moralmente deseable porque salva vidas humanas. Constituye pues una obligación del profesional sanitario el informar y formar a la población en este sentido, incentivando sobre todo la donación de cadáver. Y es que cuantos más órganos tengamos, menos conflictos éticos tendremos que afrontar.

BIBLIOGRAFÍA

1. ELIZARI BASTERRA, F. J.: *La Iglesia Católica ante el trasplante de órganos*. Rev. Esp. Trasp., 1993; 2 (Ext. 1): 23-32.
2. HOTTOIS, G. y PARIZEAU, H. H.: *Les mots de la bioéthique*. Bruxelles: De Boeck - Wesmael, 1993.
3. CABROL, C.: *Problèmes éthiques et sociaux posés par la greffe d'organes*. Bull. Acad. Natle. Méd., 1992; 176 (7): 1097-1110.
4. COMISIÓN PERMANENTE sobre trasplante de órganos y tejidos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo: *Puntos éticos de conflicto que puede generar el trasplante de órganos* (Documento de consenso). Rev. Esp. Trasp., 1993; 2 (Ext. 1): 3-11.
5. COMISIÓN NACIONAL para la protección de personas objeto de la experimentación biomédica y de la conducta: *The Belmont Report*. En VV.AA. Ensayos Clínicos en España (1982-1988). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Monografías Técnicas n.º 17, 1990. Anexo 4.
6. GRACIA, D.: *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: EUDEMA, 1992.
7. 44.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD: *Recomendaciones en materia de Trasplante de Órganos*. Rev. Esp. Trasp., 1992; 1(2): 168-184.
8. YOUNGNER, S. J., LANDEFELD, C. S., COULTON, C. J., JUKNALIS, B. W. y LEARY, M.: «*Muerte cerebral*» y extracción de órganos. Labor Hospitalaria, 1990; (221): 245-251.

9. BAUDOIN, J. L. y BLONDEAU, D.: *Ethique de la mort et droit à la mort*. Paris: Presses Universitaires de France, 1993.
10. DOWNIE, J.: *The Biology of the Persistent Vegetative State: Legal, Ethical, and Philosophical Implications for Transplantation*. Transplantation Proceedings, 1990; XXII (3): 995-996.4.
11. KEATINGS, M.: *The Biology of the Persistent Vegetative State: Legal and Ethical Implications for Transplantation*. Transplantation Proceedings, 1990; XXII (3): 997-999.
12. CRANFORD, R. E.: *Anencephalic Infants as Organ Donors*. Transplant. Proc., 1992; 24(5): 2218-2220.
13. TRUOG, R. D. y FLETCHER, J. C.: *Anencephalic Newborns. Can Organs Be Transplanted Before Brain Death?* New Engl. J. Med., 1989; 321: 388-391.
14. COMMITTEE OF BIOETHICS, AMERICAN ASSOCIATION OF PEDIATRICS: *Infants with Anencephaly as Organ Sources: Ethical Considerations*. Pediatrics, 1992; 89(6): 1116-1119.
15. VV. AA.: *Ethical, Psychosocial, and Public Policy Implications of Procuring Organs from Non-Heart-Beating Cadavers (Special Issue)*. Kennedy Institute of Ethics Journal, 1993; 3(2): 103-263.
16. BAI, K.: *The Definition of Death: The Japanese Attitude and Experience*. Transplant. Proc., 1990; XXII (3): 991-992.
17. UMEHARA, T.: *Fronteras de la vida y de la muerte: Una visión japonesa*. Temas de nuestra época. Año VIII, n.º 314. El País, jueves, 3 de marzo de 1994, pág. 7.
18. PARIZEAU, M. H.: *Les fondements de la bioéthique*. Paris: De Boeck Université, 1992, págs. 125-127.
19. CHILDRESS, F. J.: *The Body as Property: Some Philosophical Reflections*. Transplant. Proc., 1992; 24(5): 2143-2148.
20. ANDREWS, L. B.: *The Body as Property: Some Philosophical Reflections - A Response to J. F. Childress*. Transplant. Proc., 1992; 24(5): 2149-2151.
21. DAAR, A. S.: *Rewarding Gifting*. Transplant. Proc., 1992; 24(5): 2207-2211. Este número contiene todas las aportaciones de la conferencia internacional que con el título «Organ Procurement: Supply, Demand, and Ethics» se celebró en Deanborn - Michigan (USA) en septiembre de 1991.
22. VERSPIEREN, P.: *Prélever des organes humains*. Etudes, 1992; (3775): 459-470.
23. SANTIAGO, C., GÓMEZ, P.: *El consentimiento requerido, clave de la donación*. Rev. Esp. Trasp., 1993; 2 (Ext. 1): 51-52.
24. SIMÓN LORDA, P. y CONCEIRO CARRO, L.: *El consentimiento informado: teoría y práctica* (I y II). Med. Clin. (Barc.), 1993; 100: 659-663; 101: 174-182.
25. FRIEDMAN ROSS, L.: *Moral Grounding for the Participation of Children as Organ Donors*. J. Law Med. Ethics, 1993; 21(2): 251-252.
26. COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS & COUNCIL ON ETHICAL AND JUDICIAL AFFAIRS, AMA: *Medical Applications of Fetal Tissue Transplantation*. JAMA, 1990; 263: 565-570.
27. Un buen elenco de las diferentes posturas se encontrará en ABEL, F., BONE, E. y HARVEY, J. (eds.): *La vida humana: origen y desarrollo*. Madrid-Barcelona: UPCM e Instituto Borja de Bioética, 1989. Un buen resumen en VIDAL, M.: *Moral de la persona y Bioética teológica* (Moral de Actitudes, II-1.ª parte). Madrid: PS, 1991⁸; páginas 361-390.
28. COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ: *Avis n.º 1 sur les prélèvements de tissus d'embryons et foetus humains morts, à des fins thérapeutiques, diagnostiques et scientifiques*. Rapport, 22 May 1984.
29. STRONG, C.: *Fetal tissue transplantation: can it be morally insulated from abortion?* J. Med. Ethics, 1991; 17: 70-76.
30. COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ: *Avis n.º 16 sur les greffes de cellules nerveuses dans le traitement de la maladie de Parkinson*. Rapport, 16 Oct. 1989. Les Avis, 1983-1993. Paris: Comité 1993.
31. REEMTSMA, K.: *Xenografts*. Transplant. Proc., 1992; 24(5): 2225.
32. BAILEY, LL. et al.: *Baboon-to-Human Cardiac Xenotransplantation in a Neonate*. JAMA, 1985; 254: 3321-3329.
33. VANCE, R. P.: *An Introduction to the Philophysical Presuppositions of the Animal Liberation/Rights Movement*. JAMA, 1992; 268: 1715-1719.

9. DOCUMENTACIÓN

Ley 15/1994 sobre organismos modificados genéticamente

El Pleno del Senado aprobó el 11 de mayo de este año la Ley por la que se establece el régimen jurídico de la utilización confinada, liberación voluntaria y comercialización de organismos modificados genéticamente, a fin de prevenir los riesgos para la salud humana y para el medio ambiente. Esta ley adopta dos normativas comunitarias (Directivas 90/219, 90/220). Concede a la Administración la competencia de otorgar autorizaciones de comercialización de organismos modificados genéticamente o de productos que los contengan. Prevé la creación de la Comisión Nacional de Bioseguridad.

12770 LEY 15/1994, de 3 de junio, por la que se establece el régimen jurídico de la utilización confinada, liberación voluntaria y comercialización de organismos modificados genéticamente, a fin de prevenir los riesgos para la salud humana y para el medio ambiente.

JUAN CARLOS I
REY DE ESPAÑA

A todos los que la presente vieren y entendieren.
Sabed: Que las Cortes Generales han aprobado y Yo vengo en sancionar la siguiente Ley.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Las técnicas modernas de manipulación genética permiten actuar sobre la información contenida en el material hereditario añadiendo o eliminando genes de manera que el hombre pueda obtener organismos modificados genéticamente (OMG) para su propio beneficio.

La aplicación de estas técnicas supone grandes posibilidades de desarrollo económico y mejora de la calidad de vida de la humanidad, pero conlleva la responsabilidad de asegurar que dicha aplicación se realice en condiciones en las que los posibles riesgos para la salud humana o el medio ambiente sean mínimos, lo que exige la adopción de una serie de medidas de garantía y control de las actividades en las que se produzcan o empleen organismos modificados genéticamente.

El avance de la biotecnología moderna en los últimos años ha motivado el interés de diferentes organizaciones internacionales sobre la bioseguridad y la necesidad de establecer unas normas comunes que permitan la comercialización de productos biotecnológicos en igualdad de condiciones para los diferentes países.

Así, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) publicó en 1986, como resultado de dos años de debates entre expertos nacionales, unas consideraciones de seguridad para la manipulación del ácido desoxirribonucleico recombinante (ADNr). En este informe se concluye que la evaluación y gestión de los posibles riesgos asociados a la obtención y manejo de los organismos modificados genéticamente por técnicas de ADNr, es tan posible como la que se efectúa con cualquier otro de los organismos con los que estamos familiarizados.

Posteriormente, el Cuarto Programa de Acción de las Comuni-

dades Europeas en materia de Medio Ambiente (1987-1992) determina que la acción comunitaria sobre las nuevas biotecnologías debería centrarse en su utilización óptima, al objeto de prevenir la contaminación medioambiental mediante la evaluación de los posibles riesgos. Igualmente, la Comunidad Europea ha aprobado los Programas de Biotecnología BAP y BRIDGE en los que se fomenta la investigación sobre dichos aspectos.

En desarrollo de lo anterior, el Consejo de Ministros de Medio Ambiente de la Comunidad Económica Europea aprobó el 23 de abril de 1990, la Directiva 90/219/CEE, relativa a la utilización confinada de microorganismos modificados genéticamente, y la Directiva 90/220/CEE, sobre liberación intencional en el medio ambiente de organismos modificados genéticamente.

Esta Ley incorpora las normas sustantivas de ambas Directivas, es decir, aquellas que para el Derecho español deben venir cubiertas por el principio de reserva de ley, dejando para un posterior desarrollo reglamentario la incorporación de aquellas otras normas de las Directivas que por su carácter más contingente o adjetivo no deban quedar sujetas a aquella reserva. De esta forma, no sólo se cumple con las obligaciones derivadas del Derecho comunitario, sino que se llena el vacío normativo existente en España sobre determinados aspectos de la manipulación genética en relación con la salud humana y el medio ambiente.

La Ley se estructura en siete capítulos, dedicados respectivamente a las disposiciones de general aplicación, a la utilización confinada, a la liberación voluntaria con fines de investigación y desarrollo o cualquier otro distinto de la comercialización, a la comercialización de organismos modificados genéticamente o de productos que los contengan, a la información y control, al régimen de infracciones y sanciones, y a las competencias administrativas.

En primer término, la Ley tiene un claro fin protector de la salud humana y, por consiguiente, las actividades que regula están comprendidas en la actuación general del Estado no sólo en materia de sanidad, sino también en la de productos farmacéuticos, dado que el uso de estos organismos estará dirigido, entre otros objetivos, a la producción de nuevos medicamentos.

Por otra parte, el propósito principal de la Ley no sólo es reducir los riesgos y evitar los daños a la salud humana que pudieran derivarse de tales actividades, sino muy especialmente prevenir los que también pudieran afectar a los distintos elementos y bienes que integran el medio ambiente. Por último, no puede desconocerse que el objeto de la Ley afecta estrechamente a la investigación científica y técnica y a sus instrumentos de ejecución.

De ahí que el funcionamiento de esta Ley se encuentre en los títulos contenidos en el artículo 149.1, 16.^a y 23.^a de la Constitución, que otorgan competencias al Estado sobre las materias citadas.

De este modo, la Administración General del Estado será la competente para el otorgamiento de las autorizaciones de comercialización de organismos modificados genéticamente o de productos que los contengan, en razón a la necesidad de garantizar que dichas autorizaciones, cuyos efectos trascienden el ámbito territorial del propio Estado español, se otorguen con criterios uniformes que aseguren que los productos comercializados no produzcan daños a la salud humana, daños que podrían ser de imposible o difícil reparación si los riesgos se detectan una vez que los mismos han sido puestos en circulación.

De igual modo, la Administración General del Estado será competente para autorizar la utilización confinada y la liberación volun-

taria con fines de investigación y desarrollo o cualquier otro distinto de la comercialización en los supuestos previstos en la legislación sanitaria y de productos farmacéuticos; así como en los programas de investigación científica y técnica a ejecutar por instituciones o entes del propio Estado, de acuerdo con lo dispuesto en la legislación estatal, ésta dictada en ejecución del título contenido en el apartado 15.º del artículo 149.1 de la Constitución, en cuyo caso asumirá además la vigilancia y control de las operaciones de utilización confinada y liberación voluntaria en el medio ambiente.

Por su parte, las Comunidades Autónomas serán las competentes para otorgar las autorizaciones de utilización confinada y liberación voluntaria de organismos modificados genéticamente en los restantes supuestos, así como para desarrollar la vigilancia y control de las actividades autorizadas y de los organismos o productos que los contengan, ya comercializados, correspondiéndoles también imponer las sanciones que se deriven de las infracciones cometidas en el ejercicio de aquellas actividades.

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto y ámbito de aplicación. 1. Esta Ley tiene por objeto el establecimiento del régimen jurídico aplicable a las actividades de utilización confinada, liberación voluntaria de organismos modificados genéticamente y comercialización de estos organismos o de productos que los contengan, con el fin de evitar los eventuales riesgos o reducir los posibles daños que de estas actividades pudieran derivarse para la salud humana o el medio ambiente.

2. Quedan excluidas del ámbito de esta Ley las actividades mencionadas en el número anterior cuando la modificación genética de los organismos se obtenga por técnicas de mutagénesis o de fusión celular, incluida la de protoplastos de células vegetales, en que los organismos resultantes puedan producirse también mediante métodos tradicionales de multiplicación o de cultivo, siempre que estas técnicas no supongan la utilización de organismos modificados genéticamente como organismos receptores o parentales.

Igualmente, quedan excluidas de esta Ley la utilización de las técnicas de fertilización *in vitro*, conjugación, transducción, transformación o cualquier otro proceso natural y la inducción poliploide, siempre que no supongan la utilización de moléculas de ácido desoxirribonucleico (ADN) recombinante ni de organismos modificados genéticamente.

Artículo 2. Definiciones. A los efectos de esta Ley, se entiende por:

a) Organismo. Cualquier entidad biológica capaz de reproducirse o de transferir material genético, incluyéndose dentro de este concepto a las entidades microbiológicas, sean o no celulares.

b) Organismo modificado genéticamente. Cualquier organismo cuyo material genético ha sido modificado de una manera que no se produce de forma natural en el apareamiento o en la recombinación natural, siempre que se utilicen las técnicas que reglamentariamente se establezcan.

c) Accidente. Cualquier incidente que suponga una liberación significativa e involuntaria de organismos modificados genéticamente durante su utilización confinada y que pueda suponer un peligro inmediato o diferido para la salud humana o para el medio ambiente.

Artículo 3. Cómputo de plazos. 1. Los plazos establecidos en esta Ley empezarán a contarse desde que las respectivas comunicaciones o solicitudes entren en el Registro del órgano administrativo competente para recibir las o resolverlas. La Administración acusará recibo de las comunicaciones y solicitudes notificando al interesado la fecha de la entrada de aquéllas en el Registro del órgano administrativo competente.

Los plazos quedarán suspendidos mientras la Administración competente no reciba las informaciones adicionales requeridas a los interesados, los informes a las consultas solicitadas, o se efectúen los trámites de información pública.

2. Los plazos para la realización de los actos ante la Comisión de las Comunidades Europeas y los restantes Estados miembros establecidos en esta Ley se contarán desde las fechas que para estos casos expresamente se determinan.

CAPÍTULO II

Utilización confinada de organismos modificados genéticamente

Artículo 4. Concepto y delimitación. 1. Se entiende por utilización confinada cualquier actividad por la que se modifique el material genético de un organismo o por la que éste, así modificado, se cultive, almacene, emplee, transporte, destruya o elimine, siempre que en la realización de tales actividades se utilicen barreras físicas o una combinación de éstas con barreras químicas o biológicas, con el fin de limitar su contacto con la población y el medio ambiente.

2. Quedan excluidas de las obligaciones establecidas en este capítulo las modificaciones genéticas obtenidas por técnicas de formación y utilización de células somáticas de hibridoma animal, así como la autoclonación de organismos no patógenos que se producen de manera natural, siempre que los organismos receptores sean de bajo riesgo.

Artículo 5. Clasificación de organismos modificados genéticamente. Los organismos modificados genéticamente se clasificarán como de alto riesgo o bajo riesgo, según los criterios que se establezcan reglamentariamente atendiendo a su naturaleza, a la del organismo receptor o parenteral y a las características del vector y del inserto utilizados en la operación.

Artículo 6. Requisitos para la realización de actividades de utilización confinada. 1. Toda persona física o jurídica que realice una operación de utilización confinada de organismos modificados genéticamente estará obligado a:

a) Realizar una evaluación previa de los riesgos para la salud humana y el medio ambiente que la utilización confinada pueda presentar.

b) Llevar un registro de la evaluación, y

c) Cumplir las normas específicas de seguridad e higiene profesional, y aplicar los principios de las buenas prácticas de microbiología.

Cuando se utilicen organismos de alto riesgo se aplicarán además las medidas de confinamiento que en cada caso resulten apropiadas y cuya ejecución deberá adaptarse a los nuevos conocimientos científicos y técnicos en materia de gestión de riesgos y de tratamiento y eliminación de residuos.

2. La utilización por primera vez de instalaciones específicas para operaciones con organismos modificados genéticamente requerirá el cumplimiento de la condición exigida en la letra a) del número anterior, así como cumplir las normas específicas de seguridad e higiene profesional.

3. El transporte por cualquier medio de organismos modificados genéticamente requerirá el cumplimiento de las condiciones exigidas en las letras a) y b) del número 1, así como las normas específicas de seguridad e higiene profesional.

4. Los requisitos que se establecen en los números anteriores deberán cumplirse de acuerdo con las especificaciones que reglamentariamente se establezcan.

Artículo 7. Comunicación a la Administración. 1. Las personas físicas o jurídicas que se propongan realizar cualquier operación de utilización confinada de organismos modificados genéticamente o utilizar por primera vez instalaciones específicas para dichas operaciones, estarán obligadas a comunicarlo previamente a la Administración competente. La comunicación incluirá la información, datos y documentos que en función de la clasificación del organismo y de la naturaleza de la operación, reglamentariamente se determinen.

2. Quedan excluidas de la obligación establecida en el número anterior aquellas operaciones con organismos de bajo riesgo destinadas a la enseñanza, investigación, desarrollo y en general todas aquellas que se hagan sin fines industriales o comerciales y que en su conjunto se efectúen a pequeña escala.

Quiénes realicen estas operaciones estarán obligados a llevar un libro de registro en el que quedarán reflejados todos los trabajos realizados y que deberán facilitar a la Administración competente cuando ésta lo solicite.

3. La comunicación se dirigirá al órgano que expresamente se determine, debiendo presentarse directamente en el Registro de éste,

sin que sea aplicable lo dispuesto en el número 4 del artículo 38 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Artículo 8. Comprobación por la Administración. 1. La Administración competente comprobará que la información, datos y documentos aportados son completos y exactos, que las medidas relativas a la gestión de residuos, seguridad y respuesta en caso de emergencia son las adecuadas y que la actividad cuya realización se pretende se ajusta a las disposiciones de esta Ley y a las que se dicten para su desarrollo.

2. En su caso, la Administración competente podrá:

a) Solicitar a los responsables de la utilización confinada que proporcionen información adicional o que modifiquen las condiciones de la utilización confinada propuesta.

b) Consultar a personas, instituciones o Administraciones expertas sobre el riesgo de la utilización confinada.

c) Someter a información pública el proyecto de utilización confinada, lo que deberá efectuarse siempre que se trate de operaciones de alto riesgo para la salud humana o el medio ambiente.

Artículo 9. Ejecución de las actividades comunicadas a la Administración. 1. Las actividades comunicadas a la Administración competente con arreglo a los artículos anteriores, podrán ser realizadas por los interesados una vez transcurridos los siguientes plazos desde su comunicación:

a) Dos meses, si se trata de operaciones destinadas a la enseñanza, a la investigación, al desarrollo o que carezca de fines industriales o comerciales, y que se efectúen a pequeña escala sobre organismos modificados genéticamente de alto riesgo, o de operaciones distintas de las citadas cuando se realicen sobre organismos de bajo riesgo.

b) Tres meses, en el caso de primera utilización de instalaciones específicas en operaciones con organismos modificados genéticamente de bajo riesgo.

2. No obstante, la Administración competente podrá autorizar expresamente al interesado la realización de las actividades antes de los plazos señalados en el número anterior, limitar el período en que se permite la utilización confinada, o supeditada al cumplimiento de determinadas condiciones.

Artículo 10. Actividades sometidas a autorización expresa.

1. Requerirán autorización expresa de la Administración competente:

a) La utilización confinada de organismos clasificados de alto riesgo en operaciones que no se destinen a la enseñanza, a la investigación, al desarrollo o que se hagan con fines industriales o comerciales.

b) La primera utilización de instalaciones específicas en operaciones con organismos genéticamente modificados de alto riesgo.

La Administración deberá notificar su resolución en el plazo de tres meses.

2. Estarán también sujetas a autorización expresa las actividades a que se refiere al número 1 del artículo anterior cuando, dentro de los plazos en éste señalados, la Administración competente solicite al interesado mayor información que la aportada con su comunicación o la modificación de las condiciones de la utilización confinada propuesta.

3. En todo caso, la Administración competente podrá limitar el período en que se autorice al interesado la utilización confinada o supeditar esta utilización al cumplimiento de las condiciones que expresamente se determinen.

Artículo 11. Informaciones adicionales. 1. Cuando el interesado disponga de nueva información que afecte a la utilización confinada, modifique las condiciones de ejecución de modo que puedan alterarse significativamente los riesgos derivados de dicha utilización, emplee otra clase de organismos modificados genéticamente o en caso de accidente, deberá notificarlo a la Administración competente aportando aquellos datos y documentos que permitan evaluar el riesgo de la actividad.

2. La Administración competente podrá exigir al interesado la modificación de las condiciones de la utilización confinada, o su suspensión o finalización, cuando disponga de informaciones de las que se deduzca que la actividad puede suponer riesgos superiores a los previstos.

CAPÍTULO III

Liberación voluntaria de organismos modificados genéticamente con fines de investigación y desarrollo o cualquier otro distinto de la comercialización

Artículo 12. Concepto y ámbito de aplicación. 1. Se entiende por liberación voluntaria la introducción deliberada en el medio ambiente de un organismo o combinación de organismos modificados genéticamente sin que hayan sido adoptadas medidas de contención, tales como barreras físicas o una combinación de éstas con barreras químicas o biológicas, para limitar su contacto con la población y el medio ambiente.

2. Lo dispuesto en este capítulo no será de aplicación al transporte por cualquier medio de organismos modificados genéticamente.

Artículo 13. Solicitud de autorización. 1. Las personas físicas o jurídicas que se propongan realizar una liberación voluntaria deberán solicitar autorización de la Administración competente, remitiendo al efecto:

a) Un estudio técnico que comprenderá las informaciones y datos que reglamentariamente se determinen, entre los que se incluirá un informe que permita conocer la solvencia económica del peticionario.

b) Una evaluación de los efectos y riesgos que los usos previstos de los organismos modificados genéticamente puedan tener para la salud humana o el medio ambiente.

2. La autorización será igualmente exigible en el caso de una liberación posterior de un organismo modificado genéticamente o de una combinación de estos organismos que ya hayan sido previamente autorizados como parte de un mismo programa de investigación.

Artículo 14. Procedimiento. 1. La Administración competente evaluará los riesgos que representa la liberación y comprobará que la actividad se ajusta a las disposiciones de esta Ley y de sus normas de desarrollo.

La Administración de las Comunidades Autónomas deberá enviar a la Administración General del Estado, en el plazo de un mes, a partir de su recepción, un resumen del contenido de la documentación recibida, para su información y traslado a la Comisión de las Comunidades Europeas y posterior remisión por ésta a los restantes Estados miembros. La Administración General del Estado efectuará en igual plazo dicho traslado, en los supuestos en que ostente la competencia para otorgar la autorización para la liberación voluntaria, según esta Ley.

2. En su caso, la Administración competente podrá:

a) Solicitar al responsable de la liberación voluntaria que proporcione cualquier información adicional.

b) Consultar a otras Administraciones Públicas, instituciones o personas cualificadas en esta materia sobre el riesgo de la liberación propuesta.

c) Someter a información pública el proyecto de liberación voluntaria.

d) Realizar cuantas pruebas e inspecciones sean necesarias.

Artículo 15. Resolución. La Administración competente, una vez analizados los documentos y datos aportados y, en su caso, los resultados de las consultas e informaciones adicionales practicadas o las observaciones realizadas por otros Estados miembros, resolverá sobre la liberación solicitada autorizándola o denegándola según se cumplan o no los requisitos determinados en esta Ley y en sus normas de desarrollo. La resolución que autorice la liberación impondrá, en su caso, las condiciones necesarias para su realización.

La resolución que proceda deberá ser expresa y notificarse al interesado en el plazo de tres meses.

Artículo 16. Informaciones adicionales. 1. El titular de la actividad está obligado, con carácter inmediato, a informar a la Administración competente, a revisar las medidas especificadas en la documentación y a adoptar las medidas necesarias para proteger la salud humana y el medio ambiente cuando con posterioridad a la presentación de dicha documentación o al otorgamiento de la autorización:

a) Se produzca cualquier modificación en la liberación voluntaria que pueda incrementar los riesgos para la salud humana o el medio ambiente.

b) Se disponga de nueva información sobre dichos riesgos.

2. El titular de la actividad está obligado a informar a la Administración competente del resultado de la liberación en relación con los riesgos para la salud humana y el medio ambiente, y hará constar, en su caso, la intención de proceder a la futura comercialización de organismo liberado o de un producto que lo contenga.

3. La Administración competente podrá exigir al interesado la modificación de las condiciones de la liberación voluntaria, o su suspensión o finalización, cuando disponga de informaciones de las que se deduzca que la actividad puede suponer riesgos superiores a los previstos.

CAPÍTULO IV

Comercialización de organismos modificados genéticamente o de productos que los contengan

Artículo 17. *Concepto y ámbito de aplicación.* 1. Se entiende por comercialización todo acto que suponga una entrega a terceros de organismos modificados genéticamente o de productos que los contengan.

2. Lo dispuesto en este capítulo no será de apreciación al transporte por cualquier medio de organismos modificados genéticamente, ni a los productos regulados por normas comunitarias distintas a las incorporadas por esta Ley o por la legislación española dictada para el cumplimiento, siempre que éstas exijan una evaluación específica de los riesgos para el medio ambiente similar a la regulada en esta Ley y en sus normas de desarrollo.

Artículo 18. *Solicitud de autorización.* 1. Las personas físicas o jurídicas responsables de la fabricación o importación de productos que contengan o consistan en organismos modificados genéticamente y que pretendan comercializarlos por primera vez, solicitarán autorización a la Administración competente, remitiendo al efecto:

a) Un estudio técnico con las informaciones y datos que reglamentariamente se establezcan, entre los que se incluirá un informe que permite conocer la solvencia económica del peticionario.

b) Una evaluación de los riesgos para la salud humana y el medio ambiente que puedan derivarse de los organismos genéticamente modificados incluidos en el producto.

c) Las condiciones para la comercialización del producto que reglamentariamente se establezcan.

d) La información de que dispongan, en su caso, sobre datos o resultados de otras liberaciones del mismo organismo genéticamente modificado en trámite de autorización o ya efectuadas, tanto por el interesado como por terceras personas, siempre que éstas hayan dado su conformidad por escrito.

2. Deberá solicitarse una nueva autorización para la comercialización de aquellos productos que aun conteniendo los mismos organismos modificados genéticamente que los incluidos en otros productos ya autorizados, vayan a destinarse a diferente uso.

Artículo 19. *Procedimiento.* 1. La Administración competente comprobará que las informaciones y datos facilitados son completos y exactos y que la actividad pretendida se ajusta a las disposiciones de esta Ley y de sus normas de desarrollo, pudiendo, en su caso, solicitar al interesado que proporcione la información adicional que sea necesaria.

2. En el plazo máximo de tres meses la Administración competente podrá:

a) Denegar la autorización si la comercialización propuesta no cumple los requisitos determinados por esta Ley o por sus normas de desarrollo, o

b) Remitir copia del expediente a la Comisión de las Comunidades Europeas acompañado de su dictamen favorable. En dicho expediente se incluirá un resumen de la solicitud y una exposición de las condiciones bajo las que se proponga otorgar la autorización.

3. La Administración dejará constancia en el expediente de la fecha de remisión de las actuaciones a la Comisión de las Comunidades Europeas, así como de la del envío por ésta a los restantes Estados miembros.

Artículo 20. *Autorización.* 1. La autorización de comercialización sólo podrá darse cuando se haya autorizado previamente una liberación voluntaria sin fines comerciales de dichos organismos, o se haya realizado una evaluación de los riesgos de acuerdo con las normas que reglamentariamente se determinen. En todo caso, los pro-

ductos deberán cumplir las normas vigentes sobre comercialización de productos.

2. La autorización se otorgará por escrito transcurrido un plazo de dos meses, contados desde la fecha en que la Comisión de las Comunidades Europeas remita a los restantes Estados miembros el expediente mencionado en el anterior, siempre que en ese plazo no se hubiesen formulado objeciones por ningún Estado miembro.

Si, por el contrario, se formularan objeciones y en dicho plazo no se llegase a un acuerdo entre los Estados, la autorización no podrá ser concebida sin la previa aprobación de la Comisión de las Comunidades Europeas.

En este caso, la autorización se otorgará en un plazo de quince días, a contar desde la recepción de la aprobación.

Artículo 21. *Comercialización.* Las autorizaciones dadas por cualquier Estado miembro habilitarán para que el organismo o el producto que lo contenga pueda ser comercializado en España, siempre que dichas autorizaciones se hayan otorgado de acuerdo con las disposiciones que incorporen a los respectivos derechos nacionales las normas de las Comunidades Europeas sobre esta materia y se respeten estrictamente las condiciones establecidas en las respectivas autorizaciones.

Artículo 22. *Informaciones adicionales.* 1. El responsable de la comercialización está obligado, con carácter inmediato, a informar a la Administración competente, a revisar las informaciones y los requisitos especificados en la solicitud de autorización y a adoptar las medidas necesarias para proteger la salud humana y el medio ambiente, cuando con posterioridad a la presentación de la solicitud o al otorgamiento de la autorización, se disponga de nuevos datos respecto de los riesgos que el producto pueda suponer para la salud humana y el medio ambiente.

2. La Administración competente podrá restringir o suspender el uso y la venta de un producto debidamente autorizado, cuando con posterioridad a su autorización disponga de nuevas informaciones de las que se deduzca que el producto supone un riesgo para la salud humana y el medio ambiente.

CAPÍTULO V

Información y control

Artículo 23. *Confidencialidad.* 1. Los titulares de las actividades reguladas en esta Ley que proporcionen información a la Administración podrán invocar el carácter de confidencial de determinados datos e informaciones facilitados, aportando la justificación correspondiente.

La Administración resolverá sobre la confidencialidad invocada y se abstendrá de facilitar la información a terceros.

2. No tendrán carácter confidencial las informaciones y datos relativos a la descripción de organismos modificados genéticamente, a la identificación del titular, a la finalidad y lugar de la actividad, a los sistemas y medidas de emergencia y control y a la evaluación de los efectos para la salud humana y el medio ambiente.

Artículo 24. *Situaciones de emergencia.* Las actividades reguladas en esta Ley pueden dar origen a situaciones de emergencia, a los efectos establecidos en la legislación de protección civil.

Igualmente, estas actividades pueden dar lugar a situaciones de riesgo, o consecuencias negativas para la salud que determinen la aplicación de los artículos 24, 26 y 28 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, así como de las medidas previstas en la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en materia de Salud Pública.

Artículo 25. *Vigilancia y control.* Los titulares de las actividades a que se refiere esta Ley estarán obligados a prestar toda la colaboración a las autoridades competentes a fin de permitirles realizar los exámenes, controles, toma de muestras y recogida de información necesaria para el cumplimiento de su misión.

CAPÍTULO VI

Infracciones y sanciones

Artículo 26. *Infracciones.* 1. El incumplimiento de lo establecido en esta Ley será sancionado con arreglo a lo dispuesto en el

artículo siguiente, sin perjuicio, en su caso, de las posibles responsabilidades civil y penal derivadas de las infracciones cometidas.

2. Son infracciones leves:

a) Las simples irregularidades en la observación de las normas establecidas en esta Ley sin trascendencia directa para la salud humana o el medio ambiente o cuando esta trascendencia fuera de escasa entidad.

b) El incumplimiento de la obligación de mantener actualizado el registro que se establece en el artículo 7.

c) La realización de actividades que supongan utilización confinada de organismos modificados genéticamente con incumplimiento de los principios y prácticas correctas de microbiología.

3. Son infracciones graves:

a) La ejecución de actividades de utilización confinada realizadas con organismos modificados genéticamente de bajo riesgo que se hagan con fines industriales o comerciales, siempre que no respeten las condiciones o períodos establecidos conforme al artículo 9.2.

b) La realización sin la debida autorización administrativa de actividades de utilización confinada realizadas con organismos modificados genéticamente de alto riesgo.

c) El incumplimiento de las condiciones impuestas en la autorización administrativa.

d) El incumplimiento de la obligación de informar a la Administración en los supuestos que se establecen en esta Ley.

e) La falta de aplicación de las medidas de confinamiento y de seguridad e higiene en el trabajo.

f) La falta de colaboración en la labor de inspección y vigilancia de la Administración competente.

g) El ocultamiento o falseamiento de datos, así como la negativa a suministrar la información solicitada por la Administración competente o el retraso intencionado en el suministro de dicha información.

h) El incumplimiento de cualesquiera otros requisitos, condiciones o prohibiciones que para cada actividad se establecen, o la omisión de los actos a que obliga.

i) La reincidencia en la comisión de infracciones leves en los últimos seis meses.

4. Son infracciones muy graves:

a) La realización de actividades de liberación voluntarias y comercialización sin la debida autorización administrativa.

b) La reincidencia en la comisión de faltas graves en los últimos tres años.

c) El incumplimiento del deber de informar inmediatamente a la Administración competente de la existencia de un riesgo o daño sobrevenido por cualquier tipo de accidente o incidente.

d) La falta de cumplimiento de las medidas previstas en el plan de emergencia en los casos señalados en el número anterior.

Artículo 27. **Sanciones.** 1. Las infracciones darán lugar a la imposición de alguna o algunas de las siguientes sanciones:

a) Infracciones leves:

Multa de hasta 1.000.000 de pesetas.

Cierre parcial con carácter temporal de las instalaciones en las que se ha cometido la infracción.

b) Infracciones graves:

Multas desde 1.000.001 hasta 25.000.000 de pesetas.

Cese temporal de las actividades.

Cierre temporal, total o parcial, de las instalaciones en las que se cometió la infracción.

Prohibición de comercialización de un producto.

c) Infracciones muy graves:

Multa desde 25.000.001 a 100.000.000 de pesetas.

Cese definitivo o temporal de las actividades.

Clausura definitiva o cierre temporal, total o parcial de las instalaciones donde se ha cometido la infracción.

Prohibición de comercialización de un producto.

2. Las sanciones se impondrán atendiendo a las circunstancias del responsable, su grado de culpa, relación, participación y beneficio obtenido, y grado de incidencia o riesgo objetivo de daño grave a la salud humana, el medio ambiente o los recursos naturales.

3. Con independencia de las que puedan corresponder en concepto de sanción, los órganos competentes podrán acordar la imposición de multas coercitivas con arreglo a lo dispuesto en la legislación de procedimiento administrativo, una vez transcurridos los plazos

señalados en el requerimiento correspondiente. La cuantía de cada una de dichas multas no superará el 20 por 100 de la multa fijada para la infracción cometida.

Artículo 28. **Indemnización de daños y perjuicios.** 1. Sin perjuicio de las sanciones que procedan, los responsables de actividades infractoras quedarán obligados a reponer las cosas al estado que tuvieran antes de la infracción, así como a abonar la correspondiente indemnización por los daños y perjuicios causados cuyo importe será fijado por la Administración que en cada caso resulte competente, sin perjuicio de la competencia correspondiente a Jueces y Tribunales.

Cuando los daños fueran de difícil evaluación se aplicarán, conjunta o separadamente, los siguientes criterios: coste teórico de la restitución y reposición, valor de los bienes dañados, coste del proyecto o actividad causante del daño y beneficio obtenido con la actividad infractora.

2. Tanto el importe de las sanciones como el de las responsabilidades a que hubiera lugar por daños causados a bienes de titularidad pública, podrán ser exigidos por la vía administrativa de apremio.

Artículo 29. **Responsabilidad penal.** En el supuesto de que los actos cometidos pudieran ser constitutivos de delito o falta, la Administración dará traslado del tanto de culpa al Ministerio Fiscal y suspenderá la tramitación del expediente sancionador hasta la resolución de la autoridad judicial. La sanción penal excluirá la imposición de sanción administrativa en los casos en que se aprecia identidad del sujeto, hecho con fundamento. De no haberse estimado la existencia de delito o falta la Administración podrá proseguir, en el caso, el expediente sancionador con fundamento en los hechos declarados probados por resoluciones judiciales firmes.

CAPÍTULO VII

Competencias administrativas

Artículo 30. **Competencias de la Administración General del Estado.** 1. La Administración General del Estado será la competente, en todo caso, para otorgar las autorizaciones para la comercialización de organismos modificados genéticamente o de productos que los contengan.

2. Corresponde igualmente a la Administración General del Estado autorizar la utilización confinada y la liberación voluntaria con fines de investigación y desarrollo o cualquier otro distinto de la comercialización en los siguientes supuestos:

a) Cuando su objeto sea la posible incorporación a medicamentos de uso humano y veterinario, así como a los demás productos y artículos sanitarios y a aquellos que por afectar al ser humano puedan suponer un riesgo para la salud de las personas, conforme a lo establecido en los artículos 40.5 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y 2 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento.

b) En los supuestos que deriven de la Ley 13/1986, de 14 de abril, de Fomento y Coordinación de la Investigación Científica y Técnica. En este caso, la Administración General del Estado será además competente para la vigilancia y control de las actividades de utilización confinada y liberación en el medio ambiente cuando los programas de investigación sean ejecutados por instituciones, entes u órganos del propio Estado.

3. Las autorizaciones a que se refieren los números anteriores serán otorgadas por un órgano colegiado compuesto por representantes de los Ministerios de Sanidad y Consumo; de Obras Públicas, Transporte y Medio Ambiente; de Agricultura, Pesca y Alimentación; de Industria y Energía, y de Educación y Ciencia, cuya composición se establecerá en las normas de desarrollo de esta Ley.

No obstante, las autorizaciones de utilización confinada y liberación que tengan por objeto la posible incorporación de organismos modificados genéticamente a medicamentos de uso humano o a los demás productos y artículos a que se refiere la letra a) del número anterior, y las de comercialización de estos productos, no podrán ser otorgadas sin la conformidad de los representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo. En los casos de los medicamentos veterinarios, se requerirá la conformidad de los representantes de los Ministerios de Agricultura, Pesca y Alimentación y de Sanidad y Consumo.

Tampoco podrán otorgarse las autorizaciones de liberación a que

se refiere el número 2.º de este artículo o de comercialización sin la conformidad de los representantes del Ministerio de Obras Públicas, Transportes y Medio Ambiente cuando las actividades objeto de autorización puedan suponer un riesgo para el medio ambiente.

Las resoluciones del órgano colegiado otorgando o denegando las autorizaciones pondrán fin a la vía administrativa.

4. En los supuestos de grave y urgente necesidad, la Administración General del Estado, con carácter excepcional, podrá promover, coordinar o adoptar cuantas medidas sean necesarias, para proteger la salud de las personas o evitar daños irreparables al medio ambiente, con la colaboración de las Comunidades Autónomas y de acuerdo con sus respectivas competencias.

Artículo 31. Competencias de las Comunidades Autónomas. Corresponde a las Comunidades Autónomas, salvo en los casos previstos en el artículo anterior, ejercer las funciones reguladas en el capítulo II en relación con la utilización confinada de organismos modificados genéticamente y otorgar las autorizaciones para la liberación voluntaria con fines de investigación y desarrollo y cualquier otro distinto de la comercialización.

Corresponde igualmente a las Comunidades Autónomas la vigilancia y control de las actividades a que se refiere esta Ley, a excepción de lo establecido en el apartado 2, b), del artículo 30, así como la imposición de sanciones que se deriven de las infracciones cometidas en su realización.

Disposición adicional primera. Falta de resolución expresa. La falta de resolución expresa por la Administración competente de las solicitudes de autorización que se regulan en los artículos 10, 15 y 20 producirá efectos desestimatorios.

Disposición adicional segunda. Abono de gastos. La Administración competente para otorgar las autorizaciones reguladas en esta Ley podrá exigir de las personas que las soliciten el pago del importe de los estudios, informes, análisis y demás actuaciones que en cada caso entienda necesarios para conceder la autorización.

Disposición final primera. Fundamento constitucional. Esta Ley se dicta al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1, 16.ª y 23.ª de la Constitución.

Disposición final segunda. Aplicación de otras Leyes. Lo dispuesto en esa Ley se entiende sin perjuicio de la aplicación de la Ley 42/1988, de 28 de diciembre, de donación y utilización de embriones y fetos humanos o de sus células, tejidos u órganos, y de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del medicamento, en los ámbitos y supuestos regulados en cada una de ellas.

Disposición final tercera. Comisión Nacional de Bioseguridad. En el plazo de tres meses a partir de la entrada en vigor de esta Ley,

el Gobierno procederá a la creación de una Comisión Nacional de Bioseguridad para actividades relacionadas con la producción y utilización, liberación voluntaria y comercialización de organismos modificados genéticamente, que actuará como órgano consultivo de la Administración General de Estado y de la Administración de las Comunidades Autónomas cuando éstas lo soliciten.

Esta Comisión informará preceptivamente las solicitudes de autorizaciones que corresponda otorgar a la Administración General del Estado y ejercerá aquellas otras competencias, que se determinen en el real Decreto de su creación, y estará compuesta por representantes de los Ministerios de Obras Públicas, Transportes y Medio Ambiente; de Sanidad y Consumo; de Agricultura, Pesca y Alimentación; de Educación y Ciencia, a propuesta de la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología; de Industria; de Comercio y Turismo, y del Interior; así como por personas e instituciones expertas en las materias comprendidas en esta Ley.

Disposición final cuarta. Obligación de información. Las Administraciones públicas que ostenten competencias relacionadas con las materias objeto de esta Ley facilitarán al Ministerio de Obras Públicas, Transportes y Medio Ambiente los datos necesarios para cumplir con las obligaciones de información a la Comisión de las Comunidades Europeas establecidas en las Directivas 90/219/CEE y 90/220/CEE, de 23 de abril de 1990.

Disposición final quinta. Actualización de sanciones. El Gobierno, mediante Real Decreto, podrá actualizar la cuantía de las sanciones establecidas en esta Ley, atendiendo a la variación que experimente el índice de precios al consumo.

Disposición final sexta. Habilitación de desarrollo. El Gobierno, en el plazo de seis meses, a contar desde la entrada en vigor de esta Ley, dictará las disposiciones necesarias para su desarrollo y ejecución.

Disposición final séptima. Cada tres años se elaborará un informe sobre la situación en España en materia de organismos modificados genéticamente, en los términos que reglamentariamente se determinen. El informe se hará público.

Por tanto,

Mando a todos los españoles, particulares y autoridades que guarden y hagan guardar esta Ley.

Madrid, 3 de junio de 1994.

JUAN CARLOS R.

El Presidente del Gobierno,

FELIPE GONZÁLEZ MÁRQUEZ

Congresos ■ Cursos ■ Reuniones ■ Jornadas ■ Conferencias

■ **XXXI CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA**

Del 27 al 30 de septiembre de 1994
Zaragoza

Información

GRUPO GEYSECO
Fernando el Católico, 26,
2.º dcha.
50005 ZARAGOZA
Tel. (976) 55 58 59

■ **FUNDACIÓN MAPFRE MEDICINA EL PAPEL DE LAS COMISIONES CLÍNICAS HOSPITALARIAS**

28, 29 y 30 de septiembre de 1994
Majadahonda (Madrid)

Información

Fundación Mapfre Medicina
Srta. Sol Conde
Ctra. de Pozuelo
a Majadahonda, km 3,500
28220 MAJADAHONDA (Madrid)
Tels. (91) 6 26 56 42
6 26 55 00
Fax (91) 6 39 26 07
6 38 00 80

■ **JORNADAS DE GESTIÓN SANITARIA
GESTIÓN SANITARIA:
MIRANDO EL FUTURO**

6 y 7 de octubre de 1994
San Sebastián

Información

Hospital Ntra. Sra. de Aránzazu
Marian Vázquez Hernando
Alto de Amara, s/n.
20014 SAN SEBASTIÁN
Tel. (943) 47 34 84
Fax (943) 46 07 82

■ **XII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL. CALIDAD, TRADICIÓN DE FUTURO**

19, 20 y 21 de octubre de 1994
San Sebastián

Información

Tisa Congresos, S. A.
Elkano, 1, 1.º Ofic. 4
20004 SAN SEBASTIÁN
Tel. (943) 42 54 20
Fax (943) 42 21 24

■ **XXXVII CURSO INTERNACIONAL DE LEPROLOGÍA PARA MISIONEROS, DIPLOMADOS EN ENFERMERÍA Y TRABAJADORES SOCIALES**

Del 10 al 22 de octubre de 1994
Fontilles (Alicante)

Información

Sanatorio San Francisco
de Borja
Dr. José Terencio de las Aguas
03791 FONTILLES (Alicante)
Tels. (965) 58 33 50
58 33 51

■ **VIII CONGRESO NACIONAL ENFERMERÍA EN ANESTESIA-REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR**

3, 4 y 5 de noviembre de 1994
Barcelona

Información

Secretaría
Apartado de Correos 74
08840 VILADECANS (Barcelona)
Tels. (93) 212 81 08
338 41 59
Fax (93) 212 47 74

■ **XXXI CURSO INTERNACIONAL DE LEPROLOGÍA PARA MÉDICOS**

Del 7 al 12 de noviembre de 1994
Fontilles (Alicante)

Información

Sanatorio San Francisco
de Borja
Dr. José Terencio de las Aguas
03791 FONTILLES (Alicante)
Tels. (965) 58 33 50
58 33 51

■ **II CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA**

Del 16 al 19 de noviembre de 1994
Madrid

Información

Fundación Jiménez Díaz
Dirección de Enfermería
Avda. Reyes Católicos, 2
28040 MADRID
Tel. (91) 549 47 50
Fax (91) 549 47 64

■ **I JORNADAS DE TERAPIA OCUPACIONAL Y SALUD MENTAL**
Del 16 al 20 de noviembre de 1994
Ciempozuelos (Madrid)

Información

Hermanas Hospitalarias
del Sagrado Corazón de Jesús
Hospital Psiquiátrico
«Sagrado Corazón de Jesús»
28350 CIEMPOZUELOS (Madrid)

■ **4.ª SIMPOSI D'ATENCIÓ SÒCIO-SANITÀRIA**

1 y 2 de marzo de 1995
Barcelona

Información

Catalana de Congressos
i Serveis
Sant Pere mitjà, 17
08003 BARCELONA
Tel. (93) 319 09 55
Fax (93) 319 18 53

■ **FUNDACIÓN MAPFRE MEDICINA 1994-1995**

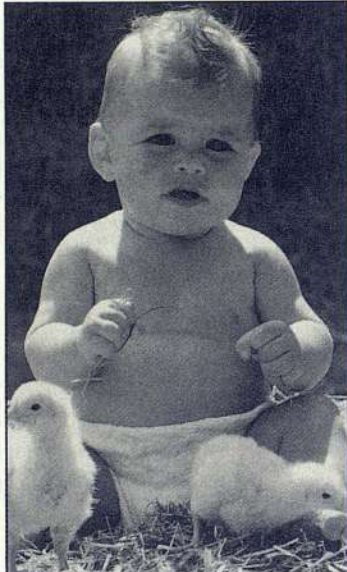
BECAS DE INVESTIGACIÓN
Dotación: 2.000.000 de pesetas
AYUDAS A LA INVESTIGACIÓN
Dotación: 900.000 pesetas

Información

Fundación Mapfre Medicina
Ctra. de Pozuelo
a Majadahonda, km 3,500
28220 MAJADAHONDA (Madrid)
Tels. (91) 626 57 04
626 55 00
Fax (91) 626 58 25
639 26 07

IX Conferencia Internacional

«HOMO VIVIENS EST GLORIA DEI: CONOCER, AMAR Y SERVIR A LA VIDA»



La Conferencia de este año estará destinada a personas particularmente interesadas en los problemas de la vida humana: educadores en el campo biomédico, jurídico, sociosanitario, de la pastoral y del trabajo social.

El tema general de la IX Conferencia Internacional que se llevará a cabo en el Vaticano, en la nueva Aula del sínodo, durante los días 24, 25 y 26 de noviembre de 1994, será: «Homo viviens est Gloria Dei: conocer, amar y servir a la vida».

Para participar en la Conferencia no está prevista una cuota de inscripción sino que las aportaciones voluntarias se destinarán a las propuestas de la Conferencia y del Pontificio Consejo así como a la ayuda humanitaria de los países necesitados.

Vuestra participación deberá ser confirmada lo antes posible a la siguiente dirección:

**PONTIFICIO CONSEJO DE LA PASTORAL
PARA LOS AGENTES SANITARIOS**

00120 Città del Vaticano

Tels. (06) 698.83138 / 698.84720 / 698.84799

Fax (06) 698.83139

Télex 2031 SANITPC VA.

Novedad bibliográfica a cargo del hermano Francisco Sola

VOLUNTARIADO CRISTIANO Y MUNDO DE LA SALUD

Sentido. Misión. Cómo organizarlo en la parroquia

El hermano Francisco Sola, miembro del Consejo de Redacción de LABOR HOSPITALARIA, ha escrito un libro inquietante sobre Voluntariado. ¿Debe todo cristiano ser voluntario al servicio del mundo de la salud?, se pregunta el autor con el Evangelio en la mano.

El tema es oportuno. Como ha escrito el hermano Pierluigi Marchesi, ex General de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, «el voluntariado está naciendo en nuestra sociedad, aunque todavía se entiende como un *apéndice de la caridad*, cuando debe ser el inspirador de la nueva caridad del año 2000».

Analiza el carácter y organización del voluntariado para el Hospital, la Tercera Edad, la Drogodependencia, el SIDA, el Tercer Mundo.

Desde la perspectiva de la nueva evangelización afronta el reto de las congregaciones religiosas propietarias de centros sanitarios.

Francisco Sola: **VOLUNTARIADO CRISTIANO Y MUNDO DE LA SALUD.**
Editorial PPC, col. Pastoral Aplicada, núm. 182, Madrid, 1991.

VOLUNTARIADO CRISTIANO Y MUNDO DE LA SALUD

Sentido. Misión.
Cómo organizarlo en la parroquia.

FRANCISCO SOLA

