

ISSN 0188-5022

MEDICINA Y ETICA

Revista internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica

Luz y sombra en el diagnóstico de muerte cerebral - Derechos y deberes de la medicina de predicción - Problemas oculares ligados al empleo de terminales de computadora



UNIVERSIDAD ANAHUAC
VINCE IN BONO MALUM

**Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina**

*Facoltà di Medicina e Chirurgia
dell'Università del Sacro Cuore, Roma*

VOLUMEN II NUMERO 2 ABRIL-JUNIO 1991

Medicina y Ética

Revista internacional de Bioética, Deontología y
Ética Médica

Editor: Instituto de Humanismo
en Ciencias de la Salud

Dirección y Administración:
Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac
A.P. 10-844 México D.F. 11000
Tels. 589-90-00 y 589-22-00
Dr. Salvador Bueno V.

Dirección y Redacción en Roma (Italia):
Centro di Bioetica della Facoltà di Medicina e Chirurgia
dell'Università del Sacro Cuore
Tel 06/33054960. Fax: 06/3051149

Precio de la suscripción anual:

México: 150,000 pesos; América Latina: \$75 U.S. Dls.;
Otros países: \$85 U.S. Dls.;
Estudiantes, 15% de descuento. Benefactores: \$120 U.S. Dls.

El importe de la suscripción debe ser enviado a:
Investigaciones y Estudios Superiores S.C.
Escuela de Medicina
Universidad Anáhuac. A.P. 10-844, México D.F. 11000

Registros en trámite
Impreso en México. *Printed in Mexico*

2

VOLUMEN II NUMERO 2 ABRIL - JUNIO DE 1991

MEDICINA Y ETICA

Revista internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica

Dirección

Adriano Baussola - Leonardo Ancona - Alessandro Beretta
Anguissola - Carlo Caffarra - Enzo Delorenzi - Angelo Fiori
Giuseppe Morgante - Elio Sgreccia

Director responsable: Angelo Fiori

Director: Elio Sgreccia

Comité Científico: Evandro Agazzi - Adriano Bompiani
Vincenzo Cappelletti - Francesco Introna - J.F. Malherbe
Gonzalo Miranda - Pietro Quattrocchi - Angelo Serra
Dionigi Tettamanzi

México

Director responsable: Dr. José Kuthy

Director: Dr. Jesús Quirce

Comité Editorial: Dr. Juan Somolinos - Dr. José Ramírez
Dr. Andrés Lisci - Dr. Adolfo Martínez - Dr. Enrique Ruelas
Lic. Michael Ryan - Lic. Antonio Cabrera

INDICE

EDITORIAL	169
F. D'ONOFRIO, Luz y sombra en el diagnóstico de muerte cerebral	171
V. MELLE, Derechos y deberes de la medicina de predicción	183
C. MANGANELLI, F. FOCOSI, Problemas oculares ligados al empleo profesional de las terminales de computadora	201
Noticias<<flash>>	211

DOCUMENTACION

Del Magisterio del Santo Padre

I. El Papa a la Federación de los farmacéuticos católicos: Es necesario un código moral que regularice la distribución de los medicamentos	219
II. El Santo Padre a los enfermos y al personal médico del Hospital Cardarelli de Nápoles: Amar la vida del enfermo así como la propia	222
III. El Santo Padre a estudiosos de la regulación natural de la fertilidad: La responsabilidad para el amor es inseparable de la responsabilidad para la procreación	225

Del Magisterio Episcopal

I. Consultas C.E.I. por la sanidad y la asistencia: Indicaciones pastorales acerca de " Problemas y perspectivas pastorales de los ancianos no autosuficientes"	230
--	-----

NOTAS INFORMATIVAS

La situación de los ancianos en la sociedad italiana	233
II. Consultas C.E.I. para la sanidad y la asistencia. Indicaciones pastorales sobre "Los enfermos mentales"	234
III. El Consejo permanente C.E.I. por el día de la vida del 3 de febrero de 1991;" El amor para la vida es una elección de libertad"	240

NOTICIERO

Primera Reunión Internacional de Andrología, "diagnosticar la impotencia"	243
Seminarios de Psiquiatría en el Instituto Ricci	245

RECENSIONES 253

De la Literatura Médica Internacional	265
---	-----

Normas para los Autores	277
-----------------------------------	-----

Editorial

Al establecerse la Universidad Anáhuac, los motivos que su fundador perseguía eran los de “ofrecer a México generaciones enteras de líderes que, además de colocarse en primera línea por su preparación científica y profesional, pudieran ser fermento de humanismo genuino...”.

“En el campo de la medicina, cuyo objetivo es la persona humana y no edificios o simples máquinas, este ideal es especialmente importante y urgente, de tal forma que el médico debe estar dotado, no sólo de los conocimientos científicos y técnicos que el avance de la profesión le ofrece constantemente, sino también de un profundo sentido de humanidad. Desafortunadamente muchos profesionistas de la medicina, se han convertido en simples técnicos sin un verdadero interés por la persona humana que deben ver en el paciente, y aún en ocasiones imbuídos de una visión materialista, tecnicista y economista que nada tiene que ver con el humanismo...” (fragmento de una carta del P. Maciel, L.C. al Dr. José Kuthy Porter).

Los conceptos anteriores motivan aún más a los integrantes de la dirección de nuestra revista **Medicina y Ética**, a redoblar sus esfuerzos para continuar con la tarea que se han impuesto, procurando que la misma sea publicada con regularidad y velando porque su contenido avalado por el Consejo Editorial y, a su vez, autorizado por el “Centro di Bioetica dell’ Università Cattolica del Sacro Cuore. Facoltà de Medicina e Chirurgia A. Gemelli” en Roma, sea el más útil para los profesionistas de la salud de lengua española.

Este número contiene una aportación novedosa de los doctores Manganelli y Focosi al tratar el tema de los problemas oculares ocasionados por utilizar terminales de computadora. Es indiscutible que las computadoras se han ganado un espacio en nuestra vida diaria; esto es particularmente cierto en la práctica médica, en donde el empleo de las mismas se vuelve cada día más indispensable.

Los avances en las técnicas de la reanimación cardio-respiratoria aún después de que el corazón ha dejado de latir, representan para muchos médicos grandes incógnitas acerca de la conducta a seguir. Ha parecido importante que en este sentido, el presente número de nuestra revista publique dos importantes contribuciones que se refieren al aspecto de la muerte, una de ellas el artículo de V.M. Maldeme y el otro de F. d’Onofrio.

La medicina preventiva en sus aspectos éticos, como derecho y obliga-

ción a su accesibilidad para la población, debe ser objeto de cuidadosa meditación al leer el artículo que aquí se publica de V. Melle, seguramente será de gran interés para nuestros lectores a quienes recomendamos su lectura y, a través de ésta, una profunda reflexión sobre los aspectos éticos de su contenido.

Otras áreas, de interesante contenido ético se encuentran reseñadas en los diferentes apartados de este número de la revista **Medicina y Ética**, seguramente resultarán de interés para el lector consciente de la importancia de la temática, objeto de esta publicación.

La Dirección.



Luz y Sombra en el Diagnóstico de Muerte Cerebral.

*Felice d' Onofrio **

uede confundirse ética y emoción cuando tienen que ser ponderadas las listas en el campo biomédico y tecnológico en relación con la moral, ni tampoco la moral puede ser considerada como un hecho opcional en el plan racional.

Desde este punto de vista parece realmente imposible compartir la afirmación de Hans Martin Sass, el cual considera que, para la ciencia, la interpretación metafísica y religiosa no es utilizable. Según mi opinión esto parece querer provocar nuevamente una división entre ciencia y fe precisamente cuando tantas convergencias vuelven a tomarse en cuenta a la luz de una ciencia que no considera la estructura del hombre del mismo modo que una reacción química, cuando el resultado tiene una identidad propia, solamente cuando el producto que proviene de él ha asumido propiedades físico-químicas que lo caracterizan.

Para este fin él hace una interesante reseña partiendo de la diferenciación que en el embrión puede hacerse entre vida cerebral fase 1, fase 2 y fase 3 según Carnegie; fases que distinguen el desarrollo embrional en varios periodos según los días de vida después de la concepción; llega a la conclusión de que las fases iniciales del desarrollo como la fertilización y el anidamiento son menos significativas para un reconocimiento de la vida humana naciente, todo esto, según el autor, en analogía con la muerte cerebral declarada para los fines de la donación de órganos.

Las consideraciones de Hans Martin Sass llegan a un punto de moral bioética de gran importancia porque plantean cuestiones sobre la definición de vida o de muerte del cerebro en relación al problema de los trasplantes de órganos.

Realmente las opiniones expresadas por Sass podrían servir sobre todo como estímulo a un posible conflicto entre ética y moral y eso nos asombra porque este estudioso, entre varios títulos, tiene aquel de experto en ética en diferentes instituciones de prestigio de varios países extranjeros.

El problema del trasplante de órganos, cuando el corazón del donador

* Médico en el Hospital Médico de la Universidad de Estudios de Nápoles.

está todavía latiendo plantea la pregunta acerca de si la muerte de un órgano como el cerebro equivale a la de la persona, pero sobre todo qué es lo que se entiende por la muerte cerebral especialmente después de la relación del Presidente de la Comisión Médica para los Estudios de Problemas Éticos en Medicina Biomédica y en cuanto al desarrollo de la investigación.

Muerte cerebral: diagnóstico.

Para que pueda ser declarada la muerte cerebral es necesario que haya ausencia de toda función del cerebro y del tallo cerebral, que es aquella parte que une los hemisferios cerebrales con la médula espinal e incluye el puente, la médula oblongada y el mesencéfalo; el diencéfalo es considerado por algunos como parte del tallo cerebral (Medical dictionary Darland's illustrated B.B. Saunders ed., Philadelphia, Toronto, 1974, pág. 224). Según la relación del Presidente para los estudios de ética, la ausencia de las funciones cerebrales tiene que ser irreversible y estar bien definida en cuanto a su etiología. con la ausencia persistente de todas las funciones cerebrales después de observaciones y/o tratamientos; tienen que excluirse estados de hipotermia, intoxicación por medicamentos, encefalopatías metabólicas y estados traumáticos.

Si se le permite al organismo su natural evolución en ese estado, o sea sin el empleo de auxilios técnicos para la continuación artificial de la función cardio-respiratoria, en poco tiempo se alcanza el estado sucesivo, o sea la muerte biológica con la pérdida de actividades metabólicas, celulares, y los consecuentes procesos de degradación; se llega al fin de la vida orgánica en su sentido más pleno. Las conclusiones de la Comisión están inspiradas en dos preguntas bastante angustiosas que surgen frente al diagnóstico de muerte cerebral: 1) no se conoce todavía la parte del cerebro responsable del conocimiento y de la conciencia; 2) no hay seguridad en cuanto a la confiabilidad de los tests concernientes a la pérdida real de las funciones a nivel de varias zonas cerebrales, de la corteza y del tallo,

Parece necesario en primer lugar determinar que, científicamente, la muerte es un proceso y no un acontecimiento, también si por muerte se

entiende el posible paro de las funciones de todos los órganos, es al mismo tiempo cierto que no todos pierden su función al mismo tiempo sino que al contrario, hay una secuencia progresiva de paro. Todo esto puede depender también de la causa de la muerte: por ejemplo el paro cardíaco provoca en pocos minutos de anoxia la pérdida de la función del tallo cerebral; cuando termina en primer lugar la función respiratoria, el tallo cerebral pierde su actividad, en cambio el corazón continúa latiendo por 15-30 minutos. El paro cardíaco o respiratorio además, si es prolongado, provoca primero una alteración irreversible de la corteza cerebral, que es más sensible que el tallo a la hipoxia; consecuentemente una resolución de la funcionalidad cardíaca o respiratoria, después de un tiempo prolongado, lleva al individuo a una sobrevivencia de tipo vegetativo”.

Después de la muerte cerebral sigue una precipitada caída de las catecolaminas y eso provoca hipotensión y bradicardia. Hay que subrayar, sin duda, que solamente cuando el tallo cerebral está notablemente dañado existe la disminución de la producción de estos productos, o sea las condiciones en las que hay pérdida de función del hipotálamo y de las estructuras diencefálicas relacionadas con el control del sistema nervioso autónomo.

El silencio eléctrico cerebral, que expresa la ausencia de potenciales eléctricos de la corteza, no se asocia siempre con una reducida producción de catecolaminas. Es necesario entonces definir lo que es el estado vegetativo: es en realidad una anomalía fisioanatómica, más que una simple lesión, por lo que el paciente vive una vida meramente física sin actividad intelectual y es incapaz de comunicarse. En este estado el electroencefalograma, las tomas de flujo hemático cerebral y aquellas del metabolismo cerebral no nos darán datos previsores. En la muerte cerebral (entendida como participación de la corteza y del tallo) en cambio, además del silencio eléctrico, tiene que estar presente la hipotensión arterial por daño del centro vasomotor y por tanto vasodilatación; bradicardia por la pérdida de la función simpática; abolición del tono vagal por destrucción del núcleo ambiguo y, consecuentemente el test diagnóstico con la atropina, no serán eficaces para bloquear la bradicardia, del mismo modo no existirá sensibilidad a los medicamentos simpático-miméticos sobre los receptores cardíacos.

Muerte cerebral: sistema neurovegetativo.

Parece evidente por tanto que por muerte cerebral, junto con el silencio eléctrico, tienen que sobresalir las señales de la pérdida de las funciones controladas por el tallo cerebral, fundamentalmente la función respiratoria y aquella de la regularización vegetativa del corazón.

El hecho de que algunos autores hayan encontrado aumentos significativos de la presión sistólica y diastólica, además de latidos cardiacos en sujetos declarados muertos desde el punto de vista cerebral, y por tanto candidatos a ser donadores, después de un minuto desde la incisión del tórax, es un dato notable de interés científico y ético, aún más porque estas respuestas, según los autores hubieran tenido su máxima intensidad entre los 5 y 20 minutos después de la incisión. Hay que subrayar que en estos sujetos (10 casos) la muerte cerebral se ha declarado según los criterios de la comisión internacional.

En dos de estos pacientes podía ser también provocada una respuesta auditiva del bulbo al estímulo efectuado con un "click": la onda registrada es la expresión de la actividad periférica del nervio auditivo. En ambos enfermos, además, el estímulo cortical provocado estaba ausente pero podía ser registrada una onda con un promedio de latidos de 9 mseg de parte de un electrodo sobre la segunda vértebra cervical. Esta onda podría representar una actividad eléctrica de la parte superior de la médula espinal o de la parte baja del bulbo raquídeo.

Estos datos, de alguna manera desconcertantes, son interpretados por los autores invocando como causa de la hipertensión y de la frecuencia cardiaca un posible arco medular y/o una respuesta humoral de la médula suprarrenal como consecuencia de un estímulo por parte de un reflejo en el arco espinal.

La afirmación de una posible respuesta neurovegetativa a través de un arco reflejo medular merece alguna reflexión con el fin de evitar interpretaciones erróneas que puedan provocar confusiones acerca de los conceptos de anatomía y fisiopatología al estimular el sistema nervioso autónomo. Parece por tanto interesante el estudio de la sección experimental de la médula espinal: en esta condición experimental se observa no solamente una disminución de la actividad simpática, sino también una respuesta al estímulo por lo que concierne la excitabilidad de los nervios simpáticos como respuesta a unos estímulos eferentes".

Después de la sección medular se nota además una disminución o abolición de la frecuencia cardíaca, que es estimulada por reflejos barorreceptores transmitidos por medio del sistema bulbar al simpático, por lo que parece evidente que la normal coordinación de las actividades eferentes del simpático a nivel de los diferentes órganos se haga con la mediación del sistema sobrespinal. Eso, a pesar de que en algunas investigaciones experimentales se hubiera observado que la transección espinal disminuye pero no elimina completamente un reflejo de estimulación. La estimulación de la actividad espinal después de la transección espinal podría ser generada en el sistema intramedular extrínseco al sistema simpático periférico postganglionar ya que las largas vías espinales asegurarían al sistema simpático periférico postganglionar informaciones de la zona aferente de diferentes niveles espinales.

Es necesario recordar que todos los estímulos recibidos por los receptores cutáneos son transmitidos al tálamo y a través del fajo tálamo-cortical alcanzan la zona sensitiva del cerebro donde son elaborados; en cambio aquellos que provienen de los huesos, músculos, articulaciones y tendones alcanzan el cerebro por medio del fajo bulbo-talámico.

Según algunos autores habría mucha confusión en literatura acerca de la respuesta simpática y, en efecto, mientras que en los animales intactos la respuesta del simpático al estímulo es generalizada, en aquellos con sección medular es siempre segmentada. En efecto, el reflejo espinal en el animal intacto sufre una tónica inhibición sobrespinal, de todas formas en este último las conexiones a nivel de los receptores ya no son moduladas por las vías espino-bulbares interrumpidas.

Por tanto las reacciones al estímulo, además de apreciarse en la zona son observables en momentos breves después de la transección aguda.

¿Cuál sería entonces la causa de la respuesta del simpático, aunque sea de la zona y nunca generalizada, después de la transección espinal? Una explicación podría estar basada en el hecho que, después de la transección, con el estímulo doloroso en lugar de una inhibición tendríamos una estimulación del simpático. Según otros autores los reflejos simpático inhibitorios medulares bloqueados por las vías propias espinales podrían volverse evidentes después de la transección por la pérdida de la inhibición.

En las secciones medulares crónicas los resultados de las observaciones son muy escasos y, de todas formas, se refieren siempre a las vías nerviosas motoras y por tanto al arco reflejo, que normalmente se instaura después de la interrupción de las vías motoras espinales. Pocas observaciones se refieren al hombre con sección de la médula espinal porque, como parece bastante obvio, es difícil pensar que una causa traumática o patológica pueda reproducir en el hombre una sección espinal equivalente a la practicada en animales de laboratorio en investigaciones experimentales. De todas formas en el hombre, cuando ya no existen las conexiones entre el sistema barorreceptor y el sistema simpático periférico post-ganglionar por exclusión del tronco cerebral, hay hipotensión y bradicardia.

Parece difícil de explicar la afirmación acerca del aumento de la tensión arterial y la taquicardia después de la incisión cutánea en sujetos declarados muertos con el fin de donar órganos. Es simplista buscar una explicación plausible de esta eventualidad en un dato experimental que refleje una respuesta sectorial, y de la zona, que podría verificarse a través de un hipotético arco medular. Una reacción neurovegetativa; constituida por hipertensión y taquicardia después del estímulo doloroso, es una expresión de arco reflejo más amplio que encuentra en el tallo a niveles más altos, unas vías todavía más eficientes por lo que un sujeto con esa reacción no puede tomarse en cuenta para que llegue a los límites de la muerte cerebral con fines de donación.

Podemos por tanto afirmar que, particularmente en el hombre, con el deterioro de la función bulbar no es posible observar alguna respuesta sensitiva o motora a los estímulos dolorosos.

Muerte cerebral: validez del electroencefalograma.

Otro punto que nos deja perplejos es la observación, aunque poco frecuente, de una actividad electroencefalográfica en pacientes con un diagnóstico de muerte cerebral.

Se ha observado que en ocasiones existe cierta actividad lenta en las

estructuras profundas, como el tálamo y el puente, que no aparece a nivel de la corteza; en estos casos “se excluye la validez de la ecuación silencio eléctrico aún de larga duración igual a la muerte cerebral”.

Además de los posibles artefactos técnicos, la presencia de vestigios de actividad eléctrica, después de no existir integridad cortical, aún cuando estudios con irrigaciones con radio-isótopos demuestren ausencia de flujo sanguíneo cerebral, es expresión de una discrepancia.

La explicación de estos hallazgos se podría encontrar en la supuesta persistencia de un flujo sanguíneo cerebral mínimo a veces de difícil visualización a pesar de los radio-isótopos, o que haya una adecuada irrigación de determinadas regiones cerebrales responsables de los fenómenos eléctricos. Es posible además que las colaterales leptomeníngeas, procedentes de la circulación carotídea externa, sean también responsables de una, aunque sea limitada, irrigación cerebral. Diferentes autores señalan que la restante actividad eléctrica cerebral es más común cuando el electroencefalograma se hace en las 24 horas que siguen de la muerte cerebral.

Es interesante además la observación de otros según los cuales en cambio, en enfermos con máxima destrucción bilateral de los hemisferios cerebrales en presencia de un encefalograma isoelectrico, se encontraban funciones relativamente preservadas del tallo cerebral. En estas condiciones, aunque el electroencefalograma inicialmente es isoelectrico, sucesivamente se podía encontrar una actividad eléctrica a veces también con ritmo alfa. Aunque haya sido un caso aislado, en una ocasión, se encontró respiración espontánea durante el silencio eléctrico; en este caso es sin duda verdaderamente arriesgado tomar en consideración las anomalías eléctricas cerebrales en presencia de un estado persistente de vida vegetativa.

Existen observaciones que demuestran como, hasta en presencia de una lesión muy seria del tronco cerebral, se puede preservar la función de los hemisferios cerebrales expresada también por la persistencia de la actividad eléctrica cortical. Según Ferbert y sus colaboradores el potencial cerebral acústico evocado y el somatosensorial no son tests válidos para indicar la restante actividad eléctrica de los hemisferios en los que las vfas cruzan el tallo cerebral. Son interesantes además las conclusiones a las que han llegado algunos autores según los cuales el diagnóstico de muerte cerebral no debería

de involucrar ni requerir de la muerte de cada neurona, sino que un importante número de neuronas sea dañado de una manera irreversible, por lo que todas las actividades integradas de las neuronas del cerebro se hayan perdido.

Parece bastante claro, por los datos de la literatura, que la toma de actividad eléctrica cerebral es, hoy en día, un test todavía discutido para un diagnóstico de muerte cerebral ya que no siempre concuerda con otros tests neurológicos con el fin de confirmar con seguridad la pérdida irreversible de las actividades cerebrales.

Entre los diferentes tests diagnósticos, así como lo subrayan Allen y sus colaboradores, el de la apnea parece más útil para una válida demostración clínica de daño medular, por lo que es indispensable para la declaración de muerte cerebral. En cambio, según los mismos autores, el reflejo de la tos y el reflejo nauseoso no serían necesarios para la declaración.

A decir verdad, de acuerdo con Pitts y Caronia, me parece que estas afirmaciones confunden los límites médico-legales de una declaración de muerte cerebral que, siendo tal, tiene que fundamentarse sobre criterios extensivos y sobre hechos seguros.

Queriendo señalar sintéticamente los tests útiles para la toma de la función cerebral hay que recordar la sonografía transcraneal con "doppler", las respuestas somato sensoriales obtenidas, las respuestas obtenidas en el tronco cerebral, el bolo radioisotópico, y la tomografía computarizada con potenciales evocados por reflejos acústicos

Muerte cerebral: sistema nervioso y conciencia.

A pesar de los medios diagnósticos y del progreso técnico alcanzado hoy en día, el concepto de muerte cerebral es uno de los más difícilmente definibles, es la tierra de nadie donde las fronteras entre el misterio de la vida y de la muerte nos cofunden. No podemos, además encontrar un límite definido sobre todo porque no conocemos los mecanismos que regulan las conexiones funcionales entre las varias zonas del cerebro necesarias para el conocimiento, y aún menos sabemos si existen, y como podrían ser determinados, eventuales actos de conciencia subliminales.

La interrogante está ampliamente justificada por el hecho de que varias

zonas cerebrales, como ya lo dijimos, presentan grados distintos de vulnerabilidad hacia la carencia de oxígeno por lo que una parte del tejido cerebral puede estar todavía viva a pesar de que hayan terminado sus funciones o de que exista una depresión global (Colmant H).

La conciencia es también una realidad biológica que permite al hombre conocer el valor objetivo de su imagen y reconocer su cuerpo y la capacidad de dominarlo.

No se conoce todavía la exacta sede cerebral de la conciencia y si es que tenga que ser considerada en una concepción unitaria con el cuerpo o en una visión de dualidad, por lo que en la evolución del hombre se hubiera vuelto el verdadero “sujeto” respecto al resto del cuerpo que en relación con el cerebro sería “objeto”.

La conciencia es de todas formas una función que, gracias a una gran cantidad de impulsos periféricos sensitivos y sensoriales procedentes de todo el cuerpo, expresa la estrecha colaboración entre las zonas más arcaicas del cerebro (archicortex) y aquella de más reciente formación (neocorteza) que en la especie humana alcanza el máximo de la extensión y complejidad. La substancia reticular sería el lazo de las vías nerviosas que actúan sobre todas las actividades y sobre la unidad integral del organismo.

Además se pueden hacer hipótesis en cuanto a las interferencias de los estados de conciencia con el sistema endocrino y con el neurovegetativo, por lo que es verosímil que el estado de conciencia pueda también ser el resultado de una cooperación estrecha entre corteza y otras diferentes regiones cerebrales.

Conclusiones

Frente al drama de un hombre que muere, posible donador para trasplantes para efectuarse con “el corazón latiendo”, surge la plena responsabilidad de los médicos que tienen que decidir si realmente se encuentran en presencia de una persona cuya historia humana verdaderamente ha terminado y en la que los latidos cardiacos son ahora solamente una expresión de un residuo funcional de un órgano en un organismo en el cual todos los centros cerebrales están definitivamente apagados.

Para eso es necesario utilizar siempre nuevas técnicas diagnósticas que puedan, sin dañar al moribundo, dar datos para establecer la falta de irrigación de la sangre a nivel de todo el parénquima cerebral que representa, en resumidas cuentas, la garantía de la real pérdida irreversible de la función de los tejidos.

La época de los trasplantes es una realidad que expresa los altos niveles a los que se ha llegado en el campo de la técnica, la fisiología y de la inmunidad. Es una meta que hay que perseguir también porque, más allá de cualquier aspecto técnico-científico, ha vuelto sublime el valor de la vida; vida que no muere sino que se injerta en otro organismo deficiente casi como una llamita que pasa de una mano a otra para continuar iluminando el camino. En este acto de amor hay sin embargo que proteger el valor de la vida de aquel que dona y que de cualquier modo no podrá ni tendrá que ser nunca donador hasta que no se haya verificado aquel estado irreversible de muerte cerebral segura, por lo que el hombre no sólo ha perdido la posibilidad de realizar su personalidad en la libertad sino que ha llegado verdaderamente al final de su historia humana.

Resumen

El trasplante de órganos, y particularmente aquel para efectuar con "el corazón latiendo" del donador, ha vuelto actual el problema del momento de la muerte.

Indudablemente la muerte del cerebro con el consecuente fin de las funciones cardíacas y respiratorias es la señal más segura del final irreversible de una existencia. Es sin duda en cuanto a la averiguación de la muerte cerebral en todos sus niveles, ya sean corticales o del tronco, que todavía hoy en día en la literatura aparecen dudas y opiniones.

En esta óptica el autor refiere los datos de la literatura de los cuales emergen todavía resultados contrastantes sobre la validez de algunas averiguaciones diagnósticas como el electroencefalograma o aquéllos en relación a la funcionalidad neurovegetativa; especialmente en presencia de respuestas anormales o discrepantes.

J. Sass H.M., Brain and grain death: a proposal for a normative agreement, J.Med. Phyllos, 1989, 14(1):

1. Sass H.M., *Brain and grain death: a proposal for a normative agreement*, *J. Med. Phyls*, 1989, 14(1): 45-59.
2. O' Rahilly R., Mueller F., *Development stages in human embryos*, *Carnegie Inst. of Washington: Meriden Conn. Meriden Press*, 1987: :b37.
3. *President's Comission for the study of Ethical Problens in Medicine and Biomedical and Behavioral, Defining death. Medical, Legal and Ethical Issues in the Determination of Death*, Washington, D.C. Government Printing Office, 1981.
4. Jennet B., Plum F., *Persistent vegetative state after brain damage*, *The Lancet* 1972, 1:734-737.
5. Feibel J.M. *Reduced catecholamine excretion at onset of brain death*, *The Lancet* 1981, 18:890-891.
6. Walker A.E., *Pathology og brain death*, *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1978, 315:272-274.
7. Jennet, Plum, *Persistent vegetative state...*, *op. cit.*
8. Ouakine G.E., *Cardiac and metabolic abnormalities in brain death*, *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1978, 315:252; Vaghadia H., *Atropine resistance in brain dead organ donors*, *Anesthesiology* 1986, 65:711-712.
9. Wetzel R.C., Setzer N., Stiff J.L., Rogers M.C., *Hemodynamic responses in brain dead organ donor patients*, *Aesth, Analg.* 1985, 64:125-128.
10. *President's Commission...*, *Defining death...*, *op. cit.*
11. Tobajorg W., Jorgensen E.O., *Evoked cortical potentials in patients with "isoelectric E.E.fs"*, *Electoencephalogr. Clin. Neurophysiol* 1972, 35:301-309; Klug N., *Brainstem auditory evoked potentials in syndromes of decerebration and in central death*, *J. Neuro.* 1982, 227:219-228.
12. Wetzel, SETzer et al. , *Hemodynamic responses...*, *op. cit.*
13. Magro A., Osswald w., Reibd, Vanhouite P., *Central and pheripheral mechanisms of cardiovascular regulation*, *Series A: Lite Sciences* 1984, 109:331-352.
14. Gebber G.L. Barman S.M., *Inhibitory interaction between preganglionic sympathetic neurons, en "Nervous System and Hypertension. Perspectives in Nephrology"*, New York: P. Mayer and H. Schmitt (eds), J. Wiley and Sons, 1979:137-145.
15. Dembowsky K., Czachurrsk, Sellaer H., *An intercellular study of the synaptic input to sympathetic preganglionic neurones of the third thoracic segments of the cat*. *J. Auton. Nerv. Syst.* 1985, 13:201-244.
16. *Cfr. Magro, op. cit.*
17. Mannhard A. Polosa C., *Analysis Of Background firing of single ssympathetic neurons of cat cervical nerve*, *J. Neurophysid* 1973, 36:398-408.
18. Beacham W.S. Perl E.R., *Background and reflex discharge of sympathetic neurones in the spinal cat*, *J. Physiol.* 1964, 172:400-416.
19. Koizumi K., Erooks C. McC. *The integration of autonomic System reactions: a discussion of autonomic reflexes, their control and their association with somatic reactions*, *Ergebnisse der Physiologic* 1972, 67:1-68; Stato A., Schmidt R.F., *Somatos sympathetic reflexes: afferent fibers, central pathways, discharge characteristics*, *Physiol, Rev.* 1973, 53:916-947.
20. Araki T., Ito K., Kurosawa M., Sato A., *Responses of adremal sympathetic nerve activity and catecholamine secretion to cutaneous stimulation in anesthetized rats*, *Neuroscience* 1984, 12:289-299.
21. Coote J. M. Sato A., *Supraspinal regulation of spinal reflex discharge into cardiac sympathetic nerves*, *Brain Res* 1978, 142:425-437.
22. Malmstein J., *Time course of segmental reflex changes after chronic spinal cord hemisection in the rat*. *Acta Physiol. Scand* 1983, 119:435-443.
23. Kummel H., *Activity in sympathetic neuron supplying skin and skeletal muscle in spinal cars*. *J. Auton. Nerv. Syst.* 1983. 7:319-327.
24. AAlguirre P. *La evaluación del paciente en estado de coma*, *Stampa Médica* 1990, 496:37-46.
25. Brazier M.A.B., *Electrical activity recorder simultaneously from the scalp and deep structures of the human brain*, *J. Nerv. Dis.* 1968, 147:31-34; Silverman D., Sauders M. G., Schwab R. S., Masland R. L.,

- human brain, *J. Nerv. Dis.* 1968, 147:31-34; Silverman D., Saunders M. G., Schwab R. S., MASLAND R. L., *Cerebral death and the electro encephalogram, Report of the AdHoc Committee of the American electroencephalographic society on EEG. Criteria for Determination of Cerebral Death, J. Amer. Med. Ass.* 1969, 209:1505-1510; Visser S.L., two cases of isoelectric EEGs apparent exceptions proving the rule, *Electroenceph. Clin. Neurophysiol* 1969, 26:449-453.
26. Paolozzi C., Bravaccio F., *la exploración funcional del encéfalo en los estados de coma. Panorama sanitario* 1980, V:1-19.
27. Grigg M.M., Kelly M.A., Celesia G.G., Ghobrial M.W., Rosse R., *Electroencephalographic activity after brain death, Neuro* 1987 44:948-954.
28. Korein J., Braunstein P., George A., *Brain death: I. Angiographic correlation with the radioisotope bolus technique for evaluation of a critical deficit of cerebral blood flow, Ann Neurol* 1977, 2:195-205; Goodman J.M., Heck L.L., *Confirmation of brain death at bedside by isotope angiography, JAMA* 1977, 238:966-971.
29. Toffol G., Lansky L., Hughes J.R., *Pitfalls in diagnosing brain; death in infancy, J. Child* 1987, 2:134-138.
30. Aswal S., Schneider S., *Failure of electroencephalography to diagnose brain death in comatose patients, Ann Neurol* 1979, 6:512-517.
31. Gaches J., Caliskan A., Findh F., *Contribution a l' étude du coma dépassé et de la mort cerebrale (étude de 71 cas), Paris: Semin Hop.*, 1970, ub:1487-1497; Jorgensen P.B., Jørgensen E.O., Rosenkint A., *Brain death pathogenesis and diagnosis, Acta Neurol Deand*, 1973, 49:355-367; Power D.J., Fromm G.H., *The electroencephalogram in the determination of brain death, N. Engl. J. Med.* 1979, 300 (9):502.
32. Cfr. Grigg, Kelly, et al., loc. cit.
33. Jennet b., Plum F., Loc. cit.
34. Bouros A.R., Henry C.E., *Electrocerebral silence associated with adequate spontaneous ventilation in a case of fat embolism, Arch, Neurol.* 1982, 39:314-316.
35. Darby J., Yonas H., Brenner R.P. *Brain stem death with persistent EEG activity: evaluation by xenon enhanced computered tomography, Crit. Med.* 1987, 15:519-521.
36. Ferbert A., Buchner H., Ringelstein E.B., Hacke W., *Brain death from infratentorial lesions: clinical neurophysiological and transcranial. Doppler ultrasound findings, Neurosurg, Rev.* 1989, 12:341-347.
37. Grigg, Kelly, et al, loc. cit.
38. Allen N., Burkholder J., Coniscioni J., *Clinical criteria of brain death., Ann. N.Y. Acas. Sci.* 1978, 315:70-96.
39. PiHs. L.M., Caronna J., *Neurosurgical Forum, J. Neurosurg.* 1982, 57:433.
40. Bode H., Saver M., Pringsheim W., *Diagnosis of brain death by transcranial doppler sonography, Arc. Dis. Child,* 1988, 63:1474-1478.
41. Ganes T., Lundar T., *EEG and evoked potentials in comatose patients with severe brain damage, Electroenceph. Clin. Neurophysiol.* 1988, 16:492-497.
42. De meiriler I.J., Taylor M. J., *Evoked potentials in comatose children auditory brain stem responses. Pediat. Neuro.* 1986. 2:31-34.
43. Goodman J. M., Merck L.L., Moore B.D., *Confirmation of brain death with portable isotope angiography: a review of 204 consecutive cases, Neurosurgery* 1985, 16:492-497.
44. Cfr. D'Onofrio F., *Muerte cerebral: Reflexiones, Medicina y Moral,* 1986, 1:73:78.
45. Eccles J. C., *Donde vive el alma, Speciales Doctor's* 1988: 99-104.

Derechos y Deberes de la Medicina de Predicción

Síntesis y consideraciones al margen de un reciente Seminario.

*Vicenza Melle**

El seminario sobre “Aspectos bioéticos de la medicina de predicción”, organizado en Roma en el noviembre 1990 por el Centro de Bioética del Instituto Gramsri, ha presentado una amplia panorámica sobre las posiciones de la bioética laica en cuanto al tema de la medicina de predicción.

La ocasión nos ha parecido interesante por dos tipos de razones: por la novedad del argumento propuesto y por la presencia de exponentes significativos de la bioética laica, como Antonio Di Meo, Eugenio Lecaldano, Stefano Rodotà y otros.

Es necesario hacer en primer lugar una premisa sobre el significado de los términos laico y católico que utilizaremos en las páginas que siguen.

Los dos términos no deberían de oponerse si por laicidad debiera entenderse la búsqueda de un fundamento racional pero, en la aceptación semántica más común, la expresión bioética laica quiere indicar el “razonar fuera de la hipótesis de Dios”.

La bioética católica en cambio, se mueve en el horizonte teísta, pero sus presupuestos no se apoyan en el fideísmo; más bien se fundamentan sobre conceptos metafísicos de persona, bien, valor. La bioética católica, por tanto, no reniega de la ética racional pero, inspirándose en la filosofía personal antológica, reconoce que la razón tiene la capacidad de examinar la verdad objetiva de los valores.

Desde aquí surgen las diferencias filosóficas: la bioética católica, habiendo sido fundada según la ontología, propone criterios absolutos; la bioética laica, sin fundamentos metafísicos, se mueve en un horizonte de subjetivismo.

En cuanto a la importancia y novedad del asunto tratado, el concepto de medicina de predicción se refiere a las posibilidades ofrecidas por la nueva genética, de predecir, por medio de procedimientos diagnósticos, la expresión fenotípica futura de una enfermedad.

La predicción se refiere por tanto a eventos que se verificarán después de un tiempo, aún considerable, en relación con el momento en el que se efectúa el examen en personas que, en el momento del diagnóstico pueden estar absolutamente sanas.

El horizonte de la medicina de predicción podría parecer, en un principio, estar conectado con el de la medicina preventiva, precisamente en su significado más positivo podría representar el primer momento de un “inter” preventivo.

Pero en el terreno de la prevención surgen las principales problemáticas éticas.

En la actualidad es posible efectuar diagnósticos de una enfermedad genética, con manifestación fenotípica en el futuro, sin lograr evitar ni el aparecer de su patología ni tampoco su evolución: por tanto, predicción sin prevención o más radicalmente sin posibilidad de terapia.

La bioética laica supera esta divergencia (predicción/prevención) apoyando, en la prevención la interrupción voluntaria del embarazo, que se vuelve el medio para “prevenir” el nacimiento de un sujeto enfermo.

Es evidente que en este terreno de prevención (prevención de nacimiento y no de la enfermedad) la bioética laica y la bioética católica pueden encontrarse únicamente en dos frentes diametralmente opuestos.

En cuanto al diagnóstico prenatal, sin duda la comparación choque con las posiciones católicas (el embrión objeto o sujeto parcial y el embrión sujeto con derechos), que examinaremos después, era previsible.

En cambio en el ámbito del diagnóstico post-natal, menos tratado y menos debatido, se podían prever mayores posibilidades de convergencia. Efectivamente, sólo por algunos aspectos se han encontrado referencias a principios éticos comunes, pero en general las opiniones divergentes no son pocas y tampoco de poca importancia.

Nos ha parecido interesante comparar las dos concepciones filosóficas-éticas para tomar en cuenta los principios que sostienen ambas, y además la diferencia de derechos y obligaciones que derivan de estos principios.

Medicina de predicción en la época prenatal

Los aspectos de importancia ética que se enfrentan en cuanto al diagnóstico prenatal han sido los siguientes:

El acceso al diagnóstico prenatal; el esmero en el dictamen; el consejo genético post-diagnosis; la dignidad del embrión humano; el diagnóstico

prenatal de una enfermedad genética con un surgimiento fenotípico en la edad adulta.

Consecuentemente a los datos recientes publicados en la literatura, Nadia Bricarelli ha indicado la opinión expresada por diferentes centros de consulta genética en relación al acceso al diagnóstico, apoyándose en las características de las parejas o de las mujeres que la requieran: la presencia de embarazos con grandes riesgos, las motivaciones psicológicas maternas, los padres que rehúsan el aborto, la elección del sexo.

Es evidente que la presencia de un efectivo riesgo de enfermedad del concebido es considerada por todos como un criterio válido y aceptable, según el diagnóstico.

La tabla siguiente señalada durante la clase, sintetizando algunos datos que aparecieron en un reciente artículo de Wertz y colaboradores, indica el porcentaje de centros que consideran aceptable o no aceptable el acceso al diagnóstico en cuanto a los siguientes parámetros: la ansiedad maternal, los padres que rehúsan el aborto y la elección del sexo.

TABLA 1
El Acceso al Diagnóstico Prenatal

Elección-indicaciones	Opinión favorable	Opinión contraria
- Ansiedad maternal	75%	25%
- Padres que rehúsan el aborto	86%	14%
- Elección del sexo	25%	75%

Desde el punto de vista ético la Bricarelli ha provocado notables dudas sobre la validez del criterio de la ansiedad materna (¿es lícito arriesgarse a un aborto no por indicaciones médicas sino simplemente para calmar la ansiedad de la madre?) y se ha mostrado abiertamente en contra del criterio de la elección del sexo.

Estas posiciones aparecen perfectamente repartidas en el horizonte de la bioética católica: nos parece sin embargo un motivo de seria preocupación la posibilidad que un número, aún siendo pequeño, de centros de consulta genética (14%) consideren no aceptable el acceso al diagnóstico para los

padres que rehusan el aborto. Considerar que el acceso sea posible solamente para los que están en pro del aborto representa un índice preocupante de una mentalidad que considera el dictamen diagnóstico fatal inseparablemente conectado a la interrupción voluntaria del embarazo.

Sobre el asunto del acceso al diagnóstico prenatal se ha detenido también Stefano Rodotà, quien se ha expresado en favor de un acceso completamente libre al diagnóstico.

El argumenta una motivación de tipo cultural: establecer una lista de patologías para autorizar el acceso al diagnóstico que induciría a la mujer a pensar que tenga que ser socialmente exigida la interrupción voluntaria del embarazo ya que hubiera recibido un dictamen fatal.

El problema del modelo cultural, en nuestra opinión, entra en la relación entre verificación de patología e interrupción voluntaria del embarazo, pero la solución no está en el negar el significado exacto del diagnóstico prenatal (o sea su objetivo que sería el diagnosticar una patología) sino en la propuesta de un modelo cultural que interrumpa la relación entre presencia de patología y aborto.

Los médicos que están en contra del aborto, que practican el diagnóstico prenatal, y los padres que están en contra del aborto que lo requieren, son la expresión del hecho de que el diagnóstico prenatal pueda seguir teniendo su significado sin ser por eso "causa del aborto".

El médico, que está en contra del aborto, en especial, en el transcurso del consejo genético puede ponerse como filtro de eventuales presiones sociales en la interrupción del embarazo voluntario.

En cuanto al esmero del diagnóstico, Nadia Brincarelli ha subrayado dos importantes aspectos: la presencia de falsos positivos y la difícil correlación entre cariotipo y fenotipo.

En cuanto al primer punto, o sea la presencia de falsos positivos el problema ético es muy evidente: la presencia de falsos positivos puede inducir a los padres al aborto de un feto sano.

La correlación falsos positivos-acceso al diagnóstico prenatal no ha sido considerada en lo absoluto en el seminario, sin embargo, a nosotros nos parece un problema de notable importancia ética que, a pesar de los problemas ya anteriormente indicados sería de por sí suficiente para justificar una limitación

bastante estricta del acceso al diagnóstico.

En efecto, el problema de falsos positivos y del aumento de abortos en los fetos sanos aumenta en relación al número de mujeres que aceptan el diagnóstico prenatal: si el acceso está limitado a un pequeño número de personas el aumento, en valor absoluto, será bastante bajo, si en cambio el acceso es libre y el flujo de las parejas es masivo, el aumento en valor absoluto será extremadamente elevado.

La difícil correlación entre cariotipo y fenotipo le provoca al doctor en genética muchas dificultades para transmitir el dictamen. El doctor en genética, como ha justamente subrayado Nadia Bricarelli, tiene que dar informaciones bastante exactas sobre la alteración de los cromosomas, sin tener, sin duda, elementos suficientes para correlacionar el hallazgo a la expresión fenotípica de la patología.

Grave dilema, éste, sobre todo si consideramos que la pareja puede estar tentada a decidir interrumpir el embarazo en base a las informaciones recibidas.

Las capacidades y la responsabilidad profesional del doctor en genética son indispensables requisitos para un consejo genético.

En cuanto al consejo post-diagnóstico los datos de la literatura, indicados siempre por Bricarelli, han puesto en evidencia una relación entre la decisión de interrumpir el embarazo en base al dictamen diagnóstico de patología cromosómica ligada al sexo y modalidades de transmisión del susodicho dictamen. De una manera particular esta correlación ha surgido en un estudio de Robinson y colaboradores que ha llegado a estas conclusiones: en los casos en los que los padres han tenido de entrada una consulta con el doctor de genética, el porcentaje de las parejas que ha decidido llevar a cabo el embarazo se ha mantenido de una forma significativamente más elevada en relación con las parejas que han recibido el dictamen diagnóstico por el médico de cabecera (anteriormente informado por el médico en genética).

Por estos datos podemos fácilmente deducir que el "counseling" directo, que se encarga de informar de manera más completa y exacta acerca de las características de la patología, (sobre todo en el caso de malformaciones de los cromosomas ligadas al sexo) resulta más "eficaz", en relación a la defensa de la vida del que está por nacer.

Probablemente la realidad de estos datos, aún muy subrayada por la Bricarelli, no ha recibido el debido cuidado en sus intervenciones y en el debate.

Es evidente que desde el punto de vista de la bioética personal, prevalecientemente de inspiración católica, "prevenir la interrupción voluntaria del embarazo" representa siempre una realidad de indudable valor ético positivo.

Sin embargo, también desde el punto de vista de la bioética laica la reflexión en cuanto a este aspecto debería ser motivada.

Efectivamente, aún imaginándonos que la libertad sea el valor principal, en nuestra opinión, el derecho a la información científica pobre, parcial o sin más no exacta, representa una muy grave limitación a la elección libre de la pareja.

En cuanto a la dignidad del embrión humano, las opiniones no se han mostrado concordes durante los trabajos de este seminario.

Bruno Bramati considera que el feto puede ser considerado "persona solamente después de 24 semanas tomando como referencia los conceptos: la vitalidad y la auto-conciencia.

En cuanto a la vitalidad: ¿cómo podemos sostener que antes de la 24a. semana el embrión o feto no tenga vida? A menos de que por "vida" se entienda la capacidad del feto de vivir fuera del útero materno, pero este límite en cuanto al que está por nacer es completamente arbitrario.

El referirse a la autoconciencia como criterio para definir a la persona humana parece igualmente inexplicable: ¿se puede hablar de autoconciencia en el feto después de la 24a semana o de autoconciencia de un neonato o de un niño en la primera infancia, o de autoconciencia en el caso de un enfermo mental?

Flavia Bernasconi considera impropio resolver el problema de la identidad del embrión solamente al interior de convenciones biológicas; "el embrión no es material biológico abstracto, sino más bien potencialidad de persona humana"

La solución está en éstos términos: ¡No a los límites biológicos! ¡Sí a los límites experimentales!; en otras palabras, ¡Sí a la experimentación sobre el embrión o feto! con tal de que sea útil para mejorar las técnicas de fecundación en vitro para curar la esterilidad.

La respuesta nos parece estrictamente utilitaria; al final se rehúsa cualquier evaluación sobre la identidad del embrión, biológica y no: la dignidad del embrión existe en función de la utilidad para la ciencia o en función de las vivencias de la madre (el embrión en el útero es diferente al embrión *in vitro*).

Sobre el diagnóstico prenatal parece tener prioridad el derecho que los padres tienen de decidir la interrupción o no el embarazo y por tanto, obtener previamente todas las informaciones posibles sobre la salud futura de su hijo.

También, desde el punto de vista ético, sobre la falta de respeto hacia la vida, surgen ciertas contradicciones si los padres deciden interrumpir el embarazo, porque el principio de autonomía, considerado de primera instancia en la vida postnatal, es infringido en la condición prenatal.

De lo anterior surge entonces la contradicción sobre: la autonomía absoluta en el diagnóstico postnatal y la absoluta dependencia en el diagnóstico prenatal.

Esta contradicción es, en nuestra opinión, la prueba del hecho en el que el principio de autonomía propuesto como prioridad en relación con todos los demás principios éticos, no pueda llevarse a cabo y ser protegido por todos de la misma manera.

De lo anterior nos enfrentamos a un subjetivismo paradójico: primero, el principio de autonomía propuesto como un criterio absoluto, abre fácilmente el camino en favor de quien sabe hacer valer sus derechos y en perjuicio de quien no tiene aun la capacidad psicofísica para exigir que se le respeten.

Los aspectos filosóficamente selectos han sido tratados por Eugenio Lecaldano quien retoma los aspectos filosóficos sobre estos tratados. Estudiando en contraposición la ética católica que pone en primer lugar la intención en el ámbito del diagnóstico prenatal (intención de abortar - negativa; intención de no abortar - positiva), y la ética laica de la vida que pone mayor énfasis en el hecho dejando en segundo término la intención

Lecaldano ha estudiado en contraposición la ética católica o ética de lo sagrado de la vida que pone en primer lugar la intención en ámbito de la diagnosis prenatal (intención de abortar - negativa; intención de no abortar - positiva) y la ética laica o ética de lo no sagrado de la vida que se interesa al hecho, no tomando en cuenta la intención.

En este último caso se volverá importante para la evaluación ética el considerar quien efectúa el acto diagnóstico y cuando es éste efectuado

En este caso se vuelve de suma importancia para la evaluación ética el considerar quién efectúa el acto del diagnóstico y cuándo es éste efectuado.

Esta afirmación a cargo de la ética católica - que además es también racional está extremadamente resumida: es cierto que la ética cristiana en general considera importante la intención del acto moral, pero es también cierto que hay que considerar si es lícito el acto mismo fundamentándose en criterios de moralidad objetiva; no es lícito tener la intención de abortar, sobre todo porque esta intención prepara el "hecho" de abortar, que objetivamente es un homicidio.

La solución propuesta por Lecaldano supera en efecto el problema: "todos tienen derecho de acceder al diagnóstico prenatal, todos pueden hacerla, todos tienen el derecho de expresar su desacuerdo". Esta conclusión que se apoya en un absoluto subjetivismo, toma en consideración los derechos de todos, exceptuando los del feto, que no sería por lo tanto un sujeto humano y un sujeto con derechos (ni siquiera el más elemental derecho de vida).

En la profesión médica no nos parece posible una ética subjetiva de un modo absoluto ya que toda la medicina se desliza en el ámbito de unas indicaciones médicas objetivas y de predicción, con el mayor esmero posible en cuanto al riesgo, desde el punto de vista de querer ayudar a la persona.

La referencia a criterios válidos y objetivos está para proteger la confiabilidad del médico y su reponsabilidad profesional y su comportamiento no puede perderse en el subjetivismo absoluto, negando completamente la objetividad de los conocimientos científicos (la evaluación de la existencia, de la gravedad de la patología y la eficacia de la terapia).

Tampoco se puede considerar que el acto médico nunca podrá llegar a ser un acto de exclusiva responsabilidad del paciente, porque ésto significaría "restarle personalidad" al médico volviéndolo un mero instrumento.

No estamos de acuerdo con el punto de vista, que defiende una especie de paternalismo, en lugar de rehusar una desociación/disonancia en la persona del médico entre el plan de conocimiento-intelectual y aquél ético de comportamiento.

El modelo cultural de la subjetividad absoluta no sólo implicaría siempre un acuerdo entre médico y paciente (hay casos en los que este acuerdo no es

materialmente posible, como entre el médico y un enfermo grave sin conocimiento) pero lleva con el tiempo a la progresiva pérdida del "sentido de la objetividad" en la medicina como ciencia y del "sentido de la responsabilidad" del médico como profesionalista.

En materia del diagnóstico prenatal, durante el seminario, no ha sido propuesto el problema ético de la elección de las técnicas del diagnóstico prenatal.

Sobre todo, en cuanto a la amniocentesis y a la biopsia de las rugosidades coriales, no han sido suficientemente subrayadas algunas diferencias, que en cambio merecen por unanimidad la debida atención.

En cuanto a la amniocentesis, por el análisis de muchas investigaciones presentes en literatura, parece estar conectada a un riesgo de aborto inferior respecto a la biopsia de las rugosidades coriales, en el caso de la biopsia de las rugosidades coriales se nota además un aumento de falsos positivos, son evidentes o ya ampliamente tratados.

Medicina de predicción en la época postnatal.

El costo de la "corea de Huntington", enfermedad genética con manifestaciones fenotípicas en la edad adulta, es señalado como paradigmático. La "corea" es en efecto una patología grave, no curable con una evolución progresiva, que permite una vida perfectamente normal durante cierta cantidad de años.

Se trata por lo tanto de una situación que expresa una evidente disociación entre predicción y prevención/terapia.

La bioética subjetiva que, en el caso que el diagnóstico prenatal supera este "gap" mediante la interrupción voluntaria del embarazo, se encuentra el caso de la "corea" sin ninguna posibilidad de solución. La predicción en la época postnatal tiene que ser concebida sin ningún fin; o sea el conocimiento puede tener valor únicamente como conocimiento.

Los aspectos de importancia ética a los que nos hemos enfrentado han sido los siguientes: el acceso a los diagnósticos por el adulto de mayor edad; el acceso a los diagnósticos por el menor; el secreto profesional y la información a otros.

Marina Frontali ha propuesto que a todos los sujetos capaces de entender se les permita el acceso al diagnóstico postnatal de enfermedad genética que surge tarde, aunque no sea curable.

A diferencia de lo que es señalado en literatura en cuanto a la evaluación psicológica prediagnóstica, Frontali considera que en la consulta no es justificable, en el plan ético, un acercamiento psicológico con anamnesis psiquiátrica para aquél que necesita el diagnóstico, con la intención de prever la reacción psicoemotiva como resultado de un eventual dictamen fatal. Con esta actitud no estamos de acuerdo por varias razones.

En primer lugar porque el respeto a la autonomía y a la libertad tiene que ser concebido, en nuestra opinión, desde el punto de vista del respeto absoluto por la vida. Puede existir y de hecho existe en diferentes sujetos una conexión entre esta situación y estados depresivos muy graves; han sido señalados en la literatura también algunos casos de suicidio por el dictamen diagnóstico fatal.

En nuestra opinión no se puede considerar como racional la eventual elección de quitarse la vida, como Frontali parece afirmar.

Es evidente que el suicidio es concebido como una elección "éticamente posible" dada la conveniencia de un acercamiento psicológico, es más, el mismo acercamiento hacia quien requiere del diagnóstico, pierde completamente su significado.

También viendo la bioética laica, o mejor, subjetiva, que considera el respeto de la autonomía más importante en relación con la defensa de la vida física, el sostener la importancia de un acercamiento psicológico prediagnóstico no significa limitar la autonomía, sino más bien, considerar que ciertas condiciones, por ejemplo el no conocimiento de un estado depresivo latente, puede impedir al sujeto evaluar completamente las consecuencias que sobre su psique podría tener un dictamen fatal.

En cuanto al acceso del diagnóstico postnatal por el menor, las opiniones se han mostrado contradictorias. En principio, se ha considerado que los padres no puedan requerir el test diagnóstico de predicción para el hijo menor. Stefano Rodotà explica esta prohibición al referirse a la autonomía, en nombre de este principio existe por cada persona el derecho de decidir como regularizar el flujo de las informaciones sobre su estado genético y no que, *prima facie* se resume en el derecho a no saber.

O sea, si sólomente yo puedo decidir lo aferente y lo eferente (input - output) de información que me concierne, entonces existe para todos un deber respetar mi derecho "prima facie" de no saber, a menos de que yo no exprese claramente la voluntad de saber.

Marina Frontali ha interpretado el derecho a no saber de una manera menos absoluta, señalando que una interpretación inflexible de este derecho significaría, de hecho, la imposibilidad de efectuar la gran mayoría de los tests de predicción: a menudo a la exigencia de querer saber de un sujeto acerca de su estado genético (derecho a saber), que requeriría la investigación genética de otros componentes de la familia, se opone otro derecho "prima facie" de no saber.

La Frontali para resolver el dilema de la prioridad de los derechos propone la referencia a "una ética experimental", más que a una ética teórica que se fundamente en principios absolutos y expresa notables dudas acerca de que sea éticamente correcto, prohibir al menor, sólomente por ser menor, el someterse al test. Además, al igual que los demás asistentes al seminario, la Frontali ha considerado difícilmente justificable una respuesta positiva al pedido de los padres de someter al test al hijo menor, ya que pareció imposible que los padres puedan no revelar al hijo lo que ellos saben sobre su estado de salud, con respeto de su derecho de prioridad a "no saber".

En la bioética personal que se basa en la ontología las situaciones, en materia del diagnóstico genético postnatal de enfermedad con una aparición fenotípica, en un futuro muestran divergencias importantes respecto a aquellas de la bioética laica.

Precisamente consideramos que hay que marcar las diferencias en el sujeto que requiere del diagnóstico.

En el caso del adulto de mayor edad, los procedimientos diagnósticos pueden ser encaminados de una forma lícita, pero sólomente después de un cuidadoso examen psicológico del requirente con una anamnesis psiquiátrica.

En el caso del sujeto menor consideramos éticamente un deber prohibir el acceso al diagnóstico. En nuestra opinión esta prohibición representa una medida prudencial considerando las posibilidades de que el diagnóstico de una enfermedad incurable pueda tener serias consecuencias sobre el equilibrio psíquico del sujeto, sobre todo si es un adolescente. Además también en otros

campos de la medicina, como ejemplo en el caso de la donación de órganos se vuelve a proponer el problema del consentimiento del menor.

Las normas deontológicas que excluyen al sujeto menor están motivadas por la necesidad de protegerlo frente a circunstancias de mucha dificultad y presuponen también una no alcanzada madurez psicológica.

En caso que el diagnóstico de una enfermedad incurable con características fenotípicas futura merece un cuidado especial. Ya sea el acercamiento psicológico en la consulta prediagnóstica así como la exclusión de sujetos menores de edad son expresiones de un cuidado hacia las vivencias psicológicas del sujeto y sobre todo a la necesidad de asegurar el pleno conocimiento del pedido preferimos, en otras palabras, sacrificar el derecho de algunos, de no saber de los demás.

En cuanto a la petición de los padres sobre el hijo menor, consideramos, en principio, que una respuesta positiva puede ser éticamente aceptable, en cuanto al conocimiento del dictamen podrá hacer que se reciban mejor los procesos patológicos de algunas enfermedades cuando éstas aparecieran

Sin embargo es siempre necesario una anterior evaluación psicológica de la capacidad de los padres de recibir un posible dictamen fatal, buscando en lo posible, asegurarse que dicho dictamen no le será revelado al hijo, hasta que éste no haya alcanzado la mayoría de edad y siempre tomando en cuenta su capacidad psicológica para recibir esta información.

Indudablemente, ya sea la decisión de no conocer o aquélla de conocer y no revelar, si no es en determinadas condiciones, requieren un notable compromiso moral y una gran fuerza de voluntad, pero estamos convencidos de que la gravedad de la patología y las especiales situaciones psicológicas ligadas a ella, requieren de esmero y de cuidado por el acceso de las informaciones y sobre todo por su revelación futura. Todo esto permite sugerir una evaluación cuidadosa de cada caso y de las circunstancias.

La adopción de esos criterios en la bioética personal ontológica se justifica con el primordial principio del bien objetivo del enfermo (o del futuro enfermo): el criterio de la revelación de la verdad tiene que estar en armonía y someterse al principio del respeto hacia la vida.

La protección del principio de autonomía vuelve a proponerse en toda su importancia en el caso de la petición de una información genética de parte de

terceros (jefe en el trabajo, compañías de seguro). En este ámbito surgen muchos aspectos en común entre bioética subjetivista y bioética personal.

En el ámbito europeo, que resumimos brevemente, ha sido objeto de nuestro interés hacia otros estudios.

En cuanto a la petición del jefe de trabajo surge, con particular importancia ética, el problema del riesgo para el trabajador y para terceros, en lo que se refiere a la profesión que el trabajador desempeña.

Los riesgos ligados en el comienzo de la "corea" (debido por ejemplo a los primeros momentos de desorden mental y de molestias de la memoria) son completamente diferentes si el sujeto desenvuelve la profesión de enseñante o la de piloto (ya que en este último caso podría causar la muerte de centenares de personas).

Desde este punto de vista nos parece posible que determinadas profesiones, y sólo estas, por sus especiales características, puedan requerir el diagnóstico de específicas enfermedades genéticas, antes de ser admitidos a un trabajo.

Al derecho del jefe de trabajo de requerir la información genética pre-admisión en el caso de trabajos específicos, corresponde el deber para el trabajador y para el médico de revelar la información genética de la que tienen conocimiento.

El diagnóstico genético pedido por las compañías de seguros parece, en un principio inaceptable, ya sea bajo el perfil ético o bajo el jurídico.

Según las directivas del Parlamento Europeo los seguros no tienen ni el derecho de pedir antes o después en un contrato de seguro ninguna información genética ni tampoco de ser informadas acerca de datos genéticos en poder del interesado. Es en efecto un deber de los seguros encargarse de los riesgos futuros y no excluirlos.

En Estados Unidos, como lo ha señalado Rodotá, no es posible una clara separación entre dos fuentes de petición (jefe de trabajo y seguro) porque las empresas en muchos casos incluyen en las retribuciones el seguro para las enfermedades. El fenómeno del seguro se extiende: desde el ámbito de trabajo, a la petición de un préstamo para adquirir una casa (para obtener el préstamo es requerido estipular una póliza alta para el seguro de vida).

Rodotá concluye afirmando que en principio es necesario un "no" ya sea al

jefe de trabajo así como al seguro para evitar peligrosas discriminaciones.

Siempre en relación con la protección de la información en cuanto a terceros y de respeto del secreto profesional, en el transcurso del seminario ha sido planteado el problema de la revelación del diagnóstico de “corea” a la propia pareja.

Sobre este punto han surgido algunas diferencias. Stefano Rodotà considera que a nivel jurídico deontológico formal no sería lícita la revelación del secreto profesional, pero que en la práctica las normas deontológicas orientan al médico hacia la obligación de una información. Es nombrado, en cuanto a esto, el caso del SIDA, particularmente la revelación del resultado positivo en los análisis de una de las personas de su pareja. Flavia Bernasconi no apoya esta actitud ya que considera que la revelación del secreto profesional sería dañina por la autonomía de la pareja en cuanto a la relación interpersonal.

Desde el punto de vista de la bioética que hemos definido de inspiración católica “en caso de que el comportamiento irracional e injusto del paciente provocara un daño en contra de una tercera persona debería de predominar el deber civil y social de la defensa del que ha sido injustamente agredido.

En cuanto a la positividad del test de SIDA, la persona sana de la pareja reflejaría perfectamente la situación “del injustamente agredido”, en cambio en el caso de la “corea” no se reflejaría una situación perfectamente sobrepuesta. Sin embargo en la literatura existen diferentes tendencias a considerar que, hasta en esta última situación, podría ser lícita revelación del secreto profesional.

Conclusiones

En materia del diagnóstico prenatal podemos indicar diferentes orientaciones de bioética. Desde el punto de vista subjetivo no hay respeto de lo sagrado de la vida como valor absoluto; se afirma de poder justificar unas posiciones que se resumen a dos criterios: el criterio de la definición objetiva de la patología; el criterio de la definición subjetiva de la patología.

En el ámbito del criterio de la definición objetiva de patología se afirma el poder justificar una elección de interrumpir el embarazo, como consecuencia de un diagnóstico prenatal, pero no se considera absoluta la autonomía de la mujer, es más son reivindicadas las habilidades del médico, la comprobación

de las indicaciones médicas después del diagnóstico prenatal, el esmero de la información científica en cuanto a la patología, la responsabilidad en relación con la mujer, pero también en relación con la vida del feto.

En el ámbito de la definición subjetiva de la enfermedad, el concepto de patología se refiere a la condición de la mujer y a la previsión que ella cumple sobre vivencias psicológicas y sociales del concebido. Se trata en otras palabras de una especie de eugenésica social (faltando los criterios objetivos de referencia, también la sociedad podría establecer cuál pueda ser la incomodidad del hijo una vez que haya nacido).

En efecto la bioética subjetivista que se apoya al principio en la calidad de la vida, entendido como contraposición de respeto a la vida, no puede responder con homogeneidad a la pregunta sobre quien tiene derecho a establecer el grado de calidad: ¿el médico, evidentemente apoyándose más en criterios objetivos, la mujer, la pareja o la sociedad? De la atribución de este derecho depende la sucesiva atribución de otros derechos o deberes con un amplio espectro de soluciones.

De parte del feto, el derecho a la vida es afianzado sólo para el feto sano y no para aquél enfermo. De parte del médico se percibe el deber de dar un diagnóstico exacto, el deber de respetar la vida del feto aún secundariamente a la voluntad de la mujer y de la pareja, el deber de responder siempre y de todos modos a las exigencias de la pareja, el derecho a la objeción de conciencia, ningún derecho.

De parte de la pareja se quiere afirmar el derecho a ser informados, el derecho absoluto sobre la vida del hijo enfermo, el derecho de buscar información, el deber de respetar la objeción de conciencia del médico.

A gran cantidad de soluciones en el horizonte de la bioética subjetivista se opone lo lineal de la bioética personalista de prevalente inspiración católica. Tal bioética personal propone un criterio válido para todos: el respeto hacia lo sagrado de la vida.

En nombre de este criterio existe un derecho a la vida de todos los hombres en cualquier momento de la vida a partir de la fecundación, sanos y enfermos, un deber de todos de respetar la vida, un derecho de la pareja de obtener el diagnóstico prenatal y si existen indicaciones médicas objetivas, un deber del médico de informar con la mayor precisión posible y de transmitir

adecuadamente la información.

En materia de medicina de predicción postnatal la bioética subjetivista ha señalado como principio ético de referencia el principio de autonomía (que se expresa en el derecho de propiedad del propio cuerpo y por tanto también de la información genética).

En el ámbito del principio de autonomía se explica la protección de los siguientes derechos: el derecho de elección de saber o no saber y revelar o no revelar la información sobre el propio estado genético. En correspondencia con estos derechos existe el deber de respetar el derecho ajeno “prima facie” de no saber, además el deber de respetar el secreto profesional.

En la bioética subjetivista el respeto de principio de autonomía señala dos posibilidades: el principio de autonomía como principio absoluto, el principio de autonomía como principio primordial pero no absoluto. En cuanto a la autonomía absoluta, se considera el suicidio como “razonable” elección, por ejemplo como consecuencia de un diagnóstico fatal, no se considera éticamente aceptable la investigación psiquiátrica prediagnóstico, se rehusa la posibilidad de revelación del secreto profesional a la pareja, también en el caso de positividad en el test del SIDA.

En cuanto a la autonomía primordial, pero no absoluta, es considerada por ejemplo éticamente aceptable la revelación del secreto profesional en particulares circunstancias (revelación a la pareja).

La protección de la información genética en relación con el jefe de trabajo y en las compañías de seguros es uniformemente propuesta como absoluta.

En la bioética personalista antológica el principio de autonomía y de autodeterminación representa un principio guía de notable importancia, pero no de importancia absoluta (no puede ser nunca considerada “racional” la elección de suicidio como consecuencia del dictamen del diagnóstico fatal).

En la protección del respeto primordial de la vida física se consideran éticamente lícitos ya sea el acercamiento psicológico prediagnóstico con anamnesis psiquiátrica, en el caso de una enfermedad incurable, así como la demanda de tests genéticos preadmisión para determinados trabajos, en el caso de un previsible riesgo para la vida del trabajador y la de terceras personas.

El autor analiza las posiciones de la “bioética laica” (de inspiración subjetivista) en materia de medicina de predicción, comparándolas con aquella de la “bioética católica (de inspiración personalista), apoyándose en un reciente seminario que se ha desenvuelto sobre esta materia.

El argumento bioético y medicina de predicción es enfrentado ya sea en el ámbito del diagnóstico prenatal como en aquéllo que el diagnóstico postnatal. Son señalados los principios éticos de referencia primordial: el principio de la defensa de la vida física (en la bioética personalista) y el principio de autonomía (en la bioética subjetivista).

*

Problemas Oculares Ligados al Empleo Profesional de las Terminales de Computadora

Chiara Manganelli, Francesco Focosi* **

La automatización del trabajo de oficina ha provocado la introducción de millones de terminales de computadora en industrias, fábricas, entes públicos, con el surgir de problemas especiales de naturaleza ergonómica y psicosocial. La difusión de la nueva tecnología ha estado acompañada desde el principio por un gran interés hacia las posibles consecuencias sobre el aparato ocular considerando el intenso trabajo visual ligado a la utilización de las terminales de las computadoras.

La notable frecuencia de molestias oculares en las personas que utilizan los VDT, (Video Display Terminals) ha llevado a una muy cuidadosa búsqueda de la aparición de eventuales daños anatómicos o funcionales.

En especial ha sido excluido el riesgo de radiaciones ionizantes y no-ionizantes (rayos x, infrarrojos, ultravioleta, ondas de radio) ya que los niveles de radiación emitidos por los VDT, están muy por debajo de los límites estándar de seguridad aceptados por las organizaciones internacionales.

En efecto, se ha determinado que la emisión de las radiaciones ionizantes de parte de los VDT, es quince veces inferior a 0.5 mR/hora que es el límite máximo recomendado por la I.A.E.A. (International Atomic Energy Agency).

Sin duda, en ausencia de daños orgánicos, la presencia de una sintomatología ocular es considerable. Esa sintomatología incluye prurito, enrojecimiento ocular, fotofobia, nublamientos transitorios de la vista, cefalea, etc. y representa la manifestación de la así llamada "eye strain syndrome". La génesis del cansancio visual debe a muchos factores y está condicionada por factores constitucionales generales, oculares, ambientales y por factores propiamente ligados a las características de la pantalla. Por tanto, ya desde las consideraciones iniciales es evidente que para una optimización del trabajo con los VDTs es necesaria una colaboración con los técnicos expertos para la evaluación ergonómica, las selecciones de iluminación, la selección de las características de los monitores, y no menos importante una evaluación de la actitud

* *Investigadora, Instituto de Clínica Oculística, Universidad Católica del S. Cuore, Roma (Dir. Prof. B. Bagoloni).*

** *Profesor adjunto, Cátedra de Óptica Fisiopatológica, Universidad Católica del S. Cuore, Roma.*

psicológica hacia la actividad con los VDTs. Al oculista le corresponde de todas formas la tarea de excluir la presencia de daños oculares y de poner al sujeto en mejores condiciones para disminuir el surgir del cansancio visual.

Investigaciones oculares conducidas también personalmente por nosotros sobre cantidades muy grandes de trabajadores dedicados a los VDTs han evaluado los diferentes parámetros oculares de una forma completa: agudeza visual, vicios de refracción, movilidad ocular, visión binocular, tonometría, sentido cromático, campo visual. La sintomatología ocular ha resultado siempre presente en un considerable porcentaje de sujetos (49,97%).

Tabla 1

Suj. con síntomas	1065	49.97%
Suj. sin síntomas	1066	50.03%
	<hr/>	<hr/>
	2131	100.00%

Sin embargo, no ha sido encontrada una correlación entre la presencia de alteraciones de las condiciones de refracción (miopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia) y/o de la movilidad ocular con los síntomas.

Tabla 2

Porcentaje de errores de refracción y/o alteraciones de la movilidad ocular

Sujetos con síntomas	76.60%
Sujetos sin síntomas	76.96%

Se ha podido evidenciar sólo una mayoría de sujetos astigmáticos y presbítes en el grupo con sintomatología.

Tabla 3

Correlación entre síntomas y diferentes errores de refracción y molestias de la movilidad.

Características	% Con sint.	% Sin sint.
- Astigmatismo	43.44	35.05

- Miopía	14.34	23.56
- Hipermetropía	5.32	6.32
- Presbicia	5.66	4.31
- Movilidad	7.71	8.37
- Normales	23.43	23.17

Por lo demás, ha resultado que los defectos de menor entidad son más frecuentemente correlacionados con la presencia de una sintomatología, en cambio los defectos más relevantes crean menos dificultades. El dato ha sido interpretado como una consecuencia del esfuerzo hecho para tratar de compensar el déficit en los defectos leves. En los casos en los cuales el defecto es mayor, no subsisten ni siquiera las condiciones para un intento de compensación, por lo que se determinarían menos síntomas de cansancio visual.

Por tanto, antes de emprender la actividad de trabajo con los VDTs es recomendable, sin duda, un reconocimiento oftalmológico con el fin de individualizar y, eventualmente corregir, las condiciones que pudieran predisponer el surgimiento de molestias oculares. Sin embargo, los resultados del reconocimiento oftalmológico no pueden y, según nuestra opinión, no deben constituir un criterio de selección y eventualmente de exclusión para la actividad de trabajo con los VDTs.

En efecto, ya que múltiples factores que contribuyen a la génesis del *eye strain* son múltiples, se crearían condiciones inútilmente castigadoras y discriminatorias a costa de algunos sujetos portadores de defectos visuales. Después de todo se ha confirmado que el cansancio visual en el transcurso de la actividad laboral con los VDTs se encuentra también en sujetos sin ninguna alteración del aparato ocular. Después de la primera visita oftalmológica son considerados útiles los chequeos de los especialistas a los que hay que someterse con una periodicidad que no ha sido establecida de una manera unívoca. Existen de todas formas propuestas diferentes de un país a otro y hasta de una industria a otra. (tab. 4)

Algunos proponen sólo la visita inicial, otros apoyan la necesidad de chequeos semestrales, anuales, bienales o quincenales. En fin, en ciertos casos se consideran necesarios los chequeos sólo en caso de molestias visuales, o con una frecuencia mayor en los sujetos de una edad superior a los 40-45 años y en

los que utilizan algún tipo de corrección óptica.

Junto con las condiciones de refracción es además importante el tiempo de aplicación continua al VDT. Por nuestra experiencia, en efecto, checando la conducta de la función visual después de la aplicación al VDT, hemos notado una tendencia al cansancio visual después de dos horas de trabajo continuo, con modificaciones funcionales, de naturaleza transitoria.

De acuerdo con la literatura internacional, por tanto, consideramos tener que subrayar la necesidad de pausas de descanso durante la actividad de trabajo con los VDTs, así como por las modalidades relativas a los chequeos oculares, también en lo que se refiere a las pausas se encuentran posiciones opuestas por lo que concierne a la duración y la colocación (tab. 5). La orientación general, sin duda, resulta ser la de recomendar entre diez y quince minutos de descanso después de una o dos horas de aplicación continua. De todas formas, hay que adaptar esta sugerencia a las diferentes condiciones de trabajo que varían de un caso a otro.

Otro factor sin duda importante en la génesis del cansancio visual en la actividad de trabajo con los VDTs es dado por la motivación psicológica del sujeto. En nuestra casuística hemos evaluado 2131 sujetos procedentes de cuatro ambientes de trabajo con motivaciones psicológicas y condiciones ambientales diferentes.

La sintomatología ocular no apareció ligada a alteraciones del aparato ocular (vicios de refracción o movilidad ocular), pero se ha encontrado una diferencia entre los sujetos que trabajan en un ambiente más idóneo en el cual la computadora es aceptada con interés y los que habían tenido que aceptar el trabajar con los VDTs para un trabajo repetitivo y burocrático, en condiciones ambientales poco aptas.

La adopción de los VDTs, en efecto, lleva a un cambio que implica reacción psicológica del sujeto y requiere además la preparación de lugares de trabajo que configuren oportunas condiciones ambientales, con la necesidad en la mayoría de los casos de nuevas estructuras. Hay que recordar, en efecto, la peculiaridad del trabajo con VDTs que implica el arreglo del lugar de trabajo con pantalla, teclado, mesa, silla y objetos auxiliares. Por otro lado, no hay que descuidar el ambiente, con las exigencias relativas a la iluminación, a la insolación, al clima y a la decoración.

La organización del trabajo es además fundamental, con la adopción de oportunas estrategias de introducción de los VDTs, el estado de tensión o de estrés depende de diferentes factores, como lo son el puesto, el nivel de responsabilidad y de satisfacción, la personalidad y las motivaciones individuales. Es bien sabido, en efecto, que la respuesta a la innovación puede variar de un individuo a otro. En algunos casos puede ser bien recibida, como un elemento que mejora las condiciones de trabajo, en otros casos, en cambio, puede ser considerada una limitación o una fuente de aburrimiento. Por tanto, es necesaria una correcta introducción al empleo profesional de los VDTs. Está ahora, ya comprobado que no se verifican daños anatómicos o funcionales, y que no subsisten riesgos relativos a la emisión de radiaciones, a veces las molestias subjetivas de naturaleza ocular pueden ser provocadas por estrés mental, miedos influidos, faltas de motivación y/o de interés hacia la actividad desarrollada.

En resumidas cuentas, por tanto, consideramos que para la utilización profesional de los VDTs es necesario evaluar la función visual, respetar las pausas durante la actividad de trabajo, así como tomar en cuenta el conjunto de los factores ergonómicos. El respetar estas indicaciones puede contribuir sin duda, según nuestra opinión, a disminuir por un lado el cansancio visual, y por el otro, a facilitar las condiciones de bienestar en el trabajo.

Después de todo, cerca del componente médico, es también necesario no descuidar el aspecto psicológico individual y optimizar la relación con la computadora para que no se provoquen condiciones de conflicto, con la sensación de inferioridad y de sumisión. La actitud hacia el trabajo logra, en efecto, explicar también molestias subjetivas no justificables de otra forma por las condiciones físicas.

RESUMEN

La exposición a las terminales de las computadoras no provoca ningún daño orgánico a los ojos; los niveles de radiaciones ionizantes y no ionizantes están por abajo de los standards de seguridad. Los autores sugieren algunas estrategias para disminuir los problemas ligados al cansancio visual. Es importante corregir las condiciones ergonómicas, efectuar chequeos oftalmológicos antes

del inicio de la actividad de trabajo y sucesivamente, también respetar regulares pausas de trabajo en el curso de la actividad continua. No hay que descuidar el estrés y los factores psicosociales que parecen tener una importancia especial en la génesis del cansancio visual por los VDT.

Tabla 4

Ejemplos de propuestas para las pausas de descanso.

- Sistema flexible, pausas no prefijadas.
- IBM (International Business Machines).
- BETA (Business Equipment Trade Association) 1984, Canadá.
- NBOSH (National board of Occupational Safety and Health) 1983, Suecia.
- Time Inc. New York Newspaper Guild 1984, USA.
- Subcommittee on Health and Safety, Committee on Education and Labour, House of Representatives 1985, USA.
- 5 minutos por cada hora
- National Federation of German Newspaper Publishers, 1978.
- 10 minutos por cada hora
- Ministry of Social Affairs 1978, Austria.
- Federal Minister of Post and Telecommunications, German Postal Workers Union 1981.
- Japan Association of Industrial Health 1985, Japón.
- Phillips, Holanda
- 15 minutos por cada hora
- CSN (Confederation of National Unions) 1983, Canadá.
- National Research and Safety Institute 1984, Francia.
- FIET (International Federation of Commercial, Clerical, Professional and Technical Employees) 1984
- NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health) 1982, USA.
- 10 - 15 minutos por cada hora
- Sanin Broadcasting Co. Ltd/Sanin Broadcasting Worker's Union 1984, Japón

- Ministry of Labour 1985, Japón
- 15 minutos por cada hora de trabajo intensivo
- FIET (International Federation of Commercial, Clerical, Professional and Technical Employees) 1984
- NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health) 1982, USA.
- A CTV (Australian Council of Trade Union) 1982, Australia.
- CLC (Canadian Labour Congress) 1982, Canadá.

Tabla 5

Ejemplos de modalidad de chequeo oftalmológico

- Visita inicial
- ACTU (Australian Council of Trade Union) 1982, Australia.
- IRRST (Quebec Research Institute on Occupational Health and Safety) 1984, Canadá.
- Visita inicial, chequeo semestral
- Sanin Broadcasting Co. Ltd/Sanin Broadcasting Worker's Union 1984, Japón
- Todd/WCU (Todd Motors Ltd/Wellington Clerical Union) 1982, Nueva Zelanda.
- Visita inicial, chequeo cada dos años, anual para los que usan correcciones ópticas y después de los 40 años.
- UAW (United Automobile, Aerospace and Agricultural Implement Workers of America) 1983, USA.
- General Union of Workers, España.
- Visita inicial, chequeo cada 5 años, cada 3 después de los 45 años.
- Zahnradfabrik Works Council, 1982, Alemania.
- Federation of Industrial Mutual Accident Insurance Association 1980, República Federal Alemana
- Visita inicial, con chequeos fijados por el oculista.
- NUJ (National Union of Journalists) Gran Bretaña.
- Circular del ministerio del Trabajo n.10-294, 1980, Francia.
- Visita inicial, obligatoria, chequeos periódicos (no especificados).

- NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health, Department of Health and Human Services) 1981 y 1984, USA.
- Visita en caso de molestias visuales
- Beta (Business Equipment Trade Association) 1984, Canadá.
- CBEMA (Computer Business Equipment Manufacturers Association) 1984, Canadá.
- Falta de necesidad de chequeo anual sólo para uso de los VDT.
- IBM (International Business Machines).

1 Weiss M.M., Peteson R.C., *Electronic radiation emitted from video computer terminals*. AM. Ind. Hyg. Assoc. 1979, 40:300-309; Murray W.E., Moss C.E., PARR W.H., et al., *Potential health hazards of Video display terminals*. Cincinnati: US Dept. of Health and Human Services, Publication No 81-129 (NIOSH). 1981; Bureau of Radio-Logical Health, *An evaluation of radiation emission from video display terminals*. Rockville, Maryland: US Dept. of Health and Human Service Publ., FDA 81-8153, 1981.

2 Bolsen B., *VDTs still beleaguered by workers complaints*. JAMA 1981; 246: 1638-1639; CAUBILT., HUNTING W., GRANDJEAN E., *Visual impariments related to environmental conditions in VDU operators*. In: Grandjean E., Vigliani E. *Ergonomic aspects of Visual Display Terminals*, London: Taylor And Francis, 1983: 77-83; Lunn R., Banks W.P., *Visual fatigue and spatial fequency adaptation to video display of text*. Human Factors 1986: 28:457-464; Rey P., MAYER J.J., *Visual Impairments and their objective correlates*.

In: Granjean E., Bigliani E., *Ergonomic aspects of visual Display Terminals*. London: Taylor and Francis, 1983: 77-83; Smith A.B., TANAKA S., HALPERIN W., *Correlates of ocular and somatic symptoms among visual display terminal users*. Human Factors 1981; 26: 143-156; Smith M. J., Cohen B. G. F., Stammerjohn L. W. Jr., *An investigation of health complaints and job stress in video display operations*, Human Factors 1981; 23: 387-400; Smith M. S., Dainoff M. I., Cohen B. G. F. et al., *Health Hazard Evaluation Report*. US Department of Health and Human Service, Centers for Disease Control (NIOSH), 1983.

3 Rose L. *Workplace video display terminals and visual fatigue*. J. Occup. Med. 1987; 29: 321-324 mackay Rossignol A. Pechter Morse E Summers V.M. et al. *Video display terminal use and reported Health symptoms among Massachussets clerical workers*, J. Occup. Med. 1987: 29 112-118.

4 Dickmann A., Focosi F., Tamburrelli C., Et Al., *Actualidad en tema de VDT: patología en tema de exposición profesional o en el evidenciar problemas visuales preexistentes?* Actos de VI Congreso Nacional de la Asociación Italiana de Radio-protección médica, la Maddalena mayo - junio 1984; Dickmann A., Focosi F., Manganelli C., et al., *patología ocular en amplios grupos de trabajadores con elevado empeño visual: evaluación del video-test como instrumento de monitorización para los operadores de los VDT*. Archivo de Ciencias del Trabajo 1986; Vol. 2 n. w Dickmann A., Focosi F., SAVINO G., et al *Indicaciones a las pausas en las actividades con terminales de computadora*. Actos 68º Congreso Nacional S.O.I., 1988; Focosi F., Dickmann A., Manganelli C., et al., *Eye problems associated with the use of VDTs; epidemiological study on 1000 cases and a comparison between ophtalmological screening devices and traditional examination*, Proceedings of the Fourth World Congress of Ergophthalmology. Sorrento, may 1985; Focosi F., Dickmann a., Bardocci A., et al., *Actividad en el VDT: problemáticas actuales en relación con algunas*

alteraciones del aparato visual en una muestra de 674 sujetos. Anales de Oftal. y Clin. Ocul. 1986; Vol CX11, n: 5; Focosi F., Dickmann A., Manganelli C., et al., Evaluación de algunos parámetros oculares en operadores en las terminales de computadoras. Estudio preliminar.

Anales de Oftal. y Clin. Ocul. 1986; Vol CX11 n. 5; Focosi F., Manganelli C., Dickmann A., Propuestas para las pausas de trabajo en la actividad de trabajo con VDTs. Anales de OHal y Clin. Ocul. 1987; Vol CX 111, n. 10; Focosi F., dickmann A., Barcocci A., et al., Follow-up, medio-término de un grupo de operadores dedicados a las terminales de las computadoras.

Consideraciones clínico-prácticas. Anales de Oftal. y Clin Ocul 1988; Vol2; Focosi F., Dickmann A., Manganelli C., et al., Evaluation of VDT workers using special functional eye parameters and display characteristics, Proceeding of the Fifth World Congress of ergophthalmology, september 1989.



Noticias <<Flash>>

Mercado de órganos

París. El Consejo de Estado ha expresado una opinión favorable a una propuesta de ley sobre las ciencias de la vida y de los derechos del hombre que prevé, entre otras cosas, la prohibición absoluta del comercio de órganos.

La disposición reafirma la dignidad de la persona humana con el necesario respeto del cuerpo que pertenece a esa persona; decreta la indivisibilidad entre el cuerpo y la persona y declara la no disponibilidad del cuerpo así como lo hacen, por otro lado, diferentes reglamentos nacionales.

Frente a una prohibición similar, el profesor Alain Wolfelsperger, Profesor en el Institut d' Etudes Politiques de París, se pregunta por qué la donación de un órgano, como por ejemplo aquélla de una madre hacia un hijo, es considerada como un acto de amor y, en cambio, aquella hecha por un extaño por dinero es clasificada como un delito: la acción, según la opinión del profesor, es la misma.

Aun admitiendo que la acción, en cuanto al resultado, sea la misma, no podemos negar el diferente valor ético, porque si la primera es una acción dictada por el amor exaltado hasta el

sacrificio de una parte de sí misma, la segunda parece adquirir el aspecto de una falta de respeto hacia el propio cuerpo, por lo que una cantidad de dinero puede justificar una mutilación que en todo caso queda como un hecho bastante grave.

(Comentario sobre el artículo de A. Wolfensperger "El mercado de los elementos y productos del cuerpo humano", en "Le Figaro", 22 de mayo de 1989).

Humanización de las relaciones con los pacientes.

Turín. Hospital Le molinette: como sucede en gran parte de los medios en los que se convive y hay relaciones humanas, sobre todo aquellas que se establecen en los lugares de trabajo, también en los departamentos de este Hospital se ha reportado que no se respira una atmósfera relajada: nerviosismo, desacuerdo, cansancio, caracterizarían las relaciones entre los enfermeros, entre los médicos y entre las dos diferentes categorías que terminarían repercutiendo sobre los pacientes.

Para resolver de algún modo esta situación se están organizando en Turín uno cursos para médicos, jefes de salas y enfermeros aptos para

mejorar la imagen de sí mismos y aprender las técnicas para una comunicación más eficaz con los colegas y con los colaboradores.

El objetivo de los consejos dados por los psicólogos es el de ayudar a descubrir los errores en la forma de comportarse con los colegas porque como afirmaba el representante de la comisión nombrada a "Le Molinette" para estudiar el problema: "el recíproco respeto es el único medio disponible para superar las dificultades sobre todo cuando la estructura es carente".

Iniciativas similares hay, sin duda, que impulsarlas, todos saben lo importante que es el respirar un poco de tranquilidad sobre todo al momento de una enfermedad.

(Comentario al artículo de E. Monté, "En el hospital entra la sonrisa" en "La Stampa", 2 de julio de 1989).

Los derechos del feto

Canadá. El tribunal 2o. de Quebec ha prohibido el aborto a una muchacha de veinte y un años ya que el producto de la concepción tiene que ser considerado como un ser humano y tiene que gozar de los mismos derechos decretados por la cons-

titución para cada ciudadano.

El alcance social de una declaración similar es evidente y si por un lado provocará graves resentimientos y recursos por parte de los partidarios del aborto, por el otro, representará una ulterior etapa hacia la meta de la afirmación del derecho a la vida desde la concepción hasta la muerte.

(Noticia recogida por el "Avvenire" 19 de julio de 1989, en el artículo "El feto tiene los mismos derechos que los ciudadanos").



Aun más sobre la eutanasia

Nueva York. En el número 4/1990 de "Medicina e Morale" se relató la noticia de la "máquina del suicidio", llevada a cabo por el Doctor Kevorkian y utilizada con una mujer de 54 años afectada la enfermedad de Alzheimer. Ahora tenemos que observar que el tribunal del Estado de Michigan, donde fue cometido el "suicidio", había formalmente incriminado al doctor por homicidio ya que él no solamente había ideado la máquina diabólica, sino que le había explicado su exacto funcionamiento a la mujer y lo había también presentado por televisión. La motivación del tribunal decía que la mujer "no estaba al borde de la muerte y no sufría de particulares dolores. No había, por tanto, ninguna razón por la que tuviera que quitarse la vida".

Además de que no vemos, de todas formas, la "necesidad" de quitarse la vida en caso de que alguien se encuentre "al borde de la muerte" o si se sufre "de particulares dolores", como por lo demás, en ninguna otra circunstancia, queda el hecho de que el tribunal hubiera decidido oponerse a una situación que no dejaba dudas acerca del propósito explícito: favorecer directamente la muerte de

una persona enferma. Pero el ministerio público ha considerado posteriormente que la normativa existente en el estado de Michigan no era suficiente para confirmar esa incriminación, afirmando que "es una cuestión sobre la cual la sociedad no ha encontrado todavía un acuerdo. Se necesitan nuevas leyes para que la justicia esté en condiciones de decidir".

Como diciendo, aquello en lo que no hay un acuerdo se puede considerar como "territorio neutral" o más bien de aquéllos que sin ningún escrúpulo profesional y moral, llegan primero para imponer sus elecciones de muerte. Y el suicidio vigilado, como ha sido definido con macabro eufemismo, no es más que una de las numerosas formas de eutanasia que se quisieran practicar y que, como en este caso, ya son practicadas.

Siempre sobre la eutanasia queda asentada además la sentencia del tribunal del condado de Mont Verno, en el Missouri, que ha accedido a "desconectar" los aparatos que permitan la nutrición artificial de Nancy Cruzan, la joven mujer que a raíz de un accidente de automóvil estaba, desde 1983, en un estado vegetativo persistente.

Del caso Cruzan se ha hablado por

mucho tiempo, también en esta revista; en los últimos meses, además, han habido numerosas intervenciones de la prensa cotidiana y especializada, para tratar de justificar o contrastar una decisión que, a partir de la sentencia "de doble filo" del Tribunal Supremo de junio pasado, a través del uso de diferentes órganos judiciales, ha llegado ya a su triste y penosa conclusión: la muerte de Nancy, acontecida el pasado 14 de diciembre. En aquella sentencia, en efecto, se afirmaba, por un lado, la legitimidad de la elección del paciente al no querer someterse a tratamientos sanitarios para lograr una prolongación artificial de la vida, por el otro, la necesidad de que esa voluntad del paciente hubiera sido expresada en presencia de testigos, cuyo testimonio fuera una prueba "clara y convincente" de esa voluntad. Entre junio y noviembre "salió a relucir" esa prueba clara y convincente, y por tanto, se ha podido proceder a interrumpir el curso de la vida de Nancy.

Además, en este caso no se han tratado de suspender los tratamientos intensivos o la prolongación artificial de la vida, y por tanto de un exasperado encarnizamiento terapéutico, sino de impedir hasta el normal sustento ofrecido por la simple alimentación

artificial. Y todo eso en nombre de una extraña actitud que, sin el velo filantrópico de una falsa piedad, revela en todo su dramatismo su realidad: es un "dejar morir" de hambre que no puede ser calificado más que como eutanasia, y por tanto como homicidio.

(Noticia recogida por "Il Messagero", "El inventor de la máquina de suicidio" inculcado en Michigan por homicidio, 04.12.90; U. Venturino, "El Doctor Muerte", Famiglia Cristiana, 2/1991, p.p. 50-540); sobre el "caso Cruzan" no es posible calcular el amplio eco que ha provocado en las últimas semanas en la prensa: nos limitamos a señalar algunas intervenciones que nos han parecido particularmente significativas: P. Simono, U.S.A. "Muerte por sí mismo", más fácil para quien está en estado de coma irreversible, "Il Giornale", 16.12.90; M. Remondino, "Debate bio-ético sobre el caso Cruzan" "Corriere de la Sera", 18.12.90; A. Celletti, "Nancy y la falsa piedad: (Es homicidio por hambre)", "Avvenire" 18.12.90; M. Remondino, "Es inútil hacer terrorismo sobre la dulce muerte", "Corriere de la Sera" 21.12.90; D. Tettamazi, "Nancy, triste historia de (ordinaria) eutanasia", (Avvenire), 09.01.90.

Embrión, pre-embrión e hijos a la medida

Nueva York. La enésima mixtificación acerca del embrión proviene de los laboratorios del Howard Jones Institute de la East Virginia Medical School de Northfolk, Virginia. En este Instituto han sido preparadas y utilizadas nuevas técnicas para el

diagnóstico genético, con la finalidad de permitir seleccionar los embriones humanos, como los llaman los creadores de ese test: los pre-embriones.

El test consiste en el "crear" in vitro cierta cantidad de embriones de la misma "pareja" (que no siempre es realmente una "pareja"), para luego cerciorarse, a través de la biopsia de cada célula del embrión dentro de las primeras 72 horas de vida desde la concepción, si se encuentran enfermedades de origen genético; en este caso se procede a la eliminación de los embriones que resultaron afectados por cualquier enfermedad genética, y a la instalación de uno de aquellos que hayan resultado indemnes a esos defectos.

Esa técnica, según Gary Hogken, presidente del Howard Jones Institute, permitirá evitar los dilemas en cuanto a las interrupciones del embarazo motivadas por razones eugenésicas, ya que se trasladarían al útero solamente los embriones sanos. No podemos analizar más a fondo la falsedad científica de la definición de pre-embrión, sobre la cual muchos ilustres científicos han opinado, pero que sigue encontrando alimento en numerosos convenios y conferencias (el último, organizado en Milán por

"Politeia" el pasado 28 de enero) y además sobre numerosas personas de la clase media. Aquí, en cambio, nos interesa remarcar, que una vez más se está confundiendo lo que es realmente prevención (o sea el evitar una enfermedad) y lo que, en cambio, no puede definirse más que como desaparición del sujeto enfermo (en este caso el embrión afectado por la enfermedad). Con este test genético, en efecto, no se previene la enfermedad genética, sino que se obtiene una información para poder efectuar una interrupción del embarazo en las primeras fases de la post-concepción.

Es quizá probable que de esta forma exista un menor peso psicológico sobre la mujer en cuanto a la interrupción del embarazo prácticamente dentro del tercer mes (dictado probablemente por la ignorancia de la importancia real de la intervención "diagnóstica"): eso no impide sin embargo que los "efectos" sobre el feto sean los mismos, o sea, su eliminación.

Sin poder aquí realmente analizar todos los problemas tan complejos que provienen de hacer una prevención de esta manera, es necesario recordar que una verdadera obra de prevención sanitaria requiere, por un lado, un fuerte compromiso ético de educación

y de responsabilidad en relación a los sujetos que son portadores sin quererlo, de un defecto hereditario, por el otro, un compromiso constante y no esporádico de parte de las estructuras públicas apoyando a los sujetos que serán portadores de esas enfermedades, sólo con ese impulso a la solidaridad social, sólo "haciéndose cargo" realmente de los que no son autosuficientes se podrá alcanzar una cultura de la vida que sea auténtica y la respete en toda circunstancia, sobre todo cuando está más débil e indefensa.

(Noticia recogida por A.Zampagione, "Aquellos hijos a la medida" (La República), 03.01.91; E. Sgreccia, M. L. Di Pietro, (Embrión renace la "naxi-ciencia"), "Avvenire", 04.01.91. O. Rocca, "Aquellos tests U.S.A. sobre los embriones son experimentos nazistas", La República, 04.01.91; "Il Popolo", "Los embriones como conejillos de indias, una verguenza", 04.01.91)

La pastilla bajo la piel

Nueva York. No hay mes, ahora, en el que la prensa no refiera alguna noticia relacionada con las nuevas técnicas anticonceptivas o de esterilización.

Puntualmente, también esta vez, llega de Estados Unidos la noticia de la aprobación de parte de la Food and Drug Administration de una hormona

sintética, el levonorgestrel, (nombre comercial Norplant), que injertado bajo la piel en forma de seis ampollitas del tamaño de un cerillo actúa como anticonceptivo durante cinco años. Esta no es una novedad en lo absoluto: ya desde hace más de veinte años, con diferentes productos, pero con la misma finalidad, se había intentado el camino del injerto bajo la piel, también en Italia pero no habían obtenido los éxitos esperados.

Desde hace algunos años, además, este producto se ha puesto a la venta en catorce naciones, entre ellas Finlandia e Indonesia. Sin duda el énfasis con el cual la prensa ha recibido la noticia de la aprobación de parte de la FDA, hace prever un lanzamiento comercial "en grande" de este producto, de manera de poder conquistar un primer lugar en el mercado de los anticonceptivos hormonales que, por ejemplo en Italia, según algunos, equivaldría al 9%.

El mecanismo de acción de la hormona sería el de inhibir la ovulación, al igual que la pastilla estro-progestínica tomada diariamente (aunque ya se sabe que este no es el único mecanismo con el cual actúan estos preparados estro-progestínicos), mediante el hecho de liberar continuamente pequeñas cantidades de

medicamento, que asegurarían una constante inhibición de la actividad de los ovarios.

En el plan ético es evidente que el juicio no se puede apartar mucho de lo que muchas veces se ha afirmado en cuanto a los métodos anticonceptivos: no podemos pensar que, cambiando de método, pueda cambiar el juicio moral.

Lo que vuelve, sin duda, todavía más discutibles estos injertos debajo de la piel, es la hipótesis, ya ventilada, de utilizarlos para resolver el problema demográfico en los países en desarrollo, ya que es más sencillo y menos costoso que la pastilla tradicional, o también para "detener la calamidad de los embarazos de los adolescentes en los *ghettos* de los negros en los Estados Unidos": lo que nos muestra por un lado el total y ulterior desempeño de una educación hacia la procreación consciente y responsable, y por el otro la rendición absoluta de las asíllamadas, "agencias educativas" en relación con las tareas que les competen por "vocación".

(Noticia recogida por A. Zampagione, "Aquí está la nueva pastilla se injerta bajo la piel y dura cinco años", "La República", 12.12.90; "L'Unità", "Pastillas bajo la piel, en Italia existe desde hace más de veinte años", 20.12.90)

Procreación responsable y clase media

El pasado 14 de diciembre Juan Pablo II, hablando a los participantes del Curso para maestros de métodos naturales de regulación de la fertilidad (organizado por el homónimo Centro de Estudios de Investigaciones de la Universidad Católica), ha vuelto a afirmar con extrema claridad la enseñanza de la Iglesia en cuanto a la procreación responsable. El Papa, en efecto, remontándose a la *Humanae Vitae*, ha recordado que "la responsabilidad para la procreación" y que, por tanto, "la técnica no se sustituye al empeño de las personas": por tanto "no es posible practicar los métodos naturales como una variante "lícita" de una selección de clausura de la vida", como lo es la anti-concepción: sólo promoviendo una auténtica y "profunda cultura de la persona y del amor (...) el recurrir a los métodos naturales se vuelve parte integrante de la responsabilidad hacia el amor y hacia la vida".

La intervención del Papa no ha dejado de provocar ruido entre los "opinion makers", que han expresado en la prensa posiciones de rechazo y clausura a toda forma de diálogo, cuando no han, sin más, manipulado

o falseado las mismas palabras del Papa. Algunos comentarios, en efecto, se refieren a una "condena" del Papa en relación a Ogino y Knaus (los inventores del método homónimo): eso sin que en realidad él los hubiera mencionado; y por lo demás no hubiéramos esperado que lo hiciera, ya que es responsabilidad del Magisterio la de presentar los valores de referencia, no las técnicas en sí.

Otros han captado en las palabras del Papa "una doctrina nueva", sin tener absolutamente ningún fundamento: es la misma enseñanza de siempre, que, viendo el multiplicarse de las técnicas anticonceptivas, ha sido objeto de merosas.

Otro más, en fin, han definido "egoísta al que avienta al mundo un ser humano todas las veces que siente deseo" y al que decide "condenar a

los hijos de Dios de los cuales, sin duda, Dios no se ocupará personalmente"

Seguramente no es de esta forma en que se construye el diálogo: estamos en cambio convencidos de que precisamente sobre estos temas, más que sobre otros, se pueda y se tenga que buscar un diálogo vivo y fecundo con los que se preocupan por el problema del hombre, viéndolo en aquella perspectiva global que la Iglesia propone desde hace dos mil años, contando con el ejemplo de Aquel que ha sido íntegramente Hombre, aún siendo realmente Dios

Noticia recogida por L. Accatoli, "Nacimientos, nace una doctrina nueva", (Corriere de la Sera), 15.12.90; D. Del Rio, "El Papa condena Ogino", (La República), 15.12.90; L. Ravera, "santidad, hablamos de Ogino-Knaus", (l'Unità) 16.12.90; D. Tettamanzi, "Los si y los no del Papa", (Avvenire), 18.12.90.

Documentación

Del Magisterio del Santo Padre

I

El Papa a la Federación de los Farmacéuticos Católicos: es necesario un código moral que regularice la distribución de los medicamentos.

Publicamos una traducción en italiano del discurso dirigido por el Santo Padre a los miembros de la Federación Internacional de los Farmacéuticos Católicos recibidos en audiencia el sábado 2 de noviembre de 1990, con el motivo del Cuadragésimo Aniversario de su fundación.

*Señor Presidente,
Señoras, Señores y Queridos Amigos,*

1) Es con gusto que los recibo a Ustedes que han venido para celebrar el cuadragésimo aniversario de la Fundación de la Federación Internacional de los Farmacéuticos Católicos. Agradezco a su Presidente, Doctor Edwin Scheer por el cariñoso saludo que me ha dirigido y por la descripción que nos ha proporcionado del firme compromiso de su Federación por cumplir con las finalidades valientemente trazadas por

sus fundadores.

Cuatro decenios de actividad creciente confirman la importancia y el valor de su institución.

2) Saben que la Iglesia considera el cuidado hacia los enfermos como un aspecto privilegiado de su misión. Aun estando especialmente ligada al apoyo espiritual no podría, sin embargo, ignorar la salud del cuerpo. ¿No ha señalado a menudo vuestro lenguaje, hablando de “gracia medicinal” o describiendo las virtudes y los valores espirituales como unos “remedios”?

El extraordinario desarrollo de la ciencia y de la práctica médica, aquel del tratamiento de los enfermos por parte de la sociedad, aquel de la medicina preventiva, presuponen un considerable desarrollo paralelo a la farmacología.

De esta manera el farmacéutico, que ha sido siempre un intermediario entre el médico y el enfermo, nota una magnificación del ámbito de su función de mediación. La conciencia de sus deberes los lleva a reflexionar cada vez más sobre las dimensiones humanas, culturales, éticas y espirituales de vuestra misión.

En efecto, la relación entre el farmacéutico y el que pide unas medicinas está mucho más allá de sus

aspectos comerciales, ya que requiere de una profunda percepción de los problemas personales del interesado; además de los aspectos éticos fundamentales de los servicios prestados a la vida y a la dignidad de la persona humana.

3) Así como he tenido ocasión de subrayar los farmacéuticos pueden ser solicitados hacia objetivos no terapéuticos, capaces de ir en contra de las leyes de la naturaleza, en perjuicio de la dignidad de la persona. Es por tanto, evidente que la distribución de las medicinas - así como su creación y su utilización - tiene que ser regida por un código moral riguroso, observado cuidadosamente. El respetar este código de comportamiento presupone la fidelidad hacia algunos principios intangibles que la misión de los bautizados y el deber del testimonio cristiano vuelven especialmente actuales.

Todo esto requiere por parte del farmacéutico una reflexión renovada incesantemente. Las formas de agresión en comparación con la vida humana y con su dignidad se vuelven cada día más numerosas particularmente a través de la utilización de las medicinas, en cambio no tienen que ser utilizadas en contra de la vida, directamente o subrepticamente. Es

por esto que el farmacéutico católico tiene el deber, de acuerdo con los principios inmutables de la ética natural característicos de la conciencia del hombre, de ser un consejero cuidadoso para aquellos que adquieren las medicinas; sin hablar de la ayuda moral que esperan de él todos aquellos que adquieren un producto, como: un consejo, una esperanza, un camino a seguir.

4) En la distribución de las medicinas el farmacéutico no puede renunciar a las exigencias de su conciencia en nombre de las leyes del mercado, ni en nombre de complacientes legislaciones. La ganancia, legítima y necesaria tiene que ser siempre subordinada al respeto de la ley moral y a la adhesión al magisterio de la Iglesia. En la sociedad se deberían de poder reconocer los farmacéuticos católicos, al mismo tiempo preparados y testigos fieles, sin los cuales las instituciones y las asociaciones que los agrupan perderían su razón de ser.

Para el farmacéutico católico, la enseñanza de la Iglesia en cuanto al respeto de la vida y de la dignidad de la persona humana, ya desde su concepción hasta sus últimos momentos, es de naturaleza ética y moral, y no puede ser sometida a las va-

riaciones de opiniones o aplicado según opciones fluctuantes.

Consciente de la novedad y de la complejidad de los problemas planteados por el progreso de la ciencia y de las técnicas, la Iglesia deja escuchar más seguido su voz y da claras indicaciones al personal de sanidad al que los farmacéuticos pertenecen. Adherir a esta enseñanza representa seguramente un deber difícil para cumplir concretamente en el trabajo cotidiano, pero se trata, para el farmacéutico católico, de orientaciones fundamentales a las cuales no se puede renunciar.

5) En el ejercicio de vuestra profesión, son llamados para mostrarse cerca de los que usan las medicinas: ellos son para ustedes su prójimo para verlo como el Buen Samaritano, no solamente en función de sus necesidades inmediatas, sino como un hermano que requiere más que una ayuda material.

El Evangelio habla de una potencia curadora que emanaba de la persona misma de Cristo; los enfermos y los inválidos lo buscaban como aquél que sabía curar las almas y los cuerpos. Es con este ánimo que son llamados para actuar, por vuestra profesión y vuestra fé cristiana. Esta era la inspiración de sus fundadores, que hoy recordamos

con admiración y con agradecimiento. Su asociación les ayuda a tomar una clara conciencia de vuestros deberes específicos. La Iglesia necesita vuestro testimonio que puede explicarse, entre otras cosas, a través de vuestra acción para orientar los públicos poderes hacia el reconocimiento, en la legislación del carácter sagrado e intangible de la vida y de todo lo que puede contribuir o mejorar sus condiciones físicas, psicológicas y espirituales.

6) De corazón imploro sobre vuestra Federación, sobre ustedes mismos y sobre vuestras familias, así como sobre vuestro trabajo cotidiano, la protección de la Bendición de Dios. Que la Santísima Virgen, Madre de bondad y de sabiduría pueda guiarlos en el camino de la fé y en el culto que rinden a la vida.

(Del "Osservatore Romano" del 7-I-1990)

*

II

El Santo Padre a los enfermos y al personal médico del Hospital Cardarelli de Nápoles: amar la vida del enfermo así como la propia.

Juan Pablo II durante el encuentro con el personal médico y con los pacientes del Hospital "Cardarelli" de Nápoles, que se ha desarrollado en la tarde del domingo 11 de noviembre de 1990, ha pronunciado el siguiente discurso:

Muy queridos Hermanos y Hermanas;

1) El encuentro con los enfermos y con los que se dedican a su curación constituye siempre para mí una ocasión de particular emoción.

Nunca, en efecto, como cuando se sufre, se experimenta la extrema fragilidad de la existencia y la necesidad que se tiene de los demás. Nunca, como cuando estamos en contacto con quien está sufriendo, se logra evaluar la importancia de la disponibilidad y de la solidaridad.

La enfermedad lleva a reflexionar acerca del misterio de la vida.

Mientras subraya su inestabilidad, evidencia los vínculos de recíproca dependencia que une entre ellos a los seres humanos.

La enfermedad involucra a los demás, especialmente a las personas más queridas y facilita de esta manera una más profunda y recíproca comprensión. A veces el dolor lleva a la desesperación; a menudo, gracias a Dios, provoca la solidaridad y vuelve posibles verdaderos actos de heroísmo.

Los abrazo con cariño queridos enfermos; quiero dirigir mi agradecimiento al personal médico, paramédico, administrativo aquí reunido desde varios hospitales y centros de curación y a todos aquellos que, con diferentes puestos, se ocupan de ustedes durante su estancia en este grande e histórico hospital.

Agradezco al Presidente de la Unidad Sanitaria Local, las amables palabras que me ha dirigido. Agradezco al Señor Ministro de la Sanidad por su presencia. A todos mi cariñoso saludo y mis mejores deseos.

2) El pueblo partenopeo, que ha experimentado siempre un religioso sentido de piedad hacia los que sufren, ha tratado, en diferentes épocas, de ocuparse de ellos con iniciativas concretas, inspirados al mandamiento evangélico del amor.

Esta estructura hospitalaria, la más grande de Nápoles, es seguramente una señal tangible de esta importante tradición caritativa.

En el transcurso de los años, además, se ha desarrollado una incesante competencia de solidaridad, acompañada por un notable fervor de investigación científica. Al generoso servicio de asistencia se ha unido, de esta manera la creación de una clase médica de alto nivel, tanto que originó la gloriosa Escuela Médica Napolitana, cuya forma ha traspasado las fronteras de Italia.

Fue un renombrado médico; el Prof. Antonio Cardarelli, que dió su nombre a vuestro hospital, fue en particular, Giuseppe Moscati, otro apreciado profesionista de vuestra ciudad, que llegó luego a ser Director Hospitalario, el que supo conjugar de manera ejemplar el binomio, ciencia y fé.

3) La asistencia sanitaria ya no es solamente el fruto de loables iniciativas caritativas privadas, sino que encaja justamente entre los servicios que la sociedad tiene que asegurar a todos los ciudadanos. En la gestión de estos servicios, sin embargo, no hay que separar el necesario profesionalismo de los cuidados cariñosos hacia la persona, precisamente porque no estamos en presencia de una enfermedad considerada de una manera abstracta, sino de un ser humano concreto, necesitado de ser

acogido con cariño y comprensión antes que con las medicinas y tratamientos.

Esto requiere naturalmente que las prestaciones otorgadas en los Centros Sanitarios sean cada vez más actualizadas, ajustando las estructuras al providencial progreso técnico y científico, a las nuevas necesidades del enfermo y a las diferentes condiciones de la sociedad.

No es, en efecto, demasiado lo que se gasta para disminuir los sufrimientos de quien está enfermo. Pero la utilización de las más modernas tecnologías en el terreno médico no debe de ocurrir dañando la "Humanización de la relación con los pacientes". Queda como condición que califica cada intervención médica al respecto de la dignidad del hombre. Efectivamente, "ninguna institución puede por sí sola substituir al corazón humano, la compasión humana, el amor humano, la iniciativa humana, cuando se trata de acercarse a los sufrimientos de los demás". (Salvifici Doloris, 23)

El respeto de la dignidad humana camina en forma conjunta a la caridad hacia el hombre que sufre. La ciencia dispone hoy de muchos nuevos recursos y es loable el esfuerzo que las estructuras están haciendo para

reponder a las nuevas necesidades. Sin embargo lo que más cuenta es que la asistencia médica no deje de ser un ejercicio concreto de aquella misma caridad que Cristo ha pedido: "Cada vez que hayan hecho estas cosas para uno solo de mis hermanos más pequeños, las habré hecho para mí". (Mt. 25, 40)

Amar la vida del enfermo, así como la propia; ¡esto es pleno cumplimiento del mandamiento de Dios! Que el respeto y el cuidado cariñoso hacia la vida del hombre desde la concepción hasta su último instante, sea siempre la base de la actividad profesional de todos ustedes que trabajan en este lugar de dolor y esperanza!

4) Pienso, en este momento, en todos los hermanos enfermos, pero sobre todo, en los que van a tener una larga estancia, en los ancianos y en los inválidos, me refiero particularmente, a los enfermos terminales y a las víctimas del SIDA.

Hacia estos nuestros hermanos tiene que ser más paciente el cuidado, más disponible el servicio. Ellos necesitan sentir cerca de ellos personas comprensivas que no los abandonen en los momentos difíciles, necesitan de amigos que los sostengan en el enfrentarse con valor a los acontecimientos dolorosos de la

enfermedad y también de la muerte, abriendo el corazón a la esperanza en Dios y la confianza en su amor infinito.

En situaciones de este tipo, cuando la ciencia ya no tiene nada que hacer, el calor humano puede ser una gran ayuda. Muy apreciada resulta entonces la presencia discreta, pero eficaz de los familiares, de los amigos, de los voluntarios. Determinante en particular, es la intervención de los sacerdotes hospitalarios, sacerdotes consagrados al cuidado pastoral de los enfermos. Ellos son su importante apostolado, demuestran que también la medicina y la técnica resultan impotentes frente a la enfermedad; lo único que no falla es la ayuda de la Providencia Divina. En los momentos críticos lo único que no se apaga es la fé, en la cual pueden sacar fuerza y paciencia aquellos que sufren y los que se dedican a sus cuidados.

La vida, muy queridos Hermanos y Hermanas, es siempre un don de Dios que hay que recibir con respeto y amor y los sufrimientos son un misterio, un desafío para el hombre y para el creyente. Es un desafío también para el progreso científico, porque no empuja a profundizar la investigación en lucha apasionada contra aquello que amenaza la salud del hombre, hazaña difícil pero se-

guramente excitante.

A ella tienen que dedicarse los estudiosos con constancia y humildad, adueñándose de la actitud del santo médico, vuestro coterráneo Giuseppe Moscati, quien escribía: "Ejerciten y repasen cada día sus conocimientos. El progreso está en una crítica continúa de los que aprendemos. Una sola ciencia es sólida e inamovible, aquella revelada por Dios." (Marranzini, Giuseppe Moscati; *Modelo del laico cristiano de hoy*, Ave, Roma, p. 370).

5) Muy queridos enfermos que transcurren aquí estos días de tratamiento con la esperanza de regresar pronto ya curados con vuestros seres queridos, ¡tengan valor! ¡Cooperen activamente con los médicos, demuestren su agradecimiento hacia aquellos que los cuidan! ¡Tengan sobre todo fé en Dios! El nunca nos abandona, aunque sí, a veces, es difícil de entender, su diseño es, sin duda, siempre un proyecto de amor para nuestro auténtico bien.

Por mi parte, les aseguro un especial recuerdo en mis rezos. Le confío a Dios a cada uno de ustedes, a sus familias y a todo el personal que trabaja en este hospital, del mismo modo rezo también para todos los enfermos y los que sufren en vuestra ciudad. María, Salud de los enfermos

los asista y proteja siempre.

Los bendigo de todo corazón.

(Del "Osservatore Romano" 12-13/11/90)

III

El Santo Padre a estudiosos de la regulación natural de la fertilidad: la reponsabilidad para el amor es inseparable de la responsabilidad para la procreación.

Juan Pablo II, dirigiéndose el 14 de diciembre a los participantes del encuentro sobre el "método Billings" organizado por el Centro de Estudios e Investigaciones Acerca de la Regulación Natural de la Fertilidad, de la Universidad Católica del Sagrado Corazón ha pronunciado el siguiente discurso:

Queridísimos:

1) Al dirigirles mi cariñoso saludo, deseo expresar una gran satisfacción por la importante iniciativa promovida por el Centro de Estudios e Investigaciones Acerca de la Regulación Natural de la Fertilidad" de la

Universidad Católica del Sagrado Corazón. El curso en que participan se propone preparar maestros capaces de difundir entre las familias a aquellos métodos naturales que permitan una procreación verdaderamente responsable, conforme con la doctrina moral constantemente expuesta por el Magisterio.

La enunciación de la finalidad de la iniciativa es suficiente por sí sola para subrayar la importancia que ella tiene en cuanto a la misión de la Iglesia en favor de la familia.

En la exhortación apostólica *Familiaris consortio* recordaba a los sacerdotes y a los fieles, la urgencia de "un compromiso más amplio, decisivo y sistemático para dar a conocer, considerar y aplicar los métodos naturales de la regulación de la fertilidad" (n.35)

2) La enseñanza de la Iglesia acerca de un problema tan delicado y urgente en la vida de los cónyuges y de la sociedad es a veces mal entendido y contrastado porque presentado en forma inadecuado y también unilateral.

Nos quedamos, en efecto, con el juicio sobre la negatividad moral de la anticoncepción como un acto siempre intrínsecamente deshonesto, pero raramente nos esforzamos en

comprender esta norma en la "visión integral del hombre y de su vocación, no solamente natural y terrena sino también sobrenatural y eterna" (*Humanae vitae* No. 7).

En realidad, sólo "en el marco de la responsabilidad hacia el amor y hacia la vida" puede ser entendida la motivación profunda de la prohibición de "acciones que se proponen como objeto y como medio volver imposible la procreación" (*Humanae vitae* No. 14). Sólo en el contexto de valores similares los cónyuges encuentran la inspiración que les permite superar, con la ayuda de la gracia divina, las dificultades que inevitablemente encuentran cuando, en condiciones sociales poco favorables y en un ambiente marcado por un fácil epicureísmo, tratan de seguir un camino conforme a la voluntad del Señor. Es solamente profundizando la concepción cristiana de esta "responsabilidad hacia el amor y hacia la vida" que se puede comprender la diferencia antropológica y al mismo tiempo moral, que existe entre la anticoncepción y el recurso a los ritmos corporales". (*Familiaris consortio*, No. 32).

3) "Responsabilidad hacia el amor y hacia la vida". Esta expresión recuerda la grandeza específica de la

vocación de los cónyuges, llamados a ser los colaboradores conscientes y libres de aquel Dios que es amor, que crea por amor y que llama al amor. El término "responsabilidad" es, por tanto, éticamente decisivo, porque en él se percibe, por un lado, la dignidad del "don" que se recibe, y por el otro, el valor de la libertad, al que es confiado, para que fructifique.

Cuanto más grande es el don, tanto más alta la responsabilidad del sujeto que libremente lo recibe. Y ¿cuál don es mayor, en el plano natural que esta vocación del hombre y de la mujer a expresar un amor fiel e indisoluble, dispuesto a la transmisión de la vida?

En el amor conyugal y en la transmisión de la vida el hombre no puede olvidar su dignidad como persona, que eleva el orden de la naturaleza hasta un nivel específico, ya no solamente biológico.

Por eso, la Iglesia enseña que la "responsabilidad hacia el amor es inseparable de la responsabilidad hacia la procreación".

El fenómeno biológico de la reproducción humana, en efecto, así como encuentra en un principio a la persona, del mismo modo tiene al final el surgir de una nueva persona, única y original, hecha a la imagen y semejanza de Dios.

De ésto, brota la dignidad del acto de la procreación, en el cual el amor interpersonal de los cónyuges encuentra su coronación en la nueva persona del hijo. Por eso, la Iglesia enseña que la apertura hacia la vida en las relaciones conyugales protege su misma autenticidad de relaciones de amor, salvándolas del riesgo de caer al nivel del puro goce utilitario.

4) En esta responsabilidad hacia el amor y hacia la vida, Dios Creador invita a los cónyuges a no ser pasivos ejecutores, sino más bien "cooperadores y casi intérpretes" de su diseño (*Gaudium et spes* No. 50). Ellos, en efecto, en el respeto del orden moral objetivo establecido por Dios, son llamados a un indispensable discernimiento de las señales de la voluntad y de Dios acerca de su familia. Así, en relación a las condiciones físicas, económicas, psicológicas y sociales, la paternidad responsable podrá expresarse, "ya sea con la deliberación equilibrada y generosa de formar una familia numerosa, o bien con la decisión tomada por graves motivos y en el respeto de la ley moral, de evitar temporalmente, o hasta por un tiempo indeterminado, un nuevo nacimiento"

(*Humanae vitae*, No. 10).

La ciencia ofrece hoy la posibilidad de conocer con seguridad los periodos de fecundidad y de infecundidad del organismo femenino. Los cónyuges pueden utilizar este conocimiento para diferentes fines legítimos; no solamente para distanciar o limitar los nacimientos, sino también con el objeto de escoger para la procreación los momentos más favorables, en todos sentidos, o también para individualizar los periodos con mejores posibilidades de alcanzar una concepción en algunos casos difíciles.

5) En esta aplicación de los conocimientos científicos para la regulación de la fertilidad, la técnica no se sustituye de ninguna manera al compromiso de las personas y tampoco interviene para manipular la naturaleza de la relación, como es en cambio el caso de la anticoncepción, en el cual se desliga deliberadamente el significado de "unión" del acto conyugal de aquella "procreación". Al contrario, en la práctica de los métodos naturales, "la ciencia tiene que estar ligada siempre con el auto-dominio", ya que al recurrir a ellos es cuando aparece aquella perfección propia de la persona que es la virtud.

Por eso se puede decir que la continencia periódica, practicada para controlar en forma natural la

procreación, "requiere una profunda cultura hacia la persona y el amor".

Ella exige, en efecto, un diálogo entre los esposos, atención y sensibilidad de uno hacia el otro, constante dominio sobre sí mismo: todas las cualidades que expresan el amor auténtico hacia el cónyuge por lo que es y no por lo que quisiera que fuera. La práctica de los métodos naturales exige superación personal de los cónyuges en la común edificación de su amor.

Esa "conexión intrínseca de ciencia y de virtud moral" constituye el elemento específico y moralmente calificador del recurso a los métodos naturales. Forma parte de una integral organización de maestros y de parejas de cónyuges, por los cuales tiene que quedar en claro que no se trata de simple "instrucción" desligada de los valores morales propios de una educación al amor. Permite, en fin, comprender que no es posible practicar los métodos naturales como una variante "lícita" de una elección de clausura hacia la vida, que sería por lo tanto análoga a aquella que inspira la anticoncepción: solamente si hay una fundamental disponibilidad hacia la paternidad y hacia la maternidad, entendida como colaboración con el Creador, el recurso a los métodos

naturales se vuelve parte integrante de la responsabilidad hacia el amor y hacia la vida.

6) La Sagrada Escritura nos revela el rostro luminoso de Dios, que "es amor" (1 GV 4,8) y que es "amante de la vida" (Sap 11,26). No olviden, aún en medio de las dificultades y de las incomprensiones, que el trabajo, al que se dedican, queridos Hermanos y Hermanas, es un servicio al amor y a la vida, como apoyo de los cónyuges

que quieren vivir según el diseño de Dios. Con este servicio, que merece el apoyo convencido de todos los sacerdotes, ustedes ofrecen una gran ayuda a la misión de la Iglesia.

Que el Señor les conceda su eficaz asistencia, yo les doy mi Bendición, que con gusto extiendo a sus familias, así como a las familias con las cuales van a estar en contacto.

(De "L'Osservatore Romano" del 15/12/90).

Del Magisterio Episcopal

I

Consultas CEI por la sanidad y la asistencia* Indicaciones pastorales acerca de "Problemas y perspectivas pastorales de los ancianos no autosuficientes".

La Consulta médica y la Consulta de las obras caritativas de asistencia han examinado en una junta los problemas de los ancianos no autosuficientes, basados en los documentos pontificios, en las direcciones que ha dado el Santo Padre en la conferencia internacional sobre "Longevidad y calidad de la vida" de noviembre 1988, en algunos documentos de obispos italianos y en algunas indicaciones surgidas del encuentro eclesialístico "Al servicio de la vida humana" y han llegado a las siguientes indicaciones pastorales en común:

1) Las personas ancianas, aunque no sean autosuficientes, tienen derecho a quedarse lo más posible en su propio ambiente de vida, donde tienen sus referencias en las personas, en las

cosas y en los restantes vínculos afectivos, para poder mantener el deseo y la fuerza de vivir y de llevar a cabo de una manera humana su camino terreno.

2) Es un deber especial de la Iglesia el educar a las familias para mantener cerca de ellas a las personas ancianas en lo posible, conforme a la enseñanza Bfblica y a las direcciones del concilio y a los otros documentos del magisterio, empezando por la educación, en este sentido, de los niños y de los jóvenes.

3) Es necesario sin duda tomar en cuenta a la familia, así como es hoy en día, con pocos hijos, con poco espacio, con muchas exigencias y por tanto más débil y más limitada que en el pasado para absorber esta tarea. Por lo tanto hay que estimular el soporte y la solidaridad que es la base de toda la comunidad cristiana y al mismo tiempo estimular a la sociedad civil para desarrollar los servicios en su territorio (asistencia a domicilio, centros diurnos, etc.) como ayuda a la familia: el voluntariado puede ser una importante integración de los servicios a la familia en su territorio.

4) En particular la comunidad cristiana puede dar su apoyo a la familia que tiene a su cargo a personas ancianas:

- dando a conocer a toda la comunidad la situación de los ancianos en su comunidad;

- recordándolos a la comunidad en la catequesis y en los rezos en común;

- promoviendo la ayuda recíproca de una familia a otra;

- orientando las congregaciones religiosas y el voluntariado hacia los servicios a domicilio como ayuda para la familia.

- actuando sobre las instituciones públicas para que desarrollen los servicios de ayuda a las familias en su territorio;

- encaminando, donde es posible, en las parroquias, pequeñas estructuras de asistencia a los ancianos que se quedaron solos, como señal ejemplar y como expresión de fraternidad de toda la comunidad parroquial.

5) La solidaridad cristiana debería además proponer y solicitar las vocaciones profesionales de servicio, en particular de enfermeros, como se ha hecho en alguna región gracias a la consulta sanitaria regional, de acuerdo con la conferencia episcopal.

Actualmente en los hospitales, según los cálculos del Ministerio de la Sanidad, faltan 80,000 enfermeros; además para realizar la asistencia domiciliaria integrada se necesitan otros 60,000 enfermeros. Una digna y

eficaz asistencia a las personas ancianas no autosuficientes está condicionada a estos operadores.

Es necesario sin duda pedir al mismo tiempo a las sedes de formación que proporcionen una organización adecuada para la asistencia de los ancianos y que se les dé un mejor trato a los enfermeros, que se reconozcan efectivamente la importancia y lo gravoso de su trabajo: es una manera indirecta pero real de reconocer su valor y su dignidad a los ancianos.

6) Hay que dedicar una especial atención a la asistencia religiosa de los ancianos no autosuficientes, no solamente en los asilos, sino también cuando están en su casa, ya sea visitándolos a menudo, ya sea valorizando su vida y sus sufrimientos durante la liturgia y en los rezos en común.

La asistencia religiosa de los ancianos debería de ser el compromiso de toda la comunidad cristiana y hacia esto debería de estar orientada también la atención del voluntariado de inspiración cristiana.

El cuidado de la comunidad cristiana para los ancianos no autosuficientes se vuelve una acción en contra de su remoción, propia de la sociedad de consumo.

7) Las congregaciones religiosas son llamadas a dar un ejemplo con dos valientes elecciones:

- la elección de preferencia de los no autosuficientes;

- la elección de los servicios para apoyar a la familia;

8) Con coherencia y poniendo en práctica lo que se ha dicho hasta ahora, se pide a las instituciones públicas:

- reservar a los ancianos no autosuficientes la prioridad de sus intervenciones;

- dar precedencia y preferencia a la asistencia domiciliaria integrada, a la hospitalización a domicilio a los servicios duimos en su territorio;

- que en lo posible las estructuras residenciales tengan un tamaño reducido para evitar el desarraigo de los ancianos en su ambiente, aunque los costos de construcción y de administración fueran mayores: tiene que predominar la preocupación para su calidad de vida.

- garantizar en las pequeñas estructuras residenciales los indispensables servicios sanitarios para no provar al anciano enfermo crónico del derecho a la salud: la ciencia demuestra que no existen enfermos incurables;

- emplear una constructora que permita también a los ancianos no

autosuficientes la permanencia en su propio ambiente de vida.

9) Los ancianos autosuficientes, no son un problema por el hecho de ser ancianos. El problema en dado caso está en la familia y en la sociedad que ya no saben reconocerles un "estatus" y un papel cuando quedan al margen de la actividad productiva.

Sus necesidades no se resuelven solamente con la asistencia (viajes, fiestas, vacaciones) sino sobre todo, con una diferente organización de vida (casa, trabajo, etc.) que les permita vivir como los demás en medio de los demás.

La comunidad cristiana puede dar muchos ejemplos reconociéndoles papeles auténticos con los diferentes servicios de la misma comunidad. Puede además promover y favorecer su organización para la autoprotección de sus derechos y de su dignidad.

10) Para respetar la totalidad de la persona y sus necesidades es indispensable favorecer la integración de los servicios sanitarios y sociales, como es explícitamente requerido por el Proyecto Objetivo Ancianos.

*

Notas Informativas

La situación de los ancianos en la sociedad italiana

En 1986 la población residente de más de sesenta y cinco años, en base a los datos ISTAT, ha resultado ser de poco menos de 7'500.000 unidades sobre un total de 57'200.000 de ciudadanos, con una incidencia superior al 13%, con dos puntos más elevada respecto a la misma incidencia de cinco años antes.

Dentro del dato total de personas ancianas, existe un desequilibrio numérico entre los sexos, que tiende a aumentar con el pasar de los años: si entre los 65 y los 69 años las personas de sexo femenino son casi el 56% comparados al 44% de los sujetos de sexo masculino, a los 90 años los valores de los datos se vuelven respectivamente del 74% y del 26%. Este dato tiene un significado para los servicios que hay que activar ya que hay que tomar en cuenta que cada vez más conciernen personas ancianas de sexo femenino.

También la distribución territorial de los ancianos de más de setenta y cinco años es importante con el objeto de una programación y de destinación de recursos.

Con fecha de 10 de enero 1986, los

ancianos de más de setenta y cinco años eran:

- 3'660.000 sobre 25'500,000 residentes en Italia septentrional con una incidencia del 14.3%;

- 1'534.000 sobre 10.350.000 residentes en Italia central con una incidencia del 14%.

- 2'277.000 sobre 20'700.000 residentes en el sur y en las islas, con una incidencia del 11%.

Dentro del grupo de los de más de sesenta y cinco años se debe enuclear a las personas de 75 años, que, gracias a la recomendación de la Conferencia Internacional de Viena, se pueden comparar para los fines de la protección asistencial a los no autosuficientes o de todas formas hay que considerarlos un grupo de alto riesgo. Con fecha arriba recordada los de más de setenta y cinco años han resultado ser 2'750.000 iguales al 4.8% de la población total italiana.

Los valores nombrados no son estables. En este estado de fluidez de los datos, parece debido anticipar la previsible evolución de la situación, con tal de poner al S.S.N. en condiciones de enfrentar los acontecimientos futuros.

Según estimaciones consolidadas, en el 2,000 los de más de sesenta y cinco años aumentarán a 9'978.000 en

una población total casi estable: 57'340.000 y la incidencia de los primeros sobre los segundos aumentarían desde el actual 13% hasta el 17.4%.

Análogamente los demás de setenta y cinco años aumentarán desde 2'750.000 hasta 3'375.000 con una incidencia sobre la población total que pasará del 4.8% al 6.6%.

Por suerte, tener más de sesenta y cinco años no se identifica "tout court" con una situación de necesidad asistencial. Sin embargo existe una relación entre número total de los pertenecientes a la clase de los de más de sesenta y cinco años y personas necesitadas, de las que el servicio público tiene que encargarse. Las estimaciones efectuadas, apoyadas por datos de otros países o deducida de la literatura especializada, permiten delinear el siguiente panorama de necesidad asistencial.

- personas ancianas no autosuficientes: 285,000, igual al 3.8% de los de más de sesenta y cinco años.

- personas ancianas parcialmente autosuficientes: 750,000 igual al 10% de los de más de sesenta y cinco años.

- personas ancianas autosuficientes pero de todas formas necesitadas de servicios socio-sanitarios: 1'500,000 igual al 20% de los de más

de sesenta y cinco años

(Roma, 6 de junio 1989)

II

Consultas C.E.I. para la sanidad y la asistencia.

Indicaciones pastorales sobre "Los enfermos mentales".

Frente al difícil problema de los enfermos mentales y a sus, a menudo, angustiosas condiciones de vida, la comunidad cristiana es llamada a asumir algunas responsabilidades:

a) Participar en los sufrimientos de los enfermos y de sus familias, según las indicaciones de S. Pablo:

"Gaudere cum gaudentibus, flere cum flentibus" en la participación de la pasión redentora de Cristo y a su resurrección;

b) Asegurar a los restantes hospitales psiquiátricos, que hospedan todavía un número importante de enfermos, una eficaz asistencia religiosa;

Los médicos católicos que trabajan en este campo observan que a menudo para la asistencia de los institutos psiquiátricos son asignados

religiosos incapaces, por diferentes razones de desempeñar, de manera satisfactoria esta delicada tarea;

c) apoyo a las familias que tienen a su cargo un enfermo mental. Esto significa promover la solidaridad entre las mismas familias, alentar a las religiosas a dedicarse a este tipo de servicios, respetando y poniendo en práctica su específico carisma, orientar al voluntariado en este campo, solicitar los entes públicos responsables, - regiones y U.S.L. - para organizar los servicios en el territorio que sean también un apoyo para las familias.

d) la presencia del voluntariado en el área psiquiátrica es históricamente carente. Esto se debe a muchas razones: el temor hacia personas que parecen imprevisibles y hasta peligrosas; la tendencia a enlazar la asistencia de los enfermos mentales con instituciones cerradas y difícilmente accesibles como eran los manicomios; las dificultades de la relación que presenta el enfermo mental: la persona con un *handicap* físico inspira espontáneamente cierta lástima, deseo de ayudar; el enfermo mental provoca problemas, no se entiende o no se sabe qué hacer, se teme provocar reacciones, a menudo no es dócil, rehusa las sugerencias, no muestra agradecimiento; lo que es

suficiente para desaminar el intento del voluntario que desea aunque sea un poco de gratitud y no quiere hallarse a disgusto en situaciones difíciles sin saber qué hacer.

Hoy el voluntariado tiene muchas maneras de expresar su solidaridad en muchas situaciones, ya sea como ayuda a las familias, así como apoyo en las pequeñas comunidades alternativas, en las cooperativas de trabajo, en la animación de los grupos, ya sea en los hospitales psiquiátricos así como en los servicios hospitalarios. Es necesario sin duda que esté adecuadamente preparado y que pueda ser ayudado cuando sea necesario, por especialistas.

e) apoyar espiritualmente a los operadores que trabajan en los servicios psiquiátricos, porque están más expuestos al desaliento, o a caer en la rutina o a sentirse marginados entre los mismos marginados.

f) poner unas muestras ejemplares, como pequeñas comunidades de hospitalidad, que sean al mismo tiempo testigos de caridad, indicación de caminos a recorrer y estímulo a las instituciones públicas.

A estas elecciones deberían de orientarse también las comunidades religiosas conforme a sus carismas.

g) promover con acciones con-

cretas una cultura de aceptación hacia los enfermos mentales en toda comunidad.

Los especialistas en la materia consideran que tomar a su cargo un paciente afectado por una grave psicosis que se prolonga en el tiempo, no puede ser tarea de la familia o de la comunidad. Los aspectos multiformes de la molestia psicótica y el compromiso que determina a diferentes niveles, la dificultad de aguantar la cercanía de la psicosis de parte del familiar sano y también del operador, llevan a la conclusión, de valor teórico y práctico, que debe de haber una responsabilidad común hacia el enfermo mental.

Cada ente, servicio o persona, tiene que hacerse cargo de sus propias competencias y compartir las responsabilidades de la asistencia.

La integración de los servicios socio-sanitarios, la terapia, la asistencia genérica y específica, el apoyo económico, la integración en el trabajo, la disponibilidad de los servicios, las estructuras poliformes, intermedias, alternativas, residenciales o semi-residenciales deben de ofrecer una respuesta a las diferentes situaciones.

Solamente en algunos lugares esto se ha realizado y ni siquiera totalmente.

En muchas regiones de Italia la situación es pavorosamente decadente.

Esto requiere sin duda una disponibilidad de toda la comunidad para aceptar al enfermo mental, para interesarse en él, para hacer algo para él. En la educación hacia esta sensibilidad y hacia esta cultura la comunidad cristiana, por los valores que se le atribuyen, puede dar una respuesta significativa.

Algunos datos sobre el problema en Italia

1) La situación psiquiátrica en Italia. Según los datos proporcionados por el Ministerio de Sanidad (V, documentación estadística anexa al Plano sanitario nacional) el 31.12.1984:

a) Existían en nuestro país 1,399 servicios e instituciones de diferente tipología y denominación; de éstos, el 48.2% constituido por instituciones psiquiátricas territoriales identificables con el centro de salud mental (C.S.M.), el 21.3% por estructuras intermedias, residenciales y semi-residenciales, el 16.9% por servicios psiquiátricos de diagnóstico y cuaración (S.P.D.C.) instituidos por la ley 180 en los hospitales generales

y el 13.5% por estructuras tradicionales de asilo (hospitales psiquiátricos, clínicos y hospitales universitarios de psiquiatría).

b) La distribución de las instituciones en el territorio nacional es totalmente heterogénea, con el 53% de las instituciones ubicadas al norte, el 20% en el centro y solamente el 27% en el sur.

c) Los Centros de Salud Mental (4 de cada 86,688 habitantes contra el parámetro óptimo de 4/50,000) resultan ausentes en 132 U.S.L. iguales al 20% de las U.S.L. italianas.

De estas 132, hay 100 ubicadas en el sur. Al interior de los centros de salud mental se ha podido encontrar que 45 unidades sobre 100 están definitivamente por debajo del dato medio total por características de funcionamiento y eficiencia (medida por medio de datos estructurales, de personal, de prestaciones y estilo de trabajo) mientras solamente 32 sobre 100 presentan un estándar de eficiencia satisfactoria (medio-elevado).

d) Los servicios psiquiátricos de diagnóstico y curación (4 cada 242,000 habitantes contra el parámetro óptimo de 1/200,000) presentan a nivel nacional un porcentaje de 4 lugares cama por 100,000 habitantes. Sólo un tercio de los SPDC existentes presenta

además un cuadro completo de operadores.

e) Las estructuras intermedias, residenciales y semi residenciales, constituyen el punto más débil de la red. Hay un total de 298, de las cuales solamente 50 son semi residenciales (centros para la actividad de rehabilitación - socialización y dan hospital específicamente para la actividad terapéutica). Sólo el 13.4% de estas estructuras están en el sur, en cambio 66 sobre 100 están ubicadas en el norte. En el conjunto del país hasta el 78.5% de las USL resultan carentes de estructuras intermedias.

Las 248 estructuras residenciales incluyen estructuras protegidas y semi protegidas; aquellas protegidas, con la presencia de operadores las 24 horas son alrededor de 100, en cambio aquellas con menor cantidad de operadores (por lo menos 8 horas de 1 operador) y por tanto con mayor auto-administración son cerca de 75; en total los lugares son 3,800.

f) Respecto a la creación de una "Organización departamental compartida de servicios de salud mental", la situación en el país es de total insatisfacción.

Con fecha 31.12.84 solamente 11 de las 696 U.S.L. disponen del entero conjunto de servicios (centro de salud

mental, S.P.D.C., estructuras intermedias). La integración jerárquica del trabajo (que está garantizada por la existencia de un solo órgano y de una única responsabilidad de dirección sobre los grupos de trabajo de las diferentes unidades o servicios psiquiátricos) está presente en una minoría de las U.S.L.; es además frecuente la excepción en el caso del hospital psiquiátrico (OP), que mantiene a menudo una autonomía jerárquica-funcional en cuanto al departamento psiquiátrico. En fin es en general muy débil la integración funcional del trabajo entre los servicios.

Es suficiente pensar que más de la mitad de los centros de salud mental (52.1%), tiene con los SPDC únicamente intercambios de información, de todas formas "encuentros esporádicos y ocasionales para la definición de los programas terapéuticos comunes", en cambio solamente el 16.6% de estos servicios administran directamente el S.P.D.C. y pueden de esta forma servir como un filtro para los asilos en una forma eficaz y por tanto asegurarse de la "continuidad terapéutica".

g) Los hospitales psiquiátricos suman hasta el 31.12.1984, la cantidad de 103 (de los cuales 11 son

particulares) con 36,700 pacientes internos.

Un indicador de la degradación de estos servicios nos lo da la escasa utilización de intervenciones alternativas o de integración a la farmacología practicada en los ex O.P.. La actividad terapéutica de rehabilitación adentro y afuera de esta estructura no encuentra una fácil acción ya sea por la carencia de operadores específicos y de oportunidades externas, así como para la elevada edad media de los internos y la hipótesis de no volver a salir, para muchos de ellos es una realidad.

2.- Situación legislativa.

La ley No. 180 acerca de la clausura de los manicomios suponía y requería el poner en práctica la ley no 833 de reforma sanitaria que tenía que garantizar una red de servicio en el territorio para enfermos mentales. Desgraciadamente la 833 en este aspecto, así como por otros, no ha sido puesta en práctica casi en ningún lugar. Consecuentemente las condiciones de los enfermos mentales y de sus familias se han vuelto dramáticas: una parte considerable se ha quedado en los manicomios en condiciones muchas veces peores que antes, los demás han

veces peores que antes, los demás han sido “descargados” sobre las familias o abandonados a sí mismos, un considerable número de proyectos de ley que tienden a reformar la 833 por el sector psiquiátrico están detenidos en el Parlamento. El Plan Sanitario Nacional, todavía no aprobado por el Parlamento, prevé un especial proyecto objetivo para la protección de la salud mental.

3.- Situación científica - cultural.

Para comprender las consecuencias pastorales del problema de los enfermos mentales es necesario recordar la evolución que ha existido en relación con la enfermedad mental ya sea en lo científico-terapéutico así como en la cultura común.

Según una inicial concepción positivista, orgánica, de la enfermedad mental, la enfermedad se derivaría de una lesión orgánica provocada por bacilos o por anomalías anatómicas o por degeneraciones de los tejidos en el cerebro; esta concepción llevó consigo los conceptos de peligrosidad, de incurabilidad, de separación; hubo una delegación total por parte de la sociedad y de las familias a la institución psiquiátrica y a sus operadores, que suponía confianza

por un largo tiempo, quizás para siempre. Los manicomios fueron la lógica aplicación de esta cultura “científica” que reflejaba e informaba la cultura prevaeciente de la población.

La investigación sobre el funcionamiento de la psique normal y patológica, evidenció la importancia de las relaciones interpersonales, la influencia que tienen sobre el equilibrio mental, las circunstancias de la vida y los acontecimientos “estresantes”, el valor terapéutico de la comunidad, la posibilidad y la necesidad de la prevención, la posibilidad y la necesidad del tratamiento por un restablecimiento por lo menos parcial. Por eso existe la tendencia al mantenimiento o a la aceptación de los enfermos mentales en los ámbitos normales de la vida.

También la actitud de la población ha cambiado parcialmente: del miedo, de la vergüenza y de la remoción hemos pasado a la parcial aceptación.

Lo que ha obstaculizado notablemente esta evolución cultural ha sido la falta de una acción por los necesarios servicios de apoyo que ha provocado situaciones dramáticas.

Es necesario tomar en cuenta también que la ciencia ha demostrado infundado el prejuicio, aún difundido,

que el enfermo mental no sufre.

Los enfermos mentales sufren lo mismo y quizás más que otros enfermos. El que haya experimentado estados de ansiedad y de angustia sabe cuanto sufrimiento implican a veces.

El estado de depresión es a veces tan opresivo que provoca que el enfermo piense en el suicidio como única solución. El sentimiento de culpabilidad tan desgarrador que induce al crimen para obtener un castigo. El terror hacia la vida puede ser tan fuerte que puede inducir al homicidio "por amor" con la "desaparición" de las personas más queridas.

Al sufrimiento de los enfermos hay que añadir el sufrimiento de las familias, especialmente aquéllas que tienen un miembro afectado por la psicosis a largo término se sienten abrumadas por un peso insoportable, la carga de un enfermo difícil o imposible de cuidar.

*Roma, 25 octubre 1989
(Del "Il Regno" - documentos 1990,15:497-500)*

*

III

El Consejo permanente C.E.I. por el Día de la Vida del 3 de febrero de 1991 "El amor para la vida es una elección de libertad".

"Vida y libertad no son dos realidades separables. Son bienes indivisibles: donde se quebranta uno, también el otro es quebrantado". No hay libertad verdadera donde la vida, cada vida humana, no es bien recibida y amada.

Esto es la verdad que los Obispos italianos, en el Día para la Vida del 3 de febrero 1991, quieren proclamar y proponer a la atención de los hombres y de las mujeres de nuestro país y confiar particularmente a los jóvenes los futuros constructores de la nueva Europa y del mundo.

No solamente el aborto y la eutanasia, sino muchas otras formas de violencia en contra de la vida, como el suicidio y la droga, son a menudo invocadas y justificadas como afirmaciones de libertad.

La experiencia en cambio atestigua dramáticamente que el rehusarse a vivir y dejar vivir coincide con el fin de la libertad. Desligada de su nativo y esencial vínculo con la inviolable dignidad de la persona, la vida humana

se vuelve un objeto de consumo, buscando o rehusando por la libertad de decisión y de acción; por todo lo que concierne la vida es invocada hoy en nombre de la calidad de la vida humana.

Pero nos tenemos que preguntar si la libertad y la calidad de vida son verdaderamente entendidas. Como hemos escrito en un reciente documento pastoral, "es necesario preguntarse si la vida humana es digna de ser vivida por una supuesta calidad, que consiste en la falta de incomodidades, de pobreza y de sufrimientos, o más bien por sí misma en cuanto vida de la persona (cfr. Evangelización y cultura de la vida humana, n. 7). En verdad, cada vida humana merece y exige la sabiduría y el valor de ser vivida con gratitud. Y la dignidad de la persona demanda que la vida sea siempre recibida, desde la concepción hasta el natural ocaso, y ayudada en su desarrollo integral, físico y espiritual.

Frente a una difundida concepción de la vida que actúa violentamente en contra de la vida misma, es totalmente necesario realizar un cambio cultural.

Esto es posible con la condición de que la libertad personal se ejercite en el "don sincero de sí misma" (*Gaudium et Spes*, n. 24) y que el inmutable y

universal mandamiento del "No matar" sea tomado en cuenta siempre y por todos en defensa al mismo tiempo de cada vida humana y de cada libertad. La libertad en efecto, recibe la vida. El hombre es verdaderamente libre cuando, dueño de sí mismo sabe entregarse a los demás.

Se trata de civilización, o sea, del bien humano no solamente de cada uno sino también de los pueblos. Solamente el incondicional respeto del derecho a la vida de cada hombre puede ser la base del respeto de todos los demás derechos de la persona y por tanto de las mismas libertades democráticas.

Los graves problemas de violencia difundida, los malos tratos hacia los menores, los secuestros de personas y la criminalidad organizada señalan con extrema claridad que solamente la recuperación, de parte de la conciencia de todos, del valor de cada vida, desde la más indefensa, puede ofrecer una respuesta radical y eficaz.

Esta inversión de la marcha urge también "en vista de la Europa" y de los procesos de progresión e integración de las diferentes instituciones democráticas y de los diferentes modelos de vida. Las fuentes del derecho y los documentos de la civilización milenaria de Europa están

impregnados por el mensaje del Evangelio, que dá una base segura a los principios máximos de la inviolabilidad y de la dignidad y libertad de la persona. Frente a los imponentes movimientos migratorios, es todavía más urgente cultivar el alma y la raíz cristiana más profunda de nuestra historia.

Confiamos en que una reflexión madura en cuanto a la relación entre la vida humana y la libertad llevará a los creyentes y a los hombres de buena voluntad a recibir nuestra llamada.

Las comunidades cristianas tienen que estar conscientes de su misión de atestiguar a Cristo, la verdad que nos vuelve libres, anunciando el Evangelio de la vida y sirviendo con amor al hombre. Parroquias, asociaciones y movimientos se sienten involucrados para desarrollar mentalidades e iniciativas de recibimiento de la vida naciente más amplia y concreta atención a los derechos de los menores y de los ancianos y solidaridad con las familias que están sufriendo. En particular a los jóvenes ofrecen ideales y fuertes compromisos de vida.

A las familias cristianas pedimos el valor de una más generosa y responsable apertura hacia la vida en la procreación y de una más clara y fuerte educación hacia la libertad

auténtica, como un "sí" consciente y responsable hacia una vida entendida como vocación y misión de amor.

A los políticos, a los administradores y a los operadores de servicios sociales y de salud, les pedimos reconocer efectivamente en el amor hacia la vida el presupuesto y el contenido fundamental de la promoción del bien común y de no dejar de intentarlo todo para que aseguradas las condiciones económicas, sociales y culturales de una libertad efectiva a la vida: la libertad de los jóvenes de tener una casa y casarse no sólo de convivir; la libertad de la mujer de expresar sus actitudes también sociales y profesionales, sin tener que renunciar a los derechos y deberes que implica el ser esposa y madre; la libertad de los cónyuges de concebir y tener los hijos que deseen y la libertad de las familias de asistir directamente a las personas ancianas.

(Del "Osservatore Romano" del 8-11-1990).

*

NOTICIERO

Primera Reunión Internacional de Andrología, “Diagnosticar la impotencia”.

Roma, 10 de junio de 1989.

La conformación etiopatogénica y el acercamiento clínico al síntoma de “impotencia” está actualmente en una fase de evolución, conforme a los conocimientos que las diferentes ciencias involucradas en su estudio van aportando a este marco tan complejo.

Sobre este tema, en una óptica interdisciplinaria, se ha desarrollado en Roma el 10 de junio, en la Pontificia Universidad Urbaniana, el “I International Meeting of Andrology”, organizado por el Doctor Diego Pozza (Centro de Andrología y Cirugía Andrológica, Roma) y por el Doctor G. Colpi (Como). El convenio se ha dividido en 5 secciones que incluyen: el acercamiento clínico y el diagnóstico endocrinológico; el diagnóstico instrumental; el diagnóstico neurológico y psicológico; la impotencia arterial y la impotencia de patología venosa.

Ya que la patología tiene intereses pluridisciplinarios de especial importancia, ha resultado la aportación de culturas de diferentes ramas, de las cuales ninguna ha tenido la pretensión

de volver el fenómeno “absoluto”, sino de enseñar un enfoque en especial, para integrarlo en la óptica de un paciente especialmente enfermo y psicológicamente delicado, considerado en lo global así como está señalado en la introducción del Prof. Menchini-Fabris (Pizza).

Las contribuciones endocrinológicas se han dirigido en particular a los nuevos métodos de dosificación biológica de las gonadotropinas de la hipófisis y a la hiperprolactinemia.

Se ha discutido en cuanto a que los factores endócrinos sean responsables de especiales cuadros de impotencia o que no constituyan más bien un síntoma indirecto de una situación de desarreglos, que se pueda considerar siempre como sexual en el hombre, en efecto, va más allá de una determinada correspondencia entre niveles de testosterona y dinámica de la erección.

Ha sido subrayado que todos los exámenes que hay que efectuar tienen que ser dirigidos hacia una concepción global de la persona y hacia el carácter de relación de la sexualidad, por lo que el mantener una sensibilidad ética es una prioridad que requiere especial competencia y seriedad en los operadores del sector.

Entre los métodos instrumentales, varias contribuciones han subrayado

la utilidad del "Rigiscan" (evaluación de la hinchazón y de la rigidez de la erección nocturna) en el diagnóstico diferencial entre impotencias orgánicas y psicológicas, con posibilidad de hacer también, en algunos casos, hipótesis diagnósticas en un campo orgánico para poder profundizar con exámenes específicos.

Entre los métodos de estímulo de la erección, se ha hablado de "vibración" (que podría permitir el superar dificultades de muestra del líquido seminal y naturaleza ética y/o psicológica), estímulo visual, infusión de fármacos vaso activos, con especial referencia a la más conocida papaverina y al VIP, y a nuevos y prometedores empleos de prostaglandines.

El diagnóstico neuro-fisiológico se apoya hoy en varias técnicas de respuestas evocadas sacras, potenciales corticales, actividad eléctrica del cuerpo cavernoso.

Le ha sido prestada mucha atención al paciente diabético, al que hay que ayudar por medio de un equipo de especialistas para mejorar y valorizar su actividad sexual.

También el paciente con insuficiencia renal crónica presenta problemáticas especiales y ha sido presentado un estudio de eso. Así

también ha sido subrayada la importancia de factores psicológicos, personales y/o de pareja, en el manifestarse del síntoma, que, en la óptica sistemática de una relación, parece desempeñar una tarea "estratégica" en el juego de una determinada pareja.

Concepto fundamental, reafirmado por varios relatores, ha sido la importancia de evaluar la etiología de la molestia, con el fin de un tratamiento correcto, aunque hayan sido propuestos el injerto y prótesis en pacientes con impotencia de cualquier tipo con tal de que sea de larga duración, o la utilización de fármaco-prótesis en pacientes con la "honey moon impotence", que es un claro desarreglo de una situación, conceptos que han parecido dudosos y han sido discutidos en sede y debate.

En fin, las más recientes adquisiciones en materia de impotencia arterial y patológica venosa con detalles más diagnósticos y clínicos. Los profesores Goldstein (Los Angeles) y Michal (Praga) han explicado que también sujetos jóvenes pueden resultar afectados por patología arterial con reflejos sobre el mecanismo de erección. Diferentes investigaciones instrumentales o técnicas de suministro farmacológico local, así

sintetizado por el profesor Burat (Lille), han sido propuestos para el diagnóstico de esta situación. También la impotencia por "húfda venosa", identificada más recientemente, puede ser puesta en evidencia y enfrentada con simples intervenciones quirúrgicas, como lo señalan los profesores Krane (Boston) y Wespés (Bruselas).

En conclusión, el argumento ha parecido de un gran interés para varios sectores de la medicina y de la psicología, cuyo acercamiento integrado parece indispensable. Un correcto diagnóstico debe ser siempre el antecedente y hacia esto se debe dirigir el esfuerzo de los investigadores, para un tratamiento correcto, con bases científicas, y no "mágico", de una molestia que el hombre actual ya no se avergüenza de confesar, en un esquema de interés hacia la sexualidad, como manifestación global de la persona humana.

Antonio Mancini.

*

Seminarios de Psiquiatría en el Instituto Ricci

Fueron inaugurados el 20 de junio pasado, en el Instituto Ricci, (centro para la formación en Psiquiatría, dirigido por el profesor Filippo María Ferro, y por Mons Elio Sgreccia) una serie de seminarios sobre la "Razón de internar al paciente en psiquiatría. Modalidades y perspectivas en el tratamiento del paciente psicótico agudo. Debate de experiencias y casos clínicos".

Los encuentros propuestos por el profesor Ferro, por el doctor P. Riefolo y por el doctor A. Gaddini, se proponen volver a abrir nuevas perspectivas en el acercamiento teórico y práctico al paciente psicótico enfrentando desde múltiples enfoques la relación médico psiquiatra-paciente psicótico.

En el primer encuentro intervino el profesor Lo Savio, responsable del Departamento Psiquiátrico de la USL RM 12, quien explicó el tipo de actividad desarrollada en el Departamento de Diagnosis y Tratamiento del Hospital S. Filippo Neri, que se apoya en un bien integrado y eficiente grupo de médicos y personal de paramédicos, con el cual ha

sido posible tener durante el año un "turn-over" de pacientes para poder internar a más de 800 enfermos en fase aguda.

Ha también explicado las posiciones que en estos últimos diez años se han delienseado al interior de las distintas corrientes que han animado la psiquiatría italiana antes y después de la reforma efectuada por la "ley 180" de 1978, reafirmando una evolución, dando un nuevo significado, clasificando como importante y no sustituible el momento en el que se interna al paciente para tener un acercamiento directo y personal hacia él, sobre todo, hacia el paciente psicótico, en el momento de fase aguda de la enfermedad.

Opiniones ligeramente distintas ha expresado el profesor Antonucci, director responsable del Departamento Psiquiátrico de la USL RM 3, quien considera un lugar privilegiado del tratamiento de la fase aguda, (y no solamente aguda) de la enfermedad psíquica, una estructura menos "de hospital" que aquella del departamento de Diagnóstico y Tratamiento y ha recordado, para confirmar esta opinión, su experiencia en los años 1972/1976.

Siguieron varias intervenciones que animaron el debate durante toda

la velada; nombramos algunas de ellas y nos disculpamos por no poder mencionar a todos los numerosos participantes, el mismo profesor F.M. Ferro, el doctor Gaddini que tuvo el papel de moderador, el profesor Piccioni director responsable del Departamento Psiquiátrico de la USL RM 17.

Durante el segundo encuentro que se ha desarrollado el 27 de junio pasado, el Doctor Bagicalupi ha enfrentado el problema metodológico desde el punto de vista del método de investigación y de la validez teórica del mismo.

El profesor Lo Savio ha continuado con su intervención, exponiendo los problemas de organización expuestos por el Departamento Psiquiátrico de Diagnóstico y Tratamiento también tomando en cuenta las particularidades del enfermo psiquiátrico en relación con el enfermo de otros departamentos del hospital, por las limitaciones debidas a la estructura y la organización de un hospital general, en donde ahora, contrariamente a todos los otros enfermos, el enfermo mental necesita poder alejarse para luego volver a la estructura, al término del período de tiempo establecido por los médicos.

A continuación intervino el Doctor Zervino que desarrolla su actividad

profesional en el Departamento de Psicología Clínica y Psiquiatría del Policlínico Gemelli, quien enfrentó el problema de la relación médico-paciente en psiquiatría, desde un punto de vista psicoanalítico haciendo un profundo e interesante análisis de la interacción médico-paciente psiquiátrico.

Los diferentes enfoques señalados por los diferentes relatores han dado interesantes y estimulantes puntos de partida para el debate que se prolongó durante toda la velada.

El Instituto Ricci se propone preparar en psiquiatría médicos especialistas y personal paramédico, etc; para ofrecer su disponibilidad a los pedidos de formación de voluntarios que se ocupen de pacientes psiquiátricos, de la organización de seminarios, encuentros y conferencias, invitando a diferentes relatores que enseñen el tipo de actividad desarrollada en los centros en los que trabajan y sus propias experiencias. Estarán invitados a hablar catedráticos y estudiosos que se ocupen de argumentos de notable interés clínico y científico en el ámbito de la psiquiatría.

Se están proyectando también actividades de investigación científica en las distintas ramas en las que se

divide la disciplina psiquiátrica. Hay que mencionar también el específico interés para promover los estudios y las iniciativas en el ámbito de los problemas éticos en psiquiatría y en su divulgación.

Esta actividad será desarrollada en colaboración con el Centro de Bioética de la Universidad Católica del Sagrado Corazón de Roma, que ya desde hace varios años desarrolla una actividad de investigación y promueve iniciativas que favorezcan la difusión y la sensibilización de la opinión pública relacionada con problemas éticos que se presentan en otras ramas de la medicina, como el problema de la eutanasia, la ingeniería genética, fecundación in vitro, mencionando nada más a algunos.

Es indudable la importancia del tipo de actividad que el centro se propone desarrollar, y se espera tener una respuesta y una entusiasta participación, no solamente de los "interesados en los trabajos", hacia los problemas del enfermo psiquiátrico, en relación con el cual existen todavía perjuicios y discriminaciones, unidos a veces a un escaso respeto hacia el portador de una patología real, pero no medible instrumentalmente, sobre todo en una época de tecnología y de biología pa-

ra la ciencia médica, sino también a una más grande categoría de médicos, psicólogos, asociaciones y grupos que se ocupen de actividad y de asistencia social.

Seminario de estudio sobre "Ingeniería genética: aspectos éticos y jurídicos", Roma, 23-30 de junio 1989.

Desde el 26 hasta el 30 de junio se ha desarrollado en Roma, en el Centro de Congresos de la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad Católica del Sagrado Corazón, el seminario de estudio que se tituló: "Ingeniería genética: aspectos éticos y jurídicos".

El seminario ha sido organizado por el Centro de Estudios del Ministerio de Sanidad y por el Centro de Bioética de la Universidad Católica del Sagrado Corazón con el fin de enfrentar, desde un punto de vista ético y jurídico, la temática tan actual y tan llena de consecuencias de la ingeniería genética. El profesor mons. Elio Sgreccia, Director del Centro de Bioética de la Universidad Católica del Sagrado Corazón, ha dirigido y coordinado los trabajos del seminario, que ha tenido como protagonistas de los intensos días de estudio y reflexiones, a médicos, biólogos, juristas, filósofos, moralistas y políticos que han

enfrentado el argumento de la ingeniería genética desde diferentes puntos de vista, en manera profunda y específica según las competencias, ofreciendo un valioso y apropiado informe a un auditorio tan variado.

Después del saludo inaugural del rector de la Facultad, profesor Manni, el ob. Foschi, presidente del Centro de Estudios del Ministerio de la Sanidad, ha abierto el seminario con una relación que ha enmarcado la ingeniería genética en el actual contexto "técnico-jurídico", evidenciando sobre todo la resonancia del problema a nivel de Consejo de Europa y del Parlamento Europeo, en cuyos ámbitos los esfuerzos tienden hacia el logro "de una dimensión" internacional que concierne a problemas bioéticos suficientemente coherentes".

Siguió el interesante informe del profesor Milani Comapretti, director del Instituto de Biología y Genética de la Universidad de Ancona, que ha abordado en manera clara y sintética los mecanismos sobre los cuales se fundamenta y progresa la ingeniería genética, refiriéndose particularmente a la técnica del DNA, que se vuelve a combinar, y a la posibilidad de una "genética negativa", o sea de utilizar el diagnóstico de defectos genéticos

en la época prenatal, permitida por las nuevas tecnologías, para eliminar al portador aún no nacido, y de una "genética positiva", en el que las susodichas técnicas son utilizadas con el fin de corregir enfermedades genéticas de tipo recidivante concernientes a la línea celular somática.

La mesa redonda de la tarde ha asistido a los informes del profesor Sensi, de la Facultad de Farmacología de la Universidad de Estudios de Milán, del profesor Neri, profesor de genética de la Universidad Chieti, del profesor Lorenzoni, director del Instituto de Agronomía y Genética Vegetal de la Facultad de Agricultura de la Universidad Católica del Sagrado Corazón de Piacenza, del profesor Bottazzi, director del Instituto de Microbiología y del profesor Piva de la Facultad de Agricultura de la misma Universidad, que han tratado argumentos de un gran interés y actualidad concernientes a las aplicaciones de la ingeniería genética en la industria farmacéutica y biomédica, en la clínica, en la agricultura y en la cría de animales, así como para la mejora de los alimentos a través de la modificación genética de las bacterias lácteas. "¿Es lícito intervenir sobre los organismos de modo tal que se cambien sus características de manera

que sean útiles para el hombre y para siempre?" Desde un punto de vista más amplio los efectos de la ingeniería genética sobre el equilibrio del ecosistema y el respeto del mismo como necesidad ética han sido objeto de los informes del profesor Rossi y del padre profesor Przewozny respectivamente, en cambio el profesor D'Agnoles, director del Laboratorio de Biología Celular del Instituto Superior de Sanidad, ha hablado acerca de los reglamentos para los laboratorios y para la manipulación del DNA in vitro actualmente vigentes, según las normas elaboradas por la OMS y las directivas CEE.

El profesor mons. Sgreccia, después de la introducción relacionada con los criterios generales, con los problemas, con las orientaciones y los centros de investigación de bioética, ha enfrentado, de una manera específica, los temas bioéticos relacionados con el diagnóstico genético y la medicina preventiva, ya sea en el niño o en el adulto.

El profesor Serra, director del Instituto de Genética de la Universidad Católica del Sagrado Corazón, ha hablado de los preliminares técnicos y de los problemas de orden ético del diagnóstico genético prenatal.

El profesor Lomardi Vallauri,

profesor de Filosofía del Derecho de la Universidad de Florencia y el Doctor Eusebi, de la Facultad de Jurisprudencia de Milán, han profundizado respectivamente en el estatuto ético-jurídico del embrión y las orientaciones legislativas en el campo internacional que conciernen a la experimentación sobre los embriones. El profesor Galizzi, director del Instituto de economía de la Facultad de Agricultura de Piacenza ha desarrollado una amplia relación sobre la bio-tecnología en agricultura, subrayando las implicaciones de carácter económico que sostienen y condicionan el progreso del fenómeno en este sector.

La mesa redonda ha tenido como argumento las orientaciones y las propuestas de una legislación italiana en el tema de genética y experimentación sobre el embrión, y ha tenido como protagonistas a Garavaglia, subsecretario del Parla-

mento europeo e italiano.

El profesor Romano, director del Instituto de Medicina Pública y Seguridad Social de la Universidad de Nápoles, el doctor Spagnolo del Centro de bioética de la Universidad Católica del Sagrado Corazón y Mons. Sgreccia han desarrollado el tema de los comités éticos en campo genético, mientras que el profesor Polli, director del Instituto de Clínica Médica General I de la Universidad de Milán y el profesor Fasella, director general de Asuntos Científicos, Investigaciones y Desarrollo de la Comisión Europea, han concluido el seminario tomando en consideración las perspectivas futuras de la Comisión Nacional de la Ingeniería Genética y las orientaciones de la programación de la investigación en campo europeo.

Giuseppina Girlando.

Nuevos tests para el diagnóstico del Sida

Cambridge. Ha sido anunciado un importante descubrimiento en el perfeccionamiento de la biotecnología: dos investigadores de la Biotécnica Internacional han finalizado un método, *La Ligase Chain Reaction* (LCR) que aplicada en el campo del diagnóstico inmunológico permitirá el diagnosticar, por ejemplo, la presencia del virus HIV, en cantidades mínimas y en una fase muy precoz de la infección, sin tener que esperar la aparición de los anticuerpos, como en cambio sucede ahora.

Se podrá de esta forma obtener una más rápida intervención terapéutica capaz de obstaculizar más eficazmente el evidenciarse de la enfermedad.

Otra muy útil aplicación de este nuevo método pudiera ser el "screening" de los portadores del virus HIV entre los donadores de órganos para evitar la grave eventualidad, que por lo demás ya se ha presentado, de la transmisión de la infección por HIV de un donador de órganos al paciente trasplantado.

Sumado a este descubrimiento, aún si la LCR no es empleada en este caso, está lo que es ahora un tema de actualidad, o sea la posibilidad de

aprontar un test diagnóstico de SIDA para hacerlo "en casa". Esta eventualidad parece por lo menos peligrosa, es suficiente pensar, por un lado, en la posibilidad de que, personas que se hayan descubierto positivas al test, sintiéndose solas para enfrentarse a un drama similar, escojan el suicidio. Por otro lado, a los eventuales falsos negativos en sujetos que "tranquilizados" por aquella equivocada revelación podrían seguir teniendo comportamientos aptos para propagar ulterior e inadvertidamente la enfermedad.

(Noticia recogida de "Il Corriere della Sera", 18 de septiembre 1989 en el artículo de M. Piatteli Palmarini. En una hora se podrá descubrir el virus)

La sentencia de USA sobre embriones contenidos

Tennessee (USA); La historia de aquella de dos cónyuges que después de haber obtenido a través de fecundación in vitro 7 embriones para implantarlos sucesivamente en el útero de la madre, han decidido separarse y han empezado una controversia legal para establecer a quién de los dos "padres" deberían de ser "confiados" estos embriones, mientras tanto

congelados.

El juez de Tribunal Supremo de Tennessee, encargado de resolver la controversia, ha tratado de pronunciar una sentencia que restableciera el equilibrio en una situación de otro modo paradójica: en el momento del divorcio los embriones serán confiados a la madre ya que se ha reconocido que la vida humana comienza en el momento de la concepción y la madre es la única que puede permitir a estas vidas nacer. (Noticia recogida de "Il Gionale d'Italia, 23 de septiembre 1989, artículo "Embriones congelados; la polémica explota en el mundo científico").

Matrimonio entre homosexuales

Dinamarca. En mayo pasado fué aprobada una ley que permite la unión civil entre homosexuales. En el momento del rito "los novios" adquieren los mismos derechos que las parejas heterosexuales en relación con las cuestiones de herencia, vivienda, separación y divorcio; no podrán, sin embargo, valerse de las leyes sobre la adopción de niños, sobre inseminación artificial (en el caso de la mujeres) y sobre la custodia de la prole que uno de los dos pudo

haber tendido en relaciones anteriores.

El dictamen del Parlamento danés, desgraciadamente, está destinado a no quedarse solo: en los Estados Unidos, por ejemplo, desde hace tiempo se espera una decisión similar, debido a las continuas presiones por parte de los movimientos de homosexuales, muy numerosos y bien organizados. Se obtendrá, de esta forma, una ulterior debilitación del vínculo familiar ya privado de sus fundamentales requisitos de indisolubilidad y de fuente de vida, los cuales han contribuido a la aprobación de la ley sobre el divorcio y a la legalización del aborto, ahora ya aceptados en varias partes del mundo.

(Noticia recogida del "Corriere della Sera", 1 octubre 1989, artículo de M. Maxxeo "Sì de Dianmarca al matrimonio gay").

*

Recensiones

Por Pietro M.L. y Sgreccia E.,

La transmisión de la vida según la enseñanza de Juan Pablo II. Colección Ciencia Medicina Ética, Milán: Vida y Pensamiento, 1989, Vol. V p.p. 285.

El Magisterio Católico, ya con Pio XII y más recientemente con Pablo VI y Juan Pablo II, ha tratado siempre de oponerse a la mentalidad pragmática y epicurea del mundo laico en cuanto a la transmisión de la vida, con una cultura del hombre y para el hombre, una cultura en que la procreación sea entendida como un acto de los esposos, como entendimiento de una responsabilidad personal, como señal y fruto del don entre los cónyuges y de la acción del creador.

La procreación como elección de la persona, por la persona, en la persona, digna de la persona: se realiza de este modo un conjunto de valores que han interesado, desde siempre no sólo a los creyentes, sino también los no creyentes, porque se trata de valores humanos. Entre estos valores están el valor personal, e valor conyugal y el valor de la creación.

Una procreación responsable, en efecto, involucra en primer lugar a los esposos, que cuestionándose a sí mismos vuelven a descubrir la verdad de su existencia y en verdad, y por tanto, en la totalidad, comulgan con el otro. Es en la "*communi*

personarum" que se realiza el segundo valor conyugal: el esposo y la esposa vuelven a descubrir una dimensión más humana y enriquecedora de vivir el propio amor, que, por un lado requiere de educación para respetar a los demás y para controlar sus instintos, por el otro está accesible para formar una nueva vida que obliga a los mismos cónyuges a salir de su subjetividad y a ensanchar su propia experiencia subjetiva.

En la experiencia conyugal y engendradora, la persona no puede dejar de reconocer un tercer valor: la vida del hijo que es un don del Creador aún antes de ser el fruto del amor conyugal, por tanto, al reflexionar moralmente acerca de la procreación no se puede prescindir de pensar en su dimensión creativa y espiritual ni tampoco se puede pasarla en segundo lugar.

Dejar el acto de la procreación en manos de manipulación arbitraria de la subjetividad humana por vías y con métodos que prescinden del diseño del creador, revelado e inscrito en la corporeidad, afectividad y espiritualidad de la persona, quiere decir en primer lugar ofender al creador y menoscabar los valores implícitos del acto de la procreación y de la comunión conyugal.

Este libro, escrito “a cuatro manos” por María Luisa Di Pietro y por Elio Sgreccia del Centro de Bioética de la Universidad Católica del Sagrado Corazón, está dedicado al estudio de la enseñanza de Juan Pablo II y tiene precisamente el objeto de profundizar el significado y el valor del acto conyugal, el contexto en el cual tiene que efectuarse, los fundamentos antropológicos y teológicos de la procreación responsable, las formas para realizarla.

En efecto, es conocida la atención que Juan Pablo II pone, a los asuntos que conciernen a la persona humana y al amor humano: sus discursos en la ocasión de Audiencias (por ej. en los cursos y convenciones sobre la procreación responsable organizados por el Centro de Estudios e Investigaciones sobre Regulación Natural de la Fertilidad de la Universidad Católica), la Catequesis del miércoles sobre el amor humano, los libros escritos antes del Pontificado y al final de la Exhortación Apostólica Familiaris Consortio, atestiguan su amor de Padre hacia sus hijos, de Padre que ilumina el camino guiándonos hacia la búsqueda del sentido de la vida.

Junto con el Magisterio precedente, y particularmente con los contenidos

de la Encíclica *Humanae Vitae*, a recuerdo y aniversario del cual está dedicado este libro, el Pontífice nos lleva gradualmente a lo largo del camino de la comprensión, de la búsqueda de los fundamentos para el descubrimiento de la verdad y de las maneras para vivirla y realizarla.

Y es importante para el hombre, y no solamente para el creyente, tener una referencia segura, tener valores en los cuales creer en un mundo que está sufriendo por las consecuencias de un grave desorden moral.

El libro está dividido en dos partes. La primera parte, que consta de cinco capítulos, está dedicada a la lectura y al comentario de la enseñanza de Juan Pablo II.

El primer capítulo, titulado “La procreación humana”, analiza dos aspectos de la procreación humana: el “ethos” de la procreación, o sea el “*una caro*” y la finalidad de la procreación, en cuanto a la creación, a la Cristología y a lo eclesial.

En el segundo capítulo, a partir de la comprobación, que la procreación es inseparable de la esfera ética, se examina el significado de la responsabilidad como categoría moral y en relación con la procreación humana, la virtud de la castidad y de la continencia.

El capítulo tercero quiere ser en cambio una aclaración de las respuestas del Magisterio a las frecuentes objeciones hacia sus enseñanzas en el asunto de transmisión de la vida ya sea por los no creyentes así como, desgraciadamente por los mismos católicos. Por éso surge el intento de contestar a dos frecuentes preguntas: ¿cuál clasificación teológica tienen los documentos de la Iglesia Católica en cuanto a la procreación? ¿Ley de lo gradual o gradual de la ley: es solamente un juego de palabras o una diferente manera de ponerse enfrente de la llamada de Dios y de su diseño acerca de cada uno de nosotros?

El cuarto capítulo está dedicado a los métodos naturales: toda la enseñanza de la Iglesia Católica acerca de la procreación responsable se fundamenta sobre la regulación natural de la fertilidad, lo que está permitido por un conocimiento de los ritmos biológicos de la mujer y de la pareja.

Actualmente, el trabajo de sensibilización y de difusión de los métodos naturales es muy cansado, obstaculizado en parte por una difusa mentalidad anti-conceptiva y en pro del aborto y además por la división entre los que trabajan en el campo de la regulación natural de la fertilidad. El

peligro que incumbe, en este último caso, es en efecto la posibilidad de olvidar que más allá del dato técnico, de la bondad científica del método, existen valores que no pueden ser desconocidos y que dan la calificación al mismo método natural, de tal forma que no sea simple alternativa a los anticonceptivos.

El capítulo se concluye con una exposición de los conocimientos actuales en cuanto a los índices de fertilidad y a los métodos naturales.

El capítulo quinto, en fin, se detiene sobre el problema de las políticas demográficas y sobre el reciente fenómeno de la disminución de los nacimientos para sondear su raíces históricas y las motivaciones socio-culturales que los sustentan.

La segunda parte de la obra es, en cambio, una recolección de discursos de Juan Pablo II en varias ocasiones. La recolección está dividida en dos partes: la primera parte contiene los discursos de los participantes a los congresos nacionales e internacionales y los cursos acerca de la procreación responsable y acerca de los problemas demográficos; la segunda parte contiene algunos trozos de la c.d. "Catequesis del miércoles sobre el amor humano". Cada discurso está precedido por una pequeña intro-

ducción y está subdividido en párrafos con la introducción de algunos subtítulos para facilitar su lectura.

Aconsejamos la lectura de este libro a los que están dedicados a los cursos de calificación para maestros de métodos naturales y en general a aquellos que tienen algún tipo de responsabilidad en la pastoral familiar.

Giuseppe Fasanella.

*

**Bompiani A., Sgreccia E.,
“Los trasplantes de órgano
y de tejidos”**

Milán: Vida y Pensamiento, 1989, p.p. 278.

La intervención de la ciencia médica y de las técnicas quirúrgicas en el campo de los trasplantes representa actualmente uno de los puntos de continuo y rápido progreso. En los últimos diez años, aunque los estudios sobre esto hayan empezado antes, los trasplantes han incluido órganos cada vez más importantes (riñón, corazón, hígado, páncreas) y el porcentaje del éxito de las intervenciones ha ido aumentando conforme al perfeccionamiento de las técnicas operatorias tanto en el descubrimiento como la utilización de la ciclosporina A, un medicamento con potente y selectiva actividad inmuno-supresora.

Además han aumentado la demanda y las indicaciones para los trasplantes de tejidos (por ej. médula ósea) y la utilización de órganos y tejidos sacados de embriones o fetos humanos. todo esto provoca algunas consecuencias de tipo ético y jurídico principalmente en cuanto a la defensa de la vida humana al amparo de la identidad personal, y al consentimiento después de haber sido informado.

Desde el punto de vista ético y antropológico la pregunta fundamental que nos ponemos es acerca de la relación entre tecnología y moral, entre naturaleza biológica y persona: "la verdad es que el desarrollo tecnológico y característico de nuestro tiempo, sufre de una doble valencia: si por un lado permite al hombre el tomar en sus manos el propio destino, lo expone, por el otro a la tentación de ir más allá de los límites de un razonable poder sobre la naturaleza, poniendo en peligro la misma sobrevivencia y la integridad de la persona humana... claro, que el conocimiento científico tiene sus propias leyes a las cuales someterse.

Sin embargo tiene que reconocer, sobre todo la medicina, una barrera infranqueable en el respeto de la persona y en la protección de su derecho a vivir de una manera digna para un ser humano. (Juan Pablo II, "Discurso a los participantes a dos Congresos de Medicina y Cirugía", 27 de octubre 1980). Estas palabras del Santo Padre, que expresan muy bien el conflicto existente desde siempre entre el progreso científico por un lado y la demanda ética por el otro, son reproducidas en la portada del libro "Trasplantes de órganos y de tejidos", de la Colección Ciencia Medicina-

Ética del Centro de Bioética de la Universidad Católica del Sagrado Corazón, al cuidado de Adriano Bompani y Elio Sgreccia. El libro, que contiene las contribuciones de médicos, juristas y moralistas, se enfrenta al asunto de los trasplantes de órganos bajo tres aspectos: científico, ético y jurídico.

Después de un cuidadoso examen de las recientes adquisiciones en asunto de los trasplantes de órganos (al cuidado de Marco Castagneto y de Franco Cittero) y de la médula ósea (al cuidado de Bruno Bizzi), es presentado por Antonio G. Spagnolo un asunto muy actual, al que ya hemos aludido: la utilización de los embriones y de los fetos humanos como donadores de órganos y de tejidos.

Existen dos razones fundamentales que impulsan hacia ese género de intervención: el primero está ligado al aumento de la necesidad de órganos pequeños en el campo de los trasplantes neonatales que en estos últimos años ha hecho muchos progresos; el otro está ligado con la posibilidad reciente, de utilizar los tejidos fetales para curar algunas enfermedades neurológicas, tanto en los niños así como en los adultos (por ej. el trasplante de "substantia nigra" embrional de sujetos afectados por el

mal de Parkinson).

Esto naturalmente provoca diferentes problemas sobre todo en relación con la comprobación de la muerte, cuyos criterios son diferentes de aquéllos utilizados en el sujeto adulto y en cuanto al respeto hacia la vida humana naciente.

En el caso de tomas de órganos, éste viene difícilmente efectuado en los fetos abortados, ya que el aborto ya sea espontáneo así como provocado sucede generalmente en los primeros seis meses de embarazo cuando los órganos más importantes (corazón, riñón, hígado) no están todavía completamente desarrollados.

Actualmente, en cambio, consideramos con cuidado la posibilidad de sacar los órganos de los fetos anencéfalos cuyo defecto se haya encontrado durante el embarazo. Y los problemas éticos que se ponen frente al feto o neonato anencéfalo son numerosos: ¿Cuál es la identidad del sujeto anencéfalo? ¿Es justa la decisión de interrumpir el embarazo de un feto anencéfalo? ¿Es correcto utilizarlo como depósito de órganos y de tejidos? ¿Es aceptable programar y actuar la reanimación del neonato anencéfalo con el único objeto de mantener irrigados los órganos para sacarlos sucesivamente para el

trasplante? ¿Cuáles pueden ser los criterios para determinar la muerte cerebral en el anencéfalo?

Por lo que concierne, en cambio, la toma de tejidos de los embriones y de fetos humanos, los puntos más importantes de la discusión ética son sobre todo dos: las circunstancias de expulsión del feto (aborto espontáneo o voluntario) y las obligaciones morales en relación al feto sano o con alguna malformación, viable o moribundo. Al abordar el libro estos asuntos, empieza por el comparar que el embrión humano es un individuo de género humano desde la fecundación y siendo tal hay que respetarlo y protegerlo igual que el sujeto ya nacido.

Por este motivo no podrá ser utilizado nunca para el bienestar de otra persona y cualquier intervención será justificada sólo en el caso de que nos sea arriesgada y tenga como objeto el tratamiento y la posible curación del mismo embrión.

Los criterios de respeto y de protección de la vida física son válidos, como ya lo hemos dicho, también en los trasplantes de órganos y de tejidos de sujetos ya nacidos.

En cuanto a ésto, ética y derecho tienen mucho en común, como lo demuestra una cuidadosa lectura de

los capítulos de los libros dedicados a este asunto.

Después de haber subrayado la importancia fundamental en el caso de los trasplantes de órganos y de los tejidos, de dos principios éticos, la defensa de la vida física del donador y del receptor y la defensa de la identidad personal del receptor y de su descendencia, Ellio Sgreccia, director del Centro de Bioética, y dos de sus colaboradores, María Luisa Di Pietro y Giuseppe Fasanella, examinan los problemas del consentimiento en el caso de toma "ex-viviente" o "ex-cadáver" y las modalidades de comprobación de muerte en los sujetos destinados a la donación de órganos.

Ésto es también el resultado de la legislación actual y de la propuesta de ley "Normas para la comprobación y la certificación de muerte y nueva disciplina de extracciones de partes de cadáver con objeto de trasplante terapéutico," presentado por un grupo de senadores, entre los cuales Adriano Bompiani, ya aprobada por el Senado de la República. Los contenidos de la propuesta senatorial son expuestos y explicados en el libro en una relación del mismo Bompiani, titulada "La propuesta senatorial de revisión de la ley 644/1975 concerniente el asunto de las extracciones del cadáver con el

objeto de un trasplante terapéutico".

El libro está enriquecido por una amplia parte documental que contiene un análisis detallado del difícil y sufrido debate parlamentario del D.D.L. sobre indicado, los textos del diseño de ley antes y después de la aprobación de parte del Senado y tres relaciones de la Conference Of European Health Ministers del Consejo de Europa.

Muy útil, en fin, el glosario que facilita la lectura del texto para el que no es médico.

María Luisa Di Pietro.

*

Tresalti E., Higiene y técnicas de los hospitales.

Milán: Vida y Pensamiento, II ed., 1989 pp. 240.

Después de un año aproximadamente de la primera edición, es publicado por la editorial "Vida y Pensamiento" la segunda edición del libro "Higiene y Técnicas de los hospitales" del prof. E Tresalti, Director Sanitario del Policlínico Universitario "A. Gemelli" y profesor en la Escuela de Especialización en Higiene y Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad Católica de S. Corazón y en la Escuela para Directores de la Asistencia de parte de los Enfermeros de la misma Universidad.

Se trata, como lo escribe el autor en el prólogo "páginas que provienen de la experiencia en la enseñanza" en las susodichas escuelas, y constituyen no "un texto que quiera agotar la materia, sino más bien que quiere dar indicaciones actuales sobre algunos aspectos, importantes, de la higiene y de la técnica de los hospitales".

Después de una breve introducción de carácter histórico sobre la evolución que en el transcurso de los siglos han tenido los hospitales, (cap. 1), el autor, en el capítulo 2, continua tratando específicamente de la estructura y del funcionamiento del mismo hospital,

ya sea en su conjunto, así como en las diferentes partes que lo constituyen: las zonas de estancia, las unidades operatorias, la central de esterilización, el consultorio, sin descuidar los problemas de las comunicaciones y de los transportes en su interior.

Es obvio que, la referencia principal y constante es la Policlínica Universitaria "A. Gemelli" concebida desde su origen según los más actuales dictámenes en cuanto a la técnica relacionada con los hospitales y todavía en continúa transformación y adecuación. Pero el autor se basa también sobre el examen profundo y la comparación con otros importantes hospitales, ya sea italianos así como extranjeros, de tal manera que aquéllo que resulte ser un hipotético "hospital modelo" muestre lo mejor de las soluciones propuestas y experimentadas con éxito en diferentes partes del mundo.

No olvida que todos los esfuerzos para mejorar las estructuras y su funcionamiento tienen solamente un objeto: el mayor bienestar del paciente, no solamente físico sino también y sobre todo psicológico y precisamente pensando en ésto, desde hace varios años, y empezando por los países anglosajones, se practica la experiencia de aquellos que son

definidos comunmente "*day-hospitals*", de lo que se trata el capítulo 3.

Se trata de estructuras pensadas de manera de ayudar al paciente en su deseo de cumplir al mismo tiempo con las necesidades impuestas por su estado de salud, son tener que renunciar a una vida "normal" en las horas en las que su presencia en el hospital no es indispensable. En efecto la experiencia del "*day-hospital*" permite una decisiva mejoría de las condiciones psicológicas y de las relaciones sociales del paciente, que de esta forma se enfrenta seguramente de una forma menos dramática a una estancia de pocas horas al día (pensando sobre todo en los niños, en los ancianos, en los pacientes de oncología).

Además las ventajas de recurrir a la hospitalización diurna se reflejan también en la calidad y en la cantidad de las prestaciones ofrecidas, siendo posible de esta forma tratar al mismo tiempo un mayor número de pacientes, en comparación con una estancia tradicional, con personal específicamente adiestrado y por lo tanto capaz de garantizar una óptima calidad en sus prestaciones.

El capítulo 4 está dedicado al desagüe de los desechos de los hospitales, ya sea sólidos o líquidos,

con amplia referencia a las normas legislativas vigentes, que además no siempre están claras y por lo tanto se prestan a diferentes interpretaciones.

Con el capítulo 5 el autor se dedica a las infecciones en los hospitales, capítulo que en los últimos años ha adquirido mayor importancia en el ámbito de la higiene en los hospitales. Por un lado efectivamente la presión selectiva ejercida por los antibióticos ha favorecido el desarrollo de bacterias resistentes y su difusión; por el otro los sistemas de control de las infecciones en los hospitales no han sido adecuadas a la diferente situación, así que no se le ha dado, hasta ahora, al problema la debida importancia y por tanto no se ha podido enfrentar con la debida energía.

Desde un punto de vista etiológico, el autor recuerda como ya es sabido que esas infecciones provienen prevalentemente de bacterias gramnegativas, que viven y se reproducen generalmente en el ambiente y no en el hombre. Por lo que concierne el tipo de pacientes afectados más frecuentemente por esas infecciones, pueden ser diferentes sujetos que son hipesusceptibles a los microorganismos (prematuros, ancianos, diabéticos, quemados, pacientes con algún déficit en la inmunidad, etc.) o

bien por una causa provocada (pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas, terapia radiante, terapia inmunosupresora, etc.). Se toman en consideración también las localizaciones más frecuentes de esas infecciones. La última parte del capítulo está dedicada en fin al control de las infecciones de los hospitales, en primer lugar a través de una adecuada profilaxis, ya sea directa (la denuncia, hoy ya no obligatoria, la diagnosis etiológica, el aislamiento, en caso necesario, la desinfección y la esterilización) ya sea indirecta (la ingeniería sanitaria, la organización de hospitales, la educación sanitaria).

Se le otorga amplio espacio sobre todo al tratamiento de los principios de higiene de la persona, del ambiente y de los equipos, principios considerados "vitales" en la lucha en contra de las infecciones en los hospitales.

Con el capítulo 6 el autor continua considerando los numerosos problemas ligados a la asistencia de los ancianos; se trata de problemas que evidentemente interesan cada vez más a la comunidad civil, sobre todo en los países occidentales, por los ya conocidos motivos de disminución de la natalidad frente a una elevada reducción de la mortalidad.

Este último dato, sin duda, está acompañado por un aumento de sujetos afectados por enfermedades crónicas y degenerables, que terminan convirtiendo al sujeto en un inválido; a eso se agrega el hecho de que a menudo, para el sujeto mayor de sesenta años se acaban de repente (jubilación, muerte del cónyuge, etc) aquellas relaciones sociales que hasta poco tiempo antes eran los puntos de interés más importantes (actividad de trabajo, vida familiar, etc.). Frente a una situación de este tipo el autor sostiene que es necesario pensar en "lugares" específicamente creados para enfrentar las numerosas exigencias del anciano: en primer lugar son mencionadas las estructuras sanitarias, donde pueden someterse a tratamiento los que se encuentran en condiciones pre-terminales con pronóstico infausto, los que están afectados por patología crónica y no son recuperables hacia una digna autosuficiencia, los que en fin tienen patologías invalidantes pero de cualquier forma recuperables o por lo menos mejorables; en segundo lugar se indican las estructuras "protegidas", o sea en donde sea posible tener para cada huésped un alojamiento adecuado a su situación, al grado de garantizarle una vida independiente y al

mismo tiempo la posibilidad de pasar momentos en común con otros huéspedes. En fin se propone la posibilidad de realizar una asistencia domiciliar correcta y completa en sus modalidades de intervención. Concluyendo el capítulo se refiere la experiencia de la región Emilia Romagna y de la provincia de Modena, en donde desde el 1979 existe un Servicio de Comunidad para la actividad psicomotora y que ha logrado permitir a más de 5,000 ancianos de alcanzar un mayor bienestar psicofísico, con una benéfica repercusión sobre las demandas de prestaciones y sobre el consumo de medicinas.

El capítulo 7 está dedicado a la Dirección de los hospitales. Son expuestas en detalle las funciones y las tareas de la Dirección Sanitaria con la actual legislación (ley 132/68/DPR 128/69) y de las tendencias difundidas en diferentes países. En efecto, junto con las funciones previstas expresamente por la ley (la preparación y la organización del personal, la organización y la administración de los servicios técnicos - sanitario, la organización de la recepción y de primeros Auxilios, la recolección de datos de epidemiologías), están flanqueados por funciones diferentes y no pre-

vistas expresamente por la Dirección Sanitaria, pero que, de hecho aparecen en su obra, como por ejemplo la "mediación entre las instancias administrativas y aquellas provenientes del ambiente sanitario. La Dirección Sanitaria representa efectivamente el lugar de encuentro y de codificación del lenguaje en relación con los administrativos". El autor hace notar que corresponde al Director Sanitario una función a nivel gerencia al interior del hospital, ya que él "no efectúa directamente actos que conciernen la salud, pero crea las condiciones favorables para que otros intervengan".

El último capítulo, el capítulo 8, está dedicado al personal. Se examinan particularmente las orientaciones actuales en lo que concierne, el papel del enfermero profesional: así aprendemos que el cambio en el concepto de asistencia de los enfermeros ahora ya encaminado, presupone un aporte original, que tiene por sí misma una organización del trabajo por tareas hasta... una organización por objetivos... la organización por tareas hace que cada persona tenga que cumplir una serie de tareas idénticas o muy similares", de modo que la "relación con el enfermo resulta fragmentaria y éste no tendrá un interlocutor. (...) En la

organización del trabajo por objetivos, en cambio, nos propone ofrecer a cada persona y a cada grupo pluridisciplinal un proyecto que, aunque sea en términos muy sencillos y reducidos representa el objetivo principal del servicio. Y el enfermero se vuelve más responsable del tratamiento en conjunto”.

Se analizan luego brevemente las cantidades relativas a la profesión de enfermeros existentes hoy en Italia, particularmente con respeto a la situación de las escuelas para enfermeros profesionales que hoy trabajan. Además nos dan algunas indicaciones acerca de las necesidades

del hospital en cuanto al personal de enfermeros, examinando en detalle la situación de algunos departamentos en particular.

El libro, redactado por el autor ayudándose con la colaboración de algunos médicos de la Dirección Sanitaria de la cual él es el responsable, por su estructura ágil y esquemática, se presta a una utilización en clave didáctica, y ésto es por lo que ha sido concebido, aún resultando cómoda una lectura continuada con el objeto de ponerse al día y de profundizarse en el tema.

Paolo Marchionni

De la Literatura Médica Internacional

Por Antonio G. Spagnolo.

¿Se le tiene que comunicar o no el diagnóstico de esquizofrenia al paciente?

Atkinson J. M., To tell or not to tell the diagnosis of schizophrenia. J. Med. Ethics 1989; 15: 21-24.

La comunicación de la verdad al paciente acerca de su enfermedad constituye uno de los momentos más difíciles de la práctica profesional y constituye uno de los temas clásicos de deontología médica.

El código de deontología de la British Medical Association se refiere al hecho de que pueden existir algunas circunstancias que vuelven necesario no informar al paciente todos los aspectos de su condición patológica, pero aún cuando pueda ser exentado de obtener del paciente un consentimiento después de haberlo informado totalmente, en relación, por ejemplo, al tratamiento terapéutico sucesivo, el médico no puede, en cambio, abstenerse de comunicar a los familiares o a los que tengan algún derecho, todas las informaciones necesarias.

Jacqueline M. Atkinson, miembro de la National Schizophrenia Fellowship Management Committee de Escocia, muestra como estas particulares circunstancias previstas por el código de deontología anglosajona, que le evitan al médico decirle toda la verdad al paciente, son las mismas que imponen el decir tal verdad a la familia.

Ella hace notar que estas indicaciones de deontología son muy genéricas y sobre todo no se toma en cuenta el hecho de que el significado de una circunstancia puede ser comprendido en forma distinta por el médico y por el paciente: puede ser angustioso de parte del paciente el saber que tiene cáncer y no una esclerosis vascular difundida con una grave coronariopatía, aunque el pronóstico relativo a este segundo caso pueda ser más infausto en relación a la calidad de vida o a la sobrevivencia; además el mismo diagnóstico puede configurar un tipo de circunstancia diferente. Atkinson examina aquí el caso del diagnóstico de esquizofrenia, considerando los pros y los contra de comunicarla o no, al paciente o solamente a la familia.

Por lo que concierne a la decisión de no comunicar este tipo de diagnóstico al paciente. Hay que notar ante todo que esta es la actitud de un menor número

de psiquiatras, los cuales motivan esta decisión con el hecho de que el conocimiento del tipo de enfermedad por parte del paciente, podría llevarlos a la desesperación, aumentando su ansiedad y la poca consideración que tienen hacia ellos mismos. No parece sin embargo existir una real evidencia de consecuencias de este tipo. Otro argumento que alegan los que niegan la verdad al paciente es aquéllo relativo a la consideración que la esquizofrenia tiene en el imaginario colectivo. Una persona que fuera clasificada con este diagnóstico tendría dificultades en las relaciones sociales creyendo ver en la gente unas actitudes estudiadas y compasivas y además sus propios comportamientos serían menos espontáneos y seguros debido a las sensaciones que podrían tener sobre los demás.

Un tercer argumento, en fin, es aquel de que el paciente "no quiere que le digan que es esquizofrénico" y decírselo podría llevarlo a cambiar de médico hasta que no encuentre uno "complaciente". La resolución de comunicar este tipo de diagnóstico al paciente parece ser en cambio tomada por un número mayor de psiquiatras. Tres argumentos son identificados por Atkinson a favor de tal actitud: el argumento moral, el argumento clínico y el argumento práctico.

El argumento moral se basa sobre el derecho del paciente a saber y al respeto que merece su persona que excluye contarle una mentira (omitir el decir la verdad en este caso sería en efecto decirle una mentira).

Sin duda es el argumento clínico el que pesa más y que condiciona, según nuestro parecer, también la decisión ética: diagnosticarle a alguien que es esquizofrénico significa tener que darle una explicación de su comportamiento patológico y una justificación del mismo. El paciente ya no se siente aislado en su problema sino en un problema que une a distintas personas con la misma enfermedad.

Del mismo modo el conocimiento del diagnóstico permite discutir y motivar el tratamiento específico de la patología: la necesidad de una terapia a largo plazo para controlar los síntomas presentes y para prevenir eventuales futuras crisis constituyen motivos válidos para una mejor "compliance" del paciente, permitiendo junto con la familia el dosificar los medicamentos de una manera óptima.

En fin, también el argumento práctico tiene su valor. El no recibir una clara

justificación de los síntomas que el paciente advierte lleva a muchos de ellos a buscar en otra parte una explicación: textos populares en los que están descritas las molestias, indicaciones contenidas en los folletos incluidos en las medicinas, la inadvertencia del personal médico de quien puede comentar el diagnóstico, etc. Descubrir la verdad de esta manera puede provocar una ruptura definitiva en la relación médico-paciente con graves consecuencias para el mismo paciente. Además hasta la comunicación a la familia puede provocar una gran tensión entre sus miembros y la persona afectada por la patología.

La conclusión, por tanto, hacia la cual se inclina la autora - y que nos parece válida también el plan ético - es que se tiene que comunicar la verdad al paciente como fundamento para un idóneo tratamiento terapéutico. Esta tendencia puede contribuir, con el tiempo, también a derribar el mito de la esquizofrenia como el de una enfermedad terrible que marca irreversiblemente la historia de un hombre. Una vez que el médico oportunamente ha decidido comunicar la verdad, queda todavía el problema de cómo comunicar este diagnóstico, y éste será el resultado de una gran experiencia del mismo médico, a quien le podrá eventualmente ayudar la atmósfera que lo rodea y la relación médico-paciente que él habrá establecido.

Ética de la distribución de los fondos en el campo sanitario

Duggan J. M., Resource allocation and bioethics. The Lancet 1989; I: 772-773.

No siempre la competencia en el campo de la bioética y el análisis económico es considerado como parte integrante de la cultura del médico ya sea que se ocupe específicamente de política sanitaria o estrictamente de la clínica.

Ahora la gran variedad que existe en los costos de la tecnología médica y la capacidad del sistema económico de un estado para sustentarlos ha llevado a volver a tomar en consideración la "justificación" del empleo de una tecnología médica de este tipo, hasta en las ricas sociedades occidentales.

En los EUA, por ejemplo, a pesar de que el 11.5% del producto bruto nacional sea destinado a la sanidad, se considera que aproximadamente 38 millones de personas no están cubiertas por ninguna asistencia sanitaria ni por

las necesidades de rutina como tampoco por las enfermedades graves.

También en muchos otros países, cualquiera que sea la procedencia de los fondos (privados o estatales) hay una creciente discrepancia entre la capacidad - y la propensión - de los gobiernos o de los aseguradores a pagar y la demanda de los que utilizan servicios médicos.

Las tensiones que se están produciendo empiezan a ser conocidas también por los médicos, los cuales notan cada vez más frecuentemente los conflictos entre las distintas ramas y disciplinas médicas en relación con estas reducidas disponibilidades económicas la geriatría hacia la oncología, el SIDA hacia los tratamientos intensivos en los recién nacidos, la medicina preventiva hacia la biología molecular, etc.

Duggan, del Departamento de gastroenterología del hospital australiano Newcastle, toma en consideración en esta nota las dos posibles soluciones al problema de la asignación de los fondos para el sector de sanidad.

La primera y, aparentemente, más obvia solución es aquella económica-política que se basa en la limitación de los gastos sanitarios mediante medidas de control y legislativas (como sucedió en los EUA) o de centralización y de nacionalización de los servicios disminuyendo por ejemplo los lugares - cama periféricos (como sucedió en Gran Bretaña, Canadá, Austria). Una solución de este tipo presupone que cualquiera intervención médica sea igualmente justificable y que, económicamente hablando, tenga un mismo cociente costos/beneficios.

Además en esta solución los médicos no parecen tener ninguna autoridad, tampoco la capacidad de establecer una prioridad en la utilización de fondos limitados.

A menudo este tipo de elecciones parece responder más bien a criterios estrictamente políticos.

Nos preguntamos entonces si, ya que se hayan hecho las diferentes elecciones, el médico tenga todavía alguna posibilidad de intervenir personalmente aunque sea únicamente para limitar los daños que el piense que puedan derivar de esas prácticas sanitarias.

Seguramente la solución médico-científica, aún tomándola en consideración, va más allá del sencillo análisis costos/beneficios y de los resultados inmediatos de la intervención médica.

En cuanto a esto nos proponen tres principios-guías, que queremos compartir aunque se necesiten mayores aclaraciones: 1.- Toda elección de política sanitaria tiene que fundamentarse en evidencias estadísticamente significativas y no en simples opiniones y consentimientos. 2.- La salud del hombre tiene que ser objetivo primordial y las consecuencias económicas tienen que ser evaluadas con todas las opciones posibles. 3.- Las elecciones de política sanitaria tienen que ser la consecuencia de un análisis a largo plazo de las diferentes posibilidades y no simplemente tomar en consideración el resultado inmediato.

Se necesita en fin, concluye Duggan, referirse a algunos principios de justicia: en una sociedad civil es deseable que haya una justa distribución de los recursos de tal manera que los débiles y lo menos representados por la opinión pública reciban su justa cuota. Queda por establecer, sin duda, en qué consiste lo justo, a quién le es debido y por qué, y este es el límite del principio en sí por el cual nos devuelve a una concepción más global de la persona humana y de su significado para la sociedad.

No faltan los datos sobre las consecuencias de las políticas de reducción del gasto sanitario y los resultados, por ejemplo, en la última administración EUA son preocupantes: los más pobres y los más marginados han sido los que lo sintieron mayormente. Hay que tomar en cuenta, en fin, a aquéllos que consideran que los problemas éticos sean extraños a la práctica y a la administración en el campo sanitario, deberían de recordar las consecuencias de estas consideraciones provenientes de los científicos aliados durante el último conflicto mundial.

Para muchos de ellos, en efecto, el único interés era la ciencia y el aumento de conocimiento en el campo de la física atómica: el uso que los políticos hubieran hecho de sus descubrimientos fue a menudo ignorado.

Sin duda ahora los científicos están considerando de una manera más cuidadosa las facetas morales de sus investigaciones, también bajo el perfil económico.

*

Criterios de ética en la terapia de la impotencia eréctil

Asopa R. and Williams G., Of the "Correctaid" device in the management of impotence. British Journal of Urology 1989; 63: 546-547.

En el campo de la terapia de la impotencia sexual masculina de tipo eréctil se han hecho grandes avances sobre todo en el campo diagnóstico, cambiando las concepciones sobre el origen de la impotencia eréctil, hasta los sesenta considerada, en el 90% de los casos, de naturaleza psicógena.

Hoy, gracias a las numerosas y refinadas técnicas diagnósticas disponibles para el estudio clínico de los pacientes impotentes, hemos logrado establecer una relación entre impotencias orgánicas e impotencias erectivas de 8:1, nos damos cuenta por lo tanto de que muchísimos de esos casos considerados de origen psicógeno son únicamente de naturaleza orgánica (neurológica, endocrina, vascular) susceptibles de apropiados tratamientos médicos y quirúrgicos. En otras ocasiones hemos tenido la oportunidad de comentar que en general, los procedimientos diagnósticos y las sucesivas intervenciones terapéuticas para la impotencia eréctil nos parecen justificados también en el plan ético en cuanto tienen como fin el restablecer una función particular que involucra toda la persona y no solamente sus órganos genitales, al momento del diagnóstico y de indicar el tratamiento es importante respetar algunos valores éticos que tomen en cuenta lo "complejo" de la función en todo el hombre.

La sexualidad del hombre tiene, en efecto, además de la dimensión "epicúrea" también aquella biológica y aquella relativa a la personalidad y por tanto también de estas dimensiones hay que darse cuenta. Resultarán por lo tanto no aceptables, en el plan ético (pero a menudo también en el plan estrictamente científico) todas aquellas intervenciones diagnósticas y terapéuticas que reducen al hombre a su mera función genital y que sobre todo no toman en cuenta el carácter racional que la actividad sexual implica. Puede suceder también que a un diagnóstico esmerado y éticamente correcto sigan luego intervenciones "terapéuticas" que tratan de compensar de manera "matemática" el defecto diagnosticado, por cualquier medio "con tal de lograr la erección."

Es precisamente este aspecto de la terapia de la impotencia que se presta a críticas y no sólo en el plan de la ética. Este es el caso de una reciente ayuda terapéutica para la impotencia erectiva descrita en este trabajo y usada por algunos pacientes. Se trata de un dispositivo constituido por una membrana de silicón en la que se introduce el pene flácido: a través de un tubo conectado con la cavidad de la membrana el mismo paciente aspira el aire allí contenido, provocando un vacío, y permitiendo, de esta forma al pene extenderse, juntando la sangre en los cuerpos cavernosos, y permitiendo la erección.

Esta erección dura hasta que el pene está adentro de la membrana y por lo tanto la relación sexual tiene que realizarse con la membrana puesta, la cual en su extremidad está constituida por un material más delgado para que pueda haber mayor sensibilidad. Parece claro que el problema ético principal es análogo al del uso del profiláctico en la relación conyugal, provocándose un verdadero y propio efecto anticonceptivo, aunque este efecto no es en este caso lo que se busca: el medio es de todas formas intrínsecamente aceptable. También en el plan estrictamente práctico, sin embargo, hay muchas dudas sobre su validez.

En los resultados relativos al uso de este dispositivo sobre 20 pacientes que sufren de impotencia eréctil de varias naturalezas, Asopa y Williams han notado que algunos de ellos han rehusado a recurrir a esta terapia a causa de la "complicación" del dispositivo que requiere de algún tiempo para ser aplicado, disminuyendo el deseo de la relación; otros han explicado que el espesor de la membrana disminuye notablemente las sensaciones y el placer sexual durante la relación. Otros más han encontrado el instrumento "no natural", privando de espontaneidad la relación sexual misma. Los autores concluyen que este dispositivo podría ser una válida alternativa al injerto de las prótesis del pene o a la inyección intra-cavernosa de los fármacos: pero, como se ha comentado, no solamente es importante el logro mecánico de la erección que representa finalidad terapéutica.

Hay, en fin, que tomar en cuenta, además de lo inaceptable en el plan ético, los aspectos económicos. La firma que distribuye en Italia el dispositivo (patentado en EUA por la Synergist, LTD.) lo pone en venta a 800,000 liras

cada uno, explicando en el folleto informativo para el paciente que la vida media del producto es de seis meses/un año: ¡haga la cuenta!.

Diagnóstico genético: riesgo de transmisión y edad de aparición del mal de Huntington

Cupples L. A. y al., Using survival methods to estimate age-at-on set distribution for genetic disease with an application to Huntington disease. Genetic Epidemiology 1989; 6: 361-371.

Dos aspectos importantes del diagnóstico genético están constituidos por el riesgo de transmisión del gene alterado a los hijos y por la edad de aparición de la enfermedad en los sujetos en los que se desarrolló la transmisión.

Han sido identificados ahora por diferentes enfermedades genéticas que se manifiestan sólo en la edad adulta, aún habiendo sido transmitido en la concepción

Por algunas de ellas la modalidad de transmisión es considerada autosómica dominante (mal de Huntington, hipercolesterolemia familiar tipo II, polineuropatía amilodósica familiar) o auto-sómica profunda (ataxia de Friederich, morbo de Wilson). Otras enfermedades pueden tener deferentes formas de transmisión o tener una transmisión multi-factorial (como la hipertensión o la esquizofrenia); otras más presentan una transmisión todavía no bien determinada (enfermedad de Alzheimer). Para muchas de estas enfermedades no han sido todavía especificados los métodos idóneos para determinar el estado de portador: sólo para el mal de Huntington y para el mal de Alzheimer se tiene ahora la posibilidad de localizar el gene alterado en el portador, aunque sea con métodos todavía no definitivos.

Ambas enfermedades no tienen síntomas durante muchos años por lo que difícilmente se requiere de un diagnóstico genético pre-concepcional o prenatal por el miedo de su transmisión.

En este trabajo, elaborado principalmente en el departamento de Epidemiología y Bioestadística de la facultad de medicina de la Universidad de Boston son utilizados algunos métodos estadísticos particulares (que utilizan también las tablas convencionales de sobrevivencia) para calcular con una buena probabilidad la entidad de los dos parámetros indicados (el riesgo de transmisión y la edad de aparición de la enfermedad genética).

Los autores anteponen que un cálculo de este tipo está complicado por dos

factores: el primero es que no existen métodos definitivos para identificar los portadores; el otro es que estas enfermedades se desarrollan a una edad a menudo muy avanzada por lo que el individuo, no obstante haya sido identificado como portador puede morir antes de que la enfermedad misma se pueda desarrollar. Los datos sacados por este análisis estadístico son muy interesantes: en el caso del mal de Huntington, por ej. la posibilidad de transmisión a los hijos del gene patológico está calculada alrededor del 0.5%, en cambio el inicio de la enfermedad en aquellos que la han heredado es alrededor de los 45 años.

Estos valores pueden ser estimulantes para aquellos cónyuges que fueran portadores del gene responsable del mal de Huntington y tuvieran miedo de concebir hijos, pero son sin duda extremadamente indicadores en caso de la diagnóstico pre-natal de esta enfermedad: ¿podiera ser justificada la interrupción del embarazo, si fuera un feto que resulte portador del mal de Huntington, sabiendo que la enfermedad se desarrollará solamente alrededor de los cuarenta y cinco años?

Los progresos de la geneterapia, con su rápido desarrollo, nos dan la esperanza de que entre tanto se puedan aprontar terapias genéticas resolutivas. Son también estas consideraciones que tienen que ser ofrecidas en el consejo genético, además del simple informe diagnóstico, como expresión de toda la verdad sobre aquel que está por nacer.

Intrusión de la ética en el proyecto de los juicios clínicos

Temple R., Government viewpoint of clinical trials of cardiovascular drugs. Medical Clinics of North America 1989, 73(2): 495-509.

Los "trials" clínicos son estudios con perspectiva, sistemáticos, bien planificados, en los que los pacientes son sometidos a intervenciones de diferente tipo (farmacológico, quirúrgico, dietético), con el fin de dar una respuesta significativa en cuanto a la validez del tratamiento mismo.

Los "trials" clínicos sin embargo no son la única manera para obtener informaciones: los estudios retrospectivos, una cuidadosa aunque no planificada - observación, los análisis epidemiológicos, pueden todos dar indicaciones y

conservan de todas formas su importancia.

Los "trials" clínicos, sin embargo son los únicos que están bajo el control directo del investigador, no sujetos a la comprobación o la variabilidad de las situaciones, sino para que puedan dar las respuestas que se buscan, tienen que ser llevados con una rigurosa metodología.

Robert Temple, director del Departamento para la evaluación de los fármacos de la Food And Drug Administration (FDA) en los Estados Unidos, señala en esta aportación, que es parte de una monografía sobre la farmacoterapia cardiovascular en fase III, su punto de vista, que es también el gubernamental, sobre la necesidad y sobre las dificultades de proyectar correctos "trials" clínicos controlados.

El subraya que un "trial" clínico bien llevado representa, por ley, una fase necesaria para que un fármaco pueda ser puesto en comercio. Al mismo tiempo, también del punto de vista de la ciencia - sobre la cual por otro lado se fundamenta la legislación - el "trial" clínico es el medio principal para poder determinar las reacciones adversas de los fármacos y para poder utilizarlos en forma racional.

Pueden sin embargo existir algunas dificultades para sacar informaciones útiles de un "trial" sobre todo cuando éste es conducido de una manera aislada o cuando no ha sido proyectado en forma idónea para contestar a las cuestiones que se quieran investigar. Algunos requisitos metodológicos confieren una mayor seriedad a los trials; la "randomización" de los grupos, el doble ciego, el uso del placebo.

Para evitar un empleo jurídico y éticamente no aceptable del placebo la FDA ha adoptado una reglamentación muy precisa, la cual prevé que el placebo no pueda ser usado cuando la patología, acerca de la cual se investiga, puede resultar agravada por el suministro del placebo o de todas formas por la ausencia de un tratamiento activo.

En este caso el nuevo fármaco que se está experimentando tiene que ser comparado con un fármaco estándar de conocida eficacia para aquella determinada patología.

Los "trials" clínicos con controles mediante placebo representan un argumento muy discutido en el plan de la ética, y también, en sede científica, su validez no siempre ha sido considerada en una forma unánime. La orientación

ética, de acuerdo con las indicaciones de la FDA, es la de no recurrir nunca a la utilización del placebo, cuando son disponibles tratamientos alternativos, capaces de salvar la vida o de prolongarla.

Temple pone en relieve sin embargo que esta resistencia a la utilización del placebo, tanto de parte de las industrias farmacéuticas así como de parte de los mismos investigadores se extiende a numerosas situaciones clínicas en las cuales ya existen tratamientos "estándar" aunque estos tratamientos no han demostrado nunca claramente su eficacia real y también en todas aquellas graves enfermedades en las cuales no se conoce ninguna terapia pero para las cuales el mismo tratamiento que se está experimentando podría resultar útil o cuando no es posible suministrar cualquier otro tratamiento que parezca de cierta utilidad aunque no específica.

A estas alturas Temple, de manera polémica, comenta, en relación con la utilización del placebo, que las consideraciones éticas serían una "intromisión" inapropiada en este campo imponiendo cierta corrección del "trial", pero actuando de esta forma la privarían de la seriedad requerida.

El piensa en cambio que tiene que ser aceptado, también éticamente, el estudio controlado con placebo "cuando no exista una clara evidencia de la eficacia de un tratamiento alternativo". Aun no queriendo minimizar la importancia de las consideraciones éticas él piensa que en el ámbito de esta evaluación tenga que ser tomado en cuenta también el aspecto económico del costo para la sociedad de un tratamiento terapéutico del que no se pueda demostrar claramente su eficacia.

Viéndolo bien, éste es un argumento que amerita indudablemente una reflexión. No podemos evitar que quizás algún laboratorio farmacéutico, haciéndose promotor de la instancia ética, pueda de alguna manera obtener todas las ventajas al dejar "en duda" la validez del fármaco que está produciendo evitándose someter el fármaco a "trials" estrictamente controlados con el uso del placebo. Es difícil encontrar una solución unívoca a este problema, seguramente no podemos compartir la convicción de Temple de que sea la ética la que limita el progreso de la experimentación farmacológica: ¿cuál progreso podría haber en el actuar en contra del interés aunque sea de un solo paciente?

Tanto la investigación científica como la reflexión ética tienen como su fin

puede ser por tanto la consecuencia, por un lado, de una diferente concepción del hombre - en la que este es considerado un medio y no el fin - y por el otro, de una hipócrita instrumentalización de la ética para fines económicos.

Sin embargo hay que tomar en consideración que no es la ciencia el valor más grande al cual todos los demás tienen que estar subordinados: encima de todos está el valor de la persona y de su integridad física y este valor es el que la ética trata de establecer.

*

Normas para los Autores

“Medicina y Ética” publica cada trimestre artículos, notas, comentarios y reseñas bibliográficas sobre varios aspectos de la bioética, de la deontología y de la moral médica. Los escritos tienen que ser enviados exclusivamente a: Dr. José Kuthy Porter - Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac; Lomas Anáhuac s.n., Huixquilucan, Estado de México. CP. 11000. México.

No se responde del material enviado o entregado en otras direcciones.

La aceptación de los trabajos está sometida a la opinión de la dirección o de expertos en cada materia.

En la primera página del escrito se ruega escribir:

- 1) Título del trabajo.
- 2) Nombres y apellidos de los autores.
- 3) Títulos y los grados académicos de los autores.
- 4) Instituciones de pertenencia con direcciones completas.
- 5) Dirección de un autor indicado como remitente.

TEXTOS: El texto tiene que redactarse en idioma español, en dos copias, escrito a máquina a doble espacio, con adecuado margen a los lados para eventuales comentarios de la redacción y sin correcciones hechas a mano.

TÍTULOS: Se recomienda que los títulos sean cortos y específicos; la redacción se reserva el derecho de eventuales modificaciones que fueran necesarias, previa comunicación con el autor.

RESUMENES: Cada trabajo tiene que enviarse con un resumen en español y otro en inglés (que incluya también la traducción del título) de 10 a 15 renglones escritos a máquina. Tiene que enfocar los puntos esenciales del trabajo y las conclusiones a las que se ha llegado, subrayando en particular las eventuales novedades aportadas por el artículo. Deberán ser señaladas de tres a seis palabras clave que identifiquen claramente el contenido del texto. Si así lo requiere el autor el resumen en inglés puede ser eventualmente realizado por la redacción basándose en el recibido en español. No se aceptarán trabajos sin resumen.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS: Las notas bibliográficas serán numeradas consecutivamente en el texto y hay que hacer un elenco al final de lo escrito a máquina en el orden numérico con el que han sido mencionadas.

Aparecerán en la revista al final de la página, se indicarán en el siguiente

orden: Apellido e inicial del nombre de todos los autores, con mayúsculas (hasta 3 autores; si son más, añadir la expresión "et al"); Título subrayado (aparecerá en caracter cursivo); por las revistas: año, número, página inicial y final; por los libros: ciudad, editora, año de publicación, páginas a las que se refieren; por los extractos de libros de diferentes autores: apellido e inicial del nombre del que hizo el resumen en minúscula, título del libro subrayado, ciudad, editora, año de publicación, páginas a las que se refiere; la puntuación entre los diferentes elementos de las citas tienen que ser copiados según los ejemplos:

PAUL E. F., PAUL J; Self ownership, abortion and infanticide. BAUSOLA. *Journal of medical ethics* 1979; 5:133-138.

La naturaleza y el proyecto del hombre. Milán: Vita e Pensiero, 1977: 2
Serra. A., cuando empieza un ser humano en: Sgreccia E. (Al cuidado de), *El don de la vida*. Milán: Vita e Pensiero, 1987: 91-105.

Si se nombran nuevamente un libro o una revista refiriéndose a la misma u otra página, atribuir un nuevo número de referencia en el texto y copiar solamente el apellido del autor en mayúscula, con las primares palabras del título, subrayadas seguidas por puntos suspensivos y luego por la página a la que uno se refiere: es; BAUSOLA, *Naturaleza y...* p. 291.

Si el mismo autor de la misma obra aparece en dos o más referencias inmediatas sucesivas indicar con *Ibid*; subrayando, seguido eventualmente por la diferente página a la que se refiere. Si la referencia inmediata es para el mismo autor, pero de una obra diferente, indicarlo con *ID*, en mayúscula seguido por el título de la obra según las normas indicadas.

EXTRACTOS: A los autores les corresponden 2 ejemplares gratuitos.

La revista **Medicina y Ética** se encuentra a la venta
en la librería “Mundo Médico”.
Avda. Cuauhtemoc y Antonio M. Anza
Centro Comercial CONASUPO local 36, México D.F.
Tels. 574 37 45 y 574 07 09