

LA BOR HOS PITA LARIA

1 - 2009

enero / febrero / marzo

nº 291

Humanización, pastoral
y ética de la salud



Instrucción *dignitas personæ* sobre algunas cuestiones de bioética. Congregación para la doctrina de la fe.

Aspectos biojurídicos sobre la legalización de la eutanasia en Holanda.

La humanización de los cuidados de enfermería. Una visión antropológica.

¡La barrera del cuidado! Relato de una experiencia de enfermar.

El acompañamiento espiritual al enfermo. Temas y guiones bíblico-pastorales.

LA
BOR
HOS
PITA
LARIA

Humanización, pastoral
y ética de la salud

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

Año 59. Cuarta época. Enero - Febrero - Marzo 2009

Número 291. Volumen XLI

Consejo de Redacción

Director - Miguel Martín

Administración - Joan Lluís Alabern

Coordinación y Redacción - Maite Hereu

Consejo Asesor

Francisco Abel, M^{ra}. 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

Redacción y Redacción

Provincia Provincial

Hermandades de San Juan de Dios

Doctor Antoni Pujadas, 40

Teléfono 93 630 30 90

08300 Sant Boi de Llobregat -Barcelona-

maite@ohsjd.es

Fotografía

Antoni Domingo i Franquesa

Formación y suscripciones

vistas@ohsjd.es

www.sanjuandedios.net

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad como Soporte Válido.
C.I.F. SVR nº. 401

ISSN 0211-8268 - Dep. Legal: B. 2998-61

IMPRESIÓN DIGITAL - BCN

1

Instrucción *dignitas personæ* sobre
algunas cuestiones de bioética.
Congregación para la doctrina de la fe.
> Card. William Levada

Pág. 5

2

Aspectos biojurídicos sobre la
legalización de la eutanasia en Holanda.
> Elisabetta Sezzatini

Pág. 29

3

La humanización de los cuidados
de enfermería. Una visión antropológica.
> Núria Roca i Caparà

Pág. 35

4

¡La barrera del cuidado!
Relato de una experiencia de enfermar.

> José Manuel Tordera Alba

> M^a Teresa Rodríguez Avilés

Pág. 41

5

El acompañamiento espiritual al enfermo.
Temas y guiones bíblico-pastorales.

> Jesús Conde Herranz

Pág. 45

Boletín de suscripción:

Año 2009

Suscripción anual: cuatro números

LA
BOR
HOS
PITA
LARIA

España 36 €

Zona Euro 50 €

Resto 50 \$

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

www.sanjuandedios.net
curia@ohsjd.es
revistas@ohsjd.es

**O.H.S.J.D.
CURIA PROVINCIAL
SANT BOI
5.E.44**

1- El Sumo Pontífice Benedicto XVI, en el transcurso de la Audiencia concedida el 20 de junio de 2008 al suscrito Cardenal Prefecto, ha aprobado la presente Instrucción, decidida en la Sesión Ordinaria de esta Congregación, y ha ordenado su publicación.

Instrucción *dignitas personæ* sobre algunas cuestiones de bioética. Congregación para la doctrina de la fe¹.

> Card. William Levada.
prefecto de la Congregación para la Doctrina de la Fe.

En los últimos años las ciencias biomédicas han avanzado considerablemente. Estos avances han abierto nuevas perspectivas terapéuticas pero también han suscitado serios interrogantes que no fueron explícitamente afrontados en la Instrucción *Donum viatæ* (22 de febrero de 1987).

La nueva Instrucción, fechada el 8 de septiembre de 2008, tiene la intención de responder a algunas nuevas cuestiones en el campo de la Bioética, que suscitan esperanzas pero también perplejidades en sectores cada vez más vastos de la sociedad.

En este sentido se “*busca promover la formación de las conciencias*” (n. 10) y animar una investigación biomédica respetuosa de la dignidad de todo ser humano y de la procreación. ▶

1. A cada ser humano, desde la concepción hasta la muerte natural, se le debe reconocer la dignidad de persona. Este principio fundamental, que expresa un gran “sí” a la vida humana, debe ocupar un lugar central en la reflexión ética sobre la investigación biomédica, que reviste una importancia siempre mayor en el mundo de hoy. El Magisterio de la Iglesia ya ha intervenido varias veces, para aclarar y solucionar problemas morales relativos a este campo.

De particular relevancia en esta materia ha sido la Instrucción *Donum vitæ*². La celebración de los veinte años de su publicación ofrece una buena oportunidad para poner al día tal documento.

La enseñanza de dicha Instrucción conserva intacto su valor tanto por los principios que allí se recuerdan como por los juicios morales expresados.

Sin embargo, las nuevas tecnologías biomédicas, introducidas en este ámbito delicado de la vida del ser humano y de la familia, provocan ulteriores interrogantes, en particular, dentro del sector de la investigación sobre los embriones humanos, del uso para fines terapéuticos de las células troncales (o células madre), y en otros campos de la medicina experimental.

Esto ha planteado nuevas preguntas que requieren una respuesta. La rapidez de los progresos científicos y la difusión que se les da en los medios de comunicación social provocan esperanza y perplejidad en sectores cada vez más vastos de la opinión pública.

Para reglamentar jurídicamente los problemas que van surgiendo a menudo se apela a los cuerpos legislativos e incluso a la consulta popular.

Estas razones han llevado a la **Congregación para la Doctrina de la Fe** a publicar una **nueva Instrucción de naturaleza doctrinal**, que afronta algunos problemas recientes a la luz de los criterios enunciados en la **Instrucción *Donum vitæ*** y reexamina otros temas ya tratados que necesitan más aclaraciones.

2. En la realización de esta tarea se han tenido siempre presentes los aspectos científicos correspondientes, aprovechando los estudios llevados a cabo por la Pontificia Academia para la Vida y las aportaciones de un gran número de expertos, para confrontarlos con los principios de la antropología cristiana. Las Encíclicas ***Veritatis splendor***³ y ***Evangelium vitæ***⁴ de **Juan Pablo II**, y otras intervenciones del **Magisterio**, ofrecen indicaciones claras acerca del método y del contenido para el examen de los problemas considerados.

En el variado panorama filosófico y científico actual es posible constatar de hecho una amplia y calificada presencia de científicos y filósofos que, en el espíritu del **juramento de Hipócrates**, ven en la ciencia médica un servicio a la fragilidad del hombre, para curar las enfermedades, aliviar el sufrimiento y extender los cuidados necesarios de modo equitativo a toda la humanidad.

Pero no faltan representantes de los campos de la filosofía y de la ciencia que consideran el creciente desarrollo de las tecnologías biomédicas desde un punto de vista sustancialmente eugenésico.

2- CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción *Donum vitæ* sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación (22 de febrero de 1987): AAS 80 (1988), 70-102.

3- JUAN PABLO II, Carta Encíclica *Veritatis splendor* sobre algunas cuestiones fundamentales de la enseñanza moral de la Iglesia (6 de agosto de 1993): AAS 85 (1993), 1133-1228.

4- JUAN PABLO II, Carta Encíclica *Evangelium vitæ* sobre el valor y el carácter inviolable de la vida humana (25 de marzo de 1995): AAS 87 (1995), 401-522.

3. Al proponer principios y juicios morales para la investigación biomédica sobre la vida humana, la Iglesia Católica se vale de *la razón y de la fe*, contribuyendo así a elaborar una visión integral del hombre y de su vocación, capaz de acoger todo lo bueno que surge de las obras humanas y de las tradiciones culturales y religiosas, que frecuentemente muestran una gran reverencia por la vida.

El Magisterio quiere ofrecer una palabra de estímulo y confianza a la perspectiva cultural que ve *la ciencia como un precioso servicio al bien integral de la vida y dignidad de cada ser humano*.

La Iglesia, por tanto, mira con esperanza la investigación científica, deseando que sean muchos los cristianos que contribuyan al progreso de la biomedicina y testimonien su fe en ese ámbito.

Además desea que los resultados de esta investigación se pongan también a disposición de quienes trabajan en las áreas más pobres y azotadas por las enfermedades, para afrontar las necesidades más urgentes y dramáticas desde el punto de vista humanitario.

En fin, quiere estar presente junto a cada persona que sufre en el cuerpo y en el espíritu, para ofrecerle no solamente consuelo, sino también luz y esperanza.

Luz y esperanza que dan sentido también a los momentos de enfermedad y a la experiencia de la muerte, que pertenecen de hecho a la vida humana y caracterizan su historia, abriéndola al misterio de la Resurrección.

La mirada de la Iglesia, en efecto, está llena de confianza, porque *“la vida vencerá: ésta es*

*para nosotros una esperanza segura. Sí, la vida vencerá, puesto que la verdad, el bien, la alegría y el verdadero progreso están de parte de la vida. Y de parte de la vida está también Dios, que ama la vida y la da con generosidad”*⁵.

La presente Instrucción se dirige a los fieles cristianos y a todos los que buscan la verdad⁶.

Comprende tres partes: la primera recuerda algunos aspectos antropológicos, teológicos y éticos de importancia fundamental; la segunda afronta nuevos problemas relativos a la procreación; la tercera parte examina algunas nuevas propuestas terapéuticas que implican la manipulación del embrión o del patrimonio genético humano.

Primera parte:

Aspectos antropológicos, teológicos y éticos de la vida y la procreación humana.

4. En las últimas décadas las ciencias médicas han avanzado considerablemente en el conocimiento de la vida humana y de los estadios iniciales de su existencia. Se han llegado a conocer mejor las estructuras biológicas del hombre y el proceso de su generación.

Estos avances son ciertamente positivos, y merecen apoyo, cuando sirven para superar o corregir patologías y ayudan a restablecer el desarrollo normal de los procesos generativos.

5- JUAN PABLO II, Discurso a los participantes en la VII Asamblea de la Pontificia Academia para la Vida (3 de marzo de 2001), n. 3: AAS 93 (2001), 446.

6- Cf. JUAN PABLO II, Carta Encíclica *Fides et ratio* sobre las relaciones entre fe y razón (14 de septiembre de 1998), n. 1: AAS 91 (1999).

Son en cambio negativos, y por tanto no se pueden aprobar, cuando implican la supresión de seres humanos, se valen de medios que lesionan la dignidad de la persona, o se adoptan para finalidades contrarias al bien integral del hombre.

El cuerpo de un ser humano, desde los primeros estadios de su existencia, no se puede reducir al conjunto de sus células.

El cuerpo embrionario se desarrolla progresivamente según un “programa” bien definido y con un fin propio, que se manifiesta con el nacimiento de cada niño.

Conviene aquí recordar el criterio ético fundamental expresado en la **Instrucción Donum vitæ** para valorar las cuestiones morales en relación a las intervenciones sobre el embrión humano: *“El fruto de la generación humana desde el primer momento de su existencia, es decir, desde la constitución del cigoto, exige el respeto incondicionado, que es moralmente debido al ser humano en su totalidad corporal y espiritual.*

El ser humano debe ser respetado y tratado como persona desde el instante de su concepción y, por eso, a partir de ese mismo momento se le deben reconocer los derechos de la persona, principalmente el derecho inviolable de todo ser humano inocente a la vida”⁷.

5. Esta afirmación de carácter ético, que la misma razón puede reconocer como verdadera y conforme a la ley moral natural, debería estar

en los fundamentos de todo orden jurídico. Presupone, en efecto, una **verdad de carácter ontológico**, en virtud de cuanto la mencionada Instrucción ha puesto en evidencia acerca de la continuidad del desarrollo del ser humano, teniendo en cuenta los sólidos aportes del campo científico.

Si la **Instrucción Donum vitæ** no definió que el embrión es una persona, lo hizo para no pronunciarse explícitamente sobre una cuestión de índole filosófica.

Sin embargo, puso de relieve que existe un nexo intrínseco entre la dimensión ontológica y el valor específico de todo ser humano.

Aunque la presencia de un alma espiritual no se puede reconocer a partir de la observación de ningún dato experimental, las mismas conclusiones de la ciencia sobre el embrión humano ofrecen *“una indicación preciosa para discernir racionalmente una presencia personal desde este primer surgir de la vida humana: ¿cómo un individuo humano podría no ser persona humana?”⁸.*

En efecto, la realidad del ser humano, a través de toda su vida, antes y después del nacimiento no permite que se le atribuya ni un cambio de naturaleza ni una gradación de valor moral pues muestra una plena cualificación antropológica y ética. El embrión humano, por lo tanto tiene desde el principio la dignidad propia de la persona.

6. El respeto de esa dignidad concierne a todos los

7- CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción Donum vitæ, I, 1: AAS 80 (1988), 79.

8- Como recordó Benedicto XVI, los derechos humanos, en particular el derecho a la vida de cada ser humano, «se basan en la ley natural inscrita en el corazón del hombre y presente en las diferentes culturas y civilizaciones. Arrancar los derechos humanos de este contexto significaría restringir su ámbito y ceder a una concepción relativista, según la cual el sentido y la interpretación de los derechos podrían variar, negando su universalidad en nombre de los diferentes contextos culturales, políticos, sociales e incluso religiosos. Así pues, no se debe permitir que esta vasta variedad de puntos de vista oscurezca no sólo el hecho de que los derechos son universales, sino que también lo es la persona humana, sujeto de estos derechos» (Discurso a la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 18 de abril de 2008: AAS 100 [2008], 334).

9- CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción Donum vitæ, I, 1: AAS 80 (1988), 78-79.

seres humanos, porque cada uno lleva inscrito en sí mismo, de manera indeleble, su propia dignidad y valor. El origen de la vida humana, por otro lado, tiene su auténtico contexto en el matrimonio y la familia, donde es generada por medio de un acto que expresa el amor recíproco entre el hombre y la mujer. Una procreación verdaderamente responsable para con quien ha de nacer *“es fruto del matrimonio”*¹⁰.

El matrimonio, presente en todos los tiempos y culturas, *“es una sabia institución del Creador para realizar en la humanidad su designio de amor. Los esposos, mediante su recíproca donación personal, propia y exclusiva de ellos, tienden a la comunión de sus seres en orden a un mutuo perfeccionamiento personal, para colaborar con Dios en la generación y en la educación de nuevas vidas”*¹¹.

En la fecundidad del amor conyugal el hombre y la mujer *“ponen de manifiesto que en el origen de su vida matrimonial hay un “sí” genuino que se pronuncia y se vive realmente en la reciprocidad, permaneciendo siempre abierto a la vida...”*

La ley natural, que está en la base del reconocimiento de la verdadera igualdad entre personas y pueblos, debe reconocerse como la fuente en la que se ha de inspirar también la relación entre los esposos en su responsabilidad al engendrar nuevos hijos.

*La transmisión de la vida está inscrita en la naturaleza, y sus leyes siguen siendo norma no escrita a la que todos deben remitirse”*¹².

7. La Iglesia tiene la convicción de que la fe no sólo acoge y respeta lo que es humano, sino que también lo purifica, lo eleva y lo perfecciona. Dios, después de haber creado al hombre a su imagen y semejanza (cf. Gn 1,26), ha calificado su criatura como *“muy buena”* (Gn 1,31), para más tarde asumirla en el Hijo (cf. Jn 1,14). El Hijo de Dios, en el misterio de la Encarnación, confirmó la dignidad del cuerpo y del alma que constituyen el ser humano.

Cristo no desdeñó la corporeidad humana, sino que reveló plenamente su sentido y valor: *“En realidad, el misterio del hombre sólo se esclarece en el misterio del Verbo encarnado”*¹³.

Convirtiéndose en uno de nosotros, el Hijo hace posible que podamos convertirnos en *“hijos de Dios”* (Jn 1,12) y *“partícipes de la naturaleza divina”* (2 Pe 1,4).

Esta nueva dimensión no contrasta con la dignidad de la criatura, que todos los hombres pueden reconocer por medio de la razón, sino que la eleva a un horizonte de vida más alto, que es el propio de Dios, y permite reflexionar más adecuadamente sobre la vida humana y los actos que le dan existencia¹⁴.

A la luz de estos datos de fe, adquiere mayor énfasis y queda más reforzado el respeto que según la razón se le debe al individuo humano: por eso no hay contraposición entre la afirmación de la dignidad de la vida humana y el reconocimiento de su carácter sagrado.

“Los diversos modos con que Dios cuida del mundo y del hombre, no sólo no se excluyen

10- *Ibíd.*, II, A, 1: l.c., 87.

11- PABLO VI, Carta Encíclica *Humanæ vitæ* (25 de julio de 1968), n. 8: AAS 60 (1968), 485-486.

12- BENEDICTO XVI, Discurso a los participantes al Congreso Internacional promovido por la Universidad Pontificia Lateranense, en el 40º aniversario de la Carta Encíclica *Humanæ vitæ* (10 de mayo de 2008): *L'Osservatore Romano*, 11 de mayo de 2008, pág. 1; cf. JUAN XXIII, Carta Encíclica *Mater et magistra*, (15 de mayo de 1961), III: AAS 53 (1961), 447.

13- CONCILIO ECUMÉNICO VATICANO II, Constitución Pastoral *Gaudium et spes*, n. 22.

14-Cf. JUAN PABLO II, Carta Encíclica *Evangelium vitæ*, n. 37-38: AAS 87 (1995), 442-444.

entre sí, sino que se sostienen y se compenetran recíprocamente. Todos tienen su origen y confluyen en el eterno designio sabio y amoroso con el que Dios predestina a los hombres “a reproducir la imagen de su Hijo” (Rm 8, 29)¹⁵.

8. A partir del conjunto de estas dos dimensiones, la humana y la divina, se entiende mejor el por qué del valor inviolable del hombre: *él posee una vocación eterna y está llamado a compartir el amor trinitario del Dios vivo.*

Este valor se aplica indistintamente a todos. Sólo por el hecho de existir, cada hombre tiene que ser plenamente respetado. Hay que excluir la introducción de criterios de discriminación de la dignidad humana basados en el desarrollo biológico, psíquico, cultural o en el estado de salud del individuo.

En cada fase de la existencia del hombre, creado a imagen de Dios, se refleja, “*el rostro de su Hijo unigénito... Este amor ilimitado y casi incomprensible de Dios al hombre revela hasta qué punto la persona humana es digna de ser amada por sí misma, independientemente de cualquier otra consideración: inteligencia, belleza, salud, juventud, integridad, etc. En definitiva, la vida humana siempre es un bien, puesto que “es manifestación de Dios en el mundo, signo de su presencia, resplandor de su gloria (Evangelium vitæ, 34)*”¹⁶.

9. Las dimensiones natural y sobrenatural de la vida humana permiten también comprender mejor en qué sentido los actos que conceden al ser humano la existencia, en los que el hombre y la mujer se entregan mutuamente, son un reflejo del amor trinitario.

“Dios, que es amor y vida, ha inscrito en el varón y en la mujer la llamada a una especial participación en su misterio de comunión personal y en su obra de Creador y de Padre”¹⁷.

El matrimonio cristiano “*hunde sus raíces en el complemento natural que existe entre el hombre y la mujer y se alimenta mediante la voluntad personal de los esposos de compartir su proyecto de vida, lo que tienen y lo que son por esto tal comunión es el fruto y el signo de una exigencia profundamente humana.*

Pero, en Cristo Señor, Dios asume esta exigencia humana, la confirma, la purifica y la eleva, llevándola a la perfección con el sacramento del matrimonio: el Espíritu Santo infundido en la celebración sacramental ofrece a los esposos cristianos el don de una comunión nueva de amor, que es imagen viva y real de la singularísima unidad que hace de la Iglesia e indivisible Cuerpo místico del Señor Jesús”¹⁸.

10. Juzgando desde el punto de vista ético algunos resultados de las recientes investigaciones de la medicina sobre el hombre y sus orígenes la Iglesia no interviene en el ámbito de la ciencia médica como tal, sino invita a los interesados a actuar con responsabilidad ética y social.

Ella les recuerda que el valor ético de la ciencia biomédica se mide en referencia tanto a **respeto incondicional debido a cada ser humano** en todos los momentos de su existencia, como a **la tutela de la especificidad de los actos personales que transmiten la vida.**

La intervención del Magisterio es parte de su misión de promover la formación de la

15 JUAN PABLO II, Carta Encíclica Veritatis splendor, n. 45: AAS 85 (1993), 1169.

16- BENEDICTO XVI, Discurso a los participantes en la Asamblea general de la Academia Pontificia para la Vida y en el Congreso internacional sobre el tema “El embrión humano en la fase de preimplantación” (27 de febrero de 2006): AAS 98 (2006), 264.

17- CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción Donum vitæ, Introducción, 3: AAS 80 (1988), 75.

18- JUAN PABLO II, Exhortación Apostólica Familiaris consortio sobre la misión de la familia cristiana en el mundo actual (22 de noviembre de 1981), n. 19: AAS 74 (1982), 101-102.

conciencias, enseñando auténticamente la verdad que es Cristo y, al mismo tiempo, declarando y confirmando con autoridad los principios del orden moral que emanan de la misma naturaleza humana¹⁹.

Segunda parte: Nuevos problemas relativos a la procreación.

11. Alaluz de los principios que se acabanderecordar conviene examinar ahora algunos problemas relativos a la procreación, que han aflorado y hansidomejor delineados en los años siguientes a la publicación de la **Instrucción Donum vitæ**.

Las técnicas de ayuda a la fertilidad.

12. Con referencia al tratamiento de la infertilidad, las nuevas técnicas médicas tienen que respetar tres bienes fundamentales:

- a) el derecho a la vida y a la integridad física de cada ser humano desde la concepción hasta la muerte natural;
- b) la unidad del matrimonio, que implica el respeto recíproco del derecho de los

cónyuges a convertirse en padre y madre solamente el uno a través del otro²⁰;

c) los valores específicamente humanos de la sexualidad, que *“exigen que la procreación de una persona humana sea querida como el fruto del acto conyugal específico del amor entre los esposos”*²¹.

Las técnicas que se presentan como una ayuda para la procreación *“no deben rechazarse por el hecho de ser artificiales; como tales testimonian las posibilidades de la medicina, pero deben ser valoradas moralmente por su relación con la dignidad de la persona humana, llamada a corresponder a la vocación divina, al don del amor y al don de la vida”*²².

A la luz de este criterio hay que excluir todas las técnicas de fecundación artificial heteróloga²³ y las técnicas de fecundación artificial homóloga que sustituyen el acto conyugal. Son en cambio admisibles las técnicas que se configuran como una ayuda²⁴ al acto conyugal y a su fecundidad.

La **Instrucción Donum vitæ** se expresa en este modo: *“El médico está al servicio de la persona y de la procreación humana: no le corresponde la facultad de disponer o decidir sobre ellas. El acto médico es respetuoso de la dignidad de las personas cuando se dirige a ayudar al acto conyugal, ya sea para facilitar su realización, o para que el acto normalmente realizado consiga su fin”*²⁵.

19- Cf. CONCILIO ECUMÉNICO VATICANO II, Declaración *Dignitatis humanæ*, n. 14.

20- Cf. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción *Donum vitæ*, II, A, 1: AAS 80 (1988), 87.

21- *Ibid.*, II, B, 4: l.c., 92

22- *Ibid.*, Introducción, 3: l.c., 75.

23- Bajo el nombre de fecundación o procreación artificial heteróloga se entienden «las técnicas ordenadas a obtener artificialmente una concepción humana, a partir de gametos procedentes de al menos un donador diverso de los esposos unidos en matrimonio» (*ibid.*, II: l.c., 86).

24- Bajo el nombre de fecundación o procreación artificial homóloga se entiende «la técnica dirigida a lograr la concepción humana a partir de los gametos de dos esposos unidos en matrimonio» (*ibid.*).

25- *Ibid.*, II, B, 7: l.c., 96; cf. PIO XII, Discurso a los participantes en el IV Congreso Internacional de Médicos Católicos (29 de septiembre de 1949): AAS 41 (1949), 560.

Y, a propósito de la inseminación artificial homóloga, dice: “La *inseminación artificial homóloga dentro del matrimonio no se puede admitir, salvo en el caso en que el medio técnico no sustituya al acto conyugal, sino que sea una facilitación y una ayuda para que aquél alcance su finalidad natural*”²⁶.

13. Son ciertamente lícitas las intervenciones que tienen por finalidad remover los obstáculos que impiden la fertilidad natural, como por ejemplo el tratamiento hormonal de la infertilidad de origen gonádico, el tratamiento quirúrgico de una endometriosis, la desobstrucción de las trompas o bien la restauración microquirúrgica de su perviedad.

Todas estas técnicas pueden ser consideradas como **auténticas terapias**, en la medida en que, una vez superada la causa de la infertilidad, los esposos pueden realizar actos conyugales con un resultado procreador, sin que el médico tenga que interferir directamente en el acto conyugal.

Ninguna de estas técnicas reemplaza el acto conyugal, que es el único digno de una procreación realmente responsable.

Para responder a las expectativas de tantos matrimonios estériles, deseosos de tener un hijo, habría que alentar, promover y facilitar con oportunas medidas legislativas el **procedimiento de adopción** de los numerosos niños huérfanos, siempre necesitados de un hogar doméstico para su adecuado desarrollo humano.

Finalmente, hay que observar que merecen ser estimuladas las investigaciones e inversiones dedicadas a la **prevención de la esterilidad**.

Fecundación in vitro y eliminación voluntaria de embriones.

14. La **Instrucción Donum vitæ** puso en evidencia que la fecundación **in vitro** comporta muy frecuentemente la eliminación voluntaria de embriones²⁷. Algunos han pensado que este hecho se debía al uso de una técnica aún parcialmente imperfecta.

En cambio, la experiencia posterior ha demostrado que todas las técnicas de fecundación **in vitro** se desarrollan de hecho como si el embrión humano fuera un simple cúmulo de células que se usan, se seleccionan y se descartan.

Es verdad que alrededor de un tercio de las mujeres que recurren a la procreación artificial llegan a tener un niño. Sin embargo, hay que notar que, considerando la relación entre el número total de embriones producidos y el de los efectivamente nacidos, el **número de embriones sacrificados es altísimo**²⁸.

Los especialistas de las técnicas de fecundación **in vitro** aceptan estas pérdidas como el precio que hay que pagar para conseguir resultados positivos. En realidad es extremadamente preocupante que la investigación en este campo se dirija sobre todo a conseguir mejores resultados en términos de porcentaje de niños nacidos respecto al número de mujeres que inician el tratamiento, pero no parece efectivamente interesado en el derecho a la vida de cada embrión.

15. Se objeta a menudo que, la mayoría de las veces, las pérdidas de embriones serían preterintencionales, o que incluso se produciría contra la voluntad de padres y médico. Se afirma que se trataría de riesgos no mu-

26- CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción Donum vitæ, II, B, 6: l.c., 94.

27- Cf. ibíd., II: l.c., 86.

28- Actualmente, incluso en los más importantes centros de fecundación artificial, el número de embriones sacrificados es superior al 80%.

diferentes de los relacionados con el proceso natural de generación, y que querer transmitir la vida sin correr ningún riesgo llevaría de hecho a abstenerse de hacerlo.

Pero si es verdad que en el ámbito de la procreación *in vitro* no todas las pérdidas de embriones tienen la misma relación con la voluntad de los sujetos interesados, también lo es que en muchos casos el abandono, la destrucción o las pérdidas de embriones son previstas e intencionales.

Los embriones defectuosos, producidos *in vitro*, son directamente descartados. Son cada vez más frecuentes los casos de parejas no estériles que recurren a las técnicas de procreación artificial con el único objetivo de poder hacer una selección genética de sus hijos.

En muchos países, es praxis común estimular el ciclo femenino en orden a obtener un alto número de óvulos que son fecundados. Entre los embriones obtenidos, un cierto número es transferido al seno materno, mientras los demás se congelan para posibles intervenciones reproductivas futuras. El fin de la transferencia múltiple es asegurar, dentro de lo posible, la implantación de al menos un embrión.

El medio empleado para lograr este objetivo es la utilización de un número mayor de embriones con respecto al hijo deseado, previendo que algunos se pierdan y que, en todo caso, se evite un embarazo múltiple.

De este modo la técnica de la transferencia múltiple lleva de hecho a un trato puramente instrumental de los embriones. Impresiona el hecho de que tanto la deontología profesional más elemental como las autoridades sanitarias jamás admitirían en ningún otro ámbito de la medicina una técnica con una tasa global tan alta de resultados negativos y fatales.

En realidad, las técnicas de fecundación *in vitro* se aceptan porque existe la presunción de que el embrión no merece pleno respeto cuando está en competición con un deseo que hay que satisfacer.

Esta triste realidad, a menudo silenciada, es del todo deplorable, en cuánto "*las distintas técnicas de reproducción artificial, que parecerían puestas al servicio de la vida y que son practicadas no pocas veces con esta intención, en realidad dan pie a nuevos atentados contra la vida*"²⁹.

16. La Iglesia, además, considera que es éticamente inaceptable la disociación de la procreación del contexto integralmente personal del acto conyugal:³⁰ la procreación humana es un acto personal de la pareja hombre-mujer, que no admite ningún tipo de delegación sustitutiva.

La aceptación pasiva de la altísima tasa de pérdidas (abortos) producidas por las técnicas de fecundación *in vitro* demuestra con elocuencia que la substitución del acto conyugal con un procedimiento técnico -además

29-JUAN PABLO II, Carta Encíclica *Evangelium vitæ*, n. 14: AAS 87 (1995), 416.

30-Cf. PIO XII, Discurso a los participantes del II Congreso mundial de Nápoles sobre fecundidad y esterilidad humana (19 de mayo de 1956): AAS 48 (1956), 470; PABLO VI, Carta Encíclica *Humanae vitæ*, n. 12: AAS 60 (1968), 488-489; CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción *Donum vitæ*, II, B, 4-5: AAS 80 (1988), 90-94.

31- Cada vez hay más personas, incluso no unidas por el vínculo conyugal, que recurren a las técnicas de fecundación artificial para tener un hijo. Tales prácticas debilitan la institución matrimonial y dan a luz niños en ambientes no favorables para su pleno desarrollo humano.

32- BENEDICTO XVI, Discurso a los participantes en la Asamblea general de la Academia Pontificia para la Vida y en el Congreso internacional sobre el tema "El embrión humano en la fase de preimplantación" (27 de febrero de 2006): AAS 98 (2006), 264.

de no estar en conformidad con el respeto debido a la procreación, que no se reduce a la dimensión reproductiva- contribuye a debilitar la conciencia del respeto que se le debe a cada ser humano.

Por el contrario, la conciencia de tal respeto se ve favorecida por la intimidad de los esposos animada por el amor conyugal.

La Iglesia reconoce la legitimidad del deseo de un hijo, y comprende los sufrimientos de los cónyuges afligidos por el problema de la infertilidad. Sin embargo, ese deseo no puede ser antepuesto a la dignidad que posee cada vida humana hasta el punto de someterla a un dominio absoluto. El deseo de un hijo no puede justificar la “producción” del mismo, así como el deseo de no tener un hijo ya concebido no puede justificar su abandono o destrucción.

En realidad, se tiene la impresión de que algunos investigadores, carentes de referencias éticas y conscientes de las potencialidades del progreso tecnológico, ceden a la lógica de satisfacer lo que cada cual desea subjetivamente³¹, así como a la fuerte presión económica propia de este campo.

Frente a la instrumentalización del ser humano en el estadio embrionario, hay que repetir que *“el amor de Dios no hace diferencia entre el recién concebido, aún en el seno de su madre, y el niño o el joven o el hombre maduro o el anciano. No hace diferencia, porque en cada uno de ellos ve la huella de su imagen y semejanza... Por eso el Magisterio de la Iglesia ha proclamado constantemente el carácter sagrado e inviolable de toda vida humana,*

*desde su concepción hasta su fin natural”*³².

La Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI).

17. Entre las técnicas de fecundación artificial más recientes ha asumido progresivamente un particular relieve la **Inyección intracitoplasmática de espermatozoides**³³. Por su eficacia, esta técnica es la más utilizada, y puede superar diversas formas de esterilidad masculina³⁴.

Como la fecundación *in vitro*, de la que constituye una variante, la **Inyección intracitoplasmática de espermatozoides** es una técnica intrínsecamente ilícita, pues supone una completa disociación entre la procreación y el acto conyugal.

En efecto, también la **Inyección intracitoplasmática de espermatozoides** *“se realiza fuera del cuerpo de los cónyuges por medio de gestos de terceras personas, cuya competencia y actividad técnica determina el éxito de la intervención; confía la vida y la identidad del embrión al poder de los médicos y de los biólogos, e instaura un dominio de la técnica sobre el origen y sobre el destino de la persona humana.*

*Una tal relación de dominio es en sí contraria a la dignidad y a la igualdad que debe ser como a padres e hijos. La concepción *in vitro* es resultado de la acción técnica que antecede a la fecundación; ésta no es de hecho obtenida ni positivamente querida como la expresión y el fruto de un acto específico de la unión conyugal”*³⁵.

33- La Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) se parece en casi todos los aspectos a las otras formas de la fecundación *in vitro*, distinguiéndose en el hecho de que la fecundación no ocurre espontáneamente en la probeta, sino a través de la inyección en el citoplasma del óvulo de un solo espermatozoide previamente seleccionado, y a veces a través de la inyección de elementos inmaduros de la línea germinal masculina.

34- Sin embargo, hay que señalar que los especialistas discuten sobre algunos riesgos que la Inyección intracitoplasmática de espermatozoides puede comportar para la salud del concebido.

35- CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción *Donum vitæ*, II, B, 5: AAS 80 (1988), 93.

El congelamiento de embriones.

18. Uno de los métodos utilizados para mejorar el grado de éxito de las técnicas de procreación *in vitro* es el aumento de los tratamientos sucesivos. Para no repetir la extracción de óvulos de la mujer, se procede a una única extracción múltiple, seguida por la crioconservación de una parte importante de los embriones producidos *in vitro*³⁶.

Esto se hace previendo la posibilidad de un segundo ciclo de tratamiento, en el caso de que fracase el primero, o bien porque los padres podrían querer otro embarazo.

En ocasiones se procede además al congelamiento de los embriones destinados a la primera transferencia, porque la estimulación hormonal del ciclo femenino produce efectos que aconsejan esperar la normalización de las condiciones fisiológicas, antes de proceder al traslado de los embriones al seno materno.

La crioconservación es **incompatible** con el respeto debido a los **embriones humanos**: presupone su producción *in vitro*; los expone a graves riesgos de muerte o de daño a su integridad física, en cuanto un alto porcentaje no sobrevive al procedimiento de congelación y descongelación; los priva al menos temporalmente de la acogida y gestación materna; los pone en una situación susceptible de ulteriores ofensas y manipulaciones³⁷.

La mayor parte de los embriones no utilizados quedan “**huérfanos**”. Sus padres no los solicitan, y a veces se pierden sus huellas.

Eso explica la existencia de depósitos de millares

de embriones congelados en casi todos los países donde se practica la fecundación *in vitro*.

19. En relación al gran número de **embriones congelados ya existentes**, se plantea la siguiente pregunta: ¿qué hacer con ellos? Algunos se interrogan al respecto ignorando el carácter ético de la cuestión, movidos únicamente por la necesidad de observar el precepto legal de vaciar cada cierto tiempo los depósitos de los centros de crioconservación, que después se volverán a llenar.

Otros, en cambio, son conscientes de que se ha cometido una grave injusticia, y se interrogan sobre el modo de cumplir el deber de repararla.

Son claramente inaceptables las propuestas de **utilizar tales embriones para la investigación** o para **usos terapéuticos**, porque implica tratarlos como simple “**material biológico**” y comportan su destrucción.

Tampoco es admisible la propuesta de descongelar estos embriones y, sin reactivarlos, utilizarlos para la investigación como si fueran simples cadáveres³⁸.

También la propuesta de ponerlos a disposición de esposos estériles como “**terapia**” de infertilidad, no es éticamente aceptable por las mismas razones que hacen ilícita tanto la procreación artificial heteróloga como toda forma de maternidad subrogada³⁹; esta práctica implicaría además otros problemas de tipo médico, psicológico y jurídico.

Para dar la oportunidad de nacer a tantos seres humanos condenados a la destrucción,

36- Con relación a los embriones, la crioconservación es un procedimiento de enfriamiento a bajísimas temperaturas para permitir una larga conservación.

37- Cf. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción *Donum vitæ*, I, 6: AAS 80 (1988), 84-85.

38- Cf. n. 34-35 de esta Instrucción.

39- Cf. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción *Donum vitæ*, II, A, 1-3: AAS 80 (1988), 87-89.

se ha planteado la idea de una "adopción prenatal". Se trata de una propuesta basada en la loable intención de respetar y defender la vida humana que, sin embargo, presenta problemas éticos no diferentes de los ya mencionados.

En definitiva, es necesario constatar que los millares de embriones que se encuentran en estado de abandono determinan una situación de injusticia que es de hecho irreparable. Por ello **Juan Pablo II** dirigió "*una llamada a la conciencia de los responsables del mundo científico, y de modo particular a los médicos para que se detenga la producción de embriones humanos, teniendo en cuenta que no se vislumbra una salida moralmente lícita para el destino humano de los miles y miles de embriones "congelados", que son y siguen siendo siempre titulares de los derechos esenciales y que, por tanto, hay que tutelar jurídicamente como personas humanas*"⁴⁰.

El congelamiento de óvulos.

20. Para evitar los graves problemas éticos suscitados por la crioconservación de embriones, en el ámbito de las técnicas de fecundación *in vitro*, se ha presentado la propuesta de congelar los óvulos⁴¹.

Cuando se han extraído un número congruo de óvulos, considerando que pueden darse ulteriores ciclos de procreación artificial, se prevé fecundar solamente los óvulos que serán trasladados a la madre, mientras los demás serían congelados para ser eventualmente fecundados y trasladados a la madre en caso de que el primer intento fracase.

Al respecto, hay que precisar que la crioconservación de óvulos en orden al proceso de procreación artificial es moralmente inaceptable.

La reducción embrionaria.

21. Algunas técnicas usadas en la procreación artificial, sobre todo la transferencia de varios embriones al seno materno, han dado lugar a un aumento significativo del porcentaje de embarazos múltiples.

Debido a esto se ha ideado la llamada reducción embrionaria, que consiste en una intervención para reducir el número de embriones o fetos presentes en el seno materno mediante la directa supresión de algunos.

La decisión de suprimir seres humanos que con anterioridad han sido intensamente deseados representa una paradoja, y a menudo comporta sufrimientos y sentimientos de culpa que pueden durar años.

Desde el punto de vista ético, la reducción embrionaria es un aborto intencional selectivo. Se trata, en efecto, de una eliminación deliberada y directa de uno o más seres humanos inocentes en la fase inicial de su existencia y como tal constituye siempre un desorden moral grave⁴².

Los argumentos propuestos para justificar éticamente la reducción embrionaria a menudo se basan en analogías con catástrofes naturales o situaciones de emergencia en las que a pesar de la buena voluntad, no es posible salvar a todas las personas implicadas.

40- JUAN PABLO II, Discurso a los participantes en el Simposio sobre "Evangelium vitæ y Derecho" y en el XI Coloquio internacional de Derecho Canónico (24 de mayo de 1996), n. 6: AAS 88 (1996), 943-944.

41- La crioconservación de óvulos ha sido planteada también en otros contextos que aquí no se consideran.

Por óvulo se entiende la célula germinal femenina no penetrada por el espermatozoide.

42- Cf. CONCILIO VATICANO II, Constitución Pastoral *Gaudium et spes*, n. 51; JUAN PABLO II, Carta Encíclica *Evangelium vitæ*, n. 62: AAS 87 (1995), 472.

Estas analogías no pueden fundamentar en ningún modo un juicio moral positivo sobre una práctica directamente abortiva. Otras veces se acude a principios morales como el del mal menor o el del doble efecto, que aquí no tienen aplicación alguna.

Nunca es lícito, en efecto, realizar de modo deliberado y directo una acción intrínsecamente ilícita, ni siquiera en vistas de un fin bueno: el fin no justifica los medios.

El diagnóstico preimplantatorio.

22. El diagnóstico preimplantatorio es una forma de diagnóstico prenatal, vinculada a las técnicas de fecundación artificial, que prevé el diagnóstico genético de los embriones formados *in vitro*, antes de su traslado al seno materno. Se efectúa con objeto de tener la seguridad de trasladar a la madre sólo embriones sin defectos o con un sexo determinado o con algunas cualidades particulares.

En otros tipos de diagnóstico prenatal, la fase del diagnóstico está completamente separada de la fase de la eventual eliminación de embriones y los esposos son libres de acoger al niño enfermo.

Al diagnóstico preimplantatorio, por el contrario, sigue ordinariamente la eliminación del embrión que ha sido designado como "sospechoso" de poseer defectos genéticos o cromosómicos, o de ser de un sexo no querido o de tener cualidades no deseadas.

El diagnóstico preimplantatorio -siempre vinculado con la fecundación artificial, que ya de suyo es intrínsecamente ilícita- se ordena de hecho a una selección cualitativa con la consecuente destrucción de embriones, la cual se configura como una práctica abortiva precoz.

El diagnóstico preimplantatorio es por lo tanto expresión de aquella mentalidad eugenésica "que acepta el aborto selectivo para impedir el nacimiento de niños afectados por varios tipos de anomalías. Semejante mentalidad es ignominiosa y totalmente reprobable, porque pretende medir el valor de una vida humana siguiendo sólo parámetros de "normalidad" y de bienestar físico, abriendo así el camino a la legitimación incluso del infanticidio y de la eutanasia"⁴³.

Tratando el embrión humano como simple "material de laboratorio", se produce también una alteración y una discriminación en lo que se refiere al concepto mismo de dignidad humana.

La dignidad pertenece de igual modo a cada ser humano individual y no depende del proyecto familiar, la condición social, la formación cultural o el estado de desarrollo físico.

Si en otros tiempos, aun aceptando el concepto y las exigencias de la dignidad humana en general, se practicó la discriminación por motivos de raza, religión o condición social, hoy se asiste a una no menos grave e injusta discriminación que lleva a no reconocer el estatuto ético y jurídico de seres humanos afectados por graves patologías e incapacidades: se olvida así que las personas enfermas y minusválidas no son una especie de categoría aparte, porque la enfermedad y la incapacitación pertenecen a la condición humana y tocan a todos en primera persona, incluso cuando no se tiene una experiencia directa de ello.

Tal discriminación es inmoral y debería ser considerada jurídicamente inaceptable. De igual modo sería necesario eliminar las barreras culturales, económicas y sociales que socavan el pleno reconocimiento y la tutela de las personas minusválidas y enfermas.

43- JUAN PABLO II, Carta Encíclica *Evangelium vitæ*, n. 63: AAS 87 (1995), 473.

Nuevas formas de intercepción y contragestación.

23. Junto a los medios anticonceptivos propiamente dichos, que impiden la concepción después de un acto sexual, existen otros medios técnicos que actúan después de la fecundación, antes o después de la implantación en el útero del embrión ya constituido. Estas técnicas son **interceptivas** cuando interceptan el embrión antes de su anidación en el útero materno, y **contragestativas** cuando provocan la eliminación del embrión apenas implantado.

Para favorecer la difusión de los medios interceptivos⁴⁴ a veces se afirma que su mecanismo de acción aún no sería conocido suficientemente.

Es verdad que no siempre se cuenta con un conocimiento completo del mecanismo de acción de los distintos fármacos usados, pero los estudios experimentales demuestran que en los medios interceptivos está ciertamente presente el efecto de **impedir la implantación**.

Sin embargo, esto no significa que tales medios provocan un aborto cada vez que se usan, pues no siempre se da la fecundación después de una relación sexual. Pero hay que notar que la intencionalidad abortiva generalmente está presente en la persona que quiere impedir la implantación de un embrión en el caso de que hubiese sido concebido y que, por tanto, pide o prescribe fármacos interceptivos.

Cuando hay un retraso menstrual, se recurre a veces a la contragestación⁴⁵, que es practicada

habitualmente dentro de la primera o segunda semana después de la constatación del retraso. El objetivo declarado es hacer reaparecer la menstruación, pero en realidad se trata del aborto de un embrión apenas anidado.

Como se sabe, el aborto *“es la eliminación de liberada y directa, como quiera que se realice de un ser humano en la fase inicial de su existencia, que va de la concepción al nacimiento”*. Por tanto el uso de los medios de intercepción y contragestación forma parte del pecado de aborto y es gravemente inmoral.

Además, en caso de que se alcance la certeza de haber realizado un aborto, se dan las graves consecuencias penales previstas en el derecho canónico⁴⁷.

Tercera parte: nuevas propuestas terapéuticas que comportan la manipulación del embrión o del patrimonio genético humano.

24. Los conocimientos adquiridos en los últimos años han abierto nuevas perspectivas para la medicina regenerativa y para el tratamiento de las enfermedades de origen genético.

44- Los métodos interceptivos más conocidos son el espiral o DIU (Dispositivo intrauterino) y la llamada “píldora del día siguiente”.

45- Los principales métodos de contragestación son la píldora RU 486 o Mifepristona, las prostaglandinas y el Metotrexato.

46- JUAN PABLO II, Carta Encíclica *Evangelium vitæ*, n. 58: AAS 87 (1995), 467.

47- Cf. Código de Derecho Canónico, can. 1398 y Código de Cánones de las Iglesias Orientales, can. 1450 § 2; cf. también Código de Derecho Canónico, can. 1323-1324. La Comisión Pontificia para la interpretación auténtica del Código de Derecho Canónico declaró que por el concepto penal de aborto se entiende «matar al feto en cualquier modo y en cualquier momento a partir de su concepción» (Respuestas a dudas, 23 de mayo de 1988: AAS 80 [1988], 1818).

En particular, ha suscitado un gran interés la investigación sobre las células troncales embrionarias en relación a las posibles aplicaciones terapéuticas futuras.

Sin embargo éstas no han demostrado hasta hoy ningún resultado efectivo, a diferencia de la investigación sobre las células troncales adultas.

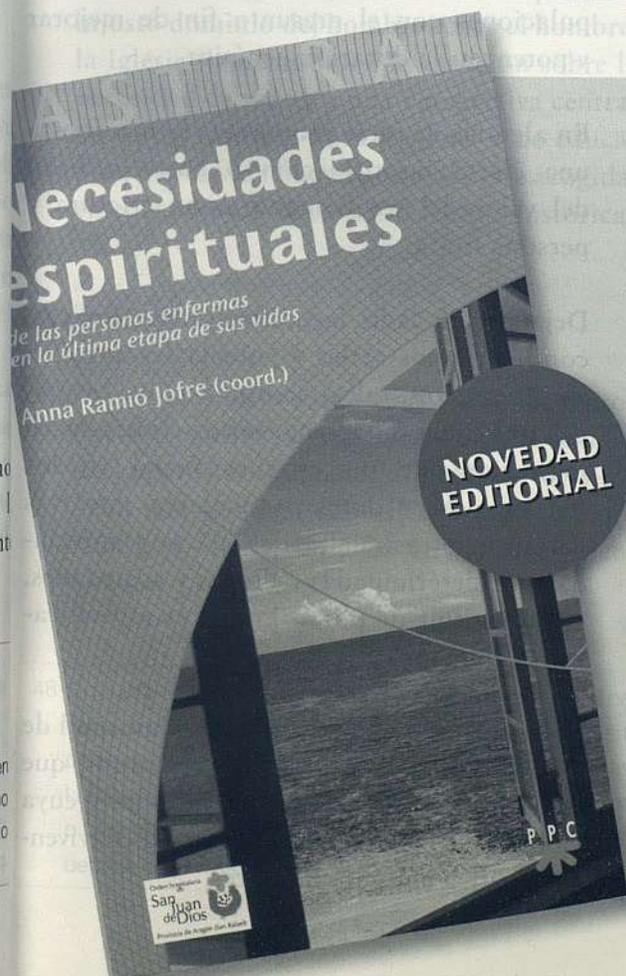
Ya que algunos han creído que las metas terapéuticas eventualmente alcanzables a través de las células troncales embrionarias podían justificar distintas formas de manipulación y destrucción de embriones humanos, han surgido una serie de cuestiones en el ámbito de la terapia génica, la clonación y la utilización de células troncales, sobre las que es necesario un atento discernimiento moral.

La terapia génica.

25. Con el término terapia génica se entiende comúnmente la aplicación al hombre de las técnicas de ingeniería genética con una finalidad terapéutica, es decir, con el objetivo de curar enfermedades de origen genético, aunque recientemente se intenta aplicar la terapia génica a enfermedades no hereditarias, especialmente al cáncer.

En teoría, es posible aplicar la terapia génica en dos distintos niveles: el de las células somáticas y el de las células germinales.

La terapiagénica somática se propone eliminar o reducir defectos genéticos presentes a nivel de células somáticas, es decir, de células no reproductivas, que componen los tejidos y los órganos del cuerpo.



Necesidades espirituales

*de las personas enfermas
en la última etapa de sus vidas*

Trabajo de investigación realizado en Unidades de Cuidados Paliativos de Hospitales de San Juan de Dios.

Coordinado por Anna Ramió Jofre.
Publicado por la editorial PPC.

Puede adquirirlo en su librería habitual.

Se trata, en este caso, de intervenciones dirigidas a determinados campos celulares, con efectos limitados al solo individuo.

La **terapia génica germinal** apunta en cambio a corregir defectos genéticos presentes en célula de la línea germinal, de modo que los efectos terapéuticos conseguidos sobre el sujeto se transmitan a su eventual descendencia. Las intervenciones de terapia génica, tanto somática como germinal, pueden ser efectuadas **antes del nacimiento**, en cuyo caso se habla de terapia génica **in utero**, o **después del nacimiento**, sobre el niño o el adulto.

26. Para la valoración moral hay que tener presente estas distinciones. Las **intervenciones sobre células somáticas con finalidad estrictamente terapéutica son, en principio, moralmente lícitas**. Tales intervenciones quieren restablecer la normal configuración genética del sujeto, o bien contrarrestar los daños que derivan de la presencia de anomalías genéticas u otras patologías correlacionadas.

Puesto que la terapia génica puede comportar riesgos significativos para el paciente, hay que observar el principio deontológico general según el cual, para realizar una intervención terapéutica, es necesario asegurar previamente que el sujeto tratado no sea expuesto a riesgos para su salud o su integridad física, que sean excesivos o desproporcionados con respecto a la gravedad de la patología que se quiere curar.

También se exige que el paciente, previamente informado, dé su consentimiento, o lo haga un legítimo representante suyo.

Distinta es la valoración moral de la **terapia génica germinal**. Cualquier modificación genética producida a las células germinales de un sujeto sería transmitida a su eventual descendencia. Ya que los riesgos vinculados a cada manipulación genética son significativos y todavía poco controlables, **en el estado**

actual de la investigación, **no es moralmente admisible actuar de modo tal que los daños potenciales consiguientes se puedan difundir en la descendencia**.

En la hipótesis de la aplicación de la terapia génica al embrión hay que añadir, además que necesita ser realizada en un contexto técnico de fecundación in vitro, y por tanto es susceptible de todas las objeciones éticas relativas a tales procedimientos.

Por estas razones hay que afirmar que, en el estado actual de la cuestión, la terapia génica germinal es moralmente ilícita en todas sus formas.

27. Una consideración específica merece la hipótesis según la cual la **ingeniería genética podría tener finalidades aplicativas distintas del objetivo terapéutico**. Algunos han imaginado que es posible utilizar las técnicas de ingeniería genética para realizar manipulaciones con el presunto fin de mejorar y potenciar la dotación genética.

En algunas de estas propuestas se manifiesta una cierta insatisfacción o hasta rechazo del valor del ser humano como criatura persona finita.

Dejando de lado las dificultades técnicas con los riesgos reales y potenciales anejos a su realización, tales manipulaciones favorecen una mentalidad eugenésica e introducen indirectamente un estigma social en los que no poseen dotes particulares, mientras enfatizan otras cualidades que son apreciadas por determinadas culturas y sociedades sin constituir de por sí lo que es específicamente humano.

Esto contrasta con la verdad fundamental de la igualdad de todos los seres humanos, que se traduce en el principio de justicia, y cuya violación, a la larga, atenta contra la convivencia pacífica entre los hombres.

Además, habría que preguntarse quién podría establecer que ciertas modificaciones son positivas y otras negativas, o cuáles deberían ser los límites de las peticiones individuales de una presunta mejora, puesto que no sería materialmente posible satisfacer los deseos de todos.

Cada respuesta posible sería el resultado de criterios arbitrarios y discutibles. Todo esto lleva a concluir que la perspectiva de una manipulación genética con fines de mejoras individuales acabaría, tarde o temprano, por dañar el bien común, favoreciendo que la voluntad de algunos prevalezca sobre la libertad de otros.

Finalmente hay que notar que en el intento de crear **un nuevo tipo de hombre** se advierte fácilmente una **cuestión ideológica**: el hombre pretende sustituir al Creador.

Al declarar este tipo de intervención como éticamente negativa, en cuanto implica un **injusto dominio del hombre sobre el hombre**, la Iglesia llama también la atención sobre la necesidad de volver a una perspectiva centrada en el cuidado de la persona y de educar para que la vida humana sea siempre acogida, en el cuadro de su concreta finitud histórica.

La clonación humana.

28. Por clonación humana se entiende la reproducción asexual y agámica de la totalidad del organismo humano, con objeto de producir una o varias “copias” substancialmente idénticas, desde el punto de vista genético, al único progenitor⁴⁸.

La clonación se propone con dos objetivos fundamentales: **reproductivo**, es decir para conseguir el nacimiento de un niño clonado, y **terapéutico** o de investigación.

La clonación reproductiva sería capaz en teoría de satisfacer algunas exigencias particulares, tales como, por ejemplo, el control de la evolución humana; la selección de seres humanos con cualidades superiores; la preselección del sexo de quienes han de nacer; la producción de un hijo que sea la “copia” de otro; la producción de un hijo por parte de una pareja afectada por formas de esterilidad no tratables de otro modo.

La clonación terapéutica, en cambio, ha sido propuesta como instrumento de producción de células troncales embrionarias con patrimonio genético predeterminado, para superar el problema del rechazo (inmunoincompatibilidad); está por tanto relacionada con la cuestión de la utilización de células troncales.

Los intentos de clonación han suscitado viva preocupación en el mundo entero. Muchos organismos nacionales e internacionales han expresado valoraciones negativas sobre la clonación humana, y en la mayoría de los países ha sido prohibida.

La clonación humana es intrínsecamente ilícita pues, llevando hasta el extremo el carácter inmoral de las técnicas de fecundación artificial, se propone **dar origen a un nuevo ser humano sin conexión con el acto de recíproca donación** entre dos cónyuges y, más radicalmente, **sin ningún vínculo con la sexualidad**.

48- En el estado actual de la ciencia, las técnicas propuestas para realizar la clonación humana son dos: fisión gemelar y transferencia del núcleo. La fisión gemelar consiste en la separación artificial de células individuales o grupos de células del embrión, en las primeras fases del desarrollo, y en su subsiguiente traslado al útero, para conseguir artificialmente embriones idénticos. La transferencia de núcleo, o clonación propiamente dicha, consiste en la introducción de un núcleo extraído de una célula embrionaria o somática en un óvulo anteriormente privado de su núcleo, seguido por la activación de este óvulo que, por consiguiente, debería desarrollarse como embrión.

Tal circunstancia da lugar a abusos y a manipulaciones gravemente lesivas de la dignidad humana⁴⁹.

29. En caso de que la clonación tuviera un objetivo **reproductivo**, se impondría al sujeto clonado un patrimonio genético preordenado, sometiéndolo de hecho -como se ha dicho- a una forma de **esclavitud biológica** de la que difícilmente podría liberarse.

El hecho de que una persona se arrogue el derecho de determinar arbitrariamente las características genéticas de otra persona, representa una grave ofensa a la dignidad de esta última y a la igualdad fundamental entre los hombres.

La particular relación que existe entre Dios y el hombre desde el primer momento de su existencia es la causa de la originalidad de cada persona humana, que obliga a respetar su singularidad e integridad, incluso aquella biológica y genética.

Cada uno de nosotros encuentra en el otro a un ser humano que debe su existencia y sus características personales al amor de Dios, del cual sólo el amor entre los cónyuges constituye una mediación conforme al designio de nuestro Creador Padre del Cielo.

30. Desde el punto de vista ético, la llamada clonación terapéutica es aún más grave. Producir embriones con el propósito de destruirlos, aunque sea para ayudar a los enfermos, es totalmente incompatible con la dignidad humana, porque reduce la existencia de un ser humano, incluso en estado embrionario, a la categoría de instrumento que se usa y

destruye. Es gravemente inmoral sacrificar una vida humana para finalidades terapéuticas.

Las objeciones éticas puestas de relieve por muchos contra la clonación terapéutica y el uso de embriones humanos producidos *in vitro* han hecho que algunos científicos presentaran técnicas nuevas, que serían capaces de producir células troncales de tipo embrionario sin presuponer la destrucción de verdaderos embriones humanos⁵⁰.

Estas técnicas han suscitado muchos interrogantes científicos y éticos, sobre todo en relación al estatuto ontológico del “producto” así conseguido. Mientras estas dudas no sean aclaradas, hay que tener en cuenta la siguiente afirmación de la **Encíclica Evangelium vitæ**: “*está en juego algo tan importante que, desde el punto de vista de la obligación moral, bastaría la sola probabilidad de encontrarse ante una persona para justificar la más rotunda prohibición de cualquier intervención destinada a eliminar un embrión humano*”⁵¹.

El uso terapéutico de las células troncales.

31. Las células troncales o células madre son células indiferenciadas que poseen dos características fundamentales:

- a) la prolongada capacidad de multiplicarse sin diferenciarse;
- b) la capacidad de dar origen a células progenitoras de tránsito, de las que descienden células sumamente diferenciadas, por ejemplo, nerviosas, musculares o hemáticas.

49- Cf. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción *Donum vitæ*, I, 6: AAS 80 (1988), 84; JUAN PABLO II, Discurso a los Miembros del Cuerpo Diplomático acreditado ante la Santa Sede (10 de enero de 2005), n. 5: AAS 97 (2005), 153.

50- Técnicas nuevas de este tipo son, por ejemplo, la aplicación de la partenogénesis a los seres humanos, la transferencia de un núcleo alterado (Altered Nuclear Transfer: ANT) y la reprogramación asistida del óvulo (Oocyte Assisted Reprogramming: OAR).

51- JUAN PABLO II, Carta Encíclica *Evangelium vitæ*, n. 60: AAS 87 (1995), 469.

Desde la verificación experimental de que las células troncales transplantadas a un tejido dañado tienden a favorecer la repoblación de células y la regeneración del tejido, se han abierto nuevas perspectivas para la medicina regenerativa, que han suscitado gran interés entre los investigadores de todo el mundo.

En el hombre, se han encontrado hasta ahora las siguientes fuentes de células troncales: el embrión en los primeros estadios de su desarrollo, el feto, la sangre del cordón umbilical, varios tejidos del adulto (médula ósea, cordón umbilical, cerebro, mesénquima de varios órganos, etc.) y el líquido amniótico. Inicialmente, los estudios se concentraron en las **células troncales embrionarias**, ya que se creyó que sólo éstas poseían grandes potencialidades de multiplicación y diferenciación.

Numerosos estudios han demostrado, en cambio, que también las **células troncales adultas** presentan una propia versatilidad. Aunque éstas no parecen tener la misma capacidad de renovación y plasticidad que las células troncales de origen embrionario, estudios y experimentaciones de alto nivel científico tienden a poner las células troncales adultas por encima de las embrionarias, en base a los resultados obtenidos.

De hecho, los protocolos terapéuticos que se practican actualmente prevén la utilización de células troncales adultas, y por ello se han iniciado distintas líneas de investigación que abren nuevos y prometedores horizontes.

32. Para la valoración ética hay que considerar tanto los **métodos de recolección de células troncales** como los **riesgos de su utilización clínica o experimental**.

En lo que atañe a los métodos usados para la recolección de células troncales, éstos deben considerarse en relación a su origen. Se deben considerar lícitos los métodos que no procuran grave daño al sujeto del que se extraen. Esta condición se verifica generalmente en el caso de:

- a) extracción de células de tejidos de un organismo adulto;
- b) de la sangre del cordón umbilical en el momento del parto;
- c) de los tejidos de fetos muertos de muerte natural.

Por el contrario, la extracción de células troncales del embrión humano viviente causa inevitablemente su destrucción, resultando por consiguiente gravemente ilícita.

En este caso *“la investigación, prescindiendo de los resultados de utilidad terapéutica, no se pone verdaderamente al servicio de la humanidad, pues implica la supresión de vidas humanas que tienen igual dignidad que los demás individuos humanos y que los investigadores.*

La historia misma ha condenado en el pasado y condenará en el futuro esa ciencia, no sólo porque está privada de la luz de Dios, sino también porque está privada de humanidad”⁵².

El uso de células troncales embrionarias o de células diferenciadas derivadas de ellas, que han sido eventualmente provistas por otros investigadores mediante la supresión de embriones o que están disponibles en comercio, pone serios problemas desde el punto de vista de la cooperación al mal y del escándalo⁵³.

52- BENEDICTO XVI, Discurso a los participantes en el Congreso Internacional sobre el tema “Las células troncales: ¿qué futuro en orden a la terapia?”, organizado por la Academia Pontificia para la Vida (16 de septiembre de 2006): AAS 98 (2006), 694.

53- Cf. n. 34-35 de esta Instrucción.f

En relación a la utilización clínica de células troncales conseguidas a través de procedimientos lícitos no hay objeciones morales. Sin embargo, hay que respetar los criterios comunes de deontología médica.

En este sentido, se debe proceder con gran rigor y prudencia, reduciendo al mínimo los riesgos potenciales para los pacientes, facilitando la confrontación mutua de los científicos y proporcionando información completa al público en general.

Es necesario alentar el impulso y el apoyo a la investigación sobre el uso de células troncales adultas, ya que no implica problemas éticos⁵⁴.

Los intentos de hibridación.

33. Recientemente se han utilizado óvulos de animales para la reprogramación de los núcleos de las células somáticas humanas -generalmente llamada **clonación híbrida**- con el fin de extraer células troncales embrionarias de los embriones resultantes, sin tener que recurrir a la utilización de óvulos humanos.

Desde un punto de vista ético, tales procedimientos constituyen una ofensa a la dignidad del ser humano, debido a la **mezcla de elementos genéticos humanos y animales** capaz de alterar la identidad específica del hombre.

El uso eventual de células troncales extraídas de esos embriones puede implicar, además, riesgos aún desconocidos para la salud, por la presencia de material genético animal en su citoplasma. Exponer conscientemente a un ser humano a estos riesgos es moral y deontológicamente inaceptable.

La utilización de "material biológico" humano de origen ilícito.

34. Para la investigación científica y la producción de vacunas u otros productos a veces se usan líneas celulares que son el resultado de intervenciones ilícitas contra la vida o la integridad física del ser humano. La conexión con la acción injusta puede ser inmediata o mediata, ya que generalmente se trata de células que se reproducen con facilidad y en abundancia.

Este "material" a veces es puesto en comercio o distribuido gratuitamente a los centros de investigación por parte de los organismos estatales que por ley tienen esta tarea. Todo esto da lugar a **diferentes problemas éticos** sobre la cooperación al mal y el escándalo.

Por lo tanto, conviene enunciar los principios generales a partir de los cuales quienes actúan en recta conciencia puedan evaluar y resolver las situaciones en las que podrían quedar involucrados a causa de su actividad profesional.

Cabe señalar en primer lugar que la misma valoración moral del aborto "*se debe aplicar también a las recientes formas de intervención sobre los embriones humanos que aun buscando fines en sí mismos legítimos comportan inevitablemente su destrucción*". Es el caso de los experimentos con embriones, en creciente expansión en el campo de la investigación biomédica y legalmente admitida por algunos Estados...

El uso de embriones o fetos humanos como objeto de experimentación constituye un delito en consideración a su dignidad de seres humanos, que tienen derecho al mismo respeto

54- Cf. BENEDICTO XVI, Discurso a los participantes en el Congreso Internacional sobre el tema "Las células troncales: ¿qué futuro en orden a la terapia?", organizado por la Academia Pontificia para la Vida (16 de septiembre de 2006): AAS 98 (2006), 693-695.f

*debido al niño ya nacido y a toda persona*⁵⁵. Estas formas de experimentación constituyen siempre un desorden moral grave⁵⁶.

35. Se configura un problema distinto cuando los investigadores usan un “material biológico” de origen ilícito, que ha sido producido fuera de su centro de investigación o que se encuentra en comercio.

La Instrucción *Donum vitæ* ha formulado el principio general que debe ser observado en estos casos: “Los cadáveres de embriones o fetos humanos, voluntariamente abortados o no, deben ser respetados como los restos mortales de los demás seres humanos.

*En particular, no pueden ser objeto de mutilaciones o autopsia si no existe seguridad de su muerte y sin el consentimiento de los padres o de la madre. Se debe salvaguardar además la exigencia moral de que no haya habido complicidad alguna con el aborto voluntario y de evitar el peligro de escándalo*⁵⁷.

En ese sentido es insuficiente el criterio de independencia formulado por algunos comités de ética, según el cual sería éticamente lícita la utilización de “material biológico” de origen ilícito, a condición de que exista una separación clara entre los que producen, congelan y dan muerte a los embriones, y los investigadores que desarrollan la experimentación científica.

El criterio de independencia no es suficiente para evitar una contradicción en la actitud de quienes dicen desaprobación las injusticias

cometidas por otros, pero al mismo tiempo aceptan para su trabajo el “material biológico” que otros obtienen mediante tales injusticias.

Cuando el delito está respaldado por las leyes que regulan el sistema sanitario y científico, es necesario distanciarse de los aspectos inicuos de esos sistemas, a fin de no dar la impresión de una cierta tolerancia o aceptación tácita de acciones gravemente injustas⁵⁸.

De lo contrario, se contribuiría a aumentar la indiferencia, o incluso la complacencia con que estas acciones se ven en algunos sectores médicos y políticos.

Se objeta a veces que consideraciones como las arriba expuestas parecen presuponer que los investigadores de recta conciencia deberían oponerse activamente a cualquier acción ilícita llevada a cabo en el campo médico, con lo que su responsabilidad ética se ampliaría de modo excesivo. El deber de evitar la cooperación al mal y el escándalo es en realidad parte de la actividad profesional ordinaria del médico.

Ésta debe ser planteada correctamente y, a través de ella, se ha de dar testimonio del valor de la vida, oponiéndose también a las leyes gravemente injustas.

Hay que precisar que el deber de rechazar el “material biológico” deriva de la obligación de separarse, en el ejercicio de la propia actividad de investigación, de un marco legislativo gravemente injusto y de afirmar con claridad el valor de la vida humana.

55- JUAN PABLO II, Carta Encíclica *Evangelium vitæ*, n. 63: AAS 87 (1995), 472-473.

56- Cf. *ibid.*, n. 62: l.c., 472.

57- CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción *Donum vitæ*, I, 4: AAS 80 (1988), 83.

58- Cf. JUAN PABLO II, Carta Encíclica *Evangelium vitæ*, n. 73: AAS 87 (1995), 486: «El aborto y la eutanasia son crímenes que ninguna ley humana puede pretender legitimar. Leyes de este tipo no sólo no crean ninguna obligación de conciencia, sino que, por el contrario, establecen una grave y precisa obligación de oponerse a ellas mediante la objeción de conciencia». El derecho a la objeción de conciencia, expresión del derecho a la libertad de conciencia, debería ser tutelado por las legislaciones civiles.

Esto vale también en ausencia de cualquier conexión próxima de los investigadores con las acciones de los técnicos de la procreación artificial o con las de aquéllos que han procurado el aborto, e incluso cuando no haya un acuerdo previo con los centros de procreación artificial. Por eso el mencionado criterio de independencia es necesario, pero puede ser éticamente insuficiente.

Por supuesto, dentro de este marco general existen diferentes grados de responsabilidad. Razones de particular gravedad podrían ser moralmente proporcionadas como para justificar el uso de ese "material biológico".

Así, por ejemplo, el peligro para la salud de los niños podría autorizar a sus padres a utilizar una vacuna elaborada con líneas celulares de origen ilícito, quedando en pie el deber de expresar su desacuerdo al respecto y de pedir que los sistemas sanitarios pongan a disposición otros tipos de vacunas.

Por otro lado, debemos tener en cuenta que en las empresas que utilizan líneas celulares de origen ilícito no es idéntica la responsabilidad de quienes deciden la orientación de la producción y la de aquéllos que no tienen poder de decisión.

En el contexto de la urgente **movilización de las conciencias en favor de la vida**, debemos recordar a los profesionales de la salud que *"su responsabilidad ha crecido hoy enormemente y encuentra su inspiración más profunda y su apoyo más fuerte precisamente en la intrínseca e imprescindible dimensión ética de la profesión sanitaria, como ya reconocía el antiguo y siempre actual juramento de Hipócrates, según el cual se exige a cada médico el compromiso de respetar absolutamente la vida humana y su carácter sagrado"*⁵⁹.

Conclusión.

36. A veces se ha oído la acusación de que la enseñanza moral de la Iglesia contiene demasiadas prohibiciones. En realidad, esa enseñanza se funda en el reconocimiento y la promoción de los dones que el Creador ha concedido al hombre; dones como la vida, el conocimiento, la libertad y el amor.

Un reconocimiento especial merece, por tanto, no sólo la actividad cognoscitiva del hombre sino también aquella de orden práctico, como el trabajo y la actividad tecnológica.

Con estas últimas, en efecto, el hombre participando en el poder creador de Dios está llamado a transformar la creación, ordenando sus muchos recursos en favor de la dignidad y el bienestar integral de todos, cada uno de los hombres, y a ser también custodio de su valor e intrínseca belleza.

Pero la historia de la humanidad ha sido testigo de cómo el hombre ha abusado y sigue abusando del poder y la capacidad que Dios le ha confiado, generando distintas formas de **injusta discriminación y opresión** de los más débiles e indefensos.

Los ataques diarios contra la vida humana, la existencia de grandes zonas de pobreza en las que los hombres mueren de hambre y enfermedades, excluidos de recursos de orden teórico y práctico que otros países tienen a disposición con sobreabundancia, un desarrollo tecnológico e industrial que está poniendo en riesgo de colapso el ecosistema; la utilización de la investigación científica en el campo de la física, la química y la biología con fines bélicos; las numerosas guerras que todavía hoy dividen pueblos y culturas.

59- Cf. JUAN PABLO II, Carta Encíclica *Evangelium vitae*, n. 89: AAS 87 (1995), 502.

Éstos son, por desgracia, sólo algunos signos elocuentes de cómo el hombre puede hacer un mal uso de su capacidad y convertirse en el peor enemigo de sí mismo, perdiendo la conciencia de su alta y específica vocación a ser un colaborador en la obra creadora de Dios.

Paralelamente, la historia de la humanidad manifiesta un progreso real en la comprensión y el reconocimiento del valor y la dignidad de cada persona, fundamento de los derechos y de los imperativos éticos con los que se ha intentado y se intenta construir la sociedad humana.

Pues bien, es precisamente en nombre de la promoción de la dignidad humana que se ha prohibido toda conducta y estilo de vida que perjudica esa dignidad.

Así, por ejemplo, las prohibiciones jurídico-políticas, y no sólo éticas, contra las distintas formas de racismo y de esclavitud, la discriminación injusta y la marginación de las mujeres, niños, personas enfermas o con discapacidades graves, son un claro testimonio del reconocimiento del valor inalienable y de la intrínseca dignidad de cada ser humano, y el signo del genuino progreso que está recorriendo la historia de la humanidad.

En otros términos, la legitimidad de cualquier prohibición se funda en la necesidad de tutelar un auténtico bien moral.

37. Si el progreso humano y social se caracterizó inicialmente por el desarrollo de la industria y la producción de bienes de consumo, hoy se distingue por el desarrollo de la informática, la investigación en el campo de la genética, la medicina y la biotecnología aplicada también al hombre.

Se trata de áreas de gran importancia para el futuro de la humanidad, en las que, sin embargo, también existen evidentes e inaceptables abusos.

“Así como hace un siglo la clase obrera estaba oprimida en sus derechos fundamentales, y la Iglesia tomó su defensa con gran valentía, proclamando los derechos sacrosantos de la persona del trabajador, así ahora, cuando otra categoría de personas está oprimida en su derecho fundamental a la vida, la Iglesia siente el deber de dar voz, con la misma valentía, a quien no tiene voz.

El suyo es el clamor evangélico en defensa de los pobres del mundo y de quienes son amenazados, despreciados y oprimidos en sus derechos humanos”⁶⁰.

En virtud de la misión doctrinal y pastoral de la Iglesia, la Congregación para la Doctrina de la Fe ha sentido el deber de reafirmar la dignidad y los derechos fundamentales e inalienables de todo ser humano, incluso en las primeras etapas de su existencia, y de explicitar los requisitos de protección y respeto que el reconocimiento de tal dignidad exige a todos.

El cumplimiento de este deber implica la valentía de oponerse a todas las prácticas que se traducen en una grave e injusta discriminación de los seres humanos aún no nacidos. Son seres humanos dotados de la dignidad de persona, que han sido creados a imagen de Dios.

Detrás de cada “no” brilla, en las fatigas del discernimiento entre el bien y el mal, un gran “sí” en reconocimiento de la dignidad y del valor inalienable de cada singular e irrepetible ser humano llamado a la existencia.

60- JUAN PABLO II, Carta a todos los Obispos de la Iglesia sobre la intangibilidad de la vida humana (19 de mayo de 1991); AAS 84 (1992), 319.

1- Cf. M. Aramini, "L'eutanasia. Commento giuridico-etico della nuova legge olandese", Editore Giuffrè, Milano 2003, pp. 46-55.

Aspectos biojurídicos sobre la legalización de la eutanasia en Holanda.

> Elisabetta Sezzatini.
Bioeticista.

Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud.

Holanda es el primer país del mundo que ha legalizado la eutanasia y el suicidio asistido, considerados por el texto de la ley como prácticas médicas que, directa o indirectamente, procuran la muerte de una persona enferma que lo solicita, cuya situación no tenga perspectivas de mejora y sus sufrimientos sean insoportables.

Mucho antes, en algunos Estados (p.e. Oregon en EE.UU.) la eutanasia se ha practicado como efecto de sentencias de las Cortes.

El día 10 de abril del año 2001 el gobierno holandés aprobó la ley n. 137¹, sobre la eutanasia y el suicidio asistido como respuesta a la exigencia de incluir en el ordenamiento jurídico holandés una norma para exonerar de la responsabilidad criminal a los médicos que, luego de haber observado los requisitos de debida diligencia, no corran el riesgo de ser perseguidos por la ley por haber puesto fin a una vida por petición propia o por haber asistido en el suicidio a otra personas. ▶

1. Exposición de la ley.

El texto de la ley contiene 24 artículos subdivididos en cinco capítulos como sigue:

- *Capítulo I:* Definiciones de los términos (*art. 1*).
- *Capítulo II:* Requisitos del cuidado obligatorio (*art. 2*).
- *Capítulo III:* Las comisiones regionales de examen para la eutanasia por petición propia y el suicidio asistido (*art. 3-19*).
- *Capítulo IV:* Enmendamientos a otras leyes (*art. 20-22*).
- *Capítulo V:* Cláusulas finales (*art. 23-24*).

Para hacer legal la eutanasia y el suicidio asistido, la **ley holandesa 137/2001** tuvo que enmendar algunos artículos del código penal, en particular el **art. 293** que pena con una multa o con la reclusión hasta por 12 años a los que causan la muerte de otra persona por petición expresa y motivada, y el art. 294 que prevé una multa y una pena hasta por tres años de reclusión para los que intencionalmente incitan, asisten o procuran los medios a fin de que otra persona se suicide.

Es bueno subrayar que en la ley 137/2001, tanto la eutanasia como el suicidio asistido no son considerados delitos penales sólo si se respetan determinados presupuestos requeridos **ad substantiam**, ya que, en caso contrario, se incurre en el delito penal contemplado por los **art. 293 y 294**, con las debidas consecuencias. De hecho, el **art. 20 de la Ley sobre la Eutanasia por Petición** y sobre el Suicidio Asistido afirma, en el punto A, que el delito previsto por el art. 293 no será penado si ha sido cometido por un médico que ha satisfecho **las prescripciones de debida diligencia**, previsto por el **art. 2** de la ley y que, según lo previsto por el segundo párrafo del **art. 7** enmendado de la Ley sobre la Sepultura y Cremación, **informe al perito autóptico municipal** si la muerte del paciente es el

resultado de una eutanasia por petición o de un suicidio asistido, llenando un formulario que se integrará con un informe referente a la observancia obligatoria de los requisitos de debida diligencia.

En particular, el requisito de la prescripción de la debida diligencia se considera satisfecho cuando el médico está plenamente convencido de que la solicitud del paciente es voluntaria y bien ponderada.

Si el paciente tiene dieciseis años o una edad superior pero no es capaz de expresar su voluntad, pero antes de alcanzar esta condición clínica tenía una razonable capacidad de entender y querer acerca de sus intereses e hizo un testamento escrito que contiene la petición para la eutanasia, el médico no puede dejar de tener en cuenta el requisito de la petición voluntaria y bien ponderada.

Si el paciente ha alcanzado una edad entre los diecises y los dieciocho años y se puede considerar que posee una razonable conciencia de sus intereses, el médico puede acoger la solicitud del paciente para poner terminación a su vida o el suicidio, después que los padres o los parientes que ejercen la patria potestad y/o su tutor, hayan sido implicados en el proceso decisional.

En fin, si el menor paciente tiene una edad comprendida entre los doce y los dieciseis años y se puede considerar que tenga una razonable conciencia de sus intereses, el médico puede acoger la petición del paciente bajo la condición de que los padres o los parientes que ejercen la patria potestad y/o su tutor estén siempre de acuerdo con la decisión de poner terminación a la vida o con el suicidio asistido.

Además, es necesario que el médico tenga la plena convicción de que los sufrimientos del paciente resisten a la terapia y sean insuperables y haya informado al paciente sobre la situación clínica y acerca de sus perspectivas y éste tenga la convicción de que no existe otra solución razonable para su situación.

Asimismo, el médico debe consultar al menos a otro médico independiente que visita al paciente y manifiesta su parecer en torno a los requisitos del debido tratamiento con referencia a la petición voluntaria y bien ponderada de eutanasia o suicidio asistido del paciente y al hecho de que el paciente esté convencido de que no existan otras soluciones razonables a su condición. Finalmente, al poner terminación a la vida o al asistir a un suicidio asistido, el médico lo debe hacer con los debidos cuidados.

El médico que ha efectuado la eutanasia o ha brindado asistencia voluntaria en el suicidio asistido de otra persona o ha procurado para otra persona los medios, debe comunicarlo a la Comisión regional de control de la eutanasia, que es nombrada por el ministro de la Justicia y por el de Salud, Bienestar y Deporte. Existen 5 comisiones regionales de control que deben acertar que se apliquen los criterios de sumo cuidado en caso de eutanasia. Entre los miembros que componen la Comisión deben estar presentes también un jurista, un médico y un experto de ética. Estas comisiones regionales de control, comunican el juicio sobre un caso de eutanasia, sólo si consideran que no se hayan observado los criterios de cuidados máximos en la aplicación de la eutanasia, al Fiscal y a la Inspectoría regional del Ministerio de Salud los cuales decidirán si el médico debe ser perseguido o no penalmente.

2. Comentario a la ley.

La ley de legalización de la eutanasia y del suicidio asistido, que hemos expuesto hasta ahora en sus aspectos fundamentales, aún sin ser muy permisiva, ha sido superada en los hechos. En efecto, se ha asistido a la verificación del fenómeno denominado del **"slippery slope"**, es decir, del declive resbaloso, de ese proceso por el cual una vez que se acepta un determinado comportamiento, en el caso específico la eutanasia por solicitud,

se llega a aceptar otro comportamiento, incluso menos admisible que el anterior, como ocurre en la práctica de la eutanasia también sin petición y no sólo en pacientes terminales sino hasta en pacientes que sufren psicológicamente, para llegar a la aceptación de la eutanasia pediátrica.

En efecto, se ha concordado y elaborado un protocolo que describe el acuerdo realizado entre la clínica universitaria de **Groningen** en Holanda y las autoridades judiciales holandesas, referente a la posibilidad de eutanasia también para los niños por debajo de los 12 años hasta llegar a la edad neonatal, con el fin de **"liberarlos del dolor"**. Naturalmente, en estos casos al aplicar la eutanasia ya no se responde al principio de autonomía ni a una petición insistente y consciente de eutanasia y menos aún de consentimiento válido.

De aquí surge espontánea una pregunta: ¿qué podemos esperar aún? Lamentablemente y tenemos una respuesta a esta pregunta: se está abriendo camino en Holanda la discusión sobre la admisibilidad de la eutanasia geriátrica incluso en los casos en que los ancianos ya no tengan ganas de vivir, que estén bastante cansados de la vida para apagar una existencia que la vejez ha quitado todo sentido, como ya ha sucedido para un senador socialista de ochenta años, **Brongersma** que ha pedido y obtenido ser 'terminado' no porque fuese enfermo o deprimido, sino porque estaba cansado de vivir. Es como si el sufrimiento, la vejez, las patologías psíquicas y físicas hicieran que la vida ya no tenga sentido, porque no permiten vivirla plenamente, de modo autónomo y agradable, "agradable". A este punto, nada quita que también a los jóvenes **"cansados de vivir"**, se les pueda consentir el suministro de la misma pildora porque ya no tienen intereses o se sienten solos,

A esta ley le falta una tutela adecuada contra sus posibles abusos, de hecho los médicos, para escapar al procedimiento de denuncia de eutanasia, o también porque el caso no satisface las exigencias de diligencia, usan frecuentemente la denominada **"sedación terminal"**, es decir, combinación de medios adecuados para provocar

en el paciente sedación profunda o coma, u omiten el suministro de alimento y líquidos con la intención de procurar el deceso anticipado del paciente y no sólo la supresión de los síntomas dolorosos, que de suyo puede ser aceptable. El mismo **Presidente del Colegio de Fiscales generales de los Países Bajos** ha indicado una laguna en la ley según la cual la sedación terminal no puede ser controlada y auspicia alguna forma de control externo². Por tanto, estamos frente a un acto de eutanasia intencional que escapa a las directivas impuestas por la ley, para tutelar a las personas enfermas de posibles abusos, como sucede con la falta de denuncia de la mitad de casos descritos por la ley como eutanasia y suicidio médicamente asistido.

Otro aspecto importante que es preciso considerar son los cuidados paliativos, que en Holanda han llegado con retraso con respecto a la eutanasia. Como denuncian muchos médicos holandeses la calidad de los cuidados paliativos deja mucho que esperar, además hay que añadir que existe una creciente presión ejercida en los médicos por razones en ámbito sanitario. En efecto, como afirma la **Dra. Llorá Finlay of Llanfaff**, miembro de la **Cámara de los Lords** y docente de Medicina paliativa en la **Universidad de Cardiff** (Inglaterra), “*cuesta mucho menos ayudar a una persona a morir que estarle cerca humanamente hasta el final*”³.

Además, el dolor de los pacientes hoy más que nunca es un dolor “curable” con los medios adecuados de la analgesia y de los cuidados paliativos proporcionados al dolor mismo; si es acompañado por una adecuada asistencia humana y espiritual, éste puede ser suavizado y confortado en un clima de sostén psicológico y afectivo. La experiencia del Hospice, clínica cuyo objetivo primario es la humanización de la asistencia

al paciente en fin de vida, y el tratamiento del dolor -mediante los llamados cuidados paliativos- pone en duda aún más esta correlación aparentemente tan obvia entre sufrimiento y deseo de morir; es verdad que los pacientes con un sufrimiento no controlado pueden considerar la muerte como la única fuga del sufrimiento que están experimentando, pero generalmente el sufrimiento no es un factor de riesgo independiente, la variable significativa en la relación entre sufrimiento y suicidio es la interacción entre sufrimiento y sentimientos de desesperación y depresión.

3. Principios morales.

En nuestra cultura se está perdiendo el “principio de humanidad”. Como afirma **S.E. Mons. Sgreccia**: “*Es humano curar el dolor y predisponer hospices para los enfermos de tumor, o es más humano predisponer el fármaco letal para las personas que están afectadas por enfermedades incurables, ya sea que ellas lo pidan en primera persona, o que los médicos supongan que lo pedirían si pudiesen hacerlo*”⁴.

El enfermo terminal tiene derecho a morir con serenidad, con dignidad humana y cristiana pero esto no significa procurarse o hacerse procurar la propia muerte. De hecho, no se puede negar que el nuestro es un instinto de vida, no de muerte. Aquí están todas las inquietudes de la humanidad, todo el esfuerzo de la medicina para acompañar, dar calidad a la vida, desde el momento en que ella nace⁵. La persona enferma tiene necesidad de sentirse amada, comprendida, acogida, acariciada, de vivir en un ambiente alegre, lleno de colores, circundada por personas

2- W.J. Eijk, Informe 2001/2002 sobre la eutanasia en los Países Bajos, en Medicina Morale 2003/6, pp. 1143-1145

3- Entrevista al médico L. Finlay (09 de marzo de 2006), en www.avvenireonline.it/Vita/Articoli/Interviste/20060309.htm

4- E. Sgreccia, La eutanasia en Holanda: ¡también para los niños!, en L'Osservatore Romano, 3 de setiembre de 2004, p.8.

5- Cf. J.L. Redrado, La muerte, cátedra de la vida, en Dolentium Hominum n. 28, p. 62.

competentes, profesionales pero al mismo tiempo cordiales, que creen una empatía con el enfermo y realicen lo que indicamos como humanización de la medicina.

La razón fundamental por la que es ilícito promover la eutanasia es que la vida no nos pertenece y tenemos el deber de curarla con medios proporcionados, pero nunca tenemos el poder de quitarla.

4. Conclusión.

Después de estas breves reflexiones, podemos hacer algunas consideraciones. Ante todo, la ley sobre la eutanasia y el suicidio asistido, más allá de la ilegalidad de estas prácticas, no tutela contra el primado de la economía sobre las clases sociales más desventajadas o el desprecio que la concepción utilitarista tiene del enfermo incurable, antes bien es un vector para abusos, así como impulsora del denominado “plano inclinado”.

Se debería pensar en una ley que tutele al enfermo de las prevaricaciones de muchos médicos, que con convicciones pro-eutanásicas, se arrogan el derecho de interpretar la voluntad del enfermo en su fase de fin de vida, y hacen que disminuya aquella confianza entre médico y paciente, que durante siglos ha caracterizado su misión; ¡el médico debe ayudar siempre al paciente a luchar por la vida y nunca por la muerte!

En último análisis, creo que sería bueno invertir en los cuidados paliativos que, según muchos médicos, todavía se practican poco en Holanda y representan el justo camino a seguir para una verdadera atención al enfermo en su globalidad de cuerpo, espíritu y psique.

Quisiera concluir con una afirmación de **Santo Padre Benedicto XVI**, que invita “*a no caer en el engaño de pensar que se puede disponer de la vida hasta legitimar su interrupción con la eutanasia, enmascarándola quizás con un velo de piedad humana*”⁶.

6- Benedicto XVI, Angelus del 4 de febrero de 2007, en

http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/angelus/2007/documents/hf_ben-xvi_ang_20070204_it.html

1- Esta reflexión fue presentada en forma de ponencia en la mesa redonda sobre Humanización de los cuidados en las II Jornadas de Enfermería de la provincia de San Rafael, celebradas en Sant Boi de Llobregat en marzo de 2008.

La humanización de los cuidados de enfermería. Una visión antropológica¹.

> Núria Roca i Caparà.

*Profesora EUI Sant Joan de Déu. Barcelona.
Miembro del Grupo de Investigación EMIGRA.
Universitat Autònoma de Barcelona.*

*“Por encima de todas las diferencias
debemos ser conscientes de todo lo común que procede
del hecho de que el hombre es en esencia
un homo culturalis”*

Ramin Jahanbegloo (2007, 17).

Hablar de la humanización de los cuidados de Enfermería desde la perspectiva antropológica es hablar de la atención a la diversidad. Antropología y Enfermería comparten unos mismos protagonistas: la persona y los grupos humanos.

La Antropología es la ciencia social que estudia las personas y sus culturas es decir, sus formas de vida, creencias, valores...
La Antropología se ocupa fundamentalmente de entender la diversidad humana.

Por su parte, el objetivo de la Enfermería es el cuidado de personas con diferentes cosmovisiones, y por tanto, diferentes maneras de vivir la salud, la enfermedad y los cuidados. ▶

1. Antropología y diversidad.

Las personas somos diversas en gustos, preferencias, prioridades, valores, maneras de vivir e interpretar la vida. La época actual se define por la diversidad y el cambio rápido. Las sociedades son cada vez más multiculturales, complejas y heterogéneas. El ser humano es cultural y la cultura estructura nuestras vidas. Las culturas son cambiantes y dinámicas. Tenemos diversidad cultural y de todo tipo, y esta diversidad otorga riqueza a las personas y sociedades.

El arte de cuidar lo practicamos todos los seres humanos, sea cuidando de los otros o de uno mismo. Es un hecho que acompaña la historia de la humanidad. La enfermedad, la salud y el cuidado tienen diversidad de interpretaciones y vivencias según la persona o la cultura en que se emplazan. También la actitud hacia la enfermedad y los métodos utilizados para luchar contra ella varían de una sociedad o cultura a otra, aunque cabe destacar que son muchos los elementos compartidos. Debemos ser conscientes que cada grupo humano construye su sistema de salud para, así, superar la visión etnocéntrica que la medicina occidental tiene de las otras medicinas y culturas.

Cuando nos referimos al proceso salud/enfermedad no podemos perder de vista su articulación con el sistema social y cultural, la diversidad de vivencias e interpretaciones que cada grupo humano hace del proceso de enfermar y curar, el papel social que tiene la enfermedad y la consideración integral de la persona. En nuestra sociedad, el modelo médico hegemónico privilegia lo biológico y tiene una concepción ahistórica, asocial, individualizada y técnica.

La Antropología propone un análisis de las dimensiones sociales y culturales de la enfermedad y de los factores que interactúan, es decir, una visión holística de la persona y su contexto, reforzando la misión de Enfermería. Tener en cuenta el contexto es analizar y conocer las condiciones y factores que pueden causar la enfermedad.

Tener en cuenta a la persona, de manera holística, significa acercarnos a ella para conocer de que manera padece la enfermedad.

2. Enfermería y cuidado.

Cuando hablamos de la humanización de los cuidados de Enfermería y lo hacemos desde la Antropología debemos dirigir nuestra mirada a “otro” objeto de nuestros cuidados y a nosotros mismos. El “otro” es diferente pero nosotros/a también lo somos. *“El ejercicio de la profesión enfermera se basa en la relación con ‘otros’ Entablamos la comunicación a partir de nuestros códigos culturales y de las imágenes preconstruidas del ‘otro’. Cuando esta imagen es negativa genera desconfianza”.* (Roca, N. Vega, C., 2007: 2)

La ANECA señala como competencia de la profesión enfermera la *“Capacidad para trabajar de manera holística, tolerante, sin enjuiciamiento, cuidadosa y sensible, asegurando que los derechos, creencias y deseos de los diferentes individuos y grupos no se vean comprometidos”.* El hecho de que esta competencia señale que la enfermería debe asegurar los derechos, creencias y deseos de sus enfermos es especialmente importante.

Los profesionales de la salud podemos tener dificultades en la atención/cuidado de los “otros” culturales. Somos víctimas, como el resto de la sociedad del desconocimiento y/o desconfianza hacia el “otro”, al que vemos diferente. Nuestra mirada está sesgada por estereotipos, prejuicios etnocentrismo que nos llevan a posicionamiento en excesivo inferiorizadores o paternalistas hacia el “otro”. No debe ser así. La ignorancia de otras culturas puede conducir a sobredimensionar la propia (Jahanbegloo, R. 2007: 34) y a deslegitimar la ajena.

El objetivo de la práctica sanitaria es curar y para conseguirlo es fundamental cuidar a las personas

No hay curación sin cuidados (Torralba, 2002: 15). Todo cuidado se ejerce en el seno de una cultura y en un contexto histórico, político, económico y social determinado. La acción de cuidar es una constante universal pero ya no encontramos patrones o modelos particulares, hay una hibridación de estas formas de sanación, aunque sí es universal la necesidad de cuidado que todas y todos tenemos (Torralba, 2002: 9).

Indica Torralba que *“la propia persona es poliédrica, ambivalentemente pluridimensional”* (2002: XII). El enfermo/a antes que nada es persona y esta evidencia debe guiar nuestra praxis. La burocratización, la masificación, la tecnología, la escasez de recursos humanos, de tiempo... pueden deshumanizar los cuidados de enfermería.

Debemos estar alerta. Cuidar al “otro” es el acto humanitario total si lo hacemos bien, si somos conscientes de nuestros actos. La pérdida de la salud no supone una rebaja ni de la dignidad de la persona, ni de sus derechos universales, inviolables e inalienables, pero sí pone de manifiesto la “vulnerabilidad” de todo ser humano. *“El respeto y la consideración social jamás deben perderse de vista en el proceso de cuidar”* (Torralba, 2002: 157).

La enfermería es una profesión de raíces humanistas que trabaja con personas de todo origen y condición. Los profesionales de enfermería no siempre conocemos los códigos culturales de las personas que atendemos. Cuáles son sus creencias, valores, prácticas, preferencias y conocimientos sobre la salud y la enfermedad.

De qué manera sus hábitos de vida pueden estar afectando su salud. Cómo el contexto en que viven las convierte en vulnerables ante la enfermedad. Qué significados otorgan a la salud, a la enfermedad y al cuidado. No podemos pretender ser enciclopedias conocedoras de todas las culturas ni diversidades pero si debemos ser conscientes que este desconocimiento limita en gran manera la relación enfermería-usuario en los servicios de salud.

3. La humanización de los cuidados de enfermería.

La humanización de los cuidados significa centrar nuestra atención en la relación humana. La persona y su dignidad como prioridad máxima. *“La práctica del cuidado de la salud y la enfermedad se sustenta en componentes éticos y como tal se basa en principios humanistas, fundamentalmente, comprensión, implicación y compasión, entre otros, materializados a través de la ayuda, la promoción de la salud y la protección como acciones más importantes (Medina, 1999: 52). La empatía hace posible el desarrollo de estos atributos. Se trata de la capacidad de sentir con el ‘otro’”.* (Roca, N. Vega, C. 2007: 3).

Las personas somos vulnerables y la enfermedad quiebra el orden interno de la persona, confiriéndole mayor vulnerabilidad emocional, física y psicológica. El enfermo es un ser frágil que deviene dependiente de nuestros cuidados. Muchos enfermos sufren soledad. Vivir la enfermedad solo o sola supone aumentar el sufrimiento. Debemos ser sensibles al sufrimiento.

Para ello, la atención a las personas debe trascender el aspecto tecnológico de los procesos asistenciales y recuperar la dimensión social, cultural y humana. No debe ser un acto rutinario ni automático. En este sentido, es fundamental la relación que establecemos con la persona objeto de nuestros cuidados y la manera en que procedemos. Individualizar los cuidados significa adecuarlos a cada persona según su situación y necesidades. El acto de cuidar implica acompañamiento en todas las dimensiones de la persona (Torralba, 1998: 5). Para cuidar y acompañar es necesario conocer a la persona y su contexto, todo aquello que influye y determina su situación de enfermedad.

En este acto y en la relación que se establece es imprescindible comprender al “otro” y explorar nuestro posicionamiento ante él. Sabemos que ante el “otro” la tendencia es sobredimensionar

las diferencias. La comunicación nos ayuda a conocer y apreciar mejor las similitudes. Dice **Todorov (1988: 27)** que *“el conocimiento de lo ajeno sirve para el enriquecimiento propio: en este campo, dar es recibir. La falta de curiosidad por los otros es un signo de debilidad, no de fuerza”*.

En la sociedad actual, tan diversa, nuestra actividad profesional la debemos dirigir hacia un enfoque intercultural. Dos procesos son necesarios. Primeramente la **descentración**, es decir, tomar distancia del sistema de uno mismo relativizando la propia cultura, nuestro universo simbólico, para después **entrar en el sistema del otro**. Conocer al “otro” nos permite abrir nuestra mirada a otros horizontes, a otros patrones y modelos culturales. Nos hace ser más flexibles y abiertos.

Recordemos que nuestra profesión se basa en el respeto a la persona y a su sistema de valores. Debemos tratar a los enfermos y usuarios como sujetos con dignidad y capacidades. Es cierto que tenemos limitaciones y dificultades. Es preciso vencerlas. Para que nuestra relación tenga la calidad humana que precisa nos debemos plantear: ¿cómo vive la persona su enfermedad?, ¿cuál es su opinión?, ¿nos ha entendido?, ¿sabrá hacerlo?, ¿qué necesita?, ¿cómo puedo ayudarla?... ¿De qué manera conseguir esta calidad humana?, a través de la escucha y el diálogo, creando un clima de confianza. El acto básico de la comunicación es la escucha. Dejar que el “otro” pueda expresar sus dudas, preocupaciones, miedos y ansiedades y se sienta escuchado.

El diálogo, la aceptación de la pluralidad y diversidad, el derecho a la igualdad de trato y el respeto mutuo son valores que trascienden nuestra práctica para erigirse en los pilares sobre los que descansan unos cuidados de Enfermería humanos de calidad. Dice **Jahanbegloo (2007: 36)** que *“el diálogo entre culturas significa aprender a enfrentarse con las diferencias, no a negarlas”*.

El sistema sanitario necesita adaptarse a una realidad social y cultural cambiante, integrando la diversidad de formas de entender, representar

y vivir la enfermedad, la salud y la terapéutica. La humanización de los cuidados de Enfermería no es responsabilidad exclusiva de los profesionales; los gestores, las instituciones y las administraciones deben asegurar las condiciones necesarias para que el acto de cuidar sea de calidad. La dimensión humana y humanista de los cuidados debe ser totalmente pragmática para así compensar la alta tecnología de algunos procedimientos.

El Comité Consultiu de Bioètica de Catalunya señala que en la atención a la diversidad se deben garantizar:

- El acceso justo e igualitario a los servicios de salud.
- El respeto a la diversidad cultural como garante de la dignidad de la persona, es decir, la comprensión y el respeto desde una perspectiva multicultural.
- Sensibilización sobre las diferentes opciones diagnósticas y terapéuticas de una atención culturalmente competente.
- Ejercicio real de la autonomía personal y el derecho a la información.
- Respeto a la confidencialidad de la información.

La humanización de los cuidados tiene como eje fundamental la hospitalidad. Hospitalidad significa acogida, trato respetuoso, atención personalizada, sensibilidad ante el sufrimiento. Para ello es necesario que los profesionales y las instituciones trabajemos desde la proximidad, la empatía, la beneficencia y el acompañamiento. Debemos practicar la hospitalidad para acoger, compartir y buscar el bien del “otro”, estableciendo una relación de confianza y respeto hacia su identidad personal. Como señala **Torrallba (2003: 31, 33)** es la práctica de la no indiferencia de preservar la dignidad y libertad de la persona enferma. En la sociedad diversa y multicultural la hospitalidad consiste en acoger al “otro” diferente culturalmente y establecer unas relaciones interculturales. La hospitalidad juanediana es universal e integral. Universal porque no excluye

a nadie e integral porque contempla todas las dimensiones de la persona. *“La habilidad de reconocer y aceptar las perspectivas del otro, de implicarse en un diálogo deliberativo y negociar los objetivos del cuidado son competencias que enfermería debe desarrollar”* (Gándara, 2008: 22).

4. Conclusiones.

Los profesionales de la Enfermería debemos ser competentes en el conocimiento de la diversidad de nuestro entorno social, para integrar valores y actitudes positivas hacia la diferencia y adoptar la interculturalidad como forma de convivencia y enriquecimiento personal.

En un contexto de diversidad cultural creciente,

la comunicación debe ser intercultural. Se debe basar en el principio ético de la igualdad, libertad y dignidad de todas las personas y culturas. Establecer una relación empática es fundamental. Sabernos conocedores de nuestros propios prejuicios y etnocentrismo es el primer paso que debe guiar nuestra praxis. La dimensión humana de la acción de cuidar está determinada por nuestra actitud durante el ejercicio profesional.

El derecho a la salud y al cuidado es de todos y para todos. Es un derecho que está por encima de cualquier otra consideración. Así lo reconoce la Carta de los Derechos Humanos, la OMS y las leyes de nuestro país. Respetar los derechos de la persona enferma: confidencialidad, veracidad, autonomía y libertad de conciencia es el primer paso para la humanización de los cuidados.

Es imperativo que los servicios de salud estén abiertos a la diversidad, tanto en la enfermedad

Villa-Reyes, S.A.

CONSTRUCCIÓN DE OBRAS

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

como en la salud. La medicina y la enfermería deben ser **transculturales**, abiertas más allá de nuestro universo socio-cultural, para poder responder al compromiso que como profesionales de la salud tenemos. Garantizar la calidad de la asistencia es, en definitiva, reconocer la diversidad sobre la base del respeto y tener claro que unos buenos cuidados de Enfermería significan cosas diferentes para diferentes personas (**Gándara, 2008**).

Nuestro quehacer profesional debe enmarcarse en el compromiso ético. Los principios de: autonomía, no **maleficencia**, **beneficencia** y **justicia**, cumplen la función de recordarnos que la ciencia, la tecnología y los profesionales estamos al servicio de las personas, sin discriminación de ningún tipo.

Como indica la carta de identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, *“la formación técnica y profesional por una parte, y la formación humanística y ética, por otra, deben correr paralelas a lo largo de nuestra formación continuada”*.

Solamente ampliaremos el universo del discurso humano conversando con los otros, solo así los podemos comprender (**Sánchez Durà, N. en Geertz, 1996:15**). Como bien dice *Geertz, comprender a los otros es el primer paso para comprendernos a nosotros mismos (1996)*.

BIBLIOGRAFÍA

- COMITÉ CONSULTIU DE BIOÈTICA DE CATALUNYA (2007). **Orientaciones sobre la diversidad cultural y la salud. Barcelona:** Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
- GÀNDARA, M. (2008). **“Ética, poder y deber. De la ética del cuidado al poder del deber de cuidar”**. Barcelona: Rev ROL Enf 2008; 31 (1): 18-24.
- GEERTZ, C. (1996). **Los usos de la diversidad Barcelona:** Ediciones Piados. ICE de la Universidad Autónoma de Barcelona.
- JAHANBEGLOO, R. (2007). **Elogio de la diversidad. Barcelona:** AtmArcadia, SL.
- ORDE HOSPITALARI DE SANT JOAN DE DÉU (2000) **Carta d’identitat**.
- ROCA, N. VEGA, C. (2007). **Diversidad cultural: actitudes, valores y saberes de los estudiantes de enfermería. Comunicación presentada al II Congreso Internacional de Etnografía y Educación.** Universitat Autònoma de Barcelona, setiembre 2007.
- TODOROV, T I ALTRES (1988). **Cruce de culturas y mestizaje cultural.** Madrid: Júcar Universidad.
- TORRALBA ROSELLÓ, F. (2003). **Sobre la hospitalidad. Extraños y vulnerables como tú.** Madrid: Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. PPC. Editorial y distribuidora SA.
- TORRALBA I ROSELLÓ, F. (2002). **Ética del cuidar. Barcelona:** Institut Borja de Bioètica i Fundació Mapfre Medicina.
- TORRALBA I ROSELLÓ, F. (1998). **Antropología del cuidar. Barcelona:** Institut Borja de Bioètica i Fundació Mapfre Medicina.

4

¡La barrera del cuidado! Relato de una experiencia de enfermar.

> José Manuel Tordera Alba.
*Diplomado en Enfermería.
Licenciado en Ciencias de la Educación.
Sant Joan Despí (Barcelona).*

> M^a Teresa Rodríguez Avilés.
*Pediatra. Homeópata.
Sant Joan Despí (Barcelona)*

Dice el dicho popular: *"no hables del perro hasta que no pases del cortijo"*, y en nuestra experiencia es totalmente válido. Presentamos un relato que pretende contar lo que ha significado en nuestra experiencia (somos matrimonio) el 'paso' por una enfermedad grave como es el Linfoma de Hodgkin más autotransplante y de cómo se ven las cosas según estés 'colocado' en el lado de la barrera que es la salud y la profesión asistencial (a partir de ahora: lo uno, en el relato), o en el lado de la barrera de la enfermedad y su impacto a todo nivel (lo otro). ▶

Dicen que la vida es eso que te pasa mientras tú haces planes para otra cosa. Nos gusta hacer planes, nos dan la sensación de control sobre nuestras propias vidas.

Estaban acostumbrados a **'ver los toros desde la barrera'**; la idea de **'barrera'** en este texto debe entenderse de forma amplia y no restringida a un simple mecanismo que corta el paso, sino como algo que, además, mantiene una cierta distancia entre **una cosa y otra cosa**, algo que delimita una cierta posición, pero que permite el paso, y sobre todo, como algo que **'obliga'** de alguna manera a **'ver'** de cierta forma las cosas que hay al otro lado de la misma barrera; una forma de mirar. La barrera parece darte cierta seguridad en lo que haces, la barrera te mantiene aséptico, **'descontaminado'**; la barrera es **complejamente 'buena y mala a la vez'** (adecuada e inadecuada, aceptable e inaceptable, correcta e incorrecta a la vez) por decirlo de alguna manera; todo es cuestión de grado.

Hay muchos tipos de barreras: barreras físicas, ideológicas, morales, intelectuales, psicológicas, espacio-temporales etc.; de hecho la barrera es siempre la misma, es todo a la vez; es cuestión de grado. En este relato, esa barrera se llama **PROFESIÓN**, nuestra profesión.

Ella y él tienen una profesión parecida, **sólo parecida**; sus puntos de vista son distintos pero complementarios. Aunque cada uno ve al paciente desde un punto de vista distinto, la función de la barrera es la misma: proporcionar ese lugar **privilegiado** desde el cual se interpreta lo que le pasa a la persona que asistimos y de que manera se puede intervenir en su ayuda. La misma barrera vista desde dos ópticas distintas para un mismo fin. Así, la profesión, lo profesional es el punto de vista desde el cual ves lo que pasa y te faculta para tomar decisiones acerca del paciente que demanda tus servicios.

En **'este'** lado de la barrera, en **lo uno**, hay (casi siempre) seguridad, confianza en uno mismo, criterio, decisión, etc., y nos parece que la **'lounidad'** existe por sí mismo, no necesita de nada más

para ser lo que es, uno es un profesional y punto en cambio, la enfermedad, y sobre todo, la enfermedad grave era algo que siempre pasaba al otro lado de la barrera y a otras personas, y la barrera el criterio a través del cual se da más importancia a unas cosas que a otras en ese proceso. A este lado de la barrera, las cosas se ven al modo de **'grano gordo'**; se escapan los pequeños detalles dado que no parecen tener importancia en la resolución del problema de salud, lo importante es el bulto del problema.

Al otro lado de la barrera, en **lo otro**, hay enfermedad, miedo, inseguridad, impotencia etc. Cuando estás del lado de **lo otro**, aparecen con claridad el **'grano fino'** de la situación; aquí cuentan los detalles, se vuelven importantes las caras, las miradas, las expresiones, las maneras, el tacto. No es lo mismo estar en uno o en otro lado de la barrera, es cualitativamente diferente en **lo otro**, las actitudes adquieren una significación impensable desde el otro lado de la barrera es decir, desde **lo otro de lo otro o sea: lo uno**. Y para acabarlo de liar todo, tampoco es lo mismo estar en ambos lados a la vez: ser profesional de **lo uno** y ser usuario de lo otro; pero es precisamente ahí, en esa experiencia fronteriza de estar en esa tierra de nadie desde donde la barrera se disuelve y deja de ser un referente cuando nos hemos dado cuenta de que no nos dábamos cuenta.

Vivimos en un mundo percibido (desde la lógica binaria de Aristóteles, o ley del tercio excluido) como binario. Así como la analgesia, el día, la verdad, no tienen sentido si no es por la existencia del dolor, la noche, la mentira **lo uno**, no tiene sentido si no es por la existencia de **lo otro**. Pero en realidad, la separación no es tan clara sino mucho más turbia, borrosa; el paso del día a la noche no es repentino, sino gradual no podemos decir que a las 20:00 es de día y a las 20:00:01 ya es de noche, el paso de lo uno a lo otro no tiene solución de continuidad; **"la naturaleza no da saltos"** decía **Leibnitz (1646-1716)**, pero nuestra mente parece que necesita ver el mundo de esa forma binaria tan reduccionista para poder tomar decisiones

Por azar, ella pasó al lado de **lo otro** mientras él se aferraba a este lado de la barrera, al lado conocido. Así, los puntos de vista no coincidían, no eran lo mismo; ya no eran lo mismo antes, pero ahora estaba la barrera de por medio. Dice otro dicho popular que *“la experiencia es la madre de la ciencia”*, y se le debería añadir... *“y de la conciencia también”*. Por la experiencia no sólo se aprenden conocimientos, sino también (a veces de forma preconsciente) actitudes y valores. La experiencia de pasar de un lado al otro de la barrera provoca aprendizaje, *“a la fuerza aborcan dice otro refrán”*.

El toro de **lo otro** se ve muy bien desde este lado de la barrera. Pero cuando estás en su lado, y si el toro es de la ganadería de los **Linfomas**, deja de ser un toro para convertirse en una manada de elefantes entrando en tropel en una exposición de porcelanas. Entonces, aún resaltan más las diferencias entre **lo uno** y **lo otro**, entre la ciencia y la conciencia, entre estar enfermo y tener una enfermedad, entre *illness* y *disease*.

Cuando te está pasando por encima una apisonadora física y emocional, los planes pierden importancia y **lo uno**, la salud, eso que sólo admitimos como lo más importante cada año el día 22 de diciembre por la tarde, se convierte realmente en un importantísimo objetivo.

Te sientes perdido o perdida, la barrera ya no vale como punto de vista pues no puedes mantener cierta distancia de los acontecimientos, por que formas parte de ellos; los tienes continuamente encima y por todos lados como con los elefantes. Es una sensación extraña, no se puede contar con palabras aunque lo intentamos por si a alguien le sirve. Las mismas palabras significan diferentes cosas para distintas personas, y lo que nos confunde es la apariencia uniforme de las mismas; así que sólo quedan los sentimientos y las actitudes. Por el mismo motivo tampoco sirven de mucho las palabras de quien te está ayudando a pasar de **lo otro** a **lo uno**, nos referimos a médicos y enfermeras, colegas nuestros, habitantes del mismo lado de la barrera como nosotros antes de dar el ‘salto’.

Cuando estás en **lo otro**, la actitud de quien está en **lo uno**, es la única cornisa donde agarrarte. Al espíritu o a la conciencia sólo se llega por la emoción, no por la razón; no valen las palabras de ánimo, y es más, en ese momento de **otridad** las palabras de ánimo suenan (por decirlo suavemente) a falta de sensibilidad, descortesía, casi un insulto, *“¿es que no me puedo animar ¿cómo es que no lo ves, estás ciego?, para animarme tendría que tener mis propias fuerzas y no las tengo, lo que tengo es la sensación de muerte inminente! ¿cómo es que no lo ves tú que si tienes fuerzas?”*

La vida es eso que te pasa (por azar) mientras haces planes para otra cosa; parece que todo dependa del azar, le echamos la culpa ¡que mala suerte tengo!; pero también creemos en él por que si no, no existirían las loterías. Pero hay una lotería que no queremos que nos toque, es la lotería que te envía al lado de **lo otro**; pero en realidad, el azar en sí mismo no existe (esto suena a herejía matemática); llamamos azar a lo que es puro desconocimiento del devenir. **¡Bendita sea la ignorancia!** De saber cuál sería nuestro futuro, la vida perdería el sentido y también los planes que el azar trunca.

Superaron la **otridad** gracias a la bendición de Dios que supone la capacidad inteligente del ser humano para utilizarla en su propio beneficio. Ahora vuelven a hacer planes. Planificar es suponer que se puede asumir el cambio, y vuelven a estar ambos del lado de **lo uno**, esperando que esta ‘**unidad**’ dure mucho, pero algo ha cambiado en la misma unidad. Ahora, las barreras de ambos son distintas, tienen una permeabilidad a lo afectivo que antes no tenían, o tenían en grado muy inferior, ahora ya no es una barrera sino un puente. Antes, la involucración afectiva con el paciente (dejarse tocar por el dolor del otro) era símbolo de debilidad profesional, de falta de rigor, en bien del paciente había que ser lo más neutro posible; ahora eso ha cambiado, ahora saben por propia experiencia que decirle al paciente *“¡venga ámate!”* no vale, no es adecuado, por que puede ser percibido como insensibilidad por nuestra parte por que decir eso a quien no se

puede animar es demostrar que no eres capaz de ponerte en el lugar del otro, verlo desde su punto de vista, que es lo que en realidad el otro te está pidiendo y que no es mas que tu respuesta sea algo parecido a lo siguiente ***“¡llámame cuando quieras o me necesites y vendré a ayudarte, no tengas la más mínima duda por que me importas!”***.

Ahora entienden que la manera como se hacen y dicen las cosas es tanto o más importante que las cosas mismas que estás haciendo o diciendo, por que en las formas está el sentido, no en las cosas mismas. Es una cuestión compleja; es decir, lo que importa no es tanto la palabra en sí (importantísima de todas formas), sino el sentido de la interpretación de la interacción entre las personas, un sentido lingüísticamente mediado y afectivamente entendido.

Ahora pueden estar más tiempo junto al enfermo o paciente sin decir nada; sólo estar, sin el prurito de tenerlo todo controlado por que la profesionalidad (mal entendida) así lo exige, sin sentirse como un pulpo en un garaje. Ahora entienden que cuidar es también estar dispuesto a dejarse modificar por el otro, ser copartícipe de su sentir, y que eso no impide la acción eficaz ni crea desorden o caos, sino que es un trabajo civilizador.

El olvido, esa especie de amnesia selectiva, es otra bendición de Dios.

El acompañamiento espiritual al enfermo. Temas y guiones bíblico-pastorales.

> Jesús Conde Herranz.
*Delegado Diocesano de Pastoral de la Salud.
Archidiócesis de Madrid.*

El año 2006 la Campaña del Enfermo versó sobre “*El acompañamiento espiritual al enfermo*” y, con tal motivo, en la Delegación de Pastoral de la Salud de la Archidiócesis de Madrid preparamos y presentamos un programa de formación destinado a visitadores parroquiales de enfermos, capellanes de hospital y PROSAC (Profesionales Sanitarios Cristianos). Dicho programa contenía 11 temas generales sobre los que se articularon posteriormente los programas concretos de cada uno de estos sectores, teniendo en cuenta las propuestas y sugerencias que hicieron los coordinadores de cada uno de ellos.

Este programa se abrió con anterioridad en nuestra revista con un tema introductorio, que servía para presentar con un mínimo detalle el enfoque preciso de todo el conjunto temático (LH nº288/2-08).

Recuperamos los breves desarrollos temáticos que siguen en los que procuramos, en primer término, invitar a quienes los lean a orar mediante la inclusión, al principio y al final de cada guión, de plegarias que aluden a diversos aspectos relacionados con el acompañamiento espiritual. Y lo hemos hecho con el propósito de comunicar a los lectores nuestra convicción de que la oración cristiana es la mejor puesta a punto para la realización de dicha tarea pastoral.

Esperamos rendir un servicio sencillo a la comprensión del tema general de la campaña 2006, y una ayuda a quienes practican el acompañamiento espiritual en la Pastoral de la Salud. ▶

4. Junto a la cruz de Jesús estaba su madre (Jn 19, 25)

María, la acompañante espiritual, junto a Jesús.

4.1. Oración inicial.

*Madre de todos los que sufren,
mujer acogedora de todos los llantos.*

*Madre que acompañas a todos los enfermos,
sobre todo a los angustiados,
a los tristes, desorientados, y marginados;
a los que no tienen a nadie que les acompañe
en sus dolores y sufrimientos.*

*Madre de todas las lágrimas,
de los enfermos incurables,
de los crónicos, de los enfermos mentales.
Madre, acompaña a estos enfermos,
escúchales, infúndeles ánimo,
esperanza y fuerza
para luchar y salir de su temor,
de su angustia y de su miedo.*

*Madre, ayúdales
a sentirse personas dignas de estima,
a tener ganas de vivir,
a preocuparse también por los demás.
Y a nosotros, Madre, infúndenos tu espíritu,
para que sepamos acompañar
a todos estos enfermos y a cuantos les cuidan.*

*Que les ofrezcamos
nuestra presencia y apoyo,
les comprendamos y les ayudemos
en cuanto necesitan
para su cuerpo y su espíritu.*

Amén.

La oración con la que se inicia este tema refleja muy bien cómo contempla a Nuestra Señora la espiritualidad cristiana: en Ella ve a la **Madre de Jesús**, de la Iglesia y de los cristianos de todos los tiempos hasta hoy que, junto a su **Hijo** y en su Nombre **les acompaña, escucha y cuida** de ellos a lo largo de su vida en este mundo, sobre todo en los momentos difíciles como son los de la enfermedad y los dolores y sufrimientos que aquella arrastra consigo, cuando se instala en la vida de las personas.

El acompañamiento espiritual de **María** lo han tenido y lo tienen muy claro las gentes cristianas más sencillas, las que viven y practican esa que llamamos -no siempre con el debido respeto- espiritualidad y religiosidad popular.

Aparte de los títulos con que se le invoca en la **Letanía Lauretana -Consuelo de los afligidos y Salva de los enfermos-** vale la pena comenzar este guiño recordando la abundante presencia de **imágenes de Nuestra Señora** a la cabecera de la cama o sobre la mesilla de tantos enfermos.

Y también la presencia de esas otras imágenes en las capillas de los hospitales, ante las que acuden los enfermos y sus familiares buscando la compañía de Aquella en la que ven el rostro femenino de **Dios Padre**, a quien **San Pablo** llama *Padre misericordioso y Dios que es todo Consuelo* (2 Cor 1, 3).

4.2. María, la necesitada de acompañamiento espiritual.

Sin embargo, no hay que pasar por alto otro rasgo que la espiritualidad cristiana percibe claramente en Santa María, sobre todo en el periodo litúrgico que transcurre durante las celebraciones de la pasión, muerte y sepultura del Señor. Es el rasgo que destacan las representaciones plásticas y literarias de **María** al pie de la cruz y de La **Piedad**.

Siguiendo el hilo conductor del tema general de esta Campaña de destacar las raíces bíblicas de la Tradición cristiana sobre el **acompañamiento espiritual**, bien puede decirse que en los momentos

de su vida antes aludidos, María aparece como la figura representativa de quienes están necesitados de acompañamiento espiritual.

Así lo expresa con tanta belleza literaria como hondura espiritual este poema que la Iglesia ha incorporado al Oficio divino, y que merece una serena y detenida **meditación** por parte de los acompañantes espirituales cristianos, y de aquellos a los que acompañan:

*¡Ay dolor, dolor, dolor,
por mi Hijo y mi Señor!
Yo soy aquella María
del linaje de David:
¡Oíd, hermanos, oíd
la gran desventura mía!*

*A mí me dijo Gabriel
que el Señor era conmigo,
y me dejó sin abrigo
más amarga que la hiel.
Díjome que era bendita
entre todas las nacidas,
y soy de las doloridas
la más triste y afligida.*

*Decid, hombres que corréis
por la vía mundanal,
decidme si visto habéis
igual dolor que mi mal.
Y vosotras que tenéis
padres, hijos y maridos,
ayudadme con gemidos
si es que mejor no podéis.*

*Llore conmigo la gente,
alegres y atribulados,
por lavar cuyos pecados
mataron al inocente.
¡Mataron a mi Señor,
mi redentor verdadero!
¡Cuitada!, ¿cómo no muero
con tan extremo dolor?*

*Señora Santa María,
déjame llorar contigo*

*pues muere mi Dios y amigo,
y muerta está mi alegría.
Y, pues os dejan sin Hijo,
dejadme ser hijo vuestro.
¡Tendréis mucho más
que amar, aunque os amen
mucho menos.*

(Himno de vísperas, en la fiesta
de la Virgen de los Dolores)

Los episodios de la pasión, muerte y enterramiento de **Jesús** fueron quizá los más dramáticos en la vida de **María** por lo que se refiere a sentirse afligida y desam-parada, pero no fueron los únicos.

En su vida hubo otros momentos en los que el **abandono humano** o la **soledad forzosa** tuvieron que dolerle, por muy acompañada que se sintiera por el Dios a quien había contribuido a dar forma humana. Entre estos momentos cabe señalar:

- El parto de Jesús en Belén, donde María fue acompañada por José y luego por pastores, pero en condiciones materiales y ambientales tan precarias como las que apunta Lucas en su evangelio, al decir que *envolvió al niño en pañales y le acostó en un pesebre, porque no tenían sitio en el albergue (Lc 2, 7)*.
- Su reacción humana, previsiblemente muy dolorosa, ante el anuncio de **Simeón**: *Una espada te atravesará el alma (Lc 2, 35)*. En ésta, como en otras situaciones similares de su vida, **José** sería su único acompañante espiritual humano.
- Los episodios de la persecución de **Herodes** y la huida a Egipto, con todos los sobresaltos, penurias y estrecheces propias de la vida de las personas amenazadas y, por tal motivo, exiliadas.
- La angustia por el extravío de Jesús en Jerusalén, y la perplejidad dolorida que le hubo de producir la respuesta de Jesús, cuando ya le encontraron: *Y, ¿por qué me buscabais?...* tras el reproche que ella le hizo: *Hijo, ¿por qué nos has hecho esto? Mira, tu padre y yo te hemos es-tado buscando*

angustiados. Lucas apunta significativamente a continuación que *ellos no comprendieron la respuesta que les dio* (Lc 2, 49s).

- El vacío dejado por Jesús en el hogar de Nazaret, al marcharse a la vida pública, y las noticias ambivalentes -unas tranquilizadoras, pero otras preocupantes- que a María le llegaban sobre las reacciones de la gente y de las autoridades judías respecto de la actividad de su Hijo.
- La dolorosa repercusión anímica que María debió sentir al oír a Jesús decir a sus oyentes que *su madre y sus hermanos son aquellos que escuchan la palabra de Dios y la cumplen* (Mt 12, 46-50).

La carga de pesadumbre espiritual que a María le acarrearón estas situaciones es comparable a la que sufren quienes, a la sombra de la enfermedad, pasan por circunstancias similares y requieren acompañamiento espiritual para poder asimilarlas.

4.3. María, la acompañada por el Espíritu Santo.

De María bien podemos decir, como ya dijimos de Jesucristo, que antes de ser acompañante espiritual, fue la acompañada por el **Espíritu Santo**. Por eso, la **Letanía Lauretana** la llama **Vaso espiritual**, vaso lleno del Espíritu de Dios.

Y en este sentido María es un ejemplo que pueden imitar a partes iguales los acompañantes pastorales y aquellos a quienes brindan acompañamiento espiritual. Esta inhabitación y acompañamiento del Espíritu Santo los tuvo Santa María a lo largo de toda su vida, dentro de la cual los evangelios resaltan sobre todo el episodio de la Encarnación de Jesús en ella:

- *Desposada María con José, antes de que habitasen juntos, se halló que había concebido por obra del Espíritu Santo* (Mt 1, 18; cf. 20).
- *El Espíritu Santo vendrá sobre ti y el poder del Altísimo te cubrirá con su sombra* (Lc 1, 35).

Como detalles de relevancia pastoral en estas citas, dignos de atención por parte de los acompañantes espirituales, cabe mencionar que:

- Mateo resalta en su relato la **incomprensión** y la **interpretación equivocada** que daban al gran acontecimiento espiritual por el que María estaba pasando, quienes formaban su entorno familiar y vecinal de acompañamiento, en primer lugar José, quien no supo comprender a María hasta que él mismo recibió a su vez en sueños la aparición del ángel. (cf. vv. 19.21.24).

- **Lucas**, por el contrario, resalta las **repercusiones íntimas** que en María tuvo el anuncio del arcángel Gabriel, al comunicarle que iba a ser la madre de Jesús por obra del **Espíritu Santo**. Cualquier cristiano que conozca el pasaje evangélico en cuestión, sabe que tales repercusiones consistieron:

- por un lado, en que *ella se conturbó por estas palabras* (v. 29);

- luego en la extrañeza que le produjo el contenido del mensaje que Gabriel le anunciaba y por ello, *discurría qué podía significar aquella saludo* (v. 29);

- y en una actitud de saludable prudencia humana, que le impulsó a pedir explicaciones a Gabriel: *¿Cómo va a suceder eso, si yo no conozco varón?* (v. 34);

- por último, y tras serle revelada la intervención del Espíritu Santo y la situación singular de su prima **Isabel**, (v.35-37), María acogió serena, confiada y sin reservas el acompañamiento espiritual por excelencia que se le proponía: *Aquí está la sierva del Señor, que tu palabra se cumpla en mí* (v. 38).

Uno y otro episodios dan pistas **significativas** para el acompañamiento espiritual en la Pastoral de la Salud. El episodio de **Mateo** sugiere que la acción del Espíritu de Dios puede pasar desapercibida, o incluso ser mal interpretada, cuando se

juza exclusivamente con criterios mundanos, y no a la luz de Dios. El texto de **Lucas** proporciona en cambio unas pistas discretas, pero sumamente útiles para describir algunos de los pasos y efectos del acompañamiento espiritual cristiano. Cabe resumirlas así:

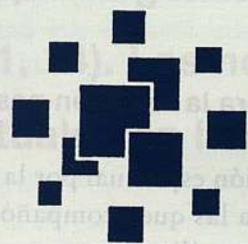
- El acompañamiento espiritual requiere, de entrada tanto por parte de quien lo ofrece como de quien lo recibe un **espíritu abierto** a la llamada de Dios, que de modo misterioso se nos ofrece como acompañante en las más diversas circunstancias de la vida.

- La señal distintiva del verdadero acompañamiento espiritual hay que saber descubrirla mediante un ejercicio de **discernimiento espiritual**, que han de realizar también el acompañante y el acompañado. Ese discernimiento incluye el recurso a la sensibilidad y la inteligencia humanas.

- El verdadero acompañamiento espiritual siempre acaba produciendo frutos espirituales, como los que San Pablo enumera en la carta a los Filipenses: *lo verdadero, noble, justo, puro, amable, honorable; todo cuanto es virtud o valor* (4, 8). En el caso de María todo eso quedó incluido en la aceptación de su misión de ser la madre de Jesús.

4.4. María, la acompañante espiritual, Junto a Jesús.

Los pasajes evangélicos en los que se refleja más claramente la acción de acompañamiento a otras personas por parte de María, y junto a Jesús, son los siguientes:



agefred

Una compañía de

Dalkia

**Mantenimiento Multitécnico
Gestión Técnica de la Energía
Instalaciones**

Escultor Canet, 35-37 08028 Barcelona

Tel. 933 340 800 Fax. 933 345 037

E-mail: agefred@agefred.es

1. El acompañamiento a Isabel, durante la gestación de Juan el Bautista:

María se puso en camino con prontitud y se fue a una ciudad de Judá en la región montañosa; entró en casa de **Zacarías** y saludó a Isabel. En cuanto Isabel oyó el saludo de María, el niño saltó de gozo en su seno, Isabel se llenó del Espíritu Santo y exclamó a gritos:

¡Bendita tú entre las mujeres y bendito el fruto de tu vientre; ¿de dónde a mí que venga a verme la madre de mi Señor? Porque apenas ha llegado a mis oídos tu saludo, el niño ha saltado de gozo en mi vientre. ¡Dichosa tú, que has creído que se cumplirá lo que se te ha dicho de parte del Señor! ... Y María se quedó con ella unos tres meses (Lc 1, 39-45.56).

2. El acompañamiento a los novios, y a sus familiares y amigos, en las bodas de Caná:

Se celebraba una boda en Caná de Galilea y estaba allí la madre de Jesús. Fue invitado también a la boda Jesús con sus discípulos. Se acabó el vino de la boda, y le dijo a Jesús su madre: No tienen vino. Jesús le respondió: *¿Qué tenemos que ver tú y yo, mujer?*

Todavía no ha llegado mi hora. Su madre dijo a los sirvientes: *Haced lo que él os diga ... Jesús dijo: Llenad las tinajas de agua.* Y las llenaron hasta arriba.

Les dijo: *Sacad ahora y llevadlo al maestresala...* Este fue el primero de los signos que hizo Jesús... y manifestó su gloria, y sus discípulos creyeron en él. Después bajó a Cafarnaúm con su madre y sus hermanos (Jn 2, 1'5.7s.11s).

3. El acompañamiento a Juan, y a las otras mujeres que estaban con ella al pie de la cruz:

Junto a la cruz de Jesús estaban su madre, la hermana de su madre, María, la mujer de Cleofás y María Magdalena. Jesús, viendo a su madre y junto a ella al discípulo a quien amaba,

dijo a su madre: *Mujer, ahí tienes a tu hijo.*

Luego dijo al discípulo: Ahí tienes a tu madre. Y desde aquella hora el discípulo la acogió en su casa (Jn 19, 25-27).

4. El acompañamiento a los apóstoles y a algunas mujeres, esperando la venida del Espíritu Santo en Pentecostés:

Todos ellos perseveraban en la oración, con un mismo espíritu, en compañía de **algunas mujeres** y de María, la madre de Jesús, y de sus hermanos (Hech 1, 14).

Después de todo lo dicho previamente, se puede pedir a los lectores de este guión que sean ellos quienes -partiendo de estos cuatro pasajes evangélicos y mediante un ejercicio de reflexión en clave pastoral- señalen los rasgos que descubren en María y en las personas a las que ella acompañaba, en relación con su propia tarea de acompañantes espirituales. Para facilitar ese ejercicio de reflexión pastoral pueden servir las preguntas siguientes:

4.5. Preguntas para la reflexión pastoral.

- Describe la **situación** espiritual por la que pasaban las personas a las que acompañó María en estos episodios evangélicos.
- Describe asimismo la **actitud** espiritual de María ante aquellas personas a las que acompañó.
- Trata de precisar de modo sencillo y claro qué **aportó María** a esas mismas personas, y qué repercusiones tuvo en ellas el acompañamiento espiritual de María.

4.6. Oración final.

*Mientras recorres la vida
tú nunca solo estás;
contigo por el camino Santa María va.*

*¡Ven con nosotros al caminar,
Santa María, ven!*

*Aunque te digan algunos
que nada puede cambiar,
lucha por un mundo nuevo, lucha por la verdad.*

*Si por el mundo los hombres
sin conocerse van,
no niegues nunca tu mano al que contigo está.*

*Aunque parezcan tus pasos
inútil caminar,
tú vas haciendo camino, otros lo seguirán.*

¡Ven con nosotros al caminar, Santa María, ven!

5. Devuélveme la alegría de tu salvación, afiánzame con espíritu generoso (Sal 51, 14). Las necesidades espirituales en la enfermedad

5.1. Oración inicial.

*Como busca la cierva corrientes de agua,
así mi alma te busca a Ti, Dios mío;
tiene sed de Dios, del Dios vivo:
¿cuándo entraré a ver el rostro de Dios?*

*Las lágrimas son mi pan noche y día,
mientras todo el tiempo me repiten:
¿Dónde está tu Dios?*

*Recuerdo otros tiempos
y desahogo mi alma conmigo ...
¿Por qué te acongojas, alma mía,*

*por qué te me turbas?
Espera en Dios que volverás a alabarlo:
Salud de mi rostro, Dios mío.*

*Cuando mi alma se acongoja te recuerdo
desde el Jordán y el Hermón
y el Monte Menor.*

*Una sima grita a otra sima
con voz de cascadas:
tus torrentes y tus olas me han arrollado.*

*De día el Señor me hará misericordia,
de noche cantaré la alabanza
del Dios de mi vida.
Diré a Dios: Roca mía, ¿por qué me olvidas?
¿Por qué voy andando sombrío...?*

*¿Por qué te acongojas, alma mía,
por qué te me turbas?
Espera en Dios que volverás a alabarlo:
Salud de mi rostro, Dios mío.*

(Salmo 42).

Para el acompañante espiritual en la Pastoral de la Salud, la oración sálmica que abre este guión es un buen punto de partida en el empeño por discernir cuáles son las necesidades espirituales que él ha de procurar descubrir y ayudar a satisfacer en aquellos a los que se propone acompañar, sean enfermos, familiares, profesionales sanitarios, visitantes parroquiales o voluntarios pastorales.

Si el guión correspondiente al tema introductorio mostraba cómo Dios, a través de su Espíritu, es el Acompañante original, primero y constante de los hombres, el salmo 42 es ahora la expresión poética y orante de quien tiene sed del Dios vivo, y lo anhela y lo busca como a la salud de su rostro, pues está convencido de que sólo alcanzará la satisfacción de sus necesidades espirituales mediante la presencia y el acompañamiento de Quien le ofrece el apoyo de su Espíritu.

Por eso, el primer modo de aprovechar este guión es comenzar por la meditación de este salmo.

5.2. El hombre, con sus solas fuerzas naturales, no capta las cosas del espíritu de Dios (1 cor 2, 14).

Hoy se ha generalizado la tendencia a indagar cuáles son las necesidades espirituales partiendo de la psicología clínica y la psicoterapia aplicadas a la Pastoral. Se trata de un criterio acertado y necesario ya que, a la hora de ilustrar al máximo por qué situaciones de necesidad espiritual pasan quienes padecen una enfermedad o quienes les cuidan y asisten, se requiere el recurso a las ciencias humanas teniendo en cuenta no sólo las oportunidades de esclarecimiento práctico que brindan dichas ciencias, sino también la lógica cristiana de la **Encarnación**, según la cual Cristo, *siendo de condición divina (Filip 2, 6)* vino a nosotros y nos acompañó *como uno de tantos,... como un hombre cualquiera (Filip 2, 7)*. La Encarnación nos hace ver hasta qué punto lo humano puede albergar y manifestar a lo divino.

Pero el hecho de que el recurso a las ciencias humanas sea necesario no implica que sea por sí solo suficiente. El acompañante espiritual en el campo de la Pastoral de la Salud ha de tener muy claro que el ámbito del espíritu -se escriba esta palabra con minúscula o con mayúscula- resulta ser siempre un **claroscuro** para quien se asoma a él. Las manifestaciones espirituales son símbolos que invitan a entrar en las realidades escondidas a las que simbolizan. Todo lo que nos **desvela** el mundo del espíritu nos lleva hacia lo que está tras el **velo** del misterio del hombre, en quien late escondido el misterio de Dios. Por eso, la razón, la imaginación y el sentimiento humanos han de abrirse a la Revelación de Dios cuando se sumergen en el ámbito del espíritu y se preguntan por la índole, variedad y hondura de sus necesidades. San Pablo lo corrobora en su primera carta a los Corintios:

- *¿Qué hombre conoce lo íntimo del hombre, sino el espíritu del hombre que está en él? Del mismo modo, nadie conoce lo íntimo de Dios salvo el Espíritu de Dios.*

Y nosotros no hemos conocido el espíritu del mundo, sino el Espíritu que viene de Dios, para conocer las realidades que Dios nos ha otorgado, de las cuales también hablamos, no con palabras aprendidas de sabiduría humana, sino aprendidas del Espíritu, expresando realidades espirituales en términos espirituales.

El hombre, con sus solas fuerzas naturales, no capta las cosas del Espíritu de Dios, pues son necedad para él; ni es capaz de entenderlas pues solo espiritualmente se discernen (1 Cor 2, 11-14).

En este párrafo el Apóstol proporciona al acompañante pastoral unos **primeros criterios** básicos y fundamentales para saber indagar las necesidades espirituales de aquellos a quienes se propone acompañar durante su andadura vital en contacto con la enfermedad. De las palabras de Pablo cabe, de entrada, deducir que:

- El conocimiento de lo **íntimo del hombre** -es decir, el conocimiento de su **vida interior**- alcanza sólo el **espíritu del hombre**. Es éste el que, leyendo en los mensajes provenientes del cuerpo, del psiquismo o del entorno socio-cultural, posee la capacidad de percibir y conocer las diversas realidades que encierra la intimidad humana, entre ellas las necesidades espirituales.
- Y cuando lo que procede descubrir en el seno de las necesidades espirituales humanas es lo **íntimo de Dios**, entonces el recurso que hay que invocar no es otro que la **iluminación del espíritu humano por el Espíritu de Dios**. Cuando un enfermo o su acompañante tratan de explorar y **expresar su sed de Dios** (cf. **Sal 42, 3**) traducida a necesidades espirituales, han de pedir ayuda al **Espíritu de Dios** para conocer lo **íntimo de Dios** en sus vidas, la **indigencia o sed de Dios** que sienten y de la que son síntomas dichas necesidades.
- Entonces la **sabiduría humana** ha de abrirse a las **realidades aprendidas del Espíritu** para saber captar y expresar las **realidades espirituales**.

más hondas, las que sólo **espiritualmente** se discernen pues son el fruto de la Revelación del Espíritu Santo al espíritu humano.

5.3. *¿No ha hecho Yahvé un solo ser, que tiene carne y espíritu? (mal 2, 15).*

1. El guión correspondiente al tema 3 (B. 5) mencionaba la concepción que los autores bíblicos, tanto del AT como del NT, tenían del ser humano como una realidad viva que es simultáneamente y por entero **barro y aliento, carne y espíritu**, en definitiva, **carne espiritual o espíritu encarnado**. Esta concepción bíblica del ser humano resulta acorde con las concepciones actuales más solventes y arraigadas al respecto, hasta el punto de que una y otras suelen ser identificadas y catalogadas bajo la denominación común de **visión integral e integrada del hombre**. En términos sencillos cabe decir que tal denominación implica:

a) Afirmar que cada ser humano es una **realidad unitaria e indivisible** en la cual, lo que el vocabulario bíblico llama **cuerpo y espíritu**, y el vocabulario actual sobre el hombre llama **dimensión corporal, psíquica, social y espiritual**, son entidades que abarcan al **hombre entero**. Ni el cuerpo humano es pura y exclusivamente **material**, como afirman los **materialismos** de todos los tiempos, ni el **espíritu humano** es pura y exclusivamente **inmaterial o incorpóreo**, como afirman recíprocamente los **espiritualismos** también de todos los tiempos hasta hoy. **Cuerpo y espíritu** son dos modos de ser que definen lo que es **el hombre** en su totalidad, aun-que cada uno de los dos lo define a su **modo propio** por entero, ya **corporalmente** ya **espiritualmente**.

b) Afirmar así mismo que **todo** lo que caracteriza a cada uno de esos dos **modos de ser** influye y repercute recíprocamente en **todo** lo que caracteriza al otro. Todo lo corporal influye y repercute en lo espiritual, y viceversa.

En las personas humanas las necesidades espirituales no son totalmente **incorpóreas** o **inmateriales**, sino que están vinculadas al cuerpo, al psiquismo y al entorno socio-cultural, y se manifiestan a través de estos otros **modos de ser** humanos. Por eso, para descubrir las necesidades espirituales de los enfermos o de quienes les cuidan, **hay que mirar forzosamente** a las manifestaciones que de ellas ofrecen su cuerpo, su psiquismo y el entorno en el que se encuentran inmersos.

2. Toca ahora ayudar a **identificar y describir** esas necesidades espirituales, al menos, las más importantes y comunes a todos los enfermos y cuidadores. Y, siguiendo la línea pedagógica adoptada en este programa temático, va a ser de nuevo la Revelación cristiana la fuente de información e inspiración al respecto. El motivo de esta elección no es sólo el valor sobrenatural que reconocemos los cristianos a la **Revelación de Dios**, sino también el gran filón de **experiencias** personales que dicha Revelación nos ofrece acerca de la vivencia espiritual de la enfermedad.

5.4. *Necesidades espirituales de rango universal.*

Son aquellas que pueden ser percibidas en cualquier enfermo o cuidador de enfermos, sea cual sea su lugar de origen o residencia, su condición social, su cultura o sus creencias religiosas. Afectan a todo ser humano involucrado en la enfermedad por el hecho de ser humano, es decir, por estar dotado del modo de ser espiritual. He aquí las que aparecen como principales, entre las muchas que se podrían enumerar:

a) **Desabogo mi alma conmigo (Sal 42, 5)**. Antes de necesitar a otros acompañantes, la persona afectada espiritualmente por la enfermedad, necesita saber ser una buena **acompañante de sí misma**, saber convivir **consigo misma**, porque sólo así sabrá **conocerse a sí misma** y estar básicamente preparada para explorar

y manifestar las nuevas necesidades espirituales que suscita la irrupción e instalación de la enfermedad en su vida.

Pero quienes ejercen la Pastoral de la Salud comprueban que hay, por desgracia, no pocas personas a las que la enfermedad les hace ver, en primer término, lo desconocidas que habían sido hasta entonces **para sí mismas**.

En tales casos la primera necesidad a la que ha de responder el acompañamiento espiritual es mostrar a dichas personas que tienen que aprender a ser, de entrada, **acompañantes de sí mismas** y que la soledad física puede ser la ocasión propicia para **hacerse uno compañía a sí mismo**.

b) *¡Ay del solo que cae, que no tiene quien le levante (Qo 4, 10)*. También en la Pastoral de la Salud se sabe por experiencia directa lo amarga que es la soledad forzada y no deseada, por la que pasan:

- tantos **enfermos** de diversa índole (enfermos ancianos, crónicos, terminales, mentales, toxicómanos, ...), forzados a la soledad por falta de acompañamiento físico y espiritual;
- tantos **familiares** de enfermos faltos o deficientes de compañía y, con ella, de desahogo y apoyo en la abrumadora tarea asistencial que les toca realizar con sus allegados;
- y tantos profesionales **sanitarios** que se sienten tratados como recursos humanos, pero que no encuentran a quien recurrir cuando el peso de la asistencia les abruma.
- Todos ellos son los **destinatarios directos del acompañamiento espiritual**, que ha de ir orientado a ayudarles a descubrir, expresar con claridad y satisfacer las necesidades de su espíritu.

c) *Las lágrimas son mi pan noche y día (Sal 42, 4)*.

La expresión del salmista en este caso pueden hacerla suya todas aquellas personas cuya

enfermedad cursa con intensos y persistentes **padecimientos**, sean estos dolores orgánicos, episodios de ansiedad psíquica, de fuerte depresión anímica o de oscuridad propiamente espiritual.

La evidente necesidad de alivio y consuelo en estos casos ya la expresaba el autor del libro del Eclesiástico al decir: *No dejes en suspenso los ojos suplicantes (4, 1)*; ojos que tantas veces están esperando que alguien se asome a descubrir lo que hay detrás de sus lágrimas o de su tristeza callada.

d) *Preferiría el estrangulamiento, la muerte antes que estos dolores (Job 7, 15)*. Con este tremendo exabrupto, Job -la figura simbólica universal del ser humano enfermo- manifiesta la exasperación y desesperación que los dolores patológicos suscitan en todos los rincones de las personas que los sufren con especial intensidad y persistencia. Hay momentos en que la necesidad espiritual más acuciante es la de no reprimir la lamentación, e incluso el grito exacerbado, ante personas de las que se espera que van a reaccionar con un silencio respetuoso y acogedor, y no con reproche o con fórmulas caricaturescas de consuelo como son las expresiones vacías y destinadas sólo a salir del paso.

e) *Lo que hasta tocarlo me repugnaba, es ahora mi comida de enfermo (Job 6, 7)*. Sin llegar a las manifestaciones extremas del punto anterior, muchos enfermos sienten la necesidad de expresar en forma de **quejas** la pesadumbre espiritual que les suscitan ciertas sensaciones corporales o ambientales que sus interlocutores no tiene por qué compartir, por el simple hecho de que **no se encuentran en la situación del enfermo**. Factores como la dieta alimenticia, la temperatura ambiental, los ruidos del entorno y tantos otros contribuyen en ocasiones a **abatir el espíritu del enfermo**, aunque para sus acompañantes estas circunstancias resulten normales o perfectamente tolerables.

f) *¿Qué fuerzas me quedan para resistir, qué destino espero para tener paciencia?* (Job 6, 11). Aquí Job aparece como el portavoz de todos los enfermos y cuidadores que sienten estar llegando al límite de sus fuerzas, y se preguntan angustiosamente si su temple espiritual no se agotará y, en consecuencia, si lo que les depara el futuro no consistirá ya más que en dejarse ir a la deriva, renunciando a sus esperanzas inmediatas o últimas.

La necesidad espiritual radica en estos casos en el hallazgo de una fuente nueva de fortalecimiento interior, lo cual obliga al acompañante espiritual a tomar en serio estas manifestaciones de extenuación espiritual, a ser sincero con su interlocutor, y a no responderle con seguridades superficiales o falsas.

g) *Me han defraudado mis hermanos...* (Job 6, 15).

En la Pastoral de la Salud tenemos muy claro que, salvo en situaciones sumamente conflictivas, la familia es el más inmediato y entrañable recurso sanitario que existe para una persona enferma. La mayoría de los enfermos esperan que los demás miembros de su familia sean los primeros y los más implicados en responder a las necesidades espirituales que aquí se están mencionando. Por eso resulta tan aliviador y reconfortante para un enfermo poder apoyarse espiritualmente en sus seres queridos o tan desolador, como en el caso de Job, experimentar el desentendimiento, el distanciamiento o incluso el maltrato de aquéllos.

h) *Alegraos con los que se alegran, llorad con los que lloran* (Rom 12, 15).

Quien trata asiduamente con personas enfermas sabe muy bien que la mayoría de ellas no son pacientes ni dolientes a tiempo pleno, que las lágrimas no son su único pan noche y día. Frente a la mentalidad dolorista, propia de quienes apenas tratan con enfermos, la experiencia real muestra que en la andadura cotidiana de muchos enfermos hay no pocos momentos de sosiego, sano humor, alegría y risa contagiosa. Estos sentimientos y estados de ánimo saludables se

acrecientan cuando las noticias que reciben sobre la evolución de su enfermedad son alentadoras y, más aún, cuando se les notifica su curación.

Por eso, sería un error mayúsculo pensar que las necesidades espirituales de los enfermos se limitan al alivio de sus dolores o al consuelo de sus pesadumbres. La necesidad de compartir las pequeñas o grandes alegrías diarias, o la instalación en la paz de espíritu son tan importantes de satisfacer, al menos, como las otras. Y por eso San Pablo -enfermo al fin y al cabo- antepone la compartición de la alegría a la de los padecimientos.

5.5. Necesidades espirituales propias de una espiritualidad religiosa.

1. Las necesidades espirituales que se mencionan a continuación constituyen un suma y sigue respecto de las que se acaban de mencionar. Quienes viven la enfermedad desde una concepción religiosa de la vida no han dejado atrás el horizonte espiritual de lo humano, pues lo que verdaderamente caracteriza a estas personas es que en su humanidad y en la de las otras personas, así como en el seno del mundo en que viven, han barruntado, atisbado o descubierto claramente la presencia y acción de Aquel en quien vivimos, nos movemos y existimos (Hech 17, 23). Desde la percepción espiritual de sí mismos y de las realidades que componen su mundo, han llegado a vislumbrar o a percibir con claridad que el espíritu encamina hacia el Espíritu.

Lo que el ámbito de la religión añade al de la espiritualidad humana común, y a las necesidades que dimanar específicamente de ella, es que la voluntad de trascendencia que dichas necesidades manifiestan ya no se centra sólo en la persona y circunstancia del enfermo, o de quien le acompaña, sino que el centro que atrae su atención vital es Dios, sea cual sea el nombre que ellos le den, la imagen que

se hagan de Él o la claridad u oscuridad con que perciban dicha idea o imagen. La vivencia religiosa de las necesidades espirituales lleva a manifestar hasta qué punto la sensación de ausencia de Dios o, por el contrario, la de su presencia serena y reconfortante -aunque sea velada y sin contornos fijos- determinan y absorben el malestar o, por el contrario, el sosiego espiritual de la persona tocada por la enfermedad.

No hay, por tanto, personas espirituales por un lado y personas religiosas por otro. Lo que hay en todos los casos son personas que, mostrando rasgos y caracteres espirituales comunes en su mayor parte, son cada una de ellas únicas e irrepetibles en su ser original y en su andadura por la vida. El poeta **León Felipe** lo expresaba con la sencilla y certera belleza de sus versos:

*Para cada hombre guarda
un rayo nuevo de luz el sol,
y un camino virgen Dios.*

2. Cuando ese camino virgen lleva a quien lo emprende hacia la vivencia de una espiritualidad religiosa se descubre una serie nueva de necesidades espirituales, las cuales permanecen latentes o en nebulosa para quienes viven su espiritualidad al margen del ámbito de la experiencia religiosa. La vivencia de ésta al contacto con la enfermedad propia o próxima comporta también una amplia diversidad de necesidades espirituales, que van desde las fronteras de la increencia hasta la adhesión convencida a una espiritualidad confesional como, por ejemplo, la católica que será tratada más adelante. Como muestras de este tipo de necesidades espirituales, cabe mencionar estos ejemplos:

- La actitud religiosa del poeta **Antonio Machado**, cuando confesaba estar siempre buscando a **Dios entre la niebla**.
- La descripción poética que hace **Carlos Bousoño** de una religiosidad en retirada, a

través de estos versos:

*Yo sé que hay hombres sobre cuyas almas
pasó de Dios quizá la sombra un día.
Pasó, y hoy queda sólo ausencia
en donde la tristeza brilla.*

- La religiosidad agónica de Miguel de Unamuno, que le llevaba a oscilar entre el grito bronco: Oye mi ruego, Tú, Dios que no existes, y la tierna y confiada plegaria del final de su vida:

*Méteme, Padre Santo, en tu seno,
misterioso hogar;
dormiré allí pues vengo cansado
del duro bregar.*

- La resignada pero serena declaración de **Job** nada más sufrir sus calamidades familiares y de instalarse la enfermedad en su cuerpo: **El Señor lo da, el Señor lo quita; bendito sea el Nombre del Señor (Job 1, 21)**.

- La petición, a la par angustiada y confiada hecha a Jesús por el padre del niño epiléptico: **Creo, pero ayuda a mi poca fe (Mc 9, 24)**.

- La honda confesión de fe del salmista que lleva a exclamar: **Sólo en Dios descansa mi alma (Sal 62, 2)**.

Ante la realidad manifiesta o latente de cualquiera de estas necesidades, o de otras de la misma índole, el acompañante pastoral habrá de contar con una sensibilidad espiritual y una capacidad de discernimiento mayor aún que ante las llamadas antes de rango universal, y ello -sobre todo al menos- por dos razones:

- La primera es que la andadura personal de quien vive la enfermedad en el seno de la espiritualidad religiosa ha entrado más de lleno en el mundo del espíritu, incluso cuando dicha espiritualidad se viva más en superficie que en profundidad. Contra el parecer de una mentalidad alérgica al ámbito religioso humano -y ma

en concreto al mundo de las religiones arraigadas en nuestro mundo- la apertura al **horizonte divino** implica siempre un **plus** en la andadura humana y, por ello, una expansión y mayor hondura de la propia **vida interior**. Lo cual requiere, como es lógico, unos sensores del **espíritu** más potentes y sutiles en el acompañante espiritual para cumplir adecuadamente su función.

- Además, la enfermedad tiene el **poder revulsivo** -saludable o dañino en sus consecuencias, según los casos- de cuestionar drásticamente la fe religiosa llevando a una reafirmación de la misma o, por el contrario, a su abandono.

Pasar por una honda experiencia de enfermedad ha llevado a unas personas religiosas hacia una mayor perfección, pero a otras les ha llevado a la mutilación de su fe e incluso a la apostasía. El acompañante espiritual nunca será del todo

responsable de una o de otra, pero sí será siempre un factor influyente y en ocasiones decisivo.

5.6. Las necesidades espirituales propias de la espiritualidad religiosa confesional.

1. Esta clase de necesidades espirituales es, en principio, el fruto de un **paso adelante** más en la evolución de la vivencia humana del espíritu, paso dado por una multitud de personas que conciben, realizan y expresan su **espiritualidad religiosa** en el seno de una comunidad histórica de fe, basada en unas creencias, unos ritos y unas actividades que brotan de su propia identidad comunitaria. Son las necesidades espirituales que albergan y muestran las personas insertas en las llamadas **confesiones religiosas**, es decir, las personas cristianas (católicas, protestantes, ortodoxas), judías, islámicas, budistas, hinduístas...

Abantia

Instalaciones

Instal.lacions específiques d'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

enfermo Pablo de Tarso: Gal 4, 14).

- *Hablar con palabras ... aprendidas del Espíritu, expresando realidades espirituales en términos espirituales (1 Cor 2, 13).*
- *Comunicar el fruto del Espíritu (que) es amor, alegría, paz, tolerancia, agrado, generosidad, lealtad, sencillez, dominio de sí (Gal 5, 22).*
- *Ayudar a descubrir la presencia de Jesús, que llama a la puerta interior del enfermo o del cuidador (cf. Ap 3, 20).*

He aquí un amplio muestrario de tareas que todos los acompañantes pastorales pueden hacer suyas en mayor o menor medida. Pero, además, el magisterio pastoral de la Iglesia ha identificado una serie de **ministros del acompañamiento pastoral** a los enfermos, y ha concretado también el cometido específico de cada uno de ellos.

2. **Los ministerios pastorales del acompañamiento espiritual y sus cometidos específicos.** En el **Ritual de Unción y de la Pastoral de Enfermos, las Orientaciones doctrinales y pastorales del Episcopado Español** dedican un espacio importante a señalar quiénes son los responsables pastorales del acompañamiento espiritual a los enfermos, y a describir sus respectivos cometidos. Unos y otros son los que se mencionan a continuación:

- a) *Todos los cristianos deben ser instruidos diligentemente sobre el misterio de la enfermedad y sobre sus obligaciones para con los enfermos, así como sobre el sentido cristiano de la muerte,... (Ritual 47).*

Es decir, todos y cada uno de los cristianos, por el hecho de serlo, han de estar suficientemente preparados para acompañar espiritualmente a los enfermos, al menos, a sus allegados más directos.

Para estar a la altura de esa tarea, la cate-

quisis de la Iglesia -en sus diversas modalidades: infantil, para adolescentes, juvenil para adultos, para el matrimonio y la vida en familia, para el ministerio presbiteral y la vida religiosa,...- debería incluir abiertamente y suficientemente en sus programas respectivos la formación en los temas fundamentales de la Pastoral de la Salud. Toda una tarea aún en gran parte por realizar.

- b) *La comunidad cristiana tiene unas obligaciones muy concretas para con sus enfermos. Los discípulos de Cristo recibieron el encargo del Señor de representarlo y de perpetuar su solicitud por ellos... la obligación de atenderlos es cometido de todos y cada uno de los miembros de la comunidad cristiana (47 a).*

La tarea y los cometidos propios del acompañamiento espiritual no son sólo un imperativo para cada cristiano en particular sino una de las obligaciones básicas de toda la comunidad en la que él esté integrado. No hay verdadera comunidad cristiana donde no hay seguimiento de Cristo en el área de acompañamiento espiritual.

- c) *La acción pastoral estará orientada... a suscitar equipos que, como inmediatos colaboradores de los pastores, visiten, consuelen y ayuden a los enfermos (48).*

El equipo de visitadores de enfermos es la forma adecuada en que se plasma y se organiza el acompañamiento espiritual a los enfermos dentro de cada comunidad cristiana, singularmente en las comunidades parroquiales y en los servicios de asistencia religiosa católica de los hospitales. En este equipo deben estar presentes los tres grandes ministerios pastorales de la comunidad cristiana: laicos, religiosos y presbíteros.

- d) *La presencia (del Obispo) cerca de los enfermos... será un testimonio claro de su oficio de Pastor y Padre de todos (57 a).*

Tal oficio lo suelen ejercer nuestros obispos en diversas ocasiones, sobre todo en el marco de las visitas pastorales que realizan a las diversas comunidades cristianas de sus diócesis respectivas. Sin embargo, se echa de menos en no pocos de ellos, y en el conjunto de la **Conferencia Episcopal Española**, un apoyo más decidido y constante a este sector pas-toral tan nuclear a lo largo de toda la Tradición cristiana.

- e) *La presencia del presbítero junto al enfermo es signo de la presencia de Cristo, no sólo porque es ministro de los sacramentos de la Unción, la Penitencia y la Eucaristía, sino porque es especial servidor de la paz y el consuelo de Cristo. La presencia humilde y servicial junto al enfermo o anciano en un apostolado nada brillante es testimonio de su fe (57 b).*

Ningún presbítero estará teóricamente en desacuerdo con las afirmaciones del párrafo pre-cedente y, sin embargo, éste es un campo pastoral en el que lo que aún queda por hacer es aún más que lo que ya se está haciendo.

Sobre todo en el ámbito de las comunidades parroquiales, los presbíteros tienen que descubrir la existencia cada vez más numerosa de enfermos que necesitan un adecuado acompañamiento espiritual en sus **domicilios**. El paso de la mayoría de los enfermos por los hospitales se va reduciendo progresivamente, no en cuanto al número de ingresos pero sí en cuanto a la duración de su estancia, por lo que el acompañamiento espiritual en los centros hospitalarios resulta cada vez más puntual y breve.

- f) *Las comunidades religiosas que tienen como misión el servicio a los enfermos en los hospitales y en otras organizaciones sanitarias ... Cuidar a los enfermos en nombre de la Iglesia, como testigos de la compasión y*

ternura del Señor, es el carisma propio de las comu-nidades religiosas en las institu-ciones sanitarias (57 c).

Una de las páginas más bellas de la historia del acompañamiento espiritual a los enfermos la han escrito sin duda -y la siguen escribiendo- las comunidades religiosas sanita-rias. En los centros que dependen de ellas, así como en el resto de sus iniciativas asisten-ciales, el testimonio de la compasión y ternura del Señor es una realidad carismática palpa-ble, que el conjunto de la Iglesia debe apreciar y apoyar con más empeño.

- g) *El laico que trabaja en el campo sanitario no sólo ejercita una de las más nobles profesio-nes, sino que ejerce de hecho un apostolado frecuentemente misionero (57 d).*

Una forma tan difícil como necesaria de realizar dicho **apostolado misionero** es sin duda el acompañamiento espiritual por parte del profesional sanitario cristiano en el ejercicio mismo de su labor asistencial. Sin embargo, desde comienzos del siglo III hasta hoy el ideal que los sanitarios ver-daderamente cristianos han tenido claro, y han buscado llevar a la práctica con la mayor fidelidad, ha sido y es convertir la honradez y la competencia profesio-nal en un **testimonio** de la caridad de Cristo.

Y, junto a ese testimonio, a los laicos cristia-nos sanitarios les toca también **ayudar** a los enfermos y familiares que acuden a ellos, a descubrir y satisfacer las necesidades espi-ritua-les de quienes les abren, en mayor o menor grado, su **espíritu**, su vida interior.

- h) *Una de las grandes ocasiones para testimo-niar que la parroquia es una comunidad de amor la ofrece la enfermedad de uno de sus miembros, durante la cual los lazos que vinculan a una y otro ... adquieren un sentido nuevo (l. c.).*

Aparte de lo ya dicho en párrafos anteriores respecto del ministerio pastoral de acompañamiento por parte de las comunidades parroquiales, es de todo punto preciso mencionar el hecho de que éstas **no deben descuidar** el acompañamiento y la ayuda pastoral en su domicilio a todos aquellos fieles que, habiendo acudido regularmente a la parroquia respectiva cuando se encontraban sanos, están impedidos para hacerlo a causa de una enfermedad inmovilizante.

- i) *La familia cristiana, como Iglesia doméstica, sometida a prueba por enfermedad de uno de los suyos, ha de manifestar que es una comunidad natural de amor humano y cristiano, no sólo en la abnegación y entrega personal ... sino atendiendo al bien espiritual del enfermo (1. c.).*

Tras lo dicho al respecto en el guión 5, lo que aquí procede destacar, por desgracia, es la práctica ausencia en los planteamientos y desarrollos concretos de la **pastoral familiar** al uso en nuestras diócesis, respecto del cometido pastoral de la familia de un enfermo ante las necesidades espirituales de éste. Esa es, a nuestro juicio, la gran asignatura pendiente de la pastoral familiar.

Oración del acompañante espiritual en la pastoral de la salud.

*Señor, ayúdame a ser
un buen acompañante espiritual
de los enfermos y de quienes les cuidan:
acercándome a ellos con respeto y sinceridad,
estando atento para saber descubrir
todas sus necesidades;*

*escuchándoles y sintonizando
con sus sentimientos;*

*evitando las palabras vacías
y las frases hechas;*

*permitiéndoles desahogarse
y manifestar abiertamente sus rebeldías,
fatigas y esperanzas;*

*dándoles ánimo y ganas de luchar
contra la enfermedad,*

*o fortaleza para aceptarla si no es posible
la curación;*

*rogando a Ti por ellos y, si lo
quieren, también con ellos.*

Amén.



Quisiéramos explicarle muchas cosas sobre nosotros...

Que somos los líderes en el mercado de la Restauración Colectiva.

Que pertenecemos a Compass Group, el mayor operador de restauración a nivel mundial, presente en más de 65 países.

Que en España atendemos a más de 1800 clientes.

El sabor de la experiencia

Podríamos explicarle muchas cosas más...

Pero no queremos cansarle con datos y cifras, porque lo que ofrecemos es **SERVICIO** y los servicios van dirigidos a **PERSONAS** y las **PERSONAS** sólo acuden a quien les genera **CONFIANZA**.

Eurest Colectividades, S.L.
Sede Social
Camino de la Zarzuela, 19-21
Aravaca - 28023 Madrid
Tel.: 91 542 53 39
Fax: 91 740 25 48



MEDIREST

Delegaciones y Oficinas
A Coruña Tel.: 981 63 61 74
Alicante Tel.: 96 568 20 30
Barcelona Tel.: 93 470 29 80
Bilbao Tel.: 94 454 15 88
Girona Tel.: 972 47 40 13
Las Palmas Tel.: 928 57 44 16
Madrid Tel.: 91 542 53 39
Málaga Tel.: 95 236 81 22
Oviedo Tel.: 98 511 35 80
Palencia Tel.: 979 16 59 35
P. Mallorca Tel.: 971 49 14 53
Sevilla Tel.: 95 418 57 55
Tarragona Tel.: 977 29 22 73
Tenerife Tel.: 922 25 60 40
Valencia Tel.: 96 337 83 10
Vigo Tel.: 986 26 56 30
Zaragoza Tel.: 976 22 63 07



Eurest Services
Support Services

Eurest
Restauración Sector Empresa

Scolarest
Restauración Sector Educación

MEDIREST
Restauración Sector Salud

VITarest
Comida a domicilio

VILAPLANA
Alta Restauración



www.sanjuandedios.net

