

Hermanos de
San Juan de Dios
Barcelona
Provincia de San Rafael

Año 53. Segunda época. Julio - Agosto - Septiembre 2001
Número 261. Volumen XXXIII

CONSEJO DE REDACCIÓN

Director

MIGUEL MARTÍN

Redactores

MARIANO GALVE
JOAQUÍN PLAZA
CALIXTO PLUMED
FRANCISCO SOLA

Administración

JOSÉ LUIS GARCÍA IMAS

Secretaría de Dirección

MAITE HEREU

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 Y REDACCIÓN

Curia Provincial

Hermanos de San Juan de Dios

Doctor Antoni Pujadas, 40
Teléfono 93 630 30 90
08830 SANT BOI DE LLOBREGAT
(Barcelona)

E-mail: curia@ohsjd.es

Información y suscripciones

E-mail: revistas@ohsjd.es

<http://www.ohsjd.es>

Publicación autorizada por el Ministerio
de Sanidad como Soporte Válido.
Ref. SVR n.º 401.

ISSN 0211-8268 - Dep. Legal: B. 2998-61
EGS - Rosario, 2 - Barcelona

Sumario

Editorial

ADIÓS, DON JAVIER 119

ASPECTOS ÉTICOS DEL CUIDADO A PERSONAS CON VIH/SIDA 122

José García Férrez

TRASPLANTE DE TEJIDO EMBRIONARIO Y FETAL 135

M.^a Pilar Núñez-Cubero

ÍNDICE POR MATERIAS LABOR HOSPITALARIA 1996-2000 151

Adiós, don Javier



Monseñor Javier Osés Flamarique, en ocasión de una entrevista, visitó la redacción de LABOR HOSPITALARIA en 1988. Aquí le vemos junto al director, hermano Miguel Martín.

Especialmente duro está siendo este año para quienes nos movemos en el ámbito de LABOR HOSPITALARIA.

Si hace unos meses despedíamos a don Pedro Laín Entralgo, hoy nos vemos obligados a hacer lo propio con monseñor Javier Osés Flamarique que falleció en Pamplona el pasado 22 de octubre.

Natural de Tafalla (Navarra) en donde nació el 23 de agosto de 1926, fue ordenado sacerdote en 1950. Pablo VI lo nombró, en 1969, obispo auxiliar de Huesca, pasando a ser titular de dicha diócesis en 1977. Fue distinguido con el título de Hijo Adoptivo de Huesca, y la Medalla a los Valores Humanos que concede el Gobierno de Aragón.

Miembro siempre de la Comisión Episcopal de Pastoral, fue Presidente de la misma desde 1984 a 1990, y de la de Pastoral Social desde 1999 hasta su muerte. Desde dicha Comisión llevó la responsabilidad del Departamento de Pastoral de la Salud hasta 1999.

Estaba Licenciado en Teología y Derecho Canónico en la Pontificia Universidad Gregoriana de Roma. En la diócesis de Pamplona ejerció diversos cargos entre los que destacamos los de profesor de Derecho Canónico y Moral en el Seminario de Pamplona, rector del mismo (1967-1969) y Notario del Tribunal Eclesiástico.

Si Laín Entralgo era una referencia obligada de la reflexión e investigación humanística desde el mundo de la ciencia (especialmente de la Medicina), Javier Osés lo es en lo que se refiere a la reflexión y acción pastoral en el ámbito de la salud. Una pastoral que salía del foso del olvido, marcada por una piedad arcaica y que se circunscribía en la práctica a la pura administración de sacramentos (confesión, viático y la entonces llamada *extremaunción* hoy unción de los enfermos).

Javier Osés, muy en su estilo personal, no acaparó protagonismos nunca. No fue la *estrella* de ningún cambio. Pero, bajo su luz, se hicieron todos los cambios. Si pidiéramos a los conocedores del caminar de esta pastoral una lista de sus principales promotores es más que probable que algunos omitieran el nombre de don Javier. Pero todos los personajes de esa lista –José Luis Redrado, Rudesindo Delgado, Francisco Álvarez, Hermenegildo Centeno...– han desarrollado sus propuestas al amparo bajo el patrocinio bondadoso del mismo.

No gustaba –en el fondo, ni sabía, ni podía– andar de protagonista. Apenas *salía en la foto*. Su papel estaba siempre en un nivel secundario pero determinante. Animar, proteger, estimular, acompañar eran verbos que se acercaban más a su talante. A pesar de su corpulencia física de *chicarrón navarro*, su presencia se mantenía siempre en un ámbito de discreción, de segundo plano.

A don Javier se le conocía más en las distancias cortas. Ese era su fuerte. Su bondad, su serenidad, su paz, su sentido de la amistad era lo que le hacían verdaderamente entrañable. De ahí que su muerte haya constituido un auténtico ejemplo de duelo de un pueblo por su pastor bueno.

Vean algunos apuntes de lo recogido en los medios de comunicación:

«*Muere Javier Osés, el obispo más querido*»,
titula su crónica HERALDO DE ARAGÓN.

«*Estaba considerado como uno de los obispos con mayor preocupación social*»,
destaca en su nota DIARIO DE NAVARRA.

«*Oscenses de toda clase y condición participaron de una u otra manera desde primeras horas de la mañana en el rito funerario organizado en torno a la figura del que fuera obispo de Huesca durante más de tres décadas. Expresión popular de que el legado de Javier Osés ha calado hondo y que su huella permanecerá viva*»,
señala en *El Apunte* el HERALDO DE HUESCA.

«*Un cristiano comprometido con el pueblo*»,
titula su reflexión Rubén Darío Núñez, en HERALDO DE ARAGÓN.

Su papel en la animación de la Pastoral de la Salud –en la que la Orden Hospitalaria desarrolló un papel significativo, y muy específicamente LABOR HOSPITALARIA– así como su cercanía personal y carismática a nuestra institución –ya desde sus tiempos de sacerdote en Pamplona– en la que llegó a ordenar sacerdotes a cinco hermanos, le hicieron acreedor a la Carta de Hermandad de la Orden que le fue concedida. Don Javier era, ante todo, un gran hospitalario.

Fue entrevistado en su día por nuestra revista. Siempre manifestó hacia ella un gran cariño; siempre recibimos de él aliento, ánimo. También notábamos detrás de nosotros su energía positiva.

La seguimos notando. Porque Javier Osés simplemente se nos ha adelantado en el camino a la casa del Padre. Tras un doloroso tramo final de la vida que ha sabido asumir como un auténtico cristiano –según los testimonios familiares de quienes le acompañaban hablaba de la *hermana muerte*–, Javier Osés se nos fue al cielo. Seguimos notando en nosotros su bondad, su paz, su hospitalidad.

Hombres como él no mueren nunca. Dejan demasiadas huellas entre nosotros. Él que pasaba desapercibido...

LH



FUNDACION JUAN CIUDAD

O.N.G. PARA PROMOCION DE LA SALUD EN EL TERCER MUNDO

HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS

SALUD *para todos*

*La fundación desarrolla su labor humanitaria
con 6.000 camas hospitalarias en África y América Latina*

- CONTRIBUYE CON:
- Medicamentos
 - Instrumental y
aparataje sanitario
 - Alimentos
 - Ayuda económica

FUNDACION JUAN CIUDAD - O.N.G.
C/ Herreros de Tejada, 3
28016 MADRID • Telf.: 457 55 03

Banco Santander / Suc. 139 (Madrid) / N° Cuenta: 13.726

Aspectos éticos del cuidado a personas con VIH/SIDA

JOSÉ GARCÍA FÉREZ

*Profesor ayudante,
Facultad de Teología
de la Universidad Pontificia Comillas.
Secretario de la Cátedra de Bioética
y del Máster de Bioética,
Universidad Pontificia Comillas.
Profesor de Bioética,
Centro de Humanización de la Salud*

Hablar de referentes éticos en el cuidado y atención a personas con SIDA supone ante todo un nuevo reto histórico para la medicina y para la sociedad. Primero porque a pesar de que contamos con métodos de diagnóstico fiable y fármacos que controlan la sintomatología y progresión de esta enfermedad, gracias al avance vertiginoso de la ciencia médica, todavía sigue sin haber un tratamiento totalmente eficaz que pueda prevenirla o atajarla. Y segundo, porque está produciendo un gran impacto en cuanto al número de afectados (la OMS calcula que existen en el mundo unos 3 millones de casos de SIDA y unos 13 millones de personas infectadas por el VIH), y en cuanto a la demanda asistencial que estas personas requieren (recursos económicos, sanitarios, sociales, asistenciales, etc.).

Además, esta enfermedad viral conlleva una serie de dilemas y conflictos sociosanitarios (derecho a la información, confidencialidad y privacidad de los datos, discreción de las personas afectadas, exclusión o marginación de los enfermos, justa distribución de los recursos asistenciales, relación Sida-Pobreza/Sida-Homosexualidad/Sida-Drogadicción/etc., derecho a un trato digno, respeto de su autonomía, educación sanitaria, ensayos clínicos y experimentación con estos pacientes, consentimiento informado, etc.), en los que la disciplina ética debe aportar su granito de arena a la hora

de clarificar, proponer y establecer unos elementos mínimos de obligada referencia.

Vamos a tratar de analizar la problemática bioética que plantea la enfermedad del SIDA, desde su trasfondo y consecuencias, haciendo especial hincapié en los grandes principios de la Bioética y su aplicación a la hora de abordar los dilemas que esta pandemia plantea al mundo actual.

Los principios de autonomía, de no maleficencia, de beneficencia, de solidaridad, de justicia... serán el hilo conductor sobre el que discurrirá todo el armazón expositivo de este artículo.

FUNDAMENTOS ÉTICOS

Antes de comenzar planteando los principios o directrices éticas para esta enfermedad, es preciso partir de unos mínimos pilares éticos. Fundamentalmente son dos: el valor fundamental de la vida y la salud humanas y la dignidad especial de los pacientes como personas.

El valor fundamental de la vida humana

El respeto a la vida puede ser considerado como el primer y más importante de todos los principios bioéticos. De hecho, proteger y asegurar el respeto de la vida debe ser el imperativo ético que sirva de guía para la aplicación práctica de todos los demás.

Decir que toda persona es un bien incondicional y absoluto es indicar que éste no es una *cosa* o un *objeto* del cual se puede uno servir, sino que es siempre un *sujeto* dotado de conciencia y libertad. El ser humano es, por lo tanto, un valor en sí mismo, y como tal exige ser tratado y considerado. No cabe la utilización o el abuso según intereses o razones. Todo hombre, por lo tanto, frente a otros hombres es un bien absoluto, no relativo a nadie ni a nada, con lo que jamás puede ser tratado y considerado como un objeto utilizable, un instrumento o una cosa.

Siempre debe permanecer ante nuestros ojos que todo hombre es irrepetible y único, es un alguien y no un mero número o elemento que pueda ser manipulado (ej.: el paciente 247). De esta realidad brota como algo necesario la inviolabilidad de la vida humana. Es decir, la prohibición ética de atentar de un modo deliberado, directo y sin consentimiento previo del afectado, contra la vida de un ser humano o de abandonar deliberadamente aquellas vidas humanas cuya subsistencia depende por entero de nuestros cuidados.

El derecho a la vida y a la salud aparece como el primero y más fundamental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es anterior al respeto de la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente ante todo de su propia vida.

La dignidad de la persona en bioética

Ser persona equivale a decir que todo ser humano, por el hecho de serlo, posee una dignidad intrínseca. La dignidad es lo que define la esencia del hombre como sujeto (no como una cosa). Por esta cualidad todo hombre debe ser tratado siempre como un fin, nunca como un medio, como un valor en sí mismo.

Se puede definir la dignidad como aquella cualidad o valor, específica de la condición humana, que hace que el hombre sea reconocido como una realidad que merece el más infinito de los respetos, como un fin en sí mismo, como un ser que tiene algo de misterio inabarcable y por ello de inviolable.

La dignidad humana es algo inherente a todo ser humano, por el simple hecho de serlo, sin depender del reconocimiento que sus semejantes hagan de esta categoría. Es algo que no admite discusión, pues si así fuera podríamos atentar contra lo más sagrado del ser humano: su vida. La dignidad humana no puede quedar a merced de la opinión o consideración de los otros, es decir, es un valor en sí mismo que no puede ser cuestionado por nadie. Otra cosa será dirimir algunas situaciones en que la vida resulta más indigna que digna, pero aún esta delimitación deberá venir avalada por una asunción previa de respeto y de justicia hacia los demás.

Todos los enfermos y, por ende, también los de SIDA, ya sean atendidos en el Hospital o en sus domicilios, son siempre y así habrán de ser reconocidos, sujetos

humanos con plenos derechos y libertades, y por ende, deberán ser respetados en sus creencias, intimidades, necesidades, decisiones, etc. de manera que puedan vivir con dignidad y recibir un trato digno.

PRINCIPIOS ÉTICOS

Todas las teorías de ética contienen uno o más principios éticos. Éstos son pautas para la toma de decisiones morales y la acción moral. Los principios éticos más importantes son: No maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

PRINCIPIO DE NO MALEFICENCIA

La *no maleficencia* significa el deber de «ante todo, no hacer daño» (*primum non nocere*). Este principio es la base de la mayoría de los códigos en la ética médica: es la exigencia ética primaria de que el médico no utilice sus conocimientos o situación privilegiada en relación con el enfermo para infringirle daño. Este principio, se traduce, en un criterio limitador de la ética que reza así: «ninguna actuación puede ir dirigida a dañar a las personas, en este caso, a los pacientes». En términos éticos, el evitar hacer daño en la relación sanitario-paciente, se concretiza en intentar no producir lesiones en la integridad del paciente que no sean las estrictamente terapéuticas.

Este principio ha sido muy bien estudiado por Diego Gracia. Sintetizando su contenido podemos decir que es el deber del médico de no hacerle nada malo al enfermo, aunque él mismo lo pida. Es un principio absoluto, ya que no debe depender de otra circunstancia. Además, en la práctica médica, el daño intencionado es siempre inaceptable. Sin embargo, el riesgo de hacer daño no está tan claro. Un enfermo de SIDA puede estar en peligro de que se le haga daño durante una actuación de enfermería que se piensa que es útil. (Ej.: un enfermo puede reaccionar adversamente a una medicación).

PRINCIPIO DE BENEFICENCIA

Si el primer principio obligaba a evitar el mal, este segundo principio se interpreta como la obligación de hacer el bien a los pacientes. Seguir este prin-

cipio, junto con el anterior, significa ayudar al paciente a obtener lo que es conveniente para él (lo que promueve el bienestar), reduciendo el riesgo de daño (lo que podría causar perjuicios físicos o psicológicos). Pero en ambos principios surgen estos dilemas: ¿cuál es el mayor bien?, ¿quién lo determina?, ¿y si el bien produce algún mal?, ¿hay límites al bien?, etc. Este principio exige pues que objetivamente se haga un esfuerzo por asegurar el mayor bienestar posible de los pacientes, así como el menor mal o los menores riesgos.

Beneficencia significa «hacer el bien». Los médicos y las enfermeras/os están obligadas/os a hacer el bien, esto es, a emprender acciones que beneficien a los pacientes y a sus personas de apoyo. Este principio se debe entender como la obligación que tiene el profesional sanitario de mantener su preparación científica y técnica, y desde ella, buscar lo que considere mejor y más favorable para el enfermo. Para ello debe ponerse en el lugar del paciente y pensar qué sería lo más beneficioso en el caso de que el enfermo fuera él mismo. Hay que obrar, por tanto, buscando el bien del enfermo en términos terapéuticos.

Desde este principio se pueden fundamentar las actitudes médicas y los deberes profesionales ante el enfermo seropositivo. Existe, pues, una obligación médica de atender a estos enfermos, salvaguardando siempre la seguridad del profesional, siendo en principio objetable la negativa de algunos facultativos para asistir a estos pacientes. Este principio puede entenderse de dos formas: Beneficencia como «acto de caridad o bondad» y Beneficencia como «obligación ética». Lo ideal sería la conjugación de ambas, pero en la práctica lo exigible es el deber ético de hacer el bien.

Beneficencia es intentar hacer el bien o ayudar a los demás en sus necesidades, siempre que ellos voluntariamente lo pidan o lo acepten. Por eso, la gran crítica contra el principio de beneficencia es su peligro de paternalismo (hacer el bien o ayudar sin el consentimiento informado del paciente o incluso en contra de su voluntad). La utilización a ultranza de este principio (su abuso) por el personal sanitario es, para ciertos autores, la causa del llamado *paternalismo médico*. Cuando el consentimiento informado no sea posible realizarlo, ya sea por falta de la suficiente información (ej.: en los casos de urgencia), ya por defecto en la capacidad del enfermo (ej.: en estado de pérdida de conciencia o alteraciones

mentales graves), entonces el imperativo moral de beneficencia debe llevar a buscar siempre el mayor bien del paciente y, por tanto, a prestar toda la ayuda posible.

PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

Este principio determina que, en la relación sanitario-paciente, debe permitirse a los pacientes ejercer la libertad de tomar sus propias decisiones. De hecho, respetar la autonomía de las personas significa reconocer sus decisiones como valiosas y dignas de ser respetadas o, cuando menos, tenidas en cuenta. Resulta, pues, evidente que la prioridad en la toma de decisiones es del paciente, que decide, siempre que sea mentalmente capaz, lo más conveniente para él en su proceso terapéutico. Pero para que el paciente pueda decidir antes debe estar suficientemente informado. A esta práctica de [Información + Petición del Consentimiento] se la conoce en el argot médico como *consentimiento informado*.

Uno de los problemas que surgen en la aplicación del principio de autonomía a los cuidados de los pacientes con VIH es que éstos dependen, a menudo, de sus limitaciones internas (actitud mental, nivel de conciencia, edad, estado de salud) y externas (ambiente hospitalario, cantidad de información dada, recursos económicos, compañía de seres queridos). Aunque en el ámbito médico este principio obliga al personal sanitario a respetar los valores del enfermo y no imponer sus propias decisiones, habrá que considerar en algunos casos los límites de la autonomía individual y los criterios de un paternalismo justificado.

Este principio sólo puede ser ejercido por el paciente. Cuando exista imposibilidad física o psíquica en el enfermo, será el representante o tutor legal designado previamente por el paciente (algún miembro de la familia o el propio médico) el que tome las decisiones por parte de él, acogiéndose al principio de Beneficencia, puesto que la persona en cuestión debe ponerse en el lugar del paciente y elegir lo que cree que le es más beneficioso.

PRINCIPIO DE JUSTICIA

Este principio tiene su origen en el reconocimiento y la aceptación de la dignidad del ser humano en sí mismo y no por la posición social, económica o geográfica que ocupe, lo cual lleva a aceptar que la dig-

nidad es algo consustancial a la persona y que todas las personas son igualmente dignas. El principio de Justicia exige tratar a todas las personas con la misma consideración y respeto, sin hacer discriminaciones por algún motivo (raza, ideología, edad, inteligencia, nivel sociocultural, tipo de enfermedad, etc.). Además, hay que tener en cuenta que la vida y la salud no son solamente bienes personales, sino también sociales. El derecho a la atención sanitaria es, pues, un derecho de justicia, y no de simple beneficencia, es decir, la atención sanitaria es una exigencia social éticamente básica.

El principio de justicia no es propio del médico (sus principios propios son la beneficencia y la no-maleficencia), ni tampoco del enfermo (autonomía). Corresponde su aplicación a terceras partes (ej: el Estado, el Insalud, la Dirección del Hospital, el jefe de Servicio, etc.). Son estas terceras partes quienes pueden hacer presente en la relación sanitaria el principio de justicia, a través del proceso de planificación y el racionamiento de los recursos sanitarios cuando fuera necesario.

Salta a la vista la importante relación del principio de justicia con la problemática que surge de la distribución de los recursos sanitarios: por ejemplo, ¿qué preferencia debe darse a un anciano demenciado o en estado terminal, cuando el tratamiento que se debe emplear es sumamente costoso y no logra recuperación alguna, sino únicamente importantes mejoras en su calidad y cantidad de vida, frente a un niño con leucemia o un enfermo de SIDA...? El problema surge de la consideración sobre «quiénes son iguales». A pesar de que cada hombre represente un problema distinto, existen unos niveles en que todos deben ser considerados iguales, de tal forma que las diferencias son injustas. La razón que persigue este principio es que las decisiones que se toman en la relación médico-paciente y en la asistencia sanitaria habrán de ser siempre lo más equitativas y justas posibles, sobre todo para los más desfavorecidos.

Este principio se denomina a menudo como la rectitud: dar a cada uno su derecho. El principio de justicia estipula la igualdad de trato entre los iguales y la diferencia de trato entre los desiguales, conforme a sus necesidades (necesidades iguales = recursos iguales; necesidades desiguales = recursos desiguales).

Distribución de Recursos justa →

+ Necesidad = + Recursos
- Necesidad = - Recursos

Este principio viene a:

- Defender los derechos jurídicos, sociales y sanitarios que el enfermo de SIDA posee.
- Obligar a la sociedad y la familia a atender y asistir dignamente a estas personas.
- Propuestas de ayudas a domicilio, centros especializados, políticas sanitarias favorables, etc. son las que hacen efectivo este principio.

PROBLEMAS ÉTICOS

PROBLEMAS ÉTICOS DEL DIAGNÓSTICO

Desde que se identificó el agente causante de la enfermedad (el Virus de Inmunodeficiencia Humana), se han desarrollado test diagnósticos que permiten identificar a los individuos portadores del mismo. Estos test intentan determinar la presencia o no de anticuerpos en la sangre del paciente que se somete a la prueba, aunque a veces se corre el riesgo de tener resultados erróneos (ej.: posibilidad de «falsos negativos» cuando están los pacientes en el periodo ventana y «falsos positivos» cuando se les diagnostica la infección, sin estar realmente contagiadas).

El respeto a la vida puede ser considerado como el primer y más importante de todos los principios bioéticos

Resulta evidente que la finalidad principal de un diagnóstico fiable radica en poder tomar las debidas precauciones que disminuyan la posibilidad de sufrir enfermedades concomitantes o derivadas de la inmunodeficiencia adquirida, pero también en evitar que otras personas se contagien sin tener conocimiento de dicho riesgo. Por eso creemos que constituye un imperativo ético el que las personas que hayan podido tener algún tipo de prácticas de riesgo se sometan voluntariamente a este test.

La necesidad de un buen diagnóstico para detectar la infección por VIH no presenta, aparentemente, nin-

gún dilema ético si en dicha prueba no se tienen en cuenta planteamientos como: ¿a quienes se realiza dicho diagnóstico?, ¿debe ser obligatorio para todos?, ¿debe haber consentimiento previo por parte del paciente?, ¿para qué o con qué finalidad se realiza dicho diagnóstico?, etc. El diagnóstico por VIH conlleva una serie de problemas éticos, siendo los más representativos los siguientes:

Derecho a una información veraz y consentimiento informado

En la relación sanitario-paciente resulta básico entender el sentido y la obligación (ética y legal) de informar correctamente al paciente, en un proceso gradual, en cantidad y calidad suficiente para permitir que el paciente pueda participar activamente en la toma de decisiones que le compete sobre el diagnóstico, terapéutica y pronóstico de su enfermedad.

El principio de veracidad se define como la obligación de decir la verdad y no mentir ni engañar al prójimo. Máxime cuando es un diagnóstico de una enfermedad terminal que conduce en mayor o menor tiempo a la muerte. En la relación sanitario paciente, se espera veracidad como parte del respeto que se debe a las personas. Los médicos están obligados a ser veraces, porque lo contrario atentaría contra la confianza del paciente y la eficacia de su relación. Eso sí, no siempre hay obligación de decir la verdad, aunque sí no mentir sobre ella.

Este derecho a la información (recogido en el art. 10.4 de la Ley General de Sanidad Española del año 1986) se basa en el principio de autonomía, por el que se respeta la capacidad de decisión que tiene el paciente sobre su estado de salud, así como la libertad para elegir o rechazar el tratamiento que mejor le convenga, de entre las alternativas que se le propongan.

La información que se le debe proporcionar a estas personas viene determinada por estos dos criterios: *a)* criterio de la persona razonable, en el que se estima que hay que informar lo que una persona en las mismas condiciones del paciente desearía conocer y *b)* el criterio subjetivo, por el que se considera que lo más conveniente es informar de todo aquello que el sujeto realmente desea conocer.

Es necesario informar completa y comprensiblemente a la persona que es portadora de anticuerpos, no sólo de que está infectada sino qué cabe hacer para pre-

venir su transmisión, intentar paliar sus síntomas y mejorar su calidad de vida. La comunicación del diagnóstico, aunque sea fausta, cobra así un significado esencial: es al propio afectado y a las personas que él crea conveniente, al que hay que comunicarle la positividad al test del VIH, de manera que pueda asumir su situación y hacerle frente de manera personal. Por otro lado, resulta evidente que la prueba del SIDA debe hacerse en aquellos individuos que den su consentimiento de manera voluntaria y no coaccionada.

Secreto médico versus salud pública

El secreto profesional es un imperativo ético de obligado cumplimiento que aparece recogido en todos los códigos deontológicos médicos y jurídico-penales. Sin embargo, en el tema del SIDA hemos de tener presente el gran impacto sociosanitario que tiene de cara a la convivencia social con las personas infectadas. Es evidente que el Estado y las autoridades públicas deben promover medidas políticas para velar por la salud de la sociedad, que se puede encontrar amenazada por esta enfermedad. Esta enfermedad, convertida en pocos años en pandemia, precisa de un equilibrio entre el derecho a proteger la salud pública (principio de justicia) y el derecho de los pacientes a no desvelar públicamente la enfermedad que padecen (principio de autonomía).

Sobre la necesidad de ser catalogada como enfermedad de «declaración obligatoria», se sigue manteniendo un intenso y conflictivo debate. Si en este tema defendemos la idea de buscar el bien común, será necesario establecer unos criterios mínimos que nos permitan dilucidar cuando sí y cuando no es conveniente optar por esta intervención.

Pero, ante todo, hay que respetar los derechos de terceras personas. Se toca aquí el complicado tema de la confidencialidad de las personas seropositivas y la posibilidad de medidas sociales de restricción de su libertad por el bien común (peligro de discriminación social). Aquí entran en conflicto la libertad e intimidad del enfermo de SIDA y la protección de la salud y de la vida de terceras personas expuestas al peligro de infección. El secreto médico debe ser una exigencia, pero no un deber moral absoluto. Hay casos en que está moralmente justificado su comunicación, eso sí, cuando se pone en peligro la salud y la vida de terceros. (ej.: cuando un enfermo se niega a comunicar su seropositividad a su pareja, con el consiguiente riesgo

a contagiarla, el médico puede y debe informar a su cónyuge del peligro que corre).

Ante todo esto cabe plantear algunos interrogantes éticos:

- **¿Es legítimo el aislamiento de los afectados por el VIH?:** dado el enorme número de enfermos actualmente afectados por el SIDA y el temor a un aumento vertiginoso de nuevos casos, cabe plantear la posibilidad de crear unos «sitorios» para los llamados «grupos de riesgo» (enfermos e infectados). Esta posibilidad puede verse como una medida de segregación social y de privación de la libertad personal, que indudablemente atentaría contra toda ética, pues privaría a estas personas de la convivencia social a la que tienen derecho. Pero además de ser injusta, crear sitorios para más de 1,5 millones de seropositivos en EE.UU. o 150.000 en España, sería técnica y económicamente inviable, pues supondría un internamiento no temporal, sino de por vida. Aun así y moviéndonos en el respetuoso marco de una bioética social democrática, hay quien plantea el caso de aquellos enfermos «recalcitrantes», que no cejan con su conducta de poner en peligro de infección a otras personas, para los que habría que imponer medidas legales de control (ej.: personas que se dedican a la prostitución o reclusos). Aunque este planteamiento supondría una medida disuasoria para aquellos que ponen en peligro intencionadamente la vida de otras personas sanas, ha de descartarse, pues acentuaría más la discriminación de grupos sociales ya estigmatizados. En buena ética es preferible optar por ofrecer medidas de información y prevención, más que por imponer medidas coercitivas.
- **¿Es legítimo un screening en los ambientes hospitalarios?:** En el ámbito laboral sanitario el problema cobra un matiz diferente, pues los hospitales constituyen claros lugares de riesgo de posible contagio. A pesar de que la probabilidad de contagio es muy baja o casi nula en caso de accidente fortuito, y a pesar de que no existe un incremento significativo de profesionales de la salud infectados por el VIH en el desempeño de su profesión, se han dado casos de trabajadores sanitarios que se han infectado al tratar con pacientes seropositivos. De ahí ha surgido la demanda de que se haga un screening generalizado y obligatorio a todos los que ingresen en un centro hospitalario o vayan a someterse a pruebas quirúrgicas, y se ponga en conocimiento de todos los miembros del hospital los resultados de dichas pruebas. Aunque también cabe plantear la posibilidad contraria: que el sanitario pueda contagiar al enfermo sano. Si el personal sanitario debe promover medidas que salvaguarden su integridad, también los enfermos deben estar totalmente protegidos del peli-

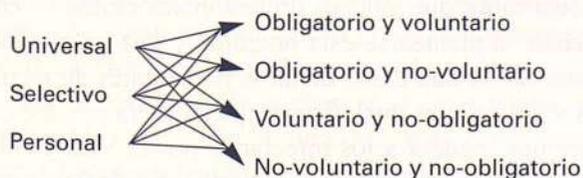
gro de un posible contagio yatrogénico, aunque el riesgo de contagio sea menor. En uno y otro sentido (aplicación rutinaria del test tanto a los pacientes hospitalizados como a los sanitarios que allí trabajan), nos parece que es una medida desproporcionada (también sería necesario hacer tests para el resto de enfermedades infecto-contagiosas), aunque puede justificarse atendiendo a la protección de la salud de todos, siempre y cuando se cumplieran los criterios éticos de confidencialidad, justicia y beneficencia (que no se discriminara a ningún paciente por resultar VIH-positivo). De todos modos, somos partidarios de rechazar este test rutinario y generalizado, para adoptar la aplicación práctica de las necesarias medidas de precaución.

El secreto médico debe ponderarse bien, ya que tanto los portadores como los enfermos de SIDA pueden infectar a otros miembros de la sociedad en la que habitan. De todos modos, el derecho a la confidencialidad debe salvaguardarse por encima de todo, siempre y cuando no se perjudique a terceras personas.

¿Existe obligatoriedad de un Screening generalizado?

La realización de screening o rastreos masivos obligatorios permitiría conocer las dimensiones reales de la enfermedad (a pesar de los falsos negativos y positivos que por probabilidad puedan darse), así como la identificación de quienes son portadores de la enfermedad y la posibilidad de evitar los posibles contagios. Sin embargo se pone en litigio el tema de la confidencialidad y privacidad de los resultados, sobre todo, porque marcaría socialmente de manera peyorativa a aquellos individuos que estén infectados o padezcan la enfermedad.

Los Test de interés general o individual pueden ser de varios tipos, dependiendo de su carácter voluntario/involuntario y obligatorio/no obligatorio:



De entre todos los posibles tests el que ofrece mejores garantías éticas es el selectivo/personal voluntario y no-obligatorio, dado que se respeta tanto el principio

Ser persona equivale a decir que todo ser humano, por el hecho de serlo, posee una dignidad intrínseca

de autonomía mediante el consentimiento informado y la no-obligatoriedad mediante el ejercicio de la libre disposición del paciente. El test voluntario y obligatorio también es lícito éticamente, puesto que también tiene en cuenta la libertad y voluntariedad del paciente. Aunque hay veces en que se pueden hacer tests obligatorios y no voluntarios en pacientes hospitalizados con riesgo de contagio al personal sanitario que los atienden. Cuando existe este riesgo potencial puede quedar justificada dicha práctica, aunque siempre es conveniente que vaya precedida por el consentimiento informado del enfermo. No obstante, no parece tan acertada la prueba no-voluntaria y no-obligatoria, pues puede representar un abuso de poder por parte del médico (paternalismo fuerte), con la consiguiente determinación de los fines e intenciones que dicha prueba serológica representa para el personal sanitario o científico. De todos modos, delimitar la moralidad positiva o negativa de dichas acciones dependerá de cada circunstancia concreta, pero en general será más ética aquella práctica que respete la autonomía del enfermo, busque su mayor beneficio y su menor perjuicio.

En cuanto al cribado serológico, se ha de cuestionar si la salud pública, en el marco de una sociedad libre y democrática, debe o no respetar los derechos humanos más elementales del paciente seropositivo, como es el derecho a la privacidad y confidencialidad de sus datos. Obviamente, si se quiere crear lazos de unión en este conflicto de derechos, en los tests y pruebas serológicas (screening) se habrá de tener en cuenta una criteriológica ética mínima que respete la defensa de la salud pública y la autonomía personal. Estos criterios éticos, que a su vez rigen una normas morales, unas condiciones y unos requisitos determinados, bien pueden ser éstos: respeto por las personas, a su libertad, confidencialidad, privacidad e intimidad (principio de autonomía), evitar daños a terceras personas (principio de daño), favorecer los intereses y el bienestar de todos (principio de beneficencia), distribución equitativa y no discriminatoria de los recursos

sanitarios (principio de justicia). El fin de cualquier plan de screening será éticamente aceptable si responde a estas premisas y al respeto entre los derechos de los individuos infectados y el bien público.

Con todo y dado que existen otras medidas para detectar la enfermedad y prevenir su contagio, la mayoría de autores consideran que no deben realizarse estas pruebas con un carácter obligatorio, aun cuando tengan carácter voluntario, por las consecuencias negativas que podrían generarse (impacto emocional por los falsos positivos, segregación y exclusión social de los afectados, etc.) y que es mejor optar por las vías de la información y la prevención. Aunque también aquí caben excepciones: se considera que para aquellos que sean donantes de sangre, semen u órganos se les debe hacer obligatoriamente la prueba del VIH, ya que a través de sus donaciones pueden transmitir el virus; de ahí que sea necesario exigir la obligatoriedad de un test previo con el fin de descartar a aquellas personas infectadas. En este cajón de excepciones hay algunos que empiezan a proponer incluir en las licencias matrimoniales la prueba obligatoria del VIH de manera que los progenitores sepan de antemano si su descendencia puede contagiarse de dicha enfermedad, así como en los ambientes laborales o escolares. En uno y otro caso carece de sentido esta propuesta dado que aunque la pareja sepa de antemano esta posibilidad de contagio, así como de la heredabilidad de cualquier otra enfermedad, pueden decidir seguir con su idea matrimonial. Del mismo modo, en los ambientes laborales o escolares supondría el rechazo y la discriminación de la persona enferma sin motivo justificado, puesto que la simple convivencia (fuera de los cauces conocidos de transmisión) no conlleva irremisiblemente la posibilidad de contagio. También empiezan a oírse voces de obligatoriedad de este test en los seguros médicos, sobre todo por intereses económicos, así como a todas las mujeres embarazadas.

Algunos bioeticistas norteamericanos, como J. F. Childress, proponen cuatro condiciones para poder realizar estas pruebas obligatorias. Fuera de estos requisitos no cabe otra opción que negarse a la realización de las mismas:

- Una política de test obligatorios debe tender a proteger la sanidad pública y sólo podría realizarse si los beneficios superaran los probables riesgos o daños.
- Dado que estas medidas contravienen valores personales muy importantes, sólo podrán tomarse como úl-

timo recurso, siempre que no exista otra alternativa legítima de acción.

- Debería buscarse una política que lesione lo menos posible la libertad, la privacidad y la confidencialidad del ciudadano.
- Finalmente y aunque se satisfagan las condiciones anteriores, en virtud del principio de autonomía o de respeto a las personas, éstas nunca pueden convertirse en un mero medio para lograr los objetivos de la salud pública, por muy legítimos que sean.

Apoyándose en esta criteriología y teniendo presente las dificultades prácticas de este screening generalizado a miles de personas: necesidad de políticas de racionamiento de recursos sanitarios, costes económicos elevados, costes emocionales de los falsos negativos y positivos en el diagnóstico, imposición de un test para una enfermedad con estigma social, violación de la intimidad y privacidad de las personas, violación de la confidencialidad médica,... nos parece que un cribado universal iría en contra de todos estos elementos, por lo que optamos por no justificar los screening masivos, salvo situaciones excepcionales, y por presentar estrategias basadas en la información-prevenición y en el consentimiento voluntario.

PROBLEMAS ÉTICOS DEL TRATAMIENTO

A pesar de que todavía no se ha hallado ninguna vacuna o medida totalmente curativa para esta enfermedad, y que los programas de información y educación sean la única estrategia válida para hacer frente a la misma, hay que reconocer que en el empleo de vías terapéuticas están surgiendo una serie de problemas éticos que merece la pena recoger y analizar. Entre ellos destacamos los siguientes:

¿Existe obligación ética de cuidar y tratar a estos enfermos?

Encontramos que muchos profesionales sanitarios comienzan a plantearse esta pregunta y que en muchas encuestas se dan casos de altos porcentajes de médicos y enfermeras que afirman que si fuera posible no tener que atender a los infectados por el VIH y sólo dedicarse a otros enfermos lo harían. Evidentemente, el peligro de contagio por pinchazos o cortes al tratar sangre o fluidos de personas infectadas (orina o heces), aunque sea mínimo, existe. Y quizá radique ahí el motivo de dicha preferencia.

Cabe pues plantearse, como exigencia ética y profesional, hasta qué punto están obligados los profesionales sanitarios a tratar a los infectados por el VIH, cuando existe el riesgo pequeño, pero real, de ser infectados por un virus que lleva irremisiblemente a la muerte. Por el principio de autonomía cabe aceptar esta posibilidad, pero el principio de beneficencia hacia el paciente también tiene aquí un peso importante, si no mayor. En primer lugar por el carácter vocacional de la profesión médica y, en segundo lugar, por la obligación de asumir riesgos en beneficio de la persona enferma. No obstante, en los casos de negativa (objeción de conciencia) o desatención por parte del médico, habrá que buscar medidas alternativas a la asistencia o delegar la responsabilidad en otro profesional.

En la relación sanitario paciente, se espera veracidad como parte del respeto que se debe a las personas

Esta obligación de prestar ayuda de manera beneficiosa ha sido la tónica general, en las declaraciones médicas existentes, sobre la exigencia ética de los profesionales sanitarios de atender a los infectados por el VIH. Así lo recogió la Asociación Médica Mundial en el Congreso de Madrid en 1987: «Los médicos hacen gala de la antigua y honrosa tradición que consiste en atender a los pacientes afligidos con enfermedades infecciosas con compasión y valor. Esta tradición debe perpetuarse durante la epidemia del SIDA». Aunque como afirma el bioeticista A. R. Jonsen, «los pronunciamientos de las organizaciones profesionales, por muy solemnes que sean, no crean por sí mismas un deber ético». Indudablemente sostenemos, por el carácter de la profesión sanitaria, que cierto grado de responsabilidad, sacrificio y altruismo son obligatorios, sobre todo a la hora de usar la ciencia al servicio del enfermo. Máxime, cuando tanto médicos como enfermeras hacen profesión de beneficencia (santo y seña de la ética médica).

No obstante, cabe hacer otra salvedad: ¿sería aceptable que esta obligación asistencial tuviera una connotación voluntarista?, es decir, sin dejar de atender al

enfermo plantear la posibilidad de que fueran atendidos por personas especialmente sensibilizadas, a las que incluso se las incentivara económicamente de manera especial. Eso sí, en el caso de que esta estrategia resultara fallida, entraría en juego la obligación universal de todos los profesionales sanitarios de atender a estos pacientes. Nos parece una postura coherente, aunque insostenible, pues por una parte incluiría la distinción de «médicos de SIDA» y «otros médicos», y, por otra, pondría en juego el bien del enfermo y todas las consecuencias negativas asociadas a esta enfermedad.

Optamos pues por defender la obligatoriedad de la asistencia pero con medidas de precaución. Ante un enfermo seropositivo o con SIDA, los profesionales de enfermería deben extremar los cuidados para protegerse de una posible infección.

Para ello deberán tener claro que:

- Sólo se corre el riesgo de contagiarse por medio de la inoculación. Parece que el simple pinchazo no basta, es necesaria la inyección de sangre.
- Es necesario evitar riesgos innecesarios mediante: buena higiene, correcto uso de guantes de goma, empleo de contenedores para depositar objetos punzantes, batas y delantales desechables, etc.

Por lo tanto, precaución sí, pero justicia y beneficencia también, sobre todo porque son deberes primarios propios de la profesión.

Aspectos éticos en la investigación y ensayos clínicos

Son varios los fármacos que se han ensayado y se ensayan en el tratamiento del SIDA, sin que ello haya resuelto el índice de mortalidad de esta patología. Sin embargo, gracias a los últimos avances en investigación médica es posible mediante la utilización combinada de algunos fármacos antirretrovirales controlar mejor los síntomas, mejorar la calidad de vida y prolongar el tiempo de supervivencia, aunque todavía seamos incapaces de curar definitivamente a los pacientes.

La investigación de nuevos tratamientos y los ensayos clínicos en busca de vacunas efectivas constituye el filón más alentador para todos aquellos que padecen o se preocupan por esta enfermedad. Quizá sea la vía práctica más eficaz para conseguir lo antes posible

una vacuna que pueda luchar contra el virus que la produce. De hecho los gobiernos, en los últimos años, están dedicando cada vez mayores cantidades de dinero a la investigación de esta enfermedad, para mejorar en el conocimiento de los retrovirus causantes y los posibles agentes preventivos o curativos de la misma.

Pero a pesar de la necesidad del avance médico en la investigación y tratamiento, están dándose casos de empleo de nuevos fármacos que, en ocasiones, no están lo suficientemente testados o aprobados por la comunidad científica, con lo que entramos en el controvertido mundo de la experimentación humana. En este sentido es obligado decir que no es ética la experimentación en sujetos que no han dado su consentimiento a la misma o en la que los riesgos inherentes a la misma superen los posibles beneficios que ésta pueda conllevar. Asimismo, tampoco debe darse más importancia a los intereses de la ciencia y de la sociedad que a los del individuo afectado, ni siquiera bajo la justificación de un posible beneficio para las generaciones futuras: no siempre el fin justifica los medios.

Finalmente, terminamos y exponemos las directrices que deben guiar la investigación y el tratamiento de la enfermedad en los años venideros. Se intenta así poner como premisas éticas los principios de solidaridad y de justicia en el ámbito de la asistencia sanitaria a estos pacientes. También, se apuesta por la defensa de los valores fundamentales de la persona, de su dignidad y derechos inalienables por encima de cualquier enfermedad o circunstancia, así como por los deberes de solidaridad social.

Impacto económico y distribución de recursos

La evaluación socioeconómica de esta enfermedad constituye un imperativo ético, en cuanto que supone el deber moral de racionalizar los recursos asistenciales existentes en aras de una justa y equitativa distribución de los mismos. La distribución de recursos sanitarios aparece pues como una necesidad ineludible de cara a los próximos años.

Los elevados costes del tratamiento a los enfermos de SIDA está generando intensas e importantes polémicas en la administración pública. Se barajan las cifras de que solamente en gasto farmacéutico para los enfermos de SIDA en nuestro país se invierten anual-

mente unos 150.000 millones de pesetas, lo que supone un alto porcentaje en el presupuesto sanitario nacional. Debido al elevado coste en tratamientos farmacológicos y gastos de hospitalización que estos pacientes requieren, máxime cuando son medidas paliativas que no solucionan radicalmente el problema, se está creando la duda sobre si no sería más lógico invertir estos recursos en pacientes y enfermedades cuyo pronóstico sea más halagüeño que en los enfermos de SIDA. Esto sin considerar que no sólo otras necesidades médicas podrían quedar cubiertas si se llevase a cabo esta medida, sino también saldrían beneficiadas algunas partidas presupuestarias como las de educación, seguridad social, pensiones, etcétera.

Esta enfermedad que produce globalmente unos costes de 20 a 25.000 dólares al año por persona, supone plantear el problema atendiendo a tres criterios: *a)* coste/beneficio y coste/eficiencia, *b)* futilidad de los tratamientos y *c)* calidad de vida. Si seguimos, de manera general, el primer modelo economicista-utilitarista, es claro que no es rentable promover una asistencia integral a estos enfermos. Sin embargo, teniendo presente la futilidad actual de algunos tratamientos farmacológicos antirretrovirales y la expectativa de lograr la mayor calidad de vida posible, parece conveniente no abandonarles a su suerte y seguir los criterios éticos de asistirlos: racionalizando los recursos de manera razonable, perfeccionando los métodos de valoración de la calidad de vida, mejorando los sistemas de gestión para disminuir los costes sanitarios y, sobre todo, formando a los profesionales sanitarios en técnicas de gestión para la contención del gasto, incluyendo la reducción de procedimientos terapéuticos innecesarios...

Dejando claro que este debate no se resuelve por la vía ideológica del utilitarismo o de la razón económica, es concebible plantearlo desde la solidaridad y desde la justicia. Es defendible, pues, la exigencia de justicia de no excluir de los servicios sanitarios a las poblaciones más vulnerables y débiles, como es el caso de los enfermos de SIDA. Es más, dado que los fondos públicos proceden de todos los contribuyentes, todos tienen derecho a que el Estado les proteja en su salud y se les atienda eficazmente. Concluimos pues que existe una obligación de no desatender a estos pacientes, pero también de racionalizar los servicios sanitarios en razón de la disponibilidad de recursos existentes y de la justa distribución de los mismos entre toda la población.

PROBLEMAS SOCIALES

Como todos sabemos, el SIDA es una enfermedad estigmatizada y estigmatizadora. Frecuentemente los enfermos de SIDA no sólo tienen que convivir con el virus que les causa esta inmunodeficiencia, sino que han de enfrentarse a la marginación, al rechazo y a la incompreensión de los demás. Se nos olvida que a pesar de que su etiología y expansión recaiga entre los drogadictos y homosexuales, grupos marginados, marcados y estigmatizados (que propician la estigmatización de esta enfermedad), el SIDA es una enfermedad que nos incumbe ya a todos: más que una enfermedad personal es una enfermedad social.

Se apuesta por la defensa de los valores fundamentales de la persona, de su dignidad y derechos inalienables por encima de cualquier enfermedad o circunstancia

La situación social del enfermo de SIDA no es nada favorable, dado que padecer esta enfermedad les supone, en algunas ocasiones: perder el puesto de trabajo, perder a la familia, a la pareja, a los amigos más íntimos, cambiar radicalmente de modo de vida, tienen problemas con las pólizas de seguro, etc., pero sobre todo se saben sentenciados a muerte. Primero a una muerte social (por exclusión) y segundo a una muerte biológica (por su inmunodeficiencia).

El SIDA es una de esas enfermedades que todavía sigue teniendo una connotación moral negativa, sobre todo porque aparece asociada a grupos marginales de la sociedad y algunos han querido interpretarla como una maldición o castigo divino hacia los homosexuales y drogadictos. Pero a pesar de que cuenta con grandes apoyos sociales y cada vez más se está despertando una solidaridad social mayor, es innegable la gran carga marginal que recae sobre los enfermos o los afectados por el VIH.

El principio de justicia en relación al SIDA obliga a la no-discriminación en los terrenos laboral, escolar, social, etc. y a la necesidad de evitar actitudes irracionales, excluyentes o deshumanizantes en el trato con estos pacientes. Como afirma el profesor Gafo, «si el fuste y el vigor moral de una sociedad se expresa por la atención y el cuidado que presta a sus miembros más marginados y débiles, los enfermos de SIDA deben gozar de prioridad en la distribución de los siempre limitados recursos sanitarios».

También aquí es necesario abordar la exigencia ética de aquellas personas que siendo conscientes de su estado de seropositividad y tienen comportamientos de riesgo, de informar a sus compañeros sexuales. Es evidente la exigencia ética que tienen estas personas de no contagiar intencionadamente a otros con el VIH, de ahí la necesidad de comunicar su situación y poner medidas de protección. La confidencialidad de los datos por parte del médico deja de ser absoluta, pasando a tener excepciones en aquellos casos en que se pueda poner en peligro la vida de otra persona ajena a la información.

CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta la multitud de dilemas éticos, presentes y futuros, que genera esta enfermedad, reconocemos la complejidad de las reflexiones éticas aquí plasmadas y somos conscientes tanto de su limitación como de su pretendido carácter unificador. Pero nuestro objetivo era sensibilizar sobre los fundamentos éticos que cabe proponer para con estas personas así como crear conciencia para afrontar con realismo los principales problemas que se derivan del cuidado y convivencia con las mismas.

Si partimos de la base de que la prevención es la única curación, es necesario plantear, desde una buena pedagogía sanitaria (informar y formar sobre los mecanismos de transmisión de la enfermedad y las formas de evitarlos: uso de jeringuillas desechables, preservativos, fidelidad conyugal, etc.), tanto para los afectados como para los que conviven con ellos, una toma de conciencia de nuestra responsabilidad global para prevenir, atajar y erradicar esta epidemia, así como hacer un llamamiento a la esperanza de un cuidado mejor, donde la posibilidad de curación y el grado de humanización en la asistencia sean los principales objetivos a perseguir.

Quizá en nuestra sociedad tengamos muchos otros problemas, más acuciantes y más urgentes de resolver, pero sin duda también esta enfermedad empieza a constituirse en un grave y serio problema para toda la humanidad, sobre todo de cara al próximo milenio. Ojalá este libro sirva, junto a otros del mismo género, para luchar de manera compartida contra la ignorancia y el miedo injustificado de muchos hacia el SIDA, para crear un cambio positivo en las actitudes médicas y sociales ante estos enfermos (tolerancia, respeto, solidaridad) y para alentar a todos a seguir trabajando por la comprensión y solidaridad hacia los que padecen esta terrible enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

BARBERO, J.: *Calidad de vida guiada por los valores, reflexiones desde una casa de acogida para enfermos de SIDA*. Bioética e Cultura 2 (1994) 139-149.

BAYER, R.: *AIDS and Ethics*, en VEATCH, R. M. (ed.), *Medical Ethics*, Jones and Bartlett, Sudburg, 1997, pp. 395-413; ÍD., *Discrimination, informed consent and the HIV infected clinician*, *British Medical Journal* 314 (1997) 915-916.

BENATAR, D. y BENATAR, S. R.: *Informed consent and research*, *British Medical Journal* 316 (1998) 1008.

BURR, C.: *The AIDS exception: privacy vs. public health*, *Atlantic Monthly* 279 (1997) 57-67.

COHEN, J.: *AIDS trials ethics questioned*. *Science* 276 (1997) 520-523.

FADEN, R. y KASS, N.: *HIV research, ethics and the developing world*. *American Journal of Public Health* 88 (1998) 548-550.

FERRER, J. J.: *Sida y Bioética: de la autonomía a la justicia*. UPCO, Madrid, 1997.

FINN, L.: *It's for (y)our good: an analysis of the discourses surrounding mandatory, unblinded HIV testing of newborns*. *Journal of Medical Humanities* 19 (1998) 133-162.

GAFO, J. (ed.): *El SIDA: un reto a la sanidad, la sociedad y la ética*. UPCO, Madrid, 1989; ÍD., *Problemática ética del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*, en CRUZ ROJA ESPAÑOLA: *SIDA, sociedad y derechos humanos*. Cruz Roja Española, Madrid, 1992, pp. 103-129; ÍD., *Ética y Legislación en Enfermería*. Universitas, Madrid, 1994. ÍD., *Los principios de justicia y solidaridad en Bioética*. Miscelánea Comillas 55 (1997) 77-115.

GARCÍA FÉREZ, J.: *Ética de la salud en los procesos terminales*. San Pablo, Madrid, 1998.

GONZÁLEZ JURADO, M. A. y FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, P.: *La enfermería y los enfermos de SIDA*, en PASTOR GARCÍA, L. M. y LEÓN CORREA, F. J.: *Manual de ética y legislación en enfermería. Bioética de enfermería*, Mosby/Doyma, Madrid, 1997, pp. 153-158.

GOSTIN, L. O. y WEBBER, D. W.: *HIV infection and AIDS in the public health and health care systems: the role of law and litigation*. *JAMA* 279 (1998) 1108-1113.

GRACIA, D.: *Fundamentos de Bioética*, Eudema, Madrid, 1989; ÍD., *El recto ejercicio profesional. ¿Cuestión personal o institucional? El caso de la atención al enfermo terminal*. *Quadern Caps* 23 (1995) 94-98; ÍD., *Fundamentos de la ética clínica*, *Labor Hospitalaria* 244 (1997) 119-127.

SIMON LORDA, P.: *Aspectos bioéticos de la atención al paciente VIH/SIDA: Consentimiento informado e infección por VIH/SIDA*. *Seisida* 7 (1996) 7-11.

SCHÜKLENK, U.: *AIDS: individual and public interests*, en KUHSE, H. y SINGER, P. (eds.): *A Companion to Bioethics*. Blackwell, Malden, 1998, pp. 343-354.

BancSabadell



Trasplante de tejido embrionario y fetal

M.^a PILAR
NÚÑEZ-CUBERO

Ginecóloga.
Máster en Bioética.
Colaboradora
del Institut Borja de Bioètica.
Esplugues de Llobregat (Barcelona)

El conocimiento de que los tejidos embrionarios y fetales podían utilizarse como tratamiento de algunas enfermedades inmunológicas, degenerativas y genéticas, abrió nuevos horizontes en la práctica médica, especialmente en el tratamiento de las enfermedades degenerativas del sistema nervioso cuyo tejido se había considerado siempre sin capacidad de regeneración y por ello irreparable. Hoy se ha demostrado que el tratamiento mediante trasplante de tejido fetal ha sido beneficioso para unos pacientes (enfermedad de Parkinson) y es una expectativa (enfermedad de Huntington) para otros. Algunos trabajos afirman incluso que quizá existen también en el tejido nervioso células (neuronas), que se regeneran y pueden asegurar la neurogénesis. Es por esta especificidad del sistema nervioso que hemos puesto mayor énfasis en las enfermedades y tratamientos del Sistema Nervioso Central.

Un paso más en este camino ha sido el descubrimiento de «células madre». Se conocían células de este tipo en los diferentes tejidos del adulto como fuente regeneradora del tejido, pero más recientemente se ha descubierto que las células «madre» embrionarias podrían utilizarse como fuente de tejidos, por su posibilidad de diferenciarse para formar varios e incluso todos los tejidos del organismo y por su gran capacidad reproductiva, con un potencial ilimitado de divisiones, lo que permitiría mantenerlas en cultivo en el laboratorio durante un tiempo indefinido.

Estos tratamientos, sin embargo, plantean problemas éticos relacionados, con la propia intervención (información al paciente; balance positivo de beneficios/cargos, razonables posibilidades de éxito, etc.) Los más importantes problemas éticos, sin embargo, provienen de las posibles fuentes de tejidos (embriones y fetos). Puesto que los embriones y fetos abortados espontáneamente no son utilizables en la práctica, excluirémos esta fuente de tejidos en este trabajo.

En la primera parte de este artículo presentaré los aspectos médicos del trasplante de tejido embrionario y fetal; en una segunda parte, los aspectos normativos éticos y jurídicos que la sociedad, dentro de una concepción ética de mínimos ha consensuado o lo está estudiando todavía.

ASPECTOS MÉDICOS

ENFERMEDADES DEGENERATIVAS

Las enfermedades degenerativas provienen de una alteración de los tejidos, que integran los diferentes órganos del cuerpo, caracterizadas por una desestructuración anatómica o morfológica progresiva y consiguientemente una pérdida de su función. Durante siglos, estas enfermedades han sido un reto para el médico especialmente las enfermedades degenerativas del sistema nervioso central, donde la muerte de sus células —las neuronas— en ningún caso iba seguida de reposición celular y el proceso conducía a un estado de «despoblación neuronal». Por obvias razones el trasplante total del cerebro no es posible, por lo menos en humanos, por lo que estas enfermedades no pueden beneficiarse de los progresos conseguidos por medio de trasplante de órganos completos, como sería el caso del riñón, por ejemplo, pero sí de las posibilidades que ofrece el trasplante de tejidos.

TRASPLANTE DE TEJIDO EMBRIONARIO Y FETAL

Entre 1928 y 1959, se había intentado trasplantar tejido pancreático fetal en Italia y Estados Unidos, sin éxito. A partir de 1970, se introduce la técnica del trasplante de tejido fetal, en múltiples países y para diferentes órganos.

En 1974, J. L. Tourain (Lyon-Francia) trasplanta células madre de hígado fetal, desprovistas de todo linfocito T que pueden ser agresores para los tejidos del receptor, a niños con inmunodeficiencia congénita y por ello susceptibles de pasar todas las enfermedades infecciosas. Estos niños estaban obligados a vivir en una *burbuja*, una especie de cámara aislada y estéril, que hiciera de barrera a los agentes infecciosos, y esperar si un día podían desarrollar defensas contra las infecciones o bien sucumbían de alguna de ellas. Las células para este trasplante fueron recogidas antes de las 13 semanas de gestación¹ (entre la 8.^a y la 12.^a), y al menos el 90 % de ellas debían ser viables. El mismo J. L. Tourain describe en su libro *Hors de la Bulle*, (Flammarion 1985) la emoción indescriptible de ver salir un niño de su burbuja, una vez recuperada su inmunodeficiencia, y poder gozar de los brazos de sus padres.

Esta técnica se aplicó después a otros enfermos y en algunos fue necesario realizar un segundo e incluso un tercer trasplante de hígado fetal. Hoy algunos de estos enfermos han sido tributarios de tratamiento mediante terapia génica.

Hasta ahora se han realizado trasplantes de tejido embrionario y fetal (TABLA I).

El campo de aplicación de estos trasplantes se amplía de día en día, abriendo nuevas posibilidades de tratamiento de las cuales tienen especial relevancia los trasplantes de tejido nervioso:

- El tratamiento de las enfermedades neurológicas degenerativas. En la década de los 80 se inicia el tratamiento de pacientes con la enfermedad de Parkinson, mediante trasplante de tejido neural fetal procedente de fetos abortados.
- Regeneración del sistema nervioso periférico, después de sección medular, que ofrece perspectivas insospechadas desde hace unos años.

1. Hoy día la gestación se cuenta por semanas de amenorrea o sin menstruación (s.a.) a partir del primer día de la última regla.

TABLA I

TEJIDO	INDICACIÓN
Tejido cardíaco	Enfermedades degenerativas del miocardio
Islotes de células beta	Diabetes
Cartilago	Osteo-artritis
Células hematopoyéticas	Neoplasias
Tejido hepático	Procesos hepáticos y hematológicos
Retina	Retinitis pigmentosa
Piel	Tratamiento de los grandes quemados
Hueso	Pérdida ósea por accidentes o tumores
Músculo esquelético	Pérdidas degenerativas, traumáticas, tumorales
Tejido neural	Enfermedades del Sistema Nervioso Central

* Ver Apéndice al final.

ENFERMEDAD DE PARKINSON

Es un trastorno neurodegenerativo severo, caracterizado por *temblor, rigidez muscular, lentitud de movimientos (bradicinesia) y alteración de la marcha y de los reflejos posturales*. La etiología es debida a la pérdida de la función dopaminérgica, productora de dopamina, de una parte del cerebro, —el sistema nigro-estriatal—. El tratamiento farmacológico con *levo-dopa* produce un incremento de la dopamina en las áreas afectadas, pero estos fármacos, eficaces al inicio del proceso, piden dosis progresivamente más altas que al cabo de 4 a 10 años, contrarrestan su eficacia por los efectos adversos o secundarios del fármaco en sí.

Se introdujeron algunos tratamientos neuroquirúrgicos como la «estimulación eléctrica del cerebro» o la sección de algunas fibras nerviosas (palidotomía), responsables de la sintomatología, sin que los resultados auguraran grandes éxitos, cuando el desarrollo de las técnicas de los trasplantes hicieron concebir alguna esperanza. El trasplante de tejido fetal nervioso, previa experimentación animal, parecía ofrecer garantías de éxito. Se trata de implantar tejido mesencefálico o adrenal fetal en el núcleo caudado del sistema nervioso del paciente mediante una técnica mínima-

mente invasiva (basta un trocar o catéter dirigido por *sterotaxia* gracias a la radiología o ultrasonidos de alta definición) en el tejido degenerado, esperando que el implante recupere su función y conseguir la producción de dopamina, pudiéndose seguir después clínicamente su duración en el tiempo, y verificando *post-mortem* el estado de los implantes. Este tejido nervioso se obtiene de fetos abortados, bien por aborto espontáneo, o por aborto provocado, sea éste una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) o una interrupción legal del embarazo (ILE).

La utilización de tejido procedente de aborto espontáneo, como hemos dicho, es muy limitada, por ser reducido el número de ellos y porque los tejidos están alterados por la muerte fetal que precede al aborto espontáneo, a diferencia del aborto provocado, mayor en número y con tejido vivo hasta el momento mismo de la interrupción. Los fetos anencéfalos fueron durante años una fuente de tejidos, pero su número era limitado y, hoy día, estas gestaciones se interrumpen precozmente, por un diagnóstico prenatal precoz.

En la última década, estos trasplantes se vienen desarrollando en muchos puntos del mundo, con resultados aceptables, especialmente en Suecia (Univ. de Lund), varias Universidades americanas (Chicago, Los Ángeles...), Francia (Créteil), Reino Unido (Cambridge), Canadá (Halifax), España (Clínica Puerta de Hierro) y otros países tal y como aparecen publicados en *Neurosurgery, Cell Transplant, Transplantation, N. England J. Med.* y otras revistas científicas de prestigio.

Estos resultados animaron a orientar en esta dirección el tratamiento de la *enfermedad de Huntington* o *corea de Huntington*.

Se trata de un proceso hereditario, de transmisión autosómica dominante que se manifiesta por *alteraciones de tipo cognoscitivo* con evolución a la demencia; *motoras* de tipo disquinesia (descordinación) y movimientos coreo-atetósico (pequeños movimientos involuntarios) y *psiquiátricos*, con cambios de personalidad, labilidad emocional, manía y suicidio.

La etiología, bien conocida hoy día, es debida a una alteración genética, localizada en el gen situado en la región terminal del brazo corto del cromosoma 4 y consistente en una repetición 2 a 3 veces superior a la normal del triplet CAG (los aminoácidos se disponen por grupos de 3, en este caso integrados por Citosina - Adenosina - Guanina).

Este proceso, de pronóstico muy sombrío, puede empezar a beneficiarse de la técnica de los trasplantes de tejido fetal. Ya hay descritos algunos tratamientos, trasplantando tejido estriado (nervioso) de fetos humanos. La evaluación 4 a 6 meses después, confirmaba la mejoría, especialmente de los síntomas cognoscitivos. (Philpott L. M. y col. Good Samaritan Hospital L. A.; Cell Transplant, 1997 May-Jun. 6(3), p. 203-12). La experiencia es todavía muy reciente para una evaluación de rigor.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Otra de las aplicaciones de los trasplantes podría ser la: enfermedad de Alzheimer.

Da comienzo entre los 40 y 90 años de edad, se inicia por una *pérdida de memoria para los hechos recientes y falta de concentración*. Progresivamente, se añade una *dificultad progresiva para la expresión y comprensión del lenguaje, trastornos de la personalidad, en algunos casos trastornos motores y de control de esfínteres y sigue su evolución hacia la demencia*, pudiendo quedar el paciente en un estado puramente vegetativo.

La causa de esta enfermedad, aunque todavía desconocida, se va atribuyendo a factores genéticos y en un 10 % de los casos se manifiesta como hereditaria con transmisión autosómica dominante.

Parece tener relación con un gen situado en el brazo largo del cromosoma 21, pero también se ha especulado en relación con una alteración en el brazo largo del cromosoma 14 y en este segundo caso, los síntomas se iniciarían a una edad más temprana y serían más severos. Hay estudios también que demuestran su relación con el cromosoma 19 (alelo e-4 de la apolipoproteína, «apo-E-e4»).

Se espera que estos enfermos puedan beneficiarse también de este tratamiento, pero se requieren más investigaciones para establecer indicaciones y realizar ensayos clínicos controlados.

Los trasplantes de tejido embrionario, fetal o de células en cultivo podrían utilizarse también en la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) y en la pérdida de sustancia por accidente traumático o vascular.

En España, el Servicio de Neurocirugía del profesor Juan José López Lozano de la Clínica Puerta de Hierro de Madrid, viene realizando trasplantes de tejido

nervioso fetal desde 1980. En 1999 publica 48 casos tratados con mesencéfalo fetal y médula adrenal, cultivada ésta en factores tróficos como soporte necesario para el metabolismo de las neuronas. Las células de médula adrenal no son importantes *per se* sino por los factores que liberan y estimulan a las neuronas que se están destruyendo (Neurosurgery mayo, 1999 y *Neural Repair, transplantation and rehabilitation* Psychology Press, 1999, chap. 5, p. 113).

Existe también en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid un Banco para investigación de tejido nervioso que dirige el profesor Justo García de Yébenes).

Nuevas vías de investigación se dirigen hacia la reparación de secciones de nervios periféricos dañados a consecuencia de traumatismos. John W. McDonald del «Research Consortium of the Christopher Reeve Paralysis Foundation» refiere el tratamiento mediante tejido humano fetal de algunos pacientes con lesiones medulares de largo tiempo de evolución, aunque no hay todavía suficiente información para poder formular algunas conclusiones. Avanzan que el tratamiento con células madre, tanto las embrionarias, como las células madre adultas de tejido neural del propio sujeto, solas o en combinación con tejido fetal, ayudaría a la regeneración de las células perdidas, y al restablecimiento de las conexiones (sinapsis) asegurando la transmisión a través del nervio. (*Scientific American*, septiembre 1999, pág. 54-63).

En nuestro país se trabaja sobre animales de experimentación, en este caso ratas parapléjicas, habiéndose conseguido que nueve de ellas recuperaran la motilidad y sensibilidad de las patas traseras gracias a un trasplante de células nerviosas de la glía envolvente olfatoria. El trabajo dirigido por la Dra. Almudena Ramón-Cueto del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) debe probar si será posible trasladar estos resultados a la especie humana. (*Neuron*, publicado por *La Vanguardia*, el 25 de febrero de 2000.)

TRASPLANTE DE CÉLULAS

El trasplante de células mantenidas en cultivo ofrece grandes posibilidades en la llamada medicina regenerativa por lo que nos detendremos en su explicación.

Cuando los órganos y los tejidos cesan de funcionar de forma integrada desapareciendo la comunicación entre sus células, éstas permanecen todavía vivas y pueden mantenerse así, si se dan unas condiciones adecuadas de cultivo.

Estas células por su gran capacidad proliferativa y su duración en el tiempo ofrecen nuevas posibilidades de tratamiento, a pacientes con pérdida o degeneración de los diferentes tejidos del cuerpo.

En los inicios de los trabajos experimentales sobre células en cultivo para trasplante se utilizaron células embrionarias «normales» provenientes de abortos espontáneos de fetos con enfermedades genéticas o de aborto selectivo de fetos portadores de malformaciones, lo que ha permitido investigaciones importantes sobre el origen y mecanismo de los desórdenes hereditarios.

Las células cultivadas eran de dos tipos: células poco diferenciadas (linfoblastos y fibroblastos) muy fáciles de cultivar y de una gran longevidad y células diferenciadas con una capacidad proliferativa muy limitada y con una duración muy corta de los cultivos. Ahora bien, si se inyecta un virus oncogénico, el SV40, pueden prolongarse hasta un potencial ilimitado de divisiones. Así células provenientes de hígado, riñón o cartílago, puestas en cultivo pueden ser utilizadas con fines terapéuticos.

Un paso más en esta línea de investigación, orientó los trabajos hacia las *células madre o «Stem Cells»*, en español «*células troncales*».

Llamadas así porque dan origen a células de los diferentes tipos de tejidos. Esta potencialidad no es igual para todas las células sino que se pueden distinguir tres tipos en función de su diferenciación: *Células madre totipotentes*, aquellas que pueden dar lugar a un organismo vivo, totalmente funcional, así como a cada tipo de célula del cuerpo humano. Son las células utilizadas para la clonación por gemelación o bipartición. *Células madre pluripotentes*, aquellas células madre, que son capaces de dar origen a células de todos los tejidos, incluido el sistema nervioso, pero no a un organismo funcionante. Y *células madre multipotentes*, aquellas células madre que originan células más diferenciadas, pero sólo de un número limitado de tejidos.

Si tenemos en cuenta su origen las clasificaremos también en 3 tipos:

Células madre embrionarias, («embryonic stem cells» ESC), derivadas de las células de la masa interna del blastocysto (fase del embrión en el momento de su llegada e implantación en el útero materno, 5 a 12 días). Estas células presentan tres propiedades que no se dan en ninguna otra línea celular: Se multiplican indefinidamente, sin envejecer, ni morir y sin sufrir mutación genética. Se presentan como genéticamente normales, y se desarrollan como *totipotentes*, pudiendo dar origen, en cultivo a todo tipo de células, incluyendo las neuronas.

Células germinales embrionarias («embryonic germ cells «EGC») procedentes de tejido fetal, del repliegue gonadal (el que dará origen a las gónadas: ovario o testículo) en un estadio posterior del desarrollo (5-9 semanas) y que puede dar origen a múltiples tipos de células de las 3 hojas embrionarias (entoblasto, ectoblasto y mesoblasto) que dan origen a todos los órganos del cuerpo.

Células madre adultas («adult stem cells» SC). Estas células se encuentran en los tejidos diferenciados del adulto, donde siempre hay un determinado tipo de células madre, poco diferenciadas, a partir de las cuales se formarán las células adultas que constantemente han de reemplazarse en los distintos tejidos. Su multipotencialidad puede ser muy reducida o limitada a un solo tejido.

Se conocían células de este tipo, para casi todos los tejidos (osteoblastos, eritoblastos, linfoblastos...) excepto para las células del sistema nervioso. Hoy algunos trabajos (Steven Goldman, Univ. Cornell de New York: Nature Medicine 2000; 3:278-282/250-251) parecen confirmar que el cerebro tiene la capacidad de generar nuevas células nerviosas, y trabajan en aislar la fuente de esta neurogénesis. Jack P. Antel del Instituto Neurológico de Montreal (Nature Medicine 2000; 3:271-277/249-250) lanza la idea de que el uso de este tejido neuronal evitaría la necesidad de emplear tejido fetal en algunas patologías neurodegenerativas.

Origen de estas células. Las células madre o troncales para los trasplantes pueden obtenerse de fetos abortados, generalmente de abortos provocados; pero puede ser de embriones pre-implantatorios, embriones supernumerarios obtenidos por FIV y conservados por congelación; de embriones con alteraciones que no serían candidatos a ser transferidos al útero; de embriones creados por FIV, para investigación o para donación; o bien de clonación de embriones con esta finalidad.

- Estas células cultivadas *ex vivo*, en forma de colecciones celulares, podrían servir para progresar en el conocimiento de los mecanismos de la diferenciación celular y para la creación de grandes cantidades de células diferenciadas que podrían utilizarse en forma de trasplante para el tratamiento de diversos tipos de patologías como las enfermedades de la sangre, del sistema inmunitario, del sistema nervioso o muscular.
- Esta utilización pide la constitución de colecciones de líneas de células ESC (*embryonic stem cells*) debidamente caracterizadas, esto es: después de haber perfectamente establecido su fenotipo inmunológico (constitución inmunológica); la ausencia de anomalía cromosómica y de contaminación por agentes infecciosos y la incapacidad de transformación de un tipo a otro. (Avis 53 del CCNE).

Hoy la investigación sobre estas células nos aporta, de forma continuada, conocimientos nuevos, especialmente en el campo de las *células madre adultas*, células que tienen un cierto grado de diferenciación, pero que podrían transdiferenciarse a otros tejidos, como si pudieran recuperar la *indiferenciación* para poderse *diferenciar*, de nuevo, en un tejido distinto del tejido inicial. Esta capacidad de poder recuperar la indiferenciación y totipotencialidad ya se pudo constatar en la técnica de la clonación por transferencia nuclear, al conseguir que el núcleo de una célula adulta recuperara su indiferenciación y totipotencialidad para poderse reprogramar y dar origen a todos los tejidos de un nuevo ser (como en el caso de la oveja Dolly). Este tema aunque resulta apasionante sobrepasa el límite de este artículo.

ASPECTOS ÉTICOS

Analizaremos, en primer lugar, los aspectos éticos relacionados con la naturaleza y entidad propia del embrión humano y las consecuencias éticas según las opciones que se adopten que titularemos aborto-dependencia. Veremos después los aspectos éticos relacionados con el procedimiento de utilización de tejido fetal.

NATURALEZA Y ENTIDAD PROPIA DEL EMBRIÓN HUMANO (ESTATUTO)

El problema más importante planteado por la utilización de tejidos procedentes de embriones humanos o de fetos vivos. Recordamos que la utiliza-

ción de células o tejidos de embriones o fetos muertos no la consideramos en este apartado que analiza primordialmente la condición ontológica del ser humano desde el inicio de su existencia. El feto ya muerto no presenta este problema desde la perspectiva de su utilización.

La Instrucción *Donum Vitae* (DV) al presentar la doctrina de la Iglesia Católica afirma «que desde el momento que el óvulo es fecundado, se inaugura una nueva vida que no es la del padre ni la de la madre, sino la de un nuevo ser humano que se desarrolla por sí mismo. Jamás llegará a ser humano si no lo ha sido desde entonces. A esta evidencia de siempre... la genética moderna otorga un preciosa confirmación. Muestra que desde el primer instante se encuentra fijado el programa de lo que será ese viviente: un hombre, este hombre individual con sus características ya bien determinadas. Con la fecundación inicia la aventura de una vida humana, cuyas principales capacidades requieren un tiempo para desarrollarse y poder actuar. Esta doctrina sigue siendo válida y es confirmada, en el caso de que fuese necesario, por los recientes avances de la biología humana, la cual reconoce que en el cigoto resultante de la fecundación está ya constituida la identidad biológica de un nuevo individuo humano» (DV, I,1).

Se considera que por esta razón «el ser humano ha de ser respetado —como persona— desde el primer instante de su existencia». Obsérvese que no se dice que sea persona ni tampoco se ofrecen más criterios para determinarlo. Desde una perspectiva también descriptiva pero con mentalidad jurídica, Laura Palazzani nos dice que «*el conjunto de derechos y obligaciones a que da lugar su relación con el mundo que le rodea, en función por una parte del estatuto moral o atribución axiológica al embrión de un valor, y con ello el deber de respeto, no sólo en sentido negativo de no matar, sino también en sentido positivo de cuidar. Si aceptamos que hablamos de un embrión humano, el sentido positivo de cuidar lleva implícito el tratarlo como persona.*»

Una serie de hechos, científicamente aceptados, nos dan una serie de elementos que fuerzan a plantearnos, de nuevo, la protectibilidad del embrión desde la fecundación.

Enumeremos rápidamente estos hechos:

- *La fecundación es un proceso y no un momento* como siempre se había pensado, la unión de ambos gametos supone un proceso en el tiempo de una duración apro-

ximada de 24 horas, y consta de 2 fases: *la capacitación* o poder fecundante del espermatozoide, el paso de la corona radiada del óvulo, la penetración de la pelúcida y la impermeabilización para bloquear el paso a otros espermatozoides; y *la fertilización*, fase en que el ovocito completa su 2.^a división meiótica y expulsa su corpúsculo polar. Los pronúcleos masculino y femenino se acercan mutuamente, pierden la membrana nuclear, quedando libres los cromosomas de ambos en el citoplasma, entremezclándose entre sí. Solamente se volverá a formar una membrana nuclear al completarse la primera división celular.

- Supuesto que la identidad personal difícilmente puede llegar a establecerse con posibilidades de viabilidad sin identidad inmunológica, hay que decir que el cigoto no tiene todavía *capacidad de transcripción o expresión de su genoma* y sólo la adquirirá en la fase de 4 células cuando haya formado su sistema *Human Lymphocytic Antigen (HLA)* o carta de identidad inmunológica del nuevo ser.
- La individualización de nuevo ser requiere, como bien lo ha expresado el profesor Juan Ramón Lacadena, que se den dos propiedades: *la unicidad* –calidad de ser único– y *la unidad* –realidad positiva que se distingue de toda otra, es decir, uno sólo–. Pues bien, existe una amplia evidencia experimental que demuestra que estas dos propiedades fundamentales no están debidamente establecidas en el nuevo ser en desarrollo antes de que termine la anidación.

Explicaremos esto con más detalle:

- A partir del 6.^o/7.^o día, desde la fecundación, se inicia el proceso de *implantación*, fenómeno complejo de intercambio de información entre el blastocisto y el endometrio de la madre. El factor hormonal materno es esencial para asegurar la implantación cuyo proceso se completa, hacia el 12.^o día en que queda totalmente envuelto y anidado en el espesor de la mucosa uterina o endometrio. A partir de este momento, quedan asegurados el desarrollo y la nutrición, de tal manera que un embrión no implantado, no podrá continuar el crecimiento ni el desarrollo.
- Hasta el día 14.^o, son posibles dos fenómenos capaces de dar lugar a individuos distintos (gemelación) y a fusión de dos entidades embrionarias. Con ello podemos afirmar que hasta el día 14.^o se da una inestabilidad biológica y que por tanto la unidad y unicidad no están aseguradas. ¿Justifica este hecho el bajar las exigencias de protectibilidad hasta que esta inestabilidad haya desaparecido? Además, hacia el día 14.^o, concluido el proceso de implantación se inicia la formación de *la línea primitiva*, que dará origen al sistema

nervioso central (SNC) del embrión humano, sin el cual no podríamos hablar de persona.

Desde esta perspectiva podemos diferenciar otras dos tomas de posición distintas en relación a la protectibilidad del embrión: una posición, considera al embrión como persona potencial, no es persona pero lo puede llegar a ser. Así se expresa el «Comité Consultatif National d'Ethique» de Francia en su Informe n.º 08, de 15 de diciembre de 1986:

«El embrión humano desde la fecundación pertenece al orden del ser y no del tener, de la persona y no de la cosa o del animal. Debería ser considerado éticamente como un sujeto en potencia, como una alteridad de la que no se puede disponer sin límites y cuya dignidad señala los límites al poder o dominio por parte de otros».

Desde esta posición podemos distinguir a su vez dos otras opiniones sobre la protectibilidad que se acuerda al embrión, aunque ambas, en la mayoría de los casos, coinciden en que esta protectibilidad ha de ser gradual en función del desarrollo embrionario y fetal.

Para unos es necesario distinguir entre el embrión pre-implantatorio y el embrión ya implantado. El embrión pre-implantatorio no sería sino un conglomerado de células, afirmándose que la teoría que atribuye la protectibilidad del individuo desde el estadio del cigoto aparece cada vez más débil a la luz de los nuevos datos aportados por la ciencia. El cigoto sería una realidad en camino y formalmente destinada a ser lo que todavía no es y por ello merecedor de una consideración de respeto progresivo. (Carlos Alonso Bedate, Congreso Mundial de Bioética, Gijón, junio 2000).

La consideración de protectibilidad o respeto gradual se reconoce en distintos momentos del desarrollo y para unos será a partir de la 8.^a semana de gestación, cuando en el desarrollo embrionario se haya acabado el proceso de organogénesis; el embrión, a partir de ese momento pasa a llamarse feto. Para otros será el momento de la viabilidad (capacidad de vivir fuera del seno materno), que situamos hoy alrededor de las 23 semanas. Otros consideran que solamente el individuo merece el respeto de persona a partir del nacimiento.

Comentario. Evidentemente para quienes el embrión es persona con potencialidades (posición de la Iglesia Católica) no podrá autorizarse ninguna intervención embrionaria o fetal de carácter experimental y que no sea para su propio bien. Las otras posiciones

tenderán a limitar la experimentación en función del desarrollo. Las posiciones más extremas, en relación al embrión y al feto, vienen dadas por escuelas que como la de Tristram Engelhardt, desde una perspectiva estrictamente filosófica, consideran que no merecen el respeto como personas aquellos que no pueden tener conciencia moral y por lo tanto no han de considerarse como persona los embriones, los fetos o los deficientes mentales: *«las personas son aquellas entidades que tienen conciencia de sí mismas, que son racionales, libres para escoger y que tienen un sentido de preocupación moral»*... *«Así hay seres humanos de nuestra especie biológica que no son personas»*.

RELACIÓN TEJIDO FETAL-ABORTO O «ABORTO-DEPENDENCIA»

Las diferencias brevemente explicadas en el apartado anterior tienen consecuencias importantes a la hora de tratar la vida humana en contraste con la vida puramente biológica, dando lugar a diversas opiniones sobre la utilización de tejido fetal en relación al aborto inducido.

Unos consideran que la utilización de tejido fetal es inaceptable siempre. Cómo es lógico, esta postura considera la protectibilidad del feto como un imperativo ético fundado en su realidad ontológica. Consecuentemente, tampoco acepta que se pueda justificar en ningún caso el aborto selectivo.

Dentro de esta posición hay quienes consideran la aceptabilidad de usar el tejido fetal fruto de abortos provocados con tal de que se separe completamente la decisión del aborto y la realización del trasplante y con el consentimiento previo de la madre para ello. En otras palabras, puede utilizarse el tejido fetal si se garantiza que la decisión del aborto es independiente del uso de tejido fetal para trasplante.

Finalmente, la posición más extrema considera la licitud de buscar un embarazo con el único fin de donar el tejido fetal.

La divergencia de opiniones sobre este problema ha dado lugar a diferentes encuestas para pulsar la opinión de los médicos y la del público en general.

Destacaremos dos de estas encuestas:

- En enero de 1994, la revista *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, en su vol. 170, n.º 1, págs. 12-19, publicaba una encuesta de R. Cefalo de

la Universidad de North Carolina en colaboración con el Instituto de Bioética de Maastricht, para explorar actitudes y conductas en relación con el uso de tejido fetal y aborto, en la que da cuenta de la opinión de un gran número de profesionales, sobre como tomar una decisión ética entre el beneficio de la utilización de tejido fetal humano, y el aborto selectivo o espontáneo.

La encuesta fue dirigida a 390 profesionales y se obtuvo respuesta de 198, el 51 %. Una mayoría, el 66 % de los profesionales europeos, creen que el uso científico o terapéutico del tejido fetal de un aborto selectivo es éticamente aceptable, aún cuando más de la mitad de ellos son fuertemente anti-aborto, pero aprobarían el uso del tejido fetal.

Sólo 25 de 198, el 12,7 %, declara que el aborto es inmoral y por ello tampoco sería ético el uso terapéutico del tejido fetal.

El 21,3 % restante cree que el aborto selectivo es moralmente aceptable y también la utilización del tejido obtenido.

La encuesta concluye que: *«Estos resultados muestran una combinación de utilitarismo, consecuencialismo y deontologismo a la hora de tomar decisiones y plantea dos retos éticos y legales: definir los derechos o intereses que tiene el feto muerto y cuales de ellos podrían ser violados o explotados por el uso de tejido fetal; y determinar si la mujer tiene derecho a disponer de ese tejido fetal para la donación y utilización»*.

- El Instituto de Bioética de Maastricht (Institut voor Gezondheidsethiek) dirige actualmente un proyecto BIOMED-3, sobre Trasplante de tejido embrionario y fetal (Embryon, Fetal Tissue Transplantation, EFTT). Como parte del proyecto se han confeccionado unas encuestas enviadas a profesionales que utilizan tejido fetal y aquellos que lo recuperan, así como a las pacientes que han donado el tejido. El resultado de estas encuestas todavía inéditas y que había de ser presentado a la Comunidad Europea antes del 31 de diciembre de 2000, aparecerá en el curso del año 2001.

Podemos adelantar que se dan diferencias significativas de opinión entre los que obtienen el tejido fetal de un aborto y aquellos que lo utilizan para investigación o trasplante (TABLA II).

El grupo creó también un espacio de reflexión sobre las «células madre» y su obtención a partir de los embriones supernumerarios desde la óptica de dos principios morales:

- El principio de proporcionalidad:

La opinión predominante considera aceptable el uso de los embriones supernumerarios, si esta investiga-

TABLA II

	ENTRE LOS PROVEEDORES DE TEJIDO FETAL	ENTRE LOS QUE UTILIZAN TEJIDO FETAL
EL ABORTO SELECTIVO		
es inmoral	13,3 %	35,7 %
es inmoral, pero las mujeres tienen derecho a tomar sus decisiones	47,8 %	30,4 %
UTILIZACIÓN DE TEJIDO FETAL		
Aprueban el uso	72,4 %	85,2 %
Desaprueban el uso	16,5 %	10 %
RIESGO DE AUMENTO DEL N.º DE ABORTOS		
Inaceptable	74,8 %	90 %
Aceptable	19,2 %	3,6 %
EL DERECHO A LA VIDA DEL EMBRIÓN HA DE SER RESPETADO DESDE		
La concepción	26,3 %	32,7 %
Cuando es viable	25,7 %	36,4 %
Al nacimiento	13,2 %	5,5 %

ción estuviera al servicio de un gran objetivo, sobre todo médico y social.

Y se pregunta el grupo si puede considerarse el desarrollo de la terapia celular un objetivo suficientemente importante.

- *El principio de subsidiaridad.*

Cuando no hay realmente otras alternativas de tratamiento, y mientras se establecen criterios para decidir si no hay otra alternativa mejor desde el punto de vista moral: xenotrasplantes, células madre adultas etc.

También se reflexionó sobre el principio de solidaridad: la falta de todo otro tratamiento para enfermos con procesos altamente incapacitantes podría justificar el sacrificio de embriones supernumerarios, no destinados a ser implantados.

Aunque no se puede dejar de valorar el argumento de la «pendiente resbaladiza» (slippery slope), y la posibilidad de que a estas células madre obtenidas de embriones se les diera una utilización banal como la cos-

mética, o se pudieran utilizar para la clonación terapéutica o para terapia de la línea germinal, no se puede considerar esta objeción válida para suspender todo tipo de tratamiento con células y tejido embrionario y fetal.

ASPECTOS ÉTICOS EN RELACIÓN CON EL PROCEDIMIENTO O FORMA DE LA UTILIZACIÓN DE TEJIDO FETAL

■ *La muerte fetal debe estar previamente establecida* antes de proceder a la extracción de órganos, y el criterio de muerte en estos casos se basa en el cese de la circulación o de la función cardio-respiratoria. En ningún caso estaría justificada la prolongación de estas funciones con miras a la obtención de tejidos u órganos en un período más tardío.

■ *El consentimiento informado (C. I.)*, condición previa, hoy día, de todo acto médico. Pero ¿quién debe dar el Consentimiento? Parece evidente que se debe solicitar de la madre, pero no falta quienes argumentan que si la madre, en caso de interrupción voluntaria del embarazo intenta deshacerse del embrión o del feto, no debería ser requerido su consentimiento, para disponer del mismo después de la evacuación uterina.

El consentimiento del padre, debe también requerirse, ya que se trata de material genético de ambos, y además se debe analizar la posibilidad de enfermedades infecciosas del tejido, por ello debería pedirse el consentimiento de los dos, y en caso de discordancia hacer prevalecer la decisión de la madre. En el consentimiento debe también especificarse, la finalidad para la que se autoriza la utilización de ese tejido fetal.

El momento del consentimiento es importante, en orden a evitar, que si se solicita previamente, el «acto generoso» de la donación pueda influenciar la decisión del aborto, y, más aún, que sirviera de legitimización o de *redención*, justificación. Pero por otra parte el C. I. debe obtenerse antes del tiempo del aborto. Algunos países como Francia, y Bélgica, entre otros, dejan un tiempo de reflexión (una semana en Francia) entre la introducción de la demanda de aborto por la mujer o la pareja y la decisión final. En esta situación concreta, el consentimiento sólo se solicitaría inmediatamente después de la decisión final y con anterioridad al momento de la evacuación uterina.

■ Se debería valorar si la *eficacia*, justifica estos trasplantes, ya que aún no está bien definido el *balance riesgo/beneficio*, ya que el porcentaje de éxito es todavía muy bajo; a veces no basta con un solo trasplante sino que se requieren varios y en cada trasplante puede necesitarse tejido de varios fetos; y además el riesgo de morti-morbilidad para el receptor (morir como consecuencia del tratamiento o tener alguna complicación) es alto.

■ **Tiempo y vía de evacuación.** La edad gestacional (*timing*) al momento del aborto puede quedar supeeditada a la clase de tejido que se quiere trasplantar. Para la enfermedad de Parkinson el tejido neural más apropiado sera el de un feto entre 8 a 11 s. a. Para otras enfermedades neurológicas (Huntington, esclerosis múltiple, traumatismos de la médula) entre las 8 y las 14 s. a. Tejido pancreático para la diabetes juvenil entre las 10 a 20 s. a. Tejido del tronco cerebral para las enfermedades de la sangre a las 16 s. a. Y células de la corda espinal después de las 16 s. a. para la pérdida traumática de tejido neurológico. Así como la vía de evacuación del útero podría venir impuesta en función del tipo de tejido y de la cantidad que se requiera, sea por aspiración del contenido uterino, o por expulsión del feto por vía vaginal, y en el caso del nervio óptico se requiere tejido entre las 16-18 s. a. por *histerotomía* (mini cesárea).

■ **Ni el tiempo del aborto, ni el método o la vía de evacuación deben ser modificados.** Estos dos elementos deben siempre determinarse en función de la mujer y no del material a obtener.

■ Otra consideración ética importante hace relación al **tipo de tejido**, así el tejido germinal por su influencia sobre el genoma y la herencia tiene otras implicaciones éticas; el tejido neural y su influencia sobre la personalidad; el tejido ovárico y la utilización de ovocitos fetales con fines reproductivos, sobre el que centró su atención la «Human Fertilisation & Embryology Authority» en su Informe: «Donated ovarian Tissue in Embryo Research & Assisted Conception» (15 julio 1994). El informe, además de plantear los aspectos éticos y legales, pone énfasis en los aspectos psicológicos del sentirse nacido de un feto abortado.

■ La **independencia de los dos equipos: clínicas de aborto y servicios de trasplante** debe estar asegurada y controlada para evitar la complicidad y el

aumento de la tasa de abortos. Una estructura intermedia como un Banco de órganos y tejidos, podría eludir la dicotomía, y para este tipo de Bancos, existe ya una regulación desde el Consejo de Europa, y mediante ley en diferentes países europeos. Esta mediación podría, sin embargo, retrasar la utilización del tejido, con compromiso de su integridad.

■ La **no comercialización** de estos tejidos es de rigor. Y se debe eliminar toda clase de incentivos por un aborto, así como el recurso a países pobres y de alta natalidad como proveedores de material embrionario y fetal.

■ El **anonimato** debe quedar totalmente garantizado, y en ningún caso una mujer puede decidir o designar el receptor de su tejido fetal.

■ En toda clínica debe estar **prohibido el realizar un aborto a una mujer con la única motivación de donar el tejido fetal.**

■ Por último no se puede dejar de ponderar, a la luz de **una distribución justa de unos recursos escasos**, el coste inmenso de estas investigaciones y tratamientos con beneficios muy reducidos para los pacientes, en perjuicio de otros tratamientos menos sofisticados, aplicables a un mayor número de enfermos.

ASPECTOS LEGALES Y NORMATIVAS

En España no existe una Ley específica sobre el Embrión, pero el tema queda regulado por la Ley 35/88 sobre Reproducción medicalmente asistida, que autoriza la investigación sobre embriones supernumerarios no-viables o sobre embriones pre-implantatorios viables, cuando no es posible científicamente sobre el modelo animal. Esta ley limita la investigación a los primeros 14 días.

La Ley 42/88, sobre donación y utilización de embriones, fetos o de sus células, tejidos u órganos autoriza la donación de embriones y fetos no viables o muertos, a condición de que la interrupción voluntaria del embarazo no tenga nunca como finalidad la donación del tejido. Se requiere la participación de dos equipos diferentes: uno para la interrupción del embarazo y otro para la utilización de embriones y tejidos.

Prohíbe esta ley y lo corrobora también el código penal de 1995 la creación de embriones con fines que no sean la reproducción, así como la clonación de los mismos.

Otros países europeos, como Dinamarca, y Finlandia, consideran también estos aspectos dentro de las Leyes de reproducción asistida y aceptan la investigación sobre el embrión al límite de los 14 días.

Francia sólo permite la investigación en los primeros 7 días y «en beneficio del embrión».

La Ley germánica sobre el embrión de 1990 es fuertemente restrictiva.

En Holanda existe un proyecto de ley al respecto.

Y solamente Gran Bretaña además de permitir la investigación sobre el embrión, autoriza la creación de ellos con esta finalidad.

Desde la Unión Europea, se han promocionado diversos proyectos sobre el mismo tema: El grupo NECTAR, («Network of European Central nervous system Transplantation and Regeneration; Investigación sobre trasplantes y regeneración del Sistema Nervioso Central»), ha adoptado unas normas «guidelines», independientemente de lo que las legislaciones de cada país permitan sobre el tema. (21-02-96).

«Las instituciones y grupos, miembros de NECTAR, se obligan a seguir las siguientes orientaciones éticas, siempre que no contravengan la legislación nacional de su país y en el bien entendido que las observarán aún cuando su respectiva legislación fuera más permisiva:

- El tejido para trasplante o investigación debe obtenerse de embriones o fetos muertos, y dicha muerte debe resultar de abortos espontáneos o inducidos bajo los supuestos legalmente aceptados. La muerte de un embrión o feto intacto se define como la ausencia de respiración y latido cardíaco.
- No está permitido mantener embriones intactos o fetos vivos por medios artificiales con el propósito de utilizar sus tejidos.
- La decisión de abortar no debe ser influenciada bajo ninguna circunstancia por el posible uso o deseo de uso del embrión o feto, y la decisión debe ser siempre anterior a este posible uso. No puede haber relación entre donante y receptor ni el donante puede determinar quién debe ser el receptor.
- El método a utilizar y el tiempo en que se practique el aborto no debe ser influenciado por los requisitos de

la actividad del trasplante cuando éstos entren en conflicto con el interés de la mujer o aumenten el distress embrionario o fetal.

- No se puede utilizar ningún tejido sin el consentimiento de la mujer en cuestión. El consentimiento informado debería obtenerse siempre que fuera posible antes de practicar el aborto.
- El cribado para enfermedades transmisibles deberá hacerse también con el consentimiento informado previo.
- El tejido nervioso para trasplante puede ser utilizado en forma de preparaciones de células en suspensión o con fragmentos de tejidos.
- Todo el personal del hospital, o aquellos que trabajen en el equipo de investigación o estén implicados en cualquiera de los procedimientos, deberán estar plenamente informados.
- La obtención de embriones, fetos y tejidos no deberá tener nunca carácter lucrativo ni puede ser remunerado.
- Todo trasplante o proyecto de investigación, que implique la utilización de tejido embrionario o fetal, debe ser autorizado por un Comité de Ética.

El «Comité Consultatif National d'Ethique» (CCNE) de Francia, en su «Avis» (Informe) n.º 52 sobre la «Constitución de tejidos y órganos embrionarios humanos y su utilización a fines científicos» (11.03.97) afirma que la recogida y utilización de los tejidos y órganos embrionarios normales debe tener un carácter excepcional y no pueden ser considerados sino en el marco de protocolos de investigación bien definidos y aprobados por la «Commission Nationale de Médecine et de Biologie de la Reproduction et du Diagnostic Prénatal». Y, además, recomienda que no se inicie la constitución sistemática y sin finalidad prealable de las colecciones de tejidos y órganos embrionarios normales.

En el «Avis» n.º 53 sobre la «Constitución de colecciones de células embrionarias humanas y su utilización con fines terapéuticos o científicos» (11.03.97), recuerda que el código de Salud Pública prohíbe toda investigación sobre el embrión y, por ello, no es posible la obtención de líneas celulares embrionarias (ESC) a partir de blastocistos humanos obtenidos por fecundación «in vitro» y cultivadas «ex vivo». Espera, sin embargo que la revisión de las leyes de Bioética, prevista para 1999 reconsidere esta situación y la modifique.

Sólo se podrían utilizar embriones congelados, que hayan perdido todo proyecto parental con la debida autorización de los progenitores para la donación y utilización; y, también, los tejidos embrionarios y fetales provenientes de las interrupciones voluntarias del embarazo, siempre y cuando no exista conexión entre los equipos y se cumplan los debidos requisitos éticos: información, consentimiento, anonimato, respeto del tiempo y del método del aborto, criterio de muerte fetal y no-comercialización.

El Consejo de Europa, en el Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, dedica el artículo 18 a la experimentación con embriones «in vitro» y admite la experimentación sobre estos embriones cuando esté admitida por la ley del país, pero añade que *«ésta (la ley) deberá garantizar una protección adecuada del embrión»*.

Prohíbe, el mismo artículo, la creación de embriones humanos con fines de experimentación.

La reciente Declaración de Gijón, firmada el 24 de junio de este año 2000, al final del Congreso Mundial de Bioética, dice en la segunda parte del Art. 10: *«la utilización de células madre con fines terapéuticos debe permitirse siempre que la obtención de esas células no implique la destrucción de embriones»*.

Esta falta de «consenso» sobre el estatuto del embrión, así como sobre la dependencia entre aborto y tejido fetal, ha orientado la investigación sobre otras posibles fuentes de tejidos y células «no-embriónicas».

ALTERNATIVAS A LA UTILIZACIÓN DE TEJIDO EMBRIONARIO Y FETAL

La preocupación por la destrucción y utilización de embriones, ha orientado la investigación hacia otros medios de tratamiento.

Casi a diario la prensa científica lanza posibilidades de tratamientos, como alternativa a la utilización del tejido embrionario y fetal, aunque hasta ahora tengan que ser consideradas más bien como proyectos de investigación, que como realidad terapéutica.

En primer lugar, Estados Unidos, al inicio de 1999, daba cuenta del descubrimiento de células madre no-embriónicas en distintos lugares del organismo como células totipotenciales con posibilidad de diferenciarse en uno u otro tejido; y del primer cultivo, en labo-

ratorio de células humanas pluripotentes o básicas de distintos tejidos del organismo. (Science. Vol. 283 del 05.03.99, pág. 1432-34). Posteriormente, especulaba sobre los múltiples usos que podrían hacerse de ellas (Science, vol. 286 del 17.12.99; pág. 2267). En España, la Comisión Nacional de Reproducción Asistida abogaba por investigar sobre «células madre» (stem cells) no embrionarias (Diario Médico del 4 de marzo de 1999).

Como segunda posibilidad aparece el autotrasplante de células carotídeas ofreciendo una nueva alternativa al tratamiento de la enfermedad de Parkinson. Esta técnica está todavía en fase experimental, en España, pero los resultados parecen prometedores (Servicio de Neurología de la Universidad de Navarra, publicado en «Neuron», 1999; 22; pág. 743-750).

Los xenotrasplantes, o trasplante de órganos y tejidos procedentes de animales, podrían ofrecer también una alternativa. Este es un tema bien estudiado sobre el que la Comisión Nacional de Trasplantes en España ha redactado y publicado un amplio informe, tanto sobre los aspectos científicos como éticos (Madrid, Febrero 1999). El Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) de Francia ha dedicado también su «Avis» n.º 61, de junio 1999 a este tema. La aplicación, sin embargo, de este tipo de trasplantes a sujetos humanos permanece aún bajo reserva.

La Genética y la Biología molecular, mediante terapia génica, podrían ser otra alternativa al tratamiento de estas enfermedades degenerativas, por alteración de algún gen.

CONCLUSIONES

La utilización de tejido embrionario y fetal es una técnica que se ha introducido en nuestra medicina moderna, como tratamiento de algunas enfermedades inmunológicas, degenerativas, y genéticas. Su eficacia se ha puesto de manifiesto, especialmente en las enfermedades degenerativas del sistema nervioso para las que no existía posibilidad alguna de regeneración de las neuronas. Hoy sabemos que el tejido neural fetal ha sido beneficioso para los enfermos de Parkinson. Es una promesa para los pacientes de Huntington y una esperanza para los de Alzheimer.

Estas técnicas plantean, sin embargo, serios problemas éticos como el de la destrucción de embriones y

fetos; la creación de embriones con esta finalidad y la interrupción de embarazos.

Los tejidos utilizados para estos tratamientos provienen:

- De embriones preimplantatorios «vivos», embriones supernumerarios obtenidos de las técnicas de la reproducción medicalmente asistida y conservados por congelación.
- Tejido embrionario, procedente de interrupciones de embarazo antes de las ocho semanas de gestación, y por tanto embriones muertos.
- Tejido fetal, procedente también de abortos voluntarios o legales, después de las ocho semanas de gestación, una vez establecidos los criterios de muerte fetal.

No existe consenso ético sobre el valor y respeto que debe acordarse al Embrión, ya que no existe acuerdo sobre el momento en que la vida humana comienza y consecuentemente sobre el respeto que se le debe al embrión, especialmente en los primeros 14 días.

Se ha de considerar que un embrión supernumerario, procedente de las técnicas de la reproducción asistida, y conservado mediante congelación, no puede desarrollar un proyecto de persona, si no se implanta en un útero materno. Sin embargo conserva una cierta potencialidad, bien que muy reducida, para poder desarrollar ese proyecto si es implantado. El cigoto es la célula, condición, «sine qua non» se puede desarrollar una persona humana: su naturaleza es humana y lo es también su destino².

Al no existir consenso ético los diferentes países se rigen por las leyes que sobre este tema están en vigor en sus propios ordenamientos jurídicos.

Sin embargo, dada esa «potencialidad», por pequeña que sea, de poderse desarrollar, si son transferidos a un útero materno creo que se les debería dar esa posibilidad y agotar todas las alternativas posibles antes de utilizar embriones.

Los embriones pre-implantatorios deberían seguir una de las opciones siguientes:

2. En mi práctica de la Obstetricia en África, pude constatar el desarrollo de 6 gestaciones ectópicas a término, (implantadas en la cavidad abdominal), sin participación alguna del endometrio. De ellas 4 fueron hallazgos quirúrgicos, pero en 2 se obtuvo un feto vivo. Aunque «el endometrio no fue necesario», sí que lo fue el medio interno y hormonal materno para el desarrollo.

- Realizar el proyecto parental para el que fueron creados por sus progenitores y, por tanto ser implantados en el útero materno.
- Si la pareja, que los creó, ha decidido suspender todo proyecto parental, podrían ser donados a parejas infértiles, que cumplan los requisitos para una «adopción prenatal», con el debido consentimiento informado.
- Se les puede dejar morir y, en este sentido se manifiesta Olivier de Dinechin cuando escribe dentro del Avis n.º 53 del Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) de Francia: *«la humanidad enigmáticamente presente en un embrión incluso obtenido y conservado «in vitro» y cuya transferencia no puede ser razonablemente prevista, me lleva a considerar que existe una diferencia ética entre las dos actitudes siguientes ante un embrión: 1) suspender la conservación y dejarle morir y 2) utilizarle con fines de investigación. Esta segunda actitud implica, en efecto, una reducción del embrión a un objeto, a un material de investigación.*
- Solamente, y en caso de que no fuera posible su implantación y estuvieran condenados a la destrucción, se podrían utilizar como tratamiento de enfermedades degenerativas en función del principio de subsidiaridad, cuando realmente no existe otra alternativa de tratamiento.

Se dan, además, otros aspectos éticos en relación con el procedimiento o manejo de materiales, que no pueden elucirse.

En cuanto a la utilización del tejido fetal, procedente de un aborto, podría ser considerado como la utilización de órganos de donantes fallecidos, siempre y cuando se mantenga una independencia rigurosa entre los dos equipos (equipo que realiza el aborto y equipo que lo trasplanta) para no incrementar el número de abortos. J. L. Touraine con ocasión de sus trasplantes a niños con inmunodeficiencia congénita, dirigió una consulta al CCNE y, concretamente, a P. Verspieren, como especialista en Teología Moral, con la siguiente respuesta: *«el carácter excepcional de las muestras de tejido fetal humano exige que quede reservado a fines científicos o terapéuticos especialmente importantes»* (Hors de la Bulle, pág. 195).

Y, entretanto, seguir buscando alternativas para el tratamiento de estos pacientes, quizá la de un tratamiento etiológico, que erradique la enfermedad en su propia causa, más allá de un tratamiento puramente sustitutivo, y que redunde en beneficio de una mayor parte de la humanidad.

APÉNDICE

Entre 1928 y 1959, se practicaron trasplantes de páncreas fetal a pacientes con diabetes tipo I (insulino dependiente) en Italia, y Estados Unidos, sin éxito.

1974 J. L. Tourain (Lyon - Francia) trasplanta células madre de hígado fetal desprovistas de todo linfocito T, recogidas antes de la 13 s. a. (8.^a - 12.^a). La viabilidad de las células debía ser superior al 90 %. Aplicada después a otros enfermos fue necesario realizar un segundo e incluso un tercer trasplante de hígado fetal.

1983 Se trasplantan islotes de células fetales a 5 pacientes con Diabetes en Australia, con éxito.

1986 Robert Gale trasplanta células de hígado fetal a víctimas de Chernobyl, sin éxito.

1987 En Méjico se implanta tejido fetal neural de un feto abortado espontáneamente a 2 pacientes con enfermedad de Parkinson. Y en Suecia tejido fetal de aborto selectivo a 2 pacientes de la misma enfermedad.

1988 En Francia se realiza trasplante de tejido hepático fetal y de timo de dos fetos abortados a un feto «in utero» afecto de un síndrome linfocitario. En el estado de Colorado se implanta tejido neural de un feto de aborto selectivo a un paciente con enfermedad de Parkinson. En Yale tejido neural fetal de IVE a una paciente con Parkinson tras haber conservado las células congeladas durante dos meses y haber verificado antes del implante la seguridad, compatibilidad y viabilidad.

1989 Suecia reporta, un éxito limitado en 2 pacientes con Parkinson, mediante trasplante con tejido neural fetal.

1992 Trasplante de tejido mesencefálico de feto humano (entre la 7-11 semana) en el núcleo caudado de un paciente con Parkinson (N. England J. Med. 1992).

1993 Polémica sobre la utilización de tejido ovárico fetal para el tratamiento de la infertilidad e incluso la maduración de ovocitos fetales como fuentes de óvulos.

(Human Fertilisation Embriology Authority, Julio 1994). 1994 un trabajo de Cefalo refiere la aplicación de trasplantes de tejido neural fetal obtenidos de abortos selectivos para el tratamiento del Parkinson; de timo para el S. De DiGeorge publicado (Am.-J. of Obs. & Gyn. Jan. 1994 vol. 170) De células madre

de médula ósea para el tratamiento «in utero» de la inmunodeficiencia. En este estudio hace una reflexión de los principios bioéticos en juego en esta clase de tratamientos.

1994 En Rusia tratamiento de quemaduras de tercer grado, con tejido fetal, así como implantes de células pancreáticas fetales a pacientes diabéticos (Biull Eksp Biol Med. April 1994). Y propone el tratamiento con células nerviosas fetales para mejorar las funciones mentales de los pacientes con Parkinson.

1996 Suecia describe el tratamiento a 3 fetos «in utero» mediante células fetales de hígado para el tratamiento de la alfa-talasemia; beta-talasemia y la sickle anemia (anemia de células falciformes) (Transplantation June 1996). El Centro de Investigación de reparación del cerebro en St. Luke's Medical Center (Chicago) propone el implante de tejido estriado e incluso de células genéticamente modificadas productoras de factores tróficos, para la regeneración de las neuronas degeneradas. (Cell. Transplant Mar-Apr. 1996). El departamento de trasplantes y la Clínica Inmunológica del Hospital Edouard Herriot de Lyon desarrolla una técnica de trasplante de tejido hepático fetal «in utero» desde 1988, a 6 fetos entre 12-28 s. a.: en 2 de los 6 se produjo un aborto. 3 tenían 4 años y habían corregido parcialmente la beta-thalasemia (J. Hematother. Apr. 1996).

1997 Canadá: comunica que unos 100 pacientes de Parkinson en todo el mundo habrían recibido trasplantes de tejido fetal (Can. J. Neurol. Sc. Nov. 1997). Más de 200 pacientes de Parkinson han recibido en el cuerpo estriado injerto de tejido mesencefálico embrionario. (neuroreport de 1997). En «the Good Samaritain Hospital de los Ángeles» 3 pacientes tratados con trasplante bilateral de tejido del estriado de fetos humanos y constata una mejoría de los síntomas cognoscitivos, mediante una evaluación 2 meses antes y 6 meses (Cell-Transplant May-June 1997).

El Departamento de Neurobiología de la Universidad de Rochester (N.Y.) realiza un trasplante de la retina neural de feto a un paciente con retinitis pigmentosa (Microsc. Res. Tech. Jan. 1997).

1999 En España, además del tejido pancreático que se viene realizando en varios centros, el servicio de Neurocirugía de la clínica Puerta de Hierro de Madrid publica 48 casos tratados con médula adrenal, mesencéfalo fetal y médula adrenal cultivada en nervio periférico (Neurosurgery, mayo de 1999).

BIBLIOGRAFÍA

1. American Journal of Obstetrics & Gynecology, Jan. 1994; vol. 170-1, pág. 12-19.
2. Comité Consultatif National d'Ethique (Paris, France).

Avis n.º 1, sur les prélèvements de tissus d'embryons et de foetus humains morts, à des fins thérapeutiques, diagnostiques et scientifiques (22.05.1984).

Avis n.º 23, concernant des greffes intracrâniennes de tissus mésencéphaliques d'embryons humains chez cinq malades parkinsoniens dans un but d'expérimentation thérapeutique (03.12.1990).

Avis n.º 52, sur la Constitution des Collections de Tissus et Organes embryonnaires humains et leur utilisation à des fins scientifiques (11.03.1997).

Avis n.º 53, sur la Constitution des Collections de cellules embryonnaires humaines et leur utilisation à des fins thérapeutiques ou scientifiques (11.03.1997).

Avis n.º 61, l'Ethique et la xénotransplantation (11.06.99).
3. Consejo de Europa.

Proyecto de protocolo sobre trasplante de órganos y tejidos de origen humano (16.02.99).

Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la biomédecine (04.04.1997).

Documentos del «3er. Symposium sur la Bioéthique: L'Assistance médicale à la Procréation et la protection de l'embryon humain» (Strasbourg, 15-18.12.1996).
4. European Association of Tissue Banks «Ethical Code», 1994 «General Standards for Tissue Banking» (year of publication 1995).
5. «Hacia un estatuto jurídico del embrión humano» M. Carcaba Fernández, Univ. de Oviedo en el II Congreso Mundial Vasco.
6. «Donated Ovarian Tissue in Embryo Research & Assisted Conception». Human Fertilisation & Embryology Authority, (London, 1995).
7. «Fetal neural transplantation placing the ethical debate within the context of society's use of human material. (D. Garth Jones. - Bioethics, vol. 5 n.º 1, 1991, páginas 23-43).
8. Por un «Estatuto jurídico» del embrión humano: el debate más reciente de la bioética italiana (Laura Palazzani, Cuadernos de Bioética, 1995/1.º p. 23-28).
9. La persona del cigoto (Eduardo Rodríguez Yunta, Sloan Kettering Cancer Institut. New York. En Cuadernos de Bioética, 1995, p. 30-34).
10. Tejido nervioso fetal: ética y trasplante. (K. De la Cuéttara Bernal, Revista de Neurología 1998; 27 (160); p. 1043-1049).
11. Stem Cell Research and Applications. Monitoring the Frontiers of Biomedical Research (Am. As. For the Advancement of Science and Institut for Civil Society, Nov. 1999).
12. SCIENCE. «Stem Cells». Vol. 283, Mar. 1999 p. 1432-34 «Editorial». Vol. 286, Dec. 1999, p. 2267.
13. Dignidad de la persona y estatuto del embrión humano (Manuel Cuyás, Labor Hospitalaria, n.º 240, 1996, p.106-112).
14. Neural Repair, transplantation and rehabilitation (Roger A. Barker, and Stephen B. Dunnett; Psychology Press, 1999).
15. «Medicina Interna» (Farreras, 13è edició, 1995).
16. «Hors de la Bulle» (Jean Louis Touraine, Flammarion, 1985).
17. «Dieu, la médecine et l'embryon (René Frydman, Edit. Odile Jacob, 1997).
18. «New Developments in Biotechnology»: (Congress of the United States).
 1. Ownership of Human Tissues and Cells (1987).
 4. U.S. Investment in Biotechnology (1988).
19. «Ethical Issues in Human Stem Cell Research», vol. I (Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission, Rockville, Maryland, Sept. 1999).
20. Ethical Guidelines for the use of Human Embryonic or fetal tissue for experimental and clinical neurotransplantation and research (G. Boer for the NECTAR group).
21. Informe del N.I.H. (National Institut of Health) sobre la investigación en el embrión humano (Paul M. Rowe. Maryland. The Lancet. Vol. 344. Oct. 1994; p. 100).
22. «The use of fetal and anencephalic tissue for transplantation» (Robert Cefalo and Tr. Engelhardt. The journal of medicine and Philosophy, 14; 1989. páginas 25-43).
23. «Una ètica per la bioètica». Joan Carrera i Carrera. Institut Borja de Bioètica, 1999.

Índice por materias

LABOR HOSPITALARIA

1996-2000

■ ABORTO SELECTIVO

- ABEL I FABRE, FRANCESC. 1996; 28 (240): 113-122 *Problemas obstétricos y éticos en torno al inicio de la vida humana: Diagnóstico prenatal y aborto selectivo: la decisión ética.*

■ ANÁLISIS DEMOGRÁFICO Y ESTUDIOS DE POBLACIÓN

- BROGGI, MOISÉS. 1997; 29 (245): 190-193 *El envejecimiento: realidad de una situación: La vejez y la muerte en la sociedad moderna.*

■ ANCIANOS

- BARBERO, JAVIER. 1997; 29 (243): 53-64 *Problemas éticos en la atención al anciano enfermo.*
- BERMEJO, PURIFICACIÓN. 1997; 29 (243): 69-71 *La Iglesia y el anciano enfermo: respuestas y desafíos. Instituciones sanitarias. FERS.*
- BERTRÁN, JOAN. 1997; 29 (243): 89-91 *La Iglesia y el anciano enfermo: respuestas y desafíos. PROSAC.*
- BERTRÁN, JOAN. 1997; 29 (244): 158-160 *Grupos de trabajo: asistencia geriátrica.*
- BERTRÁN, JOAN. 1998; 30 (248): 106-113 *Nuevas perspectivas en la atención psicogeriátrica: La demencia en el anciano: de la sospecha al diagnóstico.*
- BROGGI, MOISÉS. 1997; 29 (245): 190-193 *El envejecimiento: realidad de una situación: La vejez y la muerte en la sociedad moderna.*
- CALLAHAN, DANIEL. 1997; 29 (245): 243-246 *Envejecimiento: perspectivas de futuro. El envejecimiento y los objetivos de la medicina.*

- CALLAHAN, DANIEL. 1997; 29 (245): 257-269. *Envejecimiento: perspectivas de futuro. ¿Qué debemos a la gente mayor?*
- CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA. 1997; 29 (243): 92-94. *Campaña del Día del Enfermo 1997 «El anciano enfermo en la sociedad y en la Iglesia».*
- CONSEJO DE EUROPA. 1997; 29 (245): 275-276 *Derechos de los mayores y respuestas socio-sanitarias. Decisiones del Consejo de la Comunidad Europea.*
- DELPEÉRÉE, NICOLE. 1997; 29 (245): 223-225 *Algunos aspectos éticos del envejecimiento: Ética y familia.*
- EMSON, HARRY E. 1997; 29 (245): 190-193 *El envejecimiento: realidad de una situación: Salud, vejez y muerte.*
- FLECHA ANDRÉS, JOSÉ ROMÁN. 1997; 29 (243): 65-68 *Actitudes ante el anciano enfermo.*
- GAFO, JAVIER. 1997; 29 (245): 251-256 *Envejecimiento: perspectivas de futuro. La Iglesia Católica y la tradición cristiana ante la ancianidad.*
- GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE BENESTAR SOCIAL. 1997; 29 (245): 186-189 *El envejecimiento: realidad de una situación: la vejez en la sociedad actual. Pla integral de la Gent Gran.*
- GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE BENESTAR SOCIAL. 1997; 29 (245): 277-285 *Derechos de los mayores y respuestas socio-sanitarias. La vejez y sus derechos. Pla integral de la Gent Gran.*
- GÓMEZ BOSQUE, PEDRO. 1997; 29 (245): 210-214 *El proceso del envejecimiento: Reflexiones filosóficas sobre el envejecimiento.*
- GÓMEZ ORTIZ, MANUEL. 1997; 29 (243): 33-39 *Psicología del anciano enfermo.*
- GRACIA GUILLÉN, DIEGO. 1997; 29 (245): 180-185 *El envejecimiento: realidad de una situación. Historia de la vejez.*
- INIESTA, ALBERTO. 1997; 29 (243): 40-47 *Anciano y enfermo, caminos de plenitud.*
- IRUSTA, MANUEL. 1997; 29 (243): 20-32 *En el cariño está la clave: la voz del anciano enfermo y de su familia: síntesis de sus testimonios.*
- JECKER, NANCY. 1997; 29 (245): 236-238 *Algunos aspectos éticos del envejecimiento: Envejecimiento social.*
- LLINARES, JUAN BTA. 1998; 30 (248): 114-116 *Nuevas perspectivas en la atención psicogeriátrica: La atención pastoral del anciano enfermo psicogeriatrico.*
- MOODY, HARRY R. 1997; 29 (245): 243-246 *Envejecimiento: perspectivas de futuro. Cuatro escenarios para una sociedad envejecida.*
- NÚÑEZ-CUBERO, M.^a PILAR. 1997; 29 (245): 205-209 *El proceso del envejecimiento: El envejecimiento: un proceso biológico.*
- NÚÑEZ-CUBERO, M.^a PILAR. 1997; 29 (245): 274-275 *Derechos de los mayores y respuestas socio-sanitarias: Método CEDRO.*
- DE LA PARRA, M.^a TERESA. 1997; 29 (243): 76-77 *La Iglesia y el anciano enfermo: respuestas y desafíos. Comunidades: comunidades parroquiales.*
- REDRADO, JOSÉ LUIS. 1997; 29 (243): 48-52 *La juventud de la vejez.*
- RIBERA CASADO, J. M. 1997; 29 (243): 7-19 *Paciente anciano y atención sanitaria ¿Un paradigma de discriminación?*
- SACHS, GREG A. 1997; 29 (245): 239-242 *Algunos aspectos éticos del envejecimiento: Asistencia sanitaria e investigación en personas mayores.*
- SALGADO, VIRGINIA. 1997; 29 (243): 84-88 *La Iglesia y el anciano enfermo: respuestas y desafíos. Comunidades: comunidades religiosas (CONFER).*
- SALINAS, FRANCISCO. 1997; 29 (243): 72-75 *La Iglesia y el anciano enfermo: respuestas y desafíos. Instituciones sanitarias. CÁRITAS.*
- SIMÓN LORDA, PABLO. 1997; 29 (245): 226-235 *Algunos aspectos éticos del envejecimiento: El consentimiento informado y el anciano.*
- TER MEULEN, RUUD (y ot.) 1997; 29 (245): 257-269 *Envejecimiento: perspectivas de futuro. ¿Qué debemos a la gente mayor?*
- TOPINKOVA, EVA. 1997; 29 (245): 257-269 *Envejecimiento: perspectivas de futuro. ¿Qué debemos a la gente mayor?*
- UBIETA, JOSÉ ÁNGEL. 1997; 29 (243): 78-84 *La Iglesia y el anciano enfermo: respuestas y desafíos. Comunidades: presbíteros diocesanos.*
- 1997; 29 (245): 285 *Derechos de los mayores y respuestas socio-sanitarias. Disposiciones existentes en Europa.*

■ ATENCIÓN AL ENFERMO TERMINAL

- DOMINGO CÁRCELES, OLGA (y ot.) 1996; 28 (240): 71-83 *Actitudes sociales ante la muerte.*
- SÁNCHEZ, ISABEL. 1997; 29 (246): 342-343 *Experiencias: Programa de asistencia domiciliaria a enfermos terminales.*

■ BIBLIOGRAFÍAS

- VALMASEDA, CARLOS. 1996; 28 (241-242): 5-32 *Índice de Autores de LABOR HOSPITALARIA 1975-1995.*
- VALMASEDA, CARLOS. 1996; 28 (241-242): 33-34 *Índice de Materias.*
- VALMASEDA, CARLOS. 1996; 28 (241-242): 35-36 *Índice Alfabético de Materias de LABOR HOSPITALARIA 1975-1995.*
- VALMASEDA, CARLOS. 1996; 28 (241-242): 37-72 *Índice por Materias de LABOR HOSPITALARIA 1975-1995.*

■ BIOÉTICA

- ABEL I FABRE, FRANCESC. 1996; 28 (240): 113-122 *Problemas obstétricos y éticos en trono al inicio de la vida humana: Diagnóstico prenatal y aborto selectivo: la decisión ética.*
- ABEL I FABRE, FRANCESC. 1997; 29 (244): 104-106 *El porqué de estas Jornadas: Desde la reflexión bioética.*
- ABEL I FABRE, FRANCESC. 1999; 31 (252): 64-76 *Discurso de ingreso del Dr. Francesc Abel i Fabre como académico numerario de la «Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya».*
- BABERO, JAVIER. 1997; 29 (243): 53-64 *Problemas éticos en la atención al anciano enfermo.*
- BROGGI, MOISÉS. 1999; 31 (252): 77-82 *Discurso de respuesta del Excmo. e Ilmo. Dr. Moisés Broggi i Vallès.*
- CARRERA, JOAN. 2000; 32 (256): 78-85 *Calidad de vida desde la ética civil y la ética cristiana.*
- CHARTIER, MICHEL. 1996; 28 (240): 123-131 *Problemas obstétricos y éticos en trono al inicio de la vida humana: Testimonio e interrogaciones de un tocoginecólogo católico.*

- COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL FRANCÉS DE ÉTICA. 1996; 28 (240): 143-148 *Problemas obstétricos y éticos en trono al inicio de la vida humana: Opinión sobre las reducciones embrionarias y fetales.*
- CUYÀS, MANUEL. 1996; 28 (240): 106-112 *Problemas obstétricos y éticos en trono al inicio de la vida humana: Dignidad de la persona y estatus del embrión humano.*
- DÍAZ PRIETO, ANTONIO (y ot.) 2000; 32 (256): 110-114 *Pacientes críticos y futilidad.*
- FRANÇA TARRAGÓ, OMAR. 1996; 28 (240): 96-103 *Los dilemas éticos de la práctica psicológica y psiquiátrica.*
- GAFO, JAVIER. 1997; 29 (244): 163-164 *Grupos de trabajo: diagnóstico prenatal y nuevas técnicas de reproducción.*
- GALVE, MARIANO. 1997; 29 (244): 152-154 *Grupo de trabajo: enfermos mentales.*
- GARRIGOSA, FEDERICO (y ot.) 2000; 32 (256): 110-114 *Pacientes críticos y futilidad.*
- GRACIA GUILLÉN, DIEGO. 1997; 29 (244): 119-127 *Fundamentos de la ética clínica.*
- ICETA, MARIO. 2000; 31 (256): 93-109 *Calidad de vida y tratamiento fútil: concepto y aplicaciones prácticas.*
- JECKER, NANCY. 1997; 29 (245): 236-238 *Algunos aspectos éticos del envejecimiento: Envejecimiento social.*
- JIMÉNEZ, RAFAEL. 1997; 29 (244): 161-162 *Grupos de trabajo: perinatología.*
- LÓPEZ AZPITARTE, EDUARDO. 1998; 30 (249): 152-161 *Personas con minusvalía: problemas éticos.*
- MARTÍN RODRIGO, JOSÉ M.^a 2000; 32 (258): 310-314 *Aspectos éticos en la atención al niño enfermo.*
- MASSON, M. 1996; 28 (240): 141-142 *Problemas obstétricos y éticos en torno al inicio de la vida humana: Proyecto de declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la reducción del número de embriones.*
- NÚÑEZ-CUBERO, M.^a PILAR. 1996; 28 (240): 132-140 *Problemas obstétricos y éticos en trono al inicio de la vida humana: Reducción embrionaria.*

- SACHS, GREG A. 1997; 29 (245): 239-242 *Algunos aspectos éticos del envejecimiento: Asistencia sanitaria e investigación en personas mayores.*
- SANT JOAN DE DÉU. HOSPITAL INFANTIL (Esplugues). Comité de Ética Asistencial 1996; 28 (239): 62-63 *Documentación: VIH y atención obstétrica.*
- SANT JOAN DE DÉU-SERVEIS DE SALUT MENTAL (Sant Boi de Llobregat). Comité de Ética. 1996; 28 (239): 11-12 *Derechos y deberes del enfermo mental hospitalizado.*
- SANT JOAN DE DÉU-SERVEIS DE SALUT MENTAL (Sant Boi de Llobregat). Comité de Ética. 1999; 31 (251): 32-42 *Carta de derechos y deberes. Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental.*
- SETIÉN, JOSÉ M.^a 1997; 29 (244): 138-150 *Ética cristiana y ética civil.*
- SIMÓN LORDA, PABLO. 1997; 29 (245): 226-235 *Algunos aspectos éticos del envejecimiento: El consentimiento informado y el anciano.*
- TORRALBA, FRANCESC. 1998; 30 (249): 144-151 *Pluralidad de sistemas éticos: ¿es posible el consenso?*
- TORRALBA, FRANCESC. 1999; 31 (251): 19-31 *Los límites del principio de autonomía. Consideraciones filosóficas y bioéticas.*
- TORRALBA, FRANCESC. 2000; 32 (256): 64-77 *Calidad de vida: concepto y Fundamentos antropológicos.*
- TRUEBA, JUAN LUIS. 2000; 32 (256): 86-92 *La calidad de vida: un concepto entre la objetividad y la intersubjetividad.*
- YAFFE, MARK. 1997; 29 (245): 190-193 *El envejecimiento: realidad de una situación: Implicaciones del cuidado de un familiar anciano.*

■ **BIOLOGÍA, FISIOLOGÍA, FARMACOLOGÍA**

- CONSEJO DE EUROPA. 1998; 30 (248): 67-75 *Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina: convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina.*
- CONSEJO DE EUROPA. 1998; 30 (248): 98-99 *Protocolo al convenio de derechos humanos y biomedicina sobre prohibición de clonar seres humanos: Protocolo adicional al convenio para la*

protección de los derechos humanos y la dignidad humana en relación a la aplicación de la biología y la medicina sobre la prohibición de clonar seres humanos.

■ **BODAS DE ORO. LABOR HOSPITALARIA**

- ABEL I FABRE, FRANCESC. 1998; 30 (247): 33-35 *LABOR HOSPITALARIA: llama vacilante, hoy; antorcha más allá del 2000.*
- ÁLVAREZ, FRANCISCO. 1998; 30 (247): 36-37 *Larga vida para un largo recorrido.*
- CONDE, JESÚS. 1998; 30 (247): 38-39 *Una revista con personalidad propia.*
- ESEVERRI, CECILIO. 1998; 30 (247): 40-41 *Años de entusiasmo no disimulados.*
- ETAYO, JESÚS. 1998; 30 (247): 14-15 *50 años al servicio de la salud y la vida.*
- FERRERÓ, RAMÓN. 1998; 30 (247): 42-45 *LABOR HOSPITALARIA entra en la tercera edad.*
- FONSECA, JOSÉ LUIS. 1998; 30 (247): 46-47 *Y a los cincuenta, ¿qué?*
- GOROSTIETA, GABINO. 1998; 30 (247): 48-49 *Objetividad y cercanía a la realidad de LABOR HOSPITALARIA.*
- HEREU, MAITE. 1998; 30 (247): 22-25 *Breve recorrido por la historia de LABOR HOSPITALARIA.*
- MARTÍN RODRIGO, MIGUEL. 1998; 30 (247): 4-7 *Medio siglo de fidelidad a un proyecto de servicio.*
- DE MINA, MATÍAS. 1998; 30 (247): 18-21 *Apuntes sobre el nacimiento de LABOR HOSPITALARIA.*
- OSÉS, JAVIER. 1998; 30 (247): 12-13 *Una revista plena de actualidad.*
- PILES FERRANDO, PASCUAL. 1998; 30 (247): 8-9 *Mi felicitación más sincera.*
- PLAZA, JOAQUÍN. 1998; 30 (247): 50-53 *Testimonio de la presencia de la Iglesia en el mundo de la salud.*
- PLUMED, CALIXTO. 1998; 30 (247): 54-55 *LABOR HOSPITALARIA, lugar de reflexión, de ideas, de soluciones.*
- REDRADO, JOSÉ LUIS. 1998; 30 (247): 16-17 *¡Estás en tu mejor edad!*
- SOLA, FRANCISCO. 1998; 30 (247): 56-59 *LABOR HOSPITALARIA desde la doctrina social de la Iglesia.*

- TORRALBA, FRANCESC. 1998; 30 (247): 60-62 *LABOR HOSPITALARIA, medio siglo de existencia.*
- VIÑAS, JOAN. 1998; 30 (247): 63-64 *LABOR HOSPITALARIA, la revista humanizadora de la medicina.*

■ CALIDAD DE VIDA

- ALSIUS, SALVADOR. 2000; 32 (256): 116-120 *Calidad de vida y sociedad: influencia de los medios de comunicación.*
- CARRERA, JOAN. 2000; 32 (256): 78-85 *Calidad de vida desde la ética civil y la ética cristiana.*
- DÍAZ PRIETO, ANTONIO (y ot.). 2000; 32 (256): 110-114 *Pacientes críticos y futilidad.*
- GARRIGOSA, FEDERICO (y ot.) 2000; 32 (256): 110-114 *Pacientes críticos y futilidad.*
- ICETA, MARIO. 2000; 31 (256): 93-109 *Calidad de vida y tratamiento fútil: concepto y aplicaciones prácticas.*
- MALLA, PILAR. 2000; 32 (256): 116-120 *Calidad de vida y sociedad: aspectos sociales.*
- 2000; 32 (256): 127-134 *Calidad de vida y sociedad: aspectos espirituales.*
- ROFES, SALVADOR. 2000; 32 (256): 121-126 *Calidad de vida y sociedad: aspectos políticos y socio-económicos.*
- TORRALBA, FRANCESC. 2000; 32 (256): 64-77 *Calidad de vida: concepto y Fundamentos antropológicos.*
- TRUEBA, JUAN LUIS. 2000; 32 (256): 86-92 *La calidad de vida: un concepto entre la objetividad y la intersubjetividad.*

■ CÁNCER Y ONCOLOGÍA

- LÓPEZ IBOR, BLANCA. 2000; 32 (258): 269-272 *Mapa de enfermedades en el niño: Cáncer infantil.*

■ CLONACIÓN

- CONSEJO DE EUROPA. 1998; 30 (248): 98-99 *Protocolo al convenio de derechos humanos y biomedicina sobre prohibición de clonar seres humanos: Protocolo adicional al convenio para la*

protección de los derechos humanos y la dignidad humana en relación a la aplicación de la biología y la medicina sobre la prohibición de clonar seres humanos.

- CONSEJO DE EUROPA. 1998; 30 (248): 100-101 *Protocolo al convenio de derechos humanos y biomedicina sobre prohibición de clonar seres humanos: Informe explicativo al protocolo sobre prohibición de la clonación de seres humanos.*

■ COMITÉS DE ÉTICA

- ABEL I FABRE, FRANCESC. 1997; 29 (244): 104-106 *El porqué de estas Jornadas: Desde la reflexión bioética.*
- ABEL I FABRE, FRANCESC. 1997; 29 (244): 110-118 *Historia y funciones de los comités de ética asistencial.*
- ABEL I FABRE, FRANCESC. 1997; 29 (244): 165-166 *Conclusiones generales de las I Jornadas Nacionales de Comités de Ética Asistencial.*
- CARLES, RICARD M. 1997; 29 (244): 171-172 *Acto de clausura I Jornadas Nacionales Comités de Ética Asistencial.*
- HEREU, MAITE. 2000; 32 (256): 57-58 *A modo de introducción.*
- JIMÉNEZ, RAFAEL. 1997; 29 (244): 102-103 *El porqué de estas Jornadas: desde la ciencia médica.*
- JIMÉNEZ, RAFAEL. 1997; 29 (244): 128-130 *Metodología práctica del funcionamiento de un comité de ética.*
- MARTÍN RODRIGO, MIGUEL. 1997; 29 (244): 100-101 *El porqué de estas Jornadas: Razones institucionales.*
- MARTÍN RODRIGO, MIGUEL. 1997; 29 (244): 168 *Acto de clausura I Jornadas Nacionales Comités de Ética Asistencial.*
- PILES FERRANDO, PASCUAL. 1997; 29 (244): 107-108 *Acto de inauguración I Jornadas Nacionales Comités de Ética Asistencial.*
- PILES FERRANDO, PASCUAL. 1997; 29 (244): 169-170 *Acto de clausura I Jornadas Nacionales Comités de Ética Asistencial.*
- PILES FERRANDO, PASCUAL. 2000; 32 (256): 59-61 *Discurso de apertura II Jornadas Nacionales Comités de Ética Asistencial.*

- RIUS, EDUARD. 1997; 29 (244): 173-175 *Acto de clausura I Jornadas Nacionales Comités de Ética Asistencial.*

■ COMITÉS DE ÉTICA. DOCUMENTOS

- SANT JOAN DE DÉU. HOSPITAL INFANTIL (Esplugues). Comité de Ética Asistencial 1996; 28 (239): 62-63 *Documentación: VIH y atención obstétrica.*
- SANT JOAN DE DÉU-SERVEIS DE SALUT MENTAL (Sant Boi de Llobregat). Comité de Ética. 1996; 28 (239): 11-12 *Derechos y deberes del enfermo mental hospitalizado.*
- SANT JOAN DE DÉU-SERVEIS DE SALUT MENTAL (Sant Boi de Llobregat). Comité de Ética. 1999; 31 (251): 32-42 *Carta de derechos y deberes. Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental.*

■ CUIDADOS PALIATIVOS

- BERTRÁN, JOAN. 1996; 28 (240): 84-86 *Declaración de Barcelona: IV Congreso de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos. I Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos.*
- CONDE, JESÚS. 1996; 28 (239): 38-46 *La asistencia espiritual a los enfermos terminales y a sus cuidadores.*
- CONDE, JESÚS. 1997; 29 (244): 155-157 *Grupos de trabajo: enfermos terminales.*
- GABALDÓN, SABEL. 2000; 32 (258): 289-293 *Terminalidad y muerte en el niño.*

■ DEMOGRAFÍA Y ESTRUCTURA DE POBLACIÓN

- BROGGI, MOISÉS. 1997; 29 (245): 190-193 *El envejecimiento: realidad de una situación: La vejez y la muerte en la sociedad moderna.*
- CENTRO DE DOCUMENTACIÓN DEL INSERM. París. 1997; 29 (245): 210-214 *El proceso del envejecimiento: Geriatría: los desafíos del siglo XXI.*

■ DERECHOS

- CONSEJO DE EUROPA. 1997; 29 (245): 275-276 *Derechos de los mayores y respuestas socio-sanitarias. Decisiones del Consejo de la Comunidad Europea.*

- CONSEJO DE EUROPA. 1998; 30 (248): 67-75 *Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina: convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina.*

- CONSEJO DE EUROPA. 1998; 30 (248): 76-97 *Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina: Informe explicativo del convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina.*

- CONSEJO DE EUROPA. 1998; 30 (248): 98-99 *Protocolo al convenio de derechos humanos y biomedicina sobre prohibición de clonar seres humanos: Protocolo adicional al convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en relación a la aplicación de la biología y la medicina sobre la prohibición de clonar seres humanos.*

- CONSEJO DE EUROPA. 1998; 30 (248): 100-101 *Protocolo al convenio de derechos humanos y biomedicina sobre prohibición de clonar seres humanos: Informe explicativo al protocolo sobre prohibición de la clonación de seres humanos.*

- FUNDACIÓN NACIONAL DE GERONTOLOGÍA DE FRANCIA. MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES Y DE EMPLEO. 1997; 29 (245): 286-288 *Derechos de los mayores y respuestas socio-sanitarias. Carta de los derechos y libertades de la persona mayor dependiente.*

- GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE BENESTAR SOCIAL. 1997; 29 (245): 277-285 *Derechos de los mayores y respuestas socio-sanitarias. La vejez y sus derechos. Pla integral de la Gent Gran.*

- NÚÑEZ-CUBERO, M.^a PILAR. 1997; 29 (245): 274-275 *Derechos de los mayores y respuestas socio-sanitarias: Método CEDRO.*

- SAN JUAN DE DIOS. REFUGIO NOCTURNO (Huesca). 1996; 28 (239): 13-24 *Los derechos de la persona sin hogar.*

- 1997; 29 (245): 285 *Derechos de los mayores y respuestas socio-sanitarias. Disposiciones existentes en Europa.*

■ DERECHOS DEL ENFERMO/PACIENTE

- SANT JOAN DE DÉU-SERVEIS DE SALUT MENTAL (Sant Boi de Llobregat). Comité de Ética. 1996; 28 (239): 11-12 *Derechos y deberes del enfermo mental hospitalizado.*

- SANT JOAN DE DÉU-SERVEIS DE SALUT MENTAL (Sant Boi de Llobregat). Comité de Ética. 1999; 31 (251): 32-42 *Carta de derechos y deberes. Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental.*
- ABEL I FABRE, FRANCESC. 1996; 28 (240): 113-122 *Problemas obstétricos y éticos en trono al inicio de la vida humana: Diagnóstico prenatal y aborto selectivo: la decisión ética.*
- GAFO, JAVIER. 1997; 29 (244): 163-164 *Grupos de trabajo: diagnóstico prenatal y nuevas técnicas de reproducción.*

■ DISCAPACIDADES FÍSICAS

- MOLINA, CRISTÓBAL. 2000; 32 (258): 274-278 *Mapa de enfermedades en el niño: El niño discapacitado: físico/psíquico.*

■ DISCAPACIDADES PSÍQUICAS

- MOLINA, CRISTÓBAL. 2000; 32 (258): 274-278 *Mapa de enfermedades en el niño: El niño discapacitado: físico/psíquico.*

■ DOLOR

- BUENO DE LA FUENTE, ELOY. 1999; 31 (254): 223-237 *Teología del dolor en Dios.*
- JUAN PABLO II. 1997; 29 (243): 4-6 *Mensaje con motivo de la Jornada Mundial del Enfermo: «El dolor, instrumento de redención».*

■ ENFERMEDAD

- 2000; 32 (258): 273-274 *Mapa de enfermedades en el niño: Enfermedades en el niño.*

■ ENTREVISTAS

- A FRANCISCO ÁLVAREZ. 1996; 28 (239): 25-37 *«Hoy en día, la pastoral de la salud en España está viviendo una nueva primavera».*
- A FRANCESC ABEL I FABRE. 1999; 31 (252): 83-94 *«El ingreso en la Reial Acadèmia me sirve para asumir un compromiso de potenciación del diálogo bioético desde un ámbito privilegiado».*
- A JAVIER LOZANO. 1998; 30 (247): 26-32 *«Me ha*

impactado la universalidad de la labor y la posibilidad de llevar a cabo un cometido tan amplio».

- A MANUEL DE LOS REYES. 1999; 31 (251): 6-18 *«No considero que la ética deba ser una moda sino un modo de hacer».*

■ ENVEJECIMIENTO V. ANCIANOS

- BROGGI, MOISÉS. 1997; 29 (245): 190-193 *El envejecimiento: realidad de una situación: La vejez y la muerte en la sociedad moderna.*
- CALLAHAN, DANIEL. 1997; 29 (245): 243-246 *Envejecimiento: perspectivas de futuro. El envejecimiento y los objetivos de la medicina.*
- CALLAHAN, DANIEL. 1997; 29 (245): 257-269 *Envejecimiento: perspectivas de futuro. ¿Qué debemos a la gente mayor?*
- CENTRO DE DOCUMENTACIÓN DEL INSERM. París. 1997; 29 (245): 210-214 *El proceso del envejecimiento: Geriatría: los desafíos del siglo XXI.*
- DELPEÉRÉE, NICOLE. 1997; 29 (245): 223-225 *Algunos aspectos éticos del envejecimiento: Ética y familia.*
- EMSON, HARRY E. 1997; 29 (245): 190-193 *El envejecimiento: realidad de una situación: Salud, vejez y muerte.*
- GAFO, JAVIER. 1997; 29 (245): 251-256 *Envejecimiento: perspectivas de futuro. La Iglesia Católica y la tradición cristiana ante la ancianidad.*
- GÓMEZ BOSQUE, PEDRO. 1997; 29 (245): 210-214 *El proceso del envejecimiento: Reflexiones filosóficas sobre el envejecimiento.*
- GUILLÉN, DIEGO. 1997; 29 (245): 180-185 *El envejecimiento: realidad de una situación. Historia de la vejez.*
- MOODY, HARRY R. 1997; 29 (245): 243-246 *Envejecimiento: perspectivas de futuro. Cuatro escenarios para una sociedad envejecida.*
- NÚÑEZ-CUBERO, M.^a PILAR. 1997; 29 (245): 205-209 *El proceso del envejecimiento: El envejecimiento: un proceso biológico.*
- SACHS, GREG A. 1997; 29 (245): 239-242 *Algunos aspectos éticos del envejecimiento: Asistencia sanitaria e investigación en personas mayores.*
- SIMÓN LORDA, PABLO. 1997; 29 (245): 226-235 *Algunos aspectos éticos del envejecimiento: El consentimiento informado y el anciano.*

- TER MEULEN, RUUD (y ot.) 1997; 29 (245): 257-269 *Envejecimiento: perspectivas de futuro. ¿Qué debemos a la gente mayor?*
- TOPINKOVA, EVA. 1997; 29 (245): 257-269 *Envejecimiento: perspectivas de futuro. ¿Qué debemos a la gente mayor?*
- YAFFE, MARK. 1997; 29 (245): 190-193 *El envejecimiento: realidad de una situación: Implicaciones del cuidado de un familiar anciano.*

■ ÉTICA

- CAMPS, VICTÒRIA. 1997; 29 (244): 131-137 *Ética y derecho.*
- CARRERA, JOAN. 2000; 32 (256): 78-85 *Calidad de vida desde la ética civil y la ética cristiana.*
- CONFERENCIA DE OBISPOS CATÓLICOS DE INGLATERRA Y GALES. 1999; 31 (252): 95-124 *El bien común y la enseñanza social de la Iglesia.*
- GRACIA GUILLÉN, DIEGO. 1997; 29 (244): 119-127 *Fundamentos de la ética clínica.*
- SETIÉN, JOSÉ M.^a 1997; 29 (244): 138-150 *Ética cristiana y ética civil.*
- TORRALBA, FRANCESC. 1998; 30 (249): 144-151 *Pluralidad de sistemas éticos: ¿es posible el consenso?*

■ EXPERIMENTACIÓN HUMANA. FETOS Y EMBRIONES

- CUYÀS, MANUEL. 1996; 28 (240): 106-112 *Problemas obstétricos y éticos en trono al inicio de la vida humana: Dignidad de la persona y estatuto del embrión humano.*

■ EXPERIMENTACIÓN HUMANA. LEGISLACIÓN

- CONSEJO DE EUROPA. 1998; 30 (248): 98-99 *Protocolo al convenio de derechos humanos y biomedicina sobre prohibición de clonar seres humanos: Protocolo adicional al convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en relación a la aplicación de la biología y la medicina sobre la prohibición de clonar seres humanos.*
- CONSEJO DE EUROPA. 1998; 30 (248): 100-101 *Protocolo al convenio de derechos humanos y*

biomedicina sobre prohibición de clonar seres humanos: Informe explicativo al protocolo sobre prohibición de la clonación de seres humanos.

- SACHS, GREG A. 1997; 29 (245): 239-242 *Algunos aspectos éticos del envejecimiento: Asistencia sanitaria e investigación en personas mayores.*

■ FAMILIA

- DELPEÉRÉE, NICOLE. 1997; 29 (245): 223-225 *Algunos aspectos éticos del envejecimiento: Ética y familia.*
- IRUSTA, MANUEL. 1997; 29 (243): 20-32 *En el cariño está la clave: la voz del anciano enfermo y de su familia: síntesis de sus testimonios.*
- NASARRE SERRANO, FAMILIA. 2000; 32 (258): 302-303 *La familia y la sociedad ante el niño enfermo: desde la experiencia familiar.*
- RAMOS, PASCUAL. 2000; 32 (258): 307-309 *La familia y la sociedad ante el niño enfermo: desde la experiencia docente.*

■ FILOSOFÍA

- GÓMEZ BOSQUE, PEDRO. 1997; 29 (245): 210-214 *El proceso del envejecimiento: Reflexiones filosóficas sobre el envejecimiento.*

■ FILOSOFÍA DE LA MEDICINA

- TORRALBA, FRANCESC. 1999; 31 (253): monográfico. *El arte de cuidar y la excelencia profesional.*

■ FORMACIÓN MÉDICA

- GARCÍA DE LORENZO, A. (y ot.) 1996; 28 (239): 55-61 *Decisión estratégica terapéutica óptima. Asesoramiento en decisión clínica. Utilidad. Eficacia de los procedimientos terapéuticos. Índice de derecho asistencial.*
- RODRÍGUEZ MONTES, A. (y ot.) 1996; 28 (239): 55-61 *Decisión estratégica terapéutica óptima. Asesoramiento en decisión clínica. Utilidad. Eficacia de los procedimientos terapéuticos. Índice de derecho asistencial.*

- ZARAGOZA MONZÓN, A. (y ot.) 1996; 28 (239): 55-61 *Decisión estratégica terapéutica óptima. Asesoramiento en decisión clínica. Utilidad. Eficacia de los procedimientos terapéuticos. Índice de derecho asistencial.*

■ GERIATRÍA

- BARBERO, JAVIER. 1997; 29 (243): 53-64 *Problemas éticos en la atención al anciano enfermo.*
- BERMEJO, PURIFICACIÓN. 1997; 29 (243): 69-71 *La Iglesia y el anciano enfermo: respuestas y desafíos. Instituciones sanitarias. FERS.*
- BERTRÁN, JOAN. 1997; 29 (243): 89-91 *La Iglesia y el anciano enfermo: respuestas y desafíos. PROSAC.*
- BERTRÁN, JOAN. 1997; 29 (244): 158-160 *Grupos de trabajo: asistencia geriátrica.*
- BERTRÁN, JOAN. 1998; 30 (248): 106-113 *Nuevas perspectivas en la atención psicogeriátrica: La demencia en el anciano: de la sospecha al diagnóstico.*
- BROGGI, MOISÉS. 1997; 29 (245): 190-193 *El envejecimiento: realidad de una situación: La vejez y la muerte en la sociedad moderna.*
- CALLAHAN, DANIEL. 1997; 29 (245): 243-246 *Envejecimiento: perspectivas de futuro. El envejecimiento y los objetivos de la medicina.*
- CALLAHAN, DANIEL. 1997; 29 (245): 257-269 *Envejecimiento: perspectivas de futuro. ¿Qué debemos a la gente mayor?*
- CENTRO DE DOCUMENTACIÓN DEL INSERM. París. 1997; 29 (245): 210-214 *El proceso del envejecimiento: Geriátrica: los desafíos del siglo XXI.*
- CERVILLA, JORGE A. 1998; 30 (248): 117-122 *Nuevas perspectivas en la atención psicogeriátrica: Valoración psiquiátrica de las demencias: el examen del estatus mental.*
- DELPEÉRÉE, NICOLE. 1997; 29 (245): 223-225 *Algunos aspectos éticos del envejecimiento: Ética y familia.*
- EMSON, HARRY E. 1997; 29 (245): 190-193 *El envejecimiento: realidad de una situación: Salud, vejez y muerte.*
- ETAYO, JESÚS. 1998; 30 (248): 102-105 *Nuevas perspectivas en la atención psicogeriátrica: Presentación.*
- FLECHA ANDRÉS, JOSÉ ROMÁN. 1997; 29 (243): 65-68 *Actitudes ante el anciano enfermo.*
- GAFO, JAVIER. 1997; 29 (245): 251-256 *Envejecimiento: perspectivas de futuro. La Iglesia Católica y la tradición cristiana ante la ancianidad.*
- GÓMEZ BOSQUE, PEDRO. 1997; 29 (245): 210-214 *El proceso del envejecimiento: Reflexiones filosóficas sobre el envejecimiento.*
- GÓMEZ ORTIZ, MANUEL. 1997; 29 (243): 33-39 *Psicología del anciano enfermo.*
- GRACIA GUILLÉN, DIEGO. 1997; 29 (245): 180-185 *El envejecimiento: realidad de una situación. Historia de la vejez.*
- LLINARES, JUAN BTA. 1998; 30 (248): 114-116 *Nuevas perspectivas en la atención psicogeriátrica: La atención pastoral del anciano enfermo psicogeriátrico.*
- MOODY, HARRY R. 1997; 29 (245): 243-246 *Envejecimiento: perspectivas de futuro. Cuatro escenarios para una sociedad envejecida.*
- NÚÑEZ-CUBERO, M.^a PILAR. 1997; 29 (245): 205-209 *El proceso del envejecimiento: El envejecimiento: un proceso biológico.*
- NÚÑEZ-CUBERO, M.^a PILAR. 1997; 29 (245): 274-275 *Derechos de los mayores y respuestas socio-sanitarias: Método CEDRO.*
- DE LA PARRA, M.^a TERESA. 1997; 29 (243): 76-77 *La Iglesia y el anciano enfermo: respuestas y desafíos. Comunidades: comunidades parroquiales.*
- REDRADO, JOSÉ LUIS. 1997; 29 (243): 48-52 *La juventud de la vejez.*
- RIBERA CASADO, J. M. 1997; 29 (243): 7-19 *Paciente anciano y atención sanitaria ¿Un paradigma de discriminación?*
- SACHS, GREG A. 1997; 29 (245): 239-242 *Algunos aspectos éticos del envejecimiento: Asistencia sanitaria e investigación en personas mayores.*
- SALGADO, VIRGINIA. 1997; 29 (243): 84-88 *La Iglesia y el anciano enfermo: respuestas y desafíos. Comunidades: comunidades religiosas (CONFER).*
- SALINAS, FRANCISCO. 1997; 29 (243): 72-75 *La Iglesia y el anciano enfermo: respuestas y desafíos. Instituciones sanitarias. CÁRITAS.*
- SIMÓN LORDA, PABLO. 1997; 29 (245): 226-235

Algunos aspectos éticos del envejecimiento: El consentimiento informado y el anciano.

- TER MEULEN, RUUD (y ot.) 1997; 29 (245): 257-269 *Envejecimiento: perspectivas de futuro. ¿Qué debemos a la gente mayor?*
- TOPINKOVA, EVA. 1997; 29 (245): 257-269 *Envejecimiento: perspectivas de futuro. ¿Qué debemos a la gente mayor?*
- YAFFE, MARK. 1997; 29 (245): 190-193 *El envejecimiento: realidad de una situación: Implicaciones del cuidado de un familiar anciano.*
- 1997; 29 (245): 285 *Derechos de los mayores y respuestas socio-sanitarias. Disposiciones existentes en Europa.*

■ GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

- CHARTIER, MICHEL. 1996; 28 (240): 123-131 *Problemas obstétricos y éticos en torno al inicio de la vida humana: Testimonio e interrogaciones de un tocoginecólogo católico.*
- COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL FRANCÉS DE ÉTICA. 1996; 28 (240): 143-148 *Problemas obstétricos y éticos en torno al inicio de la vida humana: Opinión sobre las reducciones embrionarias y fetales.*
- CUYÀS, MANUEL. 1996; 28 (240): 106-112 *Problemas obstétricos y éticos en torno al inicio de la vida humana: Dignidad de la persona y estatuto del embrión humano.*
- MASSON, M. 1996; 28 (240): 141-142 *Problemas obstétricos y éticos en torno al inicio de la vida humana: Proyecto de declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la reducción del número de embriones.*
- NÚÑEZ-CUBERO, M.^a PILAR. 1996; 28 (240): 132-140 *Problemas obstétricos y éticos en torno al inicio de la vida humana: Reducción embrionaria.*
- SANT JOAN DE DÉU. HOSPITAL INFANTIL (Esplugues). Comité de Ética Asistencial 1996; 28 (239): 62-63 *Documentación: VIH y atención obstétrica.*

■ HISTORIA DE LA MEDICINA

- GRACIA GUILLÉN, DIEGO. 1997; 29 (245): 180-185 *El envejecimiento: realidad de una situación. Historia de la vejez.*

■ HUMANIZACIÓN

- VON ENGELHARDT, DIETRICH. 2000; 32 (255): monográfico. *Por la humanización de la medicina.*
- GOIKOETXEA, MARIJE. 1998; 30 (250): 239-243 *Aportación femenina a la humanización del mundo de la salud y de la enfermedad.*
- EQUIPO HUMANIZACIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA MACARENA. 1996; 28 (239): 47-54 *Configuración y experiencias del equipo de humanización del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla.*
- IRIGARAY, VICKY. 1998; 30 (250): 244-245 *Aportación femenina a la humanización del mundo de la salud y de la enfermedad.*
- MERINO, INMACULADA. 1998; 30 (250): 246-247 *Aportación femenina a la humanización del mundo de la salud y de la enfermedad.*
- NÚÑEZ, M.^a JESÚS. 1998; 30 (250): 248-249 *Aportación femenina a la humanización del mundo de la salud y de la enfermedad.*
- SARABIA, M.^a CARMEN. 1998; 30 (250): 250-251 *Aportación femenina a la humanización del mundo de la salud y de la enfermedad.*
- SITJES I VILA, M. DOLORS. 1998; 30 (250): 259-267 *Experiencias: Aportación de la mujer a la asistencia religiosa hospitalaria.*
- TORRALBA, FRANCESC. 1999; 31 (253): monográfico. *El arte de cuidar y la excelencia profesional.*

■ INFANCIA MALTRATADA

- POU, JORDI. 2000; 32 (258): 284-288 *Maltrato infantil.*

■ INFORMACIÓN AL PACIENTE

- CONSEJO DE EUROPA. 1998; 30 (249): 162-169 *Documentación, información, confidencialidad: reto y exigencia. Recomendación n. R (97) 5, de 13 de febrero de 1997, del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados miembros sobre protección de datos médicos.*

- GELABERT, GEMMA. 1998; 30 (249): 170-171 *Documentación, información, confidencialidad: reto y exigencia. Comunicarnos desde documentación clínica.*

■ MANIPULACIÓN GENÉTICA V. INGENIERÍA GENÉTICA

- CONSEJO DE EUROPA. 1998; 30 (248): 98-99 *Protocolo al convenio de derechos humanos y biomedicina sobre prohibición de clonar seres humanos: Protocolo adicional al convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en relación a la aplicación de la biología y la medicina sobre la prohibición de clonar seres humanos.*
- CONSEJO DE EUROPA. 1998; 30 (248): 100-101 *Protocolo al convenio de derechos humanos y biomedicina sobre prohibición de clonar seres humanos: Informe explicativo al protocolo sobre prohibición de la clonación de seres humanos.*

■ MUERTE Y ENFERMO TERMINAL

- DOMINGO CÁRCELES, OLGA (y ot.) 1996; 28 (240): 71-83 *Actitudes sociales ante la muerte.*
- GONZÁLEZ TORRECILLAS, ROSA (y ot.) 1996; 28 (240): 71-83 *Actitudes sociales ante la muerte.*
- MARTÍN RODRIGO, MIGUEL. 2000; 32 (258): 335-340 *La muerte en el niño: acompañamiento pastoral. Acompañamiento pastoral.*
- MARTÍN RODRIGO, RAMÓN. 2000; 32 (258): 328-334 *La muerte en el niño: acompañamiento pastoral. Aspectos psicológicos del duelo.*
- DE LOS REYES, MANUEL. 1996; 28 (239): 38-46 *La asistencia espiritual a los enfermos terminales y a sus cuidadores.*
- SÁNCHEZ, ISABEL. 1997; 29 (246): 342-343 *Experiencias: Programa de asistencia domiciliar a enfermos terminales.*

■ MUJER

- GOIKOETXEA, MARIJE. 1998; 30 (250): 239-243 *Aportación femenina a la humanización del mundo de la salud y de la enfermedad.*
- IRIGARAY, VICKY. 1998; 30 (250): 244-245 *Apor-*

tación femenina a la humanización del mundo de la salud y de la enfermedad.

- JUAN PABLO II. 1998; 30 (249): 140-143 *«La mujer consagrada en el mundo de la salud, en el umbral del tercer milenio».*
- LEÓN, TRINIDAD. 1998; 30 (250): 191-198 *María, discípula y maestra de una relación sana con Dios.*
- MERINO, INMACULADA. 1998; 30 (250): 246-247 *Aportación femenina a la humanización del mundo de la salud y de la enfermedad.*
- NÚÑEZ, M.^a JESÚS. 1998; 30 (250): 248-249 *Aportación femenina a la humanización del mundo de la salud y de la enfermedad.*
- PRATS, RAMON. 1998; 30 (250): 185-190 *María, icono del acompañamiento desde la feminidad.*
- SARABIA, M.^a CARMEN. 1998; 30 (250): 250-251 *Aportación femenina a la humanización del mundo de la salud y de la enfermedad.*
- SERRANO, M.^a ISABEL. 1998; 30 (250): 218-225 *La mujer, agente de salud.*
- SITJES I VILA, M. DOLORS. 1998; 30 (250): 259-267 *Experiencias: Aportación de la mujer a la asistencia religiosa hospitalaria.*

■ ORGANISMOS OFICIALES

- ACADEMIA SUIZA DE LAS CIENCIAS MÉDICAS. 1997; 29 (245): 270-273 *Derechos de los mayores y respuestas socio-sanitarias. La persona mayor en una residencia.*
- CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA. 1996; 28 (240): 88-95 *Informe «Iglesia y Salud».*
- CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA. 1997; 29 (243): 92-94 *Campaña del Día del Enfermo 1997 «El anciano enfermo en la sociedad y en la Iglesia».*
- CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA. 1997; 29 (246): 362-363 *Orientaciones para el Día del Enfermo 1998 «Voluntariado en el mundo de la salud».*
- CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA. 1998; 30 (250): 266-267 *Orientaciones para el Día del Enfermo 1999 «María, salud de los enfermos».*
- CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA. 1999; 31 (254): 287-288 *Orientaciones para el Día del Enfermo 2000 «El Verbo se hizo Carne».*

- CONFERENCIA DE OBISPOS CATÓLICOS DE INGLATERRA Y GALES. 1999; 31 (252): 95-124 *El bien común y la enseñanza social de la Iglesia*.
- CONSEJO DE EUROPA. 1997; 29 (245): 275-276 *Derechos de los mayores y respuestas socio-sanitarias. Decisiones del Consejo de la Comunidad Europea*.
- CONSEJO DE EUROPA. 1998; 30 (248): 67-75 *Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina: convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina*.
- CONSEJO DE EUROPA. 1998; 30 (248): 76-97 *Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina: Informe explicativo del convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina*.
- CONSEJO DE EUROPA. 1998; 30 (248): 98-99 *Protocolo al convenio de derechos humanos y biomedicina sobre prohibición de clonar seres humanos: Protocolo adicional al convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en relación a la aplicación de la biología y la medicina sobre la prohibición de clonar seres humanos*.
- CONSEJO DE EUROPA. 1998; 30 (248): 100-101 *Protocolo al convenio de derechos humanos y biomedicina sobre prohibición de clonar seres humanos: Informe explicativo al protocolo sobre prohibición de la clonación de seres humanos*.
- CONSEJO DE EUROPA. 1998; 30 (249): 162-169 *Documentación, información, confidencialidad: reto y exigencia. Recomendación n.R (97) 5, de 13 de febrero de 1997, del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados miembros sobre protección de datos médicos*.
- FUNDACIÓN NACIONAL DE GERONTOLOGÍA DE FRANCIA. MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES Y DE EMPLEO. 1997; 29 (245): 286-288 *Derechos de los mayores y respuestas socio-sanitarias. Carta de los derechos y libertades de la persona mayor dependiente*.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE BENESTAR SOCIAL. 1997; 29 (245): 186-189 *El envejecimiento: realidad de una situación: la vejez en la sociedad actual. Pla integral de la Gent Gran*.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE BENESTAR SOCIAL. 1997; 29 (245): 277-285 *De-*

rechos de los mayores y respuestas socio-sanitarias. La vejez y sus derechos. Pla integral de la Gent Gran.

■ PASTORAL DE LA SALUD

- AGUADÉ, MARÍA. 1997; 29 (246): 356-357 *Testimonios: Voluntariado y pastoral de la salud*.
- BERMEJO, PURIFICACIÓN. 1997; 29 (243): 69-71 *La Iglesia y el anciano enfermo: respuestas y desafíos. Instituciones sanitarias. FERS*.
- BERTRÁN, JOAN. 1997; 29 (243): 89-91 *La Iglesia y el anciano enfermo: respuestas y desafíos. PROSAC*.
- CONDE, JESÚS. 1996; 28 (239): 38-46 *La asistencia espiritual a los enfermos terminales y a sus cuidadores*.
- CONDE, JESÚS. 1997; 29 (246): 322-332 *El voluntario y el agente de pastoral. Diferencias y afinidades*.
- CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA. 1996; 28 (240): 88-95 *Informe «Iglesia y Salud»*.
- CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA. 1997; 29 (243): 92-94 *Campaña del Día del Enfermo 1997 «El anciano enfermo en la sociedad y en la Iglesia»*.
- CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA. 1997; 29 (246): 362-363 *Orientaciones para el Día del Enfermo 1998 «Voluntariado en el mundo de la salud»*.
- CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA. 1998; 30 (250): 266-267 *Orientaciones para el Día del Enfermo 1999 «María, salud de los enfermos»*.
- CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA. 1999; 31 (254): 287-288 *Orientaciones para el Día del Enfermo 2000 «El Verbo se hizo Carne»*.
- DASÍ, RICARDO. 1999; 31 (251): 43-56 *La atención pastoral del enfermo mental desde una visión integral e integradora de la asistencia*.
- ELUSTONDO, JOSÉ AGUSTÍN. 1998; 30 (250): 199-206 *¿Por qué invocan los enfermos a María?*
- ETAYO, JESÚS. 1998; 30 (248): 102-105 *Nuevas perspectivas en la atención psicogeriatrica: Presentación*.
- GAFO, JAVIER. 1997; 29 (245): 251-256 *Enveje-*

- cimiento: perspectivas de futuro. La Iglesia Católica y la tradición cristiana ante la ancianidad.*
- GONZÁLEZ-CARVAJAL SANTABÁRBARA, LUIS. 1999; 31 (254): 262-276 *Nuestro compromiso por la salud, signo del Reino de Dios.*
 - INIESTA, ALBERTO. 1997; 29 (243): 40-47 *Anciano y enfermo, caminos de plenitud.*
 - JARAMILLO, PEDRO. 1997; 29 (246): 315-321 *Identidad y perfil del voluntariado cristiano.*
 - JUAN PABLO II. 1997; 29 (243): 4-6 *Mensaje con motivo de la Jornada Mundial del Enfermo: «El dolor, instrumento de redención».*
 - JUAN PABLO II. 1998; 30 (249): 140-143 *«La mujer consagrada en el mundo de la salud, en el umbral del tercer milenio».*
 - JUAN PABLO II. 1998; 30 (250): 182-184 *Mensaje con motivo de la Jornada Mundial del Enfermo 1999.*
 - JUAN PABLO II. 1999; 31 (254): 194-199 *Mensaje con motivo de la Jornada Mundial del Enfermo 2000.*
 - JUAN PABLO II. 2000; 32 (258): 254-257 *Mensaje con motivo de la Jornada Mundial del Enfermo 2001.*
 - LEÓN, TRINIDAD. 1998; 30 (250): 191-198 *María, discípula y maestra de una relación sana con Dios.*
 - LEÓN, TRINIDAD. 1999; 31 (254): 248-261 *«La condición asumida».*
 - LLINARES, JUAN BTA. 1998; 30 (248): 114-116 *Nuevas perspectivas en la atención psicogerátrica: La atención pastoral del anciano enfermo psicogerátrico.*
 - 1997; 29 (246): 309-314 *El voluntariado en la Iglesia según la doctrina de Juan Pablo II.*
 - LOZANO, JAVIER. 1998; 30 (247): 10-11 *Saludo del Pontificio Consejo.*
 - MARTÍN RODRIGO, MIGUEL. 2000; 32 (256): 127-134 *Calidad de vida y sociedad: aspectos espirituales.*
 - MARTÍN RODRIGO, MIGUEL. 2000; 32 (258): 335-340 *La muerte en el niño: acompañamiento pastoral. Acompañamiento pastoral.*
 - MARTÍN RODRIGO, RAMÓN. 2000; 32 (258): 328-334 *La muerte en el niño: acompañamiento pastoral. Aspectos psicológicos del duelo.*
 - MONTEIRO DE CASTRO, MANUEL. 2000; 32 (258): 258-259 *Palabras de apertura. XXV Jornadas Nacionales de Pastoral de la Salud.*
 - PAGOLA, JOSÉ ANTONIO. 1997; 29 (246): 333-339 *Voluntariado en pastoral de la salud: perspectivas de futuro.*
 - PAGOLA, JOSÉ ANTONIO. 1998; 30 (249): 130-139 *Evangelización en el mundo de la salud mental: fundamentos y líneas de acción.*
 - PAGOLA, JOSÉ ANTONIO. 1999; 31 (254): 238-247 *La palabra de Dios se hizo carne: el gesto sanador de Dios.*
 - PARAYRE, TINA. 1997; 29 (246): 355-356 *Testimonios: Carácter misional del voluntariado en la Iglesia.*
 - DE LA PARRA, M.^a TERESA. 1997; 29 (243): 76-77 *La Iglesia y el anciano enfermo: respuestas y desafíos. Comunidades: comunidades parroquiales.*
 - PRATS, RAMON. 1998; 30 (250): 185-190 *María, icono del acompañamiento desde la feminidad.*
 - REDRADO, JOSÉ LUIS. 1996; 28 (239): 4-10 *Juan de Dios, un apóstol entre los enfermos.*
 - REDRADO, JOSÉ LUIS. 2000; 32 (258): 262-263 *Palabras de apertura. XXV Jornadas Nacionales de Pastoral de la Salud.*
 - REDRADO, JOSÉ LUIS. 2000; 32 (258): 315-327 *Necesidades espirituales del niño enfermo y su atención pastoral.*
 - DE LOS REYES, MANUEL. 1996; 28 (239): 38-46 *La asistencia espiritual a los enfermos terminales y a sus cuidadores.*
 - RODRÍGUEZ GALLO, JESÚS. 1998; 30 (250): 252-255 *Experiencias: Hospitalidades de Nuestra Señora de Lourdes.*
 - ROIZ DE LA PARRA, ENRIQUE. 1997; 29 (246): 358-361 *Testimonios: Voluntarios: amados, evangelizados, evangelizadores.*
 - RUIZ CEBEIRO, TERESA. 1999; 31 (254): 200-210 *El Encuentro con Dios en el grito. Aproximación a Job.*
 - SALGADO, VIRGINIA. 1997; 29 (243): 84-88 *La Iglesia y el anciano enfermo: respuestas y desafíos. Comunidades: comunidades religiosas (CONFER).*
 - SALINAS, FRANCISCO. 1997; 29 (243): 72-75 *La Iglesia y el anciano enfermo: respuestas y desafíos. Instituciones sanitarias. CÁRITAS.*

- SERRANO, M.^a ISABEL. 1998; 30 (250): 218-225 *La mujer, agente de salud.*
- SOLA, FRANCISCO. 1998; 30 (247): 56-59 *LABOR HOSPITALARIA desde la doctrina social de la Iglesia.*
- TORRALBA, FRANCESC. 1999; 31 (254): 211-222 *Las tensiones antropológicas frente al misterio de la encarnación.*
- UBIETA, JOSÉ ÁNGEL. 1997; 29 (243): 78-84 *La Iglesia y el anciano enfermo: respuestas y desafíos. Comunidades: presbíteros diocesanos.*
- ULLOA, EDELMIRO. 1998; 30 (250): 256-258 *Experiencias: Hospitalidad y pastoral de la salud en Lugo.*

■ PEDAGOGÍA

- MANSILLA, M.^a DOLORES. 2000; 32 (258): 294-301 *La vivencia de enfermedad en el niño.*
- RAMOS, PASCUAL. 2000; 32 (258): 307-309 *La familia y la sociedad ante el niño enfermo: desde la experiencia docente.*
- REDRADO, JOSÉ LUIS. 2000; 32 (258): 315-327 *Necesidades espirituales del niño enfermo y su atención pastoral.*

■ PEDIATRÍA

- CAÑETE DÍAZ, ALFONSO. 2000; 32 (258): 264-269 *Malformaciones congénitas y enfermedades crónicas en la infancia.*
- GABALDÓN, SABEL. 2000; 32 (258): 273-274 *Mapa de enfermedades en el niño: Enfermedades en el niño.*
- GABALDÓN, SABEL. 2000; 32 (258): 289-293 *Terminalidad y muerte en el niño.*
- JIMÉNEZ, RAFAEL. 1997; 29 (244): 161-162 *Grupos de trabajo: perinatología.*
- LÓPEZ IBOR, BLANCA. 2000; 32 (258): 269-272 *Mapa de enfermedades en el niño: Cáncer infantil.*
- MARTÍN RODRIGO, JOSÉ M.^a 2000; 32 (258): 310-314 *Aspectos éticos en la atención al niño enfermo.*
- MARTÍN RODRIGO, MIGUEL. 2000; 32 (258): 335-340 *La muerte en el niño: acompañamiento pastoral. Acompañamiento pastoral.*

- MARTÍN RODRIGO, RAMÓN. 2000; 32 (258): 328-334 *La muerte en el niño: acompañamiento pastoral. Aspectos psicológicos del duelo.*
- MOLINA, CRISTÓBAL. 2000; 32 (258): 274-278 *Mapa de enfermedades en el niño: El niño discapacitado: físico/psíquico.*
- PALMERO, RAFAEL. 2000; 32 (258): 260-262 *Palabras de apertura. XXV Jornadas Nacionales de Pastoral de la Salud.*
- POU, JORDI. 2000; 32 (258): 284-288 *Maltrato infantil.*

■ PERSONAL SANITARIO

- CONDE, JESÚS. 1996; 28 (239): 38-46 *La asistencia espiritual a los enfermos terminales y a sus cuidadores.*
- DE LOS REYES, MANUEL. 1996; 28 (239): 38-46 *La asistencia espiritual a los enfermos terminales y a sus cuidadores.*

■ POBREZA V. PROBLEMAS SOCIALES

- SAN JUAN DE DIOS. REFUGIO NOCTURNO (Huesca). 1996; 28 (239): 13-24 *Los derechos de la persona sin hogar.*

■ POLÍTICA SANITARIA

- GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE BENESTAR SOCIAL. 1997; 29 (245): 186-189 *El envejecimiento: realidad de una situación: la vejez en la sociedad actual. Pla integral de la Gent Gran.*
- GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE BENESTAR SOCIAL. 1997; 29 (245): 277-285 *Derechos de los mayores y respuestas socio-sanitarias. La vejez y sus derechos. Pla integral de la Gent Gran.*
- ROFES, SALVADOR. 2000; 32 (256): 121-126 *Calidad de vida y sociedad: aspectos políticos y socio-económicos.*

■ PROBLEMAS SOCIALES

- SAN JUAN DE DIOS. REFUGIO NOCTURNO (Huesca). 1996; 28 (239): 13-24 *Los derechos de la persona sin hogar.*

■ **PSICOLOGÍA**

- FRANÇA TARRAGÓ, OMAR. 1996; 28 (240): 96-103 *Los dilemas éticos de la práctica psicológica y psiquiátrica.*
- GÓMEZ ORTIZ, MANUEL. 1997; 29 (243): 33-39 *Psicología del anciano enfermo.*
- MANSILLA, M.^a DOLORES. 2000; 32 (258): 294-301 *La vivencia de enfermedad en el niño.*
- MARTÍN RODRIGO, RAMÓN. 2000; 32 (258): 328-334 *La muerte en el niño: acompañamiento pastoral. Aspectos psicológicos del duelo.*

■ **PSIQUIATRÍA**

- BERTRÁN, JOAN. 1998; 30 (248): 106-113 *Nuevas perspectivas en la atención psicogeriatrica: La demencia en el anciano: de la sospecha al diagnóstico.*
- CERVILLA, JORGE A. 1998; 30 (248): 117-122 *Nuevas perspectivas en la atención psicogeriatrica: Valoración psiquiátrica de las demencias: el examen del estatus mental.*
- DASÍ, RICARDO. 1999; 31 (251): 43-56 *La atención pastoral del enfermo mental desde una visión integral e integradora de la asistencia.*
- ETAYO, JESÚS. 1998; 30 (248): 102-105 *Nuevas perspectivas en la atención psicogeriatrica: Presentación.*
- FRANÇA TARRAGÓ, OMAR. 1996; 28 (240): 96-103 *Los dilemas éticos de la práctica psicológica y psiquiátrica.*
- GABALDÓN, SABEL. 2000; 32 (258): 273-274 *Mapa de enfermedades en el niño: Enfermedades en el niño.*
- GALVE, MARIANO. 1997; 29 (244): 152-154 *Grupo de trabajo: enfermos mentales.*
- PAGOLA, JOSÉ ANTONIO. 1998; 30 (249): 130-139 *Evangelización en el mundo de la salud mental: fundamentos y líneas de acción.*
- POYO, DOMINGO. 1997; 29 (246): 348-349 *Experiencias: Programa de integración sociocomunitaria de enfermos mentales.*
- SANT JOAN DE DÉU-SERVEIS DE SALUT MENTAL. (Sant Boi de Llobregat). Comité de Ética. 1996;

28 (239): 11-12 *Derechos y deberes del enfermo mental hospitalizado.*

- SANT JOAN DE DÉU-SERVEIS DE SALUT MENTAL. (Sant Boi de Llobregat). Comité de Ética. 1999; 31 (251): 32-42 *Carta de derechos y deberes. Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental.*

■ **REPRODUCCIÓN ASISTIDA**

- GAFO, JAVIER. 1997; 29 (244): 163-164 *Grupos de trabajo: diagnóstico prenatal y nuevas técnicas de reproducción.*

■ **SALUD**

- CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA. 1996; 28 (240): 88-95 *Informe «Iglesia y Salud».*

■ **SECRETO PROFESIONAL**

- GELABERT, GEMMA. 1998; 30 (249): 170-171 *Documentación, información, confidencialidad: reto y exigencia. Comunicarnos desde documentación clínica.*

■ **SERVICIOS SOCIALES**

- CELEMÍN, SILVIA. 2000; 32 (258): 304-307 *La familia y la sociedad ante el niño enfermo: desde la experiencia psico-social.*

■ **SIDA**

- SANT JOAN DE DÉU. HOSPITAL INFANTIL (Esplugues). Comité de Ética Asistencial 1996; 28 (239): 62-63 *Documentación: VIH y atención obstétrica.*

■ **SOCIOLOGÍA**

- DOMINGO CÁRCELES, OLGA (y ot.) 1996; 28 (240): 71-83 *Actitudes sociales ante la muerte.*
- GONZÁLEZ TORRECILLAS, ROSA (y ot.) 1996; 28 (240): 71-83 *Actitudes sociales ante la muerte.*
- MALLA, PILAR. 2000; 32 (256): 116-120 *Calidad de vida y sociedad: aspectos sociales.*

- NASARRE SERRANO, FAMILIA. 2000; 32 (258): 302-303 *La familia y la sociedad ante el niño enfermo: desde la experiencia familiar.*
- POYO, DOMINGO. 1997; 29 (246): 348-349 *Experiencias: Programa de integración sociocomunitaria de enfermos mentales.*
- RAMOS, PASCUAL. 2000; 32 (258): 307-309 *La familia y la sociedad ante el niño enfermo: desde la experiencia docente.*
- ROFES, SALVADOR. 2000; 32 (256): 121-126 *Calidad de vida y sociedad: aspectos políticos y socio-económicos.*
- URRÁ, JAVIER. 2000; 32 (258): 279-283 *El niño en el mundo.*

■ TEOLOGÍA

- ÁLVAREZ, FRANCISCO. 1998; 30 (250): 226-237 *El Magníficat desde el mundo de la salud y de la enfermedad: Historia de una mirada que salva y sana.*
- ÁLVAREZ, FRANCISCO. 1999; 31 (254): 277-286 *Encarnación: misterio terapéutico y saludable.*
- BUENO DE LA FUENTE, ELOY. 1999; 31 (254): 223-237 *Teología del dolor en Dios.*
- CARRO CELADA, JOSÉ ANTONIO. 1998; 30 (250): 207-217 *Cuando la invocación se hace poesía.*
- PAGOLA, JOSÉ ANTONIO. 1999; 31 (254): 238-247 *La palabra de Dios se hizo carne: el gesto sanador de Dios.*

■ TRABAJO SOCIAL

V. SERVICIOS SOCIALES

- CELEMÍN, SILVIA. 2000; 32 (258): 304-307 *La familia y la sociedad ante el niño enfermo: desde la experiencia psico-social.*

■ UVI

- DÍAZ PRIETO, ANTONIO (y ot.) 2000; 32 (256): 110-114 *Pacientes críticos y futilidad.*
- GARRIGOSA, FEDERICO (y ot.) 2000; 32 (256): 110-114 *Pacientes críticos y futilidad.*

■ VOLUNTARIADO

- AGUADÉ, MARIA. 1997; 29 (246): 356-357 *Testimonios: Voluntariado y pastoral de la salud.*
- ALMARZA MEÑICA, JUAN MANUEL (y ot.) 1997; 29 (246): 292-303 *Ser voluntario hoy.*
- CEREJEIRA, M.^a CÁNDIDA (y ot.) 1997; 29 (246): 350-354 *Experiencias: Voluntariado en Portugal.*
- CONDE, JESÚS. 1997; 29 (246): 322-332 *El voluntario y el agente de pastoral. Diferencias y afinidades.*
- CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA. 1997; 29 (246): 362-363 *Orientaciones para el Día del Enfermo 1998 «Voluntariado en el mundo de la salud».*
- CORTEZ SALGADO, M.^a TERESA (y ot.) 1997; 29 (246): 350-354 *Experiencias: Voluntariado en Portugal.*
- JARAMILLO, PEDRO. 1997; 29 (246): 315-321 *Identidad y perfil del voluntariado cristiano.*
- LOZANO, JAVIER. 1997; 29 (246): 309-314 *El voluntariado en la Iglesia según la doctrina de Juan Pablo II.*
- MARTÍN, VÍCTOR. 1997; 29 (246): 304-308 *El voluntariado en el mundo de la salud y de la enfermedad. Situación actual en las diócesis.*
- PAGOLA, JOSÉ ANTONIO. 1997; 29 (246): 333-339 *Voluntariado en pastoral de la salud: perspectivas de futuro.*
- PARAYRE, TINA. 1997; 29 (246): 355-356 *Testimonios: Carácter misional del voluntariado en la Iglesia.*
- PINTADO, AMALIA. 1997; 29 (246): 344-347 *Experiencias: El voluntariado en el Hospital-Residencia San Camilo.*
- REIG, JUAN. 1997; 29 (246): 340-341 *Experiencias: Asociación de Voluntarios San Juan de Dios.*
- RODRÍGUEZ GALLO, JESÚS. 1998; 30 (250): 252-255 *Experiencias: Hospitalidades de Nuestra Señora de Lourdes.*
- ROIZ DE LA PARRA, ENRIQUE. 1997; 29 (246): 358-361 *Testimonios: Voluntarios: amados, evangelizados, evangelizadores.*
- ZAPATERO, JUAN (y ot.) 1997; 29 (246): 292-303 *Ser voluntario hoy.*

VACUTRON

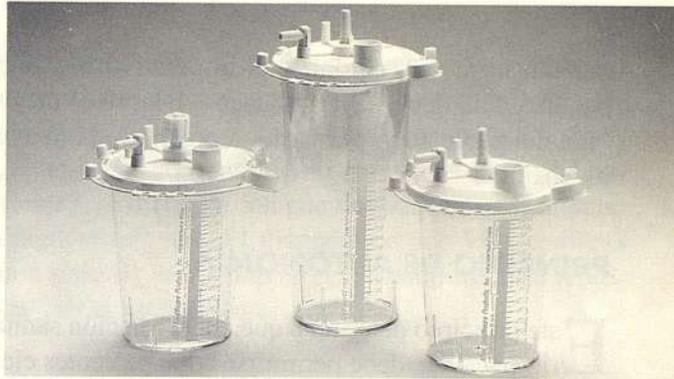
Reguladores de Vacío.



- Control exacto y preciso del vacío.
- Mínimo mantenimiento.
- Resistente a impactos.
- Vacuómetro codificado por colores.
- Funcionamiento silencioso.

HANDI-VAC

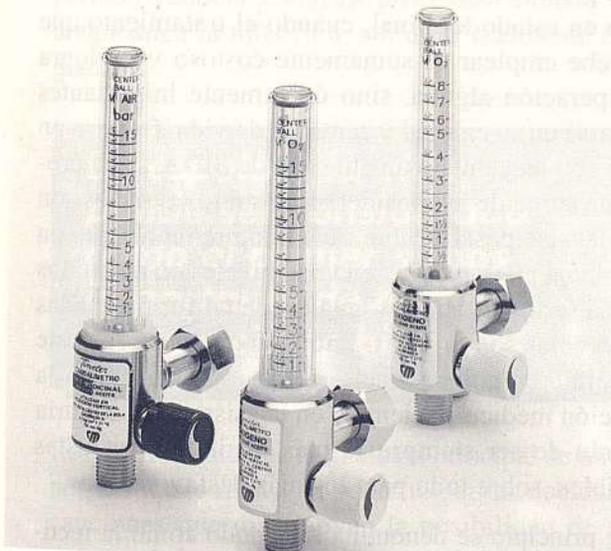
Sistema desechable para recolección de fluidos.



- Sistema desechable de cierre hermético, que impide su apertura accidental.
- Dos capacidades: 1.500 ml y 2.400 ml.
- Dos conexiones: Conexión a tubo y conexión diss.
- Válvula seguridad standard.
- Posibilidad de conexión en tándem.
- Completa gama de accesorios.

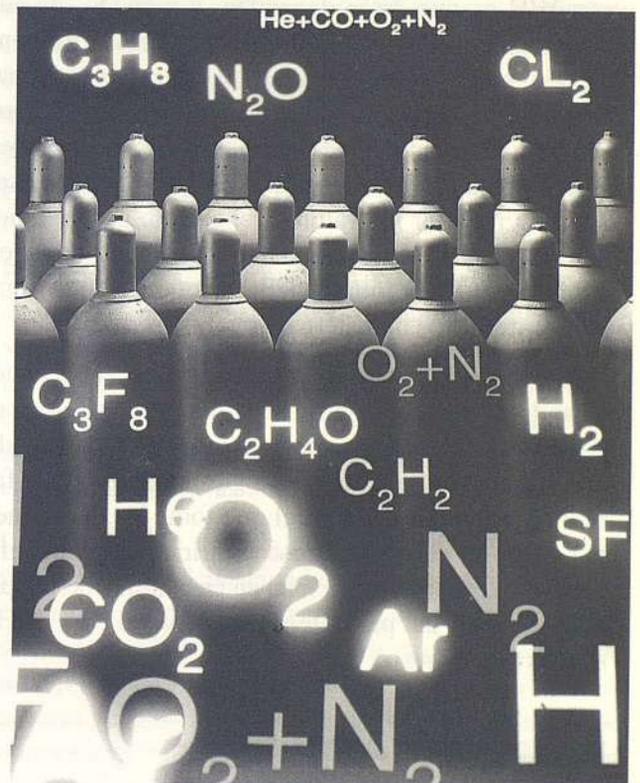
ULTRA FLO

Caudalímetros con rotamento de Oxígeno y Aire Medicinal.



- Alta precisión.
- Fácil lectura.
- Gran resistencia.
- Sencillez de manejo.

GASES PUROS Y MEDICINALES AL SERVICIO HOSPITALARIO



agelectric
CORPORACIÓ AGE

Instal.lacions específiques de establiments sanitaris
Instal.lacions d'electricitat (alta i baixa tensió)
Instal.lacions de seguretat
Instal.lacions contra incendis
Instal.lacions de comunicacions
Instal.lacions de control

c/Bonsoms, 15-17
08028 BARCELONA

Telf.: 93.448.75.00

Fax: 93.448.75.02

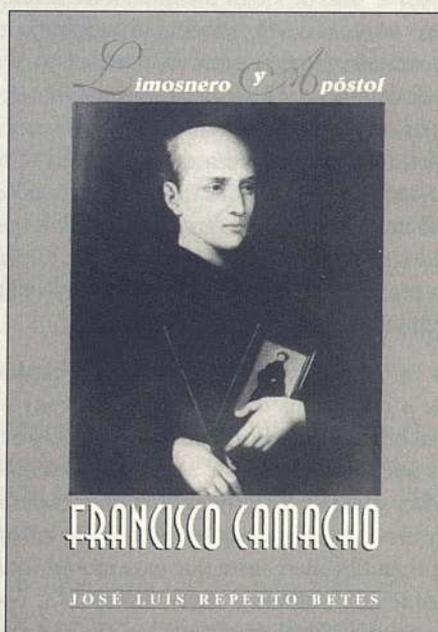
e.mail:agelectric@agelectric.com

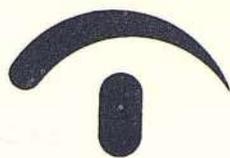
FRANCISCO CAMACHO: LIMOSNERO Y APÓSTOL

**Edita: Selare. Colombia
y Fundación Juan Ciudad. Madrid.**

El P. José Luis Repetto, sacerdote y canónigo de Jerez, ha logrado encontrar toda la documentación existente, ha estudiado profundamente los procesos de beatificación y nos ha descrito la figura del Venerable P. Francisco Camacho en el Tercer Centenario de su muerte. En esta biografía nos presenta al P. Camacho en una primera etapa de su vida: infancia y juventud hasta el momento de su conversión ya en Perú; una segunda etapa a partir de su conversión, en la que es tenido por enfermo mental hasta que puede llevar a cabo su vida como hermano de San Juan de Dios y una tercera, que es recopilación de todos los datos encontrados de los testigos del proceso de beatificación y contrastados con las diversas biografías que se han escrito a lo largo de la historia.

En definitiva, una bella descripción del P. Camacho que como San Juan de Dios, supo vivir amando a los Demás.





CETIR
GRUP MÈDIC

MEDICINA NUCLEAR

TIROIDES • PARATIROIDES Y SUPRARRENALES • GLÁNDULAS SALIVARES • ESÓFAGO • ESTÓMAGO E INTESTINO • HÍGADO Y VÍAS BILIARES • PULMÓN Y CORAZÓN (GATED-SPECT CARDÍACO CON CORRECCIÓN DE ATENUACIÓN) • VASOS SANGUÍNEOS Y LINFÁTICOS • SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO • RIÑÓN Y SISTEMA EXCRETOR • SPECT CEREBRAL • PET.

DENSITOMETRÍA ÓSEA Y MORFOMETRÍA

ECOGRAFÍA

ABDOMINAL • PARTES BLANDAS: CERVICAL, MAMARIA, ESCROTAL, PENEANA, MÚSCULO-TENDINOSA • GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA • ENDOCAVITARIA: TRANSRECTAL, TRANSVAGINAL Y ENDOANAL • DOPPLER COLOR VASCULAR: PERIFÉRICO, ABDOMINAL Y OBSTÉTRICO • ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER COLOR: TRANSTORÁCICA Y TRANSESOFÁGICA • PUNCIÓN ASPIRATIVA CON AGUJA FINA • PUNCIÓN BIOPSIA.

MAMOGRAFÍA

TERAPÉUTICA

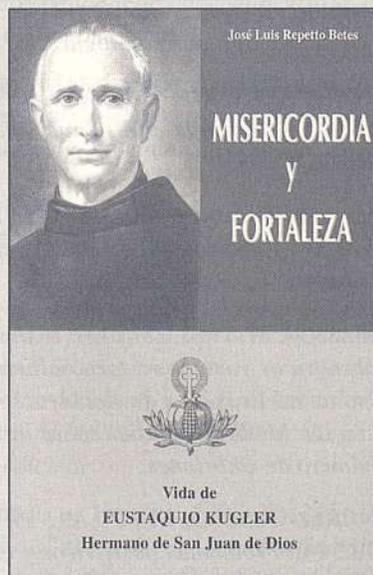
METABÓLICA Y ENDOCAVITARIA.

RADIOLOGÍA

RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA Y TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA.

C. Londres n.º 6, D9 - Tel. 93 444 35 00 - Fax 93 444 35 05 - 08029 BARCELONA

Novedad bibliográfica



MISERICORDIA Y FORTALEZA

Vida de EUSTAQUIO KUGLER

HERMANO DE SAN JUAN DE DIOS

- A la espera del reconocimiento canónico eclesial de su santidad, el Hno. José Luis Repetto nos ofrece la biografía de este Siervo de Dios, Hno. Eustaquio Kugler.
- Con tan expresivo título, el Hno. José Luis ha querido enunciar la formalidad peculiar del transcurrir biográfico de este religioso hospitalario de la Baviera alemana, que le tocó vivir en un momento histórico tan enojoso, política, social y religiosamente considerado, como fue el correspondiente a la influencia de la ideología de Adolf Hitler.

Para más información:

CURIA PROVINCIAL

Telf. 93/630.30.90

Correo E: curia@ohsjd.es

Villa-Reyes, S.A.

CONSTRUCCIÓN DE OBRAS

Figueras, 8, dcho. 15
Tels. 417 83 41 - 417 03 06 • Fax: 418 89 90
08022 BARCELONA

Novedad bibliográfica



Congreso Orden Hospitalaria San Juan de Dios en España

Dimensión evangelizadora de nuestros centros

- Los Hermanos de San Juan de Dios de España tienen el gusto de ofrecer en este libro los frutos del **Congreso de Pastoral de Salud y Social**, celebrado en Benidorm los días 18 y 19 del mes de enero de 2001.
- La dimensión evangelizadora ha sido una preocupación de la Orden, siempre, pero en estos momentos, en que se nos invita a hacer creíble la Nueva Evangelización y la Nueva Hospitalidad, toma un relieve especial.
- Ahora, se ofrecen todos los discursos, ponencias y mesas redondas en el libro del Congreso.

Para más información:

FUNDACIÓN JUAN CIUDAD

Telf. 91/458.83.02

Correo E: fjc@ci.sanjuandedios-oh.es