

LA BOR HOS PITA LARIA

3 - 2004

julio / agosto / septiembre

nº 273

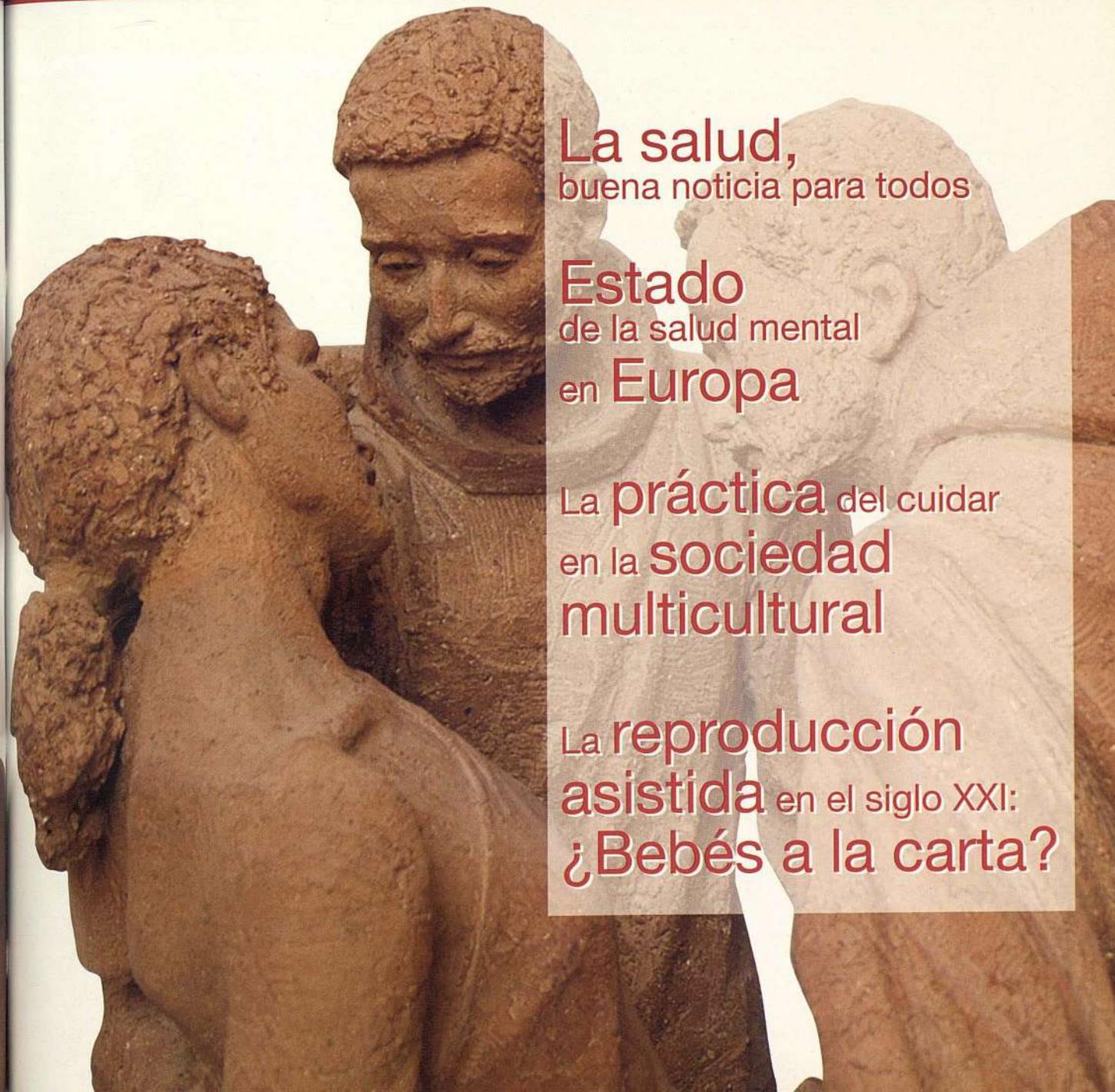
Humanización,
pastoral y ética
de la salud

La salud,
buena noticia para todos

Estado
de la salud mental
en Europa

La práctica del cuidar
en la sociedad
multicultural

La reproducción
asistida en el siglo XXI:
¿Bebés a la carta?



LA
BOR
HOS
PITA
LARIA

Humanización, pastoral
y ética de la salud

Hermanos de San Juan de Dios
Barcelona - Provincia de San Rafael

Año 56. Segunda época. Julio - Agosto - Septiembre 2004
Número 273. Volumen XXXV

Consejo de Redacción

Director - Miguel Martín
Administración - Joan Lluís Alabern
Coordinación y Redacción - Maite Hereu

Consejo Asesor

Francisco Abel, M^º. 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-
curia@ohsjd.es

Fotografía

Santiago Domingo i Franquesa

Información y suscripciones
revistas@ohsjd.es

www.ohsjd.es

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad como Soporte
Válido. Ref. SVR nº. 401

ISSN 0211-8268 - Dep. Legal: B. 2998-61
COLOR DIGITAL - BCN

0

Ciencia y espíritu

Pág. 5

1

La salud, buena noticia
para todos

> Joan Torra Bitlloch

Pág. 9

2

Estado de la salud mental
en Europa

> Wolfgang Rutz

Pág. 31

3

La práctica del cuidar en la
sociedad multicultural

> Prof. Gloria López Masoliver

Pág. 41

4

La reproducción asistida en el
siglo XXI: ¿Bebés a la carta?

> M^ª Pilar Núñez-Cubero

Pág. 63

Ciencia y espíritu

Es necesario reconocer el gran avance de la ciencia en general y de las ciencias de la salud en particular, abriéndose en la actualidad grandes perspectivas de futuro con la genética, cuya investigación augura grandes éxitos y en ella se tienen puestas muchas esperanzas e ilusiones para la curación de determinadas enfermedades que todavía hoy se nos resisten.

Las ciencias de la salud no solamente tienen un gran desarrollo sino que además están contribuyendo de manera muy positiva a proporcionar al ser humano una vida más longeva y de mayor calidad, consiguiendo la curación de enfermedades muy resistentes, la rehabilitación de difíciles procesos y la prevención de otros muchos. Las nuevas tecnologías y los nuevos fármacos están siendo piezas clave para ello, junto con un mayor nivel de educación sanitaria y un mejor nivel de vida, económico y social.

Claro que, como ocurre en tantos otros aspectos de la vida de los seres humanos, no siempre las cosas están repartidas de forma equitativa ni todos en cualquier parte del mundo tienen acceso a las aportaciones de estas ciencias, con lo cual nos encontramos con grandes desigualdades e injusticias: ¡cuántas personas mueren cada día de hambre o por enfermedades consideradas banales en el primer mundo o porque no tienen acceso a los fármacos necesarios!

No obstante lo que acabamos de decir la ciencia sigue progresando y se invierten importantes sumas de dinero en la investigación con el fin de avanzar y descubrir nuevas soluciones a problemas y enfermedades. Algo evidentemente bueno, que hemos de aplaudir y valorar, con los únicos deseos de que se hagan éticamente, con el debido respeto a la dignidad de las personas y que puedan participar todas de sus éxitos.

En torno a estos avances preventivos, diagnósticos y asistenciales que las ciencias nos proporcionan hay que poner sin embargo una objeción, cuando

se hace exclusivamente desde el punto de vista técnico, teniendo en cuenta únicamente la parte y no el todo, el funcionamiento biológico y no la realidad del ser humano en su totalidad. Cuando esto se hace así se pierde eficiencia y en muchas enfermedades los resultados no son los esperados.

La globalidad del ser humano en cualquiera de sus dimensiones y facetas incide en su estado de salud. También su pensamiento, sus preocupaciones, la realidad de su entorno, sus convicciones y valores, su vida espiritual y sus creencias religiosas si las tuviese. Cuando se establezca un diagnóstico y se prescriba un tratamiento habrá que valorar todo ello para que realmente sea efectivo. Cuantas veces descubrimos por ejemplo en salud mental que determinados tratamientos, sobre todo farmacológicos, una vez que pasa su efecto nos devuelve a la situación de inicio, porque cuando se diagnosticó no se contempló adecuadamente toda la realidad de la persona.

Especialmente importante es todo lo que hace referencia a la dimensión espiritual y religiosa del ser humano, al área de las preguntas y respuestas por el sentido de la vida, de las convicciones, valores y creencias del ser humano, éstas últimas abiertas o no a la trascendencia y a la fe en un Dios concreto. Es algo que no se ve. La ciencia todavía no ha inventado aparatos para medirlo y no conoce muy bien sus mecanismos de funcionamiento. Pero sabemos que da a la vida humana el soporte y el fundamento para ser vivida con sentido y plenitud. Cuando esto falta, esta apenas desarrollado o ha sufrido algún trauma grave, la vida tiene el peligro de tornarse vacía, desangelada, abocando muchas veces en patologías mentales, con frecuencia graves. Si, es posible que físicamente se tenga mucha vida, pero

será como una estatua de hierro con pies de barro, enferma internamente y con el tiempo también lo estará externamente.

Algunos investigadores y profesionales de la salud se van dando cuenta de este hecho. Cada día encontramos más publicaciones sobre esta realidad, incluso se hacen investigaciones neurobiológicas con el fin de mostrar el punto del cerebelo donde incide positiva o negativamente la vivencia sana o patológica de los valores y las creencias. Por otra parte algunos profesionales en su actividad diaria lo tienen presente a la hora de establecer sus diagnósticos y prescribir sus tratamientos. Los resultados son evidentes y muestran la necesidad de seguir trabajando en esta dirección. Para ello es necesario una formación mayor a los profesionales sobre estos aspectos, un tanto denostados los últimos tiempos en nuestro entorno y de los que apenas se hace referencia en los centros de enseñanza de estas profesiones.

Por tanto y siguiendo la línea que caracteriza a esta revista, estamos de acuerdo y nos felicitamos con los avances de la ciencia en el campo de la salud y la asistencia y es necesario seguir investigando con el fin de promover y proporcionar más y mejor vida para todos los seres humanos de cualquier lugar del mundo, sin ninguna distinción. Pero decimos también que la investigación y la asistencia no será completa ni acertada sino tiene en cuenta al ser humano en su totalidad, subrayando su dimensión espiritual y religiosa. Sin ello tenemos el peligro de crear paradójicamente más vida pero al mismo tiempo más débil. Ya hay quien se da cuenta de ello, abriendo nuevos caminos haciendo buenas e interesantes aportaciones.

La salud, buena noticia para todos*

> Joan Torra Bitlloch
Sacerdote de la Diócesis de Vic

El Evangelio es buena noticia para todos. Se trata de una expresión que recoge la esencia del mensaje cristiano, que consiste en dar vida y darla en abundancia (Cf. Jn 10,10). La vida sana y saludable, y en última instancia la salvación, son las notas fundamentales de esta buena noticia evangélica. De hecho el mismo Jesús de Nazaret, el Hijo de Dios encarnado, muerto y resucitado es la fuente de vida, de salud y de salvación para el ser humano, El es la salud y la vida.

Sobre todos estos aspectos la teología cristiana ha tratado desde sus inicios, si bien durante mucho tiempo los tuvo demasiado olvidados. En los últimos años de nuevo se ha recuperado la reflexión teológica en torno al Evangelio de la salud, impulsada en parte por una pastoral de la salud renovada y más centrada evangélicamente.

El P. Joan Torra, con motivo del Día del Enfermo 2004, cuyo lema ha sido "Más cerca de los que están lejos" ha realizado una buena reflexión, en la que aborda y profundiza en el mensaje sanador y salvador que significa el Evangelio y propone a grandes rasgos distintos lenguajes, a tener en cuenta en la pastoral, para hacer llegar hoy este modelo evangélico de salud a los hombres. ▶

1. Introducción

Hace tiempo lo escuché a un médico. Si un enfermo se curaba la gente encendía una vela a san Antonio en agradecimiento, pero si se moría o si quedaba lisiado cargaban las culpas al médico. Ahora ha cambiado, y ¡mucho! Si alguien sobrevive a una enfermedad, lo agradecen al médico, pero si se muere o si queda peor que muerto, ya no se la carga san Antonio, van directos a dar las culpas a un Dios injusto.

Dado que no me es necesario ir por el mundo cantando el Credo para que sepan que soy de misa entera, no hay semana que no tenga que tragármela. Cuando se muere alguien, sea viejo, joven o mocoso, porque la gente siempre se muere a destiempo, cuando una pareja se desapareja y pagan las consecuencias cuatro chavales, cuando alguien queda tan lisiado que no sabes si es de este mundo o del otro, a la más pequeña ya me piden explicaciones acerca del Padre Eterno.

En éstas me callo. Vete a hacer apologías del cristianismo y de Dios cuando una pobre gente se siente dolida.

Diría que menos mal, en este dolor resentido contra El de arriba, todavía hay una chispa de fe o de buena fe.¹

Este texto de **mosén Ballarín**, leído cuando estaba reflexionando para esta ponencia, me fue muy sugerente con relación al tema del que me corresponde hablar, y por esto os lo brindo. Retrata en muy pocas palabras -como tan bien él sabe hacerlo- una situación en la cual, todos los que de una forma u otra tenemos relación con el mundo

de la pastoral de la salud, nos encontramos a menudo. Ante las muchas situaciones complicadas -con frecuencia, límites- que vivimos nos quedamos sin poder dar ninguna respuesta, porque cualquier respuesta que demos será como mínimo desafortunada o dada fuera de tiempo. Y nos sabe mal, porque son las situaciones que más lo reclaman. Es cierto que en estos momentos, que son aquellos en que más lo necesitan, la gente no está predispuesta para escuchar. Más bien al contrario.

Mosén Ballarín también reflejaba el cambio radical y profundo de mundo -en especial del mundo de la salud hoy tan especializado- en el cual nosotros tenemos que hablar del Evangelio. Insinuaba unas pautas médicas de atención a la enfermedad y al enfermo que son totalmente nuevas y continuamente cambiantes. Se inscriben en las condiciones de un mundo totalmente diferente, un mundo que ha cambiado con celeridad la forma de entender la persona humana gracias a los enormes avances de la ciencia, de la técnica y de la tecnología que, aplicados a la atención en el campo de la salud, remueven todos los paradigmas a los que estábamos amablemente habituados.

Aquello que hoy tan a menudo se denomina como la secularización comporta -seguro- unos componentes de ignorancia religiosa enormes, cosa que se añade a las dificultades que las nuevas situaciones nos crean para poder hablar de la salud como Buena Noticia para todos.²

En este contexto, me corresponde en esta ponencia analizar en primer lugar qué entendemos por "salud" y cómo esta salud es una "Buena Noticia para todos". Va a ser el primer apartado titulado "El modelo saludable del Evangelio" y va a tener un fuerte contenido bíblico y teológico. En el segundo apartado, titulado "Lenguajes para hacer llegar

1- JOSEP M. BALLARÍN I MONSET, La Creu, publicado en catalán en el diario "AVUI" del 21 de septiembre de 2003, p. 27; también se encuentra en <http://www.avui.es/avui/diari/03/set/21/270221.htm>

2- Estos dos aspectos de los que hablamos han sido tratados en esta XV Jornada Catalana de Pastoral de la Salud con una ponencia del sociólogo Joan Costa sobre Realidad social y mundo de la salud y otra de la señora Isabel Herrera sobre La pastoral de la salud, servicio a la comunidad.

este modelo saludable al hombre de hoy”, procuraremos sacar algunas conclusiones pastorales de la lectura del Evangelio y de la reflexión teológica.

En ambos apartados tendremos que tener en cuenta que este modelo, para que sea válido, tiene que ser universal, es decir, apto para todo el mundo sin distinciones. En el fondo, además de responder al título “Buena Nueva para todos”, estaremos respondiendo también al tema elegido, con mucho acierto, para la Campaña del Día del Enfermo de este año: “-Más cerca de los que están lejos-. Respalda a los que sufren”. Si no fuera así, nuestra propuesta pastoral no tendría ninguna validez.

2. El modelo saludable del Evangelio

2.1 Jesús da la salud

El testimonio que los primeros discípulos dieron de Jesús y de su Evangelio es muy claro. Lo formula Pedro la mañana de Pentecostés cuando, lleno del Espíritu Santo, pronuncia el primer discurso a la muchedumbre que muy pronto se ha congregado frente a la casa donde los apóstoles estaban reunidos:

“Israelitas, escuchad estas palabras: A Jesús, el Nazoreo, hombre acreditado por Dios entre vosotros con milagros, prodigios y señales que Dios hizo por su medio entre vosotros, como vosotros mismos sabéis, a éste, que fue entregado según el determinado designio y previo conocimiento de Dios, vosotros le matasteis clavándole en la cruz por mano de los impíos; a éste, pues, Dios le resucitó librándole de los dolores del Hades, pues no era posible que quedase bajo su dominio... A este Jesús Dios le resucitó; de lo cual todos nosotros somos testigos. Y exaltado por la diestra de Dios, ha recibido del Padre el Espíritu Santo prometido y ha derramado lo que vosotros veis y oís” (Hch 2,22-24.32.33).

O bien, más adelante, el mismo Pedro ante Cornelio, el primer pagano que se convierte a la fe y es bautizado, dirá:

“Cómo Dios a Jesús de Nazaret le ungió con el Espíritu Santo y con poder, y cómo él pasó haciendo el bien y curando a todos los oprimidos por el Diablo, porque Dios estaba con él” (Hch 10,38).

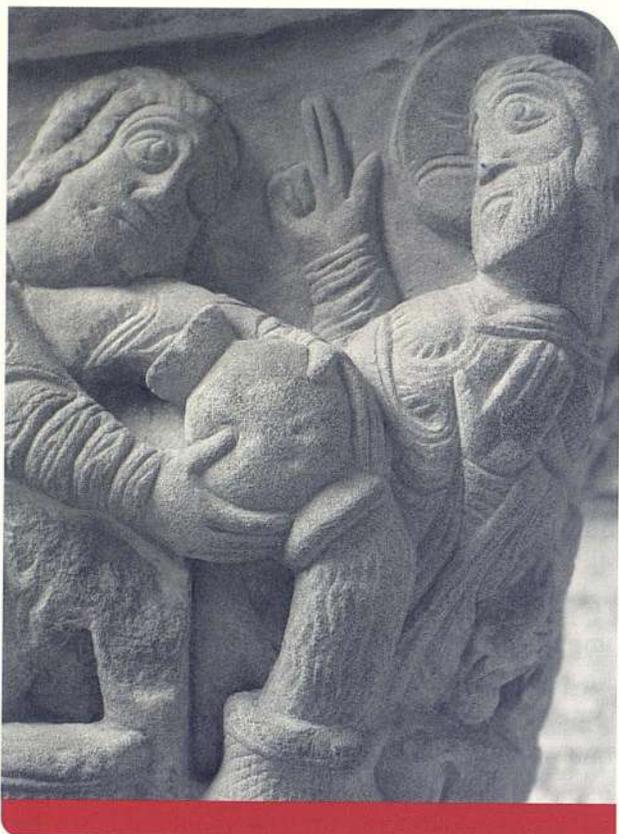
Pasó “haciendo el bien y curando a los oprimidos”, o bien obró “milagros, prodigios y señales”. Es cierto. Una lectura sencilla del texto del Evangelio revela que efectivamente Jesús llevó a término una serie de curaciones milagrosas y hasta algunas “resurrecciones”, junto a otros signos extraordinarios importantes: andar sobre las aguas, multiplicar los panes... El testimonio evangélico es innegable y, por más explicaciones, llamémoslas científicas, que pudiésemos llegar a encontrar a estos signos, nada nos tiene que llevar a la afirmación de que no sucedieron. ¡Más bien al contrario! No hay ninguna dificultad para aceptarlos como tales signos que maravillaron.

¿Es esta la salvación que trae Jesús? ¿Salud y salvación significan exactamente lo mismo?

¡Todavía más! Los Apóstoles, después de la resurrección del Señor, llenos del Espíritu, se sintieron llamados también ellos a continuar estos signos maravillosos que Jesús había hecho. Lo hacían “en nombre de Jesús”.

“Pedro y Juan subían al Templo para la oración de la hora nona. Había un hombre, tullido desde su nacimiento, al que llevaban y ponían todos los días junto a la puerta del Templo llamada Hermosa para que pidiera limosna a los que entraban en el Templo. Este, al ver a Pedro y a Juan que iban a entrar en el Templo, les pidió una limosna.

Pedro fijó en él la mirada juntamente con Juan, y le dijo: “Miranos”. Él les miraba con fijeza esperando recibir algo de ellos. Pedro le dijo: “No tengo plata ni oro; pero lo que tengo, te doy: en nombre de Jesucristo, el Nazoreo, ponte a andar.” Y tomándole de la mano derecha le levantó.



Y les encomendó las curaciones como signo saludable dándoles el poder necesario para llevarlas a término.

“Y llamando a sus doce discípulos, les dio poder sobre los espíritus inmundos para expulsarlos, y para curar toda enfermedad y toda dolencia... A estos doce envió Jesús, después de darles estas instrucciones: “No toméis camino de gentiles ni entréis en ciudad de samaritanos; dirigíos más bien a las ovejas perdidas de la casa de Israel. Yendo proclamad que el Reino de los Cielos está cerca. Curad enfermos, resucitad muertos, purificad leprosos, expulsad demonios. Gratis lo recibisteis; dadlo gratis” (Mt 10,1.5-8 y par).

Al instante cobraron fuerza sus pies y tobillos, y de un salto se puso en pie y andaba. Entró con ellos en el Templo andando, saltando y alabando a Dios. Todo el pueblo le vio cómo andaba y alababa a Dios; le reconocían, pues él era el que pedía limosna sentado junto a la puerta Hermosa del Templo. Y se quedaron llenos de estupor y asombro por lo que había sucedido (Hch 3,1-10).

El resumen de su actuación coincide, pues, con el resumen de la actividad llevada a cabo por Jesús y que tanto recordaban.

“Hasta tal punto que incluso sacaban los enfermos a las plazas y los colocaban en lechos y camillas, para que, al pasar Pedro, siquiera su sombra cubriese a alguno de ellos. También acudía la multitud de las ciudades vecinas a Jerusalén trayendo enfermos y atormentados por espíritus inmundos; y todos eran curados”(Hch 5,15-16).

En realidad ya fue durante la vida de Jesús cuando Él mismo los envió en misión.

La expresión levántate y “ponte a andar” pronunciada por Pedro (Hch 3,6), puede resumir muy bien el objetivo de todas estas curaciones llevadas a cabo por Jesús y después encomendadas a la Iglesia. ¡En efecto! La enfermedad, sea la que sea (paralíticos, invadidos, ciegos, mudos, cojos, epilépticos y poseídos, leprosos...) conlleva una presencia del “mal” que no permite a la persona humana vivir en plenitud su vida y realizarse como tal delante de Dios. La persona permanece postrada por el sufrimiento y el dolor, y la presencia de Jesús y de su Reino la devuelven de nuevo a una vida adulta, vivida de manera que camine, erguida, delante de Dios y de los hermanos.³

2.2 Las curaciones, signos del Reino de Dios. De la salud a la salvación

Las curaciones nunca pueden ser actos de poder arbitrario, aislados de su significado. Si lo fuesen representarían lo contrario de lo que Dios quiere porque serían expresión de un poder dado sólo a unos hombres en detrimento de otros. Esto provocaría una división aún mayor de la

humanidad con una injusticia flagrante puesto que algunos gozarían arbitrariamente de este poder y otros no.

Algunos intentos hubo en los orígenes de la Iglesia en el sentido de querer comprar este poder; lo intentó, por ejemplo, **Simón Mago (Hch 8,4-25)**. ¡No podía ser! Las curaciones tenían que ser un signo del Dios bueno y justo, y de su voluntad de salvación para con todos los hombres (cf. Lc 1,76-79). Por ello siempre se da la justificación de las curaciones: se realizan **“en el nombre de Jesús”** y se producen **“gratuitamente”** para que nada ensombrezca la presencia de Dios -el poder de Dios- que se manifiesta. El mensaje a transmitir es muy claro: **“Yendo proclamad que el Reino de los Cielos está cerca” (Mt 10,7)**.

Tampoco Jesús realizó curaciones porque sí. Siempre nos da los motivos. Ni las realizó nunca indiscriminadamente sino que responden a una situación personal determinada que nos es presentada como una muestra de esclavitud y de opresión que vive la persona humana. Ante algunas de estas situaciones se tiene que destacar, por lo tanto, que a veces los mismos signos milagrosos se vuelven verdaderos obstáculos para acceder a la fe, si no son comprendidos correctamente. Jesús reacciona mostrando que aquella no es la situación querida por Dios.

La voluntad de Dios es voluntad de bondad, de liberación, de posibilidad de plena realización de la persona humana.

Por esto las curaciones siempre reclaman la fe de quien las recibe -creerlo posible-, y siempre conllevan un aumento de fe por parte del que es beneficiario del milagro y de las personas que, desde su entorno, participan del signo milagroso: ¡Hace falta creer en el Reino que está presente en Jesús!

En este sentido, el Evangelio de Juan nos ha conservado algunos relatos de curaciones en que



3- En este sentido va muy bien recordar que la palabra latina "infirmitas" es la que da lugar a la palabra "enfermedad" porque recupera este sentido de que la persona humana está destinada a permanecer de pie, erguida, firme, delante de los otros y de Dios, mientras que la enfermedad la somete a no poder estar de esta forma, está "no-firme", por la presencia del mal en ella. Por ello no importan tanto los motivos de la enfermedad -cosa que a menudo le preguntan a Jesús: ¿quién pecó?-, sino la situación en la que se encuentra y de la que tiene que ser liberada.

4- En un contexto parecido Jesús recuerda que los hechos maravillosos sólo son signos que nos hablan de la presencia del Reinado de Dios y, por ello, no son universales sino sólo para algunas situaciones concretas como muestra de lo que tendría que ser el Reino. Lo explica en la sinagoga de Nazaret, su pueblo, cuando, después de la proclamación del anuncio mesiánico recuerda que «muchas viudas había en Israel en los días de Elías, cuando se cerró el cielo por tres años y seis meses, y hubo gran hambre en todo el país; y a ninguna de ellas fue enviado Elías, sino a una mujer viuda de Sarepta de Sidón. Y muchos leprosos había en Israel en tiempos del profeta Eliseo, y ninguno de ellos fue purificado sino Naamán, el sirio» (Lc 4,25-27). Sus paisanos no tendrán ningún trato de privilegio, ni gozarán de beneficios universales por el hecho de serlo. Tendrán, como todo el mundo, los signos del Reino. «Y no podía hacer allí ningún milagro, a excepción de unos pocos enfermos a quienes curó imponiéndoles las manos. Y se maravilló de su falta de fe» (Mc 6,5-6).

nos muestra explícitamente la voluntad de Jesús sobre el hombre enfermo. Me refiero particularmente a la narración de la curación del ciego de nacimiento (Jn 9,1-41). La Iglesia desde los inicios ha guardado celosamente este relato en el contexto de la iniciación cristiana⁵. Se hacía necesario recordar, a aquellos que empezaban a ser cristianos, que no tendrían ningún privilegio especial en esta vida por el hecho de pasar a serlo porque la salvación que se les daría, siendo muy real en el sacramento y en la vida, es una salvación "en esperanza" tal como recuerda san Pablo con mucha claridad (Rm 8,24)⁶.

El ciego de nacimiento vive un proceso⁷, largo y denso, en el cual, precisamente porque ha recibido la "vida" en el bautismo, corre peligro de perderla por la persecución y el martirio. Su vida ahora es Cristo (cf. Ga 2,20), Aquél que le ha dado la vista, devolviéndole la salud, y le ha hecho "ver claro" en este mundo devolviéndole así a la vida con los demás.

Pero no sólo él sino también los que están a su alrededor son conducidos a definirse por el contraste de su encuentro con el Jesús que lleva la salud. Les pasa a los apóstoles que preguntaban por las causas de su enfermedad. Les pasa a los judíos que se cierran a la salvación que se les ofrece.

Al final queda evidente que los que creen ver son los que están ciegos; se mantienen ensimismados

en su ceguera porque, alejados de la fe que rehuyen, se quedan fatalmente sin explicación ante la realidad del mundo con todo el mal que contiene, sin creer que Dios puede hacer posible aquello que a los hombres les es imposible⁸.

Aquellos, en cambio, que aceptan el don de la fe, pueden "ver" ya la vida con la mirada de Dios.

Y no quedan encerrados y esclavizados en este mundo de sufrimiento y de enfermedad que, muy equivocadamente, a menudo hemos definido como un "valle de lágrimas".

Todos los enfermos, sea de la enfermedad que sea, que fueron curados por Jesús, con certeza volvieron a caer enfermos y, finalmente, murieron. También todas las personas a las que resucitó volvieron a morir

Por ello tenemos que afirmar que las curaciones son una

5-Todavía hoy se lee entero en el Cuarto Domingo de Cuaresma del ciclo A, ciclo típico de la iniciación cristiana de aquellos que van a recibir el bautismo en la Vigilia Pascual. Va precedido del relato de la samaritana (Jn 4,5-42) y seguido de la resurrección de Lázaro (Jn 11,1-45).

6-Algo parecido sucede hoy cuando la gente pregunta exclusivamente por la utilidad de los sacramentos con la fórmula: «¿para qué sirve?». Se pueden hacer muchos comentarios pero ahora son innecesarios. Sin embargo es muy importante, como veremos, este punto de vista para una correcta pastoral con los enfermos.

7-Hay algo así como siete pasos válidos para la iniciación cristiana que tienen al ciego, es decir, a aquél que es iniciado a la fe, como protagonista en contacto con lo que van diciendo los otros personajes. La iniciación cristiana se ve muy clara en la afirmación central de Jesús, afirmación que está puesta en el centro de la Vigilia Pascual: Mientras estoy en el mundo, soy luz del mundo.

1. Vete, lávate en la piscina de Siloé... Unos decían: "Es él". "No, decían otros, sino que es uno que se le parece."..."Soy yo".

2. Ese hombre que se llama Jesús... "¿Dónde está ése?"..."No lo sé."

3. "Este hombre no viene de Dios..." "¿Y tú qué dices de él?"..."Que es un profeta."

4. Los padres... Preguntadle; edad tiene; puede hablar de sí mismo."

5. "Da gloria a Dios. Nosotros sabemos... Si éste no viniera de Dios, no podría hacer nada."..."Has nacido todo entero en pecado

6. "¿Tú crees en el Hijo del hombre?"..."Creo, Señor." Y se postró ante él.

7. Como decís: "Vemos" vuestro pecado permanece."

8-Se hace presente la pregunta por la salvación de los discípulos a Jesús: "Entonces, ¿quién se podrá salvar?" Jesús, mirándolos fijamente, dijo: "Para los hombres eso es imposible, mas para Dios todo es posible" (Mt 19,25-26).

“salvación provisional”
porque no son todavía
la salvación definitiva;
son un signo de ella, una
anticipación de la salvación
que más tarde se tiene que
producir en plenitud.

Pero los que han recibido el beneficio de la curación o de la resurrección quedan transformados radicalmente. Para ellos empieza una nueva vida. Son el paradigma del Bautismo cristiano. Saben y proclaman, ni que sea con su sola presencia, que Dios está a favor de la salud y de la vida, y que la

enfermedad es provisional y no va a tener la última palabra. Ante la nueva enfermedad que se va a producir han aprendido ya a “ver con la mirada de Dios” y a saber que lo que cuenta en la vida es dónde hemos puesto nuestro corazón porque es allí que tenemos nuestro tesoro (cf. Mt 6,21). Ahora el tesoro está en el Reino del amor, de la vida, de la salvación y del servicio generoso a los hermanos para hacer, como Jesús, que el Reino crezca y se dilate cada día, y para ayudar a todos a mirar la vida desde otra perspectiva, la de Dios.

El relato -breve- de la suegra de Pedro nos hace ver el paso que se ha producido en la persona curada: *“Al llegar Jesús a casa de Pedro, vio a la suegra de éste en cama, con fiebre. Le tocó la mano y la fiebre la dejó; y se levantó y se puso a servirle”* (Mt 8,14-15). De la enfermedad -presencia del mal que conlleva estar postrado- se pasa al servicio generoso a los demás -máxima presencia



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

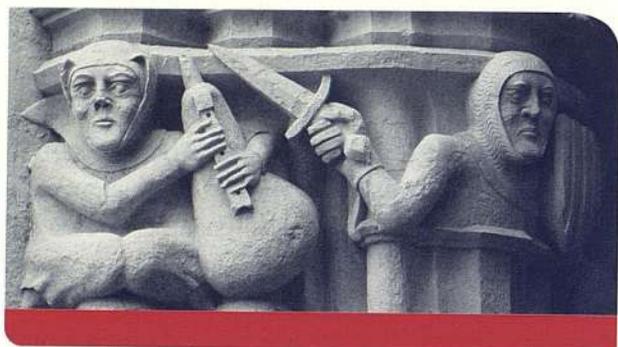
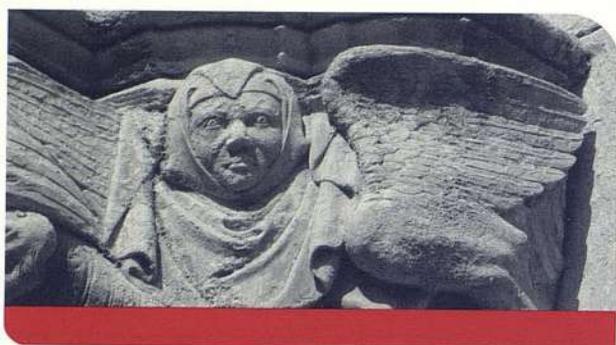
TERAPÉUTICA

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



del bien y, por lo tanto, del Reino-; de estar postrado se pasa a estar de pie.

Cualquier curación, o resurrección, conlleva para quien la recibe un paso tan determinante como después lo será el del Bautismo.

Se continúa exteriormente la vida de antes, sometida a la enfermedad y a la muerte, pero se puede vivir ya la vida verdadera de Dios y en Dios, con los otros creyentes, la Iglesia, desde la certeza de la salvación definitiva que da la fe.

Salud y salvación, quizás no son exactamente lo mismo. La salvación definitiva incluye ciertamente la salud y ésta apunta a la salvación de la cual es signo. La salvación es la plenitud del Reino.

2.3 Jesús -que da la salud- es la salvación

Al final lo que es determinante para la salvación es Jesús mismo.

No lo es tan sólo su mensaje, especialmente si queda aislado de su persona: lo es Él mismo. Esta es la pregunta definitiva que Jesús formula al ciego de nacimiento: *"Jesús se enteró de que le habían echado fuera y, encontrándose con él, »le dijo: «¿Tú crees en el Hijo del hombre?» Él respondió: «¿Y quién es, Señor, para que crea en él?» Jesús le dijo: «Le has visto; el que está hablando contigo, ése es.» El entonces dijo: «Creo, Señor». Y se postró ante él" (Jn 9,35-38).*

Pedro lo afirma rotundamente cuando es interrogado por el Sanedrín:

Puesto que con motivo de la obra realizada en un enfermo somos hoy interrogados por quién ha sido éste curado, sabed todos vosotros y todo el pueblo de Israel que ha sido por el nombre de Jesucristo, el Nazoreo, a quien vosotros crucificasteis y a quien Dios resucitó de entre los muertos; por su nombre y no por ningún otro se presenta éste aquí sano delante de vosotros. Él es la piedra que vosotros, los constructores, habéis despreciado y que se ha convertido en piedra angular. Porque no hay bajo el cielo otro nombre dado a los hombres por el que nosotros debamos salvarnos (Hch 4,9-12).

Jesús no sólo anuncia el Reino de Dios, Él mismo es el Reino de Dios porque Él es el Hijo de Dios que tenía que venir al mundo. Nos lo dice el misterio de la Encarnación.

Por esto es tan importante referirnos también a Él mismo y no quedarnos sólo en lo que Él hizo, tal como lo hemos hecho hasta ahora. Porque Jesús mismo vivió con radicalidad el mensaje que anunciaba. Por esto murió en la cruz.

Allí, en la cruz, le es presentada dolorosamente la misma cuestión que suscitaban los signos milagrosos que hizo:

Igualmente los sumos sacerdotes junto con los escribas y los ancianos se burlaban de él diciendo: «A otros salvó y a sí mismo no puede salvarse. Rey de Israel es: que baje ahora de la cruz, y cree-

remos en él. Ha puesto su confianza en Dios; que le salve ahora, si es que de verdad le quiere; ya que dijo: "Soy Hijo de Dios" (Mt 27,41-43).

La crueldad es enorme: "a sí mismo no puede salvarse". ¿De qué le sirve ser Hijo de Dios? ¿De qué le ha servido todo el bien que ha hecho si ahora muere injustamente en la cruz? En el fondo es el mismo dilema, transformado en tentación, que le plantea el tentador en el desierto en el inicio de su misión cuando le invita a poner el poder de que dispone a su propio servicio consagrando el egoísmo en lugar del amor, el propio placer en lugar del bien de los otros, el poder en lugar del servicio (cf. Mt 4,1-11).

Incluso la agonía de Getsemaní revela el drama humano que vive Jesús, drama que comparte con todos los hombres de todos los tiempos sin excepción:

"Padre mío, si es posible, que pase de mí esta copa, pero no sea como yo quiero, sino como quieras tú" (Mt 26,39).

La cruz convierte a Jesús en totalmente hermano de todos los hombres de todos los tiempos. Su muerte le precipita al silencio del sepulcro, el bendito silencio humano del Sábado Santo.

2.4 De la Encarnación al Misterio Pascual

Es el anuncio del amanecer de Pascua el que hace que la historia de Jesús sea diferente y única: ¡Dios le ha resucitado!:

"El Ángel se dirigió a las mujeres y les dijo: "Vosotras no temáis, pues sé que buscáis a Jesús, el Crucificado; no está aquí, ha resucitado, como lo había dicho. Venid, ved el lugar donde estaba. Y ahora id enseguida a decir a sus discípulos: "Ha resucitado de entre los muertos e irá delante de vosotros a Galilea; allí le veréis." Ya os lo he dicho" (Mt 28,5-7).

La muerte ya no tiene la última palabra. La muerte que concentra en ella todo el contenido definitivo de la enfermedad, del sufrimiento,

del dolor, del mal del mundo, de todas las injusticias posibles, ha sido vencida. San Pablo saca las consecuencias:

"¡Pero no! Cristo resucitó de entre los muertos como primicias de los que durmieron... Porque debe él reinar hasta que ponga a todos sus enemigos bajo sus pies. El último enemigo en ser destruido será la Muerte" (1Co 15,20.25-26).

La Pascua de Jesús abre un camino totalmente nuevo para la persona humana.

**Si Cristo ha resucitado también
nosotros resucitaremos.**

**La muerte ya no trunca
la vida. Dios quiere
darnos la vida para siempre.**



¡Todavía más! Ya ahora podemos vivir esta vida de resucitados. Y aunque tengamos que pasar por la enfermedad y por la muerte, sabemos que nada podrá vencer la fuerza de la vida que Él ha sembrado en el corazón de cada hombre y de cada mujer que cree en Él y que quiere vivir tal como Él vivió. Porque Él mismo dice: *“Yo soy el Camino, la Verdad y la Vida. Nadie va al Padre sino por mí”* (Jn 14,6). El Padre es la vida por siempre, la vida del cielo.

Si Jesús ha resucitado esto quiere decir que Él todavía sigue viviente y que no morirá jamás. Por eso continua actuando gracias a su Espíritu, el que ha sido dado en profusión a la Iglesia, la comunidad de los creyentes en la resurrección, la comunidad de la Pascua.

Es el Espíritu Santo el que es dado *“como primicia para los creyentes, a fin de santificar todas las cosas, llevando a plenitud su obra en el mundo”*, tal como reza la plegaria eucarística IV. El Espíritu, presente en el mundo y en el corazón de los creyentes, actúa en la Iglesia a fin de que continúe siendo signo del Reino de Dios. Casi podríamos decir que la presencia de la Iglesia y de su acción en el mundo es el *“milagro”*, el signo maravilloso, el sacramento, que busca de curar el mundo de su situación llevándole incesantemente el Reino de Dios que ella misma significa. El Vaticano II recuperó con fuerza esta categoría de sacramento para comprender a la Iglesia y por esto pudo proclamar que nada de lo que es humano es ajeno a la misión eclesial.¹⁰

El Espíritu no sólo actúa en la vida de las personas -en el esfuerzo moral, podríamos decir-; actúa de manera privilegiada en los sacramentos. No sólo nos ha sido dada una Palabra, una sabiduría. Se nos ha dado una Vida y se nos da continuamente. Por el Bautismo entramos en esta vida y por la Eucaristía la recibimos y renovamos constantemente. Nosotros, pues, ya somos resucitados. San Juan lo proclama:

“Mirad qué amor nos ha tenido el Padre para llamarnos hijos de Dios, pues ¡lo somos! El mundo no nos conoce porque no le conoció a él. Queridos, ahora somos hijos de Dios y aún no se ha manifestado lo que seremos. Sabemos que, cuando se manifieste, seremos semejantes a él, porque le veremos tal cual es. Todo el que tiene esta esperanza en él se purifica a sí mismo, como él es puro” (1Jn 3,1-3).

La vida del cristiano, de aquél que cree en la Resurrección de Jesucristo, ha quedado totalmente transformada. ¡Ahora sí que el bautizado puede mirar la vida con la mirada de Dios, porque tiene en él la misma Vida de Dios! ¡Ahora sí que puede amar como Jesús amó porque le ha sido dado el mismo Espíritu de Jesús! Y no tiene que hacerlo sólo: ¡lo hace en Iglesia y con la Iglesia, con los demás y para los demás!

Cuántas veces el Evangelio no repite que los discípulos no entendían lo que Jesús les estaba diciendo: *“Pero ellos no entendían lo que les decía; les estaba velado de modo que no lo com-*

9-CONCILIO VATICANO II, Constitución dogmática sobre la Iglesia, "Lumen Gentium", 1: «Por ser Cristo luz de las gentes, este sagrado Concilio, reunido bajo la inspiración del Espíritu Santo, desea vehementemente iluminar a todos los hombres con su claridad, que resplandece sobre el haz de la Iglesia, anunciando el Evangelio a toda criatura (cf. Mc., 16,15). Y como la Iglesia es en Cristo como un sacramento o señal e instrumento de la íntima unión con Dios y de la unidad de todo el género humano, insistiendo en el ejemplo de los Concilios anteriores, se propone declarar con toda precisión a sus fieles y a todo el mundo su naturaleza y su misión universal. Las condiciones de estos tiempos añaden a este deber de la Iglesia una mayor urgencia, para que todos los hombres, unidos hoy más íntimamente con toda clase de relaciones sociales, técnicas y culturales, consigan también la plena unidad en Cristo».

10-CONCILIO VATICANO II, Constitución pastoral sobre la Iglesia en el mundo contemporáneo, "Gaudium et spes", 1: Los gozos y las esperanzas, las tristezas y las angustias de los hombres de nuestro tiempo, sobre todo de los pobres y de cuantos sufren, son a la vez gozos y esperanzas, tristezas y angustias de los discípulos de Cristo. Nada hay verdaderamente humano que no encuentre eco en su corazón. La comunidad cristiana está integrada por hombres que, reunidos en Cristo, son guiados por el Espíritu Santo en su peregrinar hacia el reino del Padre y han recibido la buena nueva de la salvación para comunicarla a todos. La Iglesia por ello se siente íntima y realmente solidaria del género humano y de su historia».

prendían y temían preguntarle acerca de este asunto (Lc 9,45)-. El día de Pascua todo les quedó claro. Comprendieron toda la vida de Jesús, todo lo que había dicho y enseñado, desde una perspectiva totalmente nueva. La Pascua les hizo comprender quién era realmente aquel Jesús que, por boca de Pedro, habían confesado como *“el Cristo, el Hijo de Dios vivo”* (Mt 16,16).

Ahora podían comprender claramente que las “salvaciones” que Jesús llevaba en forma de curaciones, de retorno de la salud a los enfermos, eran “signo” claro de la salvación definitiva que Él había ganado en la cruz. Y, también por boca de Pedro, repetían que «no hay bajo el cielo otro nombre dado a los hombres por el que nosotros debemos salvarnos (Hch 4,12). Este es el Reino de Dios que ahora ellos anunciaban: ¡El Reino está presente en Jesús!

La salvación se halla en el Misterio Pascual y no sólo en la Encarnación¹¹.

Cristo nos salva con su muerte y su resurrección.

No es suficiente mirar y admirar la vida de Jesús: es necesario llegar al término final hacia el que se dirigía. La Pascua culmina aquello que misteriosamente había empezado en la Encarnación.

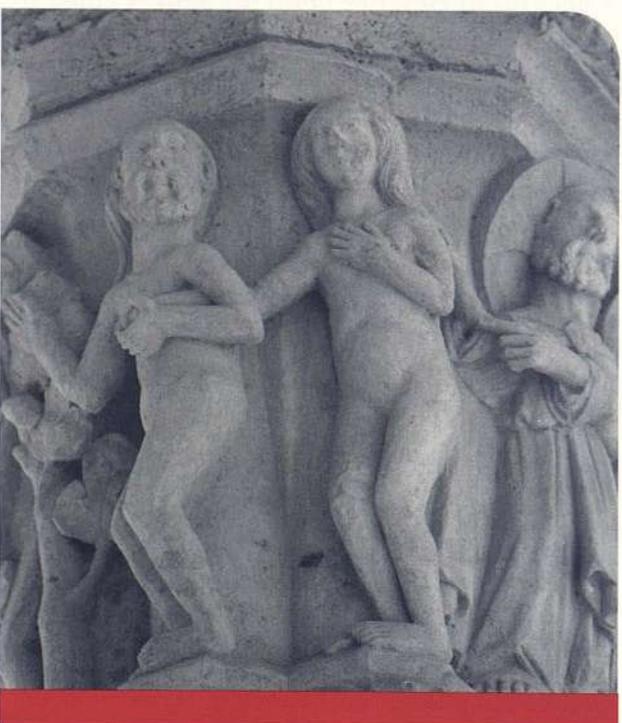
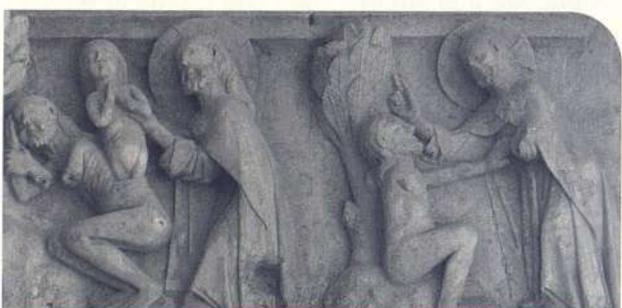
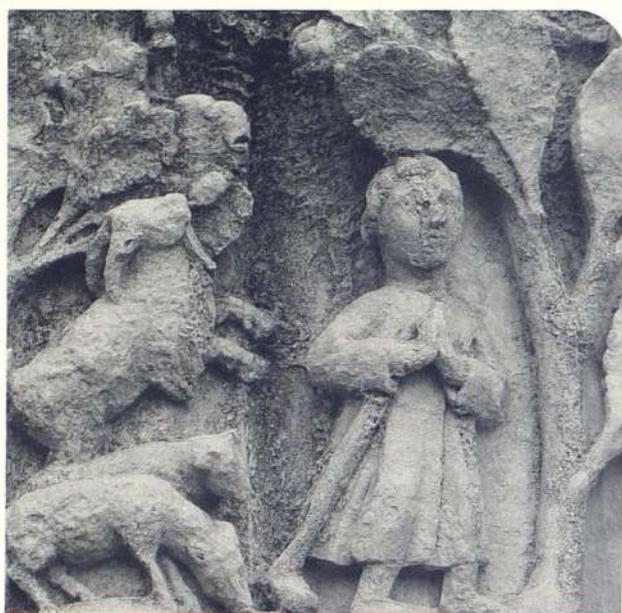
Lo dice bellamente la oración del Cuarto Domingo de Adviento:

“Derrama, Señor, tu gracia sobre nosotros, que hemos conocido por el anuncio del ángel la encarnación de tu Hijo, para que lleguemos por su pasión y su cruz a la gloria de la resurrección”.

Pascua es lo distintivo de Jesús, lo que le hace distinto de todos los profetas de la historia. La Pascua -muerte y resurrección- del final de la vida está ya presente en toda la vida de Jesús. La Pascua es la salvación. Sin la Pascua, la vida de Jesús no tendría el poder salvador que tiene. Con mucha claridad lo pronunció san Agustín (354-430) es un sermón precioso:

“La resurrección de Jesucristo el Señor es lo que caracteriza a la fe cristiana. El nacer hombre de hombre en un momento del tiempo quien era Dios de Dios, Dios con exclusión de todo tiempo; el haber nacido en carne mortal, en la semejanza de la carne de pecado; el hecho de haber pasado por la infancia, haber superado la niñez y haber llegado a la madurez y haberla conducido a la muerte, todo ello estaba al servicio de la resurrección. Pues no hubiese resucitado de no haber muerto, y no hubiese muerto si no hubiese nacido; por esto, el hecho de nacer y morir existió en función de la resurrección. Que Cristo el Señor nació hombre de hombre, lo creyeron muchos, incluso extraños e impíos, aunque desconocían su nacimiento virginal; que Cristo nació como hombre, lo creyeron tanto los amigos como los enemigos; que Cristo fue crucificado y muerto, lo creyeron tanto los amigos como los enemigos; que resucitó sólo lo saben los amigos. ¿Y esto por qué? Cristo el Señor, en el hecho de nacer y de morir, tenía la mirada puesta en la resurrección; en ella estableció los límites de nuestra fe. Nuestra raza, es decir, la raza humana, conocía dos cosas: el nacer y el morir. Para enseñarnos lo que no conocíamos, tomó lo que conocíamos. En la región de la tierra, en nuestra condición mortal, era habitual, absolutamente habitual el nacer y el morir; tan habitual que, así como en el cielo no puede darse, así en la tierra no cesa de existir. En cambio, ¿quién conocía el resucitar

11-Me resulta muy grato citar una obra teológica clásica, que considero de la mayor importancia y que ha permanecido demasiado olvidada: J. P. JOSSUA, *Le salut, incarnation ou mystère pascal*. Chez les Pères de l'Église de saint Irénée a saint Léon le Grand, Paris 1968. Para los primeros Padres de la Iglesia Pascua lo era todo, o, dicho de otra forma, todo era Pascua. No es sino de forma paulatina que empiezan a celebrar la Navidad contemplando el Nacimiento de Jesús como el inicio remoto del Misterio Pascual. La culminación de este proceso, que podríamos llamar como una "pascualización de la Navidad", se produce en los Sermones de san León Magno (papa del 440 al 461).



y el vivir perpetuamente? Esta es la novedad que trajo a nuestra región quien vino de Dios. ¡Gran acto de misericordia!; se hizo hombre por el hombre; se hizo hombre el creador del hombre! Nada extraordinario era para Cristo el ser lo que era, pero quiso que fuera grande el hacerse él lo que había hecho. ¿Qué significa «hacerse él lo que había hecho»? Hacerse hombre quien había hecho al hombre. He aquí su misericordia”¹².

2.5 El modelo saludable del Evangelio. De Pascua al Buen Samaritano

El Evangelio, toda la vida de Jesús, entendido correctamente desde su Pascua se vuelve -¡ahora sí!- un mensaje y una presencia de salvación. Porque se encuentra esta presencia salvadora única de Jesús, el Hijo de Dios, llega la salud verdadera a las personas. Y la salud se convierte en signo del Reino de Dios, reino de amor, de justicia y de paz de las que gozaremos en la resurrección prometida.

**Vivir en el Reino, conlleva
vivir en la salud, a pesar
de que todavía vivamos
inmersos en la enfermedad.
Vivir en la salud, equivale
a vivir en la esperanza
y a vivir esperanzados.**

Cuando a Jesús un maestro de la Ley le pregunta por la salvación y le hace formular

12-SAN AGUSTÍN, Sermo 229 H (=Guelferbitanus 12), 1, PLS 2,568-569; MA 1,479-480. Texto en castellano en: SAN AGUSTÍN, Obras completas, vol. XXIV Sermones (4º) 184-272B. Sermones sobre los tiempos litúrgicos, Traducción y notas de PÍO DE LUÍS, Madrid, BAC 447, 1983.

el mandamiento del amor a Dios y al prójimo, la respuesta de Jesús no se hace esperar: -Bien has respondido. Haz eso y vivirás (Lc 10,28); es el preámbulo de la parábola del Buen Samaritano. Pero antes de explicarla, Jesús le ha dado el precepto que le puede conducir a vivir una vida saludable en la salvación: el amor y el servicio al hermano hasta el punto de "cuidar" totalmente de él, de sentirse responsable de él (es decir, a poder responder de él) a pesar de no tener, aparentemente, ninguna obligación de hacerlo.

Qué bonito descubrir entonces que el sentido de la palabra griega original que nosotros traducimos por "curación" en los milagros de Jesús, es con propiedad el sentido de "cuidar", de servir y de honrar a la persona más que el de curar. Se usa el verbo griego *therapeuein*, verbo que ha dado origen al término "terapéutico" con el sentido amplio que tiene hoy esta palabra.¹³

Nosotros quizás no podremos "curar" como lo hacía Jesús, pero podemos "cuidar" haciendo llegar la salvación como camino de salud para la persona enferma y ayudarla a reincorporarse, firme, a la vida vivida con plenitud y esperanza.

Estoy convencido que éste es el mensaje profundo de la parábola del Buen Samaritano (Lc 10,30-37), parábola que termina tal como ha empezado: "Vete y haz tú lo mismo". A semejanza de Jesús, cualquier cristiano es portador de resurrección, y este evangelio, esta Buena Noticia, es saludable para el que la da y para el que la recibe.

Me parece imprescindible destacar aquí que este es el sentido del programa que para la pastoral

de la salud traza nuestro Concilio Provincial Tarraconense cuando, en la resolución 24, afirma:

"Jesús pasó haciendo el bien y curando como signo del Reino. El Concilio Provincial Tarraconense, convencido que el Evangelio proclamado y vivido es fuente de una nueva calidad de vida, también humanizador y salvador, pide que la actividad de nuestra Iglesia y la de cada cristiano manifiesten esta Buena Noticia -como el Buen Samaritano- dando soporte y ayuda a los atormentados y a los enfermos de cualquier tipo, especialmente a los más desatendidos, y sin olvidar los problemas específicos de la gente mayor. Si en algún momento es necesario que aparezca con mayor claridad el amor de la Iglesia para con todos los hombres y mujeres es en el dolor, así como también en las situaciones alrededor de la muerte".¹⁴

Esto nos lleva a la segunda parte de esta ponencia en la que nos limitaremos a sacar conclusiones sencillas del análisis bíblico y teológico que hasta aquí hemos hecho. Con todo, quiero terminar esta parte con el final del artículo de mn. Ballarín que citaba al empezar. También él llega a la Pascua para poder proclamar con toda humildad el evangelio de la paz y de la salvación:

Llegando a las últimas.

El mundo tiene un sentido en Dios hecho hombre. Se hizo tanto de nuestra especie que nunca nos engañó, nunca nos prometió un cielo acaramelado aquí. Continuarían los terremotos a las malas entre los hombres, habría escorpiones y hombres escorpión para el vecino.

Jesús no fue rey de Israel, murió en la cruz. Esta tierra es el Reino de un crucificado.

13-«A diferencia de otros milagros (como la tempestad calmada), las curaciones no sólo son un signo de poder, sino también un signo de la misericordia divina, y tienen por eso mismo una relación más íntima con el reino de Dios, como revela el evangelio. Es interesante notar, en este sentido, que los evangelistas usan profusamente el verbo griego *therapeuein* (36 veces), insistiendo así en el aspecto de "cuidar" más que en el de "curar". Efectivamente, *therapeuein*, que ha dado origen a nuestro término "terapéutico", no significa exactamente "curar" a alguien, sino "cuidar", y ni siquiera su primer sentido es medicinal. *Therapeuein* significa "servir" a una persona e incluso "honrarla". A. VANHOYE, *La vita consacrata nel mondo della salute. Fondamenti biblici*, en AA.VV., *La vita consacrata nel mondo della salute. Gesto e annunzio del Vangelo della misericordia*, Convegno del Camillianum, Roma 29-30 di marzo di 1993, Quaderni del Camillianum 4 (1993) 25-26. Citado por LUCIANO SANDRIN, *La Iglesia, comunidad sanante. Un reto pastoral*, Madrid, San Pablo, colección Biblioteca Hospitalaria 23, 2000.

14-Concilio Provincial Tarraconense 1995, Documents i resolucions, Barcelona, Editorial Claret, 1996.

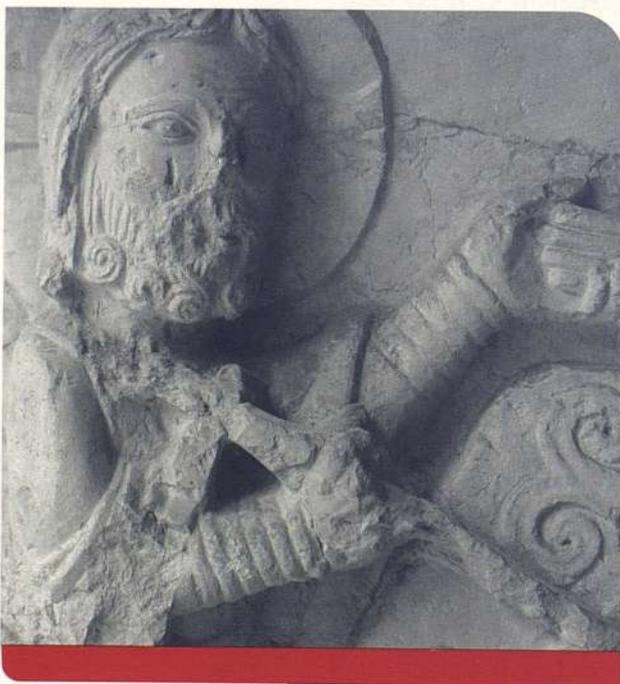
Donde no seremos felices como lo entiende todo el mundo, incluso la Constitución Americana. El sólo ha venido a respaldarnos para enseñarnos desde nuestros barrizales que hay un camino de paz. La que tenía incluso el ladrón malo y no tenían los que lo crucificaban, la que puede tener el pisoteado y no el que pisotea.

Además, y aquí te lo juegas todo, Dios murió crucificado y resucitó.

Para hacernos esperar, a pesar de todo, una paz eterna.

3. Lenguajes para hacer llegar este modelo saludable al hombre de hoy

Ya se ve que, de los análisis y las reflexiones bíblicas y teológicas, derivan casi de manera directa unos lenguajes que son saludables para el hombre de hoy. Sobre todo teniendo presente que los mismos análisis no son neutros sino que han sido hechos desde el conocimiento de la necesidad de unos



lenguajes aptos para la sociedad de hoy. Además, hay abundante y buena bibliografía¹⁵ sobre este campo pastoral de la salud a la cual es bueno recurrir para nuestra necesaria y constante formación.

Con todo, quiero formular como unos enunciados de resumen respondiendo a la pregunta por los lenguajes necesarios hoy para transmitir la fuerza salvadora y saludable del Evangelio vivido en la Iglesia.

3.1 Señor, si hubieses estado aquí...

La frase es de **Marta** (Jn 11,21) y de **María** (Jn 11,32) en el contexto del encuentro con Jesús con ocasión de la muerte de Lázaro, su hermano. Vale la pena leer y analizar el texto entero (Jn 11,1-45). También lo ofrece la Iglesia con ocasión de la iniciación cristiana.¹⁶ Marta y María presentan a Jesús con toda la radicalidad la “**protesta**” formal de la persona humana ante Aquél que se ha manifestado como la Vida y en el que han creído firmemente. Muerte y vida no pueden convivir; son contradictorios. La muerte de Lázaro, el hermano y el amigo, cuestiona, por lo tanto, radicalmente el mensaje salvador de Jesús.

Cualquier pastoral de la salud se tiene que inscribir dentro de esta dinámica. Lo tiene que hacer porque finalmente cualquier pastoral que quiera ser evangelizadora tiene que responder al cuestionamiento radical de la muerte que, desde la realidad, derrumba cualquier palabra y cualquier teoría por más bien formulada que esté.

15-Además de la obra, ya citada, de LUCIANO SANDRIN, La Iglesia, comunidad sanante. Un reto pastoral, Madrid, San Pablo, colección Biblioteca Hospitalaria 23, 2000, véase, entre otras, FRANCISCO ÁLVAREZ, El evangelio de la salud. Por qué es saludable creer, Madrid, San Pablo, colección Biblioteca Hospitalaria 21, 1999; JOSÉ ANTONIO PAGOLA, Es bueno creer. Para una teología de la esperanza, Madrid, San Pablo, Teología siglo XXI 24, 1996.

16- Se lee el Quinto Domingo de Cuaresma del ciclo A después del evangelio del ciego de nacimiento que ya hemos visto.

Jesús no niega la realidad de la muerte.

Invita a mirarla cara a cara.

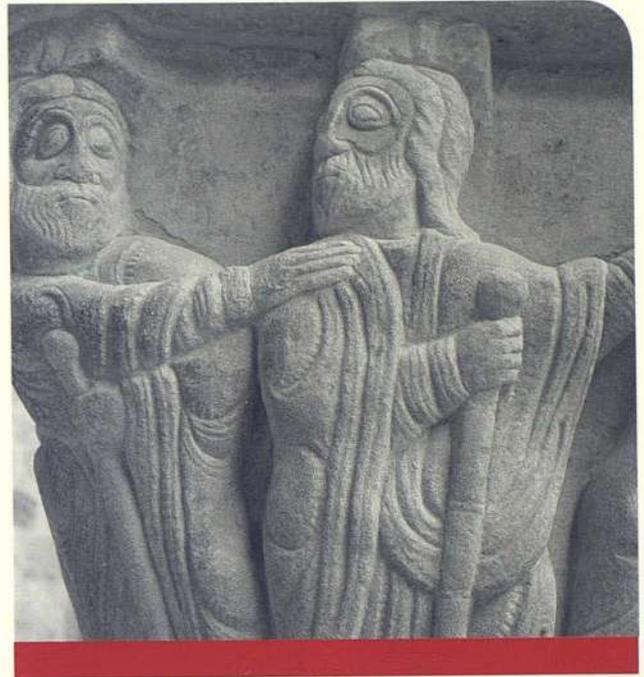
A pesar de la resurrección de su amigo, todos saben y entienden que volverá a morir. Por esto se apresura a inscribir el signo milagroso en la dinámica de la fe, de una fe que es previa al contraste con la muerte. Qué maravillosa la pregunta directa de Jesús a Marta -y después a María- y la respuesta de ella, formulando una profunda profesión de fe por parte de cada una de las dos.

Ellas ya estaban resucitadas por la fe. Era necesario, ahora, resucitar a su hermano. Y a todos los que participan en la escena. Porque Lázaro, el resucitado, necesita de la acción y del acompañamiento de la comunidad: *“Desatadlo y dejadle andar”* (Jn 11,44).

Por esto la pastoral de la salud tiene que ser, además de una dimensión específica de la pastoral, una instancia que fecunda continuamente toda la pastoral global porque aporta la radicalidad de la pregunta humana más trascendental, y, sin ésta, la pastoral se volvería vacía.¹⁸

3.2 Rehuyendo respuestas idolátricas

Las situaciones de enfermedad con que nos encontramos llevan, evidentemente, a la formulación de las preguntas más fundamentales, aquellas que denominamos como trascendentales, las más antropológicas, aquellas que nos convierten en hermanos de todos los hombres y mujeres desde siempre. Somos humanos porque nos preguntamos por el sentido de nuestra vida y de nuestra muerte.



Hoy las condiciones de nuestra sociedad ayudan poco o nada a las personas a formularse estas preguntas. Más bien parece que se haga un gran esfuerzo para rehuirlas o cuanto menos diferirlas, y que se prefiera vivir con unos ritmos acelerados que no dejen tiempo para encontrarse cada uno consigo mismo, llenos del ruido que no permite el silencio, ambientados en hedonismos y placeres que todo lo hacen fácil y que no conlleven demasiado esfuerzo, llenos de derechos adquiridos a vivir de esta forma y a menudo indiferentes -a no ser de manera puntual- a la vida y a los problemas de los que nos rodean.

Cuando llegan las enfermedades fatales, las extraordinarias condiciones de asistencia médica tan avanzadas, técnica y tecnológicamente, hacen que no se facilite mucho el encontrarse con la propia condición humana, ni al enfermo ni a su entorno, un entorno a menudo construido de manera más ficticia que real en todo aquello que se refiera a unas verdaderas relaciones personales y de amor profundo.

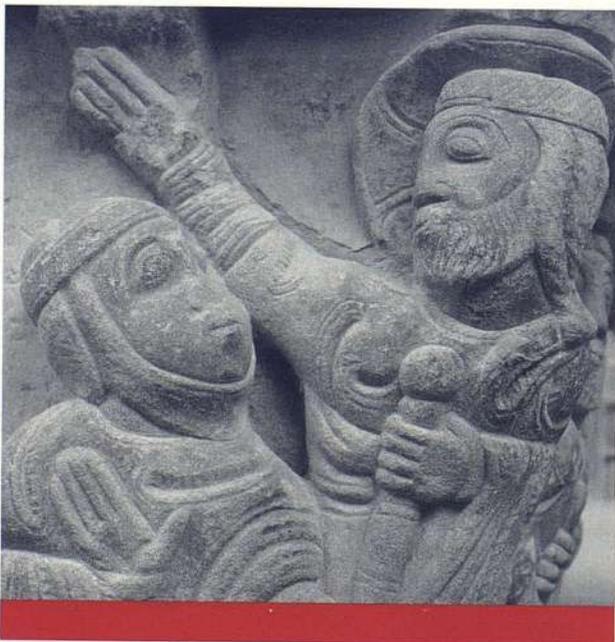
17-Marta responde: «-Sí, Señor, yo creo que tú eres el Cristo, el Hijo de Dios, el que iba a venir al mundo». La profesión de fe es paralela a la que Pedro pronuncia en el Evangelio de Mateo (16,16): «-Tú eres el Cristo, el Hijo de Dios vivo».

18- El Concilio Provincial Tarraconense se refirió a este hecho en diversas resoluciones como por ejemplo, en los números 4, 73, 74...

Pero la enfermedad persistente y la muerte omnipresente, obligan inexorablemente a preguntarse por uno mismo, por la condición humana, por el sentido de la vida y por el desenlace fatal de la muerte. Y la pregunta lo es para el que padece la enfermedad, y, -casi como en un espejo- lo es puntualmente para los que están alrededor del enfermo.

No es extraño que en estas circunstancias las preguntas transcendentales se formulen con demasiada prisa y, por ello, equivocadamente. La reflexión de mosén Ballarín lo reflejaba con claridad. A menudo, además, se formulan, con toda la buena fe, desde la más pura idolatría que ha convertido tantas cosas -a veces incluso los mismos avances médicos- en verdaderos "dioses" que en aquel momento nos pueden salvar. Incluso lo que quede del mensaje evangélico, recibido en la infancia, pasado por el filtro de los poderosos medios de comunicación social.

Cultivado en la situación de ignorancia religiosa más evidente, hacen que Dios, el Dios misericordioso



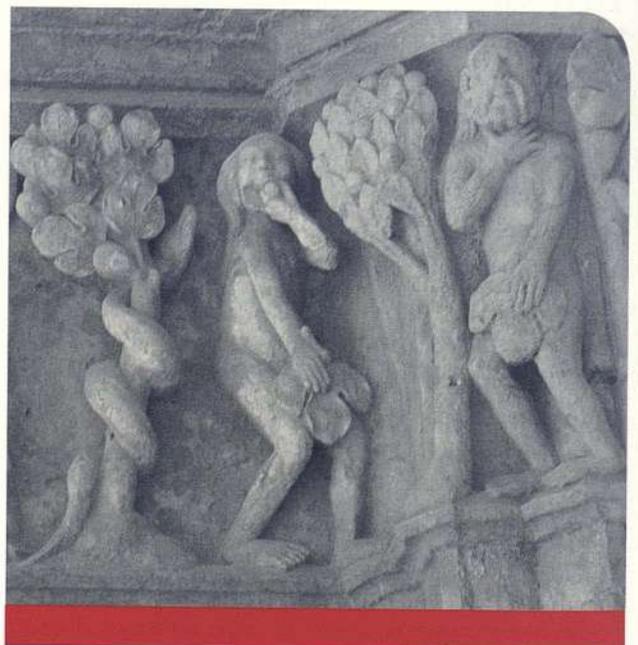
del Evangelio, sea entendido y vivido de forma idolátrica.

Nos es necesario estar atentos a descubrir estas lógicas idolátricas que llevan respuestas demasiado fundamentalistas. Sólo hay una vacuna: una fuerte formación religiosa, bíblica y teológica -por lo menos de nuestra parte- que nos lleve a vivir una fe bien enraizada en el Dios viviente, Padre de nuestro Señor Jesucristo.

3.3 Despertadores de las preguntas transcendentales

Si la situación es ésta, y teniendo presente la complejidad de las situaciones de enfermedad que se dan hoy por su duración en el tiempo, a pesar de la cierta calidad de vida con que se puede vivir, se debe intentar, con la familia y su entorno, formular correctamente estas preguntas transcendentales por el sentido de la existencia.

Si no hay preguntas, o si éstas no están bien formuladas, no puede haber respuestas. La formulación correcta de la pregunta es básica para que se pueda ofrecer cualquier respuesta, o para que el enfermo y su entorno puedan acceder a alguna



de entre la gama de respuestas serias que hoy se ofrecen en nuestro mundo tan plural cultural y religiosamente.

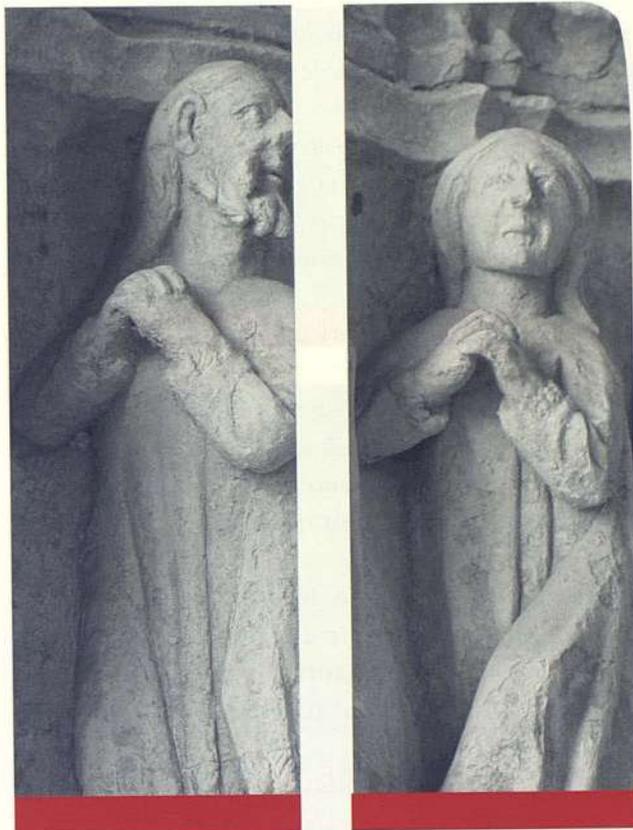
El primer paso tendrá que ser -tal como decíamos- el de ayudar a eliminar los brotes de idolatría que se manifiestan en tantas respuestas incluso -o sobretodo- las formuladas con lenguaje religioso. Tendremos que ayudar también a que las preguntas no sean formuladas con el sabor de una respuesta decepcionante.

Haciendo esto estamos ayudando a que el corazón de la persona -enfermo y entorno- se vaya vaciando de tantos valores que no valen nada a fin de que pueda llenarse de los valores que en realidad valen. El Evangelio, con la gran cantidad de procesos de este tipo que ayudó a hacer Jesús, nos es guía y modelo. En ellos queda claro que el único criterio para saber si algo tiene valor o no es precisamente el de la muerte.

**Sólo tienen valor los valores
que son susceptibles
de atravesar la frontera
de la muerte;
todos los demás quedan
atrapados en ella.**

3.4 Portadores de respuestas transcendentales

Tenemos que ser conscientes de que, por el mero hecho de que nos atrevemos a hacernos presentes en estos procesos, estamos manifestando visiblemente -es nuestro primer testimonio que se produce sin que digamos nada- que las preguntas fundamentales se pueden formular correctamente y que hay respuestas plausibles y razonables a pesar de que



-todas- son formuladas desde la fe porque apuntan a aquello que no vemos: *“Ahora vemos en un espejo, en enigma. Entonces veremos cara a cara. Ahora conozco de un modo parcial, pero entonces conoceré como soy conocido”* (1Co 13,12).¹⁹

No es extraño que, por el mero hecho de que todo el mundo sabe y ve que tenemos respuestas, en situaciones de cierta tensión o en historias personales determinadas, nuestra presencia -a pesar de que puede ser buscada- resulte molesta e incómoda. Según qué actitudes mantengamos nosotros estaríamos legitimando alguna acusación que a veces se nos hace en el sentido de que somos totalitarios e intolerantes porque nos presentamos con una respuesta que presentamos como absoluta, con el peligro de anular las demás.

En consecuencia, tenemos que estar vigilantes en saber formular las respuestas en el momento oportuno. Las respuestas dadas fuera de lugar, pueden llegar a ser muy desafortunadas y producir

19- Heb 11,1: «La fe es garantía de lo que se espera; la prueba de las realidades que no se ven».

el efecto contrario al que querían servir y en lugar de paz provocar más violencia.

Es muy probable que en según qué circunstancias sean de más valor los silencios que las palabras, las acciones de servicio que las justificaciones o las peticiones de adhesión.

3.5 Acompañantes en el camino

Tenemos que recordar siempre que lo que cuenta es el itinerario de la persona y la paciencia que Dios tiene con todos y cada uno de los hombres tal como lo manifiesta Jesús tan a menudo en el Evangelio.

A pesar de que se inscribe en el contexto del sacramento de la reconciliación, me parece muy válida y muy bien formulada la resolución 38 Concilio Provincial Tarraconense:

“El Concilio recuerda a todos, y de manera especial a los ministros de la reconciliación en el ejercicio de su ministerio, que, de cara a la progresión de la vida cristiana y sin rebajar las exigencias del Evangelio, es necesario, en cualquier circunstancia, que quede bien manifiesta la confianza en la bondad y en la misericordia divinas para con todos nosotros en nuestro itinerario gradual hacia Dios. Es esta manifestación de bondad y misericordia la que queremos que presida la pastoral de nuestras diócesis”.

Nunca tendríamos que perder de vista que el protagonista del proceso es el mismo Dios vivo que actúa misteriosamente en el corazón de las personas más allá de la que nosotros hagamos o dejemos de hacer. Para fijar esto vuelvo al mismo concilio en el momento en el cual, en la resolución 1, quiere definir qué entiende por evangelización. Dice:

“Pero cualquier intento de definir la evangelización nos deja insatisfechos, en concreto por dos motivos: En primer lugar, porque en la evangelización, además de los sujetos y de los medios humanos, interviene principalmente la fuerza de la Palabra y del Espíritu de Dios. Por ello, es desde la experiencia personal y comunitaria de la salvación

de Dios, que comunica paz, serenidad y gozo profundo, en confluencia con el dolor y el peso del vivir humano, que podremos llegar a ser contagiosos de la buena noticia a los hombres y mujeres con los cuales la vida nos hace encontradizos. Para ello es necesario descubrir, contemplar, amar y agradecer la presencia y la obra de Dios en cada persona que se da antes de que lleguemos nosotros. Este reconocimiento de la iniciativa gratuita de Dios podría aplacar el desasosiego que nace de nuestro protagonismo equivocado. En segundo lugar, porque el hecho de la evangelización no es un simple proceso mecánico de dar y recibir: la evangelización brota ahí donde se establece un encuentro entre personas, con una relación positiva y una comunicación interpersonal. “Donde hay caridad y amor” se abre la puerta a la buena noticia que viene de Dios”.

En los procesos de acompañamiento intervienen muchas personas. Será necesario aprender continuamente a trabajar conjuntamente, en equipo, interdisciplinariamente, a menudo con otras personas que no comparten nuestra visión de la vida y del mundo. El criterio siempre tiene que ser el del servicio a la persona humana que nos pide el Evangelio.

3.6 Portadores de esperanza

No nos es necesario ir cargados de gran cantidad de respuestas racionales para casi ni una de estas situaciones. No son grandes formulaciones racionales de la fe las que hoy hacen falta. Lo que falta en nuestro mundo es esperanza. No es necesario ser portadores de esperanza para unas vidas vividas sin ninguna otra esperanza que aquellas inmediatas que se agotan al cabo de poco en ellas mismas.

Es en estos momentos cuando la gente se da de bruces con la cruda realidad. Las situaciones de enfermedad, siempre fuera de tiempo, lo ponen en evidencia. Es entonces cuando la realidad pone en evidencia que ninguna de aquellas cosas en las que se han depositado tantas esperanzas no nos puede salvar. ¡Ni la misma medicina! Es entonces cuando, más allá de la salud, nos es necesario

llegar a la salvación, y esta siempre se produce en esperanza.

Si no hay esperanza la vida corre el peligro de agotarse en sí misma y esto es lo que la gente constata con dureza, cuando parece que ya no llega a tiempo. Nunca se tienen que hacer reproches en el sentido de dejar evidente que las respuestas tenían que buscarse antes para poder tener esperanza en los momentos difíciles. El padre de la parábola del hijo pródigo (Lc 15,11-32) nunca le hace ningún reproche sino que sencillamente le abraza y con este gesto le devuelve la esperanza y con ella la vida: *“este hijo mío estaba muerto y ha vuelto a la vida; estaba perdido y ha sido hallado”* (Lc 15,24). Así se lo hace saber el criado al hermano mayor que finalmente se negará a darle esperanza: *“Ha vuelto tu hermano y tu padre ha matado el novillo cebado, porque le ha recobrado sano”* (Lc 15,27).

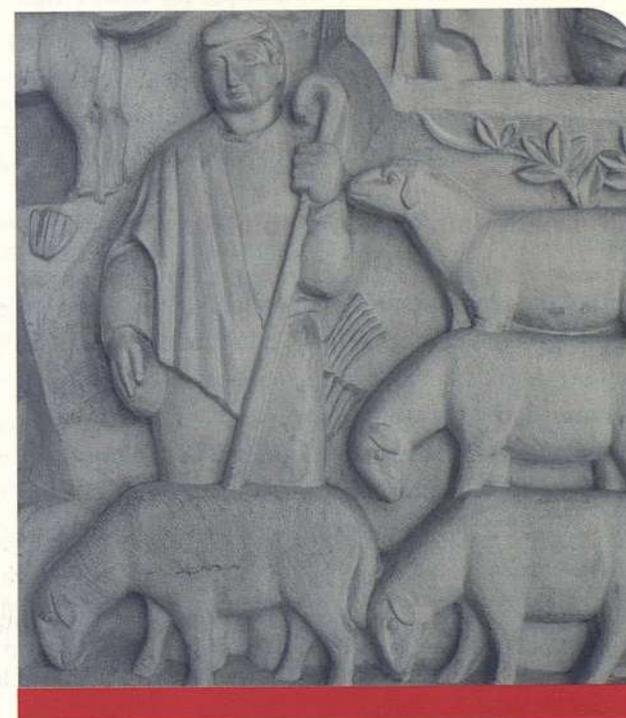
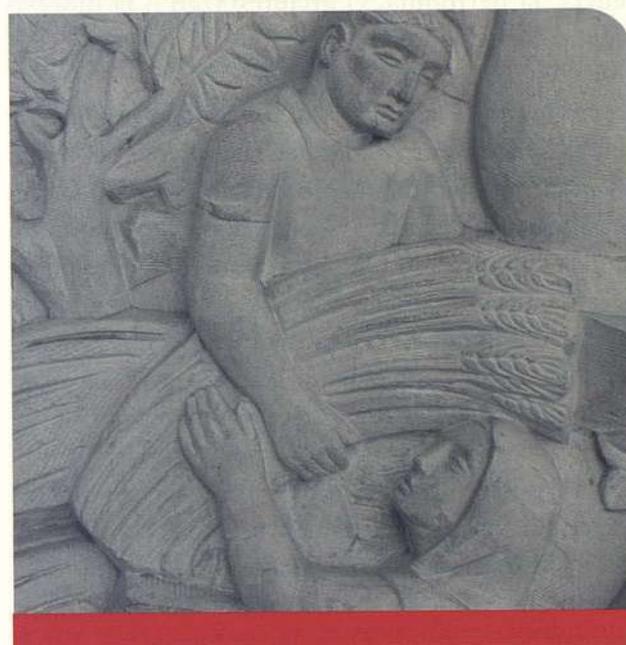
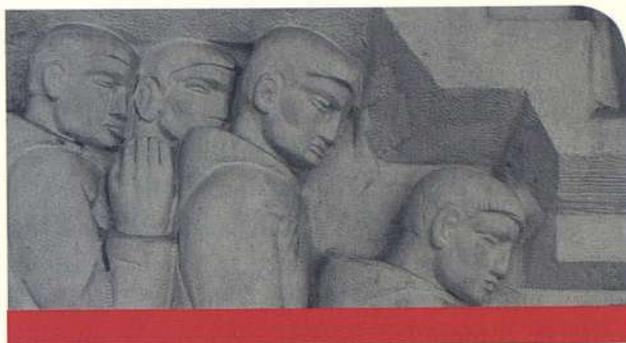
Nuestro mundo está sediento de esperanza.

Constatar que ante según qué situaciones sencillamente nos vienen a buscar, será también experiencia nuestra. No sólo piden consuelo. Esperan de nosotros que les comuniquemos esperanza y que lo hagamos con firmeza. No es sino después que podremos ayudar a formular bien la propia fe.

3.7 De manera ministerial y corresponsable

Nuestro ejercicio en el campo de la pastoral de la salud no responde sólo al ejercicio de una obra de misericordia -a pesar de que lo es, ¡claro!- de las que se citan en el Evangelio (cf. Mt 25,36). Una obra de misericordia es una actitud personal muy importante y como tal tiene que estar presente en lo que hacemos.

El nuestro es un servicio especializado que realizamos en nombre de la comunidad cristiana, enviados en misión por la comunidad. Es en este sentido que lo formulo diciendo que es “ministerial”,



porque es un servicio encomendado. Y cuanto más “oficialmente” lo sea, ¡mejor! Está expresando más que, cuando nosotros visitamos a los enfermos, los acompañamos en su proceso, incluso cuando les llevamos la comunión, cuando estamos atentos a lo que ocurre a su alrededor, cuando todo lo que les pasa a ellos nos interesa..., no lo hacemos nosotros solos. Con nosotros lo está haciendo toda la comunidad cristiana que es la que nos envía, la parroquia, el arciprestazgo o la diócesis según corresponda.

Al vernos a nosotros, por lo tanto, tienen que ver un rostro concreto de la Iglesia concreta del lugar. A pesar de que lo hagamos solos, no es nunca un ministerio solitario. Lo ejercemos en comunión con la comunidad y con sus responsables que son los que nos lo han confiado. Saber esto y manifestarlo nos confiere legitimidad y, al mismo tiempo, nos carga de responsabilidad porque aquello que hacemos lo hace toda la comunidad, tanto si lo hacemos bien como si no.

Al mismo tiempo nuestro servicio, que es especializado, tiene que vitalizar toda la comunidad. Es decir, tampoco sería bueno que la comunidad dijera que, como ya se hace este servicio, ya puede desentenderse de él. ¡De ninguna forma!

El camino ministerial, por el simple hecho de ser enviados en misión, es de ida y vuelta. Tenemos que poder compartir con la comunidad nuestro trabajo, de la forma que sea.

3.8 Desde una Iglesia saludable y sanadora

Pero todavía es necesario ir más allá. Nuestra presencia ministerial en el mundo de la salud, como expresión del servicio de la caridad que es esencial a cualquier comunidad cristiana²⁰, tiene que comportar que toda la comunidad se sienta interpelada ella misma y sepa que “es mirada” como aquel “lugar bueno” en el que se vive la esperanza de la salvación.

La vida de la comunidad y la de cada uno de sus miembros tiene que ser un testimonio viviente de que la Buena Noticia de la salvación.

Comporta la vivencia de una vida realmente saludable, lejos del estrés y los desasosiegos de nuestra sociedad. En el “lugar bueno” que es la comunidad sabemos darnos tiempo los unos a los otros, nos sabemos dispuestos a escuchar a Alguien que nos habla en su Palabra y en la vida del hermano, y recibimos con gozo la celebración del amor salvador de Jesucristo presente y actuante en los sacramentos.

Nos acompaña el mismo Señor que nos ha sanado de una vida des-humanizadora y nos lleva paulatinamente por el camino de la salud al puerto de la salvación. El perdón que recibimos y damos se convierte en el gran remedio que continuamente nos sana y nos reconstituye; el perdón es y tiene que ser característico de la comunidad cristiana. Si la comunidad no fuera de esta forma, difícilmente nos podría enviar a llevar esta Buena Noticia a nadie.

La culminación de este mensaje está en el sacramento donde el signo y la palabra se unen para hacer posible continuamente la maravilla de la salvación y el crecimiento de la esperanza. Los sacramentos tienen que estar presentes en la atención a los enfermos porque, además de su valor intrínseco, aportan el valor de la comunión sacramental con la dimensión de comunión con la comunidad de hermanos. El rol, pues, del ministerio ordenado tiene que ser clave en este proceso de acompañamiento saludable. El sacramento de la

20-Recordemos que los tres grandes servicios de cualquier comunidad cristiana, en especial de la diocesana que es la comunidad cristiana completa, son el servicio de la Palabra, el servicio de la Liturgia y el servicio de la Caridad. Véase en este sentido, ELS BISBES DE CATALUNYA, Directori de la Parròquia. Directori de l'Arxiprestat, Barcelona, Editorial Claret, col·lecció Documents del Magisteri 36, 2001.

Reconciliación, el de la Unción de los Enfermos, la misma celebración de la Eucaristía tienen que formar parte de la atención pastoral de la comunidad hacia nuestros hermanos enfermos.

No es necesario decir que todo esto es aplicable idénticamente a la pastoral que se lleva a término tan laudablemente en los centros hospitalarios, sea por los agentes de pastoral que allí llevan a término el servicio religioso, sea por los mismos profesionales de la salud. Su testimonio es todavía más relevante. Por ello no puede perder nunca este referente a la comunidad cristiana concreta.

3.9 Evangelizando y dejándonos evangelizar

El contacto frecuente con el mundo de la enfermedad, al cual hoy tenemos que unir de forma casi indistinta, a pesar de que tienen características específicas, el de la vejez con todo lo que conlleva, no nos puede dejar en modo alguno indiferente. ¡Cuántas veces no hemos comentado y deseado que muchas personas -sobre todo jóvenes- pudiesen vivir estas situaciones porque nos ayudan a ser mucho más humanos!

Esta experiencia nos hace a nosotros mucho más débiles, es decir, nos libera de nuestras grandes seguridades y certezas porque, también a nosotros, la experiencia de la enfermedad de los demás nos

hace de espejo y la devuelve sobre nosotros mismos.

Finalmente nos convierte en más humildes, es decir, más conscientes de lo que en realidad somos y valemos ante Dios, ante los demás y ante nosotros mismos. Esta es la verdadera humildad.

Por ello el proceso de evangelización que queremos llevar a término en el mundo de la salud, sobre todo nos evangeliza a nosotros. Nuestra experiencia más íntima es la de dar gracias a Dios desde lo más profundo de nuestro corazón porque nos ha permitido vivir lo que vivimos, que nos hace crecer tan humanamente como en nuestra fe. Evangelizando somos evangelizados, como tan maravillosamente decía ya Pablo VI en la *Evangelii nuntiandi*.²¹ Ante todo, y sin necesidad de repetir lo que ya hemos recordado antes, hay que subrayar esto: para la Iglesia el primer medio de evangelización consiste en un testimonio de vida auténticamente cristiana, entregada a Dios en una comunión que nada debe interrumpir y a la vez consagrada igualmente al prójimo con un celo sin límites. *“El hombre contemporáneo escucha más a gusto a los que dan testimonio que a los que enseñan -decíamos recientemente a un grupo de seglares-, o si escuchan a los que enseñan, es porque dan testimonio”*. San Pedro lo expresaba bien cuando exhortaba

21-PABLO VI, Exhortación apostólica *Evangelii nuntiandi*, La evangelización del mundo contemporáneo, Madrid, PPC, 1983.

Me complace transcribir algunos fragmentos que nos hablan de la evangelización como la misión fundamental de la Iglesia, del proceso que representa y del testimonio como gran elemento evangelizador:

«Nosotros queremos confirmar una vez más que la tarea de la evangelización de todos los hombres constituye la misión esencial de la Iglesia; una tarea y misión que los cambios amplios y profundos de la sociedad actual hacen cada vez más urgentes. Evangelizar constituye, en efecto, la dicha y vocación propia de la Iglesia, su identidad más profunda. Ella existe para evangelizar, es decir, para predicar y enseñar, ser canal del don de la gracia, reconciliar a los pecadores con Dios, perpetuar el sacrificio de Cristo en la santa Misa, memorial de su muerte y resurrección gloriosa» (EN 14).

«Finalmente, el que ha sido evangelizado evangeliza a su vez. He ahí la prueba de la verdad, la piedra de toque de la evangelización: es impensable que un hombre haya acogido la Palabra y se haya entregado al reino sin convertirse en alguien que a su vez da testimonio y anuncia. Al terminar estas consideraciones sobre el sentido de la evangelización, se debe formular una última observación que creemos esclarecedora para las reflexiones siguientes. La evangelización, hemos dicho, es un paso complejo, con elementos variados: renovación de la humanidad, testimonio, anuncio explícito, adhesión del corazón, entrada en la comunidad, acogida de los signos, iniciativas de apostolado. Estos elementos pueden parecer contrastantes, incluso exclusivos. En realidad son complementarios y mutuamente enriquecedores. Hay que ver siempre cada uno de ellos integrado con los otros. El mérito del reciente Sínodo ha sido el habernos invitado constantemente a componer estos elementos, más bien que oponerlos entre sí, para tener la plena comprensión de la actividad evangelizadora de la Iglesia. Es esta visión global lo que queremos ahora exponer examinando el contenido de la evangelización, los medios de evangelizar, precisando a quién se dirige el anuncio evangélico y quién tiene hoy el encargo de hacerlo» (EN 24).

a una vida pura y respetuosa, para que si alguno se muestra rebelde a la palabra, sea ganado por la conducta. Será sobre todo mediante su conducta, mediante su vida, como la Iglesia evangelizará al mundo, es decir, mediante un testimonio vivido de fidelidad a Jesucristo, de pobreza y desapego de los bienes materiales, de libertad frente a los poderes del mundo, en una palabra de santidad (EN 41):

“La comunidad de los cristianos no está nunca cerrada en sí misma. En ella, la vida íntima -la vida de oración, la escucha de la Palabra y de las enseñanzas de los Apóstoles, la caridad fraterna vivida, el pan compartido- no tiene pleno sentido más que cuando se convierte en testimonio, provoca la admiración y la conversión, se hace predicación y anuncio de la Buena Nueva. Es así como la Iglesia recibe la misión de evangelizar y como la actividad de cada miembro constituye algo importante para el conjunto. Evangelizadora, la Iglesia comienza por evangelizarse a sí misma” (EN15).

Nunca la pastoral de la salud podrá ser un trabajo mecánico. Continuamente nos interpelará y nos hará crecer, y de esto, ¡tenemos que dar gracias a Dios!

3.10 Haciéndonos cercanos para acercarnos a Dios

Respaldar a los que sufren. *“Más cerca de los que están lejos”*. Es el tema de la Campaña para el Día del Enfermo del 2004.

La parábola del Buen Samaritano (Lc 10,25-37) que todos conocemos bien, termina con una pregunta por parte de Jesús: *“¿Quién de estos tres te parece que fue prójimo del que cayó en manos de los salteadores?”* (Lc 10,36). Porque resulta que sólo fue «prójimo» del que lo necesitaba aquél que se hizo prójimo porque se aproximó.

Cuando el Buen Samaritano se acerca a aquél que lo necesita y que estaba lejos, el mismo movimiento de aproximación es un movimiento de amor. Porque lo ama desde antes tiene la fuerza que lo mueve a acercarse a pesar de los quebraderos de cabeza que el hecho de hacerlo le puede comportar.

El amor que le ha impulsado a acercársele es Dios mismo, “porque Dios es amor” (1Jn 4,8).

Acercándose él, está acercando a Dios que se mira ya de cerca aquella situación.

Cuando el amor se vuelve activo, es el mismo amor de Dios el que actúa, es Dios mismo el que está amando. Si se hubiese quedado lejos o si hubiese pasado de largo, el amor de Dios quedaría lejano y pasaría de largo porque Dios, el Dios que se acercó a los hombres haciéndose hombre como nosotros, quiere continuar haciéndose presente en nosotros para llegar a amar de cerca a las personas de éste, nuestro mundo. Es el misterio de la Encarnación, que lleva dentro de sí el Misterio Pascual, que continúa haciéndose presente en la acción pastoral.

La invitación de la Campaña es muy clara y tiene que resonar con fuerza. Dios nos necesita para llegar con su amor, a través nuestro, a aquellas personas que están lejos, a aquellos que sufren, a aquellos que no tienen quien les ayude y acompañe. Aquí está puesto el acento. Quizás no son necesarios más comentarios.

Del mismo modo que Jesús le dijo un día a Nicodemo que *“tanto amó Dios al mundo que dio a su Hijo único, para que todo el que crea en él no perezca, sino que tenga vida eterna”* (Jn 3,16), así Dios hoy ama tanto al mundo que nos envía a nosotros para que todos, en especial los pobres, sepan que Dios les da con predilección la vida eterna.

Estado de la salud mental en Europa *

> Wolfgang Rutz

World Health Organisation.

Mental Health Regional Adviser for Europe, Technical Direction

Los cambios políticos y sociales acaecidos en Europa en los últimos años han influido de manera determinante en muchos aspectos de la vida de las personas, de las comunidades y de los países. Uno de ellos y muy importante es el de la salud mental. Se impone el aumento de diferentes enfermedades y situaciones negativas como la depresión y el suicidio, el estrés, la violencia y la agresividad, las conductas adictivas entre otras y la anomia, que podemos definir como defecto o trastorno del sentido moral (moral insanity).

En la atención de la salud mental será necesario tener en cuenta una visión amplia y holística, con programas que recojan todos los aspectos de la condición humana, marcada por la unidad de cerebro y mente, teniendo presentes los últimos avances de la ciencia y de la investigación.

La salud mental es el capital personal y social más valioso. En este sentido salud mental quiere decir salud pública, lo cual exige la complicidad de los profesionales, especialistas y de todos los sectores de la sociedad para innovar la psiquiatría social.

En el artículo que presentamos a continuación el Dr. Wolfgang Rutz hace una sugerente y acertada reflexión del estado de la salud mental en Europa a partir de los cambios sociales que se han producido y esboza algunas líneas a seguir para su promoción, prevención y tratamiento. ▶



Recuerdo que hace cinco años, con motivo de la celebración en Manresa del Día Mundial de la Salud Mental, viví una experiencia de conflicto personal. Mientras estaba impartiendo una conferencia, estaba sufriendo un desprendimiento de retina que me provocaba una serie de sensaciones extrañas y desconcertantes. Desconocía lo que me estaba pasando y esto me provocaba sufrimiento, pérdida de control y estado de crisis. Una vez diagnosticado, tuve que quedarme en reposo absoluto. Se me mezclaban los primeros sentimientos negativos de miedo, de inseguridad, de soledad, con otros posteriores, muy positivos, surgidos del entorno acogedor y protector del colectivo médico y de las atenciones de un personal cercano, motivado y competente, que aportaba soluciones y seguridad. Pocos días después, mejor y más tranquilo, tuve la oportunidad de conocer Manresa, los lugares ignacianos y la magia que desprende Montserrat, símbolo de Cataluña y de los catalanes.

Los valores espirituales fueron de una gran ayuda para salir de la crisis.

Como pueden ver, estos elementos que me devolvieron el equilibrio personal y me ayudaron a superar la crisis, son importantes para introducir el tema de los determinantes de la salud mental en Europa.

La invitación del Colegio de Médicos para volver a Manresa, ha reavivado mi recuerdo y me ha conducido, en circunstancias más halagadoras a esta cita que permite volverme a encontrar con amigos y con esta ciudad siempre acogedora.

Europa hoy

En el vasto territorio Europeo encontramos situaciones de diversidades extremas, países con indicadores significativamente diferentes, entre ellos, la geografía, la demografía, la riqueza, las costumbres, los sistemas de salud y la salud *strictu sensu*, la esperanza de vida y aquello que me gusta denominar como los determinantes en salud mental.

Desde hace años, y en la actualidad, vamos hacia una Unión Europea (UE) cada vez más extensa, y esto exige cambios en todos los parámetros, tanto al sur de Europa, como en Groenlandia, en el Alentejo, en Irlanda o en Francia. De hecho, la región europea de la Organización Mundial de la Salud que he de contemplar, abarca desde Irlanda a Italia, de Lisboa a Vladivostok, de Groenlandia a Malta.

En la Europa central, incluso en la occidental, las innovaciones se han producido en la última década. En esta área la población está sometida

a cambios importantes en todas las naciones y colectivos, que responden a estos estímulos con reacciones diversas.

En la Europa del este, los estados que pertenecen a la antigua URSS, esta situación de transformación ha sido de repente y ha seguido una evolución particular, independiente de la de los otros países.

**El denominador común
es el de países, pueblos
y personas en transición,
la cultura del cambio, tanto
en países comunitarios como
en otros vecinos que no lo son.**

Determinantes en salud mental

Denominaré determinantes de salud mental a aquellos valores propios de una población que influyen directamente en la calidad y la cantidad de ésta.

La observación fría de los indicadores de salud no pueden esconder la importancia de los determinantes a los que me quiero referir, en el ser de una persona y en los sentimientos de pertenencia a un colectivo o a una sociedad. Por este motivo, el equilibrio y la salud mental de las personas vienen condicionados por factores y determinantes propios de la humanidad.

Los hay positivos y negativos. Los primeros ayudan a mantener los estándares de salud, tal y como debería ser y como la queremos. Los segundos son aquellos que se oponen y producen un sesgo más



agelectric
CORPORACIO AGE

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

c/Asturias, 8-10
08830 Sant Boi de Llobregat

Telf. 93 552 14 00

Fax. 93 552 15 00

e-mail:agelectric@agelectric.com

o menos importante de acuerdo con su carácter e intensidad, alterándola o haciéndola más débil.

A título de ejemplo podemos citar algunos:

Positivos	Negativos
Control	Desesperanza
Identidad	Alienación
Red social	Insignificancia
Cohesión existencial	Pérdida de valores

El equilibrio entre valores positivos y negativos, de los cuales podría mencionar otros, es variable y a menudo el balance final es poco favorable a muchos colectivos y ciudadanos de Europa.

No me extenderé en explicar cada uno de ellos, pero quizá vale la pena hacer mención de algunos.

Desesperanza es aquella situación donde el individuo ha agotado las posibilidades de control de la situación personal y del entorno; es la consecuencia de una deficiente adaptación por falta de recursos.

Insignificancia es la circunstancia en la cual el rol de la persona dentro de la red social, ha quedado diluido como fruto de la desaparición de la estructura original y de su propio papel.

En muchos países la población ha estado forzada a reorganizar su vida, a abjurar de los valores que le servían de guía y a desarrollar otros.

Como consecuencia, han aumentado la desesperanza, la pérdida de control y de capacidad para gobernarse en autonomía, la cohesión existencial y el propio sentido de la vida.

Indicadores de cambios sociales en la Europa en transición

El estrés social produce reacciones muy adversas, como iré exponiendo. Un grupo de indicadores nos ponen de manifiesto los cambios sociales y de salud de sectores poblacionales de diferentes países, algunos de ellos en relación directa con cambios políticos y desestructuración social.

Las enfermedades cardiovasculares y cerebro-



vasculares se han multiplicado por cuatro. La criminalidad juvenil se ha multiplicado por cinco. La tasa de personas con problemas de adicción a sustancias tóxicas diversas y al alcohol se han multiplicado por cuatro. Los homicidios y los maltratos a los niños se han multiplicado por cinco. Las muertes por causas externas se han multiplicado por siete. Las muertes por suicidio lo han hecho por ocho.

Algunos problemas añadidos son de género. A pesar del gran aumento de la violencia de género, la ocultación demasiado generalizada de los problemas, hace que no dispongamos de datos suficientemente fiables. Por lo que hace al sexo masculino, este presenta algunas peculiaridades, entre ellas la escasa conciencia de situación enfermiza, que les lleva a no ponerse en contacto con los servicios asistenciales cuando es necesario.

Recuerdo que en campos de refugiados de los Balcanes, la red de comunicación y relación que mantenían las mujeres les permitía sentirse dignas y seguir conductas saludables; no así la mayoría de hombres sin trabajo, que sin hacer nada para evitarlo, se pasaban el día hablando, bebiendo y peleándose.

Todas estas cuestiones nos han llevado, últimamente, a una disminución de diez años en la esperanza de vida de los europeos.

Un dato que puede resultar sorprendente en un Primer Mundo donde la mayoría cree que todo está bajo control y que cada vez vivimos más años y con mayor calidad de vida.

Consecuencias psiquiátricas

Los determinantes en salud mental, y los problemas inherentes a los cambios sociales nos llevan a una situación hostil para grandes colectivos, para pueblos enteros de grandes regiones de Europa, con clara tendencia a universalizarse. Se caracteriza por alteraciones de comportamiento y de actitudes personales y de grupo, por enfermedades estrictas si recordamos la definición institucional de salud como situación de bienestar físico, psíquico y social. Respecto al antiguo predominio de las grandes entidades nosológicas psiquiátricas, la actual situación caracteriza un nuevo “*síndrome comunitario*” (*societal syndrome*), donde se impone el aumento de diferentes enfermedades y situaciones negativas, como la depresión y el suicidio, el estrés, la violencia y la agresividad, el terrorismo, la destrucción indiscriminada, las conductas adictivas, el aumento de accidentes (laborales y de tráfico) y conductas de riesgo, las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, y, sobretodo, la más importante de todas que llamo anomía, que podemos definir como defecto o trastorno del sentido moral (*moral insanity*).

Podemos intentar averiguar las causas de los grandes desórdenes colectivos y personales en los





territorios de la antigua URSS, la elevada tasa de autolisis entre adolescentes y hombres jóvenes de Finlandia, los problemas de las mujeres jóvenes de Escandinavia y otras no menos graves de los habitantes de los Países Bálticos, Polonia, Irlanda, Francia y Portugal, entre otras. Detrás siempre encontramos situaciones bastante comunes, como son las situaciones repentinas de cambios sociales.

La condición humana

En la especie humana, el cerebro no se puede separar de la mente, ni de otras cuestiones funcionales como la alimentación del sistema nervioso o de su capacidad de neuroplasticidad. Esta última lleva implícita la función adaptativa cerebral a los cambios, a los nuevos estímulos, a la transcripción de datos, y a todas aquellas funciones que el cerebro rige.

La Organización Mundial de la Salud apunta nuevas posibilidades de prevención, promoción, soporte y tratamiento, no demasiado relacionadas a nuevos descubrimientos en neuropsiquiatría ni con nuevas técnicas de psicoterapia, sino relacionadas con terapéuticas más holísticas, con programas dirigidos a reflejar la conditio humana de la unidad cerebro y mente.

Quiero insistir en que no se puede considerar cerebro sin mente y mente sin cerebro.

Una parte importante del cerebro son las redes serotoninérgicas, redes neuronales interrelacionadas con este neurotransmisor.

La serotonina

Hoy sabemos que de todo el conjunto de neuronas cerebrales, sólo 250.000 están conectadas mediante la serotonina.

Esta red y la serotonina han tenido, desde siempre, un papel importante en el proceso de humanización, sobretodo condicionando determinados aspectos de signo diverso: sociabilidad, valores espirituales, reproducción, capacidad adaptativa, búsqueda de recompensa, dependencia, adicción, depresión, suicidio, agresividad, conductas de riesgo, búsqueda de sensaciones límite, muertes prematuras, y otras.

Síndrome comunitario

¿Podemos hablar de una sociedad deficiente en serotonina? Una situación de gran trastorno y cambio social, económico, cultural y político, con exceso de presión y de exigencia de aumento de rendimiento, han de producir, seguro, un incremento de gasto de serotonina.

Una sociedad cohesionada con valores espirituales, entiende éstos como valores éticos, morales, religiosos, y/o políticos, conducidos por esta sustancia cerebral.

Todo lo que se pueda hacer para fortalecer el sistema serotoninérgico, ayudará la sociedad. No se trata, pues, de dispensar fármacos serotoninérgicos, como los inhibidores selectivos de reparación de la serotonina y acabar incorporándolos al sistema de agua potable, como en el caso de fluoración de las aguas.

La dilución de las naciones y de los pueblos en contextos globalizadores, la crisis de las grandes ideologías como la religión o el marxismo, la del tejido asociativo y cívico, la de la propia familia, han conducido a las personas a la pérdida del sentimiento de pertenencia a un grupo y a la consecución y satisfacción de sus objetivos, y han propiciado una individualidad onanista que solamente puede encontrar la complacencia en el deleite propio, en el consumismo y en última instancia, en la nada.

Es necesario actuar para recuperar los niveles correctos de serotonina, y pensar en aquellos factores sociales que dan sentido a una sociedad saludable:

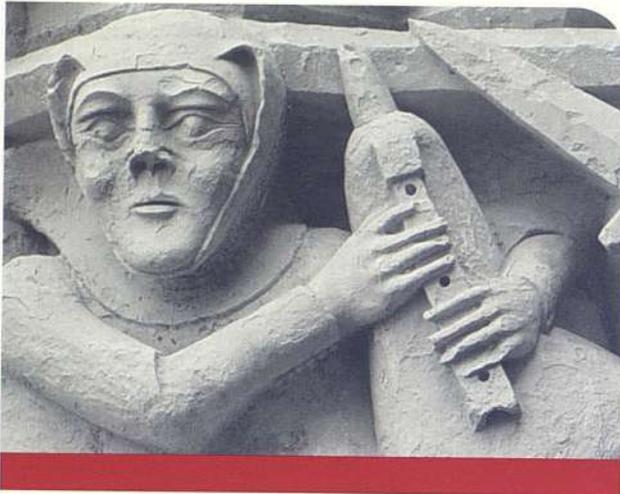
- _ Cohesión de grupos
- _ Valores espirituales
- _ Control sobre la propia persona
- _ Refuerzo de la identidad
- _ Relaciones sociales
- _ Fortalecimiento del "capital social"

El ejemplo del campesino polaco

En el nuevo marco político y económico de la UE se toman medidas que muchas veces son poco favorables a determinados sectores y colectivos, sobretodo, para muchas personas, que pueden entrar en situaciones de crisis, como sucede a menudo.

Imaginémonos una persona de una zona rural de Polonia, un campesino que en un par de años tendrá acceso al sistema económico y político de la Unión Europea.

Ponemos el ejemplo de Polonia como podríamos poner el del Alentejo, de Irlanda, del sur de Francia o de otro lugar del continente.



Este ciudadano europeo, una persona, un hombre de unos cincuenta años respetado dentro de su familia y comunidad por el papel que ejerce, consciente que alimenta y da soporte activo a los suyos, se siente útil y experimenta un sentimiento de dignidad, con orgullo profesional basado en sus conocimientos laborales y autoestima.

A causa del compromiso político de reducir las explotaciones agrícolas seguramente se encontrará a corto plazo sin poder explotar su granja, con un cobro de subsidio de paro o trabajando de manera precaria en una fábrica y quizá viviendo en un suburbio.

La nueva percepción de esta persona por parte de la familia o de los demás, hará que la pérdida de su rol provoque sentimientos de desesperanza, de pérdida de control de la situación y de su identidad individual, familiar y social.

Desde el punto de vista de la salud, estadísticamente, tendrá el doble de posibilidades de sufrir una depresión, cuatro veces más de sufrir enfermedades cardiovasculares o de convertirse en un alcohólico, ocho veces más de suicidarse, y otros riesgos diversos.

Esta es la perspectiva que una sociedad aparentemente desarrollada y acomodada nos ofrece. Los ejemplos que encontramos en los Países Bálticos nos pueden informar que los cambios sociales tanto pueden ir hacia bien como a incrementar el riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la salud mental. En estos Países, la cohesión social después

de la caída del régimen soviético ha hecho que las tasas de enfermedad comunitaria, después de un primer descenso, haya mejorado, cosa que no pasa en el resto de ex-repúblicas soviéticas, donde la destrucción del aparato del estado todavía mantiene a la deriva una sociedad con falta de referentes.

¿Qué es necesario hacer?

Me parece que queda suficientemente claro que el entorno social afecta la condición humana mediante la interacción cerebro-mente, que no hay cerebro sin mente ni mente sin cerebro.

Además, podemos intuir que no hay salud sin salud mental y, asimismo, que la salud mental es salud pública.

La salud mental es el capital personal y social más valioso. Actualmente, a la vista de los resultados.

**Ningún país puede afrontar la
decisión de no proteger,
no invertir y no restituir
la salud mental de su pueblo
incidiendo en el concepto
de entorno y salud,
cuando hablamos
de inversión en salud.**

Los políticos europeos en situación de tomar decisiones, han de valorar qué es más caro, no hacer nada en el campo de la salud mental pública o bien planificar y adoptar decisiones.

Salud mental quiere decir salud pública

El impacto del conocimiento, de restituir la propia identidad personal, de favorecer la cohesión y las redes sociales, son significativamente positivas, y la promoción de los aspectos sociales ambientales repercuten muy favorablemente en la salud.

Hemos de aumentar el conocimiento para propiciar sociedades que faciliten un buen funcionamiento del sistema serotoninérgico, reuniendo los aspectos biológicos de la fisiología humana y el respeto por las necesidades humanas básicas.

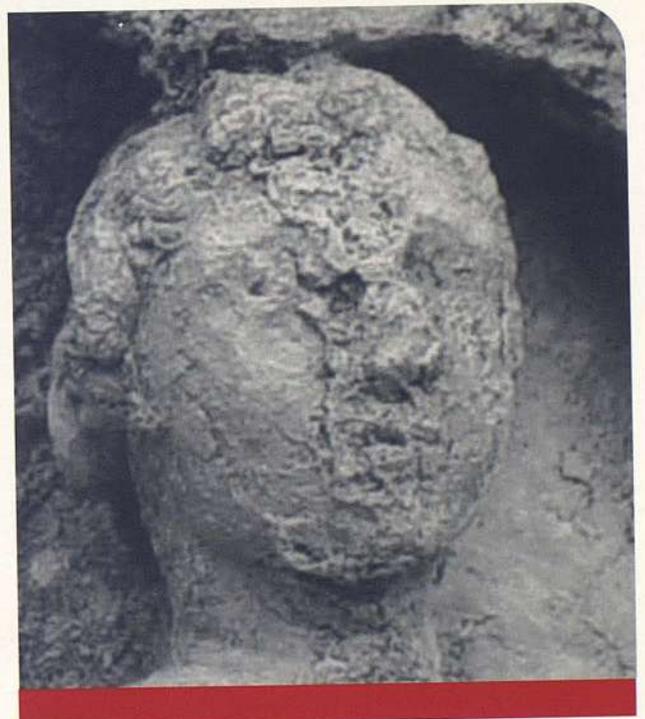
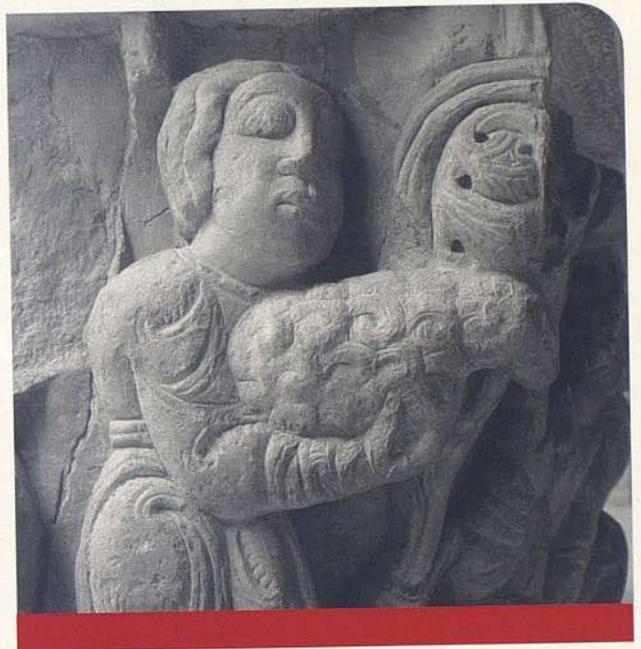
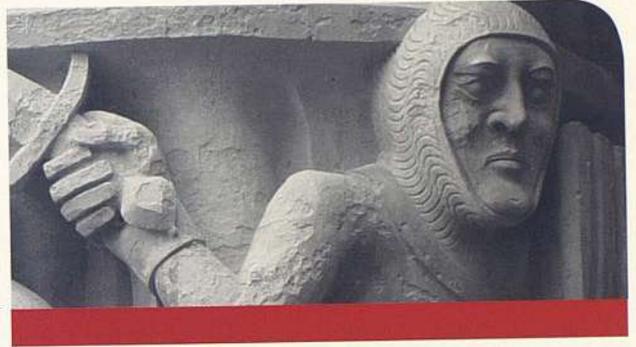
Son necesarios foros de discusión con la finalidad de promover los aspectos públicos y sociales para el mantenimiento de la dignidad y de los sentimientos de identidad de todas las personas y de la comunidad inmediata e internacional.

No hay ningún país, por pobre que sea, que pueda rehuir el esfuerzo de proteger y restituir la salud mental de sus ciudadanos haciendo inversiones necesarias: el coste de no hacer nada es muy superior, y de esto tenemos evidencias.

En la situación actual, la razón de ser de la promoción de la salud mental, de la prevención, tratamiento y rehabilitación de los pacientes, ha de estar relacionada con la realidad, y como hacemos en la Europa actual, es necesario cooperar con los mentalmente más vulnerables.

Desde esta perspectiva, los profesionales de los sistemas de salud no pueden abdicar de la responsabilidad que tienen, ni de repensar ni de aplicar el concepto de salud pública y social.

Es necesaria la complicidad de los médicos de atención primaria, de los especialistas



y de todos los sectores de la sociedad para innovar la psiquiatría social.

En los próximos años, a corto y medio plazo, el reto de todos los políticos europeos para que la población consiga vivir más y con mayor calidad de vida, pasa, inexcusablemente, por recuperar y potenciar todas aquellas circunstancias personales que contribuyan a mejorar los niveles de serotonina, y, a la vez, a disminuir la morbilidad psiquiátrica y de salud de todos y cada uno de los habitantes del continente.

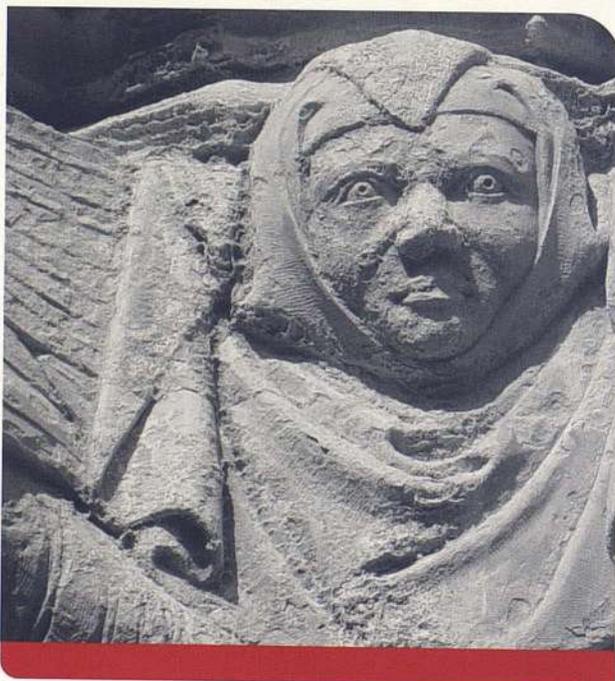
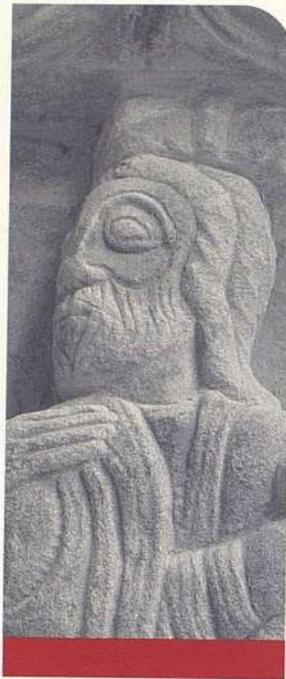
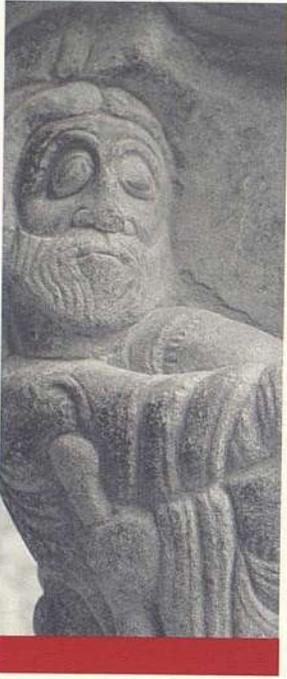
* Este escrito responde al trabajo del área de Humanidades de la EUEF Blanquerna (URL) correspondiente al curso 2002-2003. Quiero agradecer a los profesores: R. Boixareu, X. Cardona, F. Consola, C. Muñoz, A. Nello, I. Pera, F. Rega y E. Ros sus sugerencias, aportaciones, reflexiones, así como su apoyo a lo largo de las reuniones de área.

La práctica del cuidar en la soledad Multicultural*

> Prof. Gloria López Masoliver
*Escola Universitària d'Infermeria i Fisioteràpia Blanquerna,
Universitat Ramon Llull. Barcelona*

Vivimos cada vez en una sociedad más plural debido a los movimientos migratorios. La migración constituye un fenómeno social de gran relevancia sobre todo a nivel cultural. Todos los grupos culturales entienden los hechos universales de nacimiento y muerte, de salud y enfermedad de manera diferente.

La autora de este artículo pretende aportar reflexiones sobre las implicaciones socio-sanitarias del proceso migratorio y como, desde el ámbito de la sanidad, se puede intervenir para, desde una sociedad multicultural, fomentar actitudes que favorezcan la interculturalidad. ▶



Actualmente, vivimos en una sociedad cada vez más plural debido a los movimientos migratorios que se están produciendo de forma global. El proceso de creciente interrelación económica mundial y de liberalización de mercados, conocido como globalización, favorece el libre mercado de toda actividad humana y acentúa las desigualdades económicas y sociales. En los últimos años, una parte importante del destino de las migraciones internacionales se ha dirigido hacia países más prósperos económicamente.

La migración constituye un fenómeno social de gran relevancia al que se debe dar respuesta desde todos los ámbitos institucionales, cubriendo las necesidades de la sociedad en cada momento.

La cultura es un eje importante en la identidad de cada persona. El nacimiento, la enfermedad, la muerte,... son hechos universales, pero la manera como cada individuo percibe estas vivencias se basa en la cultura que lo envuelve. Todos los grupos culturales tienen actitudes diversas y existe gran variedad de creencias y comportamientos ante situaciones de vida o muerte, salud o enfermedad, ...

La diversidad cultural que conlleva el proceso migratorio debe ser reconocida en el ámbito sanitario para poder dar unos cuidados holísticos.

A los individuos sanos/enfermos procedentes de otras culturas y que tienen diferentes maneras de satisfacer las necesidades básicas.

La nueva visión de los Cuidados de Enfermería debe contemplar los aspectos socioculturales: valores, creencias, estilos de vida, hábitos, concepciones sobre salud y/o enfermedad, en una palabra: las diferencias culturales. Los cuidados enfermeros

son una construcción universal y no entiende de etnias, género, edad, grupos sociales, ... Por esto, desde siempre y cada vez más, tiene una proyección psicosocial y cultural.

La cultura es inherente al ser humano, por lo tanto, la identidad cultural debe formar parte de cualquier paradigma que intente abordar al hombre desde la prestación de cuidados..

1. Sociedad Multicultural:

Los movimientos migratorios que se están produciendo y que tienen como destino los países desarrollados, nos lleva a hablar de la formación de sociedades multiculturales. Los diversos orígenes de los inmigrantes son una de las causas de la presencia, en un mismo territorio, de diferentes códigos culturales.

Actualmente se habla de la formación de una Sociedad Multicultural por los desplazamientos de inmigrantes extracomunitarios, pero hay que recordar que Cataluña tiene una herencia multicultural que viene dada por la fuerte emigración andaluza que tuvo como destino las poblaciones industriales catalanas en los años 60-70. Emigración que se consideraba como un simple cambio de residencia dentro del mismo Estado y con los mismos derechos y deberes que los ciudadanos catalanes. Pero, culturalmente, poco tenían que ver con la forma de vida y costumbres catalanas. Era difícil para el inmigrante adoptar pautas de comportamiento, normas y valores específicos de la cultura catalana, conseguir una integración cultural, aunque si una integración en el tejido socioeconómico.

Ante la heterogeneidad cultural que caracteriza las Sociedades Occidentales actuales, surgen modelos de organización social como el multicultu-

turalismo, que tiende a proteger la variedad cultural al mismo tiempo que se centra en las frecuentes relaciones de desigualdad de los grupos minoritarios respecto a las culturas mayoritarias.

Como principios básicos de este multiculturalismo podemos citar: el respeto a todas las culturas; el derecho a la diferencia y la organización de la sociedad de tal manera que exista igualdad de oportunidades, de trato y de participación en la vida pública y social para todos los individuos y grupos, independientemente de su identidad cultural, étnica, racial, religiosa o lingüística.²

Pero la realidad de la sociedad multicultural se presenta muy distinta al modelo presentado como óptimo ante la diversidad cultural.

La sociedad multicultural es una sociedad conflictiva ya que es fuente de inquietud.

Miedo y desconfianza por la pérdida de la identidad cultural tanto de los inmigrantes como de los individuos autóctonos.

La diversidad cultural se vive como una perturbación, y los códigos lingüísticos utilizados expresan el estado de alerta de los ciudadanos. El lenguaje que utilizamos para hablar de los extranjeros no es neutro, esta lleno de connotaciones negativas que muestran nuestra actitud hacia ellos: "ola de inmigrantes", "inmigrantes ilegales", "los sin papeles". Para la recolección de la fruta no hay temporeros sino "magrebíes"; hablamos de "ladrones ecuatorianos", "banda de delincuentes peruanos",... Estamos estigmatizando países, culturas y personas.

En un mismo territorio se encuentran personas

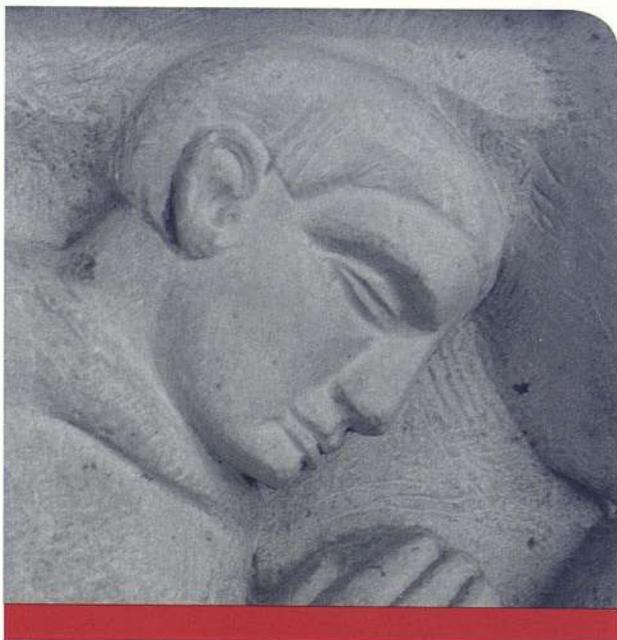
2- Malgesini, G., Gimenez, C. (2000).

y grupos que se desconocen entre ellos y el conocimiento que se tiene es, mayoritariamente, estereotipado.

Conviven diferentes culturas, personas que tienen diferentes maneras de entender la realidad y con canales de comunicación diversos. Grupos con necesidades comunes, pero en lugar de unirse para cubrirlas, compiten entre ellos. Individuos con diferentes oportunidades de acceder a los recursos porque estos están controlados por el grupo mayoritario.

El conflicto es inherente a las relaciones humanas. Si a las relaciones conflictivas entre grupos añadimos que las culturas, en términos generales, son conservadoras y etnocentristas por naturaleza, nos resulta fácil entender la fuerte resistencia y dificultades que conlleva la convivencia entre individuos con identidades culturales diferentes.

Como país receptor de inmigrantes podemos excluir, ignorar o, simplemente, aceptar la presencia de individuos de otras culturas para dedicarnos a conservar y cultivar la propia cultura. Pero también podemos afrontar la realidad multicultural desde una actitud positiva y de madurez intelectual que reconozca la diversidad como fuente de riqueza personal, social y cultural.



La resolución pacífica del conflicto multicultural viene dada por la convivencia. Respeto, adaptación, flexibilidad, aceptación de la diferencia, reconocimiento, comunicación, participación,... son actitudes necesarias para conseguir una convivencia armónica. Desde el ámbito de la sanidad y desde la atención de enfermería debe fomentarse estas actitudes para dar unas curas holísticas de calidad.

La multiculturalidad, por sí sola, es un hecho estático, nos viene dado y es irreversible. Pero es necesario ir más allá.

**Se necesita la interacción
y la reciprocidad en
las relaciones entre
diferentes culturas que
refleje la dinámica
social, estimulando la
interculturalidad.**

Convivencia que se debe construir e implica aprendizaje, apertura y reflexión en la relación con los inmigrantes y su identidad cultural, para crear una estrategia más integradora, donde todos los grupos puedan sentirse reconocidos cultural, humana y jurídicamente. Los que trabajamos en el ámbito de la sanidad, tenemos una gran oportunidad para crecer como personas y como profesionales. Tal como nos dice **Amin Maalouf**: *"... Porque la humanidad, aun siendo múltiple, es en primer lugar una"*.³

3- Maalouf, A. (1999).

2. Movimientos Migratorios

La inmigración es un fenómeno intrínseco al ser humano, tiene muchos precedentes históricos. El hombre emigra desde las sociedades cazadoras recolectoras hasta la actualidad. Las migraciones europeas han marcado el devenir de la historia mundial desde mediados del siglo XVIII hasta el siglo XXI. Hay diversos factores que las han generado: presión demográfica, disminución de tierras cultivables, expansión colonial, válvula de escape del malestar socio-político,... La migración es una forma eficaz de buscar nuevos recursos.

Podemos recordar que el desarrollo y crecimiento económico ha estado, históricamente, vinculado al fenómeno migratorio. Por ejemplo, la mano de obra barata que llegó a EEUU procedente de Europa a finales del siglo pasado, posibilitó el desarrollo económico del país.

Alemania Occidental debe su rápida reconstrucción después, de la 2ª Guerra Mundial, al flujo de refugiados de la zona oriental y de la llegada de mano de obra turca.

Las migraciones actuales se caracterizan por ser más accesibles debido a la mejora en los medios de comunicación y de transporte; son de origen diverso por la interconexión mundial existente; plurales; están criminalizadas por los gobiernos detectado por el control de fronteras y están más feminizadas.

2.1. Principales causas

Desde el punto de vista sanitario, se necesita conocer de dónde vienen, porqué han emigrado, en qué condiciones han realizado el viaje, en qué situación se encuentran en el país de destino,... para poder comprender su realidad y adaptar, así, los cuidados de enfermería a las necesidades individuales: *“Detrás de cada persona que marcha*

de su lugar de origen hay una historia personal, enmarcada en una situación social que ha condicionado su decisión”.⁴ Suelen encontrarse a medio camino entre lo atractivo del lugar de destino y una respuesta eficaz a las difíciles condiciones de vida en el país de origen.

La inmensa mayoría de las migraciones de países pobres a zonas de mayor riqueza económica están protagonizadas por personas con iniciativa y con acceso a información de los países de destino. Así, muchos de ellos, no forman parte de las capas más desfavorecidas de su sociedad, sino que sus motivaciones guardan relación con un ascenso social o con una política preventiva.

La inmigración económica es la que nos llega, principalmente, a los países europeos movidos por mejorar las condiciones de vida del país de origen. La degradación del medio ambiente que los lleva a vivir en condiciones de insalubridad, falta de inversiones y de infraestructuras, inexistencia de cobertura sanitaria, precariedad laboral,... son causas que mueven a los individuos a emigrar de su país con el objetivo de mejorar la situación de salida, para vivir la vida con un mínimo de dignidad.

En apariencia, los movimientos migratorios surgen a partir de decisiones económicas, personales de cada individuo para salir de una situación inmediata. Movidos por la información que reciben de los medios de comunicación y de familiares/amigos que vuelven al país de origen, toman la decisión de emigrar hacia los Países Occidentales.

Les hablan de las excelencias de la vida en Europa, donde las oportunidades de mejora son inmensas. Información que crea ciertas expectativas laborales, económicas y sociales, que se ven rotas al llegar al país de destino al experimentar las verdaderas condiciones de vida que les toca vivir al inicio.

Se debe pensar que el verdadero origen de las migraciones se encuentra en las relaciones políticas, económicas y sociales entre los países del “sur”

4- Mas, C. (2001).

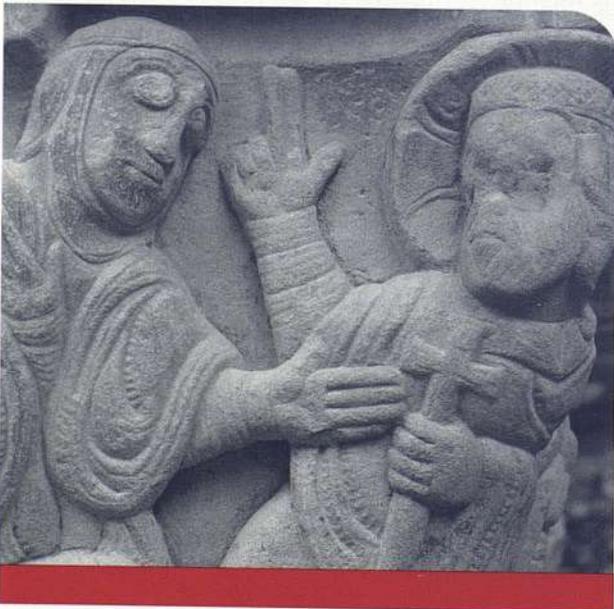
y del “norte”, en la asimétrica distribución de los recursos que acentúa las diferencias entre países “pobres” y “ricos”.

Los Países Occidentales, también tienen interés en dar entrada a inmigrantes, para asegurar y mejorar las condiciones socioeconómicas que disfrutamos. La caída demográfica, el envejecimiento de la población y la baja natalidad pone en peligro el Estado de Bienestar de las próximas generaciones. Los trabajadores inmigrantes pueden contribuir positivamente en el mercado laboral, el crecimiento económico y demográfico y a la continuidad de los sistemas de protección social.

Así, podemos decir que la principal causa que mueve a un individuo a emigrar hacia un destino lejano es la búsqueda de una vida más digna y creen que pueden conseguirla a través de trabajo y de libertad social.

2.2. Proyecto migratorio:

El proyecto migratorio responde a una necesidad de supervivencia económica



o de percepción de un cambio posible en el orden material y social.

Que empuja a una persona y/o colectividad a dejar su tierra y emigrar hacia donde tendrá más posibilidades de una vida más estable y en condiciones menos miserables.

Es corriente que la emigración inicial la realice un solo miembro del grupo. El desplazamiento de familiares suele ser posterior. Esta incorporación familiar en el trayecto migratorio será un factor determinante a la hora de plantearse el retorno, entendiendo Trayectoria Migratoria como “*las variaciones que experimentan las vidas de los inmigrantes en contacto con una nueva sociedad, a la constante transformación de su proyecto migratorio en consonancia a la evolución de sus condiciones de vida*”.⁵ Cambios debidos a las posibilidades o privaciones que les son marcadas: actitudes de rechazo, políticas discriminatorias y las tentativas de vida de los propios inmigrantes.

El momento más duro para cualquier inmigrante, desde que sale de su país, es la llegada al país de destino, especialmente si desconoce la lengua autóctona, ya que en este caso el reconocimiento del nuevo territorio es más difícil.

La situación jurídica en la fase inicial acostumbra a ser muy precaria, por encontrarse en una situación irregular o por las dificultades burocráticas en la renovación de permisos de residencia.

Los primeros tiempos en el extranjero se viven en soledad: falta de amigos, familiares, personas significativas con las que compartir sus emociones. Soledad que se incrementa cuando no existe una buena Cadena Migratoria, red social en el país de destino que permite la comunicación entre

5- Mas, C. (2001).

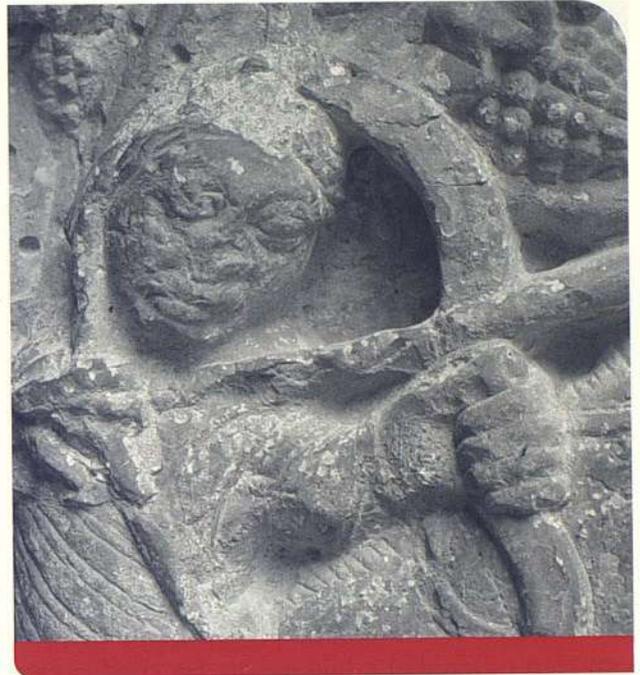
inmigrantes asentados y los nuevos que llegan, facilitando la información y la transferencia de soporte material y humano. Relaciones que adquieren mayor importancia cuanto más difíciles son las circunstancias de los inmigrantes.

El cambio de vida que implica el desplazamiento no sólo se puede entender desde el punto de vista económico. Factores psicológicos, sociales y culturales del propio individuo influirán en la mejora o empeoramiento de las condiciones de vida del inmigrante.

Ante una situación laboral y social desfavorable, el inmigrante inicia “el mito de retorno”, conocido como “Síndrome de Ulises”. Quieren volver a su país de origen, pero mayoritariamente, no pueden. El retorno a su país sin un éxito relativo, se interpretaría como un fracaso.

En circunstancias laborales y sociales favorables, el inmigrante puede dirigirse a un asentamiento que se consolida con la Reagrupación familiar. Llegados a esta fase, no es extraño que algunos inmigrantes experimenten una sensación de desconcierto hacia su identificación con la sociedad. Pueden no sentirse en casa entre nosotros, pero cuando viajan a su país de forma esporádica, pueden darse cuenta que la evolución personal no encaja en los parámetros (ritmo de vida, condiciones de vida, cosmovisiones,...) de la sociedad que los ha visto nacer. Pueden sentir que no son ni de aquí, ni de allí. Sentimientos que no se pueden hacer extensivos a todos los inmigrantes, pero sí que reflejan la complejidad que para muchos comporta estar en medio camino entre dos sociedades (ambigüedad, sentimientos opuestos o contradictorios,...). Es en este momento cuando aumenta la importancia de la cultura de origen porque es lo que realmente les da la propia identidad.

Durante la trayectoria migratoria, el inmigrante pasa por diferentes experiencias que pueden tener repercusiones en su estado de salud. Conocer al individuo, su proyecto migratorio y la vivencia



individual del mismo, puede ayudar a los profesionales de enfermería a detectar problemas potenciales de salud, planificar los cuidados adecuados para evitar o minimizar alteraciones de salud irreversibles.

2.3. Necesidades sociales de los inmigrantes

Desde la llegada al país de destino, el inmigrante va pasando por diferentes fases, vivirá experiencias que tendrán repercusiones personales a escala social, psicológica y de salud. Repercusiones que llevarán al individuo a cambiar sus objetivos y marcarán la evolución del individuo en el país de destino, favoreciendo o no su adaptación en el nuevo entorno.

Son muchas las necesidades sociales básicas que el inmigrante debe cubrir al llegar a su destino. Podríamos hacer una lista interminable de ellas: vivienda, higiene, trabajo, idioma, relaciones sociales, alimentación, formación, salud, jurídicas, administrativas... pero como siempre, cada individuo tiene sus prioridades. En el caso del inmigrante, este orden es común en todos ellos y se puede resumir, tal como lo expresa **Mohamed**: “*Con Pere*



*hacen una lista con los principales problemas del chico. Dormir, trabajo y papeles. Primero, segundo y tercero. El hambre, la decepción, la soledad, la añoranza o el desarraigo tendrán que esperar”.*⁶

El primer objetivo del inmigrante, a su llegada, es encontrar un trabajo que le permita vivir con cierta dignidad y que mejore las condiciones de vida propia y de su familia enviando remesas económicas. Les es difícil encontrar un trabajo, y si lo consiguen, no será en el ámbito deseado ni en unas condiciones laborales óptimas. Las ocupaciones de los inmigrantes se mueven en sectores donde menos demanda hay por parte de trabajadores autóctonos. Sectores como la agricultura, la construcción, servicio doméstico y la hostelería, principalmente. Trabajos temporales que les dificulta la tramitación del permiso de trabajo ya que no permite un contrato laboral estable y, en consecuencia, el permiso de residencia.

Muchos inmigrantes entran a España de forma ilegal, otros lo hacen con un visado turista que caduca a los tres meses de estancia y entran a formar parte de la gran lista de “ilegales”. Situación jurídica irregular que les provoca ansiedad y miedo, dificultando su integración en el mundo laboral y social.

Sin documentación no pueden conseguir un contrato laboral estable, el alquiler de su propia vivienda y, en consecuencia, unas condiciones higiénico-sanitarias adecuadas. Las dificultades en los trámites burocráticos provoca, en el inmi-

grante, un aislamiento social por miedo a ser arrestado por las autoridades y repatriado a su país. Un ejemplo lo encontramos en el relato de **Ángela**, chica peruana que llegó a Barcelona con visado turista. Después de tres meses, éste caducó y residió en la ciudad dos años de forma ilegal: *“Ir por la calle comportaba un riesgo muy elevado. Por si no estaba poco psicosiada, en aquella época sucedió un incidente que la marcó profundamente. La policía paró a una amiga cuando salía de limpiar e iba a clases de catalán. La chica no tenía papeles. Había entrado de manera ilegal desde Alemania. La detuvieron allí mismo y la expulsaron. No tuvo tiempo ni de recoger sus pertenencias. Después de esto, Ángela estuvo más de un año sin salir a divertirse”.*⁷

Trabajo, vivienda y regularización jurídica son las necesidades sociales primarias de los inmigrantes cuando llegan al país de destino. Tener la documentación en regla, así como acreditar que disponen de medios suficientes para su manutención y supervivencia, son los principales deberes de los extranjeros al llegar a España.

La salud pasa a último término en el orden de prioridades. Pensando en la precariedad de las condiciones de vida y en el proceso de adaptación que deben hacer en la sociedad de acogida, la salud del inmigrante se puede ver afectada sin que se pongan medidas para mantenerla o restaurarla.

La atención sanitaria al individuo es un derecho fundamental y universal. Por tanto, el inmigrante debería recibir una atención en las mismas condiciones que el ciudadano autóctono.

La falta de información que tienen los inmigrantes sobre el derecho a la sanidad y el acceso a los centros sanitarios, provoca que haya poca demanda en la utilización de estos servicios. Los procesos de salud/enfermedad se convierten en problemas sin solucionar y necesidades sin cubrir.

Recibir información sobre los derechos y deberes

7- Luque, C. (2001).

del inmigrante cuando llega al nuevo país, pasa a ser una necesidad básica. Quien debe ayudar a cubrirla es la Administración Pública desde los servicios sociales de los Ayuntamientos, por ejemplo, y en colaboración, si hace falta, de otras instituciones.

2.4. Perspectiva socio-política

Los flujos migratorios que llegan a nuestro país se viven como un factor desestabilizador y desestructurador de nuestra sociedad porque entran individuos de otras culturas que no se identifican con ella.

Vemos la migración desde una dimensión puramente económica, no existen inmigrantes, sino “trabajadores inmigrantes”. Es cierto que esta dimensión es la base de los movimientos migratorios, pero no podemos olvidar que ante un proceso de globalización donde tendría que existir el derecho a la libre circulación, este derecho no se tiene en cuenta en individuos que pertenecen a países extracomunitarios.

**Deberíamos entender
la inmigración como
un derecho fundamental
del ser humano.**

Y no como un instrumento que utilizamos como mano de obra cuando, como y donde la necesitamos.

La aceptación del inmigrante empieza con la integración, entendiéndola según la definición de Perotti: *“la capacidad de confrontar y de intercambiar- en una posición de igualdad y de participación- valores, normas, modelos de comportamiento tanto por parte del inmigrado como de la sociedad de acogida. La integración*

*es el proceso gradual por el cual los nuevos residentes llegan a ser participantes activos de la vida económica, cívica, cultural y espiritual del país de inmigración”.*⁸

La integración del inmigrante se ha convertido en uno de los retos políticos de nuestra época. Existe cierta desorientación práctica que afecta directamente a los principales comprometidos en el tema: políticos, sindicatos, empresarios, instituciones públicas (sanidad, educación,...), asociaciones, ONG'S. La integración es trabajo de y para todos, para los que llegan y para los que recibimos.

**Es necesario crear un
programa no “de integración
de los inmigrantes” sino
para construir una “sociedad
integrada” donde se valore
a los inmigrantes
como personas.**

Y que se les trate con igualdad de derechos y deberes civiles, humanos, sociales, económicos, políticos y culturales.

Esto parece difícil de crear si ya en la ley de extranjería vigente en España, parece que vulnera los derechos humanos fundamentales y sea discri-



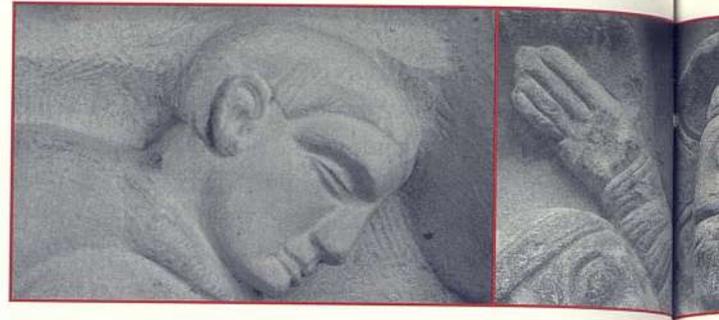
8- Malgesini, G., Giménez, C. (2000).

minatoria. Marca un trato diferenciado según la situación jurídica o administrativa en que se encuentra el inmigrante.

Por ejemplo, el derecho a la asistencia sanitaria en iguales condiciones que los españoles se restringe a aquellas personas que estén empadronadas, menores de edad, embarazadas y ante enfermedades graves o accidentes. ¿Qué entendemos por enfermedad grave?. Aquel extranjero que no conste en el padrón municipal, ¿no puede recibir atención sanitaria?. La percepción de salud/enfermedad varía de un individuo a otro, no solo de una cultura a otra, ¿quién tiene que determinar que el proceso de enfermedad de un individuo es grave o no?. Se utilizan conceptos indeterminados que dan pie a lecturas erróneas y a actuaciones incorrectas.

Si analizamos la ley de extranjería podemos concluir que, el requisito indispensable para recibir atención sanitaria en igualdad de condiciones que los españoles es estar empadronado. Teniendo en cuenta que para empadronarse el Ayuntamiento sólo necesita comprobar que el individuo resida en la localidad, independientemente de la situación administrativa y de las condiciones de la vivienda, y que los acuerdos internacionales instan a la Administración Pública garantizar a todas las personas un acceso equitativo a la salud⁹, podemos dar una atención adecuada a todo individuo que acuda a un centro de salud.

A partir de este pequeño análisis de la legislación vigente, podemos hacer extensivo que toda política de integración debería seguir unos criterios conocidos por todos los sectores públicos, claros, transparentes y que mantuviesen la igualdad de derechos, deberes y oportunidades para todos los individuos. Actuar en contra de estos principios ayuda al tráfico ilegal de inmigrantes, la explotación y el abuso. Se trata de asegurar el respeto a los derechos humanos y a la libertad del inmigrante sin distinción de raza, cultura, religión o sexo.



La inmigración es un hecho global, así como su integración en la sociedad de destino. Para encontrar una solución viable, sería conveniente establecer una relación coordinada entre todas las administraciones públicas. Hasta el momento, parece que haya una falta de incentivos materiales, humanos y económicos, así como una falta de comunicación entre los diferentes poderes políticos, autoridades regionales y locales, entre instituciones y personas que imparten formación, atención sanitaria, servicios sociales, medios de comunicación, ONG'S, ... y las propias asociaciones de inmigrantes. Cada uno de ellos tiene un papel importante a desarrollar en la construcción y aplicación de una política clara de integración, dirigida a los inmigrantes, a la sociedad civil y a las instituciones públicas para fomentar el diálogo, la comprensión y la conciencia social.

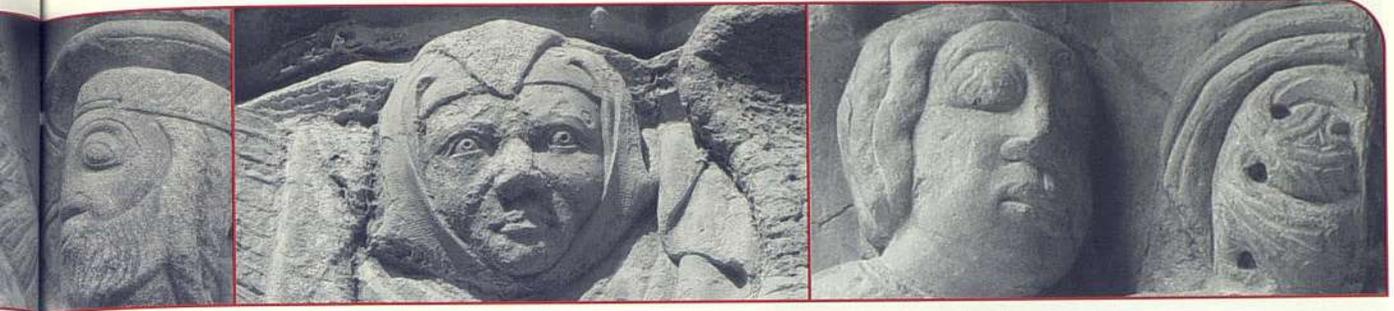
3. Atención de Enfermería ante la migración

Con anterioridad se han hecho diferentes alusiones sobre la importancia y necesidad que tenemos, los profesionales de enfermería, de conocer la trayectoria migratoria de cada inmigrante para poder dar una atención de calidad.

La característica diferencial de la atención de enfermería respecto a otras disciplinas de la salud

9- Cañada, J., Coll, J. (2002).

10- Torralba, F. (2000).



es el Cuidar. En palabras de F. Torralba: *“Para curar a alguien, es necesario cuidarle y para evitar que sufra una enfermedad, es decir, para prevenir, también es necesario cuidarle. (...) Para curar bien es necesario cuidar. El cuidar es anterior a curar”*.¹⁰

El acto de cuidar puede ser realizado por cualquier individuo, profesional o no, que se esté cerca de una persona que necesite ser cuidada.

La diferencia entre los cuidados enfermeros y otras formas de cuidar está en la práctica de los cuidados, que constituyen la base de la ciencia enfermera. Factores como la formación en valores humanistas, sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros, el desarrollo de una relación de ayuda y de confianza, la asistencia en la satisfacción de las necesidades humanas para ayudar a la persona a aumentar, mantener o recuperar su independencia, entre otras, nos ayudan a orientar la práctica enfermera. Práctica que requiere competencias interpersonales, conocimientos científicos y la utilización de métodos sistemáticos de trabajo.

M. Leininger entiende los cuidados de enfermería como acciones de asistencia, de soporte y de facilitación a la persona que tiene la necesidad de recuperar su salud o mejorar sus condiciones de vida.¹¹

Los cuidados enfermeros van dirigidos a la persona, grupo o comunidad reconociendo que está en interacción continua con su entorno. En esta relación constante persona/entorno es donde se producen cambios en el estado de salud del individuo. Conocer el entorno que rodea a la

persona y los cambios producidos en él, facilita la planificación de los cuidados enfermeros.

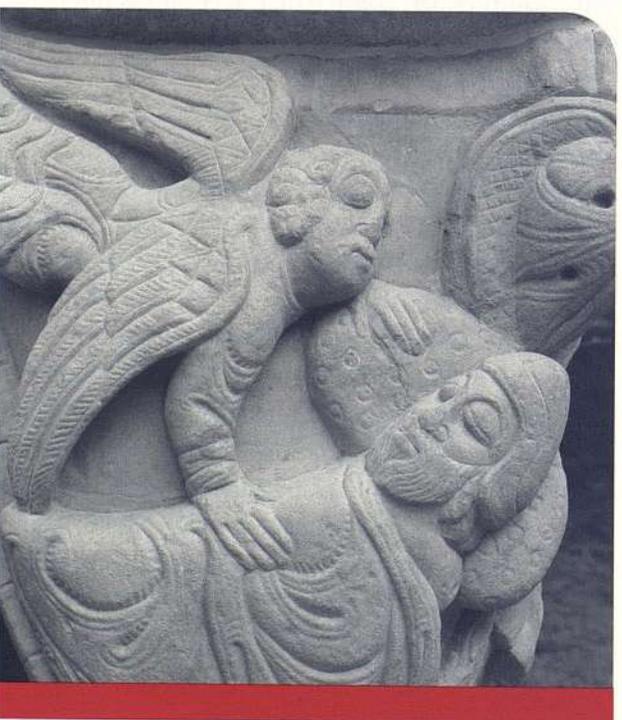
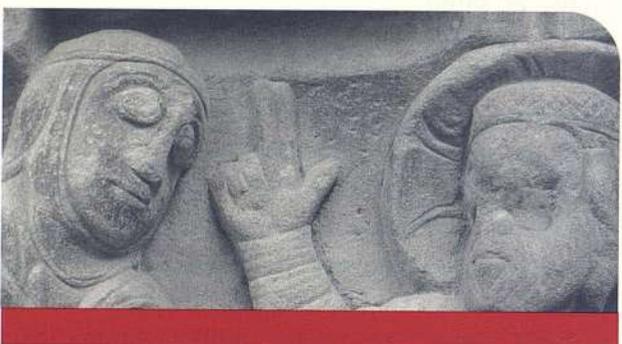
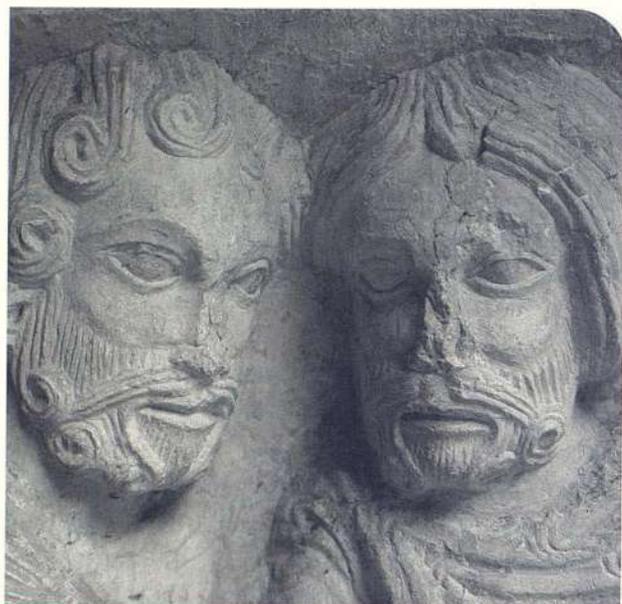
Los movimientos migratorios llevan a la persona a vivir en un nuevo entorno (paisaje, clima, relaciones sociales, familia, valores, normas, conductas, sentimientos,...) Debe iniciar un proceso de cambio y adaptación que pueden provocar alteraciones en su estado de salud.

La enfermera debe acompañar al inmigrante en este proceso. Estar presente durante el tiempo que dure la adaptación para dar soporte y realzar las capacidades y potenciales de la persona para obtener y utilizar los recursos necesarios para favorecer la satisfacción de las necesidades básicas.

Estar presente, acompañar implica comunicación para comprender, compartir y aceptar las diferentes realidades de vida.

Cada persona constituye una realidad cultural diferente, única, formando una sociedad pluricultural. Desde la práctica enfermera hemos de dar respuesta a estas diferencias, en la individualidad de la atención. Los inmigrantes son personas y como tales, no pueden ser tratadas desde la homogeneidad. En función de su procedencia, condiciones de vida, cultura (incluye religión, valores, costumbres, prácticas,...), tendrá unas necesidades determinadas y dará prioridad a la satisfacción de unas ante las otras. Enfermería debe conocer estas diferencias y sensibilizarse en ellas para percibir a la persona en su totalidad y tratarla, al mismo tiempo, como ser único.

11- Kérouac, S. Pepin, J. (1996).



3.1. Valoración problemas de salud en el inmigrante

El proceso migratorio puede comportar alteraciones en el estado de salud del inmigrante. El cambio de vida que implica el desplazamiento, la personalidad de cada individuo, las experiencias de vida, la motivación, el soporte social y familiar en el país de destino, los vínculos con el país de origen, diferencias culturales y apertura intercultural son factores, entre otros, que influyen en la adaptación al nuevo entorno y, en consecuencia, en la satisfacción de las necesidades humanas.

Valorando la llegada de inmigrantes, desde un punto de vista sanitario y de manera global, no forman grupos de riesgo específicos. Pero las condiciones de vida que les toca vivir contribuyen, en algunos casos, a desarrollar enfermedades específicas.

Podríamos clasificarlas en:

1. *Enfermedades importadas:* Tienen poca incidencia y no comportan grandes repercusiones sobre la salud pública.
2. *Enfermedades adquiridas en el país de destino:* son comparables a las que sufren la población autóctona, pero con ciertas diferencias, en algunos de ellos, por las condiciones deplorables de vida.
3. *Enfermedades de adaptación:* hace referencia a trastornos psicopatológicos (depresión, ansiedad y somatización) producidos, principalmente, por el estrés y duelo migratorio.

En este último grupo de enfermedades es donde enfermería puede desarrollar el rol propio de la disciplina para detectar, minimizar y resolver problemas derivados del proceso migratorio, favoreciendo la adaptación del inmigrante al nuevo entorno.

Desde el momento que el individuo toma la decisión de emigrar, inicia un proceso psicológico que viene dado por la ruptura de vínculos a nivel

personal, social y cultural, que sustituirá con otras relaciones una vez inicie la vida en destino. Todos estos cambios provocan en el individuo un sin fin de tensiones emocionales y cognitivas para adaptarse al país de acogida. Este conjunto de tensiones se conoce como proceso de duelo y se puede definir como el proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde algo significativo para la persona.

La persona vive, a lo largo de su vida, diferentes cambios. Todo cambio supone un duelo ya que hay pérdidas, aunque también ganancias. Adaptarse o no a estos cambios dependerá de los recursos que utilice la persona para mantener el equilibrio personal.

Los inmigrantes sufren un duelo migratorio por todo lo que dejan atrás. Los problemas psicopatológicos se producen cuando existe un duelo mal elaborado. Problemas que se acentúan cuando existen factores desestabilizadores como pueden ser las miserables condiciones de vida en que viven (pobreza, hacinamiento, marginación, soledad,...).

Atxotegui¹² nos habla de las pérdidas más importantes que se producen en la migración y su elaboración dará lugar al duelo migratorio. Estas pérdidas son: el contacto con familiares y amigos, la lengua materna, la propia cultura, el paisaje y la tierra, el estatus social, el contacto con el grupo étnico o nacional y la pérdida de la seguridad física.

Cada persona valorará la importancia de estas pérdidas de forma diferente. Pero hemos de ser conscientes que sacar importancia a ellas e incluso negarlas, dejar de mostrar tensión, tristeza, añoranza o pena, dificulta la elaboración del duelo y facilita la presencia de enfermedades de adaptación o psicopatológicas.

3.2. Prestación de cuidados transculturales al inmigrante:

La visión holística, y al mismo tiempo, individual de la atención de enfermería a la hora de prestar cuidados al individuo y la proximidad de la enfermera a la comunidad, sobre todo desde la atención primaria hacen, de la disciplina enfermera, una profesión clave en la atención al inmigrante para minimizar los efectos sobre la salud en la elaboración del duelo migratorio.

Desde la ciencia enfermera, y a partir de la práctica diaria, del contacto directo enfermera-paciente/inmigrante se deben buscar nuevos recursos para acercarnos a esta comunidad y poder prevenir, promover, mantener o restaurar la salud del inmigrante respetando, en la medida de lo posible, su cultura de origen.

Ya Florence Nightingale identificó la necesidad de tener en cuenta la cultura del individuo a la hora de aplicar los cuidados de enfermería: *“La mujer que enseña en India debe conocer el idioma, la religión, las supersticiones y costumbres de la mujer a la que enseña”*.¹³

M. Leininger creó una teoría de enfermería basada en las curas transculturales. Teoría que incluye los aspectos culturales del individuo en la intervención de enfermería. La tesis central de su teoría nos habla de que si es posible comprender completamente el significado de la cultura, se puede predecir y dar, de forma consecuente con ella, la atención sanitaria a las personas, familias y comunidades.



12- Atxotegui, J. (1995).

13- Citat en: López Alonso, S.R. (2001).

Unos cuidados de enfermería coherentes con la cultura, se pueden dar sólo con el conocimiento del entorno cultural del individuo.

Este conocimiento nos da una base común de valores, creencias, prácticas y costumbres asistenciales de una determinada cultura, pero para evitar los estereotipos se necesita realizar una valoración individual desde los puntos de vista y percepciones propias de cada persona.

La cultura del individuo influye en sus conductas y estilos de vida, así como en las creencias y prácticas ante la salud/enfermedad. El conocimiento de esta individualidad cultural permite, a la enfermera, orientar su actuación con la finalidad de dar una atención coherente con las pautas culturales, adaptando nuestra intervención a las necesidades y/o deseos del individuo.

Según M. Leininger, la intervención de enfermería puede ir dirigida al mantenimiento, acomodación o reestructuración de los cuidados para obtener estilos de vida saludables, respetando los valores culturales.

La decisión de qué tipo de intervención utilizar ante la situación de cada inmigrante, se cuestiona por problemas éticos. La preservación o acomodación de los cuidados puede implicar la negación de los cuidados enfermeros que den mayor beneficios en salud al individuo porque priorizamos el respeto a su cultura.

Al contrario, en la reestructuración de los cuidados se modifica de manera importante el estilo de vida del inmigrante para adoptar esquemas nuevos, diferentes y más beneficiosos para su

salud. En este tipo de intervención, ¿se puede respetar la cultura de la persona?

Ante un inmigrante musulmán, diagnosticado de diabetes, llega la época del Ramadán: ¿puede estar 12 horas sin comer, tomando o no los anti-diabéticos orales, pero manteniendo sus prácticas religiosas? O bien, ¿es necesario obligarlo a seguir las pautas fármaco-dietéticas olvidando sus preceptos religiosos?. En el primer caso, es evidente que la actuación perjudicaría el estado físico de salud, pero en la reestructuración de los cuidados culturales, se puede producir alteraciones en el estado emocional del individuo por sufrimiento o conflicto espiritual.¹⁴

Siguiendo los principios éticos de beneficencia y de autonomía, la intervención más correcta puede que sea la acomodación o adaptación de los cuidados enfermeros a las necesidades y prácticas de cada inmigrante para conseguir un estado óptimo de salud física, psíquica y espiritual.

3.3. Comunicación efectiva:

La comunicación es una herramienta indispensable para los profesionales de enfermería con el fin de atender las necesidades de los individuos que se encuentran en los diversos procesos de salud/enfermedad.

La comunicación entre enfermera-inmigrante va más allá del puro intercambio de información.

Han de comprender, compartir, aceptar e incluso,

14- Transmisión oral de enfermeras que trabajan en el seguimiento de pacientes diabéticos en los que detectan diferencias en el concepto de enfermedad crónica.

respetar las diferentes realidades para conseguir una relación terapéutica, cuyo objetivo final es la satisfacción de las necesidades del inmigrante.

La comunicación nos acerca al inmigrante creando un ambiente de confianza que nos permita llevar a cabo un proceso interpersonal terapéutico. Acercarnos al inmigrante significa conocer su historia de vida, su cultura, sus necesidades y prioridades,... contextualizar al individuo y poder ofrecer una atención de enfermería eficaz y efectiva que se adapte a las necesidades individuales, promoviendo la sensibilidad, el respeto y la empatía.

La persona debe sentirse comprendida emocionalmente, debe percibir “el estar presente” del profesional con el que inicia una relación terapéutica para facilitar la fluidez de emociones y dificultades. A partir de esta apertura, puede adoptar el compromiso de acompañar al individuo durante todo el proceso de exploración de necesidades, recursos y de la utilización de los mismos.

La comprensión emocional es una actitud que se debe fomentar y se conoce como empatía. No es más que entrar en el mundo del inmigrante para ver las cosas desde su punto de vista. Comprender los significados verdaderos y únicos de aquella persona a quien queremos ayudar.

Este tipo de comunicación requiere conocimientos, habilidades, actitudes, voluntad y tiempo de los profesionales, lo que implica estar en continuo proceso de aprendizaje.

4. Dificultades en la comunicación:

Enfermera - Inmigrante:

Son muchos los problemas que dificultan la comunicación y, por tanto, la atención a los inmigrantes en el ámbito sanitario. Entre otros, podemos nombrar la falta de información o el desconocimiento de las estructuras y funcionamiento de los

centros sanitarios; el acceso a estos servicios, bien sea por las trabas burocráticas que deben seguir para conseguir la tarjeta sanitaria, o bien por cuestiones laborales que, por incompatibilidad horaria, no pueden acudir a los servicios si no es por motivos de urgencia médica.

Cabe citar, también, el miedo o desconfianza que muestran ciertos inmigrantes a que se les descubra su situación irregular si utilizan los servicios sanitarios.

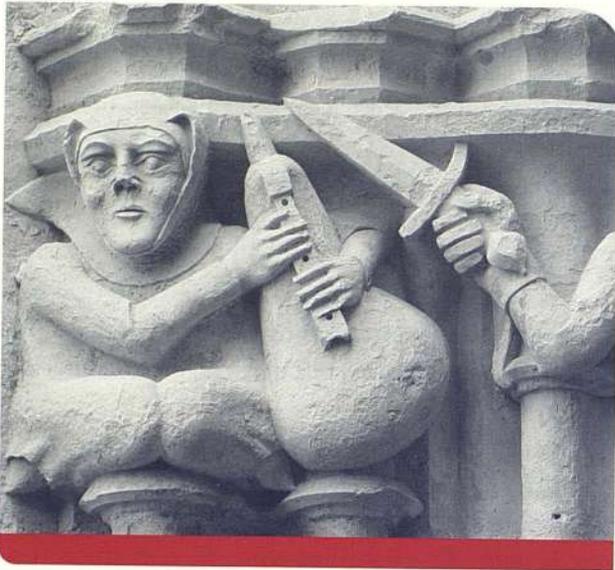
Desde la perspectiva de los profesionales de enfermería, las dificultades se encuentran en las diferencias idiomáticas que, según el origen de los inmigrantes, puede impedir cualquier tipo de comunicación, momento en que es imprescindible la presencia de un traductor para transmitir la información, y en problemas de seguimiento de estos pacientes bien por cuestiones legales, la movilidad de los inmigrantes en busca de trabajo y en su idiosincrasia.

Todos estos problemas pueden tener solución si, desde las administraciones públicas, se trabaja para ampliar los recursos materiales y humanos dirigidos a paliar las dificultades en la atención a esta comunidad: circuitos de información a la población inmigrante, flexibilidad horaria de atención, traductores, trípticos en diferentes idiomas,...

Pero no podemos obviar las barreras culturales como uno de los principales motivos que dificultan la comunicación efectiva entre enfermera-paciente.

4.1. Diferencias culturales:

Las diferencias culturales provocan tanto en el profesional como en el inmigrante un conjunto de sentimientos o emociones, incluso contradictorios, que dificultan dar y recibir una atención de enfermería coherente con las necesidades del individuo. Sentimientos de decepción, miedo, desconfianza, impotencia por parte del inmigrante porque, quizás, no ve cumplidas sus expectativas. Por parte del profesional porque se enfrenta a una gran reto sin contar con recursos materiales, humanos y personales suficientes para dar respuesta a estas necesidades.



La herencia cultural de una persona influye en sus patrones de pensamiento y de comportamiento, en su percepción de la realidad y de la salud/enfermedad y también en los estilos y formas de comunicación. Por ejemplo, la orientación temporal varía de una sociedad a otra. Unas viven orientadas en el pasado, otras en el presente o el futuro. Intervenciones de enfermería para la prevención y promoción de la salud pueden ser dificultosas para aquellos grupos que orienten su vida en el pasado o presente.

Las relaciones de género y el rol social que se da a cada uno de ellos influye en la comunicación. En ciertas sociedades se atribuye una segregación sexual del espacio: al hombre le corresponde el espacio público y a la mujer el espacio doméstico. Cuando la mujer se encuentra en el “espacio sanitario” al ser extradoméstico, ¿qué actitud adoptará?, ¿Qué tipo de comunicación podremos establecer con ella si ha interiorizado el silencio?

Otra diferencia cultural está en el sentido que se da al tiempo. Mientras los occidentales damos importancia al horario y a la puntualidad, otras culturas no piensan en el tiempo marcado por el reloj, pueden llegar tarde o no presentarse a la cita no por irresponsabilidad, sino por una escala de valores distinta a la nuestra.

Hay culturas donde las relaciones sociales se basan en relaciones autoritarias y/o jerárquicas. Al nivel de atención de enfermería nos podemos encontrar con dificultades al dar información o educación al propio paciente y tendremos que dirigirnos a un familiar o líder de la comunidad. En estos grupos puede ser que los individuos de mayor autoridad tomen las decisiones en cuanto a cuidados se refiere.

En otras sociedades hay una fuerte pertenencia al grupo donde los intereses de este están por encima de los intereses individuales: la salud individual no se entiende sino es en su proyección a los demás.

Todos estos aspectos culturales, y muchos otros, se deben conocer y tener en cuenta para intentar adaptar los cuidados a las peculiaridades culturales y conseguir los objetivos terapéuticos planificados.

Es necesario conocer las características culturales de cada comunidad de inmigrantes y de cada persona en particular, desde el punto de vista de los propios miembros del grupo y de cada individuo, para evitar corre el riesgo de hacer juicios a partir de estereotipos. Poder, así, desarrollar cierta sensibilidad cultural donde la expresión de diferentes referentes culturales y su comprensión no dificulte la atención de enfermería.

4.2. Actitudes y prejuicios:

En nuestra sociedad estamos familiarizados con la utilización de términos generalizados, creencias sobre ciertas costumbres de determinados grupos o categorías sociales, características individuales en función de la edad, género, clase social,... Creencias exageradas, positivas o negativas, que se utilizan con la finalidad de justificar nuestra conducta en relación con otros. **Seymour-Smith**¹⁵ define estereotipo como “una imagen de, o una actitud hacia, personas o grupos, basada no sobre la observación y la experiencia sino sobre ideas

15- Citat en: Malgesini, G. Giménez, C. (2000).

preconcebidas” y prejuicio como “un juicio negativo preconcebido de personas o grupos, basado no en el conocimiento de su conducta real sino sobre imágenes estereotipadas”.

Ante estas definiciones, podemos afirmar que el estereotipo fundamenta el prejuicio.

La existencia de prejuicios y estereotipos entre las diferentes culturas constituye una realidad y un condicionante que no podemos perder de vista.

Es el resultado de un pasado y de procesos socio-históricos que han influido y marcado la construcción sociocultural de cada grupo, así como la percepción de los otros.

Estas creencias negativas o estereotipadas sobre un individuo o comunidad pueden marcar la relación enfermera-paciente, ya que puede dar lugar a actitudes hostiles y a comportamientos abiertamente discriminatorios.

Tener una imagen estereotipada sobre el valor que se le da a la salud/enfermedad en diferentes comunidades, la cultura de los cuidados, las expectativas ante el sistema sanitario, así como las características del grupo étnico con el que se identifiquen; la ignorancia de las características culturales que los diferencian y pensar que nuestros valores y prácticas sanitarias son las adecuadas frente las “otras” que son erróneas, puede conducir a un déficit en la calidad de la comunicación, en la confianza del profesional y en la relación terapéutica. Actitud que compromete tanto la detección y el abordaje de problemas de salud, como las prácticas de prevención y promoción de la salud en el colectivo de inmigrantes.

Mantener una actitud receptiva y abierta para conocer y comprender las creencias y prácticas culturales ante la salud/enfermedad del individuo y del grupo al que pertenece, dejando de lado los estereotipos creados, puede ayudar a iniciar y mantener una relación terapéutica intercultural. Pero antes, los profesionales de enfermería, deben ser conscientes de cuales son sus sentimientos frente la multiculturalidad, deben ser flexibles con los individuos y deben evitar culpabilizarlos de su bagaje cultural.

Este cambio de actitud favorece la construcción de una competencia cultural basada en el conocimiento, comprensión y tolerancia de los diversos referentes culturales.

5. Sociedad Intercultural:

En más de una ocasión habremos oído, por los pasillos de los centros sanitarios, comentarios como “*parece la sala de espera de la ONU*”, para hacer referencia al gran número de inmigrantes y de origen diverso que acude a las consultas. Comentarios que muestran, según el tono de voz que se utilice, actitudes de menosprecio o de rechazo que pueden llevar a la discriminación; indiferencia o aceptación de la coexistencia de diferentes culturas en nuestra sociedad pero sin promover la interrelación entre ellas y/o solidaridad hacia el colectivo de inmigrantes que implica conocimiento, comprensión, respeto y apoyo.

Como hemos comentado, es necesario ir más lejos de la aceptación de la coexistencia de diferentes códigos culturales en un mismo territorio e impulsar, desde todos los ámbitos sociales, una convivencia armónica de todos ellos. Convivencia que supone interrelación e intercambio para ir construyendo una sociedad intercultural entendiéndola como una relación activa entre individuos, grupos e instituciones que pertenecen o proceden de culturas diferentes.

Es importante creer en la necesidad de establecer

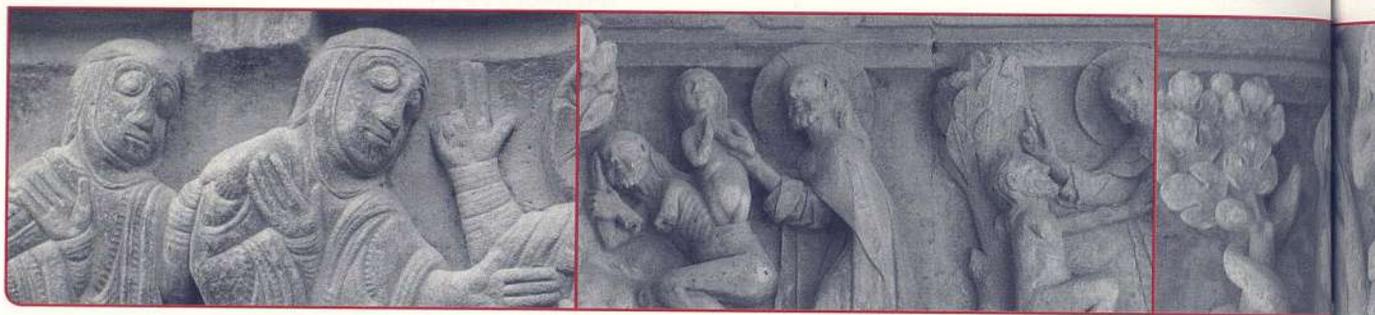
interacciones que fomenten la educación intercultural entre todos los implicados: “ellos” y “nosotros”, valorando la riqueza social y personal que supone la presencia e intercambio de bagajes culturales diferenciados.

Desde el mundo sanitario, y desde la atención de enfermería, tanto al colectivo de inmigrantes como al autóctono, podemos intervenir educativa-mente sobre la interacción en la sociedad y fomentar, así, la interculturalidad.

La creación de talleres educativos sobre hábitos higiénicos, alimentación, prestación de cuidados

En palabras de **Tomas y Valiente**¹⁷, Tolerancia es: *“una actitud de reconocimiento y respeto de las opiniones y actitudes diferentes y contrarias”*. Tolerancia que va dirigida hacia las creencias, valores, prácticas, comportamientos,... a referentes culturales diferentes a los nuestros.

Los profesionales de enfermería, conjuntamente con otras disciplinas y con el trabajo interdisciplinario, tienen los conocimientos, las actitudes y las habilidades comunicativas suficientes para acercarse tanto al colectivo de inmigrantes, como a la población autóctona, y ser agentes sociales capaces de, a través de programas de prevención y promoción



al niño y a los ancianos de la familia, sexualidad, hábitos tóxicos,... dirigidos a toda la sociedad. Talleres que se caracterizan por la presencia de individuos que pertenecen a diferentes grupos culturales.¹⁶ Con la interrelación y el diálogo se puede conocer las características culturales que los diferencian, así como las similitudes que los acercan. Talleres como herramienta que permita establecer interacciones que rompan con los estereotipos creados y promueva la convivencia basada en la comprensión, aceptación y respeto a las diferencias, al mismo tiempo que eduquen y fomenten los hábitos saludables en la población.

Para llevar a cabo este tipo de talleres, los profesionales de enfermería deben mostrar una actitud abierta para ser capaces de comprender, aceptar, respetar y compartir los conocimientos, ser Tolerante.

de la salud, promover la interrelación, el reconocimiento y el respeto a la diversidad cultural.

6. Los límites de la tolerancia:

Desde la tolerancia podemos conseguir una comunicación efectiva con los individuos de diferentes culturas para llevar a término el proceso terapéutico planificado, así como programas de prevención y promoción de la salud.

Es desde esta misma actitud de tolerancia que podemos transmitir, a toda la población, la necesidad de mantener una interacción continua con todos

16- Este tipo de talleres ya se lleva a cabo en ABS de la provincia de Barcelona.

17- Citat en: Malgesini, G. Giménez, C. (2000).

18- Malgesini, G. Giménez, C. (2000).

para convivir de forma armónica dentro de nuestra sociedad.

Para Malgesini i Giménez¹⁸ tolerancia es: *“aquella actitud- acompañada de la correspondiente conducta -de reconocimiento y aceptación de cualquier forma de ser, sentir, pensar, opinar y actuar del otro, que- siendo no sólo diferente sino divergente e incluso opuesta a la propia- no suponga perjuicio, daño o violencia para uno mismo y su libertad ni tampoco violación de los derechos humanos y libertades de los demás.”*

Partiendo de esta definición, en el ámbito de salud y desde la atención de enfermería, ante la diversidad

Hay valores, creencias religiosas, tradiciones,... que conllevan prácticas culturales que pueden tener consecuencias en el proceso de salud/enfermedad del individuo, de la familia y de la comunidad. Algunas prácticas vulneran los derechos humanos y otras imposibilitan que los profesionales puedan dar continuidad al proceso de cuidados de manera responsable y eficaz.

Ante ciertos hábitos higiénico-dietéticos, por ejemplo, los profesionales podemos adaptar o acomodar el plan de cuidados a las necesidades y prácticas de cada individuo para asegurar el equilibrio físico, emocional y espiritual.



de creencias, valores y prácticas que se llevan a cabo según el origen y el bagaje cultural de cada individuo, ¿donde están los límites de la tolerancia?

Dar atención al inmigrante y/o grupos minoritarios con códigos culturales diversos, hace que nos movamos, por un lado, entre la universalidad de los derechos humanos y la defensa de la integridad física y psicológica del individuo, y por otro, el derecho, también universal, del respeto hacia las diferentes culturas.

En el ámbito de la salud y desde la prestación de cuidados, promover la defensa de los derechos humanos, preservar los valores, creencias y prácticas culturales de cada individuo y, al mismo tiempo, *“desarrollar una práctica profesional correcta en el aspecto científico, técnico y ético...”*¹⁹ es, en muchas ocasiones imposible.

Pero, ¿ante la decisión de mantener ciertas prácticas y tradiciones culturales podemos respetar los derechos humanos, preservar la integridad física y psicológica y realizar nuestro trabajo asistencial eficiente y eficazmente?

¿Qué posición hemos de mantener los profesionales de la salud ante la circuncisión femenina que se realiza a niñas menores de edad, de origen musulmán y como práctica tradicional del grupo étnico al que pertenecen? Por una lado se saben los riesgos físicos (infecciones trato genito-urinario, esterilidad,...) y psicológicos (depresión, somatización,...) que corren estas niñas si se les realiza la ablación de clítoris sin control sanitario adecuado; permitir la realización de esta práctica en centros hospitalarios vulnera los derechos del niño, así como imposibilita el desarrollo de una práctica profesional responsable y coherente con los prin-

19- Competencias de Enfermería.

20- Kaplan, A.

cipios bioéticos de beneficencia y no-maleficencia. Negar la realización de esta práctica es negar la identificación con el grupo étnico de la persona: *“la circuncisión es una marca que llevan de por vida, y simboliza que su unidad al grupo también será de por vida. Se trata de una cuestión de pertenencia, estás dentro o estás fuera”*.²⁰

Este tipo de práctica es, por parte de los profesionales de salud, totalmente indefendible. Cerrar los ojos ante su realización es obviar la responsabilidad que tenemos de velar por el respeto de los derechos del niño. Nuestro trabajo podría dirigirse hacia la educación sanitaria, a la familia y a toda la comunidad musulmana, de las contraindicaciones y efectos adversos sobre la salud de las niñas versus los supuestos beneficios que conlleva a la mujer, a la familia y a todo el colectivo la práctica de esta tradición para que, en un tiempo, lleguen a eliminarla libremente.

7. Conclusiones:

Se ilustra la conclusión a partir del análisis de un caso: Mujer de origen oriental que ingresa en la unidad de hospitalización de obstetricia después de parto eutócico. La enfermera entra en la habitación para realizar los controles habituales post-parto a la mujer. Se encuentra con la sorpresa que hay una negación, por parte de la mujer y de su familia, a que se le realicen estos controles porque van en contra de las prácticas tradicionales de origen en los cuidados materno-infantiles. Situación que se ve agravada por las barreras idiomáticas que imposibilita llegar a un entendimiento entre las dos partes.

¿Cuál debe ser la posición de los profesionales de la salud? Y en este caso, ¿de los profesionales de enfermería?

El usuario de un centro sanitario tiene el derecho a ser tratado con respeto y reconocimiento en relación con sus convicciones religiosas y filosóficas. Los profesionales de enfermería deben adecuar sus acciones a las decisiones del paciente, siempre y cuando den continuidad al plan de cuidados. Pero la elección de esta paciente, ¿permite la actuación responsable de la enfermera? ¿Los beneficios en la salud del paciente que comporta la actuación de los profesionales, deben estar por encima de las elecciones del propio paciente? Si la paciente ha escogido libremente acudir a un centro sanitario, ¿tiene el deber de adaptarse a los cuidados culturales del centro?

En base a las competencias de la profesión de enfermería y en referencia²¹ a la ética, valores y aspectos legales de la profesión, es necesario tener el apoyo de un Comité de Ética y la participación en él de todos los profesionales implicados en la atención a colectivos de diversas culturas, para poder identificar los dilemas éticos que de la práctica profesional se derivan y, mediante el razonamiento y el juicio crítico, tomar decisiones y comportamientos responsables basados en los principios bioéticos.

Decisiones que pueden crear conflictos a enfermería ya que debe escoger entre el respeto a los derechos del usuario y a la responsabilidad de no poder llevar a término el plan de cuidados establecido.

Comisiones de ética que velarían por el respeto a los derechos humanos, el derecho a la práctica cultural de cada individuo y darían, a los profesionales de la salud, orientación y apoyo a los problemas éticos que de esta atención se derivan.

El conocimiento y la comprensión de las diferentes prácticas culturales ante los procesos de salud/enfermedad por parte de los profesionales de la salud y de los inmigrantes, favorecerían la práctica asistencial y la toma de decisiones ante las diferencias, mejoraría la comunicación

21- Competencias de enfermería.

entre profesionales y pacientes consiguiendo resultados terapéuticos satisfactorios y facilitaría la adaptación al sistema de salud fomentando, desde el ámbito de la sanidad, una sociedad intercultural donde la integración sea el objetivo de y para todos.

Bibliografía:

- ATXOTEGUI, J. MIGRAR: *Duelo y dolor. Qué ganan y qué pierden los emigrantes al alejarse de su país.* / El Viejo Topo 1995 noviembre (90): 31-38
- BERMEJO JC, MARTÍNEZ A. *Relación de ayuda, acción social y marginación: material de trabajo.* Santander: Sal Terrae, 1998
- BONAFONT A. *Tenir cura. Lliçó inaugural del curs acadèmic.* / 1998-99
- CAÑADA J, ET AL. *La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable.* Barcelona: Semfyc, 2002
- *Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación de la comisión al Consejo y al Parlamento Europeo: Sobre una política Comunitaria de Migración.* Bruselas: Comunidad Europea, 2000
- *Competències de la professió d'infermeria. [en línia]. Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut.* / 1999 [data d'accés 7/02/03]. URL disponible a:
http://www.multimedia.upc.es/coib_dos/competencies.htm
- CONH-BENDIT D, SCHMID T. *Ciudadanos de Babel, apostando por una democracia multicultural.* Madrid: Talasa, 1995
- DE LUCAS, J. *Puertas que se cierran.* / Barcelona: Icaria, 1996
- DOMINGO C., VIRUELA R. *Cadenas y redes en el proceso migratorio español. [en línia].* Scripta Nova. 2001 [data d'accés 12/12/02]; 94 (8). URL disponible a:



<http://www.ub.es/geocrit/sn-94-8.htm>

- IZQUIERDO A. *El proyecto migratorio de los indocumentados según género.* Papers. 2000; (60): 225-240
- KAPLAN A. *Integración social, identidad étnica y género: la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes subsaharianas.*
- KÉROUAC S, ET AL. *EL pensamiento enfermero.* Barcelona: Masson, 1996
- LÓPEZ ALONSO SR. *La Globalización y la salud en los grupos minoritarios. Cultura de los cuidados.* / 2001; (10): 63-71
- LUÍS MT, FERNÁNDEZ C., NAVARRO MV. *De la teoría a la práctica : el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.* / Barcelona: Masson, 1998
- LUQUE C. *Ells truquen a la porta: 15 vides explicades pels nous catalans: la immigració que comença.* / Barcelona: La Campana, 2001
- MAALOUF A. *Identidades asesinas.* Madrid: Alianza, 1999
- MALGENESI G, GIMÉNEZ C. *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad.* Madrid: Libros de la Catarata, 2000
- MARRINER A. RAILE M. *Modelos y teorías en enfermería.* / Madrid: Harcourt Brace, 1999
- MAS F. *Trencant fronteres: una visió positiva de la immigració.* / Barcelona: Intermon-Oxfam, 2001
- MEDINA JL. *La pedagogía del cuidado: saberes y práctica en la formación universitaria en enfermería.* Barcelona: Laertes, 1998
- NAÏR S. *Mediterráneo hoy: entre el diálogo y el rechazo.* / Barcelona: Icaria, 1995
- NAIR S. *La immigració explicada a la meva filla.* Sabadell: Fundació Caixa de Sabadell, 2001
- NAVARRO, PJ. *Sociedades, pueblos y culturas.* Barcelona: Salvat, 1981
- OLIVER REHCE MI. *Comunicación intercultural: comunicándonos con mujeres de otras culturas.*
- PONS Q. *El meu veí Hassan: tres aproximacions al fenomen de la immigració.* / Barcelona: Cristianisme i Justícia, 2002
- PRAT J ET AL. *Antropología de los pueblos de España.* / Madrid: Santillana, 1991
- RAMOS, M ET AL. *Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos.* / Gaceta sanitaria 2001; 15 (4): 320-326
- TORRALBA F. *Filosofía del cuidar.* Mapfre medicina 2000; 11 (2): 101-110

La reproducción asistida en el siglo XXI: ¿Bebés a la carta?*

> M^a Pilar Núñez-Cubero
Especialista en Ginecología y Obstetricia, Master en Bioética

El progreso de la ciencia y de la técnica está haciendo posible grandes avances en la investigación y en la producción de importantes resultados en distintas esferas de la vida humana y social. En los inicios del tercer milenio son especialmente relevantes los referidos a las áreas procreática con el desarrollo de las técnicas de reproducción asistida, genética con la apertura a la terapia génica y lo referente a la clonación nuclear con el sueño, cada vez hecho más realidad, de la clonación terapéutica.

Estos avances, algunos de los cuales son todavía poco evidentes, hacen concebir grandes esperanzas y despiertan en las personas grandes expectativas de poder. Además de valorar los aspectos biomédicos, es necesario tener en cuenta los temas éticos y legales que con frecuencia producen dilemas, no fáciles de resolver.

Un tema particularmente importante es todo lo que se refiere a la reproducción humana y en concreto a la reproducción asistida. Cada vez suena con más insistencia la posibilidad, no solo de controlar cuántos y cuándo se tendrán los hijos, sino cómo serán esos hijos. Lo que se conoce con tener un hijo a la carta.

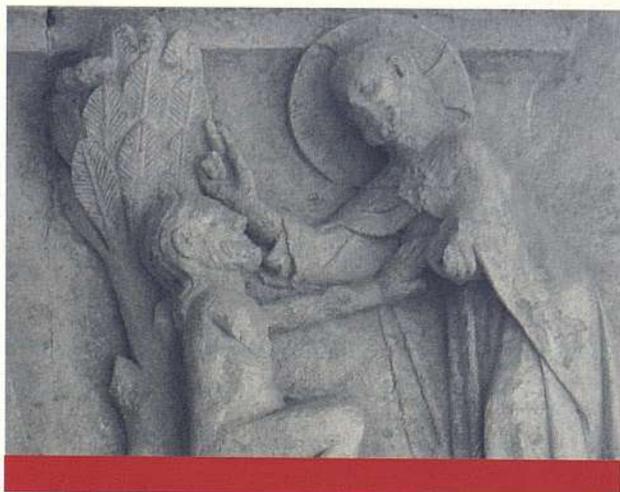
El presente artículo reflexiona y profundiza sobre todo esto, haciendo especial hincapié en lo que se refiere a la reproducción asistida, estudiando los aspectos médicos, éticos y jurídicos que intervienen, aportando su autora una visión global y actual del tema. ▶

Introducción

El progreso de la investigación ha conmocionado las condiciones y el contenido de las decisiones médicas. Se han producido en términos de **Jean Bernard** (Primer Presidente del Comité Consultatif National d'Ethique, "CCNE", de Francia), dos grandes revoluciones: biológica una, y terapéutica la otra, que han permitido al hombre adquirir un cierto dominio sobre la procreación, la herencia y el cerebro.

Al mismo tiempo, el progreso de la ciencia se ha acompañado de un desarrollo de la tecnología que ha permitido dar concreción a los resultados de la investigación científica. Nada más evidente que los tres éxitos tecnológicos más relevantes del final del 2º milenio:

1. La procreática con el desarrollo de técnicas de reproducción asistida "TRA", cada vez más precisas y con un mayor porcentaje de éxitos.
2. La genética y la posibilidad de recombinación del ácido desoxirribonucleico "ADN", abriendo las puertas a la terapia génica y a los organismos genéticamente modificados y
3. La clonación nuclear, a partir de una célula adulta, que alberga el sueño de la terapia mediante células troncales, llamada clonación terapéutica o medicina regenerativa; perotambién el estupor y el temor de la clonación reproductiva.



Este desarrollo de lo que ya podemos llamar "tecnociencia" se ha dado, además, en un momento de intenso cambio social, de emancipación de las personas dentro de las sociedades democráticas, movimiento al que no han escapado los pacientes. Laín hablará de la rebelión de los pacientes dentro de un movimiento por alcanzar la mayoría de edad y ejercer su autonomía.

Ciencia, técnica y autonomía del paciente han configurado esta conquista de la reproducción que se ha dejado sentir en sus dos vertientes tanto en la limitación del número de hijos evitando los embarazos no deseados, como favoreciendo los embarazos deseados de manera que todo niño que venga al mundo sea un niño deseado, buscado y estimado y además recibido en el momento más idóneo para la familia. Pero además las nuevas tecnologías han ayudado a conseguir múltiples embarazos en contra de un diagnóstico de base sombrío y desfavorable.

El deseo de tener hijos no es cosa nueva del mundo de hoy. La reproducción siempre fue un destino lógico que no estuvo ligado nunca a la voluntad del hombre o de la mujer. En tiempo pasado, y todavía hoy, en las sociedades tradicionales de los países más desfavorecidos, el hecho de no tener hijos era interpretado como un castigo divino y motivo de repudio a la mujer por parte del marido y su familia.

Tradicionalmente el proyecto personal, la función social y también el designio natural de toda mujer fue siempre el de procrear, lo que justifica que la palabra infertilidad o esterilidad tenía una connotación acusatoria e incluso persecutoria, constituyendo un estigma de incapacidad sobre todo para la mujer, a lo largo del tiempo, en las distintas civilizaciones y culturas.

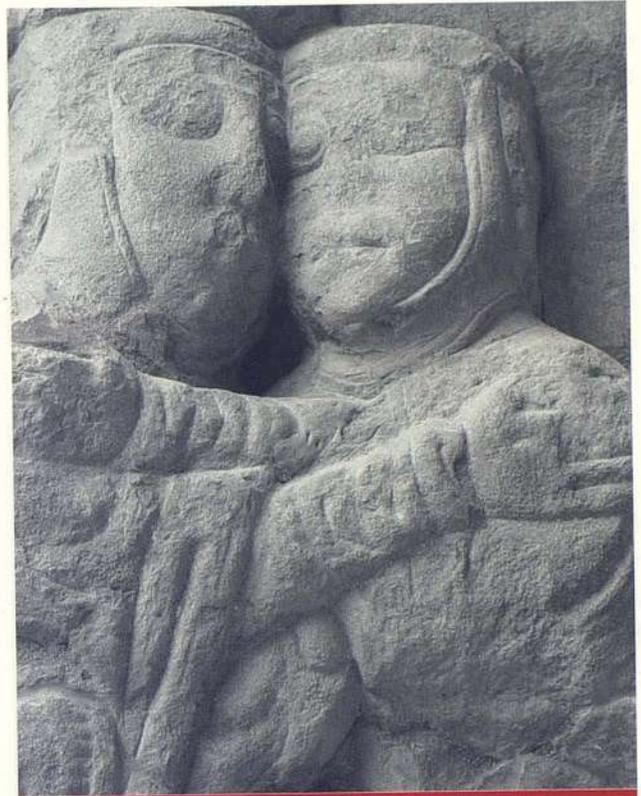
La infertilidad es actualmente interpretada bajo tres perspectivas principales:

1. Como **dolencia o condición**, desde un punto de vista biomédico, en cuanto afecta el pleno funcionamiento orgánico de la mujer

2. Como **incapacidad o deficiencia** desde un punto de vista psico-social, en cuanto hace inviable la realización de una función que es común a otros de la misma especie
3. Como **limitación o circunstancia**, desde un punto de vista filosófico, en cuanto obliga a la persona a confrontarse con su propia finitud.

Los extraordinarios progresos biomédicos de las últimas décadas han enfocado esta situación y puesto el énfasis sobre la consideración de la esterilidad como dolencia o condición.

Y han orientado los tratamientos a una nueva forma de procreación que inicialmente se llamó reproducción artificial, para más tarde pasar a llamarse reproducción asistida por tratarse, más bien, de una asistencia al proceso natural de reproducción, alterado en ciertos casos. Se podría considerar de esta manera la infertilidad como una dolencia crónica, incurable muchas veces en sus causas, pero controlable en sus efectos (M.Patrão-Neves, en "A Ética e o Direito no início da vida humana", Gráfica de Coimbra, Octubre 2001).



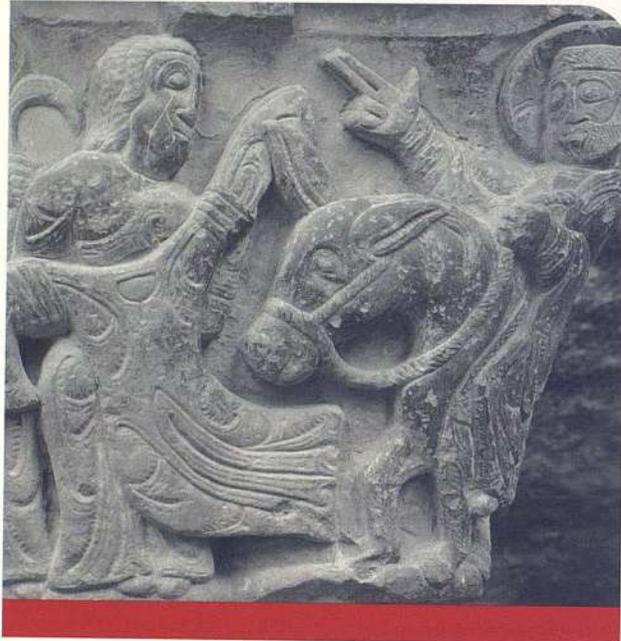
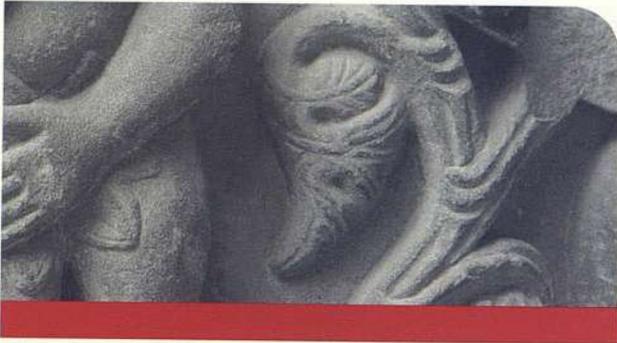
La reproducción asistida

1. Aspectos médicos

No cabe duda que uno de los grandes éxitos del último cuarto del siglo pasado, ha sido la Reproducción Asistida, que los franceses han bautizado con el nombre de "PROCREATIQUE".

Cuando se ha vivido en países en desarrollo, en medio de sociedades tradicionales y se ha ejercido la especialidad de ginecología, uno se vuelve sensible al problema y ha sentido el desgarró, y el dolor de una mujer repudiada, y por ello no puedo dejar de alegrarme, de que muchas mujeres consigan romper el maleficio de la infertilidad.¹ Desgraciadamente no son aquellas que más sufren -aunque

1- Quiero hacer una diferencia entre esterilidad e infertilidad. Hoy a causa de las esterilizaciones voluntarias tanto de la mujer como del varón, parece haberse relegado el término esterilidad a esas parejas "estériles" yatrogénicamente hablando y en cambio se acepta el término infertilidad para aquellas que jamás concibieron e hipofertilidad, para aquellas que tienen dificultades para concebir, o para conseguir llevar el embarazo a su término.



el sufrimiento es grande para toda mujer infértil, incluso si no se sigue un repudio- quienes son las beneficiarias de las nuevas técnicas de la reproducción asistida. Ojalá un día pueda extenderse el beneficio al último rincón de nuestro planeta.

1.1. El cambio social

En nuestra sociedad, ya lo apuntaba más arriba, se han dado unos cambios sociales importantes, así: el concepto de la sociedad de bienestar, a fin de cuentas la búsqueda de la felicidad de la que ya nos hablaba la Grecia antigua. Pero además se ha reconocido el ejercicio de la autonomía en las decisiones sobre nuestro cuerpo y sobre el mundo que nos rodea, sobre el qué, cuándo y cómo, en este caso de la maternidad. De ello se deriva, naturalmente, una intolerancia al dolor y a cualquier tipo de minusvalía (infertilidad incluida) y la búsqueda de cualquier medio para resolver estas situaciones, aunque ello suponga, a veces, un desafío a la ética.

Otra de las consecuencias del cambio social y del deseo de liberalización de los ciudadanos, ha repercutido en un aumento de la infertilidad conyugal.

Debido a varios factores concurrentes:

1. Las situaciones de stress, de ambos cónyuges, incrementadas con la incorporación de la mujer al mercado laboral, y falta de coordinación de los horarios de la pareja.
2. El aumento de las enfermedades de transmisión sexual, de las ya conocidas que han sufrido brotes de recrudescimiento, pero, a expensas,

sobre todo, de nuevos procesos virales, (citomegalovirus "CMV"; virus del papiloma humano "HPV"; virus del herpes simple "HSV"; virus de la inmunodeficiencia adquirida "HIV"), algunos de carácter netamente oncogénico.

3. El efecto secundario de los anticonceptivos, muchas veces tomados inadecuadamente, sin conocer la función ovárica previa a su administración, en caso de anticonceptivos anovulatorios, o de las reacciones endometriales e incluso miometriales a los dispositivos uterinos, cargados de cobre u hormonales.
4. las complicaciones de los abortos provocados y los legrados subsiguientes, método ampliamente utilizado en jóvenes sin formación sexual o en mujeres marginales o marginadas, sin acceso no tanto material, como intelectual a los métodos de orientación y planificación.
5. Por último el retraso de la edad de los cónyuges, especialmente de la mujer, a la primera gestación. En un mundo tan competitivo como el nuestro, los jóvenes necesitan una preparación adecuada y en varios frentes. No basta un simple diploma universitario, quizá sí para un primer trabajo eventual que permita como plataforma soportar el acceso a los estudios de post-grado, pero siempre a la búsqueda de una formación competente y del acceso al puesto de trabajo deseado, como objetivo y proyecto de la persona.

1.2. Infertilidad. Indicaciones

Se calcula que un 15% de las mujeres entre 20 a 37 años acuden a consulta por hipo e infertilidad.

- En el mundo hay entre 35 y 70 millones de parejas infértiles.
- En España unas 600.000 parejas con un incremento anual de 16.000 casos.

- En Francia más de 25.000 parejas al año acuden al especialista para técnicas de reproducción asistida.

(Como paradoja quiero señalar que en nuestro país se realizan unas 70.000 vasectomías cada año como método de esterilización "definitiva", a pesar de que hoy la cirugía reparadora quiera catalogar el método como esterilización temporal).

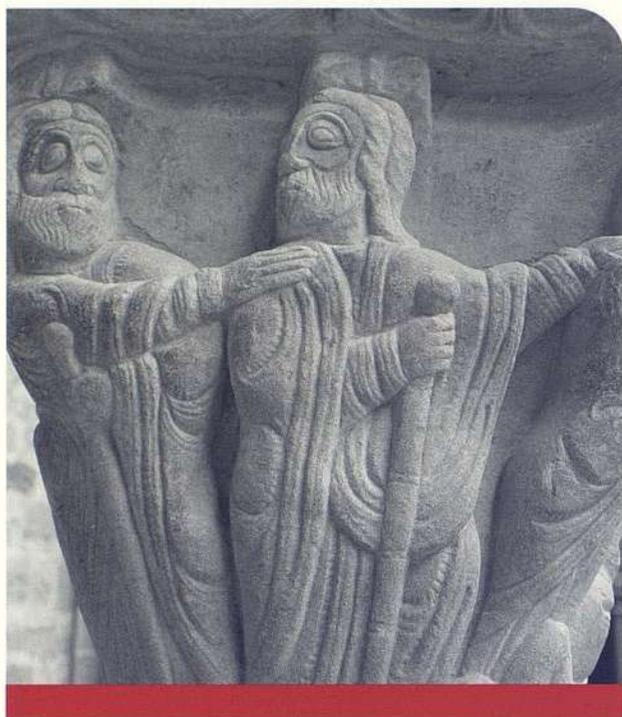
Las causas de la infertilidad se distribuyen más o menos en:²

- _ 33 % de causa masculina (alteraciones de la espermiogénesis; obstrucción del deferente y otras causas). Se ha descrito en estos últimos años un deterioro progresivo de la calidad del semen, con una disminución importante de la concentración espermática.
- _ 30 % de causa femenina (fallo ovárico orgánico o funcional, cada vez más acentuado y en mujeres más jóvenes; obstrucción tubárica, y otras causas, como úteros bicorne; útero de Asherman; síndrome adherencial; etc...)
- _ 20 % de causa compartida (de los dos cónyuges, incluso siendo cada uno individualmente fértiles)
- _ 15 a 20% de otras causas sin diagnóstico en el momento actual

Desde el punto de vista de la etiología se han de considerar las causas:

- _ Infecciosas
- _ Genéticas
- _ Tóxicas
- _ Congénitas
- _ Inmunológicas
- _ Hormonales
- _ Mecánicas
- _ Desconocidas

2- Cifras presentadas en la III Jornada de Fertilitat i Reproducció Assistida de les Comarques Catalanes, Sabadell (Parc Taulí), 28 noviembre 2003.



Otras demandas de las técnicas de reproducción asistida vienen conducidas por

- _ Pérdida de confianza en los tratamientos clásicos: no se está dispuesto a esperar y desde el comienzo se desea ir a por todas.
- _ La posibilidad que ofrecen estas técnicas de un diagnóstico pre-implantatorio, en caso de algún problema de enfermedad hereditaria o familiar.
- _ Deseo genésico de solteras y viudas.
- _ Deseo de retrasar la primera gestación, cediendo los gametos previamente para congelación.
- _ Deseo genésico tras tratamientos con quimioterapia.
- _ Esterilizaciones previas.
- _ Selección de gametos en portadores de HIV.
- No es infrecuente la demanda de asistencia a la reproducción con una indicación médica no clara y que viene marcada por la claudicación del profesional a la angustia de los solicitantes y respuesta de oferta a la demanda.

Por último señalar la reiteración de las técnicas más allá de un límite razonable, rayando en el encarnizamiento u obstinación reproductiva; resulta difícil de abandonar el proceso cuando se ha entrado en una dinámica de reproducción asistida, no acompañada de éxito.

Tampoco puedo dejar de ignorar algún interés lucrativo en la interacción entre la medicina pública y privada, en relación con estas tecnologías.

1.3. Procreática

Técnicas de reproducción asistida

Al comienzo estas técnicas se llamaron “reproducción artificial”, pero a medida que han ido entrando dentro de la asistencia sanitaria han sido consideradas como “reproducción asistida” o asistencia a parejas con problemas médicos específicos, causa de infertilidad.

Entendemos como técnicas de reproducción asistida, cualquier manipulación de los elementos reproductores humanos sean células germinales, gametos, cigotos o embriones, con el fin de conseguir la procreación por medios asistidos o no-naturales.

Su objetivo es maximizar las posibilidades de fertilización y de embarazos viables: La culminación de estas técnicas y su aceptación en la sociedad vino marcado por el nacimiento de Louise Brown, primer bebé probeta (así se le llamó) del mundo. Atrás quedaban el número de tentativas, el número de embriones perdidos y congelados, ante la realidad de haber conseguido un embarazo a término con feto vivo por fertilización “in vitro” y trasplante de embrión “FIV-TE”.

Dentro de estas técnicas tenemos que considerar:

- _ La inseminación artificial: homóloga o conyugal (IA) y heteróloga o de donante (IAD)
- _ La fertilización “in vitro” y trasplante de embrión, sea homóloga o conyugal o heteróloga o de donante, tanto de gameto masculino como femenino (FIV y FIVTE)

_ La transferencia de embriones, congelados en ciclos anteriores, previa descongelación de los mismos, que pueden ser de la pareja o donados (TE)

_ La "Gamete Intrafallopian Transfert" o GIFT, transferencia de ambos gametos en el tercio externo de la trompa, reproduciendo la fisiología normal de la fecundación.

_ La transferencia del cigoto ZIFT, al tercio externo de la trompa

_ La transferencia intratubárica de embriones (TET), excepcional

_ La maternidad subrogada, también conocida como madres de alquiler, según la cual el embarazo es llevado a cabo por otra mujer, ajena a la pareja,

_ La clonación sea por gemelación o por transferencia nuclear (técnica que al parecer no ha dado todavía niños vivos, ya que el experimento de la secta de los raelianos, no ha sido confirmado ni aceptado por la comunidad científica)

_ La partenogénesis, por implantación en un óvulo con número haploide o "n" de cromosomas de otro núcleo haploide o por estimulación del núcleo del óvulo para duplicar el número de cromosomas (técnica tampoco en actividad por el momento, aunque en el 2002 se consiguieron embriones partenogénéticos de macaco) (Juan Ramón / Lacadena en **Células troncales humanas**, publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas, 2003).

La **Inseminación Artificial** puede considerarse como un paso intermedio de asistencia a la reproducción y con las siguientes posibilidades técnicas:

- _ Cérvico uterina
- _ Intrauterina
- _ Intratubárica
- _ Con semen: eyaculado
- _ Con espermátidas

La Fertilización "in-vitro" y trasplante embrionario, puede ser:

_ FIV-TE convencional, asociación de los gametos en placa de Petri.

_ FIV por micromanipulación mediante co-cultivo o:

_ Por Eclosión asistida por medios mecánicos, químicos, o Laser.

_ ICSI: inyección intracitoplasmática de un espermatozoide, técnica que ha recibido el nombre de "fecundación asistida".

Los espermatozoides se pueden obtener:

_ Por Microaspirado del epididimo (MESA).

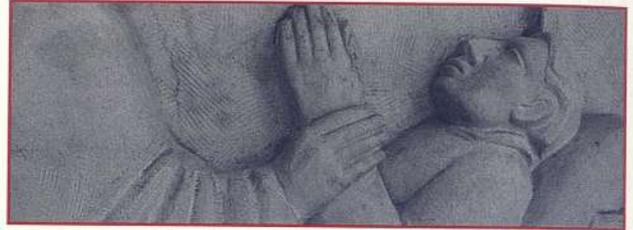
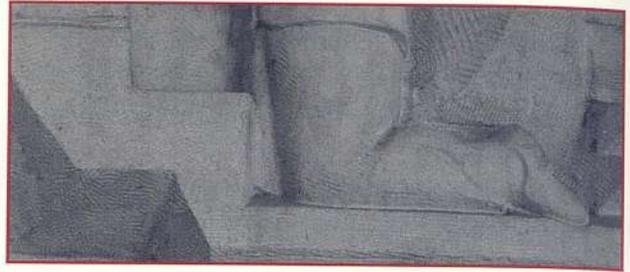
_ Por Microaspirado testicular (TESE).

_ ROSI: inyección intracitoplasmática de espermátidas redondas.

_ ELSI: inyección intracitoplasmática de espermátidas alargadas.

El trasplante de embrión que suele hacerse hacia el 5º día, al iniciarse la fase de blastocisto, puede consistir en una simple transferencia del embrión (generalmente varios, con un número óptimo de 3 ó por micromanipulación, tratando el trofoblasto para favorecer la implantación del embrión, técnica denominada "hatching" del blastocisto o "implantación asistida" (SAH). Estas técnicas "extrauterinas" permiten la mani-





pulación de los gametos y del embrión modificando sus genes, técnica que permite una terapia génica, para curar una enfermedad hereditaria de causa genética, pero que también ha producido el sueño de que se pueda llegar a tener un hijo con unas características determinadas, elegidas por modificación génica, lo que se ha dado en llamar “bebés a la carta”, asociando la FIVTE, con la recombinación genética, e incluso con la transferencia nuclear (clonación).

Todas estas técnicas requieren pautas de tratamiento de cierta complejidad:

- _ Selección de las mujeres según causa.
- _ Precisión de las pautas de estimulación ovárica con menotropinas (clomifeno; HMG-HCG; FSH purificada y FSH recombinante; LH recombinante etc.).
- _ Control ecográfico del ovario.
- _ Valoración del estradiol sérico pre-ovulatorio.
- _ Concentración y micro-manipulación del semen.
- _ Punción abdominal o vaginal para aspiración de los óvulos.
- _ Preparación del útero con progesterona.

Estos tratamientos no están exentos de riesgos:

_ Inmediatos como el síndrome de hiperestimulación ovárica grave, moderado o leve.

O los efectos adversos de las técnicas invasivas (aspiración del óvulo).

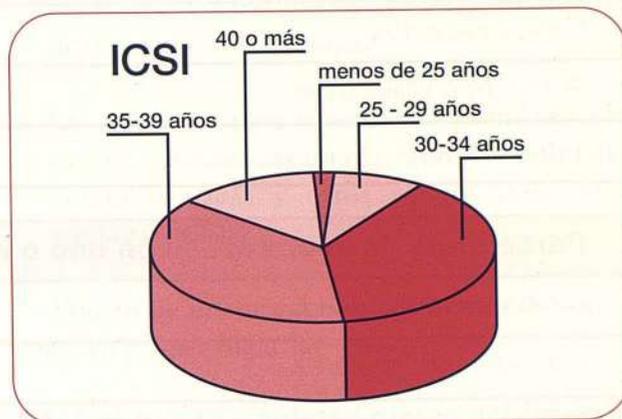
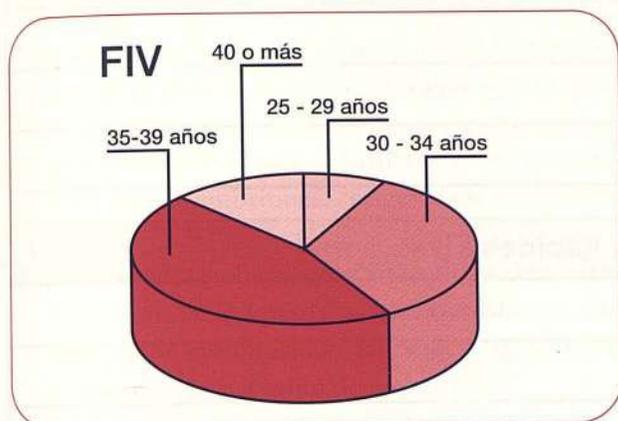
_ A largo término: patologías ováricas o mamarias todavía no bien evaluadas.

La implantación del embrión depende de:

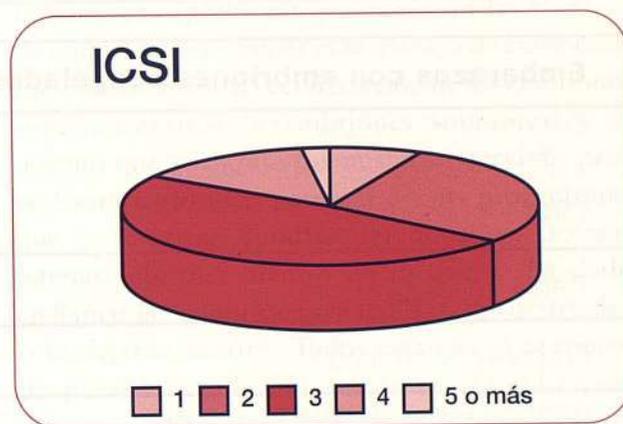
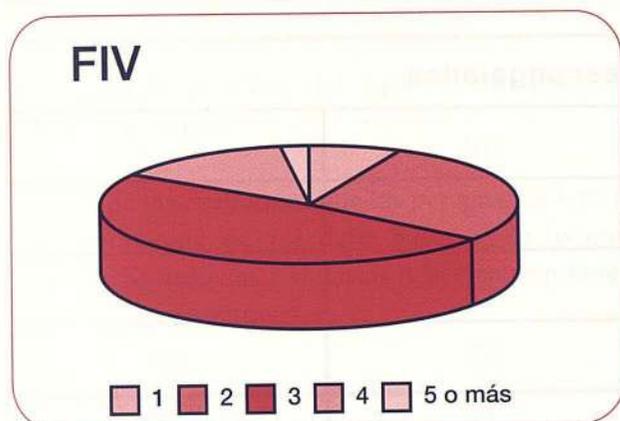
- _ Número óptimo de óvulos en ovarios (10).
- _ Número óptimo de embriones a implantar: 2 a 3.
- _ Implantación en el momento más idóneo.
- _ Calidad del embrión.
- _ Calidad del medio uterino.
- _ Preparación uterina.

Una valoración de estas técnicas no puede tener solo en cuenta los ciclos iniciados, las punciones foliculares, o la transferencia de embriones, sino más bien los embarazos clínicos y sobre todo el número de niños nacidos vivos, objetivo final de estas técnicas.

Número de punciones foliculares



Número de embriones transferidos



CICLOS DE TRATAMIENTO Y EMBARAZOS - Cataluña Año 2000

	Procedimiento	
	FIV	ICSI
Ciclos iniciados	1313	2392
Punciones Foliculares	1186	2226
Transferencias	1061	2041
Embarazos clínicos	357	747
Embarazos con uno o más NACIDOS VIVOS	267	613
Percentage de transferencias por Punciones foliculares	89,50%	91,70%

Porcentaje de embarazos clínicos por:

Ciclos iniciados	27,20%	31,20%
Punciones Foliculares	30,10%	33,60%
Transferencias	33,60%	33,60%

Porcentaje de embarazos con uno o más nacidos vivos por:

Ciclos iniciados	20,30%	25,6%
Punciones Foliculares	22,50%	27,50%
Transferencias	25,20%	30,00%
Embarazos clínicos	78,80%	81,90%

Embarazos con embriones congelados/descongelados³

	FIV	ICSI
Ciclos iniciados	524	599
Transferencias	451	534
Embarazos clínicos	76	100
Abortos espontáneos de menos de 20 semanas de gestación	23	25
Embarazos ectópicos	1	(-)
Abortos inducidos de menos de 20 semanas completas de gestación	(-)	(-)
Embarazos con uno o más nacidos vivos	52	75
Porcentaje de embarazos clínicos por transferencias	16,90%	18,70%
Porcentaje de embarazos con uno o más nacidos vivos por:		
Ciclo iniciado	9,90%	12,50%
Transferencia	11,50%	14,00%
Embarazo clínico	68,40%	75,00%

3-Fuente de todos los Gráficos: Registre de Reproducció Humana Assistida, Servei d'Informació i Estudis. Direcció General de Recursos Sanitaris. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Elaboración Propia

2. Aspectos éticos

A mi juicio podríamos diferenciar cuatro situaciones que plantean otros tantos tipos de conflictos a la ética.

1. El ESTATUTO DEL EMBRION: su manejo, el exceso de embriones: congelación y destino...
2. La Reproducción asistida “heteróloga” mediante donación de gametos y embriones, sea por técnicas de inseminación artificial o fertilización in vitro con trasplante de embriones. La maternidad subrogada o “madre de alquiler”
3. Reproducción asistida “intraconyugal” u “homóloga” con gametos de la pareja
4. Técnicas posibles del futuro: clonación y partenogénesis

Una de las cuestiones que las personas se hacen constantemente es, ¿se debe hacer todo lo que se puede hacer? y las respuestas deberían responder a estas tres preguntas:

- _ ¿qué se debe o no se debe hacer?
- _ ¿en función de qué principios y por qué?
- _ ¿quién debe regular y qué debe ser regulado?

Pero caben otras preguntas, ¿son suficientes las garantías establecidas en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre?

1. Garantías acerca de la dignidad humana, frente a las técnicas de reproducción asistida, la investigación fetal, la manipulación genética. Parece que esta declaración no responde a estas cuestiones, cuando nos vamos dotando de nuevos convenios, de nuevas guías o normas de actuación, como el Convenio de Oviedo o Convenio Europeo sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina del Consejo de Europa, la Declaración sobre la protección del Genoma Humano de la UNESCO... etc.
2. Garantías del reconocimiento del Derecho a la Vida, frente a las demandas de aborto.

3. El Derecho a crear una familia: ¿da derecho también a una fertilización in-vitro, al alquiler de un útero de otra mujer?
4. Las garantías sobre la asistencia y cuidado a la madre, ¿quedan aseguradas ante las estimulaciones ováricas y otros riesgos inherentes a estas técnicas?

Dentro de los aspectos éticos hemos de considerar en primer lugar la:

2.1. Naturaleza y entidad propia del embrión humano (estatuto):

El principal problema que plantean las técnicas de reproducción asistida es el manejo de embriones pre-implantatorios; la congelación de los embriones supernumerarios (o embriones sobrantes) y el destino que se dará a los mismos: ¿servirán para realizar el proyecto parental de sus progenitores que los crearon? ¿podrán ser donados a otras parejas infértiles, dentro de lo que se ha dado en llamar la “adopción prenatal”? ¿serán destruidos o se dejarán morir? Todos estamos al corriente de que se está pidiendo, con fuerza, la utilización de esos embriones para fines de investigación o para la obtención de células troncales, en aras de una medicina regenerativa.

**Tampoco podemos olvidar
que estas técnicas son
un medio y un “pretexto”
ideal para crear embriones
solamente con fines
de investigación.**

La primera cuestión es tratar de definir QUIÉN o QUÉ es el embrión y qué respeto y protección merece.

En esta sociedad plural y secular y en un momento de avance de la ciencia a ritmo acelerado es difícil poner a científicos y bioéticos de acuerdo para, no digo, llegar a un consenso y definir si el embrión en sus primeras fases, es persona humana o solo un conglomerado de células. Las opiniones oscilan entre esos dos extremos, y a falta de consenso se opta por una “escucha educada” (ni siquiera respetuosa) de la “otra opinión”, cuando el objetivo debería ser llegar a definir un: ESTATUTO MORAL DEL EMBRION o atribución axiológica de un valor y con ello el deber de respeto, que implicaría no sólo el “no matar”, sino también el deber de “cuidar”.

La Instrucción “Donum Vitae” (DV) al presentar la doctrina de la Iglesia Católica afirma *“que desde el momento en que el óvulo es fecundado, se inaugura una nueva vida que no es la del padre ni la de la madre, sino la de un 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 se inicia
la aventura de una vida
humana, cuyas principales
capacidades requieren
un tiempo para
desarrollarse y poder actuar.**

Esta doctrina sigue siendo válida y podría ser 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”*. Esta posición puede llamarse personalismo biológico. 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 define este estatuto como *“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 solo 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:

1. 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 aproximada 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 2ª 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.

2. 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.
3. La individualización del nuevo ser requiere, como bien lo ha expresado el Prof. 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:

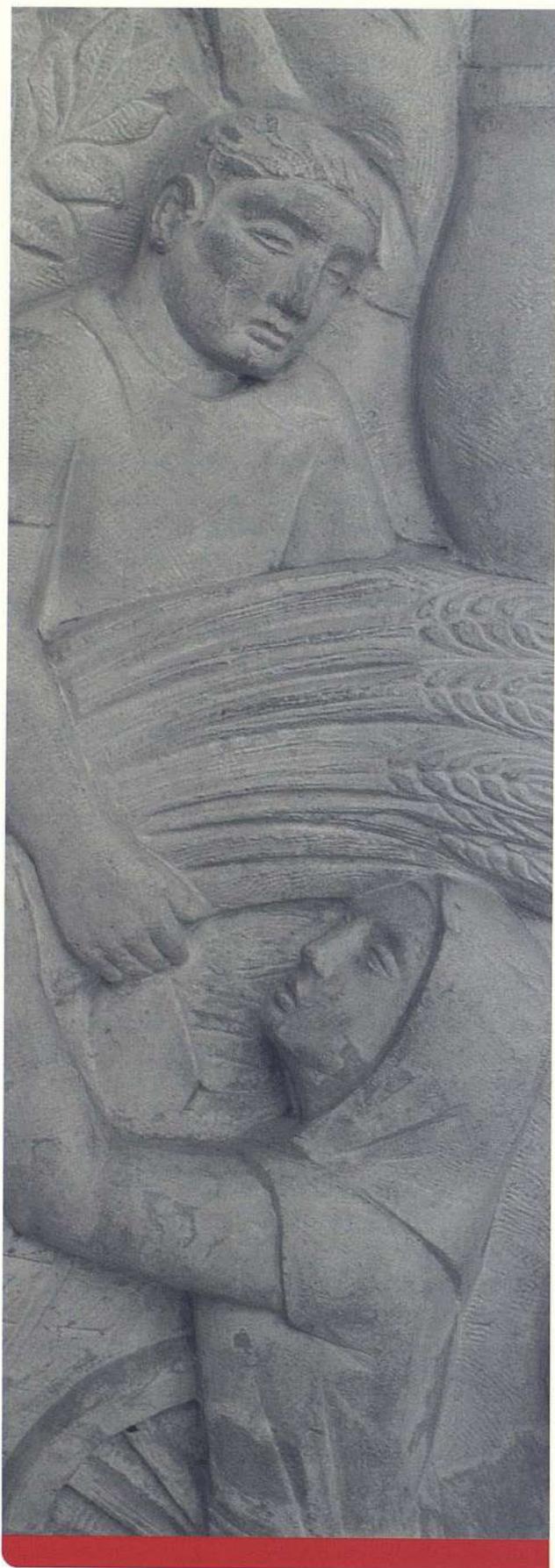
A partir del 6º/7º día, desde la fecundación, se inicia el proceso de **implantación**, fenómeno complejo de intercambio de información entre el blastocisto y el endometrio de la madre. El factor hormonal materno es esencial para asegurar la implantación cuyo proceso se completa, hacia el 12º día en 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 14º, 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 14º 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 14º, concluido el proceso

Villa-Reyes, S.A.

CONSTRUCCIÓN DE OBRAS

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



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 nº 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".

Otra posición se puede distinguir a su vez en 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).

Para el segundo grupo, el menos numeroso, la consideración de protectibilidad o respeto gradual se reconoce en distintos momentos del desarrollo y para unos será a partir de la 8ª semana de gestación, cuando en el desarrollo embrionario se haya acabado el proceso de organogénesis y 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.

Naturalmente que esta última posición que no reconoce una protectibilidad al embrión, deja las puertas abiertas a todo tipo de experimentación sobre el mismo, posición que podría catalogarse de experimentalismo biológico

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 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”*.

Nuevos conocimientos se van incorporando a nuestro razonamiento e interpretación. Hoy, que parecía que la genética podía dar razón de los fenómenos que convergen en la formación de un organismo y su expresión fenotípica, se han añadido elementos nuevos que hacen que se tenga que considerar la genética como una ciencia muy joven y que todavía no se puede valorar lo que dará de sí. A la revelación de la constitución del genoma humano, se ha añadido la del “proteoma” y las funciones de las proteínas en la exteriorización fenotípica de la información genética, pero también se conocen mejor las vías de la comunicación

entre la información materna y fetal y su interacción y la influencia de otros factores ambientales, de carácter epigenético y epigenésico que condicionarán la formación de los organismos.

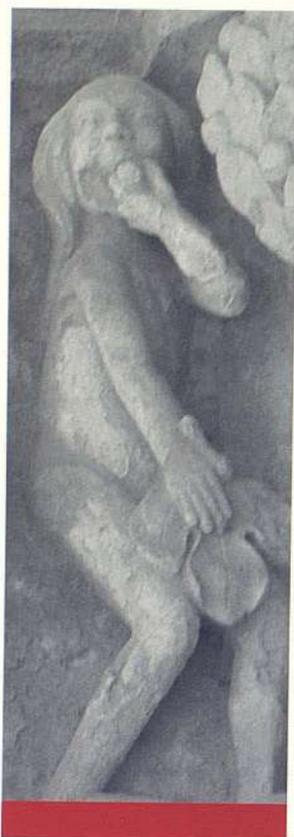
Hace un año (4 julio de 2002) que la revista *Nature* en su vol.418, pag. 14 y 15 publicaba un artículo dando cuenta de los trabajos de Magdalena Zernicka-Goetz y su equipo en el Wellcome/Cancer Research UK Institut, según los cuales el acto de la fertilización sería el momento clave del ulterior desarrollo. El punto de entrada del espermatozoide determinaría el punto de partida de la división celular. Ella había marcado con dos colores diferentes las dos primeras células, y recogido el proceso de la multiplicación celular en el blastocisto, y avanza que de una de las dos primeras células derivarían las células de la masa interna del blastocisto y de la otra las células destinadas a formar la placenta y los otros anejos fetales.

Esta investigación deberá ser confirmada, pero de ella se podría deducir que desde la primera división celular (el embrión de dos células) existe una asimetría y heterogenicidad morfológica que define dos líneas celulares: una línea embrioblástica (destinada a formar el embrión) y una línea trofoblástica (destinada a formar la placenta). Como muy bien señala el biólogo, Ignacio Núñez de Castro, (Bioética: la cuestión de la dignidad. ASINJA, 2003. volumen en preparación) no se podría hablar de carencia de unidad y de unicidad, sino que habría individualidad, lo cual no es igual a ser indivisible.

2.2. Donación de Gametos.

El segundo aspecto ético de estas técnicas viene planteado por la donación de los gametos:

No se puede dejar de resaltar la importancia de la herencia cromosómica. Los hijos reciben un patrimonio genético de ambos progenitores, gracias a los entrecruzamientos que realizan los cromosomas paternos y maternos en la primera fase de la meiosis, antes de reducir el n° diploide (2n)



de cromosomas a un número haploide (n), que constituye la dotación cromosómica de cada gameto apto para la fecundación.

El matrimonio es el lugar ideal donde nazcan los hijos y cada progenitor proteja aquel que es carne de su carne.

En la donación se da además una ruptura entre la paternidad genética y la biológica y se crea un conflicto ético entre el anonimato por una parte y el derecho del niño a conocer sus progenitores por otra parte.

La donación de gametos femeninos, supone una parte de intervención no invasiva, la estimulación de la ovulación, con sus riesgos inherentes, ya señalados más arriba. Pero también una parte invasiva, por mínima que parezca, para obtener por punción los óvulos necesarios.

La gratuidad de toda donación de los elementos del propio cuerpo que la ética y la ley reclaman, entra en conflicto con la "cantidad compensatoria"

ofrecida a las donantes por las molestias derivadas de la obtención de los óvulos. Y si bien el móvil puede ser a veces de altruismo generoso, se presta también a una donación por necesidad económica (mujeres con pocos recursos, o de países pobres) que implicaría una "discriminación" de estas personas.

La protección del nuevo ser contra toda agresión externa exige que las donantes estén libres de toda enfermedad genética y transmisible, análisis que pueden fácilmente violar el derecho a la intimidad.

Y en todo el proceso debe asegurarse una información completa y adecuada para que el consentimiento pueda ser plenamente libre.

La congelación de ovocitos es una técnica que todavía no está a punto, y aunque evitaría el exceso de embriones para fecundación, podría prestarse a comercialización.

Ultimamente han mejorado las técnicas de congelación de los ovocitos, impidiendo que se endurezca la membrana y que se formen cristales en el citoplasma, por efecto del frío, con lo cual podrían almacenarse estos óvulos para su utilización posterior y ello plantearía menos conflicto ético que la congelación de embriones.

Otras propuestas como la obtención de ovocitos y tejido ovárico de fetos abortados, creó una polémica en el Reino Unido, a la cual uno de los comités de ética, "The Human Fertilisation and Embryology Authority" respondió mediante un documento: "Donated Ovarian Tissue in Embryo Research & Assisted Reproduction" (London 1995) alertando sobre las situaciones que podrían seguirse de la utilización de tejido ovárico fetal, en el tratamiento de la fertilidad.

Menos implicaciones éticas tiene el autoinjerto de ovario, obtenido antes de tratamientos oncológicos, para tratamiento de la infertilidad posterior (ver texto del Dr. Justo Callejo, Hospital San Juan de Dios, de Barcelona)

La donación de gametos masculinos (semen) es de obtención más fácil, ofrece posibilidad de congelación, puede recogerse antes de tratamientos oncológicos, para fecundación ulterior, y presenta las implicaciones éticas de la información; no comercialización y el respeto al derecho de la intimidad ante el control de enfermedades.

Una reflexión se impone antes del acceso a estas donaciones: la consideración en primer lugar de los **DERECHOS DEL NIÑO**. El límite ético fundamental queda marcado por el “Bienestar del niño”; su derecho a nacer en una familia estable y su derecho a conocer sus orígenes (J.F. Mattei). El matrimonio no confiere a los cónyuges el derecho a tener un hijo, sino sólo el derecho a realizar los actos naturales para la procreación. El hijo no es algo debido y no puede ser considerado como objeto de propiedad.

Maternidad Subrogada

La maternidad subrogada o maternidad de alquiler, está prohibida en la mayoría de los países, y presenta el grave problema de la filiación ya que se da una disociación entre maternidad genética, maternidad biológica y maternidad legal.

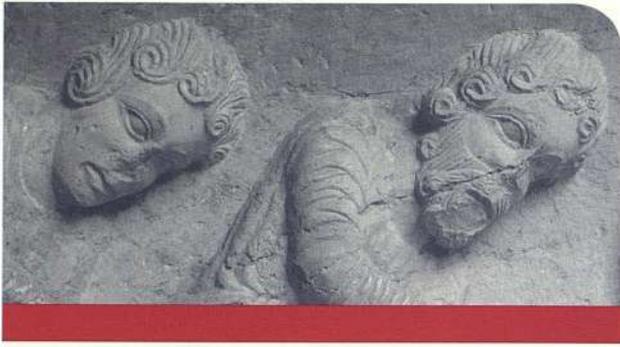
2.3. Fecundación Asistida Intraconyugal.

El tercer aspecto ético es la fecundación asistida, también llamada “homóloga” o de la propia pareja.

La Iglesia es restrictiva por la “inseparable conexión” entre los aspectos **UNITIVO Y PROCREATIVO**, pero la *Donum Vitae* dice que la conciencia moral, “*no prohíbe el uso de algunos medios artificiales para facilitar el acto natural o para procurar que el acto natural realizado de modo normal alcance el propio fin*” y añade: “*si el medio técnico facilita el acto conyugal o le ayuda a alcanzar sus objetivos naturales, puede ser moralmente aceptado*” (DV II,6)

Algunos teólogos se han pronunciado afirmando que la FIV-TE homóloga o intraconyugal no tiene la misma negativa ética que otros métodos,





ya que hay otros valores implicados. Las técnicas que no necesitan recursos a terceros, pueden considerarse como simples paréntesis técnicos. Así, la ética de la FIV-TE intraconyugal puede juzgarse éticamente buena si se dan las siguientes condiciones:

- _ El Pareja no fértil y gametos (óvulo y espermatozoide) de la propia pareja.
- _ El embrión tan pronto como se pueda.
- _ Evitar embriones supernumerarios.
- _ No hacer encarnizamiento reproductivo.

2.4. Técnicas posibles en un futuro no determinado

Clonación Reproductiva

Aunque la clonación nuclear hizo albergar el sueño de su aplicación al servicio de la reproducción, esta técnica no está todavía a punto y se desconocen las alteraciones que puede sufrir el ADN, (Dolly apunta hacia un envejecimiento rápido y precoz). Pero además todo niño tiene derecho a ser único e irrepetible y a no ser predeterminado por nadie.

Algunas experiencias han comunicado la obtención de clones humanos por gemelación o partición, pero no consta que se hayan implantado

Partenogenesis

Técnica por la que se duplicaría el nº de cromosomas del núcleo de un óvulo, o bien se inocularía

otro núcleo con un número haploide “n” para estimular después su división y desarrollo. En realidad es una técnica a la que se ha apuntado sobre todo con el fin de obtener células troncales pero sin ningún fin propiamente reproductivo. Su aplicación rompería el equilibrio de género o de sexos, al no requerir más que el gameto femenino.

2.5. Otros aspectos éticos

Otros aspectos éticos que no se pueden dejar de mencionar, harían relación no solamente al QUE, “el hijo que va a venir”, sino también al COMO del entresijo médico y relacional de la situación: la información; el consentimiento informado; la confidencialidad, la comercialización y la consideración del coste, no pequeño, de estas técnicas a la luz de una distribución justa de unos recursos limitados y de un “partenariado” muchas veces de tinte gris entre la asistencia pública y la privada, y de la derivación de los pacientes, hacia una más rápida, pero también más lucrativa, asistencia privada.

3. ASPECTOS JURÍDICOS.

La Reproducción Asistida en nuestro país había quedado regulada en la Ley 35/88 sobre “Técnicas de reproducción asistida”, según la cual tiene derecho a estas técnicas:

- _ Toda mujer de más de 18 años.
- _ Casada o no.
- _ En buena salud física y psíquica.
- _ Habiendo sido informada y dando libremente su consentimiento
- _ Con indicación científica y clínica

PERMITE esta ley:

- _ La donación de gametos y embriones, con anonimato, salvo si hubiera peligro para la salud del niño o por imperativo legal

- _ La crioconservación de semen y de embriones supernumerarios (tiempo límite: 5 años)
- _ La investigación sobre embriones no viables, o cuando no fuera posible en el modelo animal (en los 14 primeros días)
- _ La utilización del semen del marido hasta 6 meses después de su muerte para fecundar a su mujer con Consentimiento previo del marido
- _ La selección de sexo en caso de patologías ligadas a los cromosomas sexuales

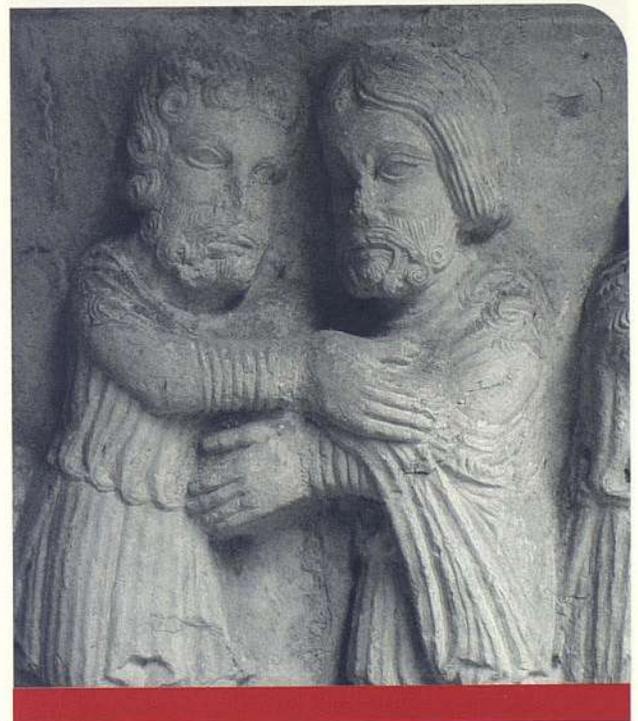
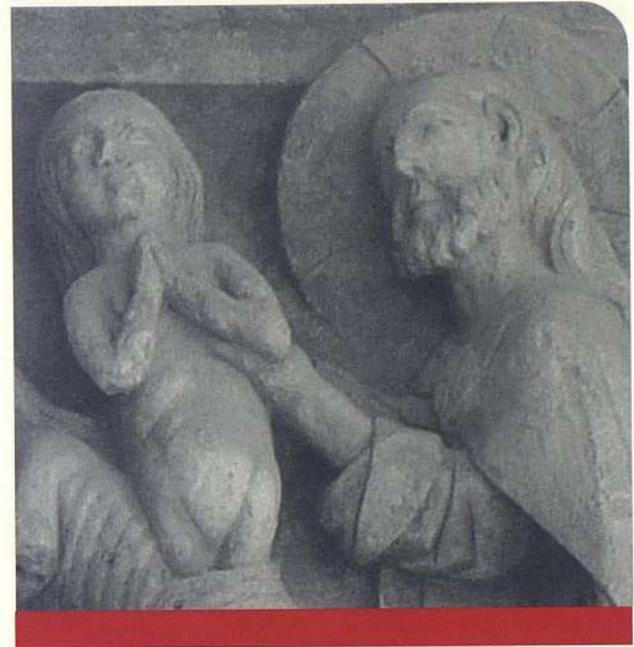
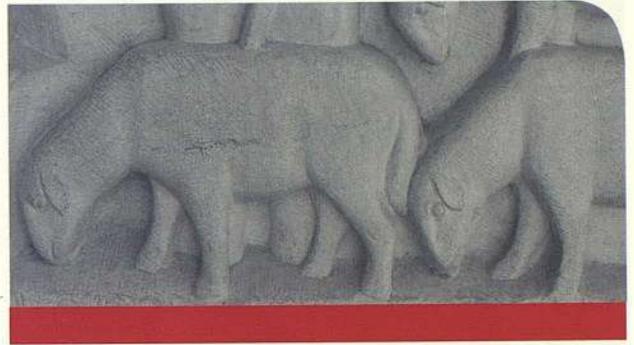
PROHIBE:

- _ La maternidad de sustitución o “úteros de alquiler”
- _ Mantener óvulos fecundados “in vitro” más de 14 días
- _ Fecundar óvulos con otros fines que la procreación
- _ Clonar seres humanos
- _ Selección de sexo con fines no terapéuticos
- _ Manipulación genética : no-terapéutica y terapéutica no-autorizada

Esta ley ha sido objeto este año de una revisión, cuyas modificaciones han quedado recogidas en la:

Ley nº 45/2003 del 21 de noviembre 2003, en la cual se modifican algunos artículos de la ley 35/88 como:

- _ La limitación de la fecundación de ovocitos a un máximo de 3, que serán transferidos a la mujer en el mismo ciclo, salvo en caso de que lo impida la patología de los progenitores. Si fuera recomendable fecundar un número mayor de ovocitos, debe ser especificado en un protocolo elaborado por el Ministerio de Sanidad con el asesoramiento e informe previo de la Comisión Nacional de Reproducción Asistida.
- _ Sutoriza la transferencia de un máximo de tres embriones en cada ciclo





- _ La criopreservación del semen durante toda la vida del donante.
- _ Autoriza la crioconservación de óvulos, por el momento, dentro de un protocolo hasta el momento en que se tenga evidencia científica de la seguridad de esta técnica sobre los ovocitos y se pueda autorizar el uso generalizado de ella.
- _ En caso de que se hubieran fecundado más de 3 ovocitos y quedaran embriones supernumerarios; éstos deberán conservarse durante toda la vida fértil de la mujer con objeto de que se le puedan transferir en intentos posteriores. En estos casos los progenitores deberán firmar un compromiso de responsabilidad sobre sus embriones crioconservados.

Esta Ley tiene como aspectos positivos el querer regular la intensidad de la estimulación ovárica y el evitar las gestaciones múltiples, la práctica de la reducción embrionaria y la generación de embriones supernumerarios. Tampoco se puede dejar de valorar positivamente la implicación de la responsabilidad de las parejas sobre sus embriones.

En la Disposición Final Primera aborda la ley el destino de los preembriones humanos crioconservados con anterioridad a la entrada en vigor de la ley, ofreciendo diferentes alternativas:

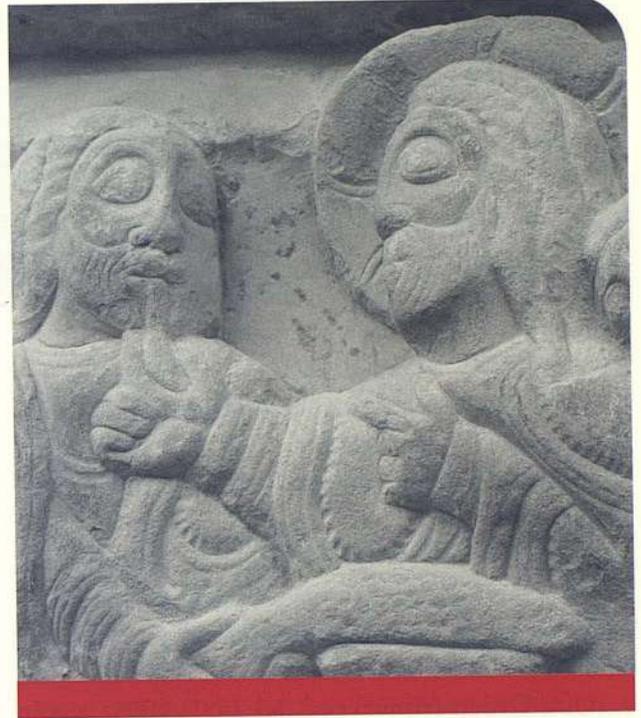
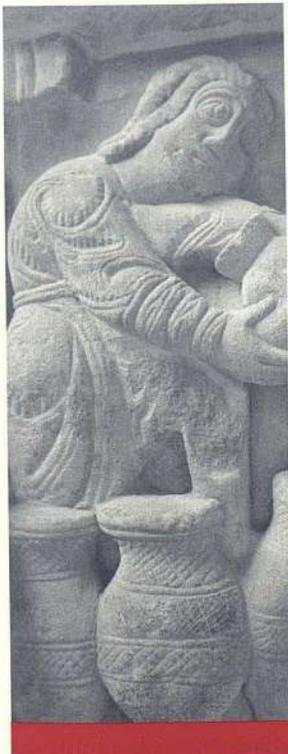
- _ Mantenimiento de la criopreservación hasta que puedan ser transferidos.
- _ La donación sin ánimo de lucro con fines reproductivos a otras parejas que lo soliciten
- _ El consentimiento para que las estructuras biológicas obtenidas en el momento de la descongelación puedan ser utilizadas con fines de investigación dentro de unos límites, bajo control del Centro Nacional de Trasplantes y Medicina Regenerativa, creado por esta misma ley, sin que en ningún caso se proceda a la reanimación
- _ Proceder a su descongelación sin otros fines.

Aunque somos conscientes de que las modificaciones sufridas por estos embriones en su proceso de congelación y descongelación, hace que no más del 50% sean viables y poco más del 10% podrían ser transferibles para ciclos reproductivos, creemos que el texto de la ley debería haber evitado el emplear “ambiguamente” los términos de “preembrión”, “estructuras biológicas” y “material biológico”.

La Ley, 42/88 regula la donación y utilización de embriones, fetos, tejidos y órganos

La Ley nº 10/95 “Ley Organica del Código Penal” (23.11.1995)
Tipifica como delito:

- _ Lesiones al feto (Art. 157 y 158).
- _ La manipulación genética , salvo para tratamiento (Art. 159).
- _ La fecundación de óvulos con fines otros que la reproducción (Art.161.1).
- _ La clonación (Art. 161.2).



- _ La reproducción asistida sin consentimiento (Art. 162).

El Real Decreto nº 412 de 1996 sobre los “Registros de Donantes de Gametos” Establece: (01.03.1996)

- _ Donantes: hombres de menos de 50 años mujeres de menos de 35 años.

- _ El secreto, excepto lo que marca la ley.

- _ Un Contrato escrito, gratuito, y secreto para la donación.

- _ No remuneración.

- _ No más donación (si han nacido 6 niños vivos de ese donante).

El Real Decreto 413, sobre Autorización de Centros de TRA (23.03.1996).

Establece:

- _ La donación anónima de gametos y embriones.
- _ Los hijos pueden tener información sobre los progenitores, pero no sobre la identidad.

- _ La revelación de la identidad no supone variación de la filiación.
- _ Consentimiento Informado libre y consciente donde conste que no podrá impugnar la filiación del nacido de esa fecundación.
- _ El equipo médico es quien elige el receptor, teniendo en cuenta la compatibilidad.
- _ Criopreservación de semen durante 5 años.
- _ No más de 6 descendientes vivos de una misma donación.
- _ Donación “post-mortem” solamente si se había legado antes y consta “por escrito”

Una Orden Ministerial del 25.03.1996, regula los Registros de Donantes de Gametos y Embriones Pre-implantatorios

Establece la obligación de comunicar los resultados sobre:

- _ N° de embriones transferidos.
- _ N° de Gestaciones en curso.
- _ N° de nacidos vivos.

(siempre acompañado de los datos de identificación del donante)

El Real Decreto 415/1997 del 21.03.1997.

Se crea la Comisión Nacional de Reproducción Asistida

Ley 45/2003 del 21.11.2003 (ya comentada más arriba como modificación a la ley 35/88)

El Real Decreto 120/2003 del 31.01.2003

Regula los requisitos para autorizar experiencias controladas con fines reproductivos de la fecundación de ovocitos, en relación con las técnicas de reproducción asistida.



En el decreto se usa de forma “ambigua” el término “experiencia” contraponiendo “experiencia” a “experimentación” ¿cómo se puede adquirir experiencia sin experimentación?

Real Decreto 176/2004 del 30.01.2004

Se aprueba el Estatuto del Centro Nacional de Trasplantes y Medicina Regenerativa. Sanidad establece el procedimiento para la donación de embriones congelados a la investigación.

Las parejas dispondrán de un año para decidir el destino de sus embriones.

CONCLUSIÓN:

Las técnicas de reproducción asistida han ayudado a muchas parejas a recrear su hogar con la felicidad de una descendencia que nunca hubieran podido tener. El progreso biotecnológico ha mejorado el éxito de la fertilidad y disminuido los riesgos.

No obstante algunas de ellas plantean serios problemas éticos, aunque no todos del mismo nivel.

En primer lugar, se debe asegurar un respeto del embrión aún en sus fases más tempranas ya que estas técnicas pueden dejar la puerta abierta a la instrumentalización del embrión y su utilización como un medio para la investigación.

Las técnicas que incluyen donantes de gametos plantean el serio problema de la filiación del hijo,



ante la disociación de la maternidad/paternidad biológica y genética, además del riesgo de comercialización (se considere “compensatoria” o no) y de la posibilidad “discriminatoria” de la extensión a donantes que lo sean como fuente de recursos económicos. De la misma manera, la maternidad de alquiler.

Las técnicas en que no se da esa disociación biológica y genética, aunque escapen a la originalidad de como la vida es transmitida en el matrimonio, pero en las que no hay participación de terceras personas, sino que la “asistencia procreativa” se da con los gametos propios de la pareja, deben considerarse como simples “paréntesis técnicos” y estoy de acuerdo con el teólogo francés Olivier de Dinechin (documentos del Comité Consultatif National d’Ethique, de Francia), en que a las técnicas con donante hay que decir un “NO”, con mayúsculas, y a las técnicas homólogas solo se merecen un “no” con minúscula.

Y acabo compartiendo la preocupación del genetista, hoy Ministro de Salud de Francia, Jean François Mattei de que en todo este juego el único protagonista, el NIÑO puede ser el gran olvidado (“L’enfant oublié ou les folies génétiques”, Jean François Mattei, Paris 1994).

Bibliografía:

- ABEL, F.: Bioética: *Orígenes, Pasado, Presente y Futuro*. / Edit: Instituto Borja de Bioética, Fundación MAPFRE MEDICINA, 2001

- COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D’ETHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE / Avis: 3,5,10, 18, 20, 24, 37, 40, 56, 72, 75

- COMITÉ DE BIOÉTICA, de la *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*: / Bioética y Reproducción Asistida.

- DOCUMENTOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDA, 24º Congreso
Palma de Mallorca, 2002

- FIVCAT 2000, *Registre de reproducció assistida a Catalunya* / Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat i Seguretat Social

- GAFO, J.: *Nuevas técnicas de reproducción asistida*
Edit.: Universidad Pontificia de Comillas, 1986

- GAFO, J (+): *Bioética Teológica*
Edit Desclée de Brouwer, 2003

- GASTMANS, Ch.: *Between Technology and Humanity*,
Edit.: Leuven University Press, 2002

- GRACIA, D.: *Ética y Vida: Estudios de Bioética, / vol.3 “Ética de los confines de la vida”*
Edit.: “El Búho”, Bogotá 1998

- GUILLEBAUD, J-C: *Le Principe d’Humanité*
Editions du Seuil, Paris 2001

- III JORNADA DE FERTILITAT I REPRODUCCIO ASSISITDA DE LES COMARQUES CATALANES
Sabadell 28 de noviembre 2003

- MATTEI, J-F: *L'Enfant Oublié, ou les folies génétiques* / Edit.: Albin Michel, Paris 1994

- NATURE, vol. 418/4 July 2002
Your destiny from day one

- NUNES, R.: *A Etica e o Direito no Início da Vida Humana* / Edit. Grafica de Coimbra, 2001

- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA: *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción, Tomo 2*
Edit.: Panamericana, 2003

- VANRELL, CALAF, BALASCH, VISCASILLAS:
Fertilidad y Esterilidad Humanas
Edit. Masson-Salvat Medicina, 1992

- VERSPIEREN, *La participation de l'Eglise au débat bioéthique, en emaines Sociales de France: Biologie, médecine et société: Que ferons-nous 7 de l'homme?* / Edit. Bayard, Paris 2001





Boletín de suscripción:

Año 2004 - 2005

Suscripción anual: cuatro números

España **30** €

Zona Euro **50** €

Resto **50** \$

LA
BOR
HOS
PITA
LARIA

Apellidos		Nombre		
Calle		Número	Piso	Puerta
Código postal	Población	Provincia o país		
Teléfono		Profesión		

Indique con una X la forma de pago que le interese

Por giro postal **Por cheque nominativo** adjunto nº _____
a favor de LABOR HOSPITALARIA

Por Caja o Banco (rellenar la orden de pago siguiente, sin omitir datos)

Banca o Caja de Ahorros _____

Titular de la cuenta _____

Entidad _____ Oficina _____ DC _____ Núm. de cuenta _____

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

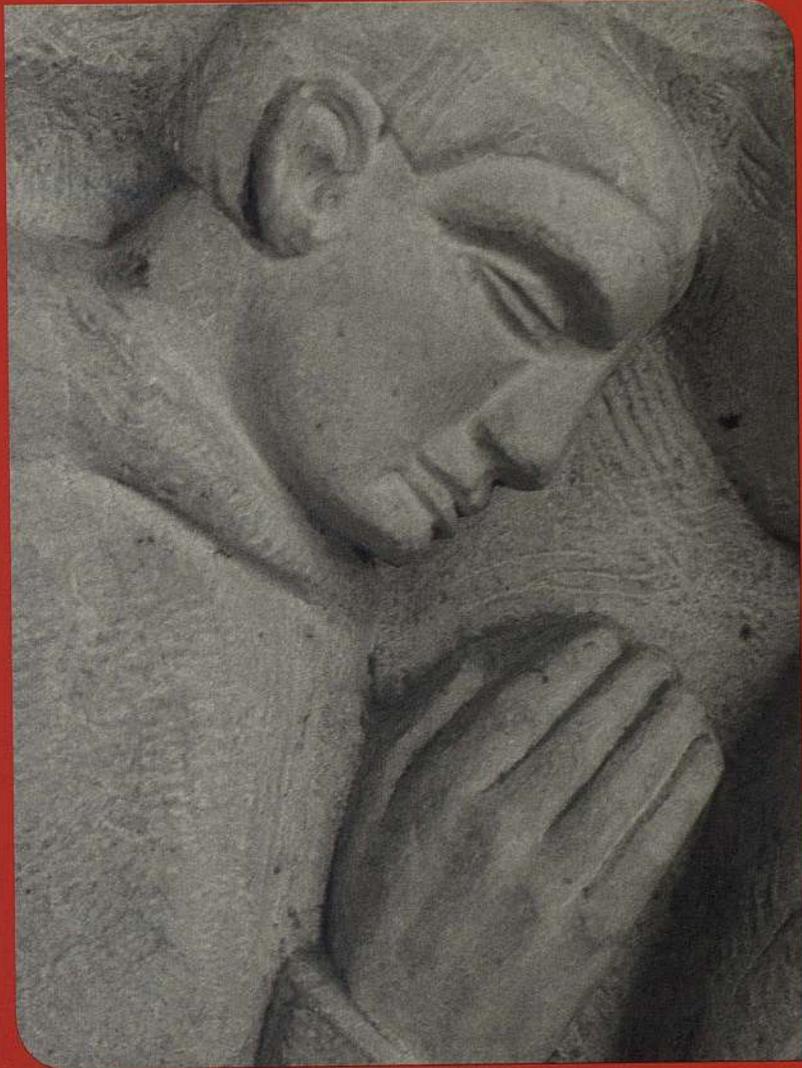
Fecha _____

Firma _____

Enviar esta hoja debidamente cumplimentada a:

Hermanos de San Juan de Dios, Dr. Antoni Pujadas 40,
Tel. 93 630 30 90, 08830 Sant Boi de Llobregat

www.ohsjd.es
curia@ohsjd.es
revistas@ohsjd.es



www.ohsjd.es



or
OS
OS