



## Países miembros



Para visualizar la forma de contactarse con cada país, haga click sobre cada bandera

## EN ESTE NÚMERO

➔ Editorial

*Por el Dr. Justo Carbajales*

## NOVEDADES

➔ Oración de Navidad para leer en Familia o en el lugar de Trabajo

➔ Sanatorio Juan Pablo II - Círculo Católico de Obreros de Uruguay

➔ Principios éticos relevantes en Medicina Paliativa: 2da. Entrega  
*Por la Doctora Paulina Taboada, , M.D., M. phil..  
Directora del Centro de Bioética de la Universidad Católica de Chile.*

➔ Quiero armar un pesebre en mi corazón  
*Por Nancy Castellanos*

## QUÉ SON LAS REDES

Somos el conjunto de distintos grupos y organizaciones de profesionales, cristianos o no, que basados en principios evangélicos, hemos decidido donar nuestros conocimientos en beneficio de los que más sufren. Y es así, que respetando nuestra identidad, resolvimos trabajar mancomunadamente para extender esta ayuda a toda nuestra región.

**Nuestro objetivo:  
que la "Globalización de la solidaridad"  
se transforme en realidad.**

**Director General: Dr. Justo Carbajales**  
**Editora Responsable: Nancy Castellanos**  
[latinored@datafull.com](mailto:latinored@datafull.com)

## EDITORIAL

**Queridos amigos y colegas:**

Con alegría llegamos a una nueva edición del Boletín de las Redes Solidarias de Profesionales de la Salud de Latinoamérica y el Caribe.

No sin esfuerzo, sorteando limitaciones, propias y ajenas, por encima de las individualidades, y el desafío de crecer, sembrando Redes a lo largo de nuestros continentes marcados por la desigualdad, la pobreza y la falta de oportunidades.

Es nuestro deseo que esta Navidad sea también la posibilidad de renovar Esperanzas para profundizar el compromiso con nuestros hermanos que más sufren a causa de alguna enfermedad, de sus dificultades para acceder a los estudios médicos-como pudimos ver en la encuesta que llevamos adelante para conocer el grado de acercamiento que tienen las poblaciones más humildes de la República Argentina a la Salud Pública.

Que el espíritu Navideño nos ilumine y colabore abriendo más corazones, haciendo posible, una nueva invitación, abierta las 24 horas, a todos los hombres y mujeres de buena voluntad para sumarse a este verdadero desafío solidario, que significa formar parte de la RED. El único requisito: estar dispuestos a donar horas de conocimiento y atención médica para todo aquel que padece de alguna dolencia.

Feliz Navidad y un Próspero Año Nuevo Para Todos!

**Un abrazo Fraternal,  
Justo Carbajales**



Volver

## Oración de Navidad para leer en Familia o en el lugar de Trabajo

*Señor, Dios nuestro, con mucha alegría nos hemos reunido para celebrar el nacimiento de tu Hijo.*

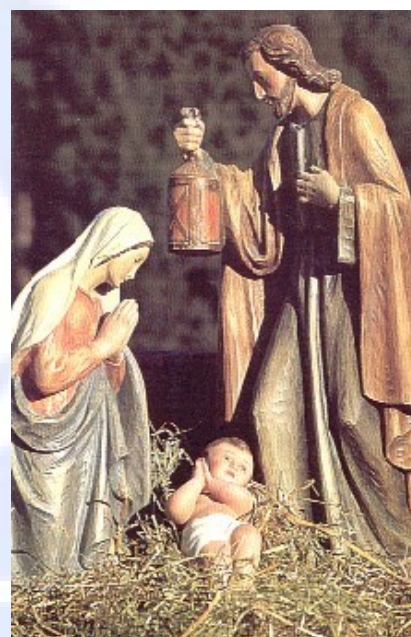
*Te pedimos que bendigas estos alimentos que vamos a compartir, y que son la expresión de nuestra alegría por la presencia de Cristo.*

*Fortalece a través de esta celebración el vínculo del amor entre nosotros, y haznos solidarios con todos los seres humanos.*

*Que sepamos reconocer a tu Hijo en los más pequeños y sencillos de nuestros hermanos, y compartamos con ellos los frutos de nuestro trabajo y el amor que tú derramas en nuestros corazones. Entonces tu luz brillará sobre este pueblo y tu Reino llegará a nuestra tierra.*

*Te lo pedimos por Jesucristo, nuestro Señor, que nació en Belén, y que ahora vive y reina en la unidad del Espíritu Santo por los siglos de los siglos.*

*Amén*



Volver

## Sanatorio Juan Pablo II - Círculo Católico de Obreros de Uruguay

### El Círculo Católico de Obreros de Uruguay inauguró el Sanatorio Juan Pablo II



**CIRCULO CATOLICO**  
DE OBREROS

**Fuente:** <http://www.circulocatolico.com.uy/>

El lunes 27 de noviembre se inauguró oficialmente el Sanatorio "Juan Pablo II" del Círculo Católico de Uruguay, en un acto al que asistieron el Presidente de la República, Tabaré Vázquez y la Ministra de Salud Pública, María Julia Muñoz, el Presidente del Círculo Católico del Uruguay, Daniel López Villalba; el Arzobispo de Montevideo, Monseñor Nicolás Cotugno; así como autoridades eclesióásticas nacionales e internacionales; delegaciones de los Círculos Católicos de Argentina y Brasil; representantes de la Organización de entidades mutuales de las Américas, y delegados de la Asociación de Médicos y Funcionarios del Círculo Católico.

La Ministra Muñoz expresó su agrado de participar en esta inauguración que promueve y apoya la concreción del Sistema Nacional Integrado de Salud, que atienda por igual a todos los habitantes del país y que sólo se hará posible con la fe de todos los uruguayos que creen y aspiran a tener una vida mejor.

López Villalba destacó el trabajo del personal médico y no médico que en la mayoría de los casos "aportan en silencio la envidiable tarea de servir con devoción cristiana", así como también agradeció a los asociados que son los verdaderos hacedores.

El Arzobispo de Montevideo exaltó la dedicatoria del Sanatorio a Juan Pablo II porque como hombre fue un gran humanista, y como tal abarcó todas las dimensiones del ser humano en la salud espiritual y física. "Por eso con muchísimo amor entregamos y dedicamos este Sanatorio al Obispo de Roma, al sucesor de Pedro, Juan Pablo II", dijo. Finalmente Monseñor Cotugno procedió a santificar el edificio.



**Las Redes Solidarias de Profesionales de la Salud de Latinoamérica y el Caribe felicitamos al Doctor Daniel López Villalba y a todos los integrantes y profesionales del Círculo Católico de Obreros de Uruguay, por este nuevo logro que es una muestra concreta de la medicina entendida desde la vocación, el servicio y la solidaridad.**



Volver

## Principios éticos relevantes en Medicina Paliativa

**Trabajo de la Doctora Paulina Taboada, M.D., M. phil. 1. Directora del Centro de Bioética de la Universidad Católica de Chile.**

*Nota: Segunda entrega. Primera parte, Boletín 16. Versión completa en [www.redesdesalud.org](http://www.redesdesalud.org)*

### III PRINCIPIOS ÉTICOS RELEVANTES EN MEDICINA PALIATIVA

Si la referencia explícita a los principios éticos involucrados en un problema ético-clínico concreto es pieza clave en la resolución del problema, será necesario revisar aquí cuáles son los principios éticos más relevantes en la atención de pacientes terminales. Sin pretender hacer un listado exhaustivo, me referiré a cinco principios éticos especialmente relevantes en Medicina Paliativa, de acuerdo a la experiencia de algunos expertos.<sup>14-17</sup> Ellos son los principios de inviolabilidad de la vida humana, de proporcionalidad terapéutica, del doble efecto, de veracidad, de prevención y de no-abandono.

#### a) Principio de inviolabilidad de la vida humana.

La vida corporal es condición necesaria para el ejercicio de cualquier otro derecho. Es por ello que el respeto por la vida humana está en la base de la mayoría de los documentos internacionales que tratan sobre los derechos humanos. La vida no representa algo extrínseco a la persona humana, sino que es un *valor fundamental*. De ello se desprende que el deber de respetar y promover la vida sea el primer imperativo ético del hombre para consigo mismo y para con los demás.

---

1 Profesor Auxiliar, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Correspondencia: Dra. Paulina Taboada, Centro de Bioética, P. Universidad Católica de Chile, Casilla 114-D, Correo Central 1, Santiago-Chile. e-mail: [ptaboada2000@yahoo.com](mailto:ptaboada2000@yahoo.com)

Es sabido que en el debate bioético contemporáneo relacionado con el final de la vida humana, se suele afirmar que nadie tendría derecho a imponer la obligación de seguir viviendo a una persona que, en razón de un sufrimiento extremo, ya no lo desea. Basándose en una concepción particular del respeto a la libertad individual o autonomía del paciente se propone entender el así llamado *derecho a una muerte digna* como el derecho a disponer de la propia vida mediante la eutanasia o el suicidio médicamente asistido. De acuerdo con esta línea de pensamiento, en situaciones verdaderamente extremas, la eutanasia y la asistencia al suicidio representarían actos de compasión (beneficencia); negarse a su realización podría suponer una forma de maleficencia.

Esta idea que la muerte podría representar un alivio para una vida condenada a horribles sufrimientos no es nueva. La encontramos, por ejemplo, ya en la cultura griega poéticamente expresada en el Mito del Centauro Quirón, a quien el dios Apolo concedió el don de la *mortalidad*, después de que en una batalla con otros centauros, éstos le infringieran una herida incurable. Sin embargo, plantear que en ciertas situaciones la muerte pueda ser percibida como un alivio no equivale necesariamente a arrogarle al hombre el derecho de acabar con la vida de una persona sufriendo. Así lo percibió Hipócrates, quien en su famoso Juramento reclama de los médicos el compromiso de no dar a nadie una droga mortal aún cuando les sea solicitada, ni tampoco dar consejos con este fin.

Esta concepción hipocrática es la que subyace a la Medicina Paliativa contemporánea. Citando el informe del Comité de expertos de la OMS<sup>18</sup> recordemos que los objetivos específicos de los cuidados paliativos son:

- “reafirmar la importancia de la vida, considerando a la muerte como un proceso normal;
- establecer un proceso que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la posponga;
- proporcionar alivio del dolor y de otros síntomas angustiosos;
- integrar los aspectos psicológicos y espirituales del tratamiento del paciente;
- ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a llevar una vida lo más activa posible hasta que sobrevenga la muerte;
- ofrecer un sistema de apoyo a la familia para que pueda afrontar la enfermedad del paciente y sobrellevar el período de duelo” (p.12).

Estos objetivos corresponden a una concepción del así llamado *derecho morir con dignidad* no tanto como un *derecho a morir*, sino como un derecho a una *forma de morir*. La expresión denota, entonces, una *exigencia ética*.<sup>19</sup> La idea fundamental es que el *ser humano muriente* plantea una serie de exigencias éticas tanto a los profesionales de la salud como a la sociedad. Los objetivos que se plantean los cuidados paliativos representan una respuesta activa y concreta frente a estas exigencias éticas del morir humano.<sup>2</sup>

## **b) Principio de proporcionalidad terapéutica**

El deber moral de poner los medios necesarios para cuidar la salud – tanto propia, como ajena - es parte integrante del imperativo ético de respetar y promover la vida. Sin embargo, parece evidente que nadie está obligado a utilizar todas las medidas médicas actualmente disponibles, sino sólo aquellas que le ofrezcan una razonable probabilidad de beneficio. Más difícil resulta responder a la pregunta sobre la licitud moral de rechazar tratamientos potencialmente beneficiosos. Esta pregunta nos confronta con el problema de los *límites* de la obligación moral respecto de la salud. En un intento por ofrecer una guía que ayude a distinguir las intervenciones médicas que son éticamente obligatorias de las que no lo son, se ha propuesto la clásica distinción entre medidas “ordinarias” y “extraordinarias”<sup>21</sup>, doctrina que hoy se conoce mejor como principio terapéutico<sup>22</sup> o principio de proporcionalidad terapéutica.<sup>23</sup>

El principio de proporcionalidad terapéutica sostiene que existe la obligación moral de implementar sólo aquellas medidas terapéuticas que guarden una relación de *debida proporción* entre los medios empleados y el resultado previsible. Aquellas intervenciones en las que esta relación de proporción no se cumpla se consideran desproporcionadas y no serían moralmente obligatorias. Por tanto, para determinar si una intervención médica es o no moralmente obligatoria en un determinado paciente, se debe realizar un *juicio de proporcionalidad*. La relevancia moral de este juicio estriba en la ilicitud moral de omitir aquellas intervenciones que puedan reportar beneficios para el paciente particular, pues ello podría representar de hecho una forma de eutanasia (por omisión).

Para verificar si en una determinada situación se da o no esta relación de debida proporción, es necesario confrontar el tipo de terapia - su grado de dificultad, riesgos, costos y posibilidades de implementación - con los resultados esperables. En otras palabras, algunos de los elementos que siempre deberían ser tomados en cuenta a la hora de juzgar la proporcionalidad de una intervención médica son:

- La utilidad o inutilidad de la medida;
- Las alternativas de acción, con sus respectivos riesgos y beneficios;
- El pronóstico con y sin la implementación de la medida;
- Los costos, en el sentido amplio del término: cargas físicas, psicológicas, morales, sociales, económicas, etc.

Es importante destacar aquí que el juicio acerca de la proporcionalidad de una determinada intervención médica debe hacerse por referencia al beneficio global de la terapia y no sólo en relación a los posibles efectos fisiológicos que ella sea capaz de inducir. Así, por ejemplo, no basta que un determinado tratamiento sea útil en términos de reducir o aumentar la presión arterial o el potasio en la sangre, si estos efectos no significan un beneficio real para la evolución global del paciente. En la actualidad se están desarrollando diferentes modelos pronósticos, basados en datos objetivos, que pueden brindar información importante para una mejor toma de decisiones (Medicina Basada en Evidencias).<sup>24</sup>

El juicio de proporcionalidad incluye la evaluación de los costos involucrados, considerando no sólo el aspecto económico, sino también todas aquellas cargas físicas, psicológicas, morales y/o sociales que la implementación de una determinada medida pueda comportar para el paciente, para su familia y para el equipo de salud. En este sentido, puede decirse que también consideraciones sobre la disponibilidad actual de una determinada medida en el lugar donde se está prestando la atención y/o sobre el grado de dificultad que su aplicación conllevaría, forman parte de la evaluación de los costos en sentido amplio.

Sin embargo, cabría precisar aquí que emitir un juicio de proporcionalidad terapéutica no equivale al resultado de un mero cálculo costo/beneficio, como proponen algunos defensores del Proporcionalismo.<sup>3</sup> El juicio moral no puede reducirse a un mero balance de consecuencias positivas y negativas. Existen actos, que – por su misma naturaleza – son ilícitos y que no podrían justificarse simplemente en atención a las circunstancias. El viejo aforismo médico “lo primero es no dañar” (*primum non nocere*) es aún plenamente vigente.

### **c) Principio del doble efecto en el manejo del dolor y la supresión de la conciencia**

El uso de opioides y otras drogas que pueden alterar el estado de vigilia del paciente es habitual en Medicina Paliativa. No es infrecuente que el recurso a este tipo de terapias genere dudas en la familia y/o en el equipo de salud. Se teme que los efectos adversos de estas drogas - como hipotensión, depresión respiratoria, etc.- podrían representar una forma de eutanasia. Ante esta inquietud cabe recordar, en primer lugar, que cuando se utilizan en forma adecuada, los efectos secundarios de estas drogas no son tan frecuentes como se solía afirmar en el pasado. Sin embargo, aún cuando en algún caso se pueda prever la ocurrencia de ciertos efectos adversos, ello no significa automáticamente que su uso de la terapia en cuestión sea moralmente reprobable. Cabe recordar aquí el clásico principio ético conocido como *doble efecto* (o *voluntario indirecto*). Este principio señala algunas condiciones que deberían darse para que un acto que tiene dos efectos – uno bueno y uno malo – sea lícito. Estas condiciones son:

- que la acción sea en sí misma buena o, al menos, indiferente;
- que el efecto malo previsible no sea directamente querido, sino sólo tolerado;
- que el efecto bueno no sea causado inmediata- y necesariamente por el malo;
- que el bien buscado sea proporcionado al eventual daño producido.

Si aplicamos este principio, por ejemplo, al tratamiento analgésico con dosis altas de opioides vemos que, si lo que se busca directamente es aliviar el dolor (efecto bueno) habiendo agotado otras terapias que carecen de

efectos negativos, no habría inconvenientes éticos en administrar opioides en dosis altas, siempre y cuando los efectos adversos como una eventual hipotensión, depresión del centro respiratorio y/o sedación no sean directamente buscados, sino sólo tolerados dado que no se dispone de otras alternativas eficaces de tratamiento. En estas condiciones, esta forma de terapia representaría el mayor *bien posible* para ese paciente.

En relación a la supresión de la conciencia, necesaria a veces, por ejemplo, en pacientes muy agitados, se aplicaría el mismo principio. Dado que las facultades superiores se consideran un bien objetivo de la persona, no sería lícito privar a nadie de su conciencia, sin una razón justificada. Para que sea moralmente lícita, esta privación de conciencia tiene que obedecer a un motivo terapéutico proporcionado y no debe ser directamente querida, sino sólo tolerada. No sería lícito, por ejemplo, sedar a un paciente por razones como falta del personal necesario para la atención, etc.

#### **d) Principio de veracidad**

La veracidad es el fundamento de la confianza en las relaciones interpersonales. Por lo tanto, en términos generales, comunicar la verdad al paciente y a sus familiares constituye un beneficio para ellos (beneficencia), pues posibilita su participación activa en el proceso de toma de decisiones (autonomía). Sin embargo, en la práctica hay situaciones en las el manejo de la información genera especial dificultad para los médicos. Ello ocurre especialmente cuando se trata de comunicar malas noticias, como son el diagnóstico de enfermedades progresivas e incurables o el pronóstico de una muerte próxima inevitable. En estas circunstancias, no es inusual – especialmente en los países latinoamericanos – optar por una actitud paternalista, que lleva a ocultar la verdad al paciente. Ello podría suponer entrar en el círculo vicioso de la llamada “conspiración del silencio” que, además de representar nuevas fuentes de sufrimiento para el paciente, puede suponer una injusticia, por privar al paciente de su derecho a ejercer su propia autonomía.

Sin embargo, cabe recordar aquí que no revelar *toda* la verdad acerca del diagnóstico y/o pronóstico a un paciente particular no siempre significa una violación de su autonomía. Sabemos que existen diferencias culturales en los “estilos” o modelos de toma de decisión. Así, mientras que en medios anglosajones la tendencia general es hacia un modelo más individualista, en los países latinoamericanos es frecuente la opción por un “modelo familiar” de toma de decisiones.<sup>28</sup> Por tanto, dependiendo del caso, respetar el deseo del paciente de optar por un modelo familiar de toma de decisiones puede representar justamente la forma concreta de respetar su autonomía.<sup>29</sup>

Por otro lado, existen también situaciones en las que podría ser prudente postergar la entrega de la información a un paciente determinado en atención al principio de no-maleficencia. Ello podría ocurrir, p.ej., en caso de pacientes con una depresión severa que aún no hayan sido adecuadamente tratada.

Por tanto, la comunicación de la verdad médica debe ir precedida por una cuidadosa reflexión sobre *qué, cómo, cuándo, cuánto, quién y a quién* se debe informar. En otras palabras, para el manejo de la información en Medicina Paliativa se han de aplicar con prudencia los cuatro principios básicos de la ética clínica: no-maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, guiados por la virtud de la prudencia.

#### **e) Principio de prevención**

Prever las posibles complicaciones y/o los síntomas que con mayor frecuencia se presentan en la evolución de una determinada condición clínica es parte de la responsabilidad médica (deber de previsibilidad). Implementar las medidas necesarias para prevenir estas complicaciones y aconsejar oportunamente a los familiares sobre los mejores cursos de acción a seguir en caso de que ellas se presenten permite, por un lado, evitar sufrimientos innecesarios al paciente y, por otro, facilita el no involucrarse precipitadamente en cursos de acción que conducirían a intervenciones desproporcionadas. Cuando no se conversa oportunamente sobre las conductas que se adoptarán en caso de que se presenten, por ejemplo, complicaciones como hemorragias, infecciones, dificultad para respirar, o incluso un paro cardio-respiratorio, es frecuente que se tomen malas decisiones, que después es

muy difícil revertir.

## f) Principio de no-abandono

Un último principio al que haré referencia aquí es el que algunos paliativistas han denominado principio de no-abandono.<sup>14-15</sup> Con ello quieren recordar que, salvo casos de grave objeción de conciencia, sería éticamente reprochable abandonar a un paciente porque éste rechaza determinadas terapias, aún cuando el médico considere que ese rechazo es inadecuado. Permaneciendo junto a su paciente y estableciendo una forma de comunicación empática podrá, tal vez, hacer que el paciente recapacite, si ello fuera necesario.

Sin embargo, este principio ético nos previene también frente a otra forma más sutil de abandono. En términos generales, se puede decir que los profesionales de la salud tenemos una mala tolerancia para enfrentar el sufrimiento y la muerte. La atención de pacientes terminales nos confronta obligadamente con estas realidades, generando a veces una sensación de impotencia y la tentación de evadir su trato, abogando la conocida excusa de “no hay nada más que hacer”. El *ethos* de la Medicina Paliativa nos recuerda que incluso cuando no se puede curar, siempre es posible acompañar y a veces también consolar, poniendo a prueba la verdad de nuestro respeto por la dignidad de toda persona, aún en condiciones de extrema debilidad y dependencia.

## IV REFLEXIONES FINALES

El modelo de atención médica que propone la Medicina Paliativa contiene en sí el potencial para un profundo cambio en la cultura médica contemporánea. Frente a la lógica del “imperativo tecnológico”, que con frecuencia nos lleva a considerar que es éticamente justificable – o incluso exigible - todo lo que es técnicamente posible, esta disciplina nos presenta un modelo de salud que podríamos denominar personalista, es decir, un *ethos* profesional basado en un profundo respeto por la persona por lo que ella es y por su dignidad.

Este potencial renovador de la Medicina Paliativa sólo podría lograrse si esta disciplina no sucumbe ante el peligro de transformarse en una técnica más – la técnica de controlar el dolor y otros síntomas - sino que se mantiene fiel a la concepción global de la persona que estuvo en su origen. Para ello es necesario tener presentes aquellos principios éticos que resguardan la dignidad de la persona, incluso en condiciones de extrema debilidad, como suele ser la etapa final de la vida, y que pueden resumirse en dos actitudes fundamentales: respeto por la dignidad de la persona y aceptación de la finitud de la condición humana. Son precisamente éstas las actitudes que se necesitan hoy para transformar los estándares de atención médica, de acuerdo con lo expresado por la fundadora del movimiento *hospice*:

*“Tú me importas por ser tú, importas hasta el último momento de tu vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no sólo para ayudarte a morir en paz, sino también a vivir hasta el día en que mueras” (Cicely Saunders).*

### Notas:

1 Profesor Auxiliar, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Correspondencia: Dra. Paulina Taboada, Centro de Bioética, P. Universidad Católica de Chile, Casilla 114-D, Correo Central 1, Santiago-Chile. e-mail: ptaboada2000@yahoo.com

2 Aquellas exigencias que, por ejemplo, Blanco<sup>20</sup> señala como las más decisivas desde una perspectiva jurídica, coinciden precisamente con los objetivos de la Medicina Paliativa:

- “Atención al moribundo con todos los medios que posee actualmente la ciencia médica: para aliviar su dolor y prolongar su vida humana;
- No privar al moribundo del morir en cuanto “acción personal”: morir es la suprema acción del hombre;
- Liberar a la muerte del “ocultamiento” a que es sometida en la sociedad actual: la muerte es encerrada actualmente en la clandestinidad;
- Organizar un servicio hospitalario adecuado a fin de que la muerte sea un acontecimiento asumido conscientemente por el hombre y vivido en clave comunitaria;
- Favorecer la vivencia del misterio humano-religioso de la muerte; la asistencia religiosa cobra en tales circunstancias un relieve especial.” (p. 51)

3 Un resumen de la “lógica interna” y de los principales problemas del Proporcionalismo, en cuanto corriente ético-filosófica contemporánea, se puede encontrar en *Veritatis Splendor*, de Juan Pablo II.<sup>25</sup>

## Bibliografía

14. Twycross R: Palliative Care. In: Encyclopedia of Applied Ethics, Vol. 3. Academic Press, 1998: 419 – 433.
15. Zylicz, Z. & Janssens, M.J.: “Options in Palliative Care: Dealing with Those Who want to Die.” *Bailliere’s Clinical Anaesthesiology* 1998, 12; 1: 121 – 131.
16. Randall, F. & Downie, R.S.: *Palliative care Ethics. A Good Companion.* Oxford Medical Publications: Oxford, 1996.
17. Ethical Pearls in Palliative Care. In: M.D. Anderson’s Manual of Palliative Care...
18. OMS: Alivio del dolor y tratamiento paliativo en cáncer. Informe de un Comité de expertos. Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos 804: Ginebra, 1990, p. 11-12.
19. Vidal, M.: *Bioética. Estudios de bioética racional.* Tecnos, Madrid, 1994.
20. Blanco, L.G.: *Muerte digna. Consideraciones bioético-jurídicas.* Ad Hoc, Buenos Aires, 1997.
21. Sgreccia, E.: *Manual de Bioética.* Diana, Mexico D.F., 1996.
22. Papa Pío XII, *Acta Apostolici Sedis* N. 49, 1957.
23. Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes de la Salud: *Carta de los agentes de la salud.* Ciudad del Vaticano, 1994, n. 64.
24. Evidence-Based Medicine Working Group: Evidence-Based Medicine. A new Approach to Teaching the Practice of Medicine. *JAMA* 1992; 268: 17, 2420-2425.
25. Juan Pablo II: *Veritatis Splendor*, 1993, n. 75, 79–80.
26. Platón: *República*, 460b.
27. Aristóteles: *Política*, VII,1335b.
28. Blackhall LJ, Murphy ST, Frank G, Michel V, Azen S: Ethnicity and Attitudes Toward Patient Autonomy. *JAMA* 1995, 274; 10: 820 – 825.
29. Pellegrino ED: Is Truth Telling to the Patient a Cultural Artifact? *JAMA* 1992, 268; 13: 1734–35.



Volver

## Quiero armar un Pesebre en mi Corazón

Desde este deseo escribo para agradecer a todos y a cada uno de los que hicieron y hacen posible mi tarea humana y periodística para el boletín de las Redes Solidarias de Profesionales de la Salud de Latinoamérica y el Caribe.

Saludo atentamente al Doctor Justo Carbajales, quien me ha permitido y de alguna manera me permite, colaborar en la construcción de un espacio de comunicación para que esta herramienta virtuosa y solidaria que es la Red sea difundida y conocida por todos aquellos que padecen cotidianamente la injusticia, pobreza y marginación.

Agradezco a los medios nacionales e internacionales que nos dieron un lugar, haciendo conocer nuestra tarea, posibilitando esa llegada tan necesaria en tiempos marcados fuertemente por la inequidad y el desamor.

Desde este tiempo de agradecimiento, quisiera destacar la actitud de periodistas como Esteban Mirol y equipo de producción y realización técnica-puesta en el aire, Amelia Aranda y Jorge Díaz, quien con respeto y generosidad nos acercan de la mano del programa “**Entre vos y yo**” que se emite por Radio Diez de Argentina, de lunes a viernes de 21 a 24, distintos pedidos de ayuda de pacientes o sus familiares, afectados por toda clase de penurias, muchas de ellas, solucionables sin la utilización de dinero.

Mientras armo el pesebre quiero saludar fraternalmente a todos los amigos profesionales del arte de curar de América Latina y el Caribe. No me olvido de todos los hermanos de la Red, desde Ushuaia a la Quiaca, y su lucha. Del Doctor José Menéndez Vargas y su compromiso para reducir los suicidios juveniles en la provincia de Jujuy.

Porque la solidaridad es mucho más que una cara bonita y un aviso publicitario. Entiendo la solidaridad como un acto genuino de amor. El que nos une sin mezquindades, sin prejuicios. Es el puente, el vínculo que liga a la necesidad con aquello que se presenta realmente necesario.

Para los que creemos que la solidaridad es una manera de pensar y sentir la vida, un abrazo que se sienta abrazo  
¡Gracias!

Y que el nacimiento del Niño Jesús nos ilumine de esperanzas, fortaleciéndonos desde la fe, el amor y la paz. Preparemos el corazón para multiplicar y compartir el pan que traerá

Feliz navidad desde la solidaridad, equidad, inclusión social, respeto. Contra toda adversidad, sembrar en redes siempre será la mejor inversión.

Por un 2007 digno donde la mejor noticia sea algún avance en la construcción de la paz. De una paz real y global!

Hasta siempre,

Nancy E. Castellanos

 Volver

#### CONTACTOS EN LOS PAISES MIEMBROS

- **Argentina**  
Coordinador Nacional: Doctor Justo Carbajales  
[redsalud@deplai.org.ar](mailto:redsalud@deplai.org.ar)
- **Bolivia**  
Grupo Médico S.O.S  
Coordinador: Doctor Remberto Torres Molina  
  
Clínica Hamacas 00-591-3-342-4923/ 8029

 Volver

- **Brasil**  
Médicos del Reino  
Coordinadores:  
Doctor Roberto Tolomei  
[robertotolomei@hotmail.com](mailto:robertotolomei@hotmail.com)  
  
Doctor Carlos Augusto Dias de Almeida  
[carj@terra.com.br](mailto:carj@terra.com.br)

 Volver

- [Perú](#)

Coordinador General: Doctor Cesar Salas

Para más información:

[\*\*salasc@terra.com.pe\*\*](mailto:salasc@terra.com.pe)

[\*\*www.solidaridad.com.pe\*\*](http://www.solidaridad.com.pe)

- [República Dominicana](#)

Coordinador General: Doctor Freddy Contín

[\*\*freddycontin@hotmail.com\*\*](mailto:freddycontin@hotmail.com)



Volver

- [Guatemala](#)

Doctor Rolando Figueroa

[\*\*rfigueroa@crs.org.gt\*\*](mailto:rfigueroa@crs.org.gt)

410-625-2220

- [Honduras](#)

Doctor Luis Alejandro Escoto

[\*\*caricoma@hotmail.com\*\*](mailto:caricoma@hotmail.com)

504-7724108



Volver

- [Panamá](#)

Padre Marlo Verar

[\*\*pmarlo@cwp.net.pa\*\*](mailto:pmarlo@cwp.net.pa)

229-7029/ 261-0156

- [Uruguay](#)

Doctor Daniel Lopez Villalba

Presidente del Círculo Católico de Obreros de Uruguay

[\*\*presccou@adinet.com.uy\*\*](mailto:presccou@adinet.com.uy)

598-2-4117587/ 4126225



Volver

