

El rincón del Buen Samaritano

Secretariado de Pastoral de la Salud
Archidiócesis de Toledo

Contenido:

Página 1:

- Cristo, el hombre nuevo.

Página 2 y 3:

- Hablamos sobre trasplante de órganos.

Página 4:

- Testimonio
- Actividades



En realidad, el misterio del hombre sólo se esclarece en el misterio del Verbo encarnado. Porque Adán, el primer hombre, era figura del que había de venir, es decir, Cristo nuestro Señor, Cristo, el nuevo Adán, en la misma revelación del misterio del Padre y de su amor, manifiesta plenamente el hombre al propio hombre y le descubre la sublimidad de su vocación. Nada extraño, pues, que todas las verdades hasta aquí expuestas encuentren en Cristo su fuente y su corona.

El que es *imagen de Dios invisible* (Col 1,15) es también el hombre perfecto, que ha devuelto a la descendencia de Adán la semejanza divina, deformada por el primer pecado. En él, la naturaleza humana asumida, no absorbida, ha sido elevada también en nosotros a dignidad sin igual. El Hijo de Dios con su encarnación se ha unido, en cierto modo, con todo hombre. Trabajó con manos de hombre, pensó con inteligencia de hombre, obró con voluntad de hombre, amó con corazón de hombre. Nacido de la Virgen María, se hizo verdaderamente uno de los nuestros, semejantes en todo a nosotros, excepto en el pecado.

Ordero inocente, con la entrega libérrima de su sangre nos mereció la vida. En El Dios nos reconcilió consigo y con nosotros y nos liberó de la esclavitud del diablo y del pecado, por lo que cualquiera de nosotros puede decir con el Apóstol: El Hijo de Dios *me amó y se entregó a sí mismo por mí* (Gal 2,20). Padeciendo por nosotros, nos dio ejemplo para seguir sus pasos y, además abrió el camino, con cuyo seguimiento la vida y la muerte se santifican y adquieren nuevo sentido.

El hombre cristiano, conformado con la imagen del Hijo, que es el Primogénito entre muchos hermanos, recibe *las primicias del Espíritu* (Rom 8,23), las cuales le capacitan para cumplir la ley nueva del amor. Por medio de este Espíritu, que es *prenda de la herencia* (Eph 1,14), se restaura internamente todo el hombre hasta que llegue *la redención del cuerpo* (Rom 8,23). Si el Espíritu de Aquel que resucitó a Jesús de entre los muertos habita en vosotros, el que resucitó a Cristo Jesús de entre los muertos dará también vida a vuestros cuerpos mortales por virtud de su Espíritu que habita en vosotros (Rom 8,11). Urgen al cristiano la necesidad y el deber de luchar, con muchas tribulaciones, contra el demonio, e incluso de padecer la muerte. Pero, asociado al misterio pascual, configurado con la muerte de Cristo, llegará, corroborado por la esperanza, a la resurrección.

Esto vale no solamente para los cristianos, sino también para todos los hombres de buena voluntad, en cuyo corazón obra la gracia de modo invisible. Cristo murió por todos, y la vocación suprema del hombre en realidad es una sola, es decir, la divina. En consecuencia, debemos creer que el Espíritu Santo ofrece a todos la posibilidad de que, en la forma de sólo Dios conocida, se asocien a este misterio pascual.

Este es el gran misterio del hombre que la Revelación cristiana esclarece a los fieles. Por Cristo y en Cristo se ilumina el enigma del dolor y de la muerte, que fuera del Evangelio nos envuelve en absoluta oscuridad. Cristo resucitó; con su muerte destruyó la muerte y nos dio la vida, para que, hijos en el Hijo, clamemos en el Espíritu: *Abba!, ¡Padre!*

(Constitución Pastoral **Gaudium et Spes** Sobre la Iglesia en el mundo actual)

¡FELIZ NAVIDAD!

SECRETARIADO DE PASTORAL DE LA SALUD

ARCHIDIÓCESIS DE TOLEDO

HABLAMOS SOBRE TRASPLANTE DE ORGANOS

INTRODUCCIÓN

Dice el Catecismo de la Iglesia Católica en el número 2296: *El trasplante de órganos es conforme a la ley moral si los daños y los riesgos físicos y psíquicos que padece el donante son proporcionados al bien que se busca para el destinatario. La donación de órganos después de la muerte es un acto noble y meritorio, que debe ser alentado como manifestación de solidaridad generosa. Es moralmente inadmisibles si el donante o sus legítimos representantes no han dado su explícito consentimiento. Además, no se puede admitir moralmente la mutilación que deja inválido, o provocar directamente la muerte, aunque se haga para retrasar la muerte de otras personas.*

El diagnóstico de muerte del ser humano tiene dimensiones antropológicas, médicas, religiosas, legales, y culturales. No obstante corresponde a los médicos establecer los criterios de muerte del individuo y precisar el momento en que la muerte se ha producido. La donación de órganos para trasplante provenientes de personas fallecidas debe realizarse lo antes posible a fin de preservar la viabilidad de los órganos. Los criterios para establecer la muerte basándose en aspectos neurológicos nacieron simultáneamente al desarrollo de la trasplantología. La creciente demanda de órganos para trasplante ha dado paso a que la muerte se establezca por criterios cardiocirculatorios. En relación con ello, se revisan aspectos clínicos sobre el tiempo necesario que debe transcurrir desde el comienzo de la parada circulatoria hasta el establecimiento definitivo de la muerte (que actualmente es muy variable en los distintos países), así como los aspectos éticos que pudieran conllevar el hecho de que dichos pacientes van a ser donantes de órganos y la potencial influencia que podría tener en el manejo de los pacientes antes de su fallecimiento. También se lleva a cabo una valoración de la doctrina de la Iglesia Católica, no sólo sobre la donación de órganos para trasplante, sino también sobre los aspectos que la dignidad en el proceso de la muerte de la persona debe conllevar.

¿Quién puede ser DONANTE?

Inicialmente, no existe ninguna limitación especial para ser donante: Puede ser donante tras el fallecimiento cualquier persona que, en vida, así lo decida. Más limitada queda la decisión de ser donante en vida (trasplante de donante vivo): para ello, hay que ser mayor de edad y se aplican otros estrictos requerimientos de salud física y mental que precisan un estudio individual y pormenorizado.

¿Cuándo y cómo hacerse DONANTE?

Todos podemos hacernos donantes en el momento que así lo decidamos. Si desea disponer de su tarjeta de donante pueden solicitarla, bien digitalmente a través de la página web de la Organización Nacional de Trasplantes o dirigiéndose a la coordinación autonómica de trasplantes de su comunidad autónoma (www.ont.es). No obstante, debemos saber que dicha tarjeta de donante no tiene valor legal y se trata, más que nada, de un documento que acredita nuestro compromiso personal y el deseo explícito de ser donante tras la muerte.

¿Quién decide en el momento de la DONACIÓN?

Debemos tener en cuenta que la legislación española considera como potenciales donantes a todos los ciudadanos. Sin embargo, tras la muerte, se comprueba que el fallecido no hubiera dejado alguna negativa manifiesta a ser donante, a través de registros de voluntades anticipadas o los comentarios o instrucciones dadas a familiares o allegados. Si ello fuera así, no se le consideraría en ningún caso como posible donante. En el caso de que no hubiera ninguna negativa conocida del fallecido, se necesitaría el consentimiento de la familia que es, en última instancia, la



que confirman la donación. Cabe, por ello, la posibilidad de que una persona haya manifestado en vida su deseo de ser donante y disponga, incluso, de su tarjeta de donante y la familia termine negando dicha posibilidad. Por ello, es fundamental que, tomada la decisión personal de ser donante, informemos e insistamos a la familia en ese deseo. De tal manera, en esos momentos tan duros emocionalmente para la familia, ésta tenga una situación de decisión más fácil y acorde a los deseos del fallecido.

¿Cuáles son los tipos de trasplante?

Según el tipo de donante, tenemos el trasplante de donante cadáver, el más frecuente en nuestro país; y el trasplante de donante vivo, que exige unos requisitos muy especiales para que además de mejorar la vida al receptor, no ponga en peligro evidente la salud del donante.

Según la relación entre donante y receptor se distinguen:

- Autotrasplante o trasplante autólogo, en el que donante y receptor son la misma persona (trasplante de piel o trasplantes de médula ósea).
- Isotrasplante o trasplante singénico, en el que donante y receptor son genéticamente idénticos, como en el caso de gemelos univitelinos.
- Alotrasplante, en el que donante y receptor son individuos distintos de una misma especie. Son los más frecuentes y conocidos por todos.
- Xenotrasplante o trasplante xenogénico, cuando el donante y el receptor son de especies distintas (por ejemplo, en el caso de reemplazos de válvulas cardíacas de origen porcino).

¿Cómo se tiene la certeza de que es éticamente correcto extraer los órganos al DONANTE?

La legislación española al respecto es muy estricta y exige, además de la constancia de no existencia de negativa por parte del fallecido o sus familiares, unos requisitos previos que aseguran la certeza del fallecimiento del donante antes de iniciar el proceso de la donación. Requiere un ambiente hospitalario muy especializado, en centros capacitados para el manejo de la donación de órganos, y habitualmente en las unidades de cuidados intensivos. Ello, dada la complejidad del proceso y el requerimiento de fallecer en dicho ambiente, limita el número de donaciones efectivas, pero permite que éstas sean éticamente correctas. El equipo sanitario que certifica la muerte del donante debe tener la capacitación técnica requerida y debe ser autónomo e independiente del que, finalmente, prescribe y realiza la extracción de los órganos o tejidos o del que posteriormente realizará el trasplante al receptor. Según dice la propia norma: "la muerte del individuo podrá certificarse tras la confirmación del cese irreversible de las funciones circulatoria y respiratoria o del cese irreversible de las funciones encefálicas".

En los trasplantes ¿hay algún interés económico o de otro tipo?

No, la ley es rotunda en este sentido: Durante el proceso de donación y trasplante "se respetarán los principios de voluntariedad, altruismo, confidencialidad, ausencia de ánimo de lucro y gratuidad, de forma que no sea posible obtener compensación económica ni de ningún otro tipo por la donación de ninguna parte del cuerpo humano". En efecto, el

donante es voluntario y su motivación es salvar vidas o mejorar la calidad de vida de los receptores que más necesiten ese órgano en ese momento concreto, independientemente de quienes sean. Todo el proceso no le cuesta nada al receptor, al asumir todos los gastos en Sistema Nacional de Salud y el donante o su familia no recibe contraprestación alguna por ello.

¿Por qué se mantienen en el anonimato el donador y receptor?

El que no se conozca la identidad de la persona que ha donado ni la del receptor al que va destinado el trasplante (y que ello también sea desconocido para ellos mismos) garantiza los principios de altruismo, confidencialidad y ausencia de ánimo de lucro. De esa manera se evita que pudiera haber posteriores compromisos emocionales (y lo que es peor, económicos) directos con la familia del donante. En el modelo español, el donante siempre actúa desde el bien máximo de proporcionar vida o calidad de vida a la persona que más lo necesite, sea cual sea. Ello garantiza un modelo ético intachable.

¿Por qué España es el país con mayor número de donaciones por habitante?

El éxito del modelo español de trasplante, uno de los más exitosos y, en muchos casos, modelo para la mayoría de los sistemas de salud del mundo, hunde sus raíces en multitud de aspectos: Es muy importante la existencia de una estructura nacional, dependiente del Ministerio de Sanidad (la Organización Nacional de Trasplantes), que coordina y facilita los medios que precisan las estructuras autonómicas y hospitalarias, con los coordinadores de trasplantes, profesionales sanitarios que, entre sus otras actividades profesionales, se encargan de difundir entre la población las bondades de ser donante de órganos, forman al resto de profesionales sanitarios y contactan con los familiares en el caso de presentarse un caso en el que se podría producir, efectivamente, una donación de órganos. Es muy importante, también, la existencia de una legislación nacional que garantiza los principios básicos que deben regir el proceso de donación y trasplante: recordamos que, en nuestro modelo, todo debe fundamentarse en la voluntariedad, el altruismo, la confidencialidad y la ausencia de ánimo de lucro, así como la equidad a la hora de acceder a ser un receptor. Pero todo ello no lograría sus objetivos si no se apoyara en un pueblo, el español, que es conocido por su carácter solidario y generoso. A ello también hay que añadir la espiritualidad de gran parte de los españoles y recordar que la Iglesia Católica aprueba y apoya explícitamente la donación de órganos, siempre con las garantías que proporciona el denominado "modelo español de trasplantes".

¿Es cierto lo que algunos han venido a decir que desde la Iglesia Católica no se ha impulsado la investigación y los trasplantes?

Todo lo contrario, la Iglesia Católica ha contribuido activamente en el desarrollo de la actividad médica de los trasplantes desde sus inicios. En 1957 (una década antes del primer trasplante de corazón), el Papa Pío XII, durante un congreso de Anestesiología, pronunció un importante discurso en el que estimulaba la investigación médica. Según reconocieron los propios autores, eminentes científicos, el contenido de dicho discurso fue referente para posteriores investigaciones que culminaron con la publicación de los criterios científicos de muerte encefálica, lo que marcó el importante desarrollo posterior de los trasplantes. La Iglesia Católica, también, a través de abundantes documentos posteriores (Encíclica "Evangelium Vitae" de San Juan Pablo II, "Manifiesto sobre donación de órganos y trasplantes" del Papa Benedicto XVI o el propio Catecismo de la Iglesia Católica) ha mostrado su apoyo decidido a la investigación y el proceso del trasplante siempre que se desarrolle bajo

estrictas normas científicas y éticas. Una evidencia más que refuerza esta visión positiva de la Iglesia Católica en relación con la donación de órganos para trasplante, y más allá de otros condicionantes sociales, económicos o sanitarios, es que en la mayoría de países con una alta tasa de donación de órganos para trasplante existe una proporción de población católica muy importante.

¿Cuál es el proceso de un trasplante?

En el caso del proceso de trasplante habitual, el más conocido (donante en muerte encefálica), cuando se considera irreversible la situación clínica del paciente e inminente su fallecimiento, y siempre que éste, por circunstancias de salud, se considera candidato a ser posible donante, en primer lugar se comprueba la posible existencia de instrucciones previas por parte del paciente (registros de voluntades anticipadas). Si no se encuentran impedimentos previos por parte del fallecido, el coordinador hospitalario de trasplantes, contacta con los familiares exponiendo la situación y resolviendo todas las dudas al respecto que puedan existir. Si la familia acepta, bien por instrucciones del paciente en vida que quieren respetar o porque consideran que el paciente aceptaría con gusto ser donante, se inicia el proceso en sí. Siempre sin retirar ningún cuidado o tratamiento médico al paciente, se espera a que la irreversibilidad sea un hecho cierto. Para ello se realizan diferentes pruebas médicas que demuestran de manera irrefutable la inexistencia de actividad cerebral (la denominada muerte encefálica) y, por lo tanto, la irreversibilidad del proceso de muerte. Tras la comunicación a la familia y su aceptación definitiva se produce el acto médico de extracción de órganos y su implante a los receptores. La elección del receptor siempre se realiza en base a criterios de urgencia en su recepción (con máxima prioridad para la denominada "urgencia 0", en la que los potenciales receptores se encuentran en peligro de muerte inminente si no reciben dicho trasplante), de compatibilidad de tejidos (para garantizar el máximo posible el éxito del trasplante) así como geográficos que posibiliten la intervención quirúrgica en los tiempos máximos recomendados.

¿Cuál es la decisión ética más difícil?

Realmente, si el proceso sigue las estrictas normas contempladas en la legislación vigente en la materia, no existen decisiones éticas que resulten especialmente conflictivas para los profesionales que deben tomarlas. Siempre entristece la mala evolución clínica de un paciente y su muerte. Siempre es duro, igualmente, tener que dar malas noticias a los familiares. Sin embargo, tras la muerte, surge la esperanza de hacer el bien a muchas otras personas, salvándoles la vida o mejorando significativamente su esperanza o calidad de vida. Hay multitud de estudios que orientan, también, a que la donación, mejora el duelo de los familiares. La posibilidad de hacer el bien a través de un último acto de generosidad y entrega al prójimo, sin duda, endulza siquiera mínimamente, la pérdida de un ser querido. El Catecismo de la Iglesia Católica (nº 2296) manifiesta que "la donación de órganos después de la muerte es un acto noble y meritorio, que debe ser alentado como manifestación de solidaridad generosa".

*Raúl Canabal Berlanga
Médico de urgencias
Diplomado superior en Bioética*

"Donar los propios órganos es un gesto de amor moralmente lícito siempre que sea un acto libre y espontáneo".

Papa Benedicto XVI

Testimonio: San Giuseppe Moscati



El médico de los pobres

San Giuseppe fue el séptimo hijo del matrimonio conformado por Francesco Moscati (abogado) y una aristócrata, Rosa De Luca dei Marchesi di Roseto. La familia vivía en Santa Lucía di Serino, luego se trasladó a Nápoles en 1884, aquí recibió la Primera Comunión, cuatro años más tarde, en la iglesia de las Hermanas del Sagrado Corazón. En esta iglesia, Moscati se reúne con el beato Bartolo Longo, fundador de la ermita de Pompeya al lado de la iglesia y conoció a Santa Caterina Volpicelli.

En 1892 su hermano Alberto, desafortunadamente, murió tras una caída de su caballo durante el ejercicio de su servicio militar: a partir de este episodio empezó a madurar su pasión por la medicina. Después de la escuela secundaria, se matriculó en 1897 en la Facultad de Medicina, en el mismo año de la muerte de su padre, que sufrió una hemorragia cerebral.

Ingresó en la universidad para estudiar medicina y con 22 años se graduó con las mejores calificaciones de su promoción. Cada día se levantaba muy temprano para ir a misa y recibir la comunión. Después se dirigía a las colonias pobres para ver algunos enfermos y a las 8:30 a.m. iniciaba el trabajo en el hospital.

Sus pacientes predilectos eran los pobres, algo de lo que dan fe muchas personas que lo conocieron. Es

conocida una anécdota suya con un anciano pobre al que visitaba cada día. El anciano le pidió en una ocasión que fuera con él a desayunar al café que estaba junto a la iglesia a la que acudía a misa. El día en el que el anciano no iba a desayunar, el doctor se acercaba preocupado hasta su domicilio para asistirlo.

Nunca cobró dinero a los pobres, a los que ayudaba siempre con una sonrisa y sin hacerse notar.

Su muerte llegó el 12 de abril de 1927, casi a los 47 años, mientras esperaba en el despacho de su casa la visita de los enfermos y sentado en un sillón.

La noticia de su fallecimiento se difundió rápidamente por toda la ciudad con las palabras "ha muerto el médico santo" y fueron los pobres quienes más lloraron la pérdida de su amigo y doctor.

Entre los primeros que acudieron a rezar ante su cadáver estuvo el Cardenal Ascalesi, quien ante los presentes dijo: "el doctor pertenecía a la Iglesia; no a aquella de quienes sanó el cuerpo, sino de la de quienes salvó el alma y que salieron a su encuentro mientras subía al cielo".

Fue beatificado en 1975 por el Papa Pablo VI y canonizado gracias al milagro de la curación de leucemia del joven Giuseppe Montefusco en 1979. Precisamente fue en la Iglesia de Jesús Nuevo donde la madre del joven pidió la intercesión del entonces beato.

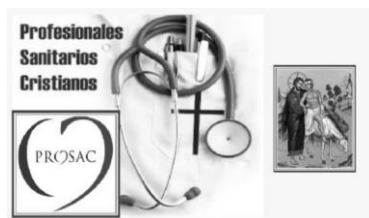
Algunos días antes, por la noche, vio en sueños la foto de un médico en batín blanco. Contó el sueño a su párroco, quien le habló del Beato Moscati. La señora fue a la Iglesia de Jesús Nuevo y enseguida reconoció el rostro de la imagen que vio en sueños. Desde ese momento rezó a Moscati y consiguió que se le unieran parientes y amigos. Su hijo Giuseppe se curó totalmente en pocos días y regresó a su trabajo como herrero.

Moscati fue canonizado por Juan Pablo II el 25 de octubre de 1987.

Actividades Programadas:

Día 19 de diciembre de 2018.
Encuentro con visitantes.
Parroquia de Sonseca. 20:00 h

Día 10 de febrero de 2019.
Día del Enfermo.
Parroquia de Sonseca. 17:00h.
Misa presidida por D. Braulio,
Sr. Arzobispo de Toledo.



Día 23 de febrero de 2019.

Jornada de Bioética.

10:30 h. Presentación del Proyecto Fertilitas.
D. Ricardo Abengózar y D. Álvaro Ortega

Refrigerio y librería

12:00 h. Para entender la sexualidad humana.
Dr. D. Aquilino Polaino

Lugar: Casa Diocesana de Ejercicios de Toledo

Puedes contactar con nosotros en:

Secretariado de Pastoral de la Salud - Archidiócesis de Toledo

email: psaludtoledo@gmail.com