



CONSEJO EPISCOPAL LATINOAMERICANO
DEPARTAMENTO DE PASTORAL SOCIAL - DEPAS

Evangelización de la Salud

Tabla de Contenido

	Pág.
Presentación -----	9
<i>Monseñor Raymundo Damasceno Assis</i>	
Guía para el lector -----	11
<i>Pbro. Leonidas Ortiz Lozada</i>	
INTRODUCCION	
Mensaje del Señor Cardenal Angelo Sodano ---	21
Discurso de Apertura -----	25
<i>Mons. Guillermo Melguizo Yepes</i>	
Homilía Inaugural -----	29
<i>Mons. Augusto Aristizábal</i>	
PRIMERA PARTE	
Ponencias	
Capítulo I	
Evangelización y Pastoral de Salud -----	33
<i>P. José Luis Redrado, O.H.</i>	

Diseño carátula:
Olga Stella González & Cía.

Diseño y diagramación:
helda domínguez y cía. Ltda.
PUBLICOMUNICACIONES

Impresión: Editorial Kimpres Ltda.
Tels: 2601680 - 4136884 - Fax 2907539

© Consejo Episcopal Latinoamericano - CELAM
Carrera 5a. No. 118-31
Apartado Aéreo 51086
Teléfono: 6121620 Fax: 6121929
ISBN 958-625-256-6
Santafé de Bogotá, D.C., junio 1993

Impreso en Colombia
Printed in Colombia

Capítulo II

Iglesia y salud humana -----	51
<i>P. Domingo Basso</i>	

Capítulo III

Humanización de la Medicina -----	73
<i>Dr. Zoilo Cuéllar Montoya</i>	

Capítulo IV

Ética y Medicina ante limitados físicos -----	81
<i>Hna. Susana Rodríguez Peña</i>	

Capítulo V

Problemas Éticos de la Psiquiatría -----	83
<i>Dr. Herbert Vizcarra Coronel</i>	

Capítulo VI

El Transplante - Aspectos Éticos -----	93
<i>Dra. Gabriela Guerrero M.</i>	

Capítulo VII

Ética y Limitados.	
Modelo activo de atención médica -----	105
<i>Dr. Hernando Rodríguez Vargas, M.D.</i>	

Capítulo VIII

La Nueva Genética: Aplicaciones Médicas de los métodos de diagnóstico prenatal -Perspectivas terapéuticas -----	109
<i>Dra. Elba de Giorgiutti</i>	

SEGUNDA PARTE

Paneles**Capítulo I**

Ética y Medicina - "La Planificación familiar" --	135
<i>Dr. Eduardo Zubizarreta</i>	

Capítulo II

Atención integral del enfermo hospitalario -----	143
<i>P. Manuel Marco, O.H.</i>	

Capítulo III

Organización de Médicos Católicos y Humanización -----	155
<i>Dr. Hugo O.M. Obiglio</i>	

CONCLUSIONES

Ética y Planificación Familiar -----	163
---	-----

Limitados -----	166
------------------------	-----

Aspectos éticos de los transplantes	
Desafíos a la acción de la Iglesia -----	167

Aspectos éticos frente al enfermo terminal	
Desafíos a la acción de la Iglesia -----	168

Psiquiatría -----	169
--------------------------	-----

Recomendaciones -----	171
------------------------------	-----

ANEXO

Lista Participantes -----	175
----------------------------------	-----

Presentación

Hacia los hombres que sufren, la Iglesia ha demostrado siempre el más vivo interés; con lo que no hace otra cosa que seguir el preclaro ejemplo de su Fundador y Maestro.

Así comienza el Papa Juan Pablo II la Carta Apostólica *Dolentium hominum* en forma de *Motu Proprio* en el que instituye la Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes de la Salud el 11 de febrero de 1985. Ya el año anterior el Santo Padre había publicado la Carta Apostólica *Salvifici Doloris*, animando a los cristianos a promover, organizar, perfeccionar y extender el ministerio para con los enfermos, los débiles y los que sufren.

Motivados por esta preocupación eclesial, del 2 al 6 de Octubre de 1989, se reunieron en Santafé de Bogotá representantes de Pastoral de la Salud de las Conferencias Episcopales de 10 países con eminentes profesionales del mundo de la salud, a fin de celebrar el Primer Encuentro Latinoamericano Iglesia-Salud. El evento fué promovido por la Federación Internacional de Asociaciones Médicas Católicas-FIAMC-y por el Consejo Episcopal Latinoamericano-CELAM-en su Departamento de Pastoral Social-DEPAS-, con el beneplácito y patrocinio de la Pontificia Comisión para la Pastoral de los agentes sanitarios.

Es impresionante constatar los grandes proyectos científicos y sus aplicaciones, especialmente en el campo de la tecnología

biomédica. América Latina no es extraña a esos adelantos. Pero, a su vez, resulta preocupante constatar la débil atención que merece esta área en nuestra pastoral orgánica, con la honrosa excepción de las comunidades e instituciones de Iglesia especializadas en la salud.

Está en juego la vida misma en todas sus etapas y el respeto a la dignidad de la persona humana. Todo agente de pastoral de la salud debe ser un servidor experto y generoso de la vida. De ahí la necesidad de anunciar oportuna y adecuadamente los principios éticos y las verdades morales que deben orientar tanto la búsqueda como la aplicación de estas tecnologías especializadas, cuyo fundamento no puede ser otro que la vida misma.

Las memorias de este Encuentro que hoy presentamos a consideración de los interesados, sean instrumento que motiven la realización de planes concretos y orgánicos de pastoral de la salud en todos los niveles, y ayuden a preparar la celebración del Segundo Encuentro Latinoamericano en 1994.

Raymundo Damasceno Assís
Obispo Auxiliar de Brasilia
Secretario General del CELAM

Guía para el Lector

Leonidas Ortiz Lozada, Pbro.
Secretario Ejecutivo del DEPAS-CELAM

El Departamento de Pastoral Social del CELAM y la Federación Internacional de Asociaciones Médicas Católicas-FIAMC-, en coordinación con la Pontificia Comisión para la Pastoral de agentes sanitarios, convocaron en 1989 a las Conferencias Episcopales de América Latina y el Caribe y a los profesionales de la salud, al Primer Encuentro Latinoamericano Iglesia-Salud.

OBJETIVOS DEL ENCUESTRO

Objetivo General

El Encuentro se proponía examinar, en diálogo abierto y a la luz del Magisterio de la Iglesia, los problemas éticos y de humanización del sector salud en América Latina y asumir los compromisos acordes con la competencia y misión de la Iglesia en este campo.

Objetivos Específicos

Como objetivos más concretos, el Encuentro pretendía los siguientes logros:

- ▶ Analizar la situación de la salud en América Latina y el Caribe, desde un marco socio-económico, político y cultural, con los aportes y experiencias de los mismos participantes.
- ▶ Hacer un diagnóstico sobre la humanización de la salud, que permita identificar urgencias para futuros programas de sensibilización y capacitación de los agentes de salud en el Continente.
- ▶ Favorecer el intercambio de inquietudes y experiencias en Pastoral de Salud entre los Obispos, Religiosos y los Profesionales de la Salud.
- ▶ Reflexionar sobre la problemática de carácter ético en los diferentes sectores de la salud, con el fin de compartir inquietudes y aunar criterios de juicio para una acción cristiana coherente.

En esta forma, se quería despertar una mayor conciencia y compromiso cristiano en los profesionales y agentes de pastoral vinculados al sector de la salud. Además, se pretendía fortalecer e impulsar las organizaciones profesionales de carácter cristiano y estimular la estructuración de una Pastoral de la Salud a nivel nacional.

TEMAS TRATADOS

Durante la celebración del Encuentro, después de la sesión de inauguración, se presentaron una serie de ponencias y se realizaron algunos paneles sobre temas de mucha actualidad en el campo de la salud.

Para que el lector pueda consultar con facilidad estos documentos, se han organizado en dos grandes partes (Ponencias y Paneles), antecedidas éstas por los mensajes de la ceremonia de inauguración y seguidas posteriormente por las Conclusiones y Recomendaciones.

El esquema temático de este volumen es el siguiente:

INTRODUCCION

- ▶ Mensaje del Señor Cardenal Angelo Sodano, Secretario de Estado.
- ▶ Discurso de Apertura.
- ▶ Homilía Inaugural

PRIMERA PARTE: PONENCIAS

Capítulo I. **Evangelización y Pastoral de Salud.**
P. José Luis Redrado, O.H.

Capítulo II. **Iglesia y Salud Humana.**
P. Domingo Basso

Capítulo III. **Humanización de la Medicina.**
Dr. Zoilo Cuéllar Montoya

Capítulo IV. **Ética y Medicina ante limitados físicos.**
Hermana Susana Rodríguez Peña

Capítulo V. **Problemas éticos de la Psiquiatría.**
Dr. Herbert Vizcarra Coronel

Capítulo VI. **El trasplante: aspectos éticos.**
Dra. Gabriela Guerrero M.

Capítulo VII. **Ética y limitados. Modelo activo de atención médica.**
Dr. Hernando Rodríguez Vargas, M.D.

Capítulo VIII. **La nueva genética: aplicaciones médicas de los métodos de diagnóstico prenatal.**

Dra. Elba de Giorgiutti

SEGUNDA PARTE: PANELES

Capítulo I. **Etica y Medicina. La Planificación Familiar.**
Doctor Educardo Zubizarreta

Capítulo II. **Atención integral del enfermo hospitalizado.**
P. Manuel Maro, O.H.

Capítulo III. **Organización de Médicos Católicos y Humanización.**

Dr. Hugo O.M. Obiglio

CONCLUSIONES

- ▶ Etica y Planificación Familiar.
- ▶ Limitados.
- ▶ Aspectos éticos de los transplantes.
- ▶ Aspectos éticos frente al enfermo terminal.
- ▶ Psiquiatría.
- ▶ Recomendaciones del Encuentro

ANEXOS

Anexo 1. Listado de Participantes.

La Situación de la Pastoral de la Salud en América Latina

No es fácil presentar un diagnóstico de la situación de la Pastoral de la Salud en América Latina. Sin embargo, de acuerdo con los informes presentados por los participantes en este Encuentro, se puede afirmar que la Pastoral de la Salud se ha fortalecido en los últimos años en casi todos los países del continente.

En *Argentina* la Pastoral Social está dinamizando la organización de la Pastoral de la Salud en los sectores más necesitados. Falta, no obstante, una preocupación y una comprensión más amplias de una Pastoral Sanitaria de Conjunto por parte de las instituciones vinculadas a la Iglesia.

En *Bolivia* la Iglesia suple al Estado en obras de salud, prestando atención a más del 50% de la población. Se han conformado comités de apoyo en educación de la comunidad y en investigación. Sin embargo, falta una mayor coordinación entre la Iglesia y el Ministerio de Salud Pública.

En *Brasil* se da prioridad al apostolado de los enfermos y se está impulsando, desde hace más de 10 años, una pastoral de medicina comunitaria que se preocupa, ante todo, por promover la salud, más que por tratar las dolencias. Falta, naturalmente, una toma de conciencia más amplia de las personas y comunidades del sector hospitalario.

En *Paraguay*, especialmente en zonas rurales, se promueve, por parte de la Iglesia, la creación de consultorios médicos,

compensando de alguna manera las deficiencias de los centros asistenciales oficiales. Se ha iniciado en algunas diócesis la capacitación de promotores de salud y se ha promovido la organización comunitaria a partir de una educación para la salud. Las mayores dificultades se presentan en las áreas financiera y organizativa. Los costos de programas bien planificados en educación sanitaria son muy elevados y la Iglesia no dispone de suficientes recursos para cubrirlos. En la parte organizativa, hace falta coordinación entre los organismos e instituciones eclesiales y entre los agentes de pastoral sanitaria, particularmente del sector rural.

En *Uruguay* proliferan las policlínicas barriales, que, por lo general, surgen en torno a organizaciones de base, parroquias o grupos religiosos. Se han impulsado algunos proyectos comunitarios de salud patrocinados por Caritas. No obstante, el Estado no presta el suficiente apoyo para que las policlínicas cumplan su cometido. Hay una creciente falta de solidaridad social en los distintos niveles del sector salud.

En *Colombia* se han vinculado algunas comunidades religiosas (Camilos, San Juan de Dios...) al campo de la Pastoral de la Salud. Se están haciendo publicaciones sobre el tema y se están dictando cursos de formación y capacitación a agentes parroquiales y diocesanos. Como es un tema reciente en su tratamiento orgánico y sistemático, hay confusiones, temores y falta de conciencia sobre su importancia evangelizadora.

En *Ecuador* se está trabajando pastoralmente en el proceso de humanización de la medicina que conlleve a una atención integral del paciente. Las desigualdades sociales limitan el acceso de los más pobres a los servicios de salud.

En *Venezuela* los grupos apostólicos y las comunidades eclesiales de base han comenzado a establecer contacto con programas de salud. La Iglesia siempre ha estado promoviendo grandes obras de asistencia sanitaria. Baste nombrar los

hospitales Pedro Machado para la atención del enfermo de cáncer, los de la Orden San Juan de Dios, los ancianatos y los centros de atención al drogadicto. Sin embargo, hay dispersión de fuerzas en los diferentes movimientos y grupos apostólicos.

En *México* es un logro significativo la presencia y aceptación de la Iglesia en las instituciones de salud pública. Pero, no hay duda que la creciente secularización en el mundo de la salud dificulta la misión pastoral.

En *Guatemala* se debe, en buena parte, a la Iglesia la existencia de Centros de Salud en casi todos los municipios de la República. La falta de recursos económicos y la escasez de agentes de pastoral preparados en este campo limitan mucho la acción de la Iglesia.

En *Nicaragua* se está luchando por estructurar organizaciones de salud a nivel diocesano, parroquial y comunal.

En *Costa Rica* existe una participación efectiva y constante de la Iglesia en el campo de la salud. Esto se manifiesta, especialmente, en el acompañamiento que hacen los laicos, a nivel parroquial e institucional, a los enfermos.

En *República Dominicana* hay que destacar el funcionamiento de Escuelas de Medicina en Universidades Católicas y la creación de dispensarios y farmacias populares.

Estos son apenas unos rasgos evaluativos de algunos países que nos dan un indicativo de lo que sucede en la Pastoral de la Salud en América Latina. El volumen que publicamos, más que un diagnóstico acabado en este campo, quiere presentar la reflexión de expertos y pastoralistas en un mundo tan especializado como es el de la salud.

Introducción

**Mensaje del Señor
Cardenal Angelo Sodano
Secretario de Estado**

Vaticano, 25 de septiembre de 1989

Secretaría de Estado
N.245.894

Señor Arzobispo:

El Santo Padre, informado de la próxima celebración del *Encuentro Iglesia-Salud en América Latina* que tendrá lugar en Bogotá del 2 al 6 de octubre, me confiado el encargo de hacer llegar su mensaje de aliento junto con su saludo afectuoso a los organizadores, invitados y a todos los participantes en dichas jornadas. En particular, saluda a Mons. Darío Castrillón Hoyos, Presidente del CELAM, a los hermanos Obispos presentes, a los sacerdotes, religiosos y religiosas, y a cuantos trabajan en las asociaciones católicas en el campo sanitario.

El mundo de la salud ha sido ciertamente objeto de especial atención por parte de la Iglesia a través de los siglos. Siguiendo las enseñanzas y el ejemplo de Jesús, ella ha mostrado siempre

Excmo. Mons. FIORENZO ANGELINI
Presidente Pontificio Consejo
para los Agentes de la Salud
CIUDAD DEL VATICANO

su cercanía a los enfermos, como el buen Samaritano del Evangelio. En muchas ocasiones y en muchos lugares ha sido y continúa siendo pionera y promotora de la salud, ya con actividades de suplencia y de colaboración, ya en el cumplimiento de su específica misión pastoral.

En los últimos tiempos estamos asistiendo a nuevas iniciativas sociales y pastorales encaminadas a la defensa y promoción de la salud y en favor de los enfermos y del personal sanitario. Su Santidad Juan Pablo II es hoy un testimonio concreto de acogida y de amor en este campo de la salud. Sus gestos hacia los enfermos en sus encuentros en todos los viajes apostólicos, son un hecho más que significativo. Es el Papa que nos ha legado una hermosa *Carta Apostólica sobre el sentido cristiano del sufrimiento humano (Salvifici doloris, 11 de Febrero 1984)*. Su particular solicitud por este sector del apostolado le ha llevado a instituir en la Iglesia un nuevo Dicasterio para animar y coordinar todo cuanto a este campo se refiere: el Pontificio Consejo de la Pastoral para los Agentes de la Salud (*Dolentium hominum, 11 de febrero 1985*).

El Santo Padre, en su solicitud pastoral por la Iglesia en América Latina, anima a cuantos con su generosidad no exenta de sacrificios contribuyen a hacer más intensa la presencia y la acción de la Iglesia en hospitales y demás centros de salud, y para promover las condiciones sanitarias de las poblaciones más necesitadas.

El acceso a mejores condiciones de salud es un derecho fundamental repetidamente proclamado por la Iglesia y por los Organismos Internacionales. Por otra parte, no pueden soslayarse las dificultades de todo tipo que hacen que grandes sectores de la población sufran carencias sanitarias que se reflejan en elevados índices de mortalidad infantil o en el bajo nivel de la expectativa media de vida.

Se impone, por tanto, un renovado esfuerzo por parte de cuantos participan en esas jornadas de estudio y reflexión para

dar mayor impulso a la acción pastoral sanitaria, prestando también particular atención a las organizaciones de profesionales cristianos que trabajan en el campo de la salud. En este sentido el Papa alienta los trabajos de ese encuentro y llama con renovado vigor a la solidaridad activa por parte de cuantos con su labor sacrificada, conocimientos profesionales y medios pueden colaborar a la mejora y promoción de las condiciones de salud de tantos hermanos nuestros, sin olvidar también lo que se refiere a la educación sanitaria a nivel individual y familiar.

Mientras expresa su profundo aprecio por cuantos dedican su vida a aliviar los sufrimientos de los hermanos enfermos, el Santo Padre se complace en asegurar su recuerdo en la plegaria para que el Señor conceda abundantes frutos a ese encuentro en Bogotá y, en prueba de benevolencia, imparte la implorada Bendición Apostólica, sobre los organizadores y todos los participantes.

Aprovecho la oportunidad para reiterarle, señor Arzobispo, las seguridades de mi consideración y estima en Cristo.

Discurso de Apertura

*Mons. Guillermo Melguizo Yepes
Secretario Adjunto del CELAM*

Me es muy grato, a nombre del Consejo Episcopal Latinoamericano-CELAM, de su Presidente, Mons. Darío Castrillón Hoyos, de su Secretario General Mons. Oscar Andrés Rodríguez Maradiaga, como también del Presidente del Departamento de Pastoral Social, Mons. Italo Severino Di Stéfano, dar el saludo de bienvenida a todos los participantes de este Encuentro Latinoamericano de Iglesia-Salud. Pero además de saludarlos a todos, quiero, muy sinceramente, agradecer a ustedes por haber respondido a esta convocatoria, en momentos en que el pueblo colombiano hace frente común para sacudirse del yugo que fuerzas oscuras le han estado imponiendo con la violencia en su reciente historia.

A algunos puede extrañar la limitada participación en este Encuentro. Un número apreciable de invitados se excusó, porque consideró que no podía haber garantías suficientes de protección y seguridad. El CELAM respeta su decisión, sin embargo, en ningún momento ha puesto en duda el riguroso cumplimiento de su programación ordinaria. De esta manera ha querido mostrarse solidario con estos hermanos de Colombia, cuya única ilusión es *vivir*.

El mundo de la salud es uno de los campos más privilegiados de la evangelización. Tal vez porque su opuesto, la enfermedad, es una de las experiencias básicas de la existencia humana, uno de los hechos absolutamente inherentes al hombre, a su "estar

en el mundo". La enfermedad es una alteración de la totalidad del ser humano. Su plenitud se ve afectada, obstaculizada. De ahí la importancia que reviste, tanto en el mensaje evangélico como en la misma vida de Jesús.

En la pastoral de la salud se manifiesta de manera extraordinaria la unidad indisoluble de la misión salvadora de Jesús y de la Iglesia: De Jesús, Hijo de Dios y hermano de los hombres, enviado por el Padre para anunciar la buena noticia a los pobres, para liberar a los oprimidos, para curar a los enfermos. De la Iglesia, que debe manifestar la presencia salvadora de Jesús como centro de su misma misión: "*Vayan por todo el mundo y anuncien el Evangelio a toda criatura... curen a los enfermos*".

En la pastoral de la salud se pretende conciliar el avance de la ciencia y de la técnica en la medicina, con la defensa de los valores morales. Es allí donde más claramente podemos identificar los graves riesgos que se corren cuando estos dos términos se distorsionan.

Este Encuentro tocará armónicamente tanto el mensaje de salvación y las actitudes consecuentes de Jesús, Maestro y Médico, como los principios morales expresados claramente a través del Magisterio de la Iglesia. La agenda presenta a consideración de Ustedes, tres momentos lógicos que se entrelazan:

El primero, una aproximación de la realidad de la salud en América Latina, análisis éste que le da al Encuentro desde su comienzo el sabor pastoral que quiere tener. De allí deben deducirse los problemas fundamentales en este campo, los cuales se expresan como grandes interrogantes.

El segundo, la confrontación de esa problemática con los principios éticos y morales. Los grandes interrogantes frecuentemente se convierten en este segundo momento en los desafíos que tenemos que afrontar.

De allí se pasa a un tercer momento: las respuestas a esos desafíos, las recomendaciones y proposiciones, en fin, los compromisos que se van concretando progresivamente en planes y programas en diferente nivel.

Ambiciosas metas se pretenden alcanzar. Ellas suponen un trabajo serio e intenso en estos días. El grupo pequeño pero selecto, va a propiciar, estoy seguro, una profunda reflexión.

Por otra parte, el conocimiento mutuo y el intercambio de experiencias, constituyen elementos definitivos para impulsar la pastoral de la salud en nuestro continente y fortalecer o crear donde no las hay, organizaciones médicas católicas en donde los profesionales de la salud encuentren el espacio apropiado para resolver sus grandes interrogantes, madurar en su fe y testimoniar a Jesús en el mundo del trabajo especializado.

El CELAM como Organismo de servicio a las Conferencias Episcopales de América Latina, estará atento a divulgar las conclusiones y recomendaciones de este Encuentro, como también a animar las múltiples iniciativas que surjan de sus deliberaciones.

Que Santa María de la Salud y de la Esperanza los acompañe durante estas jornadas que hoy comienzan y el Espíritu de Dios los ilumine.

Homilía Inaugural

Mons. Augusto Aristizábal
Obispo de Jericó-Antioquia

El Espíritu del Señor está sobre mí, porque El me ha ungido, me ha enviado para dar la buena noticia a los pobres, a los ciegos la vista, libertad a los cautivos.

A esto vino Cristo, a proclamar bienaventurados a los pobres, los mansos, los que lloran (Mt 5). Cristo vino a proclamar un Reino de justicia, de paz y de amor. No es algo sólo externo, sino que compromete toda la vida de los que creen en El, lo aceptan y forman parte de su Reino. Cristo es Camino, Verdad y Vida, su Palabra tiene que tomar cuerpo en la vida de los que creen, en sus testigos. No sólo es un ser bueno, es ser totalmente testigos de Cristo. Cristo lo dijo: Seréis mis testigos en el mundo, y para ser sus testigos, hay que tomar en serio la misión de Evangelizar. Y Evangelizar, es anunciar, explicitar lo que está escondido, anunciar la palabra, dar razón de nuestra esperanza (EN 22).

La verdadera Evangelización es anunciar el Hombre, doctrina y vida y misterio de Cristo.

La Fe hay que explicitarla. Hay que celebrar la Buena Nueva, compartirla.

Jesús se hizo hombre para compartir con él toda su vida, pero sobre todo, quiso compartirlo con los pobres, con los que sufren, los niños, los pecadores.

Jesús acoge al pecador, a la adúltera, a los ciegos, cojos, paralíticos, etc. Con ellos es donde aparece su figura maravillosa, cercana, expresiva.

De esta manera es como Jesús constituye su Reino de Paz y Amor. Y quiso que éste fuera el distintivo de los miembros de

su Reino. "En esto conocerá el mundo que sois de los míos, si os amáis los unos a los otros" (Sn Jn). "Lo que hagáis a uno de estos pobres necesitados por mi amor, a mí lo hacéis" (Sn Mt).

La Iglesia es este Reino de Cristo, nosotros entonces, como miembros de la Iglesia, hacemos lo que El quiere.

La Iglesia existe para Evangelizar, celebrar la Buena Nueva, Anunciar. Ha recibido el ejemplo misericordioso y debe encarnarlo con palabra y gestos y en el campo de la salud y la enfermedad, que son realidades de la vida, hay que darle el verdadero sentido, dar a conocer los valores que posee la persona humana. Hay que hacer sentir que Cristo es Vida. Por eso hay que comprender y valorarla para respetarla, defenderla y servirla.

Todos, Sacerdotes y seglares, como lo ha recordado el Concilio Vaticano II y el Papa Juan Pablo II con su palabra y con su ejemplo: tenemos que buscar en el pobre y los enfermos, la plena realización de la vocación cristiana.

No se trata solo de anunciar sino de impregnar y perfeccionar todo el Orden temporal con el Espíritu Evangélico. Este anuncio hay que revelarlo con palabra y con obras (AA).

Tenemos un Reto y si queremos que la Iglesia esté de una manera adecuada, real y significativamente en el mundo actual en el sector de la salud, teniendo en cuenta el fenómeno del cambio profundo realizado a nivel técnico, asistencial y social, exige de todos, mayor presencia, testimonio y acción, para que sea Cristo la Verdad y la Vida.

Con María, salud de los enfermos, caminemos unidos.

PRIMERA PARTE

Ponencias

Capítulo I

Evangelización y Pastoral de Salud

P. José Luis Redrado, O.H.
Secretario Pontificio Consejo de la
Pastoral para los Agentes Sanitarios
ROMA

1. ¿QUÉ ES EVANGELIZAR?

- a) *Evangelizar es llevar el Evangelio = Buena Noticia= Buena Nueva (Evangelii Nuntiandi, 18):*
 - ▶ *“El tiempo está cumplido, se acerca el Reino de Dios: Convertíos y creed en el Evangelio” (Mc 1,15).*
 - ▶ *“Bienaventuranzas” (Mt 5): los pobres, los mansos, los que lloran.*
 - ▶ *Discurso en Nazaret (Lc 4): “El Espíritu del Señor está sobre mí, porque me ungió para evangelizar a los pobres...”*
- b) *Evangelizar es proclamar con la vida (proclamación silenciosa), con el testimonio esta presencia salvadora de Dios (EN 21)*
 - ▶ *La palabra viva de Cristo debe tomar cuerpo en la vida de los testigos.*

- ▶ No es una información -cultura sobre Cristo.
- ▶ No consiste simplemente en compartir la vida con los hombres (ser buenos profesionales, solucionar problemas)..

Este testimonio produce en los otros algún interrogante:

- ▶ ¿Por qué son así?
 - ▶ ¿Por qué viven de este modo?
 - ▶ ¿Por qué están con nosotros?
- c) *Evangelizar es explicitar lo que está escondido, anunciar con la palabra, dar razón de nuestra esperanza (EN 22)*
- ▶ No hay evangelización verdadera, si no se anuncia el nombre, doctrina, vida y misterio de Cristo. Por tanto, no se trata de algo implícito. La fe hay que explicitarla.
 - ▶ El anuncio provoca también en el oyente, una conversión, una adhesión (EN 23 y 24).
 - ▶ Evangelizar es asegurar el testimonio y compromiso en la vida. Celebrar la Buena Noticia, compartirla. (La fe es compromiso y misión: se vive, se celebra y se da).
 - ▶ Y quien ha sido evangelizado, evangeliza a la vez: es apóstol, testigo.

Por tanto, estas son las etapas que explicitan el objetivo de la evangelización:

1. Testimonio (anuncio silencioso)
2. Palabra (anuncio explícito)
3. Conversión
4. Celebración del acontecimiento salvador
5. Somos, al mismo tiempo, evangelizados.

2. PROCLAMACIÓN DE LA BUENA NOTICIA

Jesús de Nazaret proclamó esta Buena Noticia entre los pobres, los pecadores y los enfermos:

Su Reino no es un reino de ricos y poderosos, sino de humildes y pecadores: los pobres de espíritu, los que lloran, los perseguidos (Mt 5); los pequeños, los niños (Mt 18); los pecadores (mujer adúltera -Jn 8- María Magdalena -Lc 7- Zaqueo -Lc 19).

El Jesús de la Buena Noticia es el Jesús de la misericordia y de la acogida: hijo pródigo (Lc 15); oveja perdida (Lc 15); el buen samaritano (Lc 10).

Pero es junto a los enfermos donde la figura de Jesús es sorprendente, maravillosa, cercana, expresiva y llena de continuas manifestaciones salvadoras:

- ▶ El Evangelio nos dice que Jesús recorría la Galilea, enseñando y curando; su fama se extendía, le traían los enfermos y los curaba (Mt 4).
- ▶ La gente quedaba admirada y exclamaba: todo lo ha hecho bien; a los sordos hace oír y a los mudos hablar (Mc 7,37).
- ▶ Seguro que Jesús no curó a todos, pero a todos cuantos encontró les comunicó la salvación; entre ellos muchos paralíticos, sordos, ciegos, leprosos (Mt 8,9,11; Mc 5; Jn 5).
- ▶ Sorprenden en Jesús sus palabras: "quiero, queda limpio" (Mt 7); "no temas, ten fe y basta" (Mc 5,36); pero sobre todo sus gestos y sus silencios: cómo ve, atiende, respeta, se detiene (Jn 8, 1-11; 9, 1-40; Mt 9, 18-26). Estas palabras y estos signos provocaban estupor y admiración.
- ▶ Otra idea que quisiera subrayar es ésta: la capacidad de Jesús para reintegrar y comprometer, para compartir y desarrollar las cualidades de aquéllos que curaba, frente a

la exclusión que hacía la sociedad; el enfermo curado encontraba nuevamente su lugar (Mc 1, 40-45; Lc 7, 13; Jn 5, 5-9).

- Por ello, la presencia, evangelización y curaciones de Jesús manifiestan que el Reino ya ha llegado.

3. DEL CRISTO EVANGELIZADOR A LA IGLESIA EVANGELIZADORA

La acción evangelizadora de la Iglesia nace de la acción evangelizadora de Cristo (Mt 28, 19; Ad Gentes 1 y 35; LG 5; EN 13 y 14).

La Iglesia existe para evangelizar, ser canal, celebrar. Lo suyo es anunciar, comunicar la Buena Noticia. Es la continuación de la acción evangelizadora de Jesús:

“Convocó a los doce y les dio poder y autoridad sobre los demonios y para curar enfermedades, y enviéles a predicar el Reino de Dios y a dar salud a los enfermos” (Lc 9,1).

“Y ellos partieron y recorrieron las aldeas evangelizando y curando por todas partes (Lc 9,6) y arrojaban muchos demonios y ungián con aceite a muchos enfermos y los curaban” (Mc 6,13).

La Iglesia ha recibido de Jesús su ejemplo misericordioso y debe encarnarlo con palabras y gestos; por ello es enviada específicamente al mundo de la salud para recordar que la salud y la enfermedad son realidades de la vida que hay que integrar y dar sentido; otra visión sería dar a conocer los valores que posee la persona enferma; igualmente, colaborar para hacer un lugar más humano y digno en la atención a los enfermos.

Esto que venimos diciendo ha sido vivido -con sus luces y sus sombras- por muchos grupos religiosos y laicos como testimonio de que el carisma de servicio a los enfermos está vivo. La historia de la Iglesia puede testimoniar abundantemente esta idea.

4. NUESTRA RESPUESTA

Este envío de Jesús a su Iglesia es un verdadero mandato, un deber, una obligación.

Si la Iglesia ha tenido siempre presente esta realidad, hoy especialmente toma conciencia de su específico deber de evangelizar y de hacerlo al estilo de Jesús:

a) Concilio Vaticano II

El Concilio Vaticano II toma con empeño este mandato cuando afirma:

- *“En cumplimiento de su deber de pastores..., traten con paternal solicitud a los pobres y enfermos” (CD 30).*
- *“No olviden los presbíteros la hospitalidad..., solícitos señaladamente de los enfermos...” (PO 6 y 8)*

b) Juan Pablo II

El actual Papa Juan Pablo II, vive como nadie esta solicitud evangélica por los enfermos, manifestada constantemente y subrayada en dos hechos de gran trascendencia para toda la Iglesia: la publicación de la Carta Apostólica *“Salvifici Doloris”* (11 febrero 1984) y la Institución del Pontificio Consejo de la Pastoral para los Agentes de la Salud (11 febrero 1985).

- *“Busquen a Cristo principalmente en los pobres, los enfermos...” (OT 8. AA 8. PC 10. LG 28 y 46).*
- Y en otro lugar, dirigiéndose a los seglares cristianos:
- La vocación cristiana, por su misma naturaleza, es vocación al apostolado (..) El seglar vive en medio del mundo y ejerce su apostolado en él a modo de fermento (AA 2).

- Los cristianos tienen su derecho al apostolado por la unión con Cristo-Cabeza; insertos por el bautismo y robustecidos por la confirmación (AA 3).
- No se trata sólo de anunciar el mensaje de Cristo, sino de impregnar y perfeccionar todo el orden temporal con el espíritu evangélico. Este anuncio hay que revelarlo con palabras y con obras (AA 4 y 5).

c) Documento de Puebla

Aquí, en América Latina, la reunión de Puebla (1979) significa sobre todo esta línea evangélica de "opción preferencial por los pobres, por los enfermos" (DP 26,29,32,58).

Todo esto adquiere hoy una realidad urgente. Hoy la Iglesia debe afrontar el reto que le presenta la sociedad y aquí, en América Latina, este reto es muy fuerte. Si la Iglesia no se quiere conformar con presencias del pasado, sino que quiere "estar" de una manera adecuada, real y significativamente en el mundo actual, en el sector concreto de la salud, no debe perder de vista el fenómeno del cambio profundo realizado y todavía por realizarse a nivel técnico, estructural, asistencial y social; el sector salud, como ningún otro, está hoy cargado de conflictividad, de progresiva deshumanización y de un gran clima de secularismo.

Particularmente en América Latina el problema se agrava por la crisis económica y las deficientes estructuras de salud que hacen posible el derecho a la salud de todos los ciudadanos.

La presencia de la Iglesia en el Sector Salud no puede reducirse a una presencia religiosa y sacramental, sino que precisa de acciones encaminadas a un cambio en las políticas sanitarias que favorezcan a los más necesitados.

La evangelización del mundo de la salud exige un conocimiento previo de la situación real y sus diversas repercusiones.

Es ya clásica la división que se hace entre países desarrollados, subdesarrollados y en vías de desarrollo. América Latina tiene, en el campo de la salud, estándares muy por debajo de las condiciones humanas.

Las siguientes afirmaciones son más que elocuentes:

- Casi la mitad de los hogares del continente no satisfacen sus necesidades calóricas mínimas, lo cual influye en su rendimiento físico e intelectual.
- Casi un 50% de la población total de América Latina no dispone de agua potable, lo cual afecta sensiblemente los niveles de enfermedades gastrointestinales y las condiciones generales de higiene.
- Los niños son los más afectados por las inhumanas condiciones de vida, lo que aumenta el número de muertos de 0 a 5 años, eleva las tasas de morbilidad infantil como enfermedades bronquiales, diarreas, parásitos, etc.
- Los servicios de hospitales, de médicos, odontólogos y enfermeras son insuficientes, especialmente en las zonas rurales y periféricas urbanas. Se tiende a un servicio de salud elitista por su elevado costo. (Cf CELAM-SIDEAT: "Hacia un mapa pastoral de América Latina", Bogotá 1987). Mons. Darío Castrillón Hoyos, Presidente del CELAM, en un encuentro en Dallas (Estados Unidos) del 9 al 13 de febrero 1987, exponía ante más de 150 Obispos, la situación de la salud en América Latina en los siguientes términos:
- La población latinoamericana es prevalentemente joven. En estos países, del 27 al 44% de personas tienen menos de 15 años de edad, y sólo del 2 al 10% tienen más de 65 años. La media de vida, sin embargo, es muy modesta, variando de los 51 a los 72 años, según los países.

- ▶ La salud de la población latinoamericana es muy frágil y, según la UNICEF, más de la mitad de las muertes son inevitables. La mortalidad general es muy elevada, aunque está disminuyendo sensiblemente. En el año 1950 llegaba a un 14,7 sobre cada mil habitantes/año y en 1980 disminuyó a 7,7 sobre mil habitantes/año.
- ▶ La Mortalidad infantil varía de un país a otro, llegando de 22 a 200 muertos en el primer año de vida por cada mil nacidos vivos.

Las enfermedades responsables de la mayoría de las muertes no son modernas, sino del tipo eliminado hace muchos años en los países desarrollados: difteria, tosferina, sarampión, poliomielitis, fiebres tifoideas, fiebres amarillas, paludismo, tuberculosis, llagas y lepra.

A pesar de estar constituida por países entre los más propicios para la producción de alimentos, América Latina presenta una situación ya crónica de falta de alimentos. En 1970, 28 millones de niños con menos de cinco años estaban desnutridos y de los que murieron la causa principal fue ésta. Hoy el 52% de las personas tienen deficiencias de nutrición con acentuado déficit calórico-proteico.

Todos los países de Latinoamérica tienen un sistema de salud, pero no todos tienen una política sanitaria que tienda, con el tiempo a satisfacer, con servicios integrales de salud, las exigencias de toda la población. Uno de los modos que los países han encontrado para dar una cierta cobertura al área de la salud fue la institucionalización de la Seguridad Social que, aunque todavía deficiente, ofrece servicios integrales a los trabajadores urbanos y, en general, servicios parciales a sus subalternos y a los rurales.

El destino de los recursos para la salud es inversamente proporcional a sus necesidades. Solamente del 2 al 5% del producto interno bruto está destinado a esto; menos de la mitad de lo que ocurre en los países desarrollados.

El mayor problema, sin embargo, que afecta a los servicios de la salud y, por consiguiente, a la población latinoamericana, es el predominio absoluto de la actividad curativa sobre la profiláctica. La proporción entre una y otra es de 8 por 1.

Los hospitales son los responsables en más del 80% de toda la asistencia en casi todos los países de América Latina. El ejercicio predominante de la actividad curativa sobre la preventiva ha tenido su ciclo cerrado desde 1910. Desde entonces hasta ahora, nadie duda de que la profilaxis es la solución más rápida, simple y económica de los problemas de salud.

Otro problema importante, y que está en contra de la asistencia en los hospitales, es la no utilización de los productos naturales muy abundantes y ricos en todos los países. Los productos farmacéuticos industrializados son ampliamente utilizados y algunos países llegan a fabricar más de 20.000 especies diferentes, aunque se conoce el catálogo distribuido por la Organización Mundial de la Salud con menos de 300 productos.

La salud está en estrecha conexión con los factores socio-económicos. Los principales aspectos de esta influencia se pueden notar en:

- ▶ Condiciones de vida que no permiten una alimentación adecuada, debido al poco o nulo poder adquisitivo de los ingresos.
- ▶ Falta de higiene y condiciones básicas de salubridad por el hacinamiento, los tugurios, favelas o villas-miseria, debidos a la imposibilidad de adquirir vivienda.
- ▶ La mitad de la población de América Latina vivirá en el año 2000 en tugurios. Lejos de avanzar en el problema habitacional, la situación se deteriora por las precarias condiciones de vida de las grandes mayorías afectadas por el acelerado crecimiento demográfico y las migraciones rural-urbanas.

- ▶ Propagación de enfermedades infecciosas debido a la inexistencia de servicios de agua potable y alcantarillado.
- ▶ Enfermedades degenerativas, consecuencia de la violencia y de la polución ambiental de las grandes ciudades. (Cf Revista "SELARE" n 38, marzo 1989).

La Pastoral de Salud, como servicio y ayuda a las personas concretas, deberá ser fiel al lenguaje de Dios, pero también el lenguaje de los hombres, a sus propias necesidades. Y si la pastoral es una tarea creadora y dinámica, la Iglesia tiene que estar siempre en un continuo pensar y actuar. La pastoral -ha dicho el pedagogo Pablo Freire- es una "praxis", es decir, un hacer reflexionando que busca la transformación de la vida.

Lo novedoso es que la acción pastoral debe ser sentida como problema por todos. Y esto alumbrará siempre caminos nuevos. Es lo de San Pablo:

"La humanidad está impaciente aguardando a que se revele lo que es ser hijos de Dios...; sufre dolores de parto" (Rm 8, 19-24).

5. PISTAS PASTORALES

Generales:

Promoción de la justicia:

La justicia es la base del verdadero amor. En un mundo dividido en bloques; ricos-pobres, sanos-enfermos... es más fácil la opresión. La lucha por convertir en ilusión liberadora toda injusticia y toda opresión es un reto que se presenta hoy mayormente a la Iglesia en nuestros países de América Latina. Las diferencias en el campo de la salud son tan grandes que no nos podemos quedar con los brazos cruzados.

Opción preferencial por los pobres.

Fue el camino de Jesús. La Iglesia tiene aquí un gran espacio donde los estados, sobre todo en estos países, tardarán muchos años en hacerse presentes.

Particulares:

Animar específicamente la Pastoral de la Salud.

- a) Llamada a la comunidad cristiana:

La expresó Juan Pablo II en su mensaje a los enfermos en su primera visita a España:

"Para dar una eficacia mayor a la pastoral entre los enfermos, es necesario que toda la comunidad cristiana se sienta llamada a colaborar en esta área".

"Ahí tienen un puesto los miembros de los organismos eclesiales o religiosos, asociaciones y movimientos seculares católicos; ahí tienen su lugar las parroquias, llamadas a impulsar grupos específicos de apostolado y de voluntariado de ayuda a los enfermos. Así la comunidad cristiana hará presente en nuestra sociedad crecientemente secularizada el amor cristiano".

- b) El enfermo como protagonista:

"En la Iglesia, los enfermos, con su testimonio, deben recordar a los demás el valor de las cosas esenciales y sobrenaturales y manifestar que la mortalidad de los hombres ha de ser redimida por el misterio de la muerte y resurrección de Cristo" (RE 5-7).

El enfermo nos invita a rectificar nuestra escala de valores. El enfermo no nos invita a un trato superficial ni funcional. Nos recuerda la verdad entera de nuestra vida, nos invita a reconocer

y aceptar el hecho de la muerte y nos conduce hasta el fondo de nuestra fe. El Papa ha dicho en España que necesitamos del enfermo: *"Y sois además para nosotros una constante lección que nos invita a relativizar tantos valores y formas de vida. Para vivir mejor los valores del evangelio y desarrollar la solidaridad, la bondad, la ayuda, el amor"*.

c) Renovación sacramental:

"En los últimos decenios, la celebración del sacramento de los enfermos ha sufrido profundas transformaciones. Por una parte hemos asistido a una progresiva superación del sacramentalismo y, por otra, a un importante descenso en la petición de los sacramentos. Ambos fenómenos, junto con la reforma litúrgica, han estimulado una mejor comprensión de los sacramentos y una búsqueda más atenta de modelos de celebración adecuados al contexto sanitario, lugar secularizado y pluralista."

Por medio de la reconciliación, la unción de los enfermos y la eucaristía, se ayuda al enfermo a vivir el sentido pascual de la enfermedad. La importancia de estos instrumentos del amor redentor del Señor recaba del agente de pastoral un compromiso especial". (Cf Comisión Episcopal de Pastoral (España) *"La asistencia religiosa en el hospital"* Madrid 1987, n 68).

d) Pastoral desde la vida:

He tenido la oportunidad de experimentar la entrega generosa, sacrificada, alegre, de tantas religiosas y religiosos, sobre todo en Africa, en la India, en América Latina. La presencia "coherente y desde la fe" es un auténtico signo de Pastoral, de salvación; el Reino se hace presente, crece, desde la consagración, desde la vida. Es la gran fuerza de la Iglesia, sobre todo en los países pobres, ya que los signos son más claros, menos ambiguos.

e) La salud, lugar de encuentro:

Aquí podríamos contar muchas experiencias. Descubrir que la salud, la enfermedad, el hospital, el enfermo, son lugar de encuentro universal, donde se rompen barreras, lenguas, ideologías políticas y religiosas. Lugar universal, común a todos, reclamo, plataforma, tarjeta de visita. ¿No es esto algo grande? ¿No es esto un medio que tiene la Iglesia entre sus manos y que es necesario que lo sepa, que lo descubra y que lo ponga en acción? En las Iglesias locales hemos insistido mucho en esta idea ya que es una mediación de primer orden. Además, es el ejemplo más rico que tenemos de Jesús de Nazaret: estuvo siempre en contacto con el enfermo -he sido enviado a dar la Buena Noticia a los pobres- (Lc 4,18). Pobres de dinero, de inteligencia, de recursos humanos, de salud.

f) Apertura a lo universal:

La Iglesia no es Roma, no es España, no es Austria, no es Europa. La Iglesia es más grande, es universal. Esto quiere decir que está en muchos lugares, la componen muchas personas, muchas ideologías, muchas culturas. Esta variedad y contraste es una verdadera riqueza y nos ayuda a descubrir que no hay sólo un modelo de hacer pastoral; nos ayuda a saber que lo que en un lugar puede ir bien, en otro no encaja, no sirve. Esta experiencia, vivida y contrastada a través de tantos encuentros, nos hace menos rígidos y más universales.

g) En comunión con el Magisterio de la Iglesia:

"El oficio de interpretar la Palabra de Dios, escrita o transmitida, está confiada al Magisterio de la Iglesia (.) y adhiriéndose a este depósito (Tradición y Escritura), el Pueblo de Dios persevera en la enseñanza de los Apóstoles (Dei Verbum, 10) "en la fracción del pan y en la oración" (Hch 2, 42), unido a sus Pastores."

La Obediencia cristiana "ya sea al solemne Magisterio de la Iglesia, o bien a su Magisterio ordinario y universal, el saber al que se manifiesta, a través de la común adhesión de

los fieles bajo la guía del Sagrado Magisterio" (can 750) favorece la *Communio Ecclesiae*, en cuanto viva expresión de su Unidad.

La comunión pastoral no es un vago sentimiento. Se trata de "una realidad orgánica, cuya alma es la Caridad" (Nota Previa LG 2).

"Llamándonos a la obediencia -a veces a costa de muchos sacrificios- la Iglesia, Madre y Maestra, quiere enseñarnos una verdad profunda, es decir, el Amor de la Iglesia, que es sinónimo de su Unidad. Aquí se perfila la esencia misma del Magisterio de la Iglesia, en cuanto -Sacramento o Signo e Instrumento de la íntima unión con Dios y de la unidad de todo el género humano". (Lumen Gentium, 1). Es aquí donde se encuentra el fundamento teológico de "la obligación de conservar siempre la comunión con la Iglesia" (can 209).

Nuestro Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, instituido por el Papa Juan Pablo II, entre las finalidades asignadas, tiene como misión esencial salvaguardar y animar en las Iglesias particulares esta comunión con el Magisterio de la Iglesia, en este gran sector de la vida, la salud, la enfermedad y la muerte, que presentan hoy interrogantes tan delicados (*Dolentium Hominum*, n 6).

6. DESCENDER AL CAMPO CONCRETO

Sólo se puede caminar si se sabe dónde se está. En Pastoral Sanitaria es verdad que, en estos últimos años, se ha recorrido un gran camino en todos los lugares, en unos más que en otros; en unos poniendo el acento en lo organizativo y en las ideas, otros en la vida y, ¿cómo no?, hay quien ha sabido conjugar una cosa y otra. A pesar de ello es mucho lo que queda por descubrir y hacer; hay lugares donde todavía se ha de comenzar, así como

otros hace poco que han comenzado a caminar, u otros que llevan sobre sus espaldas bastantes años de reflexión y de actividad.

En esta mirada hacia el futuro y desde mi experiencia de estos tres últimos años pondría la vista en las necesidades siguientes:

- Creación a nivel de cada Conferencia Episcopal de un grupo coordinador que anime este sector pastoral, ya que no es suficiente el nombramiento de un Obispo responsable.
- Formación de "maestros en Pastoral Sanitaria", utilizando para ello el centro CAMILLIANUM de Roma que da el título de licenciatura en Teología Pastoral Sanitaria.
- Reciclaje de los actuales agentes de Pastoral Sanitaria.
- Formación y animación de un Voluntariado al servicio de la Pastoral Sanitaria.
- Tomar en consideración en la formación y programas de los seminaristas este sector pastoral -el próximo Sínodo de Obispos, año 1990, tratará sobre la formación de los sacerdotes y puede ser una buena ocasión; nuestro Dicasterio ha preparado y enviado una reflexión sobre el tema, como lo hizo en el pasado Sínodo de los Laicos.
- Todas estas consideraciones nos impulsarían a un verdadero cambio: acentuar el carácter evangelizador sobre el sacramental, valerse de las nuevas técnicas de organización, dirección, escucha, diálogo; de esto existe una gran carencia a nivel universal.
- También hacer una seria reflexión sobre las Instituciones religiosas sanitarias en la Iglesia; creo que es una fuerza inmensa, pero poco "aprovechada"; aquí es necesario descubrir los nuevos valores, las nuevas presencias, los nuevos estilos.

- Formación del agente pastoral en temas de bioética. La presencia pastoral en el campo sanitario no puede prescindir de ello; creo que se está creando una nueva mentalidad y que la creación de Centros de Bioética y de Comités a nivel hospitalario ayudará a ello.
- Por último, no perder de vista que la Medicina y las ciencias afines cambian velozmente; por ello, las personas de iglesia en el medio sanitario no deberían perder nunca el tren que pasa. Este es un valor pastoral siempre de actualidad.

BIBLIOGRAFIA

- D. Dussel, Enrique *"Historia de la Iglesia en América Latina"*. Mundo Negro, Esquila Misional. Madrid 1983.
- Consejo Episcopal Latinoamericano (CELAM) - SIDEAT, *"Hacia un mapa pastoral de América Latina"*. Bogotá, 1987.
- Waldmann Peter, *"América Latina"*. Barcelona, Herder 1984.
- Ghaliand Gerard y J-P. Rageau, *"Atlas estratégico y geopolítico"*. Alianza Ed., Madrid 1984
- Giraldo Leonel, *"Centroamérica entre dos fuegos"*. Bogotá, Ed. Norma 1984.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *"Dimensiones de la Pobreza en América Latina y el Caribe"*. Santiago de Chile 1982.
- Iriarte Gregorio, *"Esquemas para la interpretación de la realidad"*. La Paz. Ed. Sempas 1985.
- Castro Fidel, Informe 1983 a los países No Alineados *"La Crisis económica y social del mundo"*. Bogotá. Ed. Oveja Negra 1983.
- Redrado José, *"La Presencia Cristiana en clínicas y hospitales"*. PPC, Madrid 1969
- Dolentium Hominum, Revista del Pontificio Consejo de la Pastoral para los Agentes sanitarios (en cinco lenguas). Ciudad del Vaticano.
- Selare N°38, marzo 1989: Monográfico sobre la Salud en América Latina. Hermanos de San Juan de Dios. Bogotá.
- Labor Hospitalaria, Revista sobre Pastoral de la Salud. Hermanos de San Juan de Dios. Barcelona (España).

Capítulo II

Iglesia y Salud Humana

Padre Domingo Basso
Argentina

1. LOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA DOCTRINA DE LA IGLESIA SOBRE LA SALUD HUMANA

La Iglesia, como bellamente la denominara Pablo VI, es "*experta en humanidad*". Esta simple expresión es, sin embargo, muy elocuente y encierra numerosas implicancias. Una de las más importantes es que los problemas humanos la Iglesia los hace suyos, y cuanto más importantes son, más se preocupa por encontrarles una adecuada respuesta.

Indudablemente, para el hombre, la cuestión de su salud física es de sumo interés: vive permanentemente empeñado en conservarla. Aunque sabe que la muerte es inexorable, intenta prolongar su vida hasta el último extremo posible, luchando denodadamente contra la enfermedad y el dolor. Esta angustia humana sobre la subsistencia la Iglesia la asume, pero de acuerdo con las características de su propia misión. Podemos encontrar, a lo largo de los siglos, innumerables pronunciamientos del Magisterio sobre cuestiones surgidas a raíz de nuevos descubrimientos científicos. El propósito es siempre el mismo: orientar la búsqueda del hombre para evitar que, encandilado por el fulgor del progreso, no llegue a

destruirse a sí mismo. Si esto podemos constatarlo en el pasado, con mucha mayor razón lo vemos concretado en los últimos tiempos, debido al extraordinario avance de las ciencias de la salud y a los incontables hallazgos y conquistas de la técnica. El progreso científico, en este campo, avanza aceleradamente en proporciones geométricas y a un ritmo casi vertiginoso.

Ya a partir del Pontificado de Pío XI, pero sobre todo, en el de Pío XII (quien alentaba una especial preferencia por la medicina y sus cultores, como lo prueba el grueso volumen de sus discursos a los médicos)¹ y los de sus inmediatos sucesores, Juan XXIII, Pablo VI y Juan Pablo II, las intervenciones de los Papas y de las Congregaciones Romanas se multiplicaron y se hicieron más frecuentes los pronunciamientos de la Iglesia, respondiendo a los más candentes interrogantes planteados por las nuevas situaciones, creadas por el desarrollo de audaces y sorprendentes experimentos. El mismo Juan Pablo I, pese a su corto reinado tuvo oportunidad de pronunciar un discurso relacionado con las operaciones de trasplante. Como nunca la Iglesia se vio, en las últimas décadas, obligada a formular su criterio iluminador, no siempre, empero, dócilmente aceptado.

a. El concepto de salud en la Doctrina del Magisterio

El fenómeno de la salud está íntimamente vinculado con la misión específica de la Iglesia. En efecto, ella es un "misterio de salvación" o de salud para la humanidad. Esta fórmula, claro está, se refiere ante todo y por sobre todo a la salud espiritual o sobrenatural, más que a la física o corporal. Sin embargo, por la estrecha relación existente entre ambas, la solicitud de la Iglesia debe abarcarlas a las dos. Se supone, ciertamente, la subordinación de la segunda con respecto a la primera. De la misma manera que el orden temporal no es totalmente ajeno a la misión de la Iglesia, por cuanto de algún modo condiciona

1. Cf. La obra de M. López-H. Obiglio-L.D. Pierini-C. Ray, Pío XII y las ciencias médicas, ed. Guadalupe, Buenos Aires, 1958.

-favoreciéndolo u obstaculizándolo- el desarrollo del orden espiritual, así la cuestión de la salud humana física, interesa enormemente a la Iglesia por cuanto, en forma similar, impide o promueve la obtención de la salud sobrenatural. Cristo fue médico de las almas y de los cuerpos, dándonos así a entender que Dios reconoce (El la ha creado) la profunda interrelación que los une. El hecho de que el bien del cuerpo (su salud) pueda convertirse en óbice para la perfección del alma, tiene solamente explicación en la presencia del pecado humano; no debe, pues, buscarse en la estructura del orden cósmico, que ninguna fisura ofrece en la armonía de su perfección.

Todo cuanto la Iglesia ha enseñado respecto de la salud y ha realizado en su favor, tiene como fundamento y punto de partida este esclarecedor principio: el hombre es una totalidad y ninguno de los elementos que lo conforman puede ser soslayado. La Iglesia tiene interés por el hombre, por todo el hombre; habiendo sido instituida por Cristo para el hombre ordenado a Dios, "nada de lo que es humano le resulta indiferente". Pero, en la totalidad constituida por el hombre, existen un orden y una jerarquía de valores. La salud es la cualidad de una vida existente en plenitud; mencionar la salud es referirse de un modo ineludible, implícito o explícito, a la vida. Y si se dan niveles de mayor o menor importancia en el fenómeno de la salud, es porque existen diversos grados de vida. Como la misma noción de vida, el concepto de salud es eminentemente análogo. Cuando hablamos de salud física y espiritual hacemos mención de dos dimensiones distintas cualificativas de la vida humana. Si decimos que el hombre vive, consciente o inconscientemente damos a esa afirmación un sentido diverso al que tiene cuando la aplicamos a la bestia. Hay en el hombre una dimensión superior que lo coloca por encima de todos los demás vivientes. Como toda perfección, la vida y su cualidad primaria inherente, la salud, son una participación de la vida divina, analogado sumo de la plenitud vital.

Acabo de proponer un postulado básico de la doctrina del Magisterio de la Iglesia en su interpretación propia del significado de la salud. Pero todavía hay más. La participación de las

perfecciones divinas se dan gradualmente. Tan cierto es esto que le ha servido a Santo Tomás, para formular la cuarta vía de la demostración metafísica de la existencia de Dios². La escala de los vivientes es una demostración gráfica, de esa graduación teleológica. Si el hombre, por su condición corpórea, está en alguna medida dentro de la escala zoológica, por la índole espiritual de su alma está formalmente fuera y por encima de ella. El espíritu trasciende a la materia pero, al mismo tiempo, la perfecciona y la dignifica. El hombre es, substancialmente, alma y cuerpo; pero el cuerpo, en la idea ejemplar del Creador, no disminuye ni rebaja el alma espiritual: conforma con ella una naturaleza que, si bien inferior a otras, es en sí misma adecuada y perfectible. Sostener lo contrario sería pretender que la obra de Dios tiene una falla, o que la naturaleza humana no es obra de Dios. Tal idea es maniqueísmo puro. En su concepción intrínsecamente antidualista la Iglesia enseña que:

“El hombre, dotado de alma espiritual, fue colocado por Dios en la cima de la escala de los vivientes como príncipe y soberano del reino animal”³.

Refiriéndonos a la vida humana misma debemos, por tanto, distinguir en ella diversos grados o niveles:

a) *La vida espiritual o sobrenatural.*

Ocupa evidentemente, el primer lugar: es el analogado supremo de la perfección humana y, por ende, de la vida y de la salud. Recibe, en la tradición teológica católica, las denominaciones de “*primera*” (la incoada por la fe y por la gracia) y “*última*” o eterna (la consumada por la gloria). Es un don gratuito concedido por Dios al hombre, obtenido por los méritos de Cristo, y responde a una economía especial, incluyendo una vocación o un llamado particular. Este grado

2. Cf. “*Suma Teológica*”, I, q. 2, a. 2.

3. S.S. Pío XII, “*Discurso en la Inauguración del Curso en la Pontificia Academia de las Ciencias*”, del 30.11.41; Dz. 2285.

supremo de salud es el que la Iglesia, por mandato expreso de su Divino Fundador, debe custodiar y promover: es su tarea esencial, su misión específica, su compromiso ineludible. Para complementarla, la Iglesia posee recursos de una extraordinaria eficacia, fuentes seguras e inagotables de tal salud: la gracia y los sacramentos. Ella misma se constituye, al administrarlos, en sacramento de salud (salvación) para toda la humanidad. A tal punto que, fuera de ella, tal salud no se puede ordinariamente obtener (“*extra Ecclesia nulla salus*”). Y si la Iglesia, en su constante testimonio magisterial, ha insistido en la pretensión de ilustrar algunos aspectos de otras modalidades de salud humana, ello se debe, inexorablemente, a que ha descubierto en ellas una conexión íntima con esta primera y primordial salud. Interpretarlo de otro modo manifiesta no haber aún comprendido a la Iglesia. La enfermedad que destruye esta salud es el pecado.

b) *La salud intelectual.*

Ocupa el segundo plano. No me refiero, como puede fácilmente colegirse, a la “*salud psíquica o mental*”. Esta se reduce, en última instancia, a la salud física, y vale para ella lo que diremos enseguida de esta última. Al fin de cuentas, todo deterioro psíquico es una alteración corporal que condiciona el imperio del alma sobre las potencias o facultades orgánicas. Me refiero aquí a las operaciones superiores del espíritu, aquellas que proceden de las potencias anorgánicas, inteligencia y voluntad. Este grado de vida es ciertamente inferior al precedente, pero es el que lo hace posible. “*Anima humana est naturaliter capax gratiae*”, escribió Santo Tomás, definiendo maravillosamente estos simultáneos condicionamientos y subordinación⁴. Las enfermedades que deterioran o impiden este grado de salud son el error y la ignorancia; ellos también, como diremos enseguida de la enfermedad física, son efectos del pecado y heridas dejadas por él en la naturaleza.

4. S.T., I-II, q.5, a.1; q.113, a.10; II-II, q.18, a.1; III, q.5, a.4.

c) *La vida física o corporal.*

En último término encontramos *la vida física o corporal*: derivada directamente, en el hombre, del alma espiritual o forma substancial que anima y enaltece al cuerpo. Este nivel de vida se manifiesta por las operaciones vegetativas y sensitivas, en cuyo funcionamiento normal o deterioro anatómico o fisiológico detectamos la salud o la enfermedad. También es un don de Dios, concedido al hombre junto con su naturaleza, con una cualidad del cuerpo. De todos los grados de vida es el más precario y provisorio. Pese a todo, la Iglesia recuerda en su enseñanza que la vida humana no es solamente la entidad del alma; abarca alma y cuerpo y existe una interacción continua o mutuo influjo entre ambos. El hombre llega a la existencia justamente a través de esa unión. La vida humana, propiamente dicha, no puede ser anterior a la infusión del alma en el cuerpo, ni es agregado del cuerpo: comienza a existir con la misma formación del cuerpo. Y cuando ha sido comunicada ya nunca más podrá ser totalmente destruida; posee una parte inmortal: el alma. Los enemigos de la vida física son, pues, la enfermedad y la muerte o separación del alma y del cuerpo. Debemos agregar, empero, que la existencia del alma separada de su propio cuerpo, en el momento de la muerte, es una existencia disminuida, provisorio, destinada a brotar de nuevo en una plenitud total de alma y cuerpo en la resurrección de los muertos.

b. **El valor de la salud física y los límites de su cuidado**

Al examinar la doctrina de la Iglesia sobre la salud humana, concretamente en lo que al plano físico se refiere, es posible encontrarse con una aparente contradicción:

- a) Por un lado afirma que la salud es un bien digno del mayor respeto y cuidado:

“En la unidad del cuerpo y el alma, el hombre por su misma condición temporal, es la síntesis del universo

material, el cual alcanza por medio del hombre su más alta cima y alza la voz para la libre alabanza del Creador; no debe por tanto despreciar la vida corporal, sino que por el contrario debe tener por bueno y honrar su propio cuerpo como criatura de Dios que ha de resucitar el último día ⁵”.

De este principio básico, así formulado por el Concilio pero ya enseñado por la misma Sagrada Escritura⁶, emana una serie de consecuencias que la Iglesia ha sostenido y defendido siempre, con admirable constancia y coherencia, a través de los siglos. La obligación de cuidar la vida comprende el deber de conservarla (al que se oponen el homicidio, el suicidio y la eutanasia) y el de cuidar la integridad de los miembros (al que se oponen mutilaciones injustificadas y la esterilización), el de asegurar el sustento (alimentación, vestido, sana vivienda familiar, recreación razonable, etc.), el de alejar los peligros para la vida y la salud, el de aplicar los medios necesarios para recuperar la salud perdida y luchar contra el dolor físico. Más aún, puesto que tiene obligación de conservar y cuidar la vida, le asiste a la persona humana -enseña la Iglesia- el derecho de que nadie le quite la posibilidad de vivir y de madurar para su destino, posibilidad que no retorna.

Respetar ese derecho es deber de caridad, pero también de estricta justicia. La vida humana no debe convertirse jamás en objeto de manipulación, de juego, entretenimiento u ocasión de satisfacer curiosidades científicas. La muerte intencional de un ser inocente, en el sentir de la Iglesia, jamás puede ser considerada lícita, en cualquiera de sus momentos, como tampoco poner en peligro sin necesidad la vida propia o la ajena, dañar adrede su salud, atentar contra su energía vital por la mutilación, etc. A la luz de esos postulados, recordados a

5. Concilio Vaticano II, Constitución “*Gaudium et Spes*”, n 14.

6. En efecto, es una doctrina frecuentemente expresada, sobre todo, en las cartas del Apóstol San Pablo. Por ejemplo, utilizó como argumento, para imponer a los cónyuges un mutuo respeto, el que “*nadie haya aborecido jamás su propia carne*”. Ef 5,29), porque se trata de una tendencia natural.

menudo por el Magisterio⁷, deben enjuiciarse muchas realidades de la vida social, muchas experiencias, que tienen por objeto una indebida manipulación de la vida u obstaculizan la generación de un nuevo ser.

b) Pero, por otra parte, tanto en la doctrina bíblica cuanto en la exposición que de ella hace la Iglesia, se manifiesta al mismo tiempo, un desprecio por el cuerpo y todas sus facultades. Y no solamente porque ha enseñado, con firme perseverancia, que el hombre no es dueño absoluto de su propia vida y no puede, por tanto, hacer con ella "lo que le da la gana", sino porque, en su doctrina ascética, parecería considerar el cuerpo como un contrincante del alma, merecedor del más absoluto avasallamiento:

*"Sabemos que nuestro "hombre viejo" ha sido crucificado para que fuera destruido "el cuerpo de pecado" y ya no sirvamos al pecado. En efecto, el que luego queda absuelto de su pecado es el que muere. Si hemos muerto con Cristo creemos que también viviremos con él; pues sabemos que Cristo, resucitado de entre los muertos, ya no muere, la muerte no tiene ya dominio sobre Él. Porque muriendo murió al pecado para siempre; pero viviendo vive para Dios... Que no reine, pues, el pecado en vuestro cuerpo mortal obedeciendo a sus concupiscencias; ni déis vuestros cuerpos como armas de iniquidad al pecado, sino ofrecéos más bien a Dios como quienes muertos, han vuelto a la vida, y dad vuestros miembros a Dios como instrumentos de justicia. Porque el pecado no tendrá ya dominio sobre vosotros, que no estáis bajo la ley sino bajo la gracia... ¿Quién me librá de este cuerpo de muerte?"*⁸

7. Numerosos documentos de la Iglesia contemporánea avalan esta afirmación. Pueden verse citados en la Bibliografía.

8. Rm. 6, 6-10; 12-14; 7,24 y passim.

Otros textos, tanto o más expresivos, podría citar. Paralelamente, también, muchos dichos similares del Magisterio. Pero no existe contradicción. Si se tiene en cuenta que, según la Revelación, el sufrimiento y la muerte entraron en el mundo por el pecado⁹, se entenderá perfectamente el sentido de todos esos pasajes, aparentemente opuestos entre sí. Lejos de ser un desprecio del cuerpo, más bien expresan el anhelo de su redención. La lucha contra el pecado incluye, de alguna manera, también conjurar sus consecuencias o su pena: el dolor, la enfermedad y la misma muerte. Y tanto es verdad, que San Pablo hará eclosionar su teología del cuerpo humano en el concepto de éste como templo del Espíritu Santo¹⁰. El actual Pontífice ha desarrollado, en su catequesis sobre la Encíclica "Humanae Vitae" de su predecesor Pablo VI, una teología del cuerpo en estrecha vinculación con la enseñanza de San Pablo; puede servirnos de parámetro para esclarecer aún más el significado real de los textos anteriores bíblicos y patrísticos.

De todas maneras, no se debe olvidar que el cuerpo, como consecuencia del pecado, es sede de la concupiscencia desordenada; no siendo ella misma pecado, sin embargo, al pecado puede conducir, aunque haya sido dejada en los renacidos para la lucha y el mérito¹¹. La vida del cuerpo, su salud, no debe ser considerada el bien supremo. Así como se ha de valorar la dignidad del cuerpo realizada por la presencia en él del alma y por la santificación de la gracia, así es menester reconocer el germen de pecado remanente en la naturaleza. Si la enfermedad destruye el cuerpo, el pecado destruye la gracia y enferma el espíritu. Lo primero es preferible a lo segundo. La esclavización del cuerpo para la liberación del alma, es el fundamento en que se consolida la necesidad de la penitencia postulada por el Evangelio. El pecado es, en realidad, un fenómeno séptico, aún fisiológicamente considerado. ¿No lo

9. Rm. 5, 12ss.

10. 1 Co. 6, 19-20.

11. Concilio de Trento, "Decreto sobre el Pecado Original" Dz. 792.

demuestran acaso con suficiente vigor las deplorables consecuencias físicas de la drogadicción, el alcoholismo, la gula y los desórdenes venéreos? Podemos constatarlo en cualquier hospital. En "Salvifici Doloris" Juan Pablo II, siguiendo la línea trazada por la Tradición de la Iglesia, que es como su memoria, expone el sentido nuevo y más profundo del dolor humano a la luz de la Cruz Redentora de Cristo. Esa doctrina nos señala, al mismo tiempo, el alcance y los límites en el cuidado de la salud corporal. Para la Iglesia lo más importante es la proyección y orientación del ser humano hacia la vida eterna, precisamente porque, en virtud de la espiritualidad del alma, tiene una vocación de inmortalidad. La esperanza que debe animarlo en la búsqueda de ese bien tiene una base en la vida corporal, pues ésta es la única oportunidad de madurar para su destino eterno. He ahí la razón por la cual la Iglesia se preocupa tanto de la salud física y mande cuidarla y protegerla en una justa y equilibrada medida.

2. SALUD Y PERSONA EN LA DOCTRINA DEL MAGISTERIO

Todas las recordadas hasta aquí son verdades fundamentales y ampliamente conocidas. Pero debemos agregar otras que, en la concepción de la Iglesia, son imprescindibles para saber cómo comportarse frente al problema de la salud. Ante todo exige tener en cuenta a "todo el hombre". La dignidad humana y sus valores no se agotan en ciertos bienes puramente naturales: el hombre tiene la posibilidad de hacerse aún mayor de lo que la naturaleza lo ha hecho ya. Me refiero, lógicamente, a la dignidad del hombre en cuanto "imagen y semejanza de Dios, desde luego ya a partir de su realidad ontológica pero, sobre todo, por la gracia. La Iglesia, cuando defiende la vida humana -y todos sabemos hasta qué punto lo hace-, mira principalmente hacia aquella cima la cual Dios ha dispuesto conducir al hombre, sin olvidar otras dimensiones inferiores. Se ha achacado últimamente a la Iglesia conservar una perimida idea de la sacralidad de la vida humana. Esto se dice porque no se la quiere considerar intangible, pues tal principio cerraría

automáticamente las puertas a audaces experimentos sobre el ser humano. Pero la Iglesia, cuando enseña tal sacralidad, lo hace porque piensa que:

*"El hombre es la única creatura en la tierra que Dios ha querido por sí misma, y el alma espiritual de cada hombre es inmediatamente creada por Dios; todo su ser lleva grabada la imagen del Creador. La vida humana es Sagrada porque desde su inicio comporta la acción creadora de Dios y permanece siempre en una especial relación con el Creador, su único fin"*¹².

Por ello pide a los hombres de ciencia, especialmente en el campo de las ciencias médico-biológicas, recuerden, al tratar un organismo humano que:

*"no tratan una materia inerte aunque preciosa; es un hombre como ellos, un semejante suyo, un hermano... Pero, además, no es una creatura aislada; es una persona que tiene su puesto y sus deberes en la familia y su misión, aunque sea humilde, en la sociedad. Más todavía:...no hay que perder de vista jamás... que está en camino hacia una vida inmortal y que, de sus disposiciones en el momento definitivo del fallo, dependen su desgracia o su felicidad eternas"*¹³.

En esta frase de Pío XII, están sintetizados todos los elementos que conforman la dignidad de la persona, ya considerados y se agrega uno más: su dimensión sobrenatural y su vocación eterna. Ninguno de ellos, y el último menos que los otros, puede ser olvidado cuando se trate de manipular, lícita o ilícitamente, un organismo humano.

12. Congregación para la doctrina de la fe, "Instrucción sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación". (Donum Vitae), Introducción, n 5; ed. Paulinas, Buenos Aires, 1987, p.14.

13. Pío XII, "Discurso a la Unión Italiana Médico Biológica San Lucas", del 11.11.1946; Cfr LOPR (vide nota 1), p. 53.

a) *La persona como unidad psicosomática.*

Desde el punto de vista psicológico, la personalidad puede definirse como *"la unidad psicosomática del hombre en cuanto determinada por el alma espiritual"*. El científico debe pues aprender a:

*"considerar el cuerpo humano como un mecanismo de alta precisión, cuyos elementos se apoyan uno sobre otro y se encadenan uno al otro; el lugar y las características de esos elementos dependen del todo y están al servicio de su existencia y de sus funciones. Pero esta concepción se aplica aún más al alma, cuyos delicados engranajes se hallan reunidos con mucho mayor cuidado. Las diversas facultades y funciones químicas se insertan en el conjunto del ser espiritual y se subordinan a su finalidad"*¹⁴.

En todo ese conjunto, al que se hace aquí referencia, se ha de subrayar una unidad estructurada, pues todas esas partes, aunque puedan conservar sus características específicas, no están de ninguna manera separadas, sino ligadas orgánicamente entre sí. A esta unidad se le da el nombre de psicosomática porque ninguno de los elementos que integran la esencia del hombre -ni el cuerpo ni el alma- puede ser postergado. Pero, de todas maneras, se ha de tener en cuenta que:

*"Lo que constituye al hombre es, principalmente, el alma, forma substancial de la naturaleza; de ella dimana, en último término, toda la vida humana; en ella radican todos los dinamismos psíquicos con su propia estructura y ley orgánica; a ella es a quien la naturaleza encarga el gobierno de todas sus energías, hasta tanto ellas no hayan adquirido aún su última determinación"*¹⁵.

14. Pío XII, "Discurso al V Congreso Internacional de Psicoterapia y Psicología Clínica", del 15.04.1953, LOPR p.41.

15. Pío XII, *Ibidem*.

Observemos que este dato, ontológico y psíquico, es de importancia capital. Todo el contenido de la doctrina de la Iglesia está anclado en este principio sobre la esencia del hombre y regulado por él. El respeto del cuerpo humano y su salud, exigido por dicha doctrina a todas las ciencias que se ocupan de ellos, halla su fundamento en la dignidad del alma informante. Esta es ya, por su misma naturaleza, imagen de Dios.

La Iglesia sostuvo siempre, que solamente Dios es el dueño de la vida humana y que solamente El puede disponer de su destino. Tal afirmación puede no ser compartida por quienes no profesen su misma fe y no coincidan con esa visión del hombre. Sin embargo, a los pensadores de buena voluntad debe hacerlos reflexionar la concordancia entre la antropología sustentada por la Iglesia y la mayor parte de los datos científicos sobre la estructura del hombre.

Este hecho configura una confirmación extrínseca de aquella antropología. Pero, es verdad, ella parte de los datos revelados, más que de las comprobaciones científicas. Media un abismo entre la simple credibilidad de esos datos y la fe sincera en ellos. Podría resultar a algunos exagerado pedir a los científicos que no traten a la criatura humana como una mera expresión zoológica. No obstante, de acuerdo con lo que, para la Iglesia, vale la vida humana, a veces ocurre así.

Sin necesidad de echar mano a recuerdos de experimentaciones realizadas sobre organismos humanos vivientes como *"in corpore vili"* de acuerdo con lo acontecido en países sometidos al yugo nazi y a lo que sigue aconteciendo hoy en otros países (que se consideraron corifeos en la lucha contra el nacional-socialismo hitleriano), a menudo se manifiesta esa realidad cuando se mata al enfermo para no hacerle sufrir, cuando se provoca el aborto en la mujer para salvarle la vida o evitarle una descendencia tarada o por su sola comodidad, cuando se la fecunda artificialmente con semen del propio marido o de un varón desconocido, o cuando se la priva de la

facultad de procrear mediante la esterilización farmacológica o quirúrgica, cuando se anula la voluntad de un neurótico o un psicópata en el sueño crepuscular de una narcosis profunda sin propósitos terapéuticos, etc. Los pocos ejemplos citados demuestran cómo, a veces, la criatura humana puede ser tratada como si fuese un mero animal, como una vaca o un semental, o el buey o el caballo enfermo al que se mata, o el gallo reducido a capón... La Iglesia, en documentos específicos, ha reprobado todo eso.

Para comprender la justicia de sus exigencias éticas se ha de entender primero su concepto del hombre: es muy superior al que la sociedad le atribuye. El verdadero respeto inherente al sentimiento de lo espiritual existente en el hombre, que supera su propia entidad puramente biológica, constituye de por sí una base suficientemente sólida como garantía del recto proceder en múltiples contingencias de la actividad técnico-científica. En el fondo, este es el concepto fundamental, suficiente por sí solo para regular la conducta de un profesional de las ciencias de la salud: el absoluto y verdadero respeto de aquella parte del compuesto humano, no solamente descuidada, sino hasta desconocida y menospreciada. Ha de considerarse al hombre -pide la Iglesia- no únicamente en su lugar dentro de la escala zoológica, sino por encima de ella, en su verdadero lugar y categoría dentro del plan de la Creación.

Mas, ciertamente, así como surgen conflictos entre la materia y el espíritu en el mismo compuesto del que resulta formado el hombre, así puede haberlos, complicados y trágicos, en muchas contingencias ofrecidas por la práctica de la medicina cuando un sentimiento aparentemente humano induciría a tomar una decisión que la Iglesia considera reprobable. No comprendiendo el valor de la vida humana desde su mismo ángulo de consideración, se podría llegar a juzgar ciertas normas rígidas como una carencia de humanitarismo y sensibilidad. No me resulta difícil comprender la incomodidad de algunos profesionales actuales frente a esas normas y también trato de interpretar la actitud permisivista de algunos

teólogos católicos contemporáneos, persuadidos de poder hacer más aceptables a los gustos de la masa humana verdades que consideran trascendentales para la salvación de la humanidad, si ceden frente a la opinión pública que cree a pie juntillas en ese "humanitarismo". Pero si se pierde de vista la "totalidad" de la realidad humana, podría desencadenarse un peligroso proceso de deterioro ético que haga imposible el camino del retorno hacia lo "verdaderamente humano".

Dejar que se prolongue una vida de sufrimiento o una vida bestializada por la más terrible enfermedad mental, permitir y hasta exigir el avance de una gestación que ha de poner en grave peligro la vida de una madre o destruya la honorabilidad de una familia, no atender al deseo intenso y de por sí legítimo de un matrimonio privado de descendencia cuando la técnica de la procreación asistida le ofrece una salida venturosa, consentir que enfermos degenerados engendren hijos tarados destinados a ser infelices y a hacer aún más infelices a sus progenitores, callar el secreto por inhibición cuando el revelarlo podría implicar la salvación de un inocente, rehuir una breve y fácil intervención de esterilización de un esquizofrénico furioso o de un criminal peligroso o de un portador de lacras genéticas, oponerse a una contracepción planificada que conjure la superpoblación del planeta y evite el nacimiento de más seres desgraciados que vengan a aumentar el número multimillonario de quienes ya lo son, etc., todo esto podría parecer reprobable, inhumano, anacrónico. ¿Por qué impedir a la ciencia, ya que puede hacerlo, evitar todos esos males? ¿Por qué no admitir que el hombre, cuyo dominio sobre todo el resto de la naturaleza se reconoce ampliamente, pueda controlar también su propia naturaleza habiendo alcanzado los medios para lograrlo?

Pues bien, la Iglesia se ha rehusado -tercamente, se dice- a aceptar cualquiera de esas disyuntivas. Todo el asunto estriba en saber si ese "sentimentalismo" constituye, como dice Pablo VI, "el verdadero bien del hombre". Ningún individuo que piense sensatamente dejará de comprender la necesidad de inhibir, frente a los dictados de la conciencia o del espíritu (pues,

de otro modo, la sociedad se convertiría en un muladar de vicios y delitos) muchos instintos y placeres, muchas necesidades biológicas y satisfacciones corporales. Otros, menos inclinados a aceptar una normatividad ética, aceptarán, sin embargo, por motivos de higiene para la salud (como sucede actualmente a causa del terror desencadenado por el SIDA), una prudente moderación de los impulsos.

La misma sociedad comprende la conveniencia de una fuerza que refrene los intentos de matar, de robar, de abandonarse al alcoholismo o a la drogadicción o a la prostitución y otros excesos sexuales, aún cuando suponga todo ello un esfuerzo intenso para controlar el instinto de venganza, respetar los bienes del prójimo y aceptar una abstinencia saludable del frenesí sensual. ¿Por qué no admitir entonces que el recto uso de las técnicas y de los conocimientos científicos requieren la superación de sentimientos sólo en apariencia humanos? Indudablemente esto supone un verdadero sentido de heroísmo en la concepción del objetivo de la vida humana, incompatible con el significado acomodaticio y permisivista tan prevaleciente en la sociedad contemporánea.

El Magisterio de la Iglesia es totalmente consciente de que sus exigencias éticas constituyen hoy un camino no fácil de seguir. La Iglesia, cuando exige el sacrificio de la sensibilidad, lo hace teniendo en cuenta el verdadero bien del individuo y de la humanidad toda, por ser conveniente, moralmente hablando, para ellos, aunque parezca, a veces, estar en oposición con ellos.

b) La persona como unidad trascendente en tendencia hacia Dios:

La Iglesia, fiel a su misión y bajo inspiración divina, ha llegado a comprender claramente que, sólo custodiando con celo valores inferiores (la salud física, por ejemplo), podrá salvaguardar el bien superior y supremo del hombre, hoy obstaculizado de tantas y tan graves maneras. La Persona

humana es, principalmente, "una unidad trascendente en tendencia hacia Dios". Todo lo que pueda malversar esa riqueza interior será, consecuentemente, rechazado y combatido.

Para la Iglesia el hombre es totalmente obra y propiedad del Creador:

"Aunque la ciencia no lo tenga en cuenta en sus investigaciones, en sus experiencias y en sus aplicaciones, trabaja sobre una obra del Creador; por otra parte, esta consideración es esencial desde el punto de vista moral y religioso, pero siempre que el teólogo y el científico sean objetivos, no hay por qué crear conflictos, y los dos pueden seguir su marcha dentro de su propio campo y según los principios de su ciencia. Cuando se considera al hombre obra de Dios se descubren en él dos características importantes para el desarrollo y el valor de la personalidad cristiana: su semejanza con Dios, que procede del acto creador, y su filiación divina en Cristo, manifestada por la revelación. En efecto, la personalidad cristiana se hace incomprensible si se olvidan estos postulados, y la ciencia, en general, se expone a errores e incomprensiones si los ignora. Pues se trata de hechos reales y no imaginados o supuestos. Que estos hechos sean conocidos por la Revelación nada quita a su autenticidad, pues la Revelación pone al hombre en condiciones de sobrepasar los confines de un intelecto limitado, para abandonarse a la Inteligencia Infinita de Dios" ¹⁶.

Esta doctrina contiene diversas consecuencias. La primera es que el hombre tiene la posibilidad y la obligación de perfeccionar su naturaleza, no como él entienda, sino en conformidad con el plan divino. Es decir, a la dignidad natural

16. Pio XII, *Ibidem*.

de la persona humana fundada en la espiritualidad de su alma y su consiguiente libertad, con todos los derechos y deberes en ella implicados, se agrega la dignidad muy superior de su filiación divina por la gracia, también generadora de derecho y deberes de índole propia:

“para reproducir la imagen de Dios en su personalidad debe no dejarse guiar por sus instintos, sino seguir las normas objetivas que se imponen a su inteligencia y a su voluntad y que le son dictadas por su conciencia y por la Revelación”¹⁷.

La Iglesia exige al científico, incluido el no creyente, respetar ese derecho engendrado por una obligación tan grave y trascendente. La Revelación instruye al hombre de una manera particular sobre el valor de la vida y la salud, el sentido del placer, del sufrimiento y de la misma muerte: a esas normas que le dicta la Iglesia desde la Fe, el creyente está obligado a conformar su conducta. Pretender alterar ese orden es, ciertamente, un atentado muy grave contra un fundamental derecho.

3. CONCLUSIÓN

No puedo terminar sin hacer algunas reflexiones destinadas a nosotros mismos, seamos o no teólogos u hombres de ciencia. Yo creo que la doctrina de la Iglesia sobre el tema de la salud, como sobre otros temas aún más importantes, contiene un anuncio destinado a toda la humanidad; creo que, si las normas morales, por ella propuestas, fuesen escuchadas, beneficiarían al hombre y a todos los hombres, mejorarían la situación de la sociedad y salvarían muchas vidas, entre las tantas hoy eliminadas por desprecio. La desorientación general, tan propia de nuestro tiempo, puede también apoderarse de nosotros; puede hacernos pensar que las formulaciones de la Iglesia, a través de su Supremo Magisterio, son opiniones vulgares que pueden ser libremente cuestionadas y acatadas,

17. Pío XII, *Ibidem*.

según se lo indique a cada uno su conciencia personal. Cristo, es verdad, no constituye una propiedad exclusiva de la Iglesia católica, porque Cristo no es propiedad de nadie, sino que nosotros, los hombres e instituciones todos, somos propiedad suya: *“todas las cosas son vuestras, pero vosotros sóis de Cristo y Cristo es de Dios”*. Sencillamente la Iglesia, el Magisterio, tienen la facultad de hablar en Su nombre. Y ese poder que Cristo ha concedido al Magisterio de los papas no nos lo ha concedido a los demás cristianos. Sin la fe y la confianza en la Iglesia, nuestra vida cristiana no habrá madurado aún, por mucha que sea nuestra ciencia. El Cristo de mi Fe, la Iglesia en la que yo creo, me exigen humildad, docilidad y obediencia. Me enseñan más y mejor, por el camino de esa fe, que toda la ciencia de los hombres.

BIBLIOGRAFIA

Pío XII, "Exhortaciones y Discursos a los Médicos" (en López-Obiglio-Pierini-Ray, "Pío XII y las Ciencias Médicas", ed. Guadalupe, Buenos Aires, 1958; obra citada con las siglas LOPR).

Pablo VI, "Encíclica *Humanae Vitae*" (25.07.1968).

Juan Pablo II, "Encíclica *Salvifici Doloris*" (El Sentido Cristiano del Sufrimiento Humano) (22.11.1981)

Congregación para la doctrina de la fe

"Declaración sobre el aborto procurado" (1974)

"Declaración sobre la Eutanasia" (05.05.1975)

"Instrucción sobre el Respeto de la Vida Humana y la Dignidad de la Procreación" (22.02.1987)

Basso, D.M., O.P., "Nacer y Morir con Dignidad. Estudios de Bioética Contemporánea", ed. Consorcio Méd. Cat., Buenos Aires, 1989, Cf Bibliografía en p 473ss.

Ciccone, L., "Salute e Malattia. Questioni de Morale della Vita Fisica, II", ed. Ares, Milano, 1986.

Reich, W., "Encyclopedia of Bioethics", ed. Reich, The Free Press, N. York, 1978.

Spinzanti, S., "Humanizzare La Malattia e la Morte. Documenti del Vescovi Francesi e Tedeschi", ed. Paulinas, Roma, 1980.
"Documenti di Deontologia e Etica Medica", ed. Paulinas, Milano, 1986.

Capítulo III

Humanización de la Medicina

Dr. Zoilo Cuéllar Montoya
Colombia

La II Conferencia Internacional sobre “*Humanización de la Medicina*”, organizada por la Comisión Pontificia para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, realizada en la Ciudad del Vaticano del 10 al 12 de Noviembre de 1987, en su declaración final dice:

“Nosotros, servidores de la vida, cristianos y de otras creencias, médicos, farmacéuticos, responsables de la asistencia, profesionales de la salud reunidos en Roma por la Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, declaramos que una forma de deshumanización de la medicina sería una auténtica amenaza a la civilización”.

“Sabemos por la experiencia, que la tecnología no excluye a la compasión. Pueden utilizarse los medios más modernos sin poner en peligro jamás el respeto absoluto que se debe al enfermo, sea cual sea su edad, origen, filiación o religión, o la enfermedad que le aflija. Desde la concepción hasta la ancianidad más alcanzada, cualquier rechazo o explotación de la persona humana va en contra de la naturaleza misma de la medicina”.

“Recordamos a todas las naciones su deber de proteger el medio ambiente, tanto físico como moral, de las generaciones venideras. Y pedimos que los pueblos ricos ofrezcan una ayuda constante y desinteresada para proteger la salud de las poblaciones más desprovistas y vulnerables. Apelamos a todos los hombres de buena voluntad para que la protección de la salud se funde en una renovada espiritualidad: “Cada paciente es mi hermano”.

El Santo Padre en su alocución de inauguración de dicha Conferencia Internacional, nos recuerda que *“El hombre no es el Señor, sino el administrador responsable”* (n 2), agregando que *“la medicina es servicio a la vida humana”*. Y *“está al servicio del hombre, de todo el hombre, de cada hombre”*. Refiriéndose a la humanización de la medicina, nos dice (n 3) *“Con este tema se va al corazón mismo del derecho-deber de defender y promover la vida y su dignidad”* y *“no todo lo que técnicamente es posible, resulta moral y éticamente aceptable”*.

En el (n 4), refiriéndose a la inspiración cristiana de la medicina, nos agrega: *“ésta funda el servicio a la vida sobre el mandamiento universal del amor, haciendo ver en cada hombre a un hermano”* y nos recuerda las palabras del Santo Médico, Doctor Giuseppe Moscati: *“No es la ciencia, sino la caridad la que ha transformado al mundo”*.

Refiriéndose al sufrimiento nos dice, en el n 5: *“La medicina debe hacer, de quien la ejerce, un experto de gran sensibilidad humana”*. Para Juan Pablo II *“humanización significa, entre otras cosas, apertura a todo lo que puede predisponer a comprender al hombre”* y aclara que una de sus funciones es *“hacer que la política sanitaria en el mundo tenga como fin solamente el bien de la persona humana”*. Finalmente, en el n 6, resume que *“La humanización de la medicina responde a un deber de justicia.”*

1. SALUD INTEGRAL

Siguiendo el camino señalado por Su Santidad, debemos analizar como primer paso lo que es la *“salud integral”*. Reconocer que no podemos desintegrar a la persona humana; que debemos considerarla como ser integral, compuesta de cinco dimensiones fundamentales.

a. Dimensiones de la persona humana

1) Dimensión física

Constituida por el cuerpo, visible y palpable. Expuesto a las agresiones del medio ambiente como las infecciones, los traumatismos, etc.

2) Dimensión social

El ser humano es eminentemente un ser sociable, y por lo tanto, sus relaciones con sus congéneres pueden representar variables de su ser integral. Puede existir patología en dichas relaciones, la cual va a incidir sobre su salud integral.

3) Dimensión psíquica

La esfera de las reacciones psíquicas del ser humano, especialmente en nuestra época, se ve modificada por agresiones de diversa índole, que se traducen en claras manifestaciones patológicas del hombre de hoy, desequilibrando su integridad.

4) Dimensión intelectual

El ser humano es un ser pensante, cuya actividad intelectual es permanente, viéndose estimulada o alterada por el medio que lo rodea; por las oportunidades de desarrollar dicha esfera y por las manipulaciones de quienes lo rodean, representando un inmenso campo abonado para una variada gama de patología, que atenta contra su condición de ser integral.

5) Dimensión espiritual

El hombre, caracterizado por su componente anímico, espiritual, puede sufrir el flagelo de la patología espiritual: el pecado. Este hecho lo conduce a manifestaciones patológicas de su comportamiento, que se difunde por toda su integridad, dando una sintomatología que representa la pérdida de ese equilibrio integral de su persona.

El equilibrio perfecto entre estas cinco dimensiones de la persona humana es lo que llamamos salud, y representa el estado de la homeóstasis perfecta. Es entonces hacia ese equilibrio hacia donde debemos dirigir nuestros esfuerzos. La humanización de la medicina mira hacia el hombre como ser integral y propende por un tratamiento integral de la persona humana, buscando la homeóstasis mencionada.

El desequilibrio de dicha homeóstasis, por alteración de cualquiera de las dimensiones mencionadas, revierte en una condición que denominamos genéricamente enfermedad.

Juan Pablo II, en su Motu Proprio *Dolentium Hominum* (n. 2) nos dice que el enfermo es el todo, no una de sus dimensiones.

Todos estos hechos nos llevan a una visión integral del enfermo, y nos permiten considerarlo entonces como afectado en toda su persona, aunque solamente una de sus dimensiones se encuentre alterada. Esta visión integral de la persona humana fue la que siempre tuvo Jesús. Por lo tanto, debemos seguir su camino, y este camino no es otro que la visión humanística de la medicina, proyectada en forma de una verdadera pastoral de salud: con amor, con comprensión, con absoluto respeto por la persona humana, por sus derechos. Con una gran dosis de comprensión en sus debilidades, que son las nuestras.

Con el fin de facilitar nuestro trabajo y nuestro entendimiento

en el campo de la salud integral, se han emitido y analizado una serie de hechos denominados "derechos del enfermo". Hacemos a continuación un resumen de dichos derechos.

b. Derechos del enfermo

- El ser humano enfermo, tiene derecho a una atención honesta, seria y respetuosa.
- El enfermo tiene derecho a recibir una información adecuada, oportuna y prudente de su enfermedad, para que, comprendiendo su situación, se entregue a una colaboración que le significará la mejoría o la curación.
- El enfermo tiene derecho a ser respetado en su intimidad. Tiene derecho a nuestro sigilo profesional, situándonos, trabajadores de la salud, en un plano similar al del confesor frente al penitente.
- El enfermo tiene derecho a no ser cosificado; a no ser reducido al "caso interesante" de la cama No. tal. A no convertirse en su propio diagnóstico: la apendicitis de la cama 350 o la catarata de la habitación 402.
- El enfermo tiene derecho a una atención integral, según los parámetros expuestos arriba. No puede ser manejado como un conjunto de huesos, músculos, piel, nervios y vísceras. Tiene que ser considerado como persona que si está enferma de su cuerpo, lo estará también en su psiquis, en su intelecto, en su alma, en sus relaciones con quienes lo rodean (Social).
- Cada ser humano tiene sus propias convicciones. Por lo tanto, el enfermo tiene derecho al respeto absoluto de sus convicciones y creencias, específicamente en las religiosas.
- El enfermo tiene derecho a que se le facilite la comunicación con sus seres queridos. Recordemos que el que está enfermo sufre una crisis a todo nivel, pero fundamentalmente en la comunicación con quienes lo rodean, por vivirse en

dos mundos diferentes. Sólo la compañía de quienes ama y de quienes lo aman, le permitirá aliviar, en cierto grado, sus sufrimientos.

- ▶ Finalmente, el enfermo tiene derecho a morir dignamente. Sin ser martirizado y pudiendo decidir sobre su propio destino, sin ser manipulado. Tiene derecho a que no se le prolongue un sufrimiento sin sentido y sin esperanzas de recuperación.

c. Deberes del enfermo

Pero el enfermo debe responder con actitudes que podríamos llamar deberes, y que podemos resumir en dos puntos.

1) Actitud de aceptación

Debe comprender sus propias limitaciones - limitaciones propias de nuestra condición de seres contingentes-, debe asumirlas; ser consciente de la realidad. Debe ponerse en las manos de Dios, teniendo una plena confianza en su plan de amor, por más duro y aparentemente absurdo que sea el sufrimiento; debe ponerse en sintonía con el Jesús de Getsemaní: *"Abba, Padre!; todo es posible para ti: aparta de mí esta copa; pero no sea lo que yo quiero, sino lo que quieras Tú"*. (Mc 14,36).

2) Actitud de lucha

No debe *"tirar la toalla"*, como se dice en el argot del box. Debe rechazar toda actitud pasiva; toda actitud negativa. Debe evitar el sentirse víctima. Debe despertar admiración y respeto y nunca inspirar lástima. Debe superar el complejo de lo que le falta; de lo que perdió. Debe valorar en su justo precio lo que tiene; lo que le ha quedado.

En este campo, nuestra responsabilidad pastoral consiste, por un lado, en concientizar a nuestros enfermos de sus derechos, respetárselos en forma íntegra y hacer que quienes los rodean también los respeten -humanización-. Por otro

lado, recordemos que el enfermo no sólo es objeto, sino principalmente sujeto de evangelización. Es la oportunidad que tenemos, como cristianos, de hacer presente al Señor en forma permanente. Nuestra obligación consiste en ver la presencia real de Jesús en el que sufre; concientizarlo de que nuestro amado Maestro está inscrito en él, en sus sufrimientos; que su Espíritu Consolador lo baña con su luz y que su lógica reacción debe ser irradiar al Divino Maestro hacia quienes lo rodean, entendiendo cómo *"el sufrimiento pertenece a la trascendencia del hombre, destinado a superarse a sí mismo"* (SD n 2); *"el sufrimiento de Cristo ha creado el bien de la redención del mundo"* (SD n 24) y *"Cristo comunica el poder salvífico del dolor a través del amor que en él se expresa"* (SD n 24). Comprendiendo que el mal, físico, moral o espiritual, no es una realidad exclusivamente negativa -patológica-; que tampoco es una situación extraña a nuestro vivir; que hace parte de nuestra realidad terrena. Que el sufrimiento tiene un carácter creador, a los ojos del cristiano. Que nos hace coparticipes de la acción redentora de Jesús en su santa cruz. Que no es el sufrimiento en sí mismo el que salva, sino el amor que se realiza a pesar del sufrimiento, o a causa de él.

2. ACTITUDES DE JESÚS FRENTE AL ENFERMO

Jesús hace presente el Reino de Dios en la caridad, en la forma como actúa con los que sufren, con los más pobres de entre los pobres: los enfermos. Su concepto de la pobreza no se refiere entonces a la situación económica de la persona sino a su necesidad de compañía, presencia, soporte moral, psicológico, afectivo; su necesidad de sentirse alguien para alguien y de valorarse a sí mismo. Ese es el menesteroso a quien se acerca Jesús; puede entonces encontrarse este ser que sufre, tanto en la riqueza como en la penuria. Pero el buen Jesús requiere, frente a su actitud de encuentro -léase sacramento- que la persona se deje encontrar; que desee, de todo corazón, el encuentro con Cristo. *"El Señor me ha ungido... -dice Jesús-. Me ha enviado a anunciar a los pobres la Buena Nueva, a proclamar la liberación a los cautivos y la vista a los ciegos, para dar libertad a los oprimidos..."* (Lc 4,18).

A Jesús le gusta encontrarse con todos los que sufren: marginados, contagiosos, pecadores públicos, poseídos. El muestra un interés por ellos absolutamente real, visible. El ve, observa, se conmueve, toca, coge de la mano, camina, escucha, dialoga, llora, sana; se detiene ante el enfermo no como ante un extraño o ante una cosa -ante una úlcera gástrica o un tumor cerebral-; lo hace como un amigo, como un hermano, pero al mismo tiempo como un padre. El crea para cada persona, para cada enfermo, una actitud siempre nueva, siempre especial y particular. Su comportamiento tan personalizado lo hace prójimo de cada enfermo. Su actitud deja muy claro su concepto integral de la persona humana. Pero, además, siempre respeta la libertad de ese enfermo y, además de sanar su cuerpo, sana su alma y actúa siempre en forma pastoral, llevando la palabra de su Padre al corazón de quien tanto sufre. Este se retira de El no sólo curado en su cuerpo, sino, fundamentalmente, en su alma, en su integridad de persona humana. Podríamos demorarnos horas analizando las múltiples citas evangélicas en las cuales Jesús manifiesta su amor al que sufre, de tal manera que su riqueza humana, al lado del enfermo o del que sufre, hace presente la bondad del Padre.

Podemos concluir, entonces, que nuestra misión como médicos católicos, es imitar al Divino Maestro en su comportamiento ante el que sufre, no importa su condición social, racial, económica, etc. No podemos olvidar jamás nuestro importantísimo papel pastoral, dentro de nuestra profesión, recordando siempre el pasaje del "buen samaritano" (Lc 10, 29-37), que es todo hombre que se detiene al lado del que sufre; todo aquél que es sensible al sufrimiento de los demás; todo el que les ofrece su ayuda; todo aquél que es capaz del **don** sincero de sí mismo (Salvifici Doloris, n 28).

Podemos terminar con palabras de Juan Pablo II, en la forma en que iniciamos estas notas: "Cuanto tiene de "Buen Samaritano" la profesión de médico, de enfermera y de otras similares..., nos inclinamos a pensar más bien en una vocación que en una profesión". (Salvifici Doloris, n 29).

Capítulo IV

Ética y Medicina ante Limitados Físicos

Hna. Susana Rodríguez Peña
"COMISUR"-Corporación Misioneros por el Sufrimiento
Colombia

Susana Rodríguez Peña, Religiosa de la Presentación, invidente desde los 25 años, siendo ya Religiosa y dedicada hasta ese momento a la enseñanza. Actividad apostólica con los enfermos desde la experiencia personal. Comunicación con ellos a través de Programación Radial, Correspondencia a máquina, Visitas a domicilio, Encuentros.

A través de este diálogo he tenido conocimiento de la situación psicológica, económica, social y religiosa de los enfermos crónicos, limitados físicos y ancianos, ubicados fuera de Centros Asistenciales. Idea global a lo largo y ancho de Colombia, Venezuela, México, Ecuador, etc.:

- a) En este ambiente tan tecnificado, eficientista, rentable y burocrático, el limitado físico, el enfermo crónico, son considerados generalmente, como erogación, carga familiar y social. En muchos casos no son reconocidos sus valores como personas y en consecuencia se sienten marginados. Viene entonces la neurosis, la agresividad y la soledad los

deprime e inutiliza integralmente. Parece realidad la frase: *"El hombre vale por lo que tiene y produce, no por lo que es como persona"*.

- b) Aunque existen Centros de Rehabilitación, son insuficientes y la mayoría no logra llegar a ellos. Los que alcanzan un estudio Secundario, Universitario o capacitación técnica y manual, se frustran al no conseguir un empleo remunerado.
- c) El limitado físico es ante todo persona con derechos y deberes. Advertimos la falta de rampas para movilizar las sillas de ruedas y el parapléjico no tiene acceso a los Centros Educativos: Colegios, Universidades, tampoco al estadio, teatros, almacenes... Sin embargo, hay ejemplos admirables de superación en la ciencia, el arte, el deporte.
- d) La discriminación, por sutil que sea, se constata en todos los niveles sociales y religiosos: Un teólogo en silla de ruedas, no logra la Ordenación Sacerdotal; un invidente o quien se apoya en muletas, no es aceptado en las Comunidades Religiosas, al menos en la mayoría. Tendría que haber funciones adecuadas, aunque creo que algo hay de eso (Religiosas de los Sagrados Corazones para hijos de leprosos). La Compañía de Jesús ha ordenado sacerdotes imposibilitados físicamente, como al Padre Aldo Giachi, Manuel Duato, formidables apóstoles cuadrapléjicos; también el P. Carmelita Salvador Rivera en México trabaja con los limitados físicos desde su parálisis casi total.

Los dones recibidos de Dios son para ponerlos al servicio de los demás.

El invidente piensa, oye, habla; el parapléjico piensa, ve, oye, habla.

Esfuerzo comunitario ¡Solidaridad humana y cristiana!

Capítulo V

Problemas Éticos de la Psiquiatría

Dr. Herbert Vizcarra Coronel
Médico Psiquiatra
Ecuador

Al iniciar esta ponencia, sobre la más humanística de las especialidades médicas -la Psiquiatría-, la misma que se encarga (o trata de hacerlo) acerca del comportamiento humano en sus diferentes manifestaciones; y, siendo la ética una dimensión de la conducta humana, me parece necesario situarnos dentro de un marco filosófico-religioso adecuado para poder tener una visión holística y cabal de nuestro adecuado quehacer junto al hombre "enfermo", es decir, aquel ser sufriente necesitado de nuestra incondicional comprensión, sabiendo "ser compañeros de ruta" a través del conocimiento y valoración de nosotros mismos.

Quisiera a propósito de la parábola del Sembrador, citar lo que un conocido escritor sacerdote A. Pronzato, enuncia de una manera cabal nuestro aserto anterior:

"El sembrador no escoge el terreno, no decide cuál es el terreno bueno y cuál es el desfavorable, el apropiado y el menos apropiado, aquél del cual se puede esperar algo y aquel por el que no merece la pena trabajar. El terreno se manifiesta por lo que es después de la siembra, no antes."

Si todos los que anuncian la Palabra recordaran esto... Nuestra tarea no está en clasificar los diversos tipos de terreno, ni en trazar el mapa de las posibilidades. Nosotros debemos probar todos los terrenos. Quisiera decir que debemos aprender a gastar la semilla, aprender a realizar numerosos gestos inútiles”.

Es por lo tanto, la salud, la enfermedad y la muerte, a la luz del misterio pascual, el sustento religioso y el marco teórico que nos ayudará a comprender la problemática en la cual nos hemos comprometido, a saber ayudar desde nuestra ética psiquiátrica-cristiana, al hombre enfermo.

Significado de la Vida-Muerte: El interés primero del hombre es para su propia vida, anterior a todos los bienes materiales y exteriores. El cristiano considera el período de su peregrinación terrena, como el tiempo de gracia en el cual es juzgado y probado, el tiempo concedido para el crecimiento en el amor de Dios y del prójimo.

Cada día de vida es de gran valor. *“Mientras es de día, debemos trabajar”* (Jn 9,4). En unión de Cristo enviado por el Padre para revelarnos, durante su vida terrena, nuestra propia significación, y a la luz del Verbo Encarnado, Redentor del mundo, llegamos a comprender cada vez más la importancia decisiva de este corto período de vida corporal.

Nuestra vida corporal no nos pertenece a nosotros, sino a aquél que nos la ha confiado para nosotros mismos y para el servicio de nuestros hermanos. *“Porque ninguno de nosotros para sí mismo vive y ninguno para sí mismo muere, pues si vivimos, para el Señor vivimos; y si morimos, morimos para el Señor”* (Rm 14, 7-8).

A la luz del Evangelio, queda claro que la vida no es el bien supremo. La vida, según su longevidad en esta tierra no es decisiva para medir la bendición de la vida, sino el buen uso del

tiempo de vida. El hombre frecuentemente se queja de la fragilidad de la existencia terrena, en cuanto parece breve para alcanzar la plenitud. La respuesta completa no está en que Dios añada graciosamente algunos años, sino en que Cristo entrega su vida joven a las manos del Padre y lo hace con plenísima libertad, dando así a su vida y a la de todos sus seguidores el sentido más alto: *“Nadie tiene amor mayor que este de dar uno la vida por sus amigos”* (Jn 15,13).

Significado de Salud-enfermedad: Los primeros cristianos, aun sabiendo que su vida presente no revestía carácter definitivo, trataban de disfrutarla al máximo. Los primeros cristianos interpretaban sus propias contingencias desde esta perspectiva pascual. Y ella les invitaba a saberse enrolados ya ahora en el reino de plenitud que con tanto ahínco proclamara Jesús.

Tal aporte no deja de ser orientador para el hombre de hoy. Este a veces da a su salud un presunto carácter definitivo, lo que le asume en un materialismo hedonista. Se limita sin más a disfrutar el presente. Y sólo se acoge a la religión cuando se siente acosado por alguna contrariedad física o moral. ¡Cuán absurdo resulta recurrir a Dios únicamente en la adversidad!

De hecho, quien analice su salud desde un prisma religioso verá en ello un reto a explotar sus valores personales, teniendo en cuenta que el gran problema de los humanos estriba no tanto en no sufrir cuanto en dar sentido a su dolor.

Salud-enfermedad constituyen un extraño binomio que rige el destino de cada ser humano. Y es que quien hoy está sano, mañana puede estar enfermo; o a la inversa.

En consecuencia, la salud y la enfermedad son coyunturas circunstanciales que van jalonando la trayectoria humana. Pues bien, ésta, analizada desde la fe crística-misterio pascual- exige afrontar con ilusión esperanzada incluso las postraciones más mortificantes.

Quien se adhiera con firmeza al mensaje pascual comprenderá que tanto la enfermedad como la salud son situaciones en las que los humanos hemos de ir explotando nuestros valores creacionales para ir madurando para la plenitud.

Cuenta con la ayuda incondicional de ese Cristo vivo que - fuerza de la resurrección- sigue impulsando la dinámica existente de cuantos le entronizan en el fondo de sus corazones.

Todo lo anterior nos lleva ahora sí a tener un adecuado soporte para poder sistematizar los problemas éticos de la Psiquiatría.

Problemas éticos en la psiquiatría

Las normas morales que rigen el ejercicio de la psiquiatría se fundan en la ética de la medicina; pero al ser la psiquiatría -como ya lo hemos expuesto anteriormente- la más humanística de las especialidades médicas, entonces la psiquiatría desde su perspectiva ética tendrá que enfrentar ciertos problemas que tengan características propias y que el foco bajo el cual se les examine sea distinto.

Es así que es necesario considerar aquí en este ámbito cuatro categorías interdependientes:

El *Ethos* comprende aquellas actitudes distintivas que caracterizan a la cultura o a un grupo profesional en cuanto que esta cultura o profesión sostiene una postura que demuestra la dedicación a ciertos valores y a la jerarquía de valores, entendida como una vocación en el sentido de un servicio irrevocable a la comunidad. El *ethos* abarca tradición, experiencia común y una participación en las costumbres con compromiso para con un sistema particular de valores; siendo formulado por aquellos que han sabido ser profesionales eminentes a través de la historia.

El *Código ético*, se distingue del *ethos*, que es un esfuerzo

premeditado para fortalecer y garantizar el *ethos*, pero ha nacido para ir más adelante asegurando al médico, al paciente y al público, un modelo profesional de relaciones humanas.

La *Moral ética* significa un esfuerzo sistemático por iluminar el *ethos* y elaborar las perspectivas y las normas de la profesión médica. Intenta robustecer la moralidad, el criterio moral y las decisiones del doctor y el paciente.

La *Moralidad del médico* es la realización subjetiva y personal del acceso a su profesión, el vivir en plenitud de su *ethos*; la capacidad de actuar de acuerdo con una conciencia bien formada, y de tomar decisiones concretas con una actitud justa, con visión y criterios claros.

En 1977 la Asociación Mundial de Psiquiatría propuso la "*Declaración de Hawai*" que expresa sus principios éticos en relación con la psiquiatría.

Si bien el objeto de la psiquiatría es el individuo, también lo son la familia, el grupo y la sociedad. Algunas veces los intereses del paciente y lo que más conviene a otras personas pueden contradecirse. Cada problema debe ser resuelto individualmente, tomando en cuenta factores personales, familiares, sociales y legales.

Que el psiquiatra sea una persona honesta y humanísticamente orientada, es necesaria pero no es suficiente. Tampoco lo son las obligaciones impuestas por las leyes, porque éstas pueden ser demasiado generales o imprecisas. La profesión como grupo necesita adherirse a un código de ética, dentro del marco filosófico-religioso anteriormente enunciado.

A continuación enfocaré alguno de los aspectos más relevantes que pueden orientar a los psiquiatras en sus acciones con sus pacientes, la sociedad, sus colegas y los miembros de otras profesiones afines.

1) *El secreto profesional*

Un derecho fundamental del hombre, es el mantener a otros, si así lo desea, fuera de su esfera privada.

En la psiquiatría, la relación médico-paciente es tan personal, tan privada y a veces tan intensa, que es esencial la adhesión estricta del médico a la confidencialidad. En el juramento hipocrático, el médico se obliga a guardar secreto de lo que su paciente le comunica en el trato profesional.

En la relación psiquiatra-paciente la *confidencialidad* es un caso especial, ya que a diferencia de lo que ocurre en otras áreas de la medicina, el paciente es invitado a expresar acciones, sentimientos y fantasías, sin omitir algunas que no son socialmente aceptables y su biografía, su personalidad y sus relaciones con otras personas, son extensamente exploradas. No sólo el psiquiatra está moralmente obligado al secreto sino a evitar que toda información íntima llegue a otras personas, incluyendo a sus familiares, salvo que el paciente consienta o lo solicite y así convenga a las metas del tratamiento.

Sin embargo, hay situaciones excepcionales en las cuales la confidencialidad no puede mantenerse. En tales casos, el médico debe pesar los beneficios y el daño potencial que representan el sigilo o su abandono. El interés del paciente siempre está en primer lugar. Por ejemplo es el fenómeno del suicidio.

En ocasiones, está previsto que los datos obtenidos en un examen psiquiátrico servirán de base para dar una opinión que pudiera afectar los intereses de la persona examinada. Nuestra responsabilidad en estos casos es informar al interesado antes del examen de la utilización que se daría a la información obtenida y sus posibles consecuencias. Si el sujeto no acepta libremente estas condiciones, podemos rehusarnos a practicar el examen.

Un Juez le puede pedir a un psiquiatra información acerca de un paciente suyo en un juicio civil. El único que puede liberarlo al médico de su compromiso es el propio paciente. No es necesariamente válida la proposición abstracta de que es indebido que un psiquiatra rinda testimonio legal acerca de un paciente, pero ciertamente el paciente tiene el derecho al sigilo profesional.

Guardar el sigilo es también obligación de las personas, profesionales o no, que asisten al médico en el estudio y manejo de sus casos.

2) *El consentimiento informado*

Inicialmente, acoger a enfermos mentales incapaces de valerse por sí mismos y aislar a otros que representaban peligro, era visto como un derecho y un deber de la sociedad, hoy además se ha llegado al reconocimiento de que estos pacientes tienen también derechos; así se piensa que hasta donde sea posible, debe hacerseles coparticipes de las decisiones que les afectan.

Salvo condiciones extraordinarias, el psiquiatra debe solicitar el consentimiento de cada enfermo para proceder a su hospitalización y tratamiento, después de haberle informado de la indicación, objetivos y consecuencias previsibles de ambos.

Si para una persona que no está severamente perturbada, la hospitalización y el tratamiento son inaceptables, el psiquiatra sólo puede insistir en las ventajas y dejarle a ella la decisión.

Pero no debe ser abandonada a su suerte una persona que ha perdido el contacto con la realidad y que bajo el influjo de sus delirios es peligrosa para ella misma o para otras personas. En este caso la responsabilidad debe compartirse si tal cosa es posible, con los familiares más cercanos.

Si un enfermo mentalmente competente rehusa el

tratamiento, el psiquiatra no puede, agotados sus recursos persuasivos, asumir responsabilidad por las consecuencias; aquí es la sociedad la que debe diseñar otras formas efectivas para encarar estos problemas.

Otro aspecto del consentimiento, se refiere a la investigación con fines terapéuticos. Hay dos clases de experimentos terapéuticos conducidos en el contexto de la clínica. Unos, están dirigidos a beneficiar directamente al paciente. Otros, a adquirir conocimientos que son de beneficio directo para el sujeto de la investigación. Esta segunda categoría de investigaciones es la que plantea problemas éticos; y así la diferencia entre terapia y experimento, ha sido claramente establecido.

Tenemos advertencia de la incertidumbre inherente a nuestro trabajo. En ocasiones es duro contestar con franqueza las preguntas de nuestros pacientes. Comunicarles esa incertidumbre disminuye nuestra eficacia terapéutica. Confrontar a un enfermo con su situación sin esperanza, es en ocasiones aumentar su sufrimiento. Sin embargo, hemos dicho que el paciente tiene derecho a una información completa y comprensible sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de su enfermedad. Ambas cosas son ciertas.

En general, el principio de la información veraz es éticamente necesaria. Una medida que afecta la salud de alguien no debe tomarse sin su explicación veraz, pero esto no es absoluto.

En algunos casos, un médico razonable escoge mantener entre abierta la puerta de la esperanza aun cuando no diga "toda la verdad".

3) La hospitalización de los enfermos

Es necesario indicar que la hospitalización de los enfermos mentales debe hacerse por el mínimo del tiempo necesario para el buen resultado del tratamiento. Es claro que la hospitalización voluntaria es siempre preferible.

¿Cuándo es permisible el tratamiento involuntario de una persona mentalmente enferma?

Por ejemplo, el código de Salud Mental de Illinois provee tres criterios para el internamiento involuntario de un enfermo mental:

- ▶ La peligrosidad hacia otros.
- ▶ La peligrosidad contra sí mismo.
- ▶ Y su incapacidad de satisfacer las necesidades físicas.

Por lo demás, se postula que es indebido mantener hospitalizado a un paciente que no lo requiere, aislarlo y tratarlo sin su consentimiento o usar los medios de contención químicos o físicos con fines punitivos.

El internamiento de emergencia está justificado con la esperanza de que acepte una ayuda, que por ejemplo en el caso de un paciente deprimido, puede ser muy efectiva. Una vez superado el estado crítico, si el individuo quiere dejar el hospital, hay poca justificación para retenerlo.

En algunos países, en especial los nuestros del ámbito latinoamericano, el médico tiene gran poder para ordenar y mantener la hospitalización involuntaria; sin embargo, esto entraña un gran peligro al verse atrapado el médico entre su obligación de servir al paciente y a la sociedad.

4) El problema de la competencia mental

Desafortunadamente, ante la ley, competencia e incompetencia son asuntos de todo o nada.

Sin embargo, la realidad clínica es menos tajante, es frecuente que los enfermos conserven intactas algunas de sus funciones mentales, en tanto que sufren la declinación de otras, y que sus capacidades disminuyen o mejoran de tiempo en tiempo y bajo condiciones diferentes. Es necesario ser prudente, sobre todo en los casos limítrofes, puesto que para una persona, al ser confinada en un hospital psiquiátrico acelera su declinación psicológica.

5) Aspectos éticos de la influencia personal del psiquiatra

Un principio ético general en la medicina sostiene que los médicos no deben intentar alterar ni la moralidad ni la ideología de sus pacientes. Debido a la naturaleza y a las metas de los tratamientos psicoterapéuticos, es inevitable que se cuestione los móviles, las actitudes y los valores de los pacientes neuróticos. El principio es que sea el paciente quien encuentre por sí mismo la solución a sus problemas.

Es indispensable que el médico deje fuera de su trabajo profesional su activismo político o religioso y sea respetuoso de la ideología de sus pacientes.

Aquí cabría cuestionarse si el psiquiatra en su influencia sobre los enfermos sea un agente del Status o del cambio social.

6) Alcances y limitaciones del testimonio psiquiátrico

Un psiquiatra sólo puede actuar eficientemente como experto en el campo forense si tiene suficiente experiencia en el diagnóstico y tratamiento de los desórdenes mentales y conoce la Ley.

Su opinión es solamente un balance de las probabilidades y puede estar limitada por el examen, las limitaciones de la psiquiatría como ciencia y también por la ley.

Capítulo VI

El Transplante - Aspectos Eticos -Revisión Teórica-

Dra. Gabriela Guerrero M.
Médico Psiquiatra
Colombia

"Sí, frente a la vida, la actitud indispensable es la aceptación, de cara a la muerte debemos hablar de entrega. Todos sabemos que la vida humana es mortal; pero en qué momento y de qué manera se muere, sólo unos pocos lo saben y lo aceptan. Morir, para quien se atreva a enfrentar la verdad, es algo más que la disolución corporal. Si somos lúcidos, sabemos que es el acto humano de entrega de la vida, de la respuesta afirmativa al morir y de la aceptación de la muerte".

Indudablemente son indispensables las actitudes de aceptación y entrega para la humanización de los transplantes. Sólo aquel que está dispuesto a entregar su vida, aceptando su muerte, está en disposición de donar cualquiera de sus órganos, si con ello puede liberar y devolver vida.

No existe otra alternativa al reto que hoy nos plantean los transplantes: frente a la obsesión por la existencia, sólo existe la aceptación y la entrega de nuestra propia vida.

Desde la moral cristiana tradicional, en virtud del principio de que todo está por encima de la parte, no ha puesto obstáculo alguno a este tipo de actuación, con tal de que en ella se de una finalidad razonable al transplante y que haya una compensación equitativa, por un lado, entre los riesgos a correr en la intervención y las ventajas a lograr con ella por otro.

También es necesario por parte del que va a donar su vida, un consentimiento pleno, fruto de una información objetiva, de que se respete la autonomía de la persona donante y de que queden claramente excluidas las imposiciones ajenas o las decisiones personales irresponsables, por carecer el donante del suficiente conocimiento de las causas y de las consecuencias.

El transplante como una alternativa del progreso científico, abre al hombre, que se halla en necesidad grave, la posibilidad no sólo de poder sobrevivir, sino de vivir con dignidad siempre y cuando nos acojamos a los requisitos médicos, psicológicos, éticos y teológicos; para no caer en el error del obsesionalismo terapéutico, prolongando agonías, en el mercantilismo de órganos, o en la experimentación humana.

El Dr. J.E. Murray obtuvo en el año 1954 el primer transplante de un órgano humano con éxito. Se trataba de un riñón cedido, en vida, por un hermano monovitelino al otro. Aunque los problemas se han solapado unos sobre otros, durante los últimos 30 años, la consideración ética ha conocido tres estadios: Transplante de vivo a vivo, Transplante de cadáver a vivo y Sustitución del órgano por una prótesis.

1. TRANSPLANTE DE VIVO A VIVO

Por razones obvias el servicio de donantes vivos se limita a órganos pares, siendo el transplante renal el de mayor tasa de éxito. Con relación a esta modalidad se han implicado problemas morales tales como:

1) *Discusión en torno al principio de totalidad*

Se tiene por inhonesta toda mutilación en sentido ético, el principio establece que un órgano enfermo puede ser amputado o extraído por el bien del organismo entero; sin embargo no es lícito amputar órganos sanos, ya que tal acto debilitaría la salud de la persona. Por tanto, el principio de totalidad, prohibiría la donación de órganos sanos. El núcleo del problema se encuentra en la interpretación del principio de Totalidad.

Tal vez se deba a las corrientes fenomenológicas y existencialistas del quehacer filosófico, el enriquecimiento de la antropología vigente entre los moralistas contemporáneos, con una visión mucho más personalizada del ser humano, lo que ha resuelto este problema de interpretación del principio de Totalidad.

Nos hemos acostumbrado a considerar a éste como realidad anímico-corporal situada en relación con los otros. La experiencia ética se nos presenta a la vez como autónoma y solidaria. Cada persona tiene su propio destino o tarea, que puede sintetizarse en el deber de realizarse, pero éste no puede llevarse a cabo sino en solidaridad con los demás. Esta visión ética, simultáneamente individual y social, abre el camino de posibilidades en la administración de las propias prerrogativas incluso con el sacrificio individual de algunas, en aras de una responsabilización personal más perfecta, habida cuenta de la propia responsabilidad en relación con los otros.

Se sigue teniendo por inhonesta toda mutilación en sentido ético, pero ésta sólo tiene lugar cuando la merma anatómica, fisiológica o psicológica ha de impedir la plena realización personal. Por lo tanto el principio de totalidad que prohibiría la donación de órganos sanos, pierde su valor ante esta concepción de la naturaleza racional y social del ser humano.

2) *Discusión en torno a la obligatoriedad de donar órganos*

Es claro que no podemos encontrar una razón que pruebe la obligación de hacerlo. Existe un deber general de ayudar a

nuestros semejantes, pero no se puede probar que tenemos que sobrepasar los medios ordinarios para ir en su ayuda. La donación de un riñón es una acción muy generosa, pero ciertamente supera la forma ordinaria de ayudar a otra persona. Por lo tanto la donación de un órgano entre vivos debe ser una acción del todo libre.

Se establece además que las donaciones voluntarias de órganos debieran restringirse a adultos que pueden valorar todos los problemas médicos y morales allí implícitos y tomar una decisión libre e informada.

Sin embargo, no es raro que los deudos, y allegados se encuentren bajo sutiles presiones para donar "voluntariamente" un riñón a otro familiar. La presión puede hacerse no sólo mediante veladas sugerencias y observaciones tendenciosas, sino por la real existencia de vínculos familiares. Para neutralizar esta clase de presiones, se ha ido introduciendo la costumbre de que el equipo médico que va a practicar el trasplante haga entrevistas privadas a los candidatos a donante, y si se descubre alguna oposición por parte de un candidato para hacer la donación, se le declare "incompatible" para el trasplante.

Los padres de familia no deben ofrecer como donantes a sus hijos menores de edad. "El consentimiento por poder" no se justifica en este caso, como sí puede justificarse con respecto a la experimentación no peligrosa cuando es necesario recurrir a menores para hacer ensayos. Un niño no está en capacidad de valorar el peligro y los inconvenientes de vivir el resto de su vida con un solo riñón. Nadie debiera verse forzado a hacer una donación de órgano sin tomar una decisión informada y voluntaria.

a. Condiciones de licitud por parte del donante

El donante no puede ceder ningún órgano, si ha de perjudicar con ello su propia realización personal. Dos son las condiciones de honestidad por parte del donante: su consentimiento ilustrado y la racionalidad del mismo.

El que su voluntad libre sea el elemento ético de mayor trascendencia, no debería dejar en la penumbra la condición previa necesaria para la racionalidad y justa valoración de las ventajas e inconvenientes: el juicio técnico del médico respecto al diagnóstico de la viabilidad del trasplante y respecto al pronóstico de sus consecuencias. Pide especial consideración la calidad y cantidad de vida previsible en comparación con las posibilidades que ofrecen las alternativas ajenas al trasplante, sólo así podemos hablar de un consentimiento ilustrado y racional.

Desde el punto de vista ético merece particular interés el análisis de las motivaciones que de hecho y conscientemente impelen a la cesión de un órgano. Debemos por lo tanto excluir cualquier motivación basada en una remuneración económica, u otro tipo de ganancias secundarias.

Finalmente, como ya se mencionó la libertad necesaria para el consentimiento éticamente relevante pide la ausencia de presiones y de toda posible coacción en el ambiente que rodea al donante. La prevención de ulteriores humillaciones y de posibles dependencias emocionales recomiendan el anonimato del dador y/o la preparación integral para el procedimiento.

b. Condiciones de licitud por parte del receptor

Es preciso que el receptor consienta razonablemente y con libertad, una vez debidamente informado. Nunca pondéramos demasiado la importancia que tiene el estudio previo del médico. La información debe atender a la capacidad de soportar la espera del órgano adecuado, la de superar la misma intervención (porcentaje de éxitos en grandes números y condiciones del interesado) y la de tolerar también psíquicamente la previsible calidad de vida, con sus disminuciones y dependencias, de suerte que le pueda y desee dar sentido: le valga la pena vivirla.

La racionalidad del consentimiento pide tener también en cuenta las otras alternativas con sus ventajas e inconvenientes.

No podemos negar que algunos tipos de transplante, supuesta la proporción escasa de éxitos obtenidos, deben considerarse todavía en estadio de experimentación. Para ellas será preciso tener también en cuenta todas las condiciones requeridas para que una experimentación sobre sujetos humanos resulte éticamente aceptable.

Si se trata de un transplante en período todavía de experimentación, debe quedar claro que ésta sólo puede ser lícita cuando tiene un carácter terapéutico, es decir, mira primordialmente y directamente al bien del paciente. La experimentación científica (la que busca principalmente el progreso en los conocimientos para bien de la humanidad), nunca puede lícitamente realizarse con niños.

2. TRANSPLANTE DE CADÁVER A VIVO

Constituye un acto moral digno de todo elogio el donar uno mismo sus órganos y aun todo su cuerpo, para que sirva a los vivos después de la propia muerte. Gracias al progreso científico y técnico ha dejado de ser un absurdo esperar órganos vivos de una persona muerta. El recurso del respirador y otros mecanismos externos permite mantener en las mejores condiciones posibles los órganos y tejidos deseados.

Con todo, los problemas morales pueden surgir con relación a la determinación del momento de la muerte del donante. La condición ética fundamental y evidente se halla en la certeza de la muerte del donante, realidad objetiva que no puede nunca confundirse con la situación extrema de quien va a morir en plazo breve, por irreparables que sean las lesiones y por más seguro que pueda ser el pronóstico. Por esto mismo se acepta en la actualidad como medida prudencial en los círculos médicos que el equipo de cirujanos que va a practicar el transplante sea diferente del grupo de médicos que atiende al paciente en su etapa final, para evitar los conflictos que puede crear el propio interés y así mismo no descuidar la atención al moribundo

Criterios para determinar la muerte

"La muerte cerebral significa el fin del sujeto vivo, la plena y definitiva disolución de la unidad anímico-corporal" que identificamos con la persona.

El diagnóstico de la muerte biológica del cerebro es una cuestión médica, que urge determinar cuando se quiere disponer de algunos órganos para el transplante. No es que se pueda determinar el momento de la muerte, pero basta que se pueda afirmar lo antes posible que ésta se halla presente, ya.

Sólo teóricamente parece aceptar P. Sporken la decorticación (lesión irreversible del encéfalo) como suficiente para diagnosticar la muerte cerebral y disponer, consiguientemente, de los órganos del difunto para el transplante, por más que la actividad del cerebro mantenga la función espontánea y autónoma del corazón, pulmones y otras actividades vitales. Debemos afirmar que la muerte funcional permanente del tronco cerebral, diagnosticada en un contexto definido, a saber, lesión encefálica irremediable, es la condición necesaria para que podamos hablar de muerte de la persona.

"El acto legislativo para determinar uniformemente la muerte" dice: Un individuo está muerto cuando ha sufrido uno de estos casos:

La cesación irreversible de las funciones circulatoria y respiratoria.

La cesación irreversible de las funciones de todo el cerebro, incluyendo, el tallo cerebral. La determinación de la muerte debe hacerse de acuerdo con las pautas o patrones médicos aceptados a saber:

- ▶ Electroencefalograma plano.
- ▶ Falta de receptividad y de respuesta a estímulos.
- ▶ Falta de movimientos o de respiración espontánea y ningún reflejo.

De tal manera que los órganos para el trasplante no se toman nunca de un moribundo, sino de un difunto. La certeza de la muerte no elimina, con todo, toda dificultad para la disposición de los órganos. Casi todas las civilizaciones y culturas exigen consideración a la voluntad del difunto respecto a la disposición de su cuerpo y muestran además gran respeto para con el cadáver, vinculado frecuentemente a sus concepciones religiosas.

La segunda condición ética con relación al trasplante con donante cadavérico, es requisito sine qua non para que se de algún mérito en la cesión de sus órganos post-mortem en beneficio ajeno. También los diversos sistemas jurídicos la exigen, sea que postulen el consentimiento formulado en un documento de comprobación, sea que lo supongan, salvo expreso atestado del interesado en contra.

La costumbre actual, parece preferible desde el punto de vista moral al hecho de disponer de los órganos de cualquier difunto, a menos que lo haya prohibido expresamente en vida. Por otra parte, sería aconsejable educar al público en general acerca de la posibilidad de convertirse en un donante de órganos. Una bien organizada campaña en este sentido puede ser una respuesta adecuada a la creciente necesidad de órganos apropiados para trasplante. Ante la ausencia de una "tarjeta de donante" debe obtenerse la autorización de los miembros de la familia. Ellos son las personas más capacitadas para interpretar los deseos y actitudes del difunto.

Conseguir la autorización suscita un nuevo problema moral. Los parientes, como es obvio, entran en un estado de conmoción cuando se enteran de la muerte repentina de un miembro de la familia. Debe ponerse todo el esfuerzo posible por respetar los sentimientos, el estado psicológico y las necesidades religiosas de la familia cuando se vaya a tratar con ellos el asunto del trasplante de los órganos del familiar difunto.

3. SUSTITUCIÓN DE ÓRGANO POR UNA PRÓTESIS

La tecnología moderna ha creado toda clase de órganos artificiales internos y externos que entran en más íntima simbiosis con el ser humano. Desde una gran variedad de aparatos para ayudar a los lisiados, brazos y manos artificiales y otros órganos artificiales que son implantados permanentemente, ya que son hechos de materiales que el cuerpo humano no rechaza. Son ejemplos, las válvulas artificiales de corazón, articulaciones, marcapasos, lentes intraoculares, etc.

Existen también ingeniosos instrumentos mecánicos para complementar y aun suplir temporalmente la función de órganos internos: hemodiálisis, diálisis peritoneal y circulación extracorpórea durante la intervención a corazón abierto. Su uso no ha presentado dificultades específicas, desde el punto de vista ético.

Las presentó, en cambio, y muy serias, la aplicación definitiva de un corazón totalmente artificial. La relación técnica de sus autores proclama con énfasis que la aplicación de un corazón artificial al ser humano se halla en estado de rigurosa investigación y que debe considerarse como último recurso terapéutico para enfermos muy seleccionados y adecuados.

Lo aventurado de ésta, no sólo excluye la posibilidad de una experiencia que no sea estrictamente terapéutica, sino que grava con particulares exigencias las condiciones de éticidad comúnmente aceptadas para toda investigación experimental sobre el ser humano: consentimiento ilustrado y libertad. Esta última queda profundamente afectada por la singularidad de los casos a que nos referimos, sobre todo en cuanto supone el derecho a retirar el consentimiento a lo largo de la experiencia. Nuestra generación no aceptará el corazón totalmente artificial como una solución de último recurso sino solamente como una "penúltima" intervención. Cambiaría el presupuesto ético, si en el curso de otra intervención o proceso dejase de latir el

corazón, y el recurso a la prótesis se representase como única posibilidad de sobrevivencia. Podría el aparato prestar apoyo mientras no se dispusiese de otra alternativa que brindase un pronóstico más seguro.

La otra condición de licitud agravada particularmente en las situaciones aquí contempladas se refiere al consentimiento. La racionalidad de éste presupone una información y una ponderación previa de las ventajas e inconvenientes, imposible de conseguir de modo satisfactorio en este momento porque:

- ▶ Sólo tras multitud de experiencias y estudios comparativos habida cuenta del estado de salud del sujeto en cada una de ellas, será posible valorar la viabilidad de la operación y las probabilidades de éxito con una prolongación de la vida semejante o en mejores condiciones que las previsibles con los cuidados convencionales del órgano enfermo. Y en esta serie de experiencias no podemos prescindir de su eticidad.
- ▶ No es posible informar con seguridad al enfermo sobre las condiciones de vida y las dependencias que comportará para él, y para los suyos la vinculación personal con el aparato después de la intervención.
- ▶ Desconocemos aún las alteraciones que provocará la prótesis en diversas funciones fisiológicas del organismo y qué atenciones terapéuticas y/o quirúrgicas requerirán.
- ▶ Resulta muy difícil prever la capacidad psicológica del interesado, y también de sus familiares y allegados, para soportar las incomodidades, minoraciones, dependencias y tensiones ulteriores.
- ▶ Ni siquiera es posible calcular el costo económico global, pues depende de la necesidad de nuevos tratamientos, hospitalizaciones e intervenciones.
- ▶ En estas condiciones resulta poco menos que imposible

sopesar, aún aproximadamente, ventajas e inconvenientes del recurso al artificio mecánico, habida cuenta de otras alternativas posibles con su grado de probabilidad. Se impone naturalmente, informar lo más posible al enfermo sobre todas ellas.

El desarrollo de los órganos artificiales podría eliminar muchos de los problemas morales vinculados con el trasplante de órganos entre seres humanos vivos. Sin embargo, los costos sociales del desarrollo de órganos artificiales plantea un dilema moral que pertenece a la justicia distributiva. Esta exige la consideración cuidadosa de si se están cumpliendo la imparcialidad y la equidad en la distribución de los bienes de la sociedad en la aplicación de estos recursos. El progreso científico y técnico sólo puede lograrse mediante la inversión de recursos científicos y financieros; pero es muy alta la inversión, y generalmente sólo está al alcance de los ricos, y no a todos cuantos lo necesiten.

Capítulo VII.

Etica y Limitados

-Modelo Activo de atención médica-

*Dr. Hernando Rodríguez Vargas, M.D.
Neuropediatría - Neurocirugía Pediátrica
Colombia*

Toda persona que sufre una limitación, pasa por varias etapas de desequilibrio inicial, desajuste de su personalidad, rebeldía o ignorancia de la intensidad de su lesión y posterior compensación futura para su funcionalidad necesaria. Estos períodos se van a presentar irremediabilmente como consecuencia de cualquier lesión que vaya a producir una limitación.

Estas etapas están condicionadas por la calidad de la limitación, por la causa de ella, por las deficiencias que dicha limitación produce en la actividad funcional específica, así como su impacto en la actividad general del paciente.

La persona que tenga una lesión que lleve a una limitación, verá modificado su comportamiento ante la vida, no sólo por la lesión misma, sino además, por su condición general previa como persona, así como por las intervenciones de los médicos o del personal paramédico o del tipo de institución hospitalaria que lo reciba inicialmente. De esta interacción surge el manejo adecuado o inadecuado de la limitación.

Todos los pacientes además han venido sufriendo limitaciones parciales en su evolución como personas, en las diferentes etapas de su desarrollo neurológico, desde el momento de su gestación hasta la edad en la cual sufren su lesión, que los lleva a una limitación determinada.

Estas limitaciones parciales previas a su accidente, estarán producidas por su acondicionamiento genético y por las acciones que el medio ambiente le haya deparado en los diferentes aspectos socio-económico, educacional y cultural en general. El médico y sus colaboradores, igualmente como personas, sufren ese proceso y sus limitaciones como tales determinarán sus limitaciones como profesionales.

Por otro lado, las instituciones hospitalarias para atención de enfermos, generalmente están diseñadas para atender "pacientes" que deben someterse a sus normas preestablecidas, las cuales en la mayoría de los casos, están más a favor de la necesidad del "trabajo médico" que no en función del paciente como individuo. El paciente se convierte así en elemento pasivo ante su propia lesión, y usualmente no es tenida en cuenta su posición de dignidad humana frente a su problema de salud. Por lo tanto el paciente tiene que adaptarse a la opinión que el medio hospitalario exige de él, o a fingirlo al menos.

Todo eso contribuye a hacer más difícil el período de adaptación inicial que tiene que hacer el paciente frente a la propia problemática de su limitación física. Se plantea entonces además, en qué forma debería comunicarse al paciente su propia limitación. Pero cada vez se entiende mejor que a la larga, el paciente no necesita adquirir unos conocimientos médicos de su enfermedad, sino más bien comprenderla como una forma de vida.

Es muy importante preparar un modelo activo frente a un modelo pasivo de atención médica. Para ello es básica la actitud del personal médico y paramédico, adicional a su aptitud profesional adecuada, así como el papel que el paciente debe juzgar en su proceso de recuperación.

De todas maneras ante la limitación establecida el paciente debe aprender cómo compensarla, deberá aprender también a reunir la información de interés relacionada con su situación nueva y a prever los problemas que se presentarán con la pérdida de determinada función por su limitación, además como consecuencia lógica a desarrollar estrategias para resolverlos.

Por último, la sensibilización de médicos y enfermeras y rehabilitadores, familiares y comunidad general respecto a las diferencias individuales en el proceso de recuperación funcional integral del paciente, así como la intervención activa de los pacientes en su propia recuperación, proporcionará un tipo de asistencia más humana, más respetuosa, y por lo tanto más ética.

Capítulo VIII

La Nueva Genética: Aplicaciones Médicas de los Métodos de Diagnóstico Prenatal -Perspectivas Terapéuticas-

Dra. Elba de Giorgiutti
(Genetista)
Argentina

La genética es la ciencia de la herencia. La aplicación de sus principios a la medicina humana ha contribuido, de manera progresiva al conocimiento de las causas y mecanismos de un número creciente de enfermedades congénitas, muchas de las cuales son de carácter familiar. Hoy no nos sorprende que el médico genetista pueda trabajar sobre problemas genéticos de manifestación prenatal en las etapas incipientes del desarrollo intrauterino.

Hace veinticinco años las escasas posibilidades de aproximarse al diagnóstico de la condición fetal se fundamentaban en las técnicas de palpación, auscultación y radiología. Hacia fines de la década de los años 60 el desarrollo de la punción amniótica o amniocentesis permitió, por primera vez, el conocimiento del cariotipo -esto es, de la constitución cromosómica del individuo- durante el período de gestación.

Actualmente numerosas técnicas invasivas y no invasivas, criteriosamente utilizadas, permiten la evaluación del fenotipo

-es decir de la apariencia externa-, del cariotipo y aún del genotipo -es decir, de la constitución íntima del ADN-, pocas semanas después de la última fecha menstrual.

Por aquellas primeras épocas, 25 años atrás, comenzamos a andar en Buenos Aires este arduo camino de la genética aplicada a la medicina. Ayer nos hubiera parecido ciencia-ficción lo que hoy constituye nuestro quehacer cotidiano. Es precisamente una síntesis de esta tarea, con sus aciertos y sus errores, sus dificultades y sus satisfacciones, que traemos ahora aquí para la discusión y el análisis. Para afianzar lo que ha sido bien hecho. Para mejorar lo que es perfectible. Para corregir los rumbos equivocados. Pero también para colaborar a crear en el médico católico una conciencia clara de que no basta con perseguir que las cosas se hagan bien en el orden moral. Que este debe ser el punto de partida pero no es suficiente. Que en esta particular especialidad es menester exigirse una actualización permanente para una más responsable función profesional. También es necesario ser profeta en los aspectos positivos de la ciencia y de la técnica. Porque si se tiene autoridad científica se puede predicar con autoridad moral entre los pares; se puede incursionar en el terreno de lo ético con buenas perspectivas de ser escuchado. Es en esta disciplina de la genética humana en donde la interrelación entre la investigación y la ética deja de ser un concepto teórico.

En este mismo ámbito del CELAM desarrollábamos hace tres años, una introducción general al tema que hoy nos ocupa. Traíamos un mandato preciso: hacer un análisis actualizado de los aspectos más generales de las investigaciones en biogenética. Por nuestra parte nos movía también la no disimulada necesidad de intentar una valoración equitativa de las técnicas de diagnóstico prenatal, señalando por una parte sus abusos, pero colaborando, por otra, un despojar a estos métodos de una cierta connotación satánica muchas veces injusta. Sin duda, los avances ocurridos en estos últimos tres años, son cuantitativa y cualitativamente tan importantes como los acontecidos en las dos décadas precedentes.

Pero también en estos últimos años el diagnóstico prenatal ha cobrado un nuevo significado clínico en los centros más importantes del mundo. Creemos advertir una mayor consideración y respeto por la vida "in útero"; una mayor cabida a las cuestiones psicológicas y morales del aborto eugénico; un más cuidadoso análisis de riesgos y beneficios; una actitud positiva frente a las posibilidades de la terapéutica prenatal.

1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Dos principios rigen, de manera casi universal, la implementación de cualquier procedimiento médico de diagnóstico prenatal:

- ▶ La elección de las técnicas menos riesgosas para el feto y para la madre.
- ▶ La información previa a los consultantes de todo lo referente a las características de los métodos a emplear; de las posibilidades y limitaciones de los mismos, y de las alternativas médicas actuales en lo relativo al diagnóstico y tratamiento de la patología congénita.

La valoración embrionaria y fetal incluye el empleo selectivo o complementario de métodos cruentos o invasivos y métodos incruentos o no invasivos.

a. Métodos invasivos:

Son aquellos que suponen el acceso directo a las partes fetales o a sus membranas. La biopsia corionica a partir de la semana de gestación, constituye uno de los procedimientos más valiosos para la investigación de determinadas características del embrión. El corión es el tejido de "anclaje" del embrión en el endometrio. Su estudio en laboratorio permite la evaluación del cariotipo, dosajes de enzimas y metabolitos y determinación de la estructura molecular del ADN.

Después de la semana 13, la biopsia de placenta es otra técnica de gran utilidad y de reciente incorporación en genética médica.

La amniocentesis o punción del saco amniótico, a partir de la semana 10, permite la obtención de una muestra de líquido amniótico (L.A.) para estudios citogenéticos o bioquímicos.

La cordocentesis, o punción del cordón umbilical, a partir de la semana 20, es el procedimiento mediante el cual, bajo control ecográfico, se logra una muestra de sangre fetal de las vecindades de la zona de inserción placentaria del cordón.

La fetoscopia consiste en la introducción de una óptica endoscópica para la visualización directa de las partes fetales. Mediante este procedimiento es posible, además, obtener muestras de tejidos como piel, hígado, y otros para estudios bioquímicos y enzimáticos.

La amniografía permite, mediante el estudio contrastado del saco amniótico, la visualización de algunos defectos en condiciones especiales.

Indicaciones, contraindicaciones, y aspectos técnicos quirúrgicos y de laboratorio, deben ser evaluados discriminadamente para cada técnica en particular y para cada situación médica en que se requiera un estudio de la condición fetal. El análisis de riesgos y beneficios debe ser cuidadoso.

b. Métodos no invasivos:

Sin duda los recursos de la semiología clásica son también métodos incruentos de evaluación fetal. La observación, medición, palpación y aún la radiología adecuadamente aplicada, pueden constituir el primer instrumento de diagnóstico prenatal.

Pero el avance más significativo, en los últimos años, le pertenece a la ultrasonografía o ecografía. El diagnóstico por imágenes ha otorgado precisión al conocimiento de detalles

fenotípicos ya a partir de las primeras etapas de la gestación. Hoy es posible, no sólo el reconocimiento puntual de cada parte fetal, sino también y especialmente el seguimiento dinámico, mediante controles seriados, de las curvas de crecimiento global y segmentario. La ultrasonografía ha aportado particularmente al estudio de las malformaciones congénitas aisladas, y también de las múltiples o asociadas que constituyen síndromes o complejos malformativos.

Carrera Macia sostiene que el 90% de los defectos estructurales se pueden detectar por ultrasonografía y en el segundo trimestre de la gestación.

Entre las semanas 26 y 42 la sistematización de los parámetros de las observaciones que en el recién nacido definen el *Score de Apgar*, hace posible la evaluación, de manera paralela, del *Score Biofísico* del feto. Hoy los obstetras han comenzado a emplear los resultados de esta observación porque saben que es uno de los pilares del cuidado de la salud fetal.

La aplicación del efecto Doppler, es decir, el uso de ultrasonidos continuos en lugar de intermitentes, en la valoración combinada de la actividad uterina, el electrocardiograma fetal, y los flujos de arterias y vena umbilical, constituyen el fundamento del monitoreo fetal en tercer trimestre.

Por último: métodos como la resonancia nuclear magnética con sedación fetal, o la estimulación acústica, son ejemplos de procedimientos de empleo más selectivo y menos frecuentes pero que sin dudas aportan en casos específicos a un mejor conocimiento del desarrollo intrauterino.

2. ESTUDIOS CROMOSÓMICOS

Los estudios de la constitución cromosómica del feto pueden ser realizados ya a partir del primer trimestre de gestación. Las

dos técnicas más empleadas con la biopsia coriónica que se realiza entre las semanas 8 y 12, y la amniocentesis y cultivo de células amnióticas entre las semanas 16 y 19.

La biopsia coriónica es el procedimiento mediante el cual, ya sea a través de la vía vaginal o transparietal, se accede al sitio de implantación del embrión, y se obtiene una muestra de vellosidad coriónica. Este tejido, que constituye una de las membranas extraembrionarias, tiene la misma constitución cromosómica que el embrión. La maniobra se realiza bajo control ecográfico riguroso. Los riesgos inherentes a la misma, dependen de cuatro factores que deben ser cuidadosamente tenidos en cuenta: la evaluación previa de contraindicaciones, la preparación médica de la paciente, la pulcritud de la maniobra, y las indicaciones posteriores de cuidados preventivos.

En Buenos Aires, hemos patentado una cánula para acceso transcervical (Corión-Can), cuyo empleo en manos idóneas ha demostrado disminuir dramáticamente los riesgos de complicaciones.

En la amniocentesis el acceso es siempre transparietal. Se llega a la cavidad del saco amniótico y se obtiene una muestra de L.A. En la fase líquida de la suspensión se pueden realizar estudios bioquímicos como el dosaje de alfa-feto proteína. En las células en cultivo se hacen estudios cromosómicos y otros.

► ¿Cuándo se indican estos estudios?

Tanto para los análisis de muestras de vellosidad coriónica como para los de líquido amniótico, el motivo de consulta más frecuente es "edad materna avanzada". En realidad no existe un criterio uniforme para definir "edad materna avanzada" (EMA), pero se considera habitualmente que en este grupo se incluyen madres gestantes de 35 años o más. Esta categoría se lleva el 80% de las indicaciones. Un 8% del total corresponde a padres que ya han tenido un hijo con algún tipo de anomalía cromosómica; el 3% de las consultas son familias en las que uno de los padres es portador balanceado de una alteración

cromosómica; y el 10% restante consulta por causas varias. Es conveniente señalar que muy frecuentemente el diagnóstico de un rearrreglo parental se realiza a partir del estudio cromosómico de los padres por una historia previa de abortos espontáneos recurrentes de etiología inaparente.

► ¿Cuáles son los resultados de los estudios prenatales?

En las muestras de biopsia coriónica la frecuencia de hallazgos patológicos varía con la edad de la madre. Esta variación ha sido expresada por Margaret Mikkelsen con base en la evaluación de 1400 biopsias estudiadas de manera colaborativa en Europa y EEUU.

En el grupo de 40 o más años el riesgo total es francamente superior que el de madres de 35 a 39 años (7.7% contra 3.4%). La incidencia global es de 4.7%.

Nuestros datos en Buenos Aires, sobre 700 biopsias son similares tanto en este aspecto como en las indicaciones.

El 4,5% de las biopsias coriónicas arrojan resultados patológicos. Esta cifra tiene una contrapartida que debemos tener en cuenta. El 95% de las gestaciones estudiadas son normales. Se trata de una población de riesgo y por lo tanto de gestaciones en riesgo. En este concepto incluimos el riesgo de aborto inducido cuando el embarazo es no planeado y los padres mayores con su descendencia ya completa. Desgraciadamente el aborto es aún recurso frecuente, en nuestro medio, en la planificación familiar. No sabemos en qué proporción, pero nos consta que muchas veces la sola posibilidad de diagnóstico prenatal actúa como protector de este embarazo

Los datos obtenidos de los estudios por amniocentesis, es decir, en semanas 16-19 de gestación, muestran la misma tendencia que las biopsias. A mayor edad materna, mayor frecuencia de resultados patológicos. Sin embargo, me parece interesante detenernos en algunas diferencias.

Hook y Col. publicaron, en junio 1988, un trabajo en el cual analizaron, para cuatro categorías definidas de anomalías cromosómicas, la diferencia entre el número observado de aberraciones en semana 8-9 y el número estimado teórico con base en las observaciones realizadas en semana 16. Para todas las categorías la relación O/E fue mayor de 1. Esto significa que cuando los estudios se realizan en el primer trimestre de la gestación la frecuencia de resultados patológicos es mayor que cuando los estudios se llevan a cabo en el segundo trimestre. La proporción, que sobre los totales observados, constituye esta diferencia es variable para cada uno de los cuatro grupos. Pero la media de esta proporción es 33%. Esta cifra expresa la tasa de aborto espontáneo entre las semanas 8-9 y 16 cuando el embrión es cromosómicamente anormal. Sin dudas esta cifra incluye la mayoría de las trisomías no viables como las de los cromosomas 14, 15 y 16, y aún otras eventualmente viables como las de los cromosomas 13 y 18. Estas son diagnosticables mediante biopsia coriónica antes de que ocurra la muerte del embrión. Este dato es de un valor fundamental para el asesoramiento genético de los consultantes.

Cuando se analiza comparativamente las frecuencias de anomalías cromosómicas en semana 16 y en el recién nacido, los resultados muestran también una importante selección negativa entre el segundo trimestre y el término si el cariotipo es desbalanceado. Las diferencias en las frecuencias son significativas con $p < 0,001$.

Con base en el estudio sistemático de productos de aborto espontáneo Patricia Jacobs elaboró un trabajo, que hoy es un clásico de la especialidad, en el cual pudo cuantificar la proporción de patología cromosómica, en material de abortos espontáneos; la probabilidad de llegar a término y nacer vivo de un feto afectado con una anomalía cromosómica; y específicamente la probabilidad de que esto ocurra con aquellas anomalías compatibles con la vida.

El 15% de todas las gestaciones clínicamente reconocidas terminan espontáneamente antes de la viabilidad. En este

grupo la mitad tienen alguna anomalía cromosómica. En cambio, en el 85% de gestaciones que llegan a la viabilidad, la frecuencia con que se encuentra una anomalía cromosómica es del 0,5%.

Para los distintos tipos de anomalías cromosómicas la probabilidad de llegar a término no es la misma. Cuando lo que ocurre es que falta un cromosoma (monosomía) sólo nace 1 de cada 500 fetos. Cuando existe un cromosoma de más (trisomía) o una alteración estructural la probabilidad de nacer es de 1 en 15. Cuando el rearrreglo es balanceado nacen todos porque, por definición, no hay pérdida ni ganancia de material genético.

De entre las trisomías compatibles con la vida: para las que involucran los cromosomas 13 y 18, la probabilidad de nacer es de 1 de cada 26 fetos; en tanto que para la trisomía 21 es de 1 de cada 5.

Todas estas observaciones permiten postular una alta presión de selección negativa postcigótica, es decir, después de la constitución del huevo; y una probablemente menor presión precigótica, es decir a nivel de células germinales. Esta hipótesis, aplicable "a priori" a todas las anomalías cromosómicas, cobra mayor probabilidad de certeza en aquellas aberraciones cuyo diagnóstico en primer trimestre es relativamente frecuente.

3. ESTUDIOS ULTRASONOGRÁFICOS

La evaluación ultrasonográfica del embrión y del feto aporta valiosísimos elementos tanto de sospecha de salud como de enfermedad desde el primer trimestre de gestación.

Así, en las primeras semanas se puede valorar la longitud cráneo caudal o diámetro vértice-nalga, como un primer indicador de concordancia o discordancia con la amenorrea. Los latidos cardíacos se perciben ya a las 7-8 semanas y los movimientos a partir de las 9-10 semanas. La observación dirigida de las estructuras extraembrionarias como el L.A. y el corión también son importantes puntos referenciales.

En el segundo trimestre el desarrollo intrauterino apunta al crecimiento y diferenciación de las estructuras previamente determinadas. El polo cefálico, el tórax, el abdomen y los miembros se agregan a los parámetros evaluables en el primer trimestre.

4. ESTUDIOS DE ADN

Hay un gran grupo de enfermedades genéticas que no son posibles de diagnóstico prenatal mediante sonografía ni mediante estudios citogenéticos, porque el defecto responsable no tiene expresión cromosómica ni morfológica. Se trata de mutaciones génicas, a nivel molecular, que a partir de una modificación de la secuencia del ADN, desencadenan una cascada de alteraciones funcionales que llevan a la producción de cuadros generalmente graves por ejemplo los llamados "errores congénitos del metabolismo".

Cada célula diploide humana contiene una enorme cantidad de ADN estructurado en forma de secuencias de bases nitrogenadas una de cuyas funciones principales es la codificación proteica. El 40% del total de ADN está constituido por secuencias relativamente cortas de copias repetidas cuya función, en buena medida, se desconoce. El 60% de ADN restante se encuentra en una única o en pocas copias simples por set haploide. Incluye los genes clásicos que codifican para enzimas y otros polipéptidos. En estas secuencias existe suficiente ADN como para codificar 4.000.000 de proteínas del tamaño de una cadena de globina. De éstas, sólo alrededor de 20.000 han sido identificadas. Probablemente gran parte del resto sean intrones (es decir: ADN no codificante) y secuencias regulatorias.

El análisis de ADN es posible a partir del descubrimiento y aplicación, en la década de los años 70, de las llamadas "endonucleasas de restricción". Se trata de enzimas bacterianas que degradan el ADN cortándolo en sitios específicos conocidos con el nombre de sitios o dianas de restricción. Cuando se somete una porción de ADN a la digestión con alguna de estas

enzimas, se obtienen fragmentos del ADN original, en trozos de longitud variable. Los sitios de restricción de cada enzima son específicos, y por lo tanto, específicos serán los fragmentos de ADN remanentes de la digestión.

Si los trozos de ADN fragmentados se someten a electroforesis estos migrarán del cátodo al ánodo a una velocidad que es inversamente proporcional al tamaño molecular. Los fragmentos más pequeños se mueven más rápidamente y los más grandes lo hacen más lentamente. De esta manera, después de un tiempo de electroforesis el ADN procesado quedará ordenado en un gradiente que es función del tamaño molecular de los fragmentos.

La transferencia de las bandas de ADN a un filtro de nitrocelulosa permite obtener una imagen no perecedera de las distintas secuencias constitutivas del ADN en estudio y especialmente de las que nos interesan. Este método, conocido como "southern blotting", es el fundamento de los análisis en laboratorio de la constitución del ADN.

Hay además otras técnicas de ADN recombinante. En realidad estos métodos diagnósticos son simplificados a medida que van siendo desarrollados. Hoy, por ejemplo, el Southern blotting ya está siendo reemplazado por el "Dot blotting" en el cual no se requieren ni las enzimas de restricción, ni la electroforesis sobre gel. Cuando la enfermedad es producida por delección génica, la presencia o ausencia del gen en cuestión podrá ser investigada mediante el estudio del ADN directamente "incluido" en un filtro de nitrocelulosa y la hibridización del mismo con sondas marcadas con fósforo radiactivo. Una sonda es un trozo de ADN de secuencia conocida y fácilmente identificable por autorradiografía.

La elaboración de una sonda es un procedimiento relativamente complejo implementado mediante el clonado con vectores llamados plásmidos bacterianos, y el posterior testeo de la muestra mediante el procedimiento conocido como "en tiro de escopeta", con sondas conocidas almacenadas en bibliotecas genómicas.

Las perspectivas en materia de ingeniería genética aplicada a la medicina no se reducen solamente al área del diagnóstico sino que se insinúan ya en el terreno de la terapia génica. Posiblemente el trasplante de genes sea un recurso aplicable en el futuro a la solución de problemas clínicos graves derivados de mutaciones deletéreas. Sabemos que experiencias de esta naturaleza se realizan desde hace bastante tiempo en animales de bioterio. Sin embargo, los prerequisites indispensables aún no se cumplen. Previamente es necesario cumplimentar las siguientes etapas:

- a) Se requiere una provisión abundante del gen normal y un adecuado conocimiento de su regulación.
- b) Se requiere un método eficaz para insertar en los cromosomas genes que conserven su expresión normal.
- c) Se requieren vectores que transporten los genes a determinadas células en determinados órganos o tejidos.
- d) Es ideal poder actuar antes de la ocurrencia de daños irreparables. Esto es en el recién nacido o prenatalmente. Y aún en ciertas condiciones, en que el acúmulo metabólico es el agente del daño. Será necesario proceder prenatalmente con la mayor precocidad posible.

En todos estos aspectos se está trabajando actualmente. Pero ninguno de ellos se ha podido lograr aún de manera controlada y reproducible. Sin embargo, el progreso es rápido y posiblemente solo se trate de tiempo e "ingenio científico".

Mientras tanto, hay otras metas más cercanas en materia de terapia genética.

Veamos algún ejemplo: La hemoglobina está constituida por dos cadenas de alfa-globina y dos de beta-globina. Cuando hay insuficiente producción de beta-globina por una mutación génica se produce una enfermedad llamada beta-talasemia.

Durante la vida fetal, en condiciones normales, la b-globina es reemplazada por una gamma-globina que se asocia con la a-globina para constituir la molécula de hemoglobina fetal. Alrededor de las 30 semanas de gestación el comienzo de producción de b-globina inicia el reemplazo paulatino de la g-globina fetal en la molécula hemática. Pocas semanas después del nacimiento, la síntesis de hemoglobina fetal cesa por completo. Aquí es cuando comienzan los primeros síntomas en los enfermos de b-talasemia.

Hoy sabemos que sería posible una vida prácticamente normal sin b-globina si fuera posible mantener postnatalmente, como alternativa, la producción de g-globina fetal. Porque esto es precisamente lo que ocurre en los afectados de una poco frecuente enfermedad llamada "*persistencia hereditaria de hemoglobina fetal*", en los cuales la molécula de hemoglobina es con cadenas alfa y gamma, y la vida es prácticamente normal.

Ahora bien, la represión génica del gen responsable de la g-globina durante las etapas finales de la vida fetal, en los individuos normales está asociado a un aumento de su metilación. Experiencias con primates han permitido comprobar que la aplicación de una sustancia llamada 5-azacitidina, con capacidad de inhibir la metilación del ADN, puede activar transitoriamente la síntesis de g-globina fetal.

Por supuesto que este descubrimiento, es la esperanza para los enfermos de b-talasemia, harán falta muchos otros estudios antes de poder implementar su eventual aplicación terapéutica. Por lo pronto habrá que definir su verdadera eficacia, su toxicidad, la posibilidad de que junto con el gen de la g-globina se activen otros, por ejemplo oncogenes, etc. Todo esto se irá aclarando inexorablemente en la medida en que avancemos en el conocimiento de la fisiología molecular de los genes. Pero es innegable, más allá de este ejemplo concreto, que, tal como lo expresara el editorial del New England Journal of Medicine: "*...La era en que el médico necesitará conocer y poder aplicar la genética molecular no se está acercando: ya está aquí*":

5. EL SENTIDO DEL DIAGNÓSTICO PRENATAL: LA NUEVA MEDICINA PRENATAL

(Diagnóstico precoz: terapia precoz)

En medicina humana todo diagnóstico debe perseguir dos objetivos: el tratamiento y la prevención.

Esto se desprende de la función esencial y específica del profesional médico y de la razón de ser de la medicina, en cuanto ciencia y arte al servicio del hombre y su dimensión trascendente.

El espíritu del juramento hipocrático supone que los esfuerzos deben apuntar a curar cuando es posible, a mejorar el cuadro clínico y el pronóstico cuando no se puede curar, a disminuir el dolor cuando ya no hay esperanzas de mejoría, y finalmente a ayudar a morir con dignidad. Dentro de este encuadre, el médico genetista, enfrentado generalmente con patología grave y a veces irreversible, tiene aún mucho por hacer en el cumplimiento de su misión específica y en la prevención del daño que la ignorancia supone. Esto, aun cuando el objetivo de la "curación" en su sentido más pretencioso sea una utopía.

Es por esta razón que -afirmamos una vez más con la profunda convicción de no estar equivocados- que la conducta eugénica que se sucede frecuentemente de los diagnósticos prenatales patológicos, no debe ser considerada como una alternativa médica porque se encuadra por fuera de la esencia de la medicina. Esta conducta es una realidad de nuestro mundo de hoy que no podemos ignorar, pero creemos que cuando se habla de ella, aún en orden a su cuestionamiento, este punto debe quedar previamente aclarado.

En este orden de cosas y desde esta perspectiva de la medicina y de la Vida humana, no entraremos a considerar aspectos que tienen relación con la eventual libertad de disponer de esta vida humana en sus etapas iniciales. No discutiremos

cuándo comienza la vida, o si el estatus embrionario es el mismo antes y después de la implantación, o cuál es la situación previa y posterior a la singamia. Y no lo haremos porque creemos que es artificial desmenuzar, en nombre de la moral, hechos tan poco conocidos de la biología. Lo biológico es pasible de observación, incluso de interpretación. Puede servir como modelo pero sólo para los fines biológicos. ¿Cuál es el fundamento de la elección del modelo de la naturaleza para aplicar un juicio moral? ¿Cuáles los criterios de esta búsqueda referencial de un "a partir de..." dentro de un proceso que se muestra sin solución de continuidad? Es innegable que no podemos, en nombre de la biología, definir, para calificar la vida, un "a partir de..." más allá de la unión del óvulo y el espermatozoide. Los hechos son extremadamente complejos y constituyen, desde el ángulo del desarrollo, una secuencia de acontecimientos continua; en la que, en todo caso, los hitos artificialmente establecidos dependen mucho más de nuestro limitado umbral de observación y del poder resolutivo de nuestros instrumentos, que de los hechos en sí.

No nos es posible, con criterios biológicos establecer si la célula huevo es "más importante" antes o después de la singamia. El primer milagro, aun para la biología, es la célula huevo, no la singamia.

Como médicos debemos respetar la vida humana sin adjetivarla. Por otra parte, quienes están por fuera de la medicina y tienen una escala de valores que otorga un significado distinto a los hechos antes y después del nacimiento, para ellos: ¿qué importancia puede tener la singamia, o la implantación, o la aparición de los primeros parámetros que marcan el comienzo de la actividad eléctrica cortical? Tal vez para ellos tenga una importancia más decisiva por su connotación psicológica, por ejemplo, el comienzo de la motilidad fetal. Pero ¿de qué motilidad fetal estamos hablando? Cuando dentro de este contexto hablamos de "movimientos fetales" nos referimos de manera restringida a la motilidad para la cual existe sensibilidad materna, es decir, a los movimientos fetales

que la madre es capaz de percibir. Porque, sabemos bien, que la motilidad embrionaria comenzó mucho antes. Era ya conspicua 10 semanas después de la última menstruación. He aquí: primero: un ejemplo grosero de cómo se confunden los términos y se le adjudica al feto un atributo que no es de él (el comienzo de la actividad motora), sino de la madre (el comienzo de la sensibilidad para percibir los movimientos). Y, en segundo término: he aquí cómo se confunden los criterios. Este no es un criterio de la biología, sino que más bien pertenece al orden de los criterios relacionales. Y para los criterios relacionales, que no menospreciamos en absoluto, los parámetros de la biología no sirven. De modo que, al reflexionar sobre el sentido del diagnóstico prenatal lo hacemos sin discriminación de etapas con connotación moral. Hablamos, a partir de la concepción, exclusivamente de medicina, y de la responsabilidad y los peligros del "hacer" y también de la responsabilidad y los peligros del "no hacer" en orden al cumplimiento profesional de la misión médica.

En este sentido creemos que el médico genetista debe, en su tarea, tomar como puntos de referencia los siguientes presupuestos:

- ▶ La protección del embrión desde la concepción.
- ▶ La protección de la madre.
- ▶ La protección del grupo familiar.
- ▶ La salud mental de sus integrantes.
- ▶ La no violencia.
- ▶ El trabajar sólo con resultados confiables.
- ▶ La elaboración de un pronóstico familiar.

El diagnóstico prenatal no puede ser sacado fuera del contexto de la medicina prenatal. Nuevamente el diagnóstico es para el tratamiento y la prevención. La posibilidad de adentrarnos en el conocimiento fetal ha restado entidad al nacimiento como el momento de los comienzos. Entonces el tratamiento y la prevención también son de comienzo prenatal.

Lujeune no se equivocó cuando dijo alguna vez que "frecuentemente el conocimiento de la condición fetal significó una misión de destrucción y de muerte". Sin embargo, si bien este precedente no habilita, como ya señalamos, al diagnóstico prenatal como el medio para una conducta eugénica, tampoco debe desacreditarlo como una herramienta útil y muchas veces necesaria en el manejo adecuado de la gestación en riesgo.

La complejidad del problema radica en la intrínseca conjunción madre-feto, que implica contemplar las necesidades de la madre y las necesidades del feto, y a veces en forma discriminada. Cada situación debe ser evaluada de manera particular, y así será el manejo médico. En estas circunstancias nunca existen dos casos iguales aunque los diagnósticos sean los mismos.

El feto es una persona, y nuestro paciente; y en cuanto tal existe el deber moral tácito de proveerle tratamiento cuando está enfermo. En el abordaje del problema la prevención del daño materno, a corto y a largo plazo, es otro importante punto de referencia. La madre también es nuestro paciente.

En abril de 1987 se realizó en la Universidad de California en San Diego, una reunión científica bajo la denominación de: "Diagnóstico intrauterino y tratamiento: la nueva frontera". Tuvimos el privilegio de estar allí. Pudimos participar, escuchar, aprender. También pudimos opinar. Los aspectos sobresalientes discutidos en esa oportunidad se refirieron a los siguientes grupos patológicos:

- a) Condiciones letales cuyo diagnóstico prenatal posibilita el manejo adecuado de la gestación y del parto; y aún la indicación de estudios post-mortem a los efectos de establecer riesgos de recurrencia.

En este grupo se incluyen los letales tempranos por alteraciones citogenéticas desbalanceadas. En otros casos la

muerte sobreviene más tarde; es perinatal o a los pocos días o semanas de vida. Ejemplos de estos cuadros son: malformaciones por anomalías cromosómicas como la trisomía 13 y la trisomía 18, algunas cardiopatías congénitas y otra extensa serie de condiciones que afectan el desarrollo o la función de órganos vitales.

¿Qué sentido tiene en estos casos un diagnóstico precoz? Es pertinente el conocimiento por parte de los padres y del grupo familiar de una enfermedad fetal que no ofrece posibilidades terapéuticas siquiera paliativas? ¿Cuál es la importancia de anticipar en el tiempo una información que de todos modos será más tarde evidente por sí misma?

El concepto de prevención en el manejo obstétrico de la paciente gestante y en la eventual conducta neonatológica con el recién nacido enfermo es uno de los criterios importantes en situaciones como las ejemplificadas. Así, por ejemplo, la responsabilidad médica frente a la indicación de una cesárea de urgencia por sufrimiento fetal agudo, con riesgo materno aumentado, es diferente si se trata con un cuadro letal. Ambos fetos son igualmente personas; ambas vidas merecen respeto por igual. Pero en circunstancias, es necesario pesar los riesgos maternos y los riesgos fetales. No menos del 30% de las gestaciones patológicas por anomalía fetal grave presentan distocia de parto con complicaciones maternas de magnitud variable.

Por otra parte, con respecto al recién nacido enfermo, si el cuadro es letal, están contraindicadas intervenciones heroicas como procedimientos artificiales de resucitación.

b) Condiciones en que es posible en la actualidad la aplicación prenatal de recursos terapéuticos: ya sea mediante la administración intrauterina, intravascular, o intraperitoneal de fluidos, nutrientes u hormonas; o mediante maniobras quirúrgicas de naturaleza variada.

c) Situaciones en las cuales el conocimiento prenatal condiciona aspectos decisivos como el momento del parto, la vía de elección, la complejidad requerida en el ámbito neonatológico, y aún la conveniencia de optar entre un traslado "ex-útero" o "in-útero" del feto afectado hasta el lugar de tratamiento.

Creemos que es legítimo completar esta enumeración con aquellas otras condiciones en las cuales el diagnóstico prenatal nos permite simplemente recibir, con la expectativa adecuada, a un recién nacido que puede presentar complicaciones perinatales debidas a malformaciones internas poco conspicuas en el momento del nacimiento. Anticipar este conocimiento significa siempre disminuir riesgos obstétricos y perinatales. Ejemplo de esta situación es el síndrome de Down.

Pero existen dos entidades patológicas pasibles de diagnóstico prenatal sobre las cuales desearía explayarme. Ambas están estrechamente relacionadas con el quehacer de los grupos de la Universidad de California. Se trata de las hidrocefalias congénitas y de algunas hidronefrosis.

a. Hidrocefalias congénitas:

La hidrocefalia secundaria a una obstrucción en el drenaje normal de líquido cefalorraquídeo, es una lesión anatómica de severas consecuencias para el desarrollo del cerebro fetal. El aumento de la presión intraventricular conduce a un incremento de la compresión del tejido cerebral con disfunción neurológica secundaria. Un diagnóstico temprano y una conducta terapéutica precoz de este problema de naturaleza mecánica puede ofrecer la oportunidad de un desarrollo cerebral normal.

Una hidrocefalia que se instala antes del parto es muchas veces tan severa que el daño cerebral no puede ser satisfactoriamente revertido con la descompresión postnatal.

La hidrocefalia congénita presenta una incidencia de 0,2% en recién nacido. La mitad de ellos son recién nacido muertos.

De los restantes sólo la cuarta parte sobrevivirán la infancia sin tratamiento. Casi todos presentarán retraso mental severo.

En contraste: de aquellos que son sometidos a drenaje postnatal, la mitad sobrevivirán, y de ellos, una tercera parte tendrán inteligencia normal.

La ventriculomegalia es pasible según vimos de diagnóstico prenatal merced al desarrollo de las técnicas ultrasonográficas. La posibilidad de implementar una conducta terapéutica prenatal en estos casos implica dos conceptos previos:

- a) Que la ventriculomegalia, sea de tal magnitud que afectara al normal desarrollo cerebral.
- b) Que estas alteraciones, irreversibles a término, puedan ser satisfactoriamente corregidas con el drenaje a la cavidad amniótica, como para justificar la intervención cuando se evalúan riesgos y beneficios.

Por otra parte, en aquellos casos en que no esté indicado el procedimiento in útero, o en los que el aumento de la presión intraventricular se produce en las etapas finales de la gestación, podría estar indicado el transporte materno a centros de alta complejidad, la inducción pretérmino, y la descompresión postnatal inmediata.

Los criterios adoptados por el grupo de la Universidad de San Francisco, en el manejo de la hidrocefalia congénita, pueden sintetizarse en los siguientes puntos:

- a) Cuando la ventriculomegalia es extrema o se asocia con otras malformaciones severas o hay evidencias de infección intrauterina con toxoplasmosis, citomegalovirus, o herpes, el tratamiento agresivo está contraindicado.
- b) Cuando la ventriculomegalia se diagnostica en un feto con cariotipo, dosaje de alfa-proteína, y cultivos virales normales,

e imagen ecográfica por lo demás normal, la indicación en primer término es la antropometría sonográfica seriada, para obviar falsos positivos en el diagnóstico de una hidrocefalia progresiva.

En la experiencia de este grupo y también en nuestra modesta experiencia, la mayoría de los casos no son progresivos y por lo tanto, no está indicada la intervención.

- c) Si la hipertensión endocraneana en función del tiempo, y con ella el adelgazamiento de la corteza cerebral, la alternativa de tratamiento depende de la edad gestacional. Si el feto está cerca del término (más de 32 semanas), habrá que evaluar la posibilidad de una terminación electiva pretérmino de la gestación y drenaje precoz postnatal del LCR. Los riesgos de la inmadurez pulmonar en un feto pretérmino deben ser cuidadosamente evaluados en la elección del momento del parto.
- d) Si la ventriculomegalia es progresiva y el feto no es viable, habrá que considerar la descompresión in útero. En estos casos selectivos la descompresión ventricular se hace mediante un shunt ventrículo amniótico implementado mediante la introducción percutánea de un catéter especialmente diseñado.

Los resultados de este procedimiento, a la fecha, son alentadores. Sin embargo, la evaluación final de los beneficios reales solo será posible mediante seguimiento a largo plazo.

b. Hidronefrosis congénitas:

Un verdadero desafío para el diagnóstico y tratamiento prenatal lo ofrece el feto con obstrucción urinaria bilateral e hidronefrosis congénita secundaria.

La obstrucción al drenaje de orina provoca en el feto una dilatación retrógrada a partir del sitio del "stop": Esta alteración de la dinámica renal ocasiona muchas veces un daño secundario del perenquimal renal.

La severidad dependerá del tipo y duración del obstáculo. Muchos niños nacidos con obstrucción urinaria parcial sólo desarrollan una hidronefrosis de mediana intensidad y buen pronóstico con la descompresión postnatal. Sin embargo, en aquellos en los que la dificultad para el drenaje normal de la orinal es severa, puede producirse una enfermedad quística renal grave, incompatible con la vida.

Una de las formas de obstrucción mejor estudiadas y más conocidas es la debida a la existencia de valvas hipertróficas en la uretra posterior en varones. El obstáculo es distal y por lo tanto el compromiso retrógrado de uréteres y riñones es bilateral.

Cuando esto ocurre el feto no orina, y por lo tanto no produce líquido amniótico. Una de las consecuencias del oligohidramnios severo es la hipoplasia pulmonar grave, que forma parte de un cuadro más complejo llamado por David Smith "Complejo malformativo de oligoamnios".

Cuando un recién nacido muere con diagnóstico de hipoplasia pulmonar, puede ocurrir que la causa primaria, es decir la obstrucción uretral, no sea detectada a menos que se realice la autopsia. En casos menos severos, en los cuales el feto sobrevive a la dificultad respiratoria postnatal, el drenaje urinario postparto, mediante ureterostomía bilateral, no ha mostrado, hasta el presente, resultados alentadores. Esto se relaciona, sin dudas, con la irreversibilidad del daño crónico del parenquima renal.

Los criterios para el abordaje terapéutico en estos casos se basan en los siguientes parámetros:

- Cuando la obstrucción es unilateral y hay adecuado funcionamiento contralateral, el feto debe llegar a término y el tratamiento postnatal no es de urgencia.
- Cuando el diagnóstico prenatal revela una malformación severa bilateral, incompatible con la sobrevivida postnatal, cualquier tentativa terapéutica está contraindicada y sólo

corresponde el asesoramiento familiar, el adecuado manejo obstétrico de la paciente gestante, y eventualmente una conducta perinatal sin cuidados intensivos especiales (resucitación, p. ej.).

- Cuando se diagnostica obstrucción e hidronefrosis, una cuidadosa evaluación de cada paciente permitirá decidir si corresponde o no el tratamiento prenatal. Esta requiere de la intervención colaborativa de un equipo multidisciplinario.

La primera operación fetal a cielo abierto se realizó el 20 de abril de 1981. En un feto de 21 semanas se llevó a cabo una plástica de ambos uréteres que presentaban una obstrucción temprana. El parto, a las 35 semanas, dio lugar al nacimiento de un varón, con hipoplasia pulmonar severa, que falleció a las pocas horas. Este caso, que constituye un verdadero hito en la historia de la medicina, puso de manifiesto que, cuando la obstrucción es temprana, aunque la descompresión sea adecuada, el daño renal es irreversible. A partir de este primer ejemplo, y de las enseñanzas que el mismo aportó, numerosas intervenciones en fetos con función renal relativamente conservada permitieron cambiar el curso evolutivo de la enfermedad prenatal antes de la instalación de oligoamnios y por ende el pronóstico a corto y largo plazo. Hoy ya no se interviene a cielo abierto, sino que se utiliza una técnica combinada en que el drenaje vesical fetal a cavidad amniótica se sucede de la ureterostomía postnatal. En otros casos se induce prematuramente el parto para luego realizar la descompresión ex-útero.

Estos diagnósticos se refieren sólo a dos ejemplos de patología prenatal en los que una conducta terapéutica precoz puede cambiar el pronóstico del afectado.

La terapéutica prenatal, consecuencia inevitable del diagnóstico prenatal, está apenas en su comienzo. El camino no es fácil. Se requiere, además de conocer los beneficios de estas técnicas, pesar cuidadosamente sus peligros.

El uso indiscriminado de los métodos de diagnóstico prenatal ofrece los siguientes riesgos:

- a) La conducta eugénica que puede sucederse de un diagnóstico precoz de patología.
- b) La manipulación inescrupulosa del feto y también de la madre gestante, con los consiguientes peligros de un daño secundario.
- c) La posibilidad que se abre en los diagnósticos ultraprecoces para la selección de cigotas, mórulas, blástulas y para la elección de sexos.

Estos riesgos deben llamarnos insistentemente a la reflexión y a la prudencia, pero jamás a la parálisis o a la falta de compromiso.

Dios nos hizo administradores de:

- La inteligencia, para pensar.
- La creatividad, para plasmar en actos el pensamiento.
- La libertad, para completar la obra creadora que El mismo iniciara.

De todo esto, nos pedirá cuentas un día.

SEGUNDA PARTE

Paneles

Capítulo I

Ética y Medicina

“La Planificación Familiar”

Dr. Eduardo Zubizarreta
Argentina

Se me ha encomendado, en pocos minutos, expresar algunos pensamientos que sirvan para la reflexión.

Pienso que, en este tema, debemos destacar valores. Expresarnos en positivo.

Debemos, al enfocarlo, diferenciarlo netamente de lo que llama el Santo Padre “*mentalidad anti-vida*” en su luminosa exhortación apostólica “*Familiaris Consortio*” y que es lo que resalta en la expresiones del Neo-Maltusianismo.

El Santo Padre nos reclama, constantemente, que sepamos destacar las profundas diferencias entre la regulación natural de la fertilidad conyugal y la anticoncepción.

A fin de ubicar a un auditorio en esta postura positiva y ayudarles a descubrir la filosofía implícita en los métodos naturales de planificación familiar, suelo hablarles primeramente de lo que Dios nos ha hecho. Luego de hablar de la creación del género humano y de cada uno de nosotros, menciono la

Redención efectuada por el Hijo de Dios después que el hombre cayó. Buscando un tercer regalo en jerarquía, no dudo en señalar el don maravilloso de la fertilidad, mediante la cual, Dios nos hace sus colaboradores en la obra creadora; pues, mediante un acto libre del hombre y la mujer, ponen en juego su gesto de amor y promueven el encuentro de sus células reproductivas, es Dios mismo quien crea la persona, al infundir a la materia, puesta por los padres biológicos, un alma inmortal; es por eso que hablamos de procreación.

En todo el mundo percibimos con claridad el ataque y distorsión a esta elevada misión de la procreación. Tememos frecuentemente que se distorsione nuestro mensaje, asimilando los consejos filosóficos de la planificación familiar natural, que no hacen más que valorizar el don precioso de la fertilidad, con un mensaje limitativo de la natalidad; a veces son los mismos agentes de la pastoral, dedicados a este tema específico, los culpables de esa distorsión del mensaje.

La dimensión verdadera de la paternidad responsable se da en el conocimiento de la fertilidad intermitente y la utilización de este conocimiento por los cónyuges con generosidad y responsabilidad. En los últimos 30 años la situación referente a la planificación familiar ha sufrido modificaciones impresionantes. Ha habido avances enormes y difusión, financiada con campañas multimillonarias, de los medios artificiales y tóxicos de anticoncepción, muchos de cuyos medios son, además de anticonceptivos, esterilizantes y abortivos.

Durante esos 30 años, la Iglesia Católica ha perfeccionado el lenguaje de su magisterio, alcanzando con palabras sencillas la verdadera doctrina contenida en el Orden Moral y Natural con respecto a la sexualidad; y en los últimos años, se ha enriquecido la expresión de ese magisterio con un lenguaje antropológico que destaca el valor de la persona humana y que alcanza fácilmente a la comunidad los conceptos vertidos desde siempre por la Iglesia. Simultáneamente ha existido un apoyo

científico y un marcado desarrollo de la regulación natural de la fertilidad. Desde la década del 30, la técnica en el conocimiento y aprovechamiento de las etapas del ciclo reproductivo en la mujer, pasó de los procedimientos de pronóstico de épocas de posible infertilidad a la de los diagnósticos precisos; primero de fases de infertilidad en la mujer que cicla; a partir de la década del 60, con procedimientos que permiten a las mujeres el descubrimiento preciso de sus épocas de fertilidad posible. No sólo cuando regularmente se desarrollan en su organismo ciclos reproductivos, regulares o irregulares, sino también en épocas en las cuales no hay un desarrollo cíclico, como durante el puerperio y la lactancia o cuando, al fin de la vida reproductiva, la mujer atraviesa el período del climaterio.

De modo que, en esta evolución técnica, se ha pasado, de una seguridad en el conocimiento de la mujer que cicla regularmente, a la seguridad del conocimiento de las épocas de fertilidad en todas las mujeres, durante la integridad de su vida reproductiva. Cuando se discuten los temas, fundamentalmente éticos, del aprovechamiento posible de todos los recursos existentes en la actualidad, deben definirse las coincidencias existentes y las diferencias sustanciales entre el enfoque habitual, en medios descreídos, y la postura, nitidamente clara, de las postulaciones morales del Orden Moral, Natural; en efecto, no puede dudarse del "derecho" y el "deber" de los esposos maduros de meditar seriamente cuál es el número de hijos con que deben desarrollar su familia y también de establecer seriamente el espacio intergenésico. Este es un derecho y deber de los esposos indelegable pero que, forzosamente, deberán ejercitar con conciencia formada. Las diferencias de enfoque comienzan a señalarse cuando expresamos las condiciones que deben existir para esta planificación familiar.

Debe establecerse claramente, ya que la procreación es uno de los fines esenciales del matrimonio, que la decisión eventual de postergar o evitar un embarazo, debe tener como condición el común acuerdo de ambos cónyuges y un motivo valedero, fundado en el amor y en los beneficios de la familia; actitud que

podemos definir con las palabras generosidad y amor. La segunda condición exigible es que, cuando esta postergación es decidida, sólo podrá obtenerse mediante recursos morales.

El razonamiento natural que establece cuáles son las normas más válidas para una apreciación moral de la sexualidad humana, consistente en la comprensión de los significados del acto sexual humano; que es, al mismo tiempo, la expresión más íntima del amor sexual y el acto por el cual se posibilita el encuentro de las gametas, que da origen a la constitución biológica de un nuevo individuo de la especie humana. La esencia misma del acto se destruye si, artificiosamente, se separan del mismo alguno de estos dos significados constitutivos que señalan su propia esencia.

Se concluye fácilmente, y es lo que la Iglesia en su magisterio ordinario nos ha expresado reiterativamente, que, como claramente expresa el Papa actual en la exhortación apostólica "*Familiaris Consortio*":

"La doctrina de la Iglesia está fundada sobre la inseparable conexión, que Dios ha querido y que el hombre no puede romper por propia iniciativa, entre los dos significados del acto conyugal: el significado unitivo y el significado procreador"... "Cuando los esposos, mediante el recurso al anticoncepcionismo, separan estos dos significados que Dios creador ha inscrito en el ser del hombre y de la mujer y en el dinamismo de su comunión sexual, se comportan como "árbitros" del designio divino y manipulan y envilecen la sexualidad humana y con ella la propia persona del cónyuge, alterando su valor de donación total. Así, al lenguaje natural que expresa la recíproca donación total de los esposos, el anticoncepcionismo impone un lenguaje objetivamente contradictorio, es decir, el de no darse al otro totalmente: se produce, no solo el rechazo positivo de la apertura a la vida, sino también una falsificación de la verdad interior del amor conyugal, llamado a entregarse en plenitud personal".

En la frase siguiente Juan Pablo II nos señala las características, netamente diferentes, de la planificación familiar natural:

"En cambio, cuando los esposos, mediante el recurso a períodos de infecundidad, respetan la conexión inseparable de los significados unitivo y procreador de la sexualidad humana, se comportan como "ministros" del designio de Dios y se sirven de la sexualidad según el dinamismo original de la donación total, sin manipulaciones ni alteraciones".

A veces vemos que falta convencimiento respecto a estos claros conceptos en los cuales deberían estar más convencidos; ¿No es clara acaso la Doctrina? Como nos recordaba Monseñor Redrado, uno de los valores más ricos de la Iglesia es la unidad en la comprensión del magisterio de la Iglesia. Los Papas han recalcado claramente, cuando expresaban esta doctrina, que lo hacían para toda la humanidad, por mandato de Cristo, como sucesores de Pedro y con la iluminación del Espíritu Santo; basta leer la introducción de las Encíclicas "*Castii y Connubii*", "*Humanae Vitae*" y de la exhortación Apostólica "*Familiaris Consortio*" para tener conciencia de la seguridad e inmutabilidad de lo expresado en esos documentos.

A veces se ha notado, entre los agentes de pastoral, una confusión entre esta doctrina clara y las posibles conductas pastorales al llevar esta doctrina a la comunidad; pero el Papa, en el punto 33 de la "*Familiaris Consortio*", nos aclara muy bien cuáles son los conceptos que deben guiar esa conducta Pastoral y recuerda la frase de Pablo VI: "*No menoscabar en nada la saludable doctrina de Cristo es una forma de caridad eminente hacia las almas*". Asimismo destaca, con toda claridad, que la gradualidad del camino de perfección no es sinónimo de una "*gradualidad de la ley*". Sin duda cada fiel, pecador, con la intención de llegar a la perfección, pedida por Cristo, debe recorrer un camino, a veces arduo y largo.

El Papa nos da la clave de las acciones a realizar en el punto 33, referido a las dificultades de los esposos, cuando dice:

“Pero entre las condiciones necesarias está también el conocimiento de la corporeidad y de sus ritmos de fertilidad. En tal sentido conviene hacer lo posible para que semejante conocimiento se haga accesible a todos los esposos y ante todo a las personas jóvenes mediante una información y una educación clara, oportuna y seria por parte de parejas de médicos y de expertos”.

Bajando entonces en este tema a apreciaciones concretas, podemos afirmar: que la aplicabilidad y eficiencia de los métodos naturales están fuera de toda duda; la aceptabilidad de los mismos está supeditada al convencimiento que sepamos transmitir y a una concepción revalorizada de la sexualidad humana. Todo esto pasa por un problema educativo

Nos decían ayer que la salud pública pasa por la formación de familias. Puedo asegurar que la formación de familias pasa por una sexualidad conyugal sana y una paternidad responsable y generosa y ésta última, por un adecuado conocimiento y dominio de la fertilidad. Estos conceptos deben incorporarse a las personas en la adolescencia y no esperan a que sea tarde, luego, ya sea en la preparación inmediata al matrimonio o cuando los cónyuges están muy invadidos por ideas externas.

Existe pues, la necesidad de desarrollar acciones pastorales en educación secundaria. Es una acción multiplicadora por excelencia, la formación adecuada de líderes en la comunidad, llámense monitores o instructores de métodos naturales. En el ambiente médico se está notando una influencia en la medida en que aumentan las constataciones de usuarias de métodos naturales, que tienen eficiente preparación y suficiente motivación. Cuando se lleva una acción pastoral a la comunidad, debe tenerse especial cuidado en motivar a los responsables religiosos, sociales y políticos de esa comunidad.

En mi país, Argentina, con el decidido apoyo de la Conferencia Episcopal que estableció, en el Secretariado para la Familia, un

área de Servicio a la Vida para la difusión principalmente de los métodos de regulación natural de la fertilidad, se ha logrado un muy extendido y aceptado desarrollo de establecimiento de servicios para la comunidad en casi todas las diócesis. Son hoy más de 600 las personas que instruyen, en forma individualizada, a quienes lo requieran y hay más de 100 servicios establecidos, con horarios y días fijos de atención.

Capítulo II

Atención Integral del Enfermo Hospitalario

Padre Manuel Marco, O.H.
Director de SELARE
Colombia

La razón y la fe son luces que, lejos de excluirse o contraponerse, se complementan, potencian y perfeccionan. Y, por lo mismo, tienen que proyectarse sobre todas y cada una de las realidades y situaciones humanas, para buscarles una explicación racional y razonada -cuando no una justificación- y también una solución... y darles, inclusive, una orientación, un sentido trascendente, ya que Dios es principio, sostén y meta de toda dinámica. Más aún: El es la "Dynamis" que, con nuestra consciente y responsable colaboración, quiere hacer una tierra nueva y unos cielos nuevos de este cosmos acariciado por el éxito de la ciencia y de la técnica, a la vez que tentado de claudicar, envejecer y desintegrarse, víctima de sus mismas conquistas.

NUESTRO MOMENTO Y NUESTRO HACER

Nosotros, que queremos vivir en clave de fidelidad nuestro momento presente de cara al amanecer de un mañana

postmoderno... debemos sintonizar abrimos y aceptar todo lo que se está descubriendo y preparando en orden a una asistencia sanitaria que responda más plena y dignamente a las necesidades, exigencias -circunstancias-, deseos, ilusiones y esperanzas del hombre enfermo, del hermano que sufre.

Para llenar con dignidad nuestros compromisos y responsabilidades en el mundo del sufrimiento, de la salud y de la vida, en el que laboramos por *profesión-vocación* -conceptos que no difieren mucho en su significado- debemos considerar, con evidente claridad, los principios que, por su misma naturaleza, exigen de nosotros una constante, decisiva y operante toma de conciencia en la aceptación, orientación y coordinación de iniciativas, sugerencias, energías y líneas de acción científicas y técnicas, en el ámbito concreto de la "asistencia sanitaria". Vocablos que, desde su raíz etimológica, tienen un alcance y dimensión antropocéntricas universales, en el tiempo y en el espacio.

"Asistencia" = "ad-sistere" expresa una actitud, disposición: detenerse junto a... no pasar de largo ante... estar de pie junto a... algo o, mejor, a alguien. Expresión y exigencia; preocupación y solicitud; atención, cuidado, entrega de alguien hacia alguien; no sólo hacia algo. Si bien debemos considerar que "lo algo" tiene razón de ser en cuanto que siempre tiene referencia - directa o indirecta- hacia alguien de quien procede o a quien se destina.

"Sanitaria" es el punto de referencia o término hacia el cual se dirige la asistencia para prevenir el quebranto de la salud, recuperarla si sufrió alguna alteración y conservarla.

Según esto, podemos decir que "Asistencia sanitaria" es una serie de principios de los que surgen un conjunto de inquietudes y responsabilidades que, en un momento preciso y de manera consciente, determinan la acción conjunta y coordinada de un *equipo-grupo* de personas que, comprometidas, pueden y deben buscar el bien integral y total

del hombre enfermo, empleando los medios lícitos que la experiencia, la técnica y la ciencia les indique, comportándose racional y evangélicamente.

Esto, claro está, porque: "nada hay verdaderamente humano que no deba encontrar eco en el corazón de los discípulos de Cristo", para quienes: "los gozos y esperanzas, las tristezas y las angustias de los hombres de nuestro tiempo, sobre todo de los pobres y de los que sufren, deben ser a la vez sus gozos y esperanzas, tristezas y angustias" -GS 1-

En la búsqueda del bien *integral y total* del enfermo nos veremos precisados a colaborar, con nuestra presencia y acción, en ambientes, lugares, situaciones y circunstancias muy diversos, con sus peculiares características: domicilio, calle, contiendas bélicas, siniestros geofísicos, centros sanitarios... a estos últimos denominados genéricamente "hospital".

Imprimiéndole, naturalmente, el significado que le dieron los franceses: "Hotel Dieu" o, mejor y con más precisión, el calificativo empleado por San Juan de Dios: "Casa de Dios"; en la cual el enfermo se sienta, considere y, sobre todo, sea considerado "huésped", "enviado de Dios", "Amo y señor", que debe ser acogido, atendido, amado y servido, como tal.

a. El enfermo es una persona

El ser humano ha sido creado a "imagen y semejanza de Dios", con capacidad de conocer y amar a su Creador, por quien ha sido constituido Señor de la Creación visible para gobernarla y usar de ella, glorificando a su Señor; el hombre es un "poco inferior a los ángeles", pero superior al resto de las criaturas sobre la que tiene dominio y poderío. De donde se sigue que "todos los bienes de la tierra deben ordenarse en función del hombre, centro y cima de todos ellos" -GS 12-

El enfermo continúa siendo una persona-sujeto de derechos inalienables, ante la sociedad *civil y religiosa*, de la que es

miembro-ciudadano; con la que está vinculado por lazos físicos, morales y religiosos, no rescindidos ni rescindibles por la enfermedad, limitación, accidente o ancianidad; sino subsistentes a pesar de... por encima de... y por razón de tales circunstancias.

Estos derechos piden, exigen y esperan, en virtud de justicia, que el enfermo sea acogido y atendido como ser humano "total" y "libre", de manera consciente y responsable, de tal modo que la dignidad de la persona humana conserve todos sus valores; éste será el camino seguro para "humanizar" el hospital, entendiendo por "humanizar" el responder a las "necesidades" del enfermo, situándose y partiendo en y desde la misma persona.

Si por "salud" entendemos "un proceso dinámico permanente" dirigido al "bienestar pleno del hombre" (OMS), a nivel orgánico -físico-, comportamental -psicológico- e interrelacional -social- o "la capacidad de resistencia, más la posibilidad de rendimiento óptimo" (Lain Entralgo) o, también, "un modo de vivir autónomo, solidario y gozoso"...

Y si por "enfermedad" entendemos la insatisfacción elemental del ser humano en sus dimensiones físicas, psicológicas, intelectuales, sociales y espirituales...

Podemos decir que "enfermo" es la persona que experimenta cierta alteración, disminución o pérdida en alguna de sus constantes bioquímicas, fisiológicas, sensoriales, intelectuales y religiosas, en relación consigo mismo y con el ambiente familiar y social en que vive.

Este desequilibrio-alteración- pérdida... genera en la persona una situación "anormal", con una problemática nueva, que modifica sus vivencias y desencadena crisis profundas de identidad, de comunicación y de fe, capaces de modificar las actitudes del sujeto consigo mismo, con el ambiente circundante y con Dios. Se puede hablar de ruptura interna y externa.

Vivencias-crisis-actitudes...

- a) *Consigno mismo*: su organismo, ¿remite o rechaza? de aquí: ilusión, inquietud, angustia, rebelión, agresividad, resignación, aceptación, esperanza, sublimación...
- b) *Con los demás*: indiferentes, insensibles, inoportunos, indiscretos, compasivos...
- c) *Con el ambiente*: no puede alternar en espectáculos, deportes, puesto de trabajo...
- d) *Con la familia*: a quienes piensa que molesta; a quienes exige, preocupa, tensiona o de la que tiene que estar y vivir alejado...
- e) *Con la comunidad civil*: para la cual resulta una carga, un parásito, un ser inútil y es causa de dispendios...
- f) *Con la comunidad confesional*: no puede participar en asambleas, celebraciones, movimientos apostólicos...
- g) *Con Dios*: no es extraño que el enfermo experimente una serie de interrogantes existenciales: "¿por qué esta enfermedad?", "¿por qué precisamente a mí?" No faltan quienes se cuestionan todo: el sentido de la fe, de la vida, de la muerte, de los valores trascendentales... "¿es un castigo?". Y yo, "¿qué mal he hecho?". "¿dónde está el Dios que no abandona, el Dios providente, el Dios-Padre, bondadoso?". Es la angustia vital, es la tentación de la rebeldía, contra todo y contra todos...

b. Servidores del enfermo

El enfermo es -debe ser- el centro en torno al cual debe girar toda actividad; punto de convergencia de toda dinámica humana del hospital.

EVANGELIZACIÓN DE LA SALUD

El mismo edificio, desde su planificación, ubicación, realización, distribución y equipación habrá de hacerse y deberá estar determinado y acondicionado en función de las exigencias y necesidades de las personas, usuarias del mismo.

Las características del hospital son distintas, según esté destinado a: maternidad, pediatría, geriatría, psiquiatría, cirugía...

La misma investigación, docencia y divulgación del hospital debe orientarse y programarse para prevenir la enfermedad, curar, rehabilitar y reintegrar al enfermo a su propio ambiente familiar, social, laboral, profesional, etc.

No es el enfermo -no debe ser- para el hospital, la ciencia, la técnica... El hospital, la ciencia y la técnica son -deben ser- para el enfermo.

Todas las personas que por vocación-profesión o por razón cívica, laboral, familiar... nos relacionamos con el enfermo: ministro de salud... director del centro, administrador, secretarías, recepcionista, auxiliar, enfermera, técnico, trabajador social, jardinero, nutricionista, cocinero, médico, especialista, religioso/a, sacerdote, rabino, pastor, tenemos un título común, por encima de cualquier otro: *servidores del enfermo*.

c. Atención integral del enfermo

Nuestro servicio, para que sea auténtico, debe considerar al enfermo en su totalidad, en su "yo" y sus circunstancias, en toda su integridad: cuerpo y alma, corazón y conciencia, inteligencia y voluntad; sin dualismos, ni bisecciones, ni distinción entre medios y fines que fácilmente podrían producir una descarga de sentimientos paternalistas o maternalistas, que nunca deberán confundirse con el genuino altruismo y, mucho menos, con la auténtica caridad.

No debemos ser ni materialistas, ni espiritualistas. Que no es el cuerpo para llegar al alma, ni el espíritu para descender al

soma. "Es la persona del hombre -todo entero- la que hay que salvar" -GS 2- a la que hay que atender.

A nuestros hospitales llega y recibimos -casi siempre- la realidad hombre-enfermo, quien por ser o estar en tal situación necesita asistencia y, sobre todo, amor.

El enfermo nunca debe ser considerado una cosa, un objeto, un número, una ficha; ni sólo, ni prioritariamente, un caso clínico "interesante" para el "estudio", la "investigación" o la "experimentación".

El enfermo no es algo, es alguien. Y, por lo mismo, no debe ser "manipulado", "instrumentalizado" o "comercializado". Bajo ningún pretexto debe servir de "trampolín" ni para lograr votos electorales, ni para crear puestos de trabajo, ni para "ganar" plata a costa de él.

Pero sí hay que crear políticas, organismos, instituciones, puestos de trabajo... formar verdaderos profesionales de la salud... generar recursos económicos para atender humana, digna, integral y evangélicamente, a la persona del hombre que sufre, quien es también la razón de nuestro Congreso.

Hace ya algún tiempo, recogí de labios de eminente doctor, amigo mío, esta frase: "el médico es un hombre, que trata de ayudar a otro hombre" -Dr. Salmerón-

¿No les parece a ustedes exacta esta definición del médico? Definición que, muy bien, podríamos aplicarnos a nosotros mismos, en nuestra misión: "somos unos hombres que tratamos de ayudar a otros hombres".

Para que nuestra misión sea eficiente y eficaz, debemos tomar al enfermo en su individualidad, sin fórmulas preconcebidas, pre-establecidas y generalizadas. Nuestro comportamiento deberá ser lo más original posible, para cada enfermo. Nos esforzaremos en ser creativos, evitando la rutina

y la monotonía que fácilmente pueden frustrar y decepcionar a quien tanto espera de ingenio y habilidad.

Cada enfermo es original e irrepetible; es igual y distinto. Y vive su realidad, desde su propio yo, y pide una respuesta concreta para su situación.

d. Necesidad de trabajar en equipo

Para que la atención del enfermo sea integral realmente es imprescindible conformar un equipo de personas -comunidad terapéutica, familia hospitalaria- interrelacionadas de modo armónico y disciplinado, convencidas de que la colaboración de cada una de ellas es igualmente importante en la búsqueda de la solución para la problemática del enfermo. Para lo cual es de punto necesario definir, respetar y coordinar los roles y funciones de cada uno de sus miembros, sin prescindir de la ayuda de los familiares, amigos y colegas del enfermo.

Los familiares del enfermo son los primeros que, juntamente con éste, deben aceptar la realidad de la enfermedad, sin derrotismo, resignada pasividad, complejo de inferioridad o de culpa. Para lo cual será necesaria, en muchas ocasiones, la intervención del psicólogo, del psiquiatra clínico, del capellán.

Los familiares son los primeros en "acoger", "acompañar", "animar" al enfermo y vivir la enfermedad de éste como un acontecimiento familiar, con mucha comprensión, cariño y apoyo moral y psicológico hacia quien más necesitado está.

El enfermo no sólo es un sujeto de necesidades; es un ser humano con grandes deseos, ilusiones y esperanzas. Es un hermano que muchas veces tiene que decirse resignado, cuando no defraudado y decepcionado: "muchas personas intentan consolarme; pero son pocas las que intentan comprenderme y ofrecerme su tiempo para, al menos, escucharme" -M. Albertion-

Difícil y, a veces, heroico, el arte de "escuchar". Sin embargo, "escuchar" es también dialogar.

Más, tenemos tantas cosas por hacer... que no disponemos de tiempo para "dialogar-escuchando" al enfermo, de quien nos decimos "servidores". Quizá le ayudamos a desterrar un dolor físico de su yo, tal vez, una obsesión, propinándole una dosis -¿adecuada?- de quimioterapia... pero "su yo" continúa con su angustia vital... en tal caso nuestra atención fue incompleta, no fue "integral". Nos quedamos fuera. Ni él entró en nosotros, ni nosotros entramos en él. No se dio una auténtica relación interpersonal. No hubo "empatía".

Pablo VI escribió: "no es suficiente descubrir y denunciar la miseria, el dolor y las estrecheces humanas; hay que tener presente siempre al hermano, para hacer brotar de los corazones esa corriente de solidaridad que hace revivir de cerca y compartir con los pobres y los enfermos, a fin de llevarles después la luz de la esperanza, del amor y de la ayuda".

Y un equipo -mejor, comunidad terapéutica- no será verdadero equipo, si le falta el servicio religioso en su organigrama y en su operatividad; si éste falta o es deficiente, por falta de personas idóneas, imposible que podamos brindar una atención integral al enfermo.

Es un derecho que tiene el enfermo de ser atendido espiritualmente, en conformidad con su credo, con el respeto a su conciencia y a la libertad religiosa.

Y en los países mayoritariamente católicos se debe luchar para que este derecho sea reconocido oficial y bilateralmente: por la Iglesia y por los respectivos gobiernos, como ya se ha logrado en algunos países.

e. Actitudes humanas en esta tarea

Debemos desterrar de nosotros todas las actitudes, personales y de grupo, que puedan reforzar las actitudes distorsionadas del enfermo y que, por lo mismo, favorecerían el proceso de la enfermedad.

Estas actitudes van desde la *pasividad* hasta la *agresividad*.

Potenciar y enriquecer nuestras actitudes, personales y grupales, positivas:

- a) Mantener una *relación de apoyo*: frente a la dispersión mental del enfermo y a sus posibles círculos viciosos y cíclicos conductuales. Esta actitud no está sometida a los vaivenes de la enfermedad.
- b) Tener *capacidad asimilativa*: el enfermo comunica los datos puros, sin moderación, ni elaboración, ni orden. Quien intente ayudarlo debe registrarlos, codificarlos, madurarlos y devolverlos.
- c) *Conocerse a sí mismo*: con un conocimiento analítico, crítico y contrastado. El cual me llevará a saber distinguir lo que el enfermo necesita de lo que a mí me parece que necesita; a distinguir lo que él padece verdaderamente de lo que yo pienso que padece; lo que él me está diciendo y pidiendo y no lo que yo creo que él dice y pide.
- d) *Aceptarse a sí mismo*: si yo no quiero hacer daño, debo aceptar mis limitaciones, para no imponerlas a los demás. El "*aceptarse uno a sí mismo*" puede -debe- suponer que no puede atender a todos los enfermos (aunque mi narcisismo profesional o religioso tenga que sufrir por ello); que algunos me resultan antipáticos, que me molestan e irritan. "*Aceptarse uno sí mismo*" supone que hay días, momentos o períodos de mi vida, en los que soy peligroso, porque estoy frustrado, amargado o agresivo.

- e) *Aceptar críticas del mismo enfermo*: éste, a veces, nos amenaza psicológicamente y hasta físicamente, poniendo a prueba nuestro equilibrio emocional; nuestro sistema de valores, con sus opiniones e inclusive con sus silencios y mutismos. El enfermo nos refiere constantemente a lo que, en realidad, somos (prescindiendo de lo que pretendemos ser). El tiene una gran capacidad intuitiva y no se equivoca, tan fácilmente, en cuanto a la trama del transfondo de nuestra vida. Y no es nada cómodo que te descubran y te refieran a lo que eres realmente. Por eso, con frecuencia, el enfermo pone a prueba nuestra humildad, mansedumbre y paciencia.

De aquí que: sólo quien se conoce a sí mismo, en profundidad; quien sea capaz de aceptarse a sí mismo, con sus limitaciones, y quien tenga capacidad de admitir críticas... sobre sí mismo, estará capacitado para intentar atender integralmente a los enfermos (Mariano Galve).

Capítulo III

Organización de Médicos Católicos y Humanización

Dr. Hugo O.M. Obiglio
Argentina

Tanto las exposiciones del Rvdo. Padre Manuel Marco del SELARE, y del Dr. Zoilo Cuéllar Montoya, que me han precedido, han sido suficientemente claras en lo que hace a precisar los alcances de la Humanización en Salud. Es por ello que trataré de fijar algunos conceptos que a mi entender debieran ser resaltados. Como comentara hace unos momentos el Dr. Alvaro Díaz, el concepto de Humanización resume el accionar de la Pastoral Sanitaria. Humanización no es una ideología o una nueva filosofía de vida; es el proceso de actualización de una nueva alianza con el hombre que sufre, alianza que está en peligro de perderse o la que ha hecho ya en una sociedad cada vez más mecanizada y tecnificada. Nadie puede intentar humanizar sin humanizarse primero, dice el Padre Pier Luigi Marchese, y siguiendo con él, *“para humanizarse en profundidad y llegar a ser agentes auténticos de humanización es imprescindible descubrir los valores existentes en nosotros y en nuestra comunidad terapéutica, valores estos que nos capaciten y potencien en el servicio a los enfermos, a los pobres y a los más necesitados”*. Humanizar el Acto Médico es comprender el sufrimiento del paciente y solidarizarse con el crónico, el discapacitado (como nos relatara

en su estupendo trabajo, la Hermana Susana Rodríguez), el anciano, el moribundo. Es promover una salud a la medida del hombre, haciendo valer los derechos del hombre enfermo; es humanizar la Institución de Salud: dispensario, servicio, departamentos, hospital; es humanizar el trabajo del Equipo Médico, escuchando a sus integrantes y dando el valor cierto al trabajo de cada uno de ellos.

Finalmente, para humanizar, hay que actualizar los conocimientos médicos y las enseñanzas del Magisterio de la Iglesia. No existirá una eficiente acción pastoral si no se cumplen estos postulados. Nos vamos de Bogotá con la satisfacción de haber cumplido con los objetivos específicos del encuentro.

A la recientemente constituida Asociación de Médicos Católicos de Colombia, la FIAMC le desea por mi intermedio una fructífera labor apostólica en el campo de la Pastoral de la Salud. A los restantes representantes de países donde todavía no existen asociaciones de médicos católicos, los insto a que hagan realidad los mismos en el menor tiempo posible, para que puedan incorporarse a la Federación Internacional de Asociaciones de Médicos Católicos, haciendo en un futuro inmediato la realidad de una Federación Latinoamericana. La FIAMC, representada en todo el mundo, tiene una presencia activa en el terreno médico de más de 60 años. Su último Congreso Internacional se llevó a cabo en 1986 en Buenos Aires, y el próximo se realizará en septiembre de 1990 en Colonia-Bon, República Federal Alemana.

El Magisterio de la Iglesia en el campo de la salud, necesita, por un lado, de las inteligencias locales para el análisis de los planteos en Ética Bio-Médica, resultantes del apabullante avance tecnológico en el área, así como de la sensibilidad social para detectar los problemas propios del lugar.

Nuestro especial reconocimiento a la Fundación Pérez Compañá, que a través del Centro de Investigaciones en Ética

Bio-Médica, ha colaborado para que éste, nuestro encuentro, fuera una realidad. Con la inquietud de poder evaluar el trabajo realizado, espero verlos próximamente.

SIDA

Desde que en forma coincidente los Doctores Gallo y Montagnier en Estados Unidos y Francia caracterizaron al virus del SIDA (Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida), HIV no hace más de seis años, el Síndrome de Inmuno-Deficiencia, ha cobrado muchas víctimas que aumentan año a año, así como el número de portadores sanos de la enfermedad. La Tasa actual de casos reportados por millón de habitantes es en Suiza del 34,9%, en Francia 29% y en Estados Unidos 140.2%. El diagnóstico de una infección por virus HIV, tiene por objeto, por un lado, determinar la causa de manifestaciones clínicas inexplicables, y por otra parte, advertir al sujeto portador de anticuerpos y por tanto potencialmente contagioso, que puede contaminar a otros individuos.

Cuatro son los grupos de mayor riesgo: homosexuales o bisexuales, sobre todo aquellos de partenaire múltiple; toxicómanos por vía endovenosa, hemofílicos, y aquella que puede adquirirse por transfusiones múltiples. No debemos olvidar que existen regiones del planeta fuertemente endémicas, como las zonas urbanas de África Central, Haití, Antillas, y en menor grado, el oeste de África. Una clínica que muestra adenopatías de más de 1cm. en dos áreas ganglionadas no contiguas y extrainguinales, episodios de diarrea crónica de más de un mes, fiebre prolongada sin etiología por más de tres semanas, adelgazamiento rápido de más de un 10% del peso corporal habitual, sudores nocturnos persistentes, prurito, astenia inexplicable, con un laboratorio que muestra una linfopenia menor de 1.500/mm³, de una leucopenia menor de 4.000/mm³, acompañada de anemia y trombopenia, de una hipergamma globulinemia, de una relación de linfocitos T4 a T8 menor de 0.5 por disminución de los linfocitos T4, justifica

el estudio urgente serológico para HIV. El primer estudio solicitado será un Test que utilice como antígeno al virus HIV de primera generación (Elisa) que tiene una sensibilidad del 99% y una especificidad del 95. Una sola positividad no basta, se exigen dos determinaciones positivas para Elisa, luego de lo cual se buscará la confirmación de infección por el Test de Western Blot, que consiste en migrar o en correr las diferentes proteínas del HIV purificadas y desnaturalizadas. Las enfermedades concomitantes más importantes son: infecciones oportunistas (como la neumocystosis, la toxoplasmosis cerebral), o el sarcoma de Kaposi.

Aspectos éticos de la enfermedad

Este flagelo social que debemos considerar como enfermedad sexualmente transmisible, puede ser evitado. El médico debe tener en cuenta dos aspectos importantes: el primero, el que hace al paciente enfermo o sano portador de la enfermedad, a quien deberá atender su salud, asistiéndolo en todo el curso de la enfermedad, aconsejarlo e informar a su familia de la situación particular que vive, teniendo en cuenta la importancia de humanizar el acto médico.

El segundo compromiso es con la sociedad, a la cual debe proteger de la expansión creciente del SIDA. Cada país marca comportamientos similares aún cuando las legislaciones no estén presentes en todos. Es así como debemos informar a cada uno del diagnóstico de certeza de la enfermedad, respetando el secreto profesional, y avisar sobre las consecuencias que la misma puede traer a su persona. En algunos países el SIDA es una enfermedad de declaración obligatoria, que requiere aislamiento hospitalario o pabellones especiales para su atención, en donde deberá tenerse en cuenta con medidas precautorias estrictas cuando se decida la intervención de un sídoso o su autopsia. Una situación muy especial es la que vive una embarazada en los últimos meses de su embarazo o en el post-parto. La contaminación fetal puede hacerse a través de la sangre del cordón o durante el mecanismo del parto, siendo el riesgo de infección mayor al 30% de los casos.

Vuelvo a repetir que el SIDA es una enfermedad evitable, ya que se encuadra dentro de las enfermedades transmisibles, y que si se educa a la población, especialmente a la juventud, sobre sus orígenes, transmisión y consecuencias, podremos controlarla. El Doctor T.P. Linehan, Presidente de la FIAMC decía en marzo de 1988, en el Congreso que sobre SIDA organizaran el New York Medical College conjuntamente con la FIAMC: "al SIDA se le opone la educación, educación, educación..." Una sexualidad responsable es la herramienta más poderosa de control epidemiológico. No debemos tener temor de ofrecer a nuestra juventud la castidad prematrimonial, no sólo como medio de control sanitario, sino como fin en sí mismo. Cuesta admitir que como contrapartida al SIDA existan campañas organizadas que favorezcan el aborto o recomienden como tabla de salvación, preservativos de látex reforzados, con o sin cloruro de benzalconio. Si pensamos que contrariamente a otros virus, el HIV puede ser combatido simplemente con agua lavandina diluida al 10% o con alcohol a 60°, o con glutaraldehído al 2%, o con calor a 120° durante 30 minutos, y que además la infección ocurre a través del esperma y de la sangre, y que la piel sana es una barrera natural contra la infección, no así la mucosa, veremos que el riesgo de la enfermedad pasa en un porcentaje mayoritario por dos trastornos graves del comportamiento como son: la homosexualidad y la drogadicción. Esperamos la pronta aparición de una vacuna, que según los investigadores no estará en el mercado antes del año 1995, pero también esperamos que la población de riesgo tome conciencia de que como arma de prevención inmediata contamos con la educación para una sexualidad responsable.

CONCLUSIONES

Ética y Planificación Familiar

Utilización de los términos. No dejar manipular las palabras. Planificación Familiar Natural, o regulación natural de la fertilidad conyugal no es lo mismo que anticoncepción. Están en juego dos visiones diferentes, la última de las cuales implica tratar, por todos los medios, de no tener hijos. De todas maneras, puesto que se utilizan como sinónimos, debemos aprovechar para comunicarnos con los demás, en los foros internacionales, en el medio científico, y llevar conciencia de la importancia, sentido y avance de los métodos naturales de planificación familiar (PNF).

En todo caso, se ha de tener cuidado de la utilización de términos y expresiones que pueden traicionar lo esencial (la connotación filosófica) del planteamiento de la Iglesia. Por ejemplo, cuando se afirma: *“el gobierno tiene que planificar la familia... El gobierno debe limitar la población...”* arrebatando la libertad y la responsabilidad a las parejas, justificando campañas masivas, indiscriminadas, que violan los derechos de las personas.

La aceptabilidad es otro desafío. La aplicabilidad y eficiencia de la PNF Natural está comprobada, pero no tiene suficiente aceptabilidad. Los médicos, la comunidad, las parejas, los pastores y consejeros no conocen a fondo estos métodos. Hay desconfianza e ignorancia, que lleva fácilmente a decir *“eso no sirve”*.

Se trata de un reto de educación y responsabilidad médica. Educación de los sacerdotes, de la comunidad, de los mismos médicos. No podemos tomar las decisiones de los demás, pero somos responsables de nosotros mismos. Hay obligación de formación de los médicos católicos, como responsabilidad de su profesión y de su fe.

Los métodos naturales, que implican abstinencia sexual en los días más favorables, ¿tienen en cuenta la fisiología de la mujer, cuyo período fértil la haría más apta para la actividad sexual completa?

Ante esta duda se respondió que, en el ser humano el sexo es tanto fisiológico como psicológico. Y la sexualidad está muy ligada con la afectividad y el ambiente. La capacidad sexual es permanente en el ser humano, no se ejerce sólo en los períodos fértiles -como ocurre con las especies animales-; más que en los días, se fundamenta en la psiquis. Los fundamentos son psicológicos y espirituales.

Campañas de información y formación a largo plazo. El reto cultural. La PNF implica una concepción del ser humano y un estilo de vida; el diálogo y respeto de la pareja, la responsabilidad mutua (este método no es "asunto de la mujer" sino decisión de ambos), la capacidad de percepción del propio cuerpo femenino y de los cambios que experimenta, la voluntad de autodominio, el esfuerzo por el perfeccionamiento personal. Nuestro medio es machista y opta por la línea de menor resistencia; ello dificulta la aceptación de la PNF.

El trabajo de la Iglesia tiene que ser de fondo, de transformación de antivalores culturales. Hay que informar y formar desde la niñez, la adolescencia, pues muchas parejas actualmente formadas van a tener dificultad o rechazo, pues se encuentran en situaciones que les dificultan aceptar el método propuesto; por ejemplo: alto número de hijos, hogares no formados con base en el amor, matrimonios por coincidencia o por conveniencia, etc. En estas condiciones es difícil, cuando no imposible, practicar la Regulación Natural de los Nacimientos.

De ahí la importancia de ser pareja, de "hacer familia", de formar y dar seguimiento y apoyo continuos a las parejas. No se trata de "charlas" o conferencias de un día para "convencer". Hay que formar, acompañar, seguir, apoyar.

El desafío político. Hay campañas internacionales muy bien financiadas para motivar hacia los métodos artificiales, pues se trata de venta de productos que reportan grandes ganancias. Los métodos naturales no tienen de por medio ese interés económico (no hay "píldoras o dispositivos" para vender, se trata de educación de la pareja). En los ministerios de Salud, sabemos de préstamos internacionales que ya vienen condicionados para que se adelanten campañas de "control" natal por métodos artificiales. Este es un reto para los funcionarios y médicos católicos. Se da manipulación de los médicos por parte de entidades internacionales, presiones, ofertas económicas, desinformación.

La Iglesia, los médicos e Instituciones católicas, tienen por delante el desafío de adelantar una doble tarea: masiva y capilar. Masiva, por el diseño de campañas de información (publicidad) más positivas, atractivas, hacia la PNF. Capilar, en el sentido de que debemos continuar y multiplicar cada día más el esfuerzo de individuos e instituciones dedicadas a promover en cada hogar los métodos naturales, dentro de una verdadera evangelización que implica la visión total de la vida, no sólo las relaciones sexuales. Debemos comenzar con nuestro compromiso, testimonio y responsabilidad.

Dentro del desafío político, debemos incluir la exigencia de denunciar atropellos a nuestros países, como cuando se administran anticonceptivos sin la debida información. Debemos investigar, comprobar, informar, denunciar.

Se debe presentar objetivamente la *verdad*: como creyentes, debemos ser fieles a la Verdad, y en este caso, Dios habla a través de la naturaleza de las cosas. Los adelantos científicos, nuevos descubrimientos, corroboran la sabiduría divina y la sabiduría de la Iglesia.

Limitados

En la primera etapa, los médicos deben asumir la responsabilidad de la rehabilitación, controlar que el paciente sufra, para luego manejarlo en equipo.

El Enfermo es una persona, es importante como se le ve, como persona o como enfermo. Los Enfermos pueden no asumir su impedimento y no cooperar con su recuperación.

La información a la familia, debe acompañarse con información a la persona y en forma conjunta asumir las responsabilidades.

No debemos decidir por los demás, ya que cada persona tiene su individualidad que debemos respetar, porque si no el paciente no asume con responsabilidad su impedimento.

En lo posible debe conocer toda la verdad y en otras no es necesario, porque aumentan los problemas psicológicos de los pacientes impedidos.

DESAFÍO A LA ACCIÓN DE LA IGLESIA

Si la pastoral da lugar a los impedidos a que trabajen según sus limitaciones, éste sale adelante.

Se debe estudiar el tipo de retardo mental para ofrecerle todos los Sacramentos; no es conveniente limitar las acciones de Pastoral solamente a estas personas.

La pastoral, para que la labor sea más efectiva, precisa un equipo interdisciplinario para reintegrar a los impedidos y para llevar el mensaje cristiano en forma más adecuada.

Elaborar acciones conjuntas, por lo menos dentro de América Latina, para que la pastoral sea más efectiva con estos hermanos enfermos que necesitan, como ninguno, una acción solidaria de parte de la Iglesia y de la Sociedad.

ASPECTOS ETICOS DE LOS TRANSPLANTES - DESAFÍOS A LA ACCIÓN DE LA IGLESIA

La eticidad de los transplantes siempre está ligada a la definición legal de la muerte (del donante), definición que cambia con el avance de la ciencia. Hay que estar atentos a integrar esos nuevos avances.

La Iglesia considera aceptable, en el caso de transplante de órganos de un ser humano vivo a otro, solamente el transplante de riñón, pues se trata de salvar una vida y no de mantener una función del cuerpo, respetando la libertad del familiar donante, que tiene que ser voluntario, no presionado. Por eso (y por lo que conlleva como mutilación de una persona viva), es preferible el transplante de un donante muerto.

Para evitar graves problemas morales, el criterio de la donación es fundamental. Nunca se debe permitir la comercialización de órganos. La venta de órganos es el mayor peligro.

Es necesario tener en cuenta los costos de un transplante y las prioridades de nuestros países (pobreza, desnutrición, etc.), para evitar que los transplantes se conviertan en asunto de prestigio del cuerpo médico; es indispensable, en estos casos, la vinculación a los Seguros Sociales del Estado, que deben asumir costos y definir prioridades. Por otra parte, hay que tener en cuenta que el transplante es una solución más económica (y humana) que el mantenimiento del enfermo por medios externos artificiales (p.ej., diálisis).

Necesidad de que los transplantes sean abordados por profesionales de la más alta calidad y preparación, no como medio de práctica para principiantes o en experimento.

La Iglesia puede formar conciencia sobre la donación de órganos post-mortem, si hay claridad de manejo de los "bancos

de órganos" o del suministro inmediato a los pacientes que más lo necesiten y sean los receptores más adecuados. Necesidad de mentalización; la donación es un acto de caridad, de solidaridad humana (no es obligación de justicia).

Problemas especiales con recién nacidos con cuadros fetales irreversibles, que se mantienen vivos con intereses investigativos y no para curarlos (pues no es posible). Importancia de defender la dignidad del paciente, oponiéndose a ciertas medidas que son experimentos y violan la dignidad de ese niño.

Estudio del tema: Los sacerdotes, los agentes de pastoral, los médicos y otros profesionales de la salud. Enseñanza del tema desde el inicio en las Universidades, no dejarlo para los años de especialización. Los médicos católicos tienen mayor responsabilidad de estudiar todos y cada uno de los documentos del magisterio de la Iglesia que dan criterios de orientación ética ante los problemas relacionados con la muerte y su manejo médico-tecnológico-hospitalario.

El principal reto es el acompañamiento, la ayuda, estar al lado de... Obrar en conciencia, siguiendo el magisterio de la Iglesia (y para esto hay que conocerlo), estando atentos a los cambios para dar luces a las nuevas situaciones.

ASPECTOS ETICOS FRENTE AL ENFERMO TERMINAL - DESAFÍOS A LA ACCIÓN DE LA IGLESIA

Abordar la realidad de la muerte; no evadirla. No mentir, no negar la verdad a quien la solicita, pues esto nos lleva a no poder mirarlo a la cara, nos lleva a dejarlo solo, actuar siempre con prudencia y oportunidad.

Reto de una educación desde la niñez, la escuela, la familia. Vivir el hecho de que "soy mortal", tanto como "soy sexuado". Esto hay que educarlo para vivirlo, desde la misma niñez. Enseñar a vivir la muerte, no como el final; sino como la culminación de la vida (a pesar de la angustia natural que siente el moribundo). Exigencia para nuestra formación en la fe, y la coherencia con lo que creemos, ya que la muerte es el inicio de la plenitud en Dios. Según como se viva la vida, se vivirá la muerte.

En la Pastoral de los enfermos, incluir la preparación para la muerte, tema todavía ausente (¿tabú?) en el acompañamiento al enfermo. Conocer el tema, saberlo abordar prudentemente, requiere formación del agente de Pastoral de la Salud.

Caso especial del paciente psiquiátrico, en que la responsabilidad y definición de criterios es doble: si es incapacitado mental y si es terminal. Responsabilidad sobre decisiones respecto a la muerte en estos casos. Importancia de la familia, de la consulta a otros especialistas.

Psiquiatría

La enfermedad mental no debe ser causa de discriminación. Su tratamiento debe encararse de acuerdo con los progresos científicos, respetando en cada enfermo su realidad de persona humana.

Se recomienda diversificar las formas de atención de esos pacientes y reducir sólo a los casos peligrosos su internación prolongada o definitiva, y la limitación de sus derechos civiles.

Se advierte sobre el uso creciente e indiscriminado de psicofármacos, la dosis debe quedar limitada al especialista.

Derecho del enfermo mental a emitir voto: supone la existencia de un ciudadano libre, en uso de sus facultades. En el caso de los psicóticos, en algunos países les está vedado este derecho por la ley. Esto es válido cuando la persona no está en uso de su capacidad de decisión, como es el caso de un alienado total.

Drogadicción

Convergencia de esfuerzos de todas las instancias sociales, políticas, religiosas, científicas en la lucha contra ella.

La familia integrada y con figuras paterna y materna definidas, son el mejor antídoto para la drogadicción.

Actualmente las drogas constituyen un problema de gran poder económico, mientras que hasta hace dos siglos se utilizaban únicamente por parte de algunas élites, como los intelectuales. Actualmente, su uso es masivo.

Sida

Compromiso de una Pastoral sanitaria específica para el enfermo de SIDA, que contemple la humanización de la actuación del equipo de salud para estos pacientes terminales.

Educar al portador sano en lo que hace al desarrollo de la enfermedad, considerando su real potencial de Agente transmisor de infección.

Educar a la familia para que comprenda la situación particular y dramática que viva brindándole su apoyo total.

Valorizar la castidad de la juventud como herramienta de prevención y sobre todo de preparación para el desarrollo hacia la adultez y el verdadero compromiso amoroso.

La educación para una sexualidad responsable es el único instrumento que orienta a cada persona en el logro de su maduración y trascendencia social.

En cuanto al SIDA, es necesario que el portador "sano" reciba del médico la orientación respecto a las posibilidades de transmisión. Al ser ésta, sexual, es necesario pasar por el ordenamiento de la vida en este campo.

En el campo pastoral, se debe trabajar en la atención del enfermo y en el aspecto educativo para la prevención.

En la educación de la juventud, ésta debe orientarse hacia la sexualidad responsable, reivindicando el verdadero sentido y valor de la misma.

El portador "sano" es contagioso asintomático por mucho tiempo, y también debe ser educado.

En cuanto a la atención de los enfermos, la familia debe ser conquistada y educada para la acogida; igualmente el personal sanitario.

Es muy importante siempre, ubicar la enfermedad científicamente, para evitar las interpretaciones morales distorsionantes.

Recomendaciones

Identificar grupos en los cuales existe un desarrollo significativo en algunos de los aspectos desarrollados con el tema Iglesia-Salud. Para que puedan ser utilizados como puntos de referencia, formación o cooperación de actividades pastorales.

Fomentar la reiteración de estos encuentros para lograr la continuidad en la reflexión y la debida actualización

Fomentar la formación de monitores o instructores de métodos naturales.

Fomentar la creación de las asociaciones médicas católicas, en los países donde no existe y el apoyo en los que ya existen.

ANEXO

Lista de Participantes

Participantes

ITALIA

Padre

JOSE LUIS REDRADO, O.H.

Secretario Pontificio Consejo de la Pastoral para los trabajadores de la Salud

Roma-ITALIA

Profesor

FRANCO SPLENDORI

Profesor de Programación Sanitaria de la Universidad de Roma

Consultor Pontificio Consejo de la Pastoral para los trabajadores de la Salud

Roma-ITALIA

ARGENTINA

Doctora

ELBA DE GIORGIUTTI

Directora Instituto de Genética y Medicina Prenatal

Buenos Aires

Doctor

ROBERTO JOSE DABUSTI

Buenos Aires

Padre

DOMINGO BASSO, O.P.

Buenos Aires

Doctor

HUGO O.M. OBIGLIO

Buenos Aires

Doctor
 EDUARDO ZUBIZARRETA
 Secretariado Permanente para la Familia
 Buenos Aires

BOLIVIA

Licenciada
 LOURDES PERALTA DE SAAVEDRA
 La Paz

Doctor
 RONALD GUTIERREZ MICHEL
 La Paz

COLOMBIA

Monseñor
 AUGUSTO ARISTIZABAL
 Obispo de Jericó
 Jericó-ANTIOQUIA

Hermana
 VICTORIA PICO LAMUS
 Religiosa Dominica de la Presentación (Enfermera)
 Santafé de Bogotá

Hermana
 SUSANA RODRIGUEZ PEÑA
 COMISUR
 Santafé de Bogotá

Padre
 MANUEL MARCO, O.H.
 SELARE
 Santafé de Bogotá

Padre
 FABIO CIFUENTES R., S.J.
 Tierralta-CORDOBA

Padre
 FERNANDO SABOGAL VIANA
 Director Departamento de Laicos
 Secretariado Permanente del Episcopado Colombiano
 Santafé de Bogotá

Padre
 LUIS ALDANA, O.H.
 Santafé de Bogotá

Hermano
 JUAN DE DIOS CASTILLO
 Santafé de Bogotá

Padre
 JORGE ANDRES MARIN
 Secretariado Nacional de Pastoral Social
 Santafé de Bogotá

Doctor
 HERNANDO RODRIGUEZ VARGAS, M.D.

Doctora
 GABRIELA GUERRERO M.

Señorita
 ALICIA RENNEBERG
 Secretariado Nacional de Pastoral Social
 Santafé de Bogotá

Doctor
 AUGUSTO BUENDIA FERRO
 Director Científico Clínica Palermo
 Santafé de Bogotá

Doctor
 ZOILO CUELLAR MONTOYA, M.D.
 Centro Médico de la Sabana
 Santafé de Bogotá

Padre
JAIME PRIETO AMAYA
Secretario Ejecutivo DEPAS
Santafé de Bogotá

Doctor
ALVARO DIAZ CAMARGO
Santafé de Bogotá

COSTA RICA

Doctor
ALVARO RIVERA CHACON
Cartago

CHILE

Doctor
JUAN CARLOS GLASINOVIC
Facultad de Medicina
Pontificia Universidad Católica de Chile
Santiago

ECUADOR

Doctora
CECILIA RIOS DE ZAPATA
Conferencia Episcopal Ecuatoriana
Quito

Doctor
HERBERT VIZCARRA CORONEL
Quito

JAMAICA

Doctor
MATTHEW BEAUBRUN
Kingston 5

PANAMA

Diácono Dr.
GERMAN LOPEZ ARIAS
Conferencia Episcopal Panameña
PANAMA 1

PARAGUAY

Doctora
ANGELA GABRIELA ESPINOLA LINARES
Pastoral Social Nacional

URUGUAY

Doctor
BERNARDO FERRANDO FERRES
Montevideo