

**ORGANIZACION  
Y PASTORAL DE  
HOSPITALES**

**LA  
LABOR  
HOSPITALARIA  
PASTORAL**

# LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios  
Barcelona

Año 33. Segunda época. Enero-Febrero-Marzo 1981  
Número 179. Volumen XIII

*Director*

ANGEL M.<sup>a</sup> RAMIREZ

*Redactores Jefes*

Joaquín Plaza  
José L. Redrado

*Consejo de Redacción*

Amado Palou. Cecilio Eserverri.  
Juan Luis Alabert. Pascual Piles.  
Alfonso Mendioroz.  
José M.<sup>a</sup> Sostres. José Sarrió.  
Miguel Martín

*Administración, Publicidad  
y Distribución*

José Esteve

*Dirección*

Curia Provincial  
Hermanos de San Juan de Dios  
Carretera Esplugas s/n  
Teléfono 203 40 00  
Barcelona 34

Depósito Legal: B. 2998-61  
EGS - Rosario, 2 - Barcelona

## Sumario

### SEMINARIO SOBRE LOS DERECHOS DEL ENFERMO

- 7 DERECHOS DEL ENFERMO
- 9 SALUDO / Por José Luis Redrado
- 10 ACTO INAUGURAL / Por J. Plaza Montero
- 12 DERECHO A LA SALUD
- 13 EL DERECHO A LA SALUD  
EN LOS PROGRAMAS DE ACTUACION SANITARIA  
Por Elvira Guilera
- 14 LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS  
Y LA ORGANIZACION HOSPITALARIA  
Por M. A. Asenjo
- 16 PROMOCION DE LA SALUD  
Por Elías Vallina
- 18 LOS PROFESIONALES SANITARIOS AL SERVICIO DE LA SALUD  
Por Fidel Delgado
- 22 VISION ANTROPOLOGICA DEL HOMBRE ENFERMO  
Por Mariano Galve
- 27 INFORMACION AL ENFERMO Y A LA FAMILIA  
Por Fidel Delgado
- 30 LA FORMACION CONTINUADA DE LOS PROFESIONALES  
DE LA SALUD PARA UNA ASISTENCIA INTEGRAL  
Por C. Eserverri y A. Marset
- 35 MESA REDONDA / Por Ignacio Aragón, Héctor Vall, A. Palou,  
María del Carmen García-Amado, Sebastián Rodríguez y Mariano Galve
- 41 DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD
- 42 MESA REDONDA / Por F. Sola, J. Gol, M.<sup>a</sup> Gasull, F. Abel y F. Reoyo
- 49 COMO SE PROTEGEN LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS  
Por Francisco Abel
- 52 SESION FINAL

POR UN HOSPITAL MAS HUMANO

O.H.S.J.D.  
CURIA PROVINCIAL  
SANT BOI  
5.E.17

# LH opina

## DERECHOS DEL ENFERMO

Organizado por los delegados diocesanos de Pastoral Sanitaria de Cataluña y coordinado por el Responsable Regional, José Luis Redrado, se llevó a cabo en Barcelona, los días 1, 2 y 3 de diciembre, un Seminario sobre los Derechos del enfermo. Dicho Seminario contó con la aprobación del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya y también han colaborado: la Asociación para el Desarrollo Hospitalario, la Unión de Hospitales de Cataluña y Baleares, el Hospital y la Escuela Universitaria de Enfermería de San Juan de Dios, la FERS regional y el Instituto Nacional de Educación Física.

Tres ideas fundamentales —tres derechos del enfermo— fueron objeto de estudio y exposición: Derecho a la salud, derecho a una asistencia integral, derecho a morir con dignidad. Alrededor de estos tres enunciados se dictaron ponencias y mesas redondas tales como: la salud en los programas de actuación sanitaria, organización del hospital, promoción de la salud, deterioro de los profesionales de la salud, visión antropológica del hombre enfermo, derecho a la información, derecho a la asistencia religiosa, formación del profesional, necesidades básicas de los enfermos terminales y asistencia integral y, finalmente, cómo proteger los derechos del enfermo. Un Seminario que congregó a más de doscientos cursillistas, preocupados por la salud y la asistencia. Un Seminario que es una andadura más por la vida sanitaria cuya finalidad y eje central se precisó en el saludo de bienvenida: «Nos convoca el hombre desde la realidad y experiencia condicionada y contingente de su enfermedad y nos lanza un reto, un test, para probar nuestra capacidad, no sólo técnica, sino también humana». Es, desde esta perspectiva, desde donde se reflexionaron los derechos que el enfermo tiene y los deberes correlativos para los profesionales. Se hizo hincapié en el equilibrio que debe haber entre la técnica y la capacidad de escucha, ya que el proceso curativo exige un intenso y repetido diálogo. De todo ello se hicieron eco no sólo los conferenciantes y los cursillistas, sino también la prensa y la radio en una emisión titulada «Objetivo, el hombre» —los derechos del enfermo—.

Creemos que fueron unos días muy positivos en los cuales se confrontaron el ideal y la realidad y nos dimos cuenta de la distancia que los separa. El Seminario nos ha ayudado a descubrir las necesidades reales del enfermo para ser capaces después de prestarle la ayuda que necesita.

El Seminario, finalmente, nos ha hecho reflexionar sobre lo que hacemos, pero sobre todo cómo lo debemos hacer; nos ha señalado utopías pero, ¡ojalá que no las perdamos de vista, sino que nos impulsen a caminar! Va en bien del enfermo.

Por ello, conscientes de la importancia de los temas, los ofrecemos a nuestros lectores de LABOR HOSPITALARIA en el presente número monográfico.

## Patrocinio de san Juan de Dios y san Camilo de Lelis sobre los profesionales de enfermería

Juan de Dios ha realizado la aventura del hombre y la aventura del santo. La primera ha sido de tanteos e incertidumbres; la segunda de entrega y amor. Poseía un corazón grande, generoso, abierto; amó a todos, pero sobre todo a los necesitados, a los enfermos.

«Lleno de misericordia encontraron en él camino los extraviados, luz los ciegos y consuelo los afligidos». Valoró al hombre como persona, respetó su intimidad, le asistió integralmente. Su vida fue una entrega práctica de respeto, promoción y defensa de los mismos derechos del enfermo. Un modelo siempre cercano para los profesionales de la salud.

### LOS 50 AÑOS DE UN DECRETO

PIO PP. XI

*PARA PERPETUA MEMORIA*

Conviene en absoluto, y Nos parece decisión muy oportuna, que, en este tiempo en que los enfermeros seculares se agrupan y clasifican en múltiples asociaciones, tengan también unos Patronos celestiales, por cuyo ejemplo movidos se inflamen, al cuidar a los enfermos, en aquel espíritu de caridad cristiana que el Divino Maestro nos dejó en los Santos Evangelios.

Con esta idea, al rogarnos encarecidamente Nuestros

amados hijos, el actual Prior General de la Orden Hospitalaria de san Juan de Dios y el hoy también Prefecto de los Clérigos Regulares que cuidan a los enfermos, que tuviéramos a bien declarar y nombrar celestiales patronos, ante Dios, de los enfermeros católicos de todo el mundo, a los Fundadores de sus respectivas Ordenes, san Juan de Dios y san Camilo de Lelis, Nos decidimos acceder con satisfacción y de buen grado a tales piadosos ruegos.

Y en verdad que no se Nos oculta que san Juan de Dios, ya desde el año 1537, fundó la primera agrupación de seculares para cuidar de los pobres enfermos; y que Camilo de Lelis dio espléndidas muestras, mientras vivió, de todas las virtudes, elegido por Dios para servir a los enfermos y enseñar a los demás el modo de cuidarlos.

Así las cosas, oído Nuestro amado hijo Camilo Laurenti, Cardenal Diácono de la Santa Iglesia Romana, Prefecto de la Sagrada Congregación de Ritos, movidos también por el encarecimiento de muchísimos Obispos, y examinando con atención el documento Apostólico «*Dices in misericordia Deus*», dado bajo esta misma forma por Nuestro Predecesor el Papa León XIII, de reciente memoria, en fecha 23 de junio de 1886, sobre los propios santos Juan de Dios y Camilo de Lelis, Patronos de los Hospitales y Enfermos, para fomentar y también aumentar la devoción y confianza de las asociaciones católicas de enfermeros hacia estos Santos Fundadores de Ordenes y Patronos de los Enfermos, *por voluntad propia* y con conocimiento cierto y madura deliberación Nuestra, y por la plenitud de Nuestra potestad Apostólica, en virtud del presente documento y a perpetuidad, *declaramos y nombramos celestiales Patronos ante Dios de todas las antedichas asociaciones, así como de todos los enfermeros de ambos sexos hoy y en el futuro existentes en toda la tierra, a san Juan de Dios y a san Camilo de Lelis.*

Esto queremos y ordenamos, declarando sean y permanezcan siempre firmes, válidas y eficaces las presentes decisiones; y surtan y conserven plenos y totales efectos; y favorezcan ahora y en el futuro, para siempre, a aquellos a quienes afectan o puedan hacer referencia; con este espíritu y forma deberán ser estimadas y definidas; y, si alguien en virtud de cualquier autoridad, a sabiendas o por ignorancia, pretendiera a este respecto lo contrario, quede ello desde ahora sin validez ni eficacia.

Sin obstáculo alguno.

Dado en Roma, junto a San Pedro, bajo el anillo del Pescador, el día 28 del mes de agosto del año 1930, noveno de Nuestro Pontificado.

E. CARD. PACELLI  
*Secretario de Estado*



San Juan de Dios amó a todos y de manera especial a los enfermos y marginados

# SALUDO

Es para mí un deber daros la bienvenida y saludar, al comienzo de este Seminario sobre

## *LOS DERECHOS DEL ENFERMO,*

a cuantos en el mismo vais a ser protagonistas. A todos un caluroso saludo.

Este Seminario surge desde la reflexión y preocupación de personas concretas, de muchos de vosotros, de todos, porque como profesionales a todos nos preocupa la salud y la asistencia. Es un paso más en esta andadura por la vida sanitaria y sigue a otros muchos encuentros que, desde diversos talentos y preocupaciones, inciden en lo mismo: el hombre enfermo.

Al daros la bienvenida quiero centrar ya desde el principio la finalidad y el eje central de nuestra presencia aquí: nos convoca el hombre desde la realidad y experiencia condicionada y contingente de su enfermedad y nos lanza un reto, un test, para probar nuestra capacidad, no sólo técnica, sino también humana.

Es, desde esta perspectiva, desde donde hemos de mirar los derechos que el enfermo tiene y los deberes correlativos para los profesionales. Es necesario equilibrar la técnica con la capacidad de escuchar; no subir una y bajar la otra, sino subir ambas. Porque si importante es lo técnico y científico, no debe olvidar tampoco el buen profesional que el proceso curativo exige un intenso y repetido diálogo; este es un medio al que también tienen derecho los enfermos.

«Las manos del cirujano —ha dicho Laín Entralgo— no sólo precisan poseer una técnica perfecta. También necesitan ser manos amorosas».

A lo largo de los días, podremos confrontar el ideal y la realidad, y nos daremos cuenta una vez más de la distancia que los separa; es por eso por lo que hemos venido, intentando caminar desde lo que es, hacia lo que debe ser.

Una vez más: a todos os damos la bienvenida a este Seminario. Y los que sois de fuera de Cataluña que tengáis también una grata y saludable estancia entre nosotros.

JOSE L. REDRADO  
Responsable general de Pastoral Sanitaria de Cataluña



## ACTO INAUGURAL

---

Un sentido mágico ha impregnado siempre la relación del enfermo con el entorno que lo cuida y de una manera especial con aquellos que, basados en sus reales o aparentes mayores conocimientos sobre el ser humano y sus condiciones patológicas, se hacen cargo del señalamiento y conducción de los procederes de tratamiento de la enfermedad y del enfermo.

El paciente, embargado de sentimiento de angustia ante el dolor, de miedo ante la posibilidad de muerte y de temor ante la disminución de sus capacidades, propende en una buena parte a una confianza ciega.

Los allegados al paciente con parecidas inquietudes, pero más lejanas y no propias, se impregnan sobre todo de un temor al error, de una desconfianza en las posibilidades y con ello de una actitud mucho más inquisitiva.

Los profesionales de la medicina, poseedores de unos conocimientos que ellos saben limitados, incompletos y con una responsabilidad que intuyen superior a sus capacidades de actuación, tienden a esconderse en el castillo de la ciencia, cuyos vericuetos son totalmente ignorados por el resto.

Los enfermeros o cuidadores, en su doble vertiente de profesionales con conocimientos parciales y de allegados por su continuidad junto al paciente, sufren directamente las exigencias de éste y las exigencias del médico y tienden a situarse en una actitud defensiva ante unos y otros.

Los sacerdotes, conscientes plenos del desfase total de los exorcismos de la época en que éstos constitúan prácticamente los únicos recursos terapéuticos y que

aún perviven en una gran masa de población, se encuentran muchas veces atentos solamente a ser instrumento de sacramentos y a un intento de consuelo en los pacientes ya creyentes. Pero atónitos ante los fuegos de artificio de las ciencias biológicas, permanecen hieráticos e inactivos ante la gran ocasión de pastoral que les proporciona el individuo enfermo.

Los trabajadores sociales tienen ocasión de descubrir en los entornos de los pacientes unas problemáticas familiares y sociales ante las que se encuentran inermes por falta de recursos, de capacidades y por ser ignorados en aquellos momentos por el resto de protagonistas.

Los economistas ven en las situaciones de enfermedad una elevación, que siempre consideran astronómica y desproporcionada, de los dispendios y propenden más a una limitación del gasto que a una búsqueda fructífera de recursos y una ordenación proporcionada del costo.

Los políticos encuentran en la enfermedad y en los sentimientos que ella conlleva en la población, el campo abonado para los mayores delirios demagógicos. Ofrecimientos sin límite de algo que, está por completo fuera de su alcance, les lleva, en sentido pendular, a trabas sin límite para una ordenación de la actividad sanitaria.

Hemos pasado revista a una serie de actores en la lucha contra la enfermedad y en la ordenación del cuidado de los pacientes: enfermo, familiares, médicos, enfermeros, sacerdotes, sociólogos, economistas y polí-

ticos y aún podríamos añadir a unos profesionales que, de momento, propenden a quedar en su torre de marfil como observadores de esta red alrededor de los enfermos: son los juristas que, cada vez más, han de procurar adentrarse en las cuestiones sanitarias pues la complejización lleva inherentes conflictos y éstos requieren ecuanimidad con conocimiento.

Todo esto creemos que justifica plenamente que dediquemos todo un seminario, que yo desearía fuera coloquio, a subrayar el papel preponderante, la preeminencia y la trascendencia que, meta y fin de toda la actuación sanitaria, tiene el paciente, el enfermo. Y por tanto, sobre los derechos que el ser meta y fin de toda la actuación le proporciona.

Y en este sentido los derechos del enfermo no pueden subrayarse sólo porque el progreso de las ciencias médicas tienda a minimizar y despersonalizar al enfermo convirtiéndolo, no en meta o fin, sino en objeto de la técnica; sino también conviene resaltar el papel que la complejización social con aparición de tan diversos roles en la sociedad moderna, juegan en la minimización que sufre la persona humana especialmente cuando no se le ve una acción directa en la producción.

Y a mi modo de ver es esta complejización de roles a que obliga la sociedad moderna y el progreso realmente impresionante en el conocimiento biológico del hombre, el que ha conducido al riesgo mayor: la despersonalización en el trato del paciente y sus cuidadores, a la pérdida de esa estructurada trilogía: paciente-médico-enfermera que debe volver a constituir el núcleo indisoluble del equipo de acción contra la enfermedad. Equipo de acción que en su esencia lleva por tanto el carácter de protagonista y convierte al enfermo en un actor más de esta lucha contra la enfermedad y no en un mero objeto. Esto es, la meta o fin de la asistencia sanitaria no es el enfermo sino el vencimiento de la enfermedad, que debe conseguirse mediante la acción conjunta y coordinada de este equipo sanitario cuyo núcleo fundamental lo constituye el enfermo, la enfermera y el médico.

Elemento positivo y activo en esta lucha, el enfermo adquiere, pues, un derecho fundamental e inalienable: la participación en la misma y para ello la necesidad de información plena y de libertad fundamentada en las decisiones.

Y dentro de este equipo de acción contra la enfermedad el paciente, jugando su propio papel, tiene el derecho a que la preparación técnica y humana de los restantes miembros del equipo sea lo más perfecta y actualizada posible.

Ello requiere a su vez programación, medios e incentivos. Y aquí precisamente radica el quid de la cuestión para políticos, economistas, sociólogos y sanitarios en una labor conjunta en la que, logrando un entendimiento mutuo, hallen las sendas y faciliten el camino. Y el sacerdote, con labor positiva y orientadora, debe hallar en todo momento el sentido trascendente que debe impregnar una lucha contra la enfermedad y el sufrimiento que bordea ineludiblemente la manipulación de la persona humana y de la vida misma del hombre.

Y así es como yo veo en líneas generales la problemática de los derechos del enfermo. Pero dejemos ya que nos desarrollen sus conceptos las personas más calificadas que van a intervenir en este seminario. A ellos quiero agradecerles de antemano su participación que, estoy seguro, hará verdaderamente atrayente el cambio de impresiones.

También quiero agradecer de una manera muy especial la presencia de los asistentes a este seminario quienes, con su interés, son el verdadero estímulo para su desarrollo.

En nombre propio y del hospital San Juan de Dios de Barcelona deseo mostrar el agradecimiento a aquellas entidades que han participado y colaborado en su organización como la Unión de Hospitales de Cataluña y Baleares, la Asociación para el Desarrollo Hospitalario, nuestra Escuela Universitaria de Enfermería, la FERS Regional y de una manera especial al INEF que nos da cobijo.

No deseo tampoco silenciar en mi agradecimiento a los organizadores efectivos, Delegados de las diócesis catalanas quienes, bajo la batuta del padre Redrado, han sabido orquestar el conjunto.

No quiero olvidarme de nuestros amigos de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat quienes con su aprobación e incluso su participación personal, nos sirven de aliento en nuestro caminar.

A todos, pues, muchas gracias y dejemos que comience, al fin, el symposium.

J. PLAZA MONTERO

Director del hospital San Juan de Dios, Barcelona

# DERECHO A LA SALUD

---

*¿De qué sirve afirmar y propagar «el hombre tiene derecho a la salud» si después los mecanismos concretos y prácticos no garantizan este derecho? Partiendo de este interrogante centramos el tema del primer día.*

*Pero no sólo eso, sino que desde ahí intentábamos realizar una búsqueda positiva a través de las diferentes ponencias.*

*«El derecho a la salud en los programas de actuación sanitaria», tema básico desarrollado por Elvira Guilera, nos interroga sobre varias cuestiones:*

*¿Qué es la salud para una comunidad? ¿Qué salud se intenta alcanzar?*

*¿Qué papel juegan la Administración, los usuarios y los médicos?*

*El Dr. Miguel Angel Asenjo ve el tema desde el mecanismo hospitalario; estamos en la segunda conferencia. Hay derechos, pero también deberes.*

*El profesional debe estar preocupado por la promoción, prevención y rehabilitación; debe educar la salud. El personal sanitario debe ser competente, preocupado por las causas sociales, preocupado por una asistencia individualizada.*

*Todo ello garantizará una buena parte de los derechos de los propios enfermos, al menos los fundamentales:*

*Respeto a su intimidad, a la información, a no ser objeto de experiencias..., y así una gran lista, un buen test para saber cómo van los derechos del enfermo hospitalizado y cómo van los deberes de los profesionales.*

*Promoción de la salud en lugar de luchar contra la enfermedad, este es un buen slogan que sintetiza suficientemente la tercera conferencia, dictada por el Dr. Elías Vallina. Y, desde este slogan, todo un mecanismo de educación sanitaria que dé hábitos y comportamientos, que adiestren a la población para vivir en salud. Promoción y prevención, antes que restauración; por eso las campañas de vacunación, chequeos, de mejoramiento del ambiente, alimentos, deporte, ocio...*

*Derecho a la salud, así, como título, viene a reafirmarse dentro de este Seminario con una cuarta ponencia titulada «Los profesionales sanitarios al servicio de la salud». Su autor, Fidel Delgado, le daría después un subtítulo «Del deterioro a la realización personal».*

*Toda una realidad, un ideal que alcanzar y un camino. El autor hace hincapié en que se cura según se es y que el profesional de la salud debe vivir él en salud. Pero, ¿cómo hacer esto posible cuando el profesional vive una realidad de hipertrofia técnica, inhibición y desencanto?*

*La respuesta es apuntar al ideal: atención integral, disfrutar del propio trabajo, autoestima, comunicación, pero todo ello a través de un largo camino donde conviene reforzar la toma de conciencia, la solidaridad, la evaluación de los logros y un largo etcétera.*

# El derecho a la salud en los programas de actuación sanitaria

El derecho a la salud es uno de los principios que se reconocen en la Declaración de los Derechos Humanos propuesta por la Organización de las Naciones Unidas y suscrita por un buen número de naciones, en 1946, España entre ellas.

Este principio es ampliamente recogido en los programas de actuación sanitaria de los partidos políticos españoles. Sin embargo, no es difícil advertir que el reconocimiento del derecho a la salud es por parte de los gobiernos y de los partidos una cuestión inexcusable y, por tanto, menos un problema de definición que un problema de actuación posterior.

Es casi infinita la posibilidad de utilización de medios y sistemas para prevenir la pérdida de la salud o, en su caso, reinstaurarla. La limitación en su utilización proviene de la forzosa limitación de los recursos económicos. Por esta razón, es variable la respuesta de los sistemas al principio de preservación del derecho a la salud porque, en definitiva, se trata de establecer unas prioridades a partir de criterios sociales, políticos y económicos, con una mayor o menor influencia de criterios técnicos.

Planteadas así la cuestión, el primer punto a definir sería el concepto de salud que cada comunidad adopta.

La definición de salud ha sufrido una evolución profunda en los últimos tiempos arrastrando con ella a todos los sistemas y dispositivos que, orientados a dar respuesta frente a un determinado concepto de salud, han quedado obsoletos o, como mínimo (en el caso de los hospitales) transformados en su papel dentro del conjunto.

El criterio de que la salud es algo más que la ausencia de enfermedad y la incorporación de valores de equilibrio psíquico y social como elementos que inciden en el estado de salud del individuo, justifican la utilización de criterios no estrictamente técnicos en la definición de las prioridades que cada sistema establece.

No son criterios técnicos los que pueden hacer que la Administración dé una solución u otra a la posibilidad de libre elección del médico y del área asistencial, concepto que puede considerarse en cierta contraposición con la posibilidad de que sea la Administración quien garantice una calidad objetiva para las prestaciones que se dispensan a los usuarios. Tampoco son los criterios técnicos los que definen si el programa de actuación sanitaria se orienta más hacia el desarrollo de los aspectos preventivos frente a una opción de orientación fundamentalmente asistencial, etc.

Los programas de actuación sanitarios tienen pues su origen en las respuestas que se hayan dado a la definición del concepto de salud y a los criterios de establecimiento de prioridades.

En este proceso, muy posiblemente, el papel de los técnicos se limite al aporte de datos y experiencias de trabajos desarrollados en otros países o en otras áreas y, a la vez, al análisis de la situación en que determinado

país se encuentre y las posibilidades de utilización de sus recursos existentes, puestos al servicio de la orientación que se dé al sistema, en base al concepto de salud elegido.

España y Cataluña, que han reconocido explícitamente el derecho a la salud de todos sus ciudadanos, se encuentran, en el momento actual, frente a la necesidad de definir el concepto de salud que van a servir, y en qué forma va a hacerse posible el acceso a este concepto.

En la situación actual del país, con una fuerte inversión sanitaria (según declaraciones del Ministerio, el 5,4 % del Producto Nacional Bruto), obviamente, no se parte de cero. El esquema está más o menos solidificado pero, en cualquier caso, es de difícil reversión. En la evolución del sistema social y político posiblemente no sea planteable la formulación de un modelo distinto como inmediato a las demandas derivadas del principio de igualdad de derechos.

El país no ha hecho un cambio a partir de una revolución sino que lo está haciendo a partir de una evolución y es en este sentido en el que posiblemente pueden hacerse girar también los dispositivos que se encuentran al servicio de la asistencia.

La evolución del sistema plantea la necesidad de definición previa del objetivo al que queremos que tienda.

Este proceso evolutivo parece imprescindible que intente preservar el derecho a la salud de los ciudadanos a partir de un desarrollo más integral de todos sus dispositivos. La necesidad de potenciar la asistencia primaria y, por otra parte, de optimizar los recursos que se emplean. De aquí las distintas y sucesivas ordenaciones que se suceden en materia de planificación sanitaria y que no pretenden otra cosa que, en cierta manera, ordenar los recursos del sector hospitalario, tanto en su utilización como en su propio crecimiento y adecuación. El decreto de ordenación de que se elaboren los mapas sanitarios de todo el territorio español, es un ejemplo de ello.

La forma en que se pueden prestar los servicios es algo más polémico y de definición más compleja.

No parece que sea demasiado reversible el proceso, a pesar de que las previsiones que se derivan de la Constitución y de la Ley de Reforma Sanitaria orientan la posibilidad de un cambio en el sistema de prestación.

El sistema actual parte, de una casi estatificación, con la inexistencia de una ley de incompatibilidades y con una fuerte mezcla entre las prestaciones dadas por el sector público, con finalidad no lucrativa de sus instituciones, y las dadas en instituciones privadas. Este último hecho conduce, obviamente, a un cierto proteccionismo de las entidades cuyo objetivo final de asistencia se dirige a un sector determinado de la población, en base a la cobertura de unos mínimos gastos de estructura hecha por la utilización fija y constante que de sus instalaciones hace la Seguridad Social.

El papel del Estado, en esta situación, posiblemente sea el de preservador, frente a los usuarios, de una garantía de calidad y de cobertura de unos derechos previamente reconocidos. La menor o mayor disponibilidad de recursos económicos obligará a establecer prioridades dentro del sector y los criterios políticos serán los que predominantemente los establecerán.

Posiblemente éste sería el esquema básico de todos los programas de actuación sanitaria, aunque estos tengan respuestas distintas frente a un mismo objetivo general, el de cómo garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos.

ELVIRA GUILERA  
Administrador de hospitales

## Los derechos de los enfermos y la organización hospitalaria

El primero y más importante de todos los derechos de los enfermos es el de ser atendidos por médicos, enfermeras y personal administrativo:

- preparado;
- dedicado;
- amable;

para lo que, entre otras muchas razones individuales, preferentemente, y también estructurales, es necesario para el sistema sanitario:

— Que proporcione todos los servicios y su principal preocupación no sea, exclusivamente, retribuir bien a los médicos.

— Que los médicos ganen lo justo para que sus decisiones no estén mediatizadas por ello.

— Que asegure que su personal está preocupado por la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación del paciente.

— Que se retribuya sólo al personal competente y proteja contra la incompetencia.

— Que se preocupe también por las causas sociales y ambientales y por los aspectos de las enfermedades crónicas.

— Que se preste una asistencia individualizada.

— Que se disponga de consultorios agradables con butacas confortables y no situados en oscuros sótanos.

— Que se cite previamente a los pacientes, ya que es molesto esperar horas enteras.

— Que el paciente tenga la facultad de cambiar de médico cuando lo considere oportuno.

— Que se trabaje en equipo para evitar constantes idas y venidas.

— Que se asegure *cómo, cuándo y dónde* recibir asistencia de urgencias.

— Que se exija, dado que los conocimientos avanzan incesantemente, se realice una medicina crítica que les permita aplicar los mejores procedimientos.

— Que se garantice que se recibe asistencia sólo en hospitales de calidad reconocida.

— Que se asegure una asistencia sin que importe: raza, color, religión, política y economía del paciente.

— Que la norma administrativa no retrase la asistencia.

— Que la previsión cubra los gastos y no se cobre por «raras enfermedades».

— Que el equipo administrativo sea seleccionado por su competencia y sirva a los enfermos y no a grupos egoístas determinados.

— Que existan representantes de los usuarios y de los que proveen los fondos, los que, a su vez, puedan dialogar con el equipo directivo.

— Que exista un tribunal a quien expresar las insatisfacciones por los servicios malos o no recibidos.

— Que los que laboran en el plan tienen la suficiente retribución para conseguir los mejores y no tenga que depender la asistencia recibida por el enfermo de una negociación o convenio muy específico.

Cuando una persona haya ingresado en el hospital, lo que desgraciadamente ocurre en 150 a 200 personas por 1000 habitantes en los países del Mercado Común Europeo, *es imprescindible que dicho hospital haya definido, escrito y entregado a cada paciente los derechos que él mismo tiene por el mero hecho de ingresar en el hospital. A nuestro juicio, estos derechos del paciente, que repetimos deben estar escritos, son los siguientes:*

— Que en el más breve plazo posible, objetivable, le sea formulado diagnóstico de su enfermedad, utilizando para ello los recursos de material y personal de que dispongan los servicios.

— Recibir el oportuno tratamiento mediante técnicas personales, instrumentos terapéuticos, aportación farmacéutica y demás medios de que dispongan los servicios.

— Que se le preste asistencia médica durante su enfermedad, tanto en el período de internamiento como en el de eventual tratamiento ambulatorio.

— Recibir asistencia sanitaria auxiliar permanente durante el período de internamiento.

— Solicitar que se le extienda certificación del diagnóstico, tratamiento, resultado de análisis y exploraciones complementarias que se le hayan practicado durante su permanencia en el hospital, así como de las personas que hayan intervenido en su asistencia.

— Recibir alimentación racional según las normas de la dietética moderna.

El papel del Estado, en esta situación, posiblemente sea el de preservador, frente a los usuarios, de una garantía de calidad y de cobertura de unos derechos previamente reconocidos. La menor o mayor disponibilidad de recursos económicos obligará a establecer prioridades dentro del sector y los criterios políticos serán los que predominantemente los establecerán.

Posiblemente éste sería el esquema básico de todos los programas de actuación sanitaria, aunque estos tengan respuestas distintas frente a un mismo objetivo general, el de cómo garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos.

ELVIRA GUILERA  
Administrador de hospitales

## Los derechos de los enfermos y la organización hospitalaria

El primero y más importante de todos los derechos de los enfermos es el de ser atendidos por médicos, enfermeras y personal administrativo:

- preparado;
- dedicado;
- amable;

para lo que, entre otras muchas razones individuales, preferentemente, y también estructurales, es necesario para el sistema sanitario:

— Que proporcione todos los servicios y su principal preocupación no sea, exclusivamente, retribuir bien a los médicos.

— Que los médicos ganen lo justo para que sus decisiones no estén mediatizadas por ello.

— Que asegure que su personal está preocupado por la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación del paciente.

— Que se retribuya sólo al personal competente y proteja contra la incompetencia.

— Que se preocupe también por las causas sociales y ambientales y por los aspectos de las enfermedades crónicas.

— Que se preste una asistencia individualizada.

— Que se disponga de consultorios agradables con butacas confortables y no situados en oscuros sótanos.

— Que se cite previamente a los pacientes, ya que es molesto esperar horas enteras.

— Que el paciente tenga la facultad de cambiar de médico cuando lo considere oportuno.

— Que se trabaje en equipo para evitar constantes idas y venidas.

— Que se asegure *cómo, cuándo y dónde* recibir asistencia de urgencias.

— Que se exija, dado que los conocimientos avanzan incesantemente, se realice una medicina crítica que les permita aplicar los mejores procedimientos.

— Que se garantice que se recibe asistencia sólo en hospitales de calidad reconocida.

— Que se asegure una asistencia sin que importe: raza, color, religión, política y economía del paciente.

— Que la norma administrativa no retrase la asistencia.

— Que la previsión cubra los gastos y no se cobre por «raras enfermedades».

— Que el equipo administrativo sea seleccionado por su competencia y sirva a los enfermos y no a grupos egoístas determinados.

— Que existan representantes de los usuarios y de los que proveen los fondos, los que, a su vez, puedan dialogar con el equipo directivo.

— Que exista un tribunal a quien expresar las insatisfacciones por los servicios malos o no recibidos.

— Que los que laboran en el plan tienen la suficiente retribución para conseguir los mejores y no tenga que depender la asistencia recibida por el enfermo de una negociación o convenio muy específico.

Cuando una persona haya ingresado en el hospital, lo que desgraciadamente ocurre en 150 a 200 personas por 1000 habitantes en los países del Mercado Común Europeo, *es imprescindible que dicho hospital haya definido, escrito y entregado a cada paciente los derechos que él mismo tiene por el mero hecho de ingresar en el hospital.* A nuestro juicio, estos derechos del paciente, que repetimos deben estar escritos, son los siguientes:

— Que en el más breve plazo posible, objetivable, le sea formulado diagnóstico de su enfermedad, utilizando para ello los recursos de material y personal de que dispongan los servicios.

— Recibir el oportuno tratamiento mediante técnicas personales, instrumentos terapéuticos, aportación farmacéutica y demás medios de que dispongan los servicios.

— Que se le preste asistencia médica durante su enfermedad, tanto en el período de internamiento como en el de eventual tratamiento ambulatorio.

— Recibir asistencia sanitaria auxiliar permanente durante el período de internamiento.

— Solicitar que se le extienda certificación del diagnóstico, tratamiento, resultado de análisis y exploraciones complementarias que se le hayan practicado durante su permanencia en el hospital, así como de las personas que hayan intervenido en su asistencia.

— Recibir alimentación racional según las normas de la dietética moderna.

— Que la documentación de su historia clínica y su expediente administrativo sean completos y llevados al día, siendo confidenciales todas las comunicaciones y anotaciones relativas a su asistencia.

— Que la asistencia se extienda hasta su total curación o, en su caso, hasta el límite de las posibilidades terapéuticas del hospital.

— Que su estancia en el establecimiento se reduzca al mínimo necesario para conseguir la finalidad del apartado anterior.

— Mantener con el medio extrahospitalario, especialmente con el familiar y su médico de cabecera, las máximas relaciones posibles, compatibles con el buen funcionamiento del servicio.

— Recibir la asistencia espiritual adecuada.

— Rechazar hasta el grado permitido por la ley el tratamiento y a ser informado de las consecuencias médicas de su acción.

— Disfrutar de unas condiciones de instalación conducentes a su bienestar.

— Que se mantenga el secreto profesional respecto a su enfermedad.

— Ser advertido de su estado de gravedad en caso de peligro inmediato o muerte.

— A ser advertido si el hospital se propone intervenir o realizar experimentación humana que afecte a su asistencia o tratamiento. El paciente tiene derecho a negarse a participar en tales proyectos de investigación.

— A examinar su factura y recibir explicación de la misma, independientemente del origen del pago.

— A saber qué reglas o normas del hospital son de aplicación a su conducta como paciente.

Legalmente, derechos semejantes a los anunciados que ya los tenían reglamentariamente, entre otros, el Hospital General de Asturias, en 1960, el de Jaén, en 1967, y el Clínico de Barcelona, en 1972, han aparecido en el BOE n.º 209 de 1-X-78 que contiene el Real Decreto 2082/1978 de 25 de agosto por el que se aprueban normas provisionales de gobierno y administración de los servicios hospitalarios y garantías de los usuarios.

Podrían considerarse, además, como especialmente importantes los siguientes derechos:

— A la vida.

— A la información suficiente y adecuada

— A la intimidad.

— A la libertad religiosa.

— A la mejor asistencia posible y que proteja contra el hipertecnicismo.

Todo ello se podrá conseguir con una adecuada organización que permita a los buenos profesionales desarrollar toda su potencia y elimine a los holgazanes, mediocres y egoístas, cuyo principal objetivo es tener o trabajar en el servicio más grande, más dotado, más sofisticado y, consecuentemente, más caro y casi nunca más eficaz, sin ninguna preocupación por el consumo y posible despilfarro de dinero público que ello representa.

La organización adecuada será aquella que se acomode a los medios disponibles y que cumpla las siguientes reglas:

REGLA PRIMERA. *Un Jefe debe tener un número de subordinados directos lo bastante limitado como para que pueda, efectivamente, coordinarlos y controlarlos.* A nive-

les superiores, este número se suele fijar entre 4 y 8, de acuerdo con el teorema de Graicunas

$$R = n \left( \frac{2^n}{2} + n - 1 \right)$$

n = número de subordinados

Puede ser mayor:

— Si el trabajo es fácil, homogéneo, estable.

— Si los subordinados están preparados y son capaces de asumir *delegación de funciones*.

REGLA SEGUNDA. *La agilidad es básica en toda organización.* Hay que reducir todo lo que se pueda los niveles.

No a: Jefe, Subjefe, Casi Jefe, Jefe Adjunto, etc.

Sí a: Jefe — trabajador, trabajador.

REGLA TERCERA. Toda función preponderante para el desarrollo del departamento debe ser objeto de un *Órgano Especializado*.

Puede que la función preponderante sea la enseñanza, en cuyo caso deberemos independizar esta función.

REGLA CUARTA. Un órgano especializado debe tener un jefe que conozca bastante dicha técnica para hablar el mismo idioma con sus subordinados.

REGLA QUINTA. No publicar el organigrama *prematuramente* ya que es irreversible. Deshacerlo es difícil.

Los cinco puntos claves de la organización en los que la misma se debe basar serán:

— División del trabajo.

— Delegación de la responsabilidad.

— Uso adecuado de la autoridad.

— Información.

— Integración de las personas.

La división del trabajo consiste en la agrupación de recursos —humanos y técnicos— para obtener un rendimiento óptimo.

Ello permite:

— Unidad de Jefe.

— Especialización de tareas.

— Dos líneas en el organigrama: mando y consejo.

— Dirección por objetivos o división por: fines, técnicas, tipos de pacientes, lugar de actuación.

*La dirección por objetivos puede sintetizarse*

— Estudio de los hechos: internos del hospital, externos del sistema sanitario y de otros hospitales.

— Determinación de las políticas: fines generales.

— Fijación de objetivos: fines con fecha y cifra.

— Organización de medios: programas y presupuestos.

— Definición de la estructura: organigrama.

— Control de resultados.

— Corrección de desviaciones.

La delegación de autoridad es necesaria pero son indelegables las siguientes tareas:

— El liderato del grupo.

— La coordinación a largo plazo.

— El control del conjunto.

— La disciplina, asumir la responsabilidad de llamar la atención.

— Los cambios de estructura.

— La planificación general del departamento.

El adecuado uso de la autoridad exige recordar que la misma puede ser participativa o coercitiva. En circunstancias normales la adecuada es la primera; excepcionalmente debe ser utilizada la segunda.

Los obstáculos más frecuentes a la información son los siguientes:

— Mala estructura de las redes: muy simples para problemas más complejos, muy complejos para problemas simples.

— Poca velocidad de transmisión provocada por una serie de intermediarios saturados.

— Demasiados niveles, mala preparación para transmitir el mensaje.

— Demasiados compartimientos estancos.

— *Efectos mayoritarios*: Se impone lo que piensa la mayoría.

— Los prejuicios: «no se puede hacer nada con fulano, es un muro contra él que se estrella todo».

— Los rumores: Noticias inciertas que corren de boca en boca y tienen más fuerza que las noticias oficiales.

— Los falsos controles: El Director lo firma todo.

— Informaciones difíciles de codificar o normalizar: Hay que procurar estandarizar, por medio de formularios, el mayor número posible de informaciones, sobre todo las rutinarias. Hay que agrupar geográficamente a los órganos que han de intercambiar más información.

— Vigilar cortacircuitos.

*La integración de las personas se consigue cuando los intereses particulares coinciden con los generales del hospital y esa es la tarea fundamental de cualquier estructura.*

Su integración se produce de dos maneras fundamentales: Espontánea o burocráticamente.

Cuando es *burocrática*, la persona no puede establecer una correlación entre el esfuerzo y el resultado, porque:

— Los sistemas están reglamentados.

— Los problemas surgen al presentarse un imprevisto.

El *espontáneo* es un sistema más operativo, su remuneración depende de los resultados. Los factores de integración son:

Los grupos son tanto más coherentes cuanto más conciencia tienen del objetivo común. Hay que explicarle.

En la medida de que los grupos espontáneos coinciden con el organigrama tanto mayor será la integración.

La integración depende:

— De la formación base.

— Homogeneidad natural.

Las condiciones de eficiencia de los grupos exigen que no se tomen decisiones que afecten a varios servicios en ausencia de uno de ellos, siendo solidario en las dificultades.

En definitiva, el sentido de responsabilidad es lo fundamental y éste no es nada más que la capacidad de aceptar las consecuencias de nuestras propias decisiones.

## REFERENCIAS

ASENJO, M. A.: *Estructura Funcional Hospitalaria y Control de Calidad Asistencial*. Madrid, 1978.

ASENJO, M. A.: *Técnicas de Gestión de Personal*. Madrid, 1976.

Prof. Dr. M. A. ASENJO SEBASTIAN  
Director del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona

# Promoción de la salud

## IMPORTANCIA DE LA EDUCACION SANITARIA

Partiendo de la base que la salud es un derecho de toda persona, que ha dejado de ser cuestión individual para convertirse en tarea colectiva, la sociedad no puede permanecer indiferente ante la enfermedad.

Las funciones propias del hospital son: Asistencia, Docencia, Investigación.

Es en estos últimos tiempos que comienza a hacerse hincapié en la Prevención y Promoción de la Salud.

La población ha de solidarizarse con los problemas que le afectan y en el tema de la salud. La Educación Sanitaria o Educación para la Salud ofrece al individuo la posibilidad de intervenir en la conservación de su salud y ser un sujeto activo, que por su voluntad podrá modificar su comportamiento para hacerlo más sano.

Desde sus inicios, la Medicina presenta dos alternativas en cuanto a salud y enfermedad; mantener la salud previniendo la enfermedad o curando ésta con el arsenal

de medicamentos que en cada momento ha tenido su disposición.

La verdad es que resumiendo la evolución histórica de la medicina desde el conocimiento del cuerpo humano, hasta el descubrimiento de las funciones normales y patológicas, ha predominado la medicina curativa sobre la preventiva. Ciertamente aparecen intentos aislados como en 1713 Ramazzini que estudia las enfermedades más frecuentes en los oficios de entonces o Frank en 1779 considerado el padre de la medicina preventiva o Chadrik que en 1842 en Inglaterra estudió la relación entre las viviendas insalubres y el aumento de las enfermedades.

También Douglas y Blonfield estudian la desigual gravedad para una misma enfermedad en diferentes clases sociales, demostrando igual morbilidad pero no mortalidad, que es mayor en las clases económicamente débiles. Igual ocurre con las enfermedades mentales, como la esquizofrenia, más elevada en las capas sociales bajas.

Sully y Pederman comentan el promedio de vida en

— La disciplina, asumir la responsabilidad de llamar la atención.

— Los cambios de estructura.

— La planificación general del departamento.

El adecuado uso de la autoridad exige recordar que la misma puede ser participativa o coercitiva. En circunstancias normales la adecuada es la primera; excepcionalmente debe ser utilizada la segunda.

Los obstáculos más frecuentes a la información son los siguientes:

— Mala estructura de las redes: muy simples para problemas más complejos, muy complejos para problemas simples.

— Poca velocidad de transmisión provocada por una serie de intermediarios saturados.

— Demasiados niveles, mala preparación para transmitir el mensaje.

— Demasiados compartimientos estancos.

— *Efectos mayoritarios*: Se impone lo que piensa la mayoría.

— Los prejuicios: «no se puede hacer nada con fulano, es un muro contra él que se estrella todo».

— Los rumores: Noticias inciertas que corren de boca en boca y tienen más fuerza que las noticias oficiales.

— Los falsos controles: El Director lo firma todo.

— Informaciones difíciles de codificar o normalizar: Hay que procurar estandarizar, por medio de formularios, el mayor número posible de informaciones, sobre todo las rutinarias. Hay que agrupar geográficamente a los órganos que han de intercambiar más información.

— Vigilar cortacircuitos.

*La integración de las personas se consigue cuando los intereses particulares coinciden con los generales del hospital y esa es la tarea fundamental de cualquier estructura.*

Su integración se produce de dos maneras fundamentales: Espontánea o burocráticamente.

Cuando es *burocrática*, la persona no puede establecer una correlación entre el esfuerzo y el resultado, porque:

— Los sistemas están reglamentados.

— Los problemas surgen al presentarse un imprevisto.

El *espontáneo* es un sistema más operativo, su remuneración depende de los resultados. Los factores de integración son:

Los grupos son tanto más coherentes cuanto más conciencia tienen del objetivo común. Hay que explicarle.

En la medida de que los grupos espontáneos coinciden con el organigrama tanto mayor será la integración.

La integración depende:

— De la formación base.

— Homogeneidad natural.

Las condiciones de eficiencia de los grupos exigen que no se tomen decisiones que afecten a varios servicios en ausencia de uno de ellos, siendo solidario en las dificultades.

En definitiva, el sentido de responsabilidad es lo fundamental y éste no es nada más que la capacidad de aceptar las consecuencias de nuestras propias decisiones.

## REFERENCIAS

ASENJO, M. A.: *Estructura Funcional Hospitalaria y Control de Calidad Asistencial*. Madrid, 1978.

ASENJO, M. A.: *Técnicas de Gestión de Personal*. Madrid, 1976.

Prof. Dr. M. A. ASENJO SEBASTIAN  
Director del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona

# Promoción de la salud

## IMPORTANCIA DE LA EDUCACION SANITARIA

Partiendo de la base que la salud es un derecho de toda persona, que ha dejado de ser cuestión individual para convertirse en tarea colectiva, la sociedad no puede permanecer indiferente ante la enfermedad.

Las funciones propias del hospital son: Asistencia, Docencia, Investigación.

Es en estos últimos tiempos que comienza a hacerse hincapié en la Prevención y Promoción de la Salud.

La población ha de solidarizarse con los problemas que le afectan y en el tema de la salud. La Educación Sanitaria o Educación para la Salud ofrece al individuo la posibilidad de intervenir en la conservación de su salud y ser un sujeto activo, que por su voluntad podrá modificar su comportamiento para hacerlo más sano.

Desde sus inicios, la Medicina presenta dos alternativas en cuanto a salud y enfermedad; mantener la salud previniendo la enfermedad o curando ésta con el arsenal

de medicamentos que en cada momento ha tenido su disposición.

La verdad es que resumiendo la evolución histórica de la medicina desde el conocimiento del cuerpo humano, hasta el descubrimiento de las funciones normales y patológicas, ha predominado la medicina curativa sobre la preventiva. Cierto que aparecen intentos aislados como en 1713 Ramazzini que estudia las enfermedades más frecuentes en los oficios de entonces o Frank en 1779 considerado el padre de la medicina preventiva o Chadrik que en 1842 en Inglaterra estudió la relación entre las viviendas insalubres y el aumento de las enfermedades.

También Douglas y Blonfield estudian la desigual gravedad para una misma enfermedad en diferentes clases sociales, demostrando igual morbilidad pero no mortalidad, que es mayor en las clases económicamente débiles. Igual ocurre con las enfermedades mentales, como la esquizofrenia, más elevada en las capas sociales bajas.

Sully y Pederman comentan el promedio de vida en

Francia: 72-74 años en profesiones liberales, 63-65 años en obreros, 58-61 años en mineros.

A partir de 1935, con la aparición de las sulfamidas y recientemente los antibióticos, proporcionan al médico un arsenal terapéutico que abre inmensas posibilidades en el tratamiento de las enfermedades con éxito creciente; sin embargo, no se prestaba suficiente atención a la relación del hombre con el medio.

Cuando aparecen los conceptos de microorganismo (Pasteur y Koch) se inicia el conocimiento de prevención de la enfermedad, y la aparición de las vacunas marcaron definitivamente el camino de la *medicina preventiva*, hasta llegar al concepto actual en que la nutrición, tipo de vida, grupo social condicionan tanto como la herencia genética o la raza, la aparición de determinadas enfermedades.

Hoy las enfermedades más frecuentes son los accidentes de tráfico y laborales, las neurosis, que son un reflejo de la vida actual y del medio en que vivimos, en lugar de las enfermedades infecciosas que antes azotaban la humanidad.

Hemos de promocionar la salud evitando las causas que producen enfermedad, menos stress, menos polución, alimentación más racional, ejercicio proporcionado, etc., y así se habla hoy si no es preferible, y quizás más rentable, que en vez de aumentar las unidades coronarias, se eviten o corrijan las causas que las producen, empeño realmente difícil pero que debemos plantear.

Estamos en un momento de auge de la medicina preventiva de nuevos conceptos de salud y creemos que la población debe de tener ideas claras de los beneficios que le reportará hacer de la salud un valor fundamental.

Hoy todavía la Educación Sanitaria no ocupa el lugar que le corresponde como lo demuestra la desproporción que existe en los presupuestos nacionales entre los recursos destinados a la asistencia y los que se destinan a la promoción y protección de la salud.

Nos sirve como ejemplo ver el presupuesto nacional de Sanidad en EE.UU. En 1975, 118.000 millones de dólares (9,5 billones de pesetas) y en 1976, 130.000 millones de dólares (11,2 billones de pesetas); de estas cifras astronómicas sólo del 2 al 2,5 % se dedicó a Medicina Preventiva, y el 0,5 % a Educación Sanitaria.

Esto es paradójico si tenemos en cuenta que las cifras de morbilidad y mortalidad mundiales son en cuanto a frecuencia: accidentes, cardiopatías, cáncer, enfermedades cerebro-vasculares, cirrosis, etc., la mayoría de ellas ligadas a factores conductuales y del comportamiento, en los que la asistencia médica es poco efectiva y sí lo serían campañas de Educación Sanitaria por ejemplo en alimentación y nutrición para la prevención de enfermedades cardiovasculares inculcando a la población hábitos alimentarios en los que se reduzca la ingestión diaria de colesterol y grasas saturadas animales.

### EDUCACION SANITARIA

La práctica diaria en el hospital San Juan de Dios, sobre todo en el servicio de urgencias, nos demuestra lo importante que es la Educación Sanitaria cuando vemos ingresos por deshidratación causados por errores dietéticos en el lactante, que no serían necesarios con una Educación Sanitaria de esa madre, o la falta de vacunación de un niño que le provocó una poliomielitis, o los abusos de medicación, y tantos otros.

Por eso nuestro hospital inició hace tres años un plan de Educación Sanitaria a su área de influencia, dirigida a escolares y a la comunidad que va progresivamente extendiéndose cada año conforme recibimos nuevas peticiones. También la efectuamos en el hospital al personal que acude a nuestro centro y al propio personal hospitalario.

Con la Educación Sanitaria a la población no sólo hemos de informar, sino formar, y si a veces las campañas no alcanzan sus objetivos es porque les falta el respaldo de las autoridades; de nada servirá una campaña contra el tabaco o el alcohol si por televisión miles de veces al año se ensalza en anuncios la virilidad, la belleza, el éxito en las fiestas de sociedad, usando estas o aquellas marcas de tabaco o bebidas, que atraen al joven y a todos, a estos factores negativos de salud.

Y si creemos necesaria la Educación Sanitaria a escolares y población no podemos olvidar hacerla al enfermo que es el protagonista de esta reunión y podemos asegurar que, si está suficientemente informado, colaborará mejor en el restablecimiento de su salud y lo que es más importante en la conservación de ella.

Es evidente la influencia de los factores educativos y sociales en la protección de la salud, pero consideramos más peligrosa la ignorancia que la pobreza, con todo y ser ésta un factor importante.

La Educación Sanitaria a la población es una necesidad imperiosa, debe volver a mejorar la relación y confianza médico-enfermo, hoy tan deteriorada por la pérdida de contacto personal base del acto médico.

### EDUCACION SANITARIA A PERSONAS ENFERMAS

Debe conducir al enfermo y a su familia a una mejor comprensión de las medidas preventivas que le son aconsejadas y a una buena cooperación con el médico, «el enfermo informado e instruido es un enfermo satisfecho. La Educación Sanitaria es uno de los métodos de la medicina curativa y preventiva» (OMS).

El enfermo es muy receptivo a la Educación Sanitaria porque nunca se valora tanto la salud como cuando se pierde; están motivados para recuperarla; esta circunstancia favorece al médico para impartir al paciente los conceptos de promoción y protección de la salud relacionados con su enfermedad.

La participación activa del enfermo se hace imprescindible en la mayoría de los tratamientos de enfermedades crónicas donde la información y educación sobre su enfermedad favorecerá que adopte hábitos positivos de conducta; es lo que llamamos *paciente activo* que con su esfuerzo colaborará en la recuperación de su salud tanto como con los tratamientos.

Debe comenzarse esta Educación Sanitaria en el hospital mediante programas en los que se expliquen los factores conductuales condicionantes de su enfermedad, mediante charlas y disensiones en grupo, audiovisuales, películas, etcétera.

En España todavía este método no se ha desarrollado o se hace tímidamente, pero en EE.UU. la Educación Sanitaria de enfermos tiene un auge extraordinario, habiéndose demostrado que es una acción rentable tanto en términos de salud como en reducción del gasto sanitario,

que tan exorbitantes cifras están alcanzando en los presupuestos nacionales.

Está comprobado que las recaídas en los pacientes que han recibido Educación Sanitaria son menos frecuentes; asimismo, el número de consultas al médico también son menores; en resumen, la Educación Sanitaria a los enfermos mejora su salud y disminuye el costo de la asistencia sanitaria. Se habla que las compañías de seguros reembolsan a los centros que hagan Educación Sanitaria a los enfermos, los gastos que ello represente como hacen con las demás acciones asistenciales.

También conscientes de la importancia de la Educación Sanitaria, son la proliferación que en EE.UU. existe de compañías que aseguran la *salud* en vez de la *enfermedad*, y en los exámenes periódicos que efectúan a sus asociados, hacen Educación Sanitaria sobre los factores de riesgo que han sido detectados en el examen (exceso de peso, hipertensión, consumo de alcohol, tabaco, drogas, exceso de grasas animales o hidratos de carbono. etc.).

Estas organizaciones de mantenimiento de salud (HOM) además de la Educación Sanitaria que efectúan en sus centros, envían al domicilio de sus clientes material educativo.

#### PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACION SANITARIA

Si los programas dirigidos a determinadas personas o grupos resultan eficaces cuando están motivados por su enfermedad, no ocurre lo mismo cuando nos dirigimos a la población y pretendemos modificar conductos arraigados a no ser que paralelamente se proceda a la corrección de factores externos ambientales y de política nacional, que son opuestos a la Educación Sanitaria (viviendas insalubres, deficientes abastecimientos de agua, falta de centros escolares y equipamientos, anuncios de tabaco y alcohol, etc.).

Por ello somos partidarios del establecimiento de programas nacionales de Educación Sanitaria que marquen directrices, coordinación y legislación sobre esta materia en todos sus campos, y prioridades en determinados momentos, evitando la superposición de actividades y que los conceptos de salud sean distintos en los diferentes programas.

#### AGENTES DE EDUCACION SANITARIA

Todas las personas que contribuyan a que los individuos y grupos adopten conductas positivas de salud son educadores sanitarios: maestros, periodistas, personal sanitario, asistentes sociales, psicólogos, médicos, industrias, ingenieros y toda persona que se dedique a educación y desarrollo de la población. En EE.UU. es una profesión y extienden su acción a escuelas, universidades, a la población. En España no es así, pero existe una sección de Educación Sanitaria en el servicio de promoción de la salud que con escasos recursos hace una labor encomiable formando personal y distribuyendo personal.

#### FORMACION DE EDUCADORES SANITARIOS ESPECIALIZADOS

Deben recibir una formación completa en una escuela de Salud Pública ya que ellos planificarán, programarán, organizarán y evaluarán las acciones de educación para la salud. Serán además responsables de la investigación, formación de agentes, dirección y administración de los departamentos de Educación Sanitaria, elaboración de material con el asesoramiento de especialistas en medios de comunicación social. Hochbaum dice: «la Educación Sanitaria sola no soluciona todos los problemas, si sólo incide sobre el individuo y no tiene en cuenta el medio ambiente».

A modo de resumen diremos que, colaborar en la educación sanitaria, es trabajar en un área muy olvidada que reclama ser atendida y que todo profesional de la salud puede colaborar de dos formas:

a) Tomando conciencia de que siempre es educador sanitario. Los demás, sobre todo los enfermos, observarán sus hábitos y actitudes en relación a la salud.

b) Prepararse para colaborar de forma activa en la educación sanitaria si se tienen aptitudes para transmitir los conocimientos en materia de salud a la población.

Animamos a todos los profesionales de la salud a que se interesen por esta disciplina y den la respuesta que la población necesita.

Dr. ELIAS VALLINA

Pediatra del hospital San Juan de Dios. Barcelona

## Los profesionales sanitarios al servicio de la salud

#### DEL DETERIORO A LA REALIZACION PERSONAL

Del deterioro que afecta hoy al *mundo sanitario* se puede hablar sin demasiadas precauciones. Es un tópico, un lugar común de conversación, de páginas en la prensa, de anecdótica para los coleccionistas de historias negras y deprimentes.

Se puede hablar siempre que no personalicemos dema-

siado ni hagamos alusiones a gremios profesionales: los médicos, las enfermeras. En cuanto se pretende hacer responsable a alguien de algo... surgen instantáneas defensas y justificaciones que remiten a otros como culpables y bloquean la conversación.

Yo pretendo precisamente personalizar, aludir y señalar algunos aspectos personales del complejo deterioro que afecta a todos los que estamos inmersos en el mundo de la salud.

que tan exorbitantes cifras están alcanzando en los presupuestos nacionales.

Está comprobado que las recaídas en los pacientes que han recibido Educación Sanitaria son menos frecuentes; asimismo, el número de consultas al médico también son menores; en resumen, la Educación Sanitaria a los enfermos mejora su salud y disminuye el costo de la asistencia sanitaria. Se habla que las compañías de seguros reembolsan a los centros que hagan Educación Sanitaria a los enfermos, los gastos que ello represente como hacen con las demás acciones asistenciales.

También conscientes de la importancia de la Educación Sanitaria, son la proliferación que en EE.UU. existe de compañías que aseguran la *salud* en vez de la *enfermedad*, y en los exámenes periódicos que efectúan a sus asociados, hacen Educación Sanitaria sobre los factores de riesgo que han sido detectados en el examen (exceso de peso, hipertensión, consumo de alcohol, tabaco, drogas, exceso de grasas animales o hidratos de carbono. etc.).

Estas organizaciones de mantenimiento de salud (HOM) además de la Educación Sanitaria que efectúan en sus centros, envían al domicilio de sus clientes material educativo.

#### PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACION SANITARIA

Si los programas dirigidos a determinadas personas o grupos resultan eficaces cuando están motivados por su enfermedad, no ocurre lo mismo cuando nos dirigimos a la población y pretendemos modificar conductos arraigados a no ser que paralelamente se proceda a la corrección de factores externos ambientales y de política nacional, que son opuestos a la Educación Sanitaria (viviendas insalubres, deficientes abastecimientos de agua, falta de centros escolares y equipamientos, anuncios de tabaco y alcohol, etc.).

Por ello somos partidarios del establecimiento de programas nacionales de Educación Sanitaria que marquen directrices, coordinación y legislación sobre esta materia en todos sus campos, y prioridades en determinados momentos, evitando la superposición de actividades y que los conceptos de salud sean distintos en los diferentes programas.

#### AGENTES DE EDUCACION SANITARIA

Todas las personas que contribuyan a que los individuos y grupos adopten conductas positivas de salud son educadores sanitarios: maestros, periodistas, personal sanitario, asistentes sociales, psicólogos, médicos, industrias, ingenieros y toda persona que se dedique a educación y desarrollo de la población. En EE.UU. es una profesión y extienden su acción a escuelas, universidades, a la población. En España no es así, pero existe una sección de Educación Sanitaria en el servicio de promoción de la salud que con escasos recursos hace una labor encomiable formando personal y distribuyendo personal.

#### FORMACION DE EDUCADORES SANITARIOS ESPECIALIZADOS

Deben recibir una formación completa en una escuela de Salud Pública ya que ellos planificarán, programarán, organizarán y evaluarán las acciones de educación para la salud. Serán además responsables de la investigación, formación de agentes, dirección y administración de los departamentos de Educación Sanitaria, elaboración de material con el asesoramiento de especialistas en medios de comunicación social. Hochbaum dice: «la Educación Sanitaria sola no soluciona todos los problemas, si sólo incide sobre el individuo y no tiene en cuenta el medio ambiente».

A modo de resumen diremos que, colaborar en la educación sanitaria, es trabajar en un área muy olvidada que reclama ser atendida y que todo profesional de la salud puede colaborar de dos formas:

a) Tomando conciencia de que siempre es educador sanitario. Los demás, sobre todo los enfermos, observarán sus hábitos y actitudes en relación a la salud.

b) Prepararse para colaborar de forma activa en la educación sanitaria si se tienen aptitudes para transmitir los conocimientos en materia de salud a la población.

Animamos a todos los profesionales de la salud a que se interesen por esta disciplina y den la respuesta que la población necesita.

Dr. ELIAS VALLINA

Pediatra del hospital San Juan de Dios. Barcelona

## Los profesionales sanitarios al servicio de la salud

#### DEL DETERIORO A LA REALIZACION PERSONAL

Del deterioro que afecta hoy al *mundo sanitario* se puede hablar sin demasiadas precauciones. Es un tópico, un lugar común de conversación, de páginas en la prensa, de anecdótica para los coleccionistas de historias negras y deprimentes.

Se puede hablar siempre que no personalicemos dema-

siado ni hagamos alusiones a gremios profesionales: los médicos, las enfermeras. En cuanto se pretende hacer responsable a alguien de algo... surgen instantáneas defensas y justificaciones que remiten a otros como culpables y bloquean la conversación.

Yo pretendo precisamente personalizar, aludir y señalar algunos aspectos personales del complejo deterioro que afecta a todos los que estamos inmersos en el mundo de la salud.

El acto sanador, como encuentro de personas que son cuidadores de la salud o reciben tales cuidados, está cada día más deteriorado. Y, en ese deterioro, tenemos responsabilidad directa cada uno. Todos somos perdedores.

El que más sufre, sin duda, es el que busca ayuda y es en la relación la parte más débil y dependiente. Pero también el profesional de la salud se deteriora al prestar un mal servicio. Tanto que la salud mental y general del trabajador sanitario empieza a ser peligrosamente baja, y se quiebra en muchos casos. Más aún que otros gremios, el profesional de la salud da síntomas en su persona de un deterioro progresivo que tiene inmediatas y graves consecuencias en la salud de quienes reciben tales *descuidos*.

### UN SERVICIO DEFICIENTE NOS DETERIORA

La descripción de nuestro deteriorado y deteriorante servicio al paciente y su familia apenas hay que hacerlo y se encuentra ya incluso en la calle, donde centros sanitarios antes sagrados son hoy denominados *aquejarres* y con variados fines se orquestan campañas desacreditadoras de los antiguos mitos y santuarios de la salud.

La triste foto-robot de muchas personas que rebosan hospitales y ambulatorios es de un inseguro y atemorizado paciente que con sus familiares ha de encajar agresiva o resignadamente lo que le echen. Será sometido y aceptará pasivamente toda clase de manipulaciones sobre las que no recibe información. Estará convencido de que tras pasar por muchas manos no está en manos de nadie que se haga cargo de él. No se atreverá a reclamar nada, pero si lo intentara tampoco encontraría medios eficaces de conseguir algo. Ayer era manejado para que se creyera seguro estimando a la Seguridad Social, y hoy para que se sienta maltratado y a ser posible vote una cierta privatización...

Sería largo el relato y repetitivo para todo profesional con sentido crítico que ya conoce mil detalles más de este paciente al cuadrado.

Se podría resumir la situación: Todo un montaje teóricamente diseñado para servir a la salud del paciente sirve de hecho a otros muchos intereses con prioridad. Los intereses de una política, unos laboratorios, unos profesionales, unas multinacionales, y un *sistema* se sirven de la necesidad de salud de un contribuyente enfermo, que si es paciente y respetuoso con el sistema sanitario, recibirá algún servicio para su salud.

Esta deteriorada prestación de servicios de salud es deteriorante para quien los presta.

El profesional de la salud, cada día da más muestras de patología, tanto en el ejercicio de la profesión como en su propia evolución personal. Algunos rasgos notables serían: *Hipertrofia técnica*. Por haber estudiado una especialidad o simplemente por la distribución del trabajo que atomiza las funciones, también el trabajador de la salud pierde de vista al enfermo y su salud integral, ateniéndose sólo a su parcela-especialidad. Ello empobrece su formación y su autoestima. Cada vez se atreve a menos en el trato con el paciente y tiende a remitir a otro profesional en cuanto lo que se plantea no es estrictamente *suyo*. Predomina el rol, el profesionalismo, sobre la persona. Está confuso e inseguro ante el mundo sanitario complejo y cambiante y sólo maneja tópicos simplificadores

que explican todo demasiado pronto («todo se arreglaría si...» «Aquí lo único que hace falta es...»).

Para asegurarse un poco y no llevarse más chascos, por meterse en políticas y asambleas que manipulan, se inhibe de hacer lo que sea su obligación estricta según su estatuto. De lo demás, no se siente responsable, *pasa*, y se refugia en la rutina (aburrida pero más segura). No se encuentra habilidoso para afrontar asuntos complejos de las relaciones personales con el enfermo y la familia y evita crónicamente las preguntas, intimidad y confidencias de los pacientes con una cierta distancia defensiva e incluso desabrida.

Como a veces se siente culpable de haber renunciado a su vocación, ideales de servicio, sacrificio, solidaridad, etcétera, tiene siempre a mano rápidas autojustificaciones. A veces, el mal servicio de otros profesionales y estamentos le sirven de pretexto. Otras afirma que hay que empezar por otros (la reforma sanitaria, el cambio de mandos). Otras pone condiciones tan irreales para cambiar que así se ahorra el comenzar nunca.

Tras afirmar sus deseos de mejora suele añadir un pero..., que anula el deseo anterior y deja las cosas como están. Todo un síndrome neurótico. Algunos más graves, ya ni se justifican por su mal servicio, hijos de una época hedonista y narcisista, no se sienten en absoluto culpables de su absentismo real o encubierto. Dispuestos a sacar todo el jugo del centro y los pacientes, utilizan a estos para hacer trabajos publicables, tesis, etc., curriculum, o simplemente se llevan a casa medicación, instrumental, guantes, etc., después de una así llamada jornada laboral, que usaron en vender perfumes, acompañar familiares, hacer punto o arreglarse el ojo. Ciertos grados de deterioro personal aparecen brindados a cualquier crítica que ni siquiera se entrevé por donde estimular un cambio. Rozan la psicopatía y ellos ya no padecen haciendo padecer a los demás.

A quienes padecen, como resultado de tal deterioro, un claro desencanto o incluso una cierta depresión; a quienes más días libres o más sueldo no les compensan el sentimiento de insatisfacción y devaluación que padecen; a quienes buscan salida personal a un sistema sanitario y social que condiciona gran parte de la situación anterior, queremos señalarles alguna puerta, estrecha, para intentar la salida.

### ELEMENTOS INDIVIDUALES Y GRUPALES PARA EL CAMBIO

Vamos a subrayar los factores individuales-grupales de cambio. Son los que tenemos a mano, aunque difíciles.

No ignoramos ingenuamente que las estructuras y su cambio son decisivas para facilitar los cambios individuales y más si vale en el mundo de la salud. Pero se trata de empezar ya por lo que está a nuestra mano. Mientras nos ponemos de acuerdo sobre si el *titanic* sanitario zozobra o no, botar los salvavidas individuales y quedar con unos amigos para empezar a remar juntos en un bote, es bastante más sensato que seguir escuchando embobados la orquesta que interpreta *Aquí no pasa nada*. Los anteriores rasgos negativos del profesional al servicio de la salud los consideramos así, negativos por contraste con el perfil positivo que tendría un profesional y una persona sana como cuidadora de la salud. Hay que insistir

en lo decisivo que resulta en todo proceso de cambio tener un modelo, concreto y definido, a la vez que utópico hacia donde encaminar los pasos y esfuerzos de acercamiento. Por otro lado, es obvio que un cuidado integral de la salud exige un cuidador lo más sano en todos sus aspectos personales y profesionales. El aforismo de que *se cura según se es*, vale para casi todos los cuidadores. Incluso los profesionales más técnicos darán a su tecnología el sentido de la proporción y la justicia que las hará técnicas humanas. Tanto más cuanto procedan de una persona-técnica justa.

Por otro lado, la profesión de cuidar la salud, es la de las que más posibilidades humanizadoras y de realización personal contiene para quien la desempeña. En un mundo de trabajos despersonalizados y alienantes, trabajar con otros que sufren es tener la oportunidad diaria de encontrarme con otras personas. La vida en sus formas más básicas, la muerte y el nacer, el reír y el llorar, la esperanza y la desilusión, mil realidades nada sofisticadas y profundamente humanas, reclaman cada día (incluso demasiadas veces para nuestra resistencia) el que nos hagamos presentes. Y reclaman de nosotros, si lo tenemos disponible, no sólo nuestra capacidad de pinchar, servir una comida o descifrar un electro. Nos dan la oportunidad de ser creativos en una situación nueva (todas son nuevas), sensibles en captar un gesto de quien no habla, esperanzados, capaces de infundir ánimo. Son inapreciables la sabiduría, el realismo y la madurez que se adquieren al escuchar y comprender las maneras tan distintas de vivir la vida que tienen los pacientes. Es imposible aburrirse, arrutinarse, si se trabaja con pacientes suficientes cada día (a no ser que el acorchamiento de la sensibilidad cubra toda la piel).

La fortaleza que supone recomenzar cada día la lucha por la vida, sin ceder a las frustraciones. La solidaridad y corresponsabilidad ejercida con otros profesionales, y encontrada en el paciente y su familia incrementan, más allá del cansancio diario, la esperanza y confianza en la humanidad. Para muchos este ejercicio profesional diario lo es también su vida de fe y de sus aspiraciones humanas más saludables; poder integrar en el trabajo diario la realización como persona, trabajador y creyente es asequible al profesional de la salud. Una vez superado el ingenuo materialismo utópico, que busca conseguir felicidad y libertad, sentido y satisfacción únicamente en el consumo, la profesión sanitaria se muestra, trabajada a fondo, como una de las mejores oportunidades que nos quedan de hacer un trabajo humanizador del que lo realiza y del que lo recibe.

¿Desde el deterioro a la utopía, cómo hacer el camino? Siempre la pregunta más difícil de contestar ¿Cómo y por dónde empezar a dar pasos? Y más que describirlo aún es empezar a recorrerlo.

Quiérase o no, en esta situación de deterioro todos encontramos alguna o muchas ventajas que nos invitan a no cambiar. En la situación presente podemos trabajar menos, tenemos menos quebraderos de cabeza, el grupo de trabajo no nos critica por meternos a redentores, o como se ataca irónicamente a quien se esfuerza en su trabajo por encima de lo normal: «que te pasas, Nitinhale».

Todos dilatamos tomar conciencia clara de la situación y empezar el cambio; por eso el primer paso sería la toma de conciencia de un modo doble: Subrayando los

rasgos de la situación actual nocivos y deteriorantes para nuestra propia persona (amén del daño que se hace al paciente) y a la vez ofreciendo el diseño positivo de otro modo de realización profesional y personal.

Se impone, asimismo, ayudar a vencer las resistencias más o menos finas que se interponen al comienzo: Esperar que se arregle todo desde arriba con la Reforma Sanitaria, condicionar mi comienzo a que otros hagan algo, etc.

Salvo milagrosas conversiones, es muy difícil que se dé y sostenga el cambio de un individuo aislado; por ello, el grupo debe sostener desde el principio cualquier cambio. O bien dos o más personas en una misma unidad asistencial inician el cambio, o bien los que pretenden modificar algo se agrupan con frecuencia para sostenerse mutuamente.

Un aspecto esencial es convertir en tareas definidas y asequibles el camino a recorrer hacia la utopía.

Si la utopía implica, contiene rasgos nuevos que contrastan con la situación anterior, es necesario clasificarlos, describirlos, subrayarlos hasta que cada caminante tenga un mapa mental de la meta, del camino y de las etapas.

En germen, en escala, cualquier paso hacia la utopía ya ha de albergar sus cualidades e ingredientes saludables para el profesional y el paciente.

En concreto: Si se busca el trabajo en equipo y corresponsable, también se realizará la toma de conciencia de la situación en grupo, y se diseñarán los pasos a seguir de un modo horizontal y participativo.

Los objetivos y metas establecidas en común serán evaluadas cada cierto tiempo prefijado. Los errores o incumplimientos no se castigarán (sobran ya castigos) sino que se celebrarán los logros, aciertos y progresos de cada miembro, por mínimo que sea. Es decisivo revisar e invertir las estrategias utilizadas para el cambio actualmente. El castigo verbal, económico y social, y el incremento de personal controlador que usa el castigo como instrumento motivador se ha demostrado como inoperante, sólo ha contribuido a incrementar las habilidades del personal para justificarse, evadir los controles o recurrir al chantaje de «tú te callas — yo me callo», en lugar de incrementar el servicio al paciente. Se impone premiar con todo el repertorio disponible de refuerzos los logros en dirección al cambio: Reconocimiento individualizado y social de logros. Constancia en el expediente. Discretas celebraciones y fiestas, etc., deben apoyar desde fuera, desde el grupo el autorrefuerzo que cada persona aprenderá a darse, superando falsas modestias.

Todo ello supone un duro y continuado entrenamiento (antes se llamaba ascesis) que faciliten a cada persona el aprendizaje y desarrollo de habilidades que mejoren su relación consigo mismo y con los otros.

Todavía muy pocos libros de enfermería dedican alguna página, en contraste con las miles de páginas dedicadas a la tecnología, a reconocer las dificultades de relación interpersonal del trabajador sanitario. Así se producen profesionales expertos en el manejo de objetos intermedios y zonas del paciente, pero inhábiles en la relación interpersonal completa. Y, al sentirse inhábil, la evita. En concreto y en nuestra experiencia resultan especialmente útiles la clasificación conceptual del mundo interno, las vivencias del paciente y su familia, así como las del propio profesional de la salud.

Entrenarse para el manejo de la ansiedad propia y del paciente, supone por ejemplo: adiestrarse en técnicas de

relajación, lectura del lenguaje extraverbal, manejo y resolución de situaciones agresivas, tensas, aversivas, deprimidas. Tal adiestramiento se realiza activamente analizando casos, ejercitando juego de papeles (Role — Play). Los logros en tales entrenamientos y habilidades han de ser —insistimos— reforzados por el grupo y autorreforzados. (También el autorrefuerzo exige un largo entrenamiento). La experiencia nos demuestra que un buen número de profesionales tienen sobre sí tal exigencia que apenas encuentran algo positivo de que alegrarse y sí mil fallos de que acusarse. El incremento progresivo de la autoestima es uno de los beneficios inmediatos de tal tratamiento, otra es la salida de la rutina conformista y de la insatisfacción aprendiendo a disfrutar del propio trabajo, más personal y creativo. Prestar una atención integral de la salud del enfermo se convierte así en un desarrollo integral de la persona profesional de la salud. El cambio no es fácil, máxime cuando no se oculta a nadie el giro copérnico que se establece en cuanto a los valores eje de esta utopía. Se busca el desarrollo integral de la persona en sus capacidades de solidaridad y comprensión, manejo de la técnica y de la relación personal, resistente a la frustración y poseedora de esperanza.

Se pretende suprimir el hedonismo reinante y ser capaz de renuncia, sacrificio y donación gratuita.

Tales valores, que con otros facilitan la madurez de la persona, han de ser buscados y mantenidos en beneficio propio o contra el viento y la marea del sistema que arrastra en dirección contraria.

El grupo pequeño se convierte así en el bote de salvamento que acoge a quienes intentan escapar del hundimiento en beneficio propio y ofreciendo a la vez un modelo de cambio a quienes siguen encantados con la situación actual.

El hecho de haber puesto en marcha varios grupos con este rumbo utópico y estar haciendo camino, me ha animado a escribir esta llamada de atención para que quien tenga oídos ¡oiga! El deterioro del servicio a la salud de los demás nos deteriora también a quienes lo prestamos, como profesionales y como personas, hasta el punto de producir el daño más serio: considerar provechoso lo insano y normal lo monstruoso.

Salir de esa situación es necesario y posible. Supone un gran salto de comienzo y un esforzado remar con otros cada día. Pero es remar en favor de la vida, de la realización propia y de otros humanos.

FIDEL DELGADO  
Psicólogo. Madrid

## Derecho a una asistencia integral

Convencidos de que el hombre es una unidad y que, al enfermar, se resiente todo él, vemos como necesaria esta reflexión para iluminar todo el aspecto integral de la persona. La enfermedad resquebraja todo cuanto hay de coherencia, interés y seguridad; pero no sólo afecta al cuerpo, sino a la persona en su totalidad. La asistencia integral estará, por tanto, presente en todo aquello que es débil e inseguro, e intentará reforzar todos los resortes positivos de la persona.

El primer tema que integra el título viene a ilustrar desde la vivencia práctica todos estos componentes de interrogante, oscuridad y debilidad que la persona enferma siente; y también todas sus ansias, todo el esfuerzo que se hace para cambiar los signos negativos en positivos. Mariano Galve nos describe toda esta trayectoria vivida desde él mismo, en su propia carne; es el relato de una experiencia, que como tal, es rica e iluminadora; experiencia que se repite a diario, igual o parecida, pero con signos muy comunes.

Un segundo tema nos lleva de la mano a este interrogante: ¿Qué asistencia integral podemos dar si falta información, o ésta no es adecuada? Por ello, Fidel Delgado desarrolla suficientemente la necesidad de esta información; qué contenido debe tener, quién la ha de dar y

cómo hacerlo. El derecho que el enfermo tiene, pero que también existe un montón de dificultades; unas provienen del enfermo y su familia, otras de los profesionales.

Después, otro derecho que con frecuencia se olvida: «Derecho fundamental a la asistencia religiosa». Se desarrolla en una mesa redonda donde varios profesionales —un teólogo, un médico, una enfermera y dos pastora-listas— nos indican los puntos fuertes de apoyo teórico-práctico de este derecho.

Y para remarcar más este enunciado común que nos preside —derecho a una asistencia integral— se expone el tema «La formación continuada de los profesionales de la salud para una asistencia integral», tema desarrollado por Cecilio Eserverri y Antonio Marset. Se desarrollan los diferentes criterios de responsabilidad, métodos, campos de interés; todo cuanto de teoría puede tener la formación. ¿Cómo llevarla ahora a la práctica? En cada lugar será distinto, cada grupo tendrá unas necesidades e intereses que conviene conocer antes de crear los objetivos y los planes; y aquí la experiencia ofrece un abanico de posibilidades. De lo que sí estamos seguros es de que si no hay formación continuada, en cantidad y calidad suficiente, no puede darse una auténtica asistencia, y menos integral.

# Visión antropológica del hombre enfermo

«Todo hombre se halla constantemente en disposición de enfermar; todo hombre, de un modo u otro, en una u otra edad de su vida, llega a padecer enfermedad. He ahí dos tesis nunca desmentidas por la experiencia»<sup>1</sup>. Y es a ella, a la experiencia, a quien vamos a encomendar el hilo conductor de cuanto diré, pues la antropología, la buena antropología, siempre se ha nutrido de la experiencia humana.

Conviene, antes de nada, deshacer un equívoco. Muchos creen que un hombre que ha vivido muchos años, es un hombre de experiencia. No siempre es así. La experiencia es haber vivido y haber reflexionado sobre lo que se ha vivido. Y cuando a esto se le añade la capacidad de comunicarlo a los demás, la experiencia se convierte en mensaje y, en un determinado sentido, en una pedagogía.

Una de las experiencias clave de la vida del hombre es la experiencia de su enfermar. El 21 de octubre del pasado 1980, se me presentó un cuadro agudo de enfermedad. Estaba yo en cama, aquejado, aparentemente, de la enfermedad del tiempo, de un catarro o de una gripe, cuando inesperadamente, a las nueve de la noche tuve una hematemesis (vómito de sangre procedente del estómago). Por la cuantía de la sangre perdida se podría clasificar entre las hematemesis de *mediana intensidad*, con estado sincopal, pulso débil y frecuente, sudor frío, palidez de la piel y de las mucosas y *la grave y fulminante* seguida de colapso y muerte. La sangre vomitada había permanecido bastante tiempo en el estómago bajo la acción de los jugos digestivos pues su color era oscuro, compuesto de microcoágulos que le daban un aspecto de *posos de café*. Doce horas más tarde se presentaron *mele- nas*, o deposiciones negras. Se sabe que la sangre extravasada y depositada en el estómago no es vomitada completamente, sino que una parte de ella sigue la vía intestinal y se evacua con las heces en forma de melena. A esta hora, la primera que me ve un médico, presento palidez extrema, taquicardia, tensión arterial de 8-3 y ausencia de fiebre.

El análisis de sangre es alarmante, con 21 de hematocrito y apenas 2 millones de hematíes; aproximadamente la mitad de un análisis normal, con hematocrito de 45 y alrededor de 5 millones de hematíes. En este momento la máquina compleja de la medicina se pone en marcha; a mi alrededor, lo habitual en estos casos: susurros, idas y venidas, miradas llenas de preocupación y de cariño.

Pero dejemos, por un momento, aquí el proceso de la enfermedad y de la medicina para recoger, en el nivel de la reflexión, lo ocurrido en estas doce horas. En primer lugar ha ocurrido un error de identificación que ha podido ser fatal: el vómito hemático, en forma de *poso de café*, ha sido tomado literalmente como vómito de café; en efecto, durante aquel día había tomado bastante café. La compleja máquina curativa no se había puesto en marcha antes, debido a este error de identificación. ¿Y

los demás síntomas? Posteriormente a una hematemesis importante se establece el síndrome clínico de la *anemia aguda*, con cuadro más grave y completo cuanto mayor y más brusca haya sido la hemorragia. Los síntomas son dramáticos, con un cuadro de sudoración fría, disnea, rápido aumento de las pulsaciones, caída de la presión sanguínea, descenso de la temperatura y, algunas veces, náuseas, vómitos y convulsiones. Recuerdo haber tenido todos esos síntomas, haber mojado el colchón de un sudor frío, no poder levantar la cabeza ni mucho menos ponerme en pie, no poder hacer un ligero esfuerzo, hasta el más simple, como cambiarme el pijama mojado, respirar como si hubiera estado corriendo, etc. La única posición que podía mantener era la completamente horizontal, con ausencia de cualquier tipo de movimiento.

¿Qué ha ocurrido durante estas 12 horas de anemia aguda? Yo creo que todos los centros de interés vital se han reducido a uno solo: el recuperar todas las fuerzas perdidas. Cualquier despilfarro de energía, aunque sea mínimo como la simple energía nerviosa de atender a alguien, es ignorado en favor de esa recuperación. También ha ocurrido, pienso yo, una lenta acomodación del organismo a unas constantes mucho más bajas de las habituales. En definitiva, creo que, por sí mismo, el organismo a una se ha puesto en marcha para su propia curación. En realidad, la compleja máquina de la medicina no añadirá nada más después, si se exceptúa la transfusión de un litro de sangre y tres botellas de suero glucosado.

Esto es lo ocurrido en el nivel físico-corporal durante estas 12 horas. ¿Y en el nivel psicológico y espiritual? En primer lugar ha existido una reducción de conciencia (a no ser durante el sueño, no ha habido pérdida de conciencia). Vamos a detenernos aquí, pues es un punto importante. Reducción de conciencia no quiere decir pérdida de conciencia ni siquiera disminución de conciencia; en realidad es una reducción en la dirección, quiero decir que cualquier átomo de conciencia es obligado a acudir a línea más dura de la batalla; mejor hubiera sido descrito como concentración en un sentido o en un punto. La dirección, la línea o el punto a donde acude masivamente la conciencia es al de la recuperación y readaptación del organismo. Este hecho merece ser analizado:

— En primer lugar existe un acuerdo entre conciencia y organismo. Recordemos que este último había iniciado el proceso de adaptación y recuperación. ¿Qué hubiera ocurrido en el caso de que no hubiera habido armonía? Nada bueno, por supuesto, pues se hubiera establecido un sobreañadido de ansiedad que hubiera sido fatal en estos momentos críticos.

— En segundo lugar, conciencia y organismo trabajan juntos en la dirección de recuperar la salud. Porque hubieran podido estar unidos en la dirección de buscar la muerte. El psicoanálisis ha intentado explicar este punto vital para la existencia humana, con su tradicional doctrina de los instintos de vida e instintos de muerte, y su relación mutua. Según esta doctrina, en un organismo

<sup>1</sup> LAÍN ENTRALGO, PEDRO: *Enfermedad y Pecado*, Barcelona, Toray, 1961, pág. 70.

vivo determinado, ambos instintos conservan unas relaciones específicas. Puede predominar el instinto de vida sobre el instinto de muerte, o al revés; puede suceder también que organismo y conciencia se dirijan en sentido contrario, uno hacia el instinto de vida y otro hacia el instinto de muerte, estableciendo así un conflicto intrapsíquico entre ellos.

En la situación en la que yo me encontraba, con posibilidad de cruzar la línea divisoria fatal, mermadas mis fuerzas de comportamiento y de capacidad habituales, la economía más elemental tenía que echar mano de los automatismos. El automatismo se toma aquí en el sentido físico como en el sentido psicológico y espiritual. Para mí como para ustedes es fácil entender lo que se entiende por automatismos físicos; baste decir que obedecen a la sencilla ley de la homeostasis. Pero, tanto para ustedes como para mí, resulta más difícil tratar de comprender lo que se esconde detrás de la ley de los automatismos psicológicos y espirituales. Cuando una existencia no se puede regir por las coordenadas habituales, decimos que es una existencia amenazada o en peligro; cuando este peligro es brusco e inminente, sin dar tiempo a que el ser vivo que los padece se adapte a su nueva situación, aparece la urgencia. Pues bien, cuando un ser vivo está bajo amenaza grave y urgente son vitales los automatismos. Y lo son tanto, que ellos solos son los que van a decidir que tal ser viva o muera.

Por ser tan importantes les vamos a conceder un poco de atención. Los automatismos son el resultado de una sabiduría acumulada en los órganos físicos, psíquicos y espirituales. Sabiduría establecida a lo largo del tiempo biográfico de un determinado ser vivo. Sobre el fondo constitucional, el ambiente y los acontecimientos biográficos son determinantes para el establecimiento de los automatismos. En este sentido es importante la clasificación de las sociedades. Hay sociedades más vitales que otras; hay sociedades más solidarias que otras; hay sociedades con más capacidad de reacción que otras. Y lo que se dice de las sociedades, se puede decir también del tiempo histórico. Hay etapas históricas más depresivas, individualistas y paralizantes que otras. Todos nosotros somos fruto de nuestra constitución, pero también de nuestro ambiente y de los sucesivos momentos históricos. Lo que intento decir será más claro expresarlo de la siguiente manera: el automatismo que mi organismo, mi psicología y mi espíritu pusieron en marcha en un momento de máximo peligro —el automatismo hacia la adaptación y la vida— pudo ser posible porque constitucionalmente, en mi caso, había un predominio de los instintos de vida sobre los de muerte; porque estos instintos de vida fueron nutridos y alimentados por mi ambiente, que le dieron una expresión y un sentido; porque esos instintos vitales fueron realizándose a lo largo del tiempo a base de valores positivos. En la hora de la verdad, cuando hay que acudir al fondo de uno mismo, echando mano de todas las defensas posibles, se sabe lo que un ser es y de lo que es capaz. Porque podía haber ocurrido de otra manera. Yo he visto casos en que, sin apenas causa suficiente, el organismo se ha inclinado en el lado de la balanza de la muerte. Y es esto lo que, inconscientemente, observo constantemente en los moribundos que yo, como cura, debo de atender: si toda la persona del paciente —materia física, psíquica y espiritual— están trabajando en favor de la vida o se han doblegado fatalmente ya, sin lucha

y sin ninguna esperanza, al omnímodo poder de la muerte.

Todo esto que estoy afirmando sería conveniente fuera recogido para reflexionar serenamente sobre el tipo de existencia que estamos llevando y, sobre todo, en el tipo de existencia que estamos dejando como herencia a los que nos van a suceder. ¿Qué hubiera ocurrido si el saber acumulado en mis átomos corporales y en las múltiples parcelas de mi espíritu hubiera sido un saber suspicaz, disperso y entristecido? ¿Qué hubiera ocurrido si en lugar de la fe, de la confianza y del amor que lo que me ha rodeado como ambiente ha ido acumulando en mí hubiera en cambio acumulado incertidumbre, desánimo y recelo? ¿Cómo y en qué dirección hubieran actuado los automatismos vitales? ¿Cómo energías caóticas?, ¿en direcciones opuestas?, ¿o simplemente me hubiera deslizado suavemente en el sueño definitivo porque nada ni en mi cuerpo, conducta y espíritu hubiera reclamado el derecho a vivir, la posibilidad de vivir y el valor de vivir? ...No lo sé, pero pienso que debe de ser tenida en cuenta esa posibilidad.

Antes de volver a los dominios del arte de la medicina es conveniente rastrear otro tema: el de la *soledad* y el de la *comunicación*. «La enfermedad, según Arthur Guirdham, es, esencialmente, un incremento enérgico de la conciencia de nosotros mismos, inducida por los síntomas que experimentamos. Las sensaciones de dolor, fatiga, náuseas, etc., aumentan la sensación de nuestra propia soledad»<sup>2</sup>. Pero «la enfermedad es, también, un intento por parte del individuo para comunicarse con el mundo, desde su propia postura de soledad y aislamiento, y su manera de comunicarse debe adaptarse, en cierto modo, a la naturaleza de la comunidad con quien desea relacionarse»<sup>3</sup>.

No ofrece dificultad la primera afirmación, aunque es tremendamente difícil dar cuenta cabal de esta experiencia. En estos momentos de peligro grave, hay un estrechamiento de conciencia, como una especie de concentración de cada una de las partículas vitales sobre lo que es absolutamente necesario, y solamente sobre ello. Todo lo demás pasa a la penumbra, o no es captado de ninguna manera. Se tiene, debido a este hecho, una aguda conciencia de uno mismo, junto con un sentimiento de extrema soledad. Lo básico de uno mismo, lo vital en este momento son, de por sí, incomunicables. Si se pudiera traducir a lenguaje sería aproximadamente lo siguiente: «estoy luchando por mi existencia de un modo desesperado. Si en algo me queréis, mantener todo en silencio para que pueda concentrarme». En este punto son sentidas como molestas hasta las atenciones médicas indispensables, que nos distraen de nuestra concentración básica.

Pero la enfermedad es también un intento de comunicarse de un modo específico con el mundo. «Clínicamente las hematemesis aparecen como síntomas de gran aparatosis, en las que influyen no sólo la susceptibilidad emotiva del enfermo, sino también, y a veces en mayor grado, la de sus familiares»<sup>4</sup>. Las hematemesis, en su mayor parte, corresponden a entidades diagnósticas funcionales y lo que corresponde recoger de ellas, desde el punto de vista reflexivo, es la modalidad de tal funcionamiento. Pues

<sup>2</sup> GUIRDHAM, ARTHUR: *Una Teoría de la Enfermedad*, Buenos Aires, Fabril Editora, 1962, pág. 82.

<sup>3</sup> GUIRDHAM, ARTHUR: *Obra citada*, pág. 113.

<sup>4</sup> *Tratado de Patología y Clínica Médica*, Tomo V., Barcelona, Salvat Editores, 1969, pág. 118.

bien, el modo funcional de mi hematemesis fue su carácter brusco y explosivo. Traducido al lenguaje de la comunicación sería como «una llamada de atención dramática y angustiosa». ¿Este peculiar modo de comunicarse es coherente con mi modo de ser?, ¿explica mi biografía la necesidad de semejante llamada? No voy a entrar a desmenuzar todo este tema, pues sería muy largo, y no estoy seguro de que lo desarrollara con precisión. Todavía está demasiado fresca la impresión de la enfermedad, sin la suficiente distancia que me proporcione la necesaria perspectiva para reflexionar sobre el modo de ser profundo de mi vida. Pero si alguno de ustedes quiere profundizar sobre este punto les voy a dar una referencia. Vayan a ver la película «Empieza el espectáculo», y aparte de otros valores, estén muy atentos al análisis que se hace de la vida del protagonista: de sus excesos, de su stress continuo, de los remedios fáciles a base de medicación: sedantes para dormir, estimulantes para vivir. Observen también con cuidado el peculiar modo de vivir: «siempre de cara a la galería», el peculiar modo de enfermar, «la enfermedad convertida en espectáculo» y el peculiar modo de morir, «también convertido en espectáculo».

Volvamos, ahora, a la actividad médica, con su pinchazo de coramina y su ambulancia a la puerta. Previamente, toda una red de comunicaciones telefónicas han acercado a diferentes hospitales entre sí. Recorrer un camino conocido en ambulancia es toda una experiencia. A través de las escasas rayas transparentes sobre el esmeril opaco tratas de saber por dónde pasas y, si no estuvieras tan cansado, sorprenderías a tu acompañante diciendo: «mira, ya hemos pasado el puente», y el otro se quedaría maravillado. A estas alturas, y en tales circunstancias, no deja de ser una travesura de pensamiento; una especie de chiquillada.

En el hospital todo está preparado: la camilla, la cama de observación. Han pedido el grupo sanguíneo, pero no lo sé. Siempre me he negado a que me saquen sangre, y me ha molestado todo lo que se refiere a ella. ¿Un presentimiento? Y, por primera vez, a la cabecera de la cama, la palabra entendida y calificada del médico. Me explica que he perdido mucha sangre, pero que las constantes van mejorando. Me adelanta el proceso de la actividad médica sobre mí: «me van a poner sangre y suero; no debo asustarme si conforme voy asimilando la sangre de la trasfusión, vuelvo a tener otra hemorragia. Sería la reacción natural frente a algo que es extraño a mí. Me harán constantes análisis de sangre hasta que puedan trasladarme a un centro hospitalario donde tengan especialidad en enfermedades gástricas».

Como en toda enfermedad es indispensable la relación enfermo-médico, vamos a detenernos aquí para analizar, desde la antropología, este diálogo singular. El enfermo interroga constantemente al médico; y lo interroga de muchas maneras: con su mirada y con su palabra. Hay médicos que poseen el arte de responder a lo que el enfermo pregunta *de verdad* y *concretamente*. En este terreno existen muchos equívocos, falsedades y fantasías. El enfermo muy pocas veces preguntará al médico si su enfermedad es una enfermedad de muerte. Esta pregunta pertenece a otra área y, con mucha más frecuencia, es planteada a los sacerdotes. Lo que en concreto el enfermo pregunta al médico es: «¿qué me van a hacer? El enfermo quiere saber todo el proceso de la manipulación médica sobre sí mismo. Por eso, el médico, el ATS o cualquiera que le hable, responde a la pregunta si le dice, por ejem-

plo: «vamos a ponerte suero, te iremos haciendo análisis de sangre y, de este modo, te remontaremos a tus constantes vitales». De este modo, el enfermo sabe, por adelantado y sin sorpresas, todo el rito de la curación; establece una comunicación cómplice y afectiva con su médico y puede dedicarse a concentrarse en el proceso de adaptación y de curación. Como el médico que me recibió y me fue explicando lo que, en realidad, hicieron conmigo aquella tarde. De otro modo, el enfermo está literalmente pendiente de cualquier actividad médica; espía hasta la menor reacción en el rostro de los profesionales de la medicina, e incluso espía la reacción de los propios familiares y amigos. En el fondo, teme le engañen o, simplemente teme le hagan daño. Se vuelve suspicaz porque no cuentan con él. Y, sin embargo, ¡es tan sencillo contentar a un enfermo y hacerse con él! Basta que le adelanten el proceso de lo que van a hacer con él.

Con la palabra sedante del médico, la transfusión sanguínea y un ambiente cariñoso (es un hospital donde soy muy conocido y querido. Baste decir que el médico-analista sube constantemente a visitarme) puedo encontrar las mejores condiciones físicas, psicológicas y espirituales para un auténtico respiro. A nivel sensorial me encuentro a gusto; he regresado a un estadio infantil, casi de bebé, en el que todos *están por mí* y casi me acunan. Ya no tengo que pensar ni siquiera en luchar; mi vida está en buenas manos; puedo dormir. Si levanto mis ojos, a mi derecha veo mi compañero, sacerdote, de fatigas. Desde la mañana no me ha dejado un momento. Después le diré que nunca, como hasta entonces, lo he sentido como un hermano mayor. A mi izquierda, mi hermana, la que siempre ha estado presente, en el largo historial biográfico de mis enfermedades (llevo ya siete operaciones). Todo está bien.

Nadie sabe lo que vale, frente al enfermo, estas presencias. Toda la medicina con sus complicadas técnicas y con toda su sabiduría, no podrán nunca alcanzar un átomo de este bálsamo curativo, que permite un auténtico descanso, que te reconcilia con el mundo, con los demás y contigo mismo, que te entrega la auténtica paz interior. Porque es, desde esa paz y desde esa reconciliación, desde donde tiene sentido volver a vivir. El cariño y la seguridad es el oxígeno indispensable que proporcionan los elementos básicos y constantes del alimento de la vida. Se infiltran hasta lo más profundo del ser y, allí, dándole coherencia, lo impulsan hacia el futuro. Sin ellos, el ser vivo se condena a una búsqueda voraz de su presencia, que le hace regresar cada vez más, ser cada vez más infantil y, en el extremo, desear la propia muerte y la propia destrucción.

Un tema antropológico para nuestra reflexión y ampliación a nuestra propia cultura, que se podría introducir con la sencilla pregunta: ¿qué capacidad tiene nuestra sociedad y nuestro ambiente para reconciliarnos con el mundo, los hombres y nosotros mismos? Y, a nivel general, la respuesta la da Rof Carballo, en su libro *Violencia y Ternura*: «desgraciadamente la sociedad está desgarrando obsesivamente la urdimbre afectiva primordial. So pretexto de una autonomía mal entendida, nos estamos quedando sin padres, incluido el mismo Dios, y nos estamos quedando también sin naturaleza, la madre primordial de la que hablan los mitos antiguos. En nuestro tiempo se está llevando a cabo una «doble castración». De lo superior, de lo celeste, y de lo inferior, de las raíces del hombre en

el mundo maternal. Son los dos asesinatos, el de lo paternal y el de lo materno, que crean en el hombre contemporáneo, quiéralo o no admitir, un tercer sentimiento inconsciente de culpa, que está en la raíz de la creciente agresividad del mundo moderno»<sup>5</sup>.

Y, después de la calma, la violencia. Violencia de la ambulancia que, en una hora punta, tiene que atravesar, de parte a parte, la ciudad. Los coches innumerables se apartan como pueden frente al aullido de la sirena; los peatones, se vuelven o se paran (¡yo he hecho tantas veces lo mismo!) pensando quién será y pobre de él. Violencia en la sala de urgencias del hospital, desde la pequeña vergüenza de dejarte desnudo hasta la violencia técnica necesaria de la sonda nasogástrica, los lavados de estómago con agua fría y la evacuación a base de enema. Pero, sobre todo, la violencia del silencio. Aquí nadie te dice nada, a no ser órdenes y mandatos. No sabes qué va a ser de ti, ni qué van a hacer contigo. Y, desde este momento, se levanta, dentro de ti, una hostilidad visceral inconsciente hacia este hospital.

Después de tres horas, me suben a una cama de hospitalización. Sigo sin saber nada, ni siquiera lo más sencillo y concreto: hasta cuándo tengo que soportar la sonda nasogástrica que me molesta. Es tarde y los dos enfermos que comparten la habitación duermen ya; mi hermana prepara un sillón a mi lado para pasar la noche; intentaré dormir a pesar del suero, de la sonda y del resfriado que he cogido en la sala de urgencias; dejaré mi cuerpo para que lo manipule la enfermera de noche, con sus termómetros, aparatos de tensión y lavados de estómago. En realidad, ha sido una noche vacía, sin auténtico reposo de sueño ni excesivo dolor; más bien, una noche de expectativa, entre la angustia y la esperanza.

Con el día los contornos se van definiendo. El enfermo más próximo a mi cama no es que duerma sino que está inconsciente; el que está en frente de mí, tiene mucho miedo; se le nota en su mirada huidiza. Y con el día viene también la actividad, desde la más simple, la de la limpieza, hasta la más cualificada, la visita del médico. Viene rodeado de muchos alumnos. Hacen salir a los visitantes y comienza el rito de la sabiduría médica. El doctor habla, pero no se dirige a ti, sino a los alumnos. Tú eres un *caso interesante*, y sólo cuentas en la medida en que eres el soporte para una palabra docta y entendida. Supongo que lo que se juega en este momento es el comercio del prestigio, desde la mirada del alumno que admirado dice: ¡cuánto sabe, doctor!, hasta la satisfacción del médico, que se sabe importante.

Ustedes me entenderán si corrigen lo que estoy diciendo añadiendo el dato de que me siento irritado y molesto. Hasta tal punto, que, como niño enfurruñado y caprichoso, me hago más inútil y más enfermo. Me niego a entrar en un diálogo de seducción frente a ese poder omnipotente y unilateral. Con el enfermo que está frente a mí, y que ha sido ingresado al amanecer, han tenido más suerte. También ha tenido una hemorragia, aunque menos abundante. Se muestra comunicativo: con él, la clase doctoral, resulta fácil; hasta hay algunos alumnos imbéciles que toman nota (vuelvo a recordarles, que estaba irritado). Más tarde, supongo que los alumnos aventajados, se acercarán al mismo enfermo para hacerle un interrogatorio a fondo. No dejan nada de preguntar sobre

su vida. Yo sé que ambos padecemos de una enfermedad *funcional* y que es importante, para la ciencia y el saber médicos, la propia biografía. Pero lo que me subleva es el engaño; el modo de hacerse con datos importantes para ti, con datos íntimos, por el sencillo expediente de preguntar a hombres indefensos. Sin la siquiera mínima honestidad de establecer una relación de simpatía contigo, y de plantearte, después, su proyecto y su curiosidad justificada. Tengo la sensación de que es una especie de rapiña, de coger algo que pertenece a los pobres.

Sé que lo harán también conmigo; en concreto, lo hicieron a la tarde. Y, de nuevo, como en la visita del jefe clínico, uso el arma rastrera, como la de ellos, del engaño. Finjo dormir, o simplemente que no estoy para conversaciones. Dejo que sea mi hermana la que explique lo que quiera, aun sabiendo que no va a ser objetiva.

Pero antes, alrededor del mediodía, me han subido en camilla para mirarme con el aparato más temido por aquellos que hemos padecido del mismo mal: la gastrofibroscopia. En verdad que se pasa mal, con el tubo rastreando por todo el aparato digestivo; más que doloroso, es un asunto de repulsión y de rechazo. El organismo repele cualquier violencia, más aún, si es una violencia en el interior de sí mismo. La reacción visceral son las lágrimas y las náuseas. También aquí, la exploración se ha convertido en espectáculo: el doctor está rodeado de sus alumnos, aunque no sea más que él quien mire a través del aparato. Tanto los alumnos, como yo mismo, aunque en situación diferente, participamos del espectáculo visual del médico sólo por sus exclamaciones: «nada... nada... a ver, a ver...». Y, al final, cuando el tubo ya está fuera de la boca, todos esperamos su diagnóstico. «No hay nada, ni úlcera, ni gastritis, ni nada; todo está limpio». Después del mal rato, es una buena satisfacción saber que no te han encontrado nada, aunque te hayas enterado, no porque te lo hayan dicho a ti directamente, sino por haber sorprendido una conversación entre médico-alumnos. ¡Ah, me olvidaba!, en cuanto a satisfacciones, me han quitado, por fin, la sonda nasogástrica y, puestos a llegar hasta el final, he dado un buen mordisco a quien me ha metido el tubo del gastroscopio, si a eso se puede llamar satisfacción.

La tarde está llena de presencias afectivas; a mi alrededor veo rostros muy queridos: mi otra hermana, amigos, conocidos y compañeros de trabajo. Toda la red de afectos, aquella que vamos tejiendo día a día a base de cariño, me va apretando constantemente. Las ondas del interés y de la ternura están llegando a este lugar inhóspito (qué ironía, tener que afirmar que un hospital sea un lugar inhóspito). De nuevo, como en una especie de ósmosis, me voy alimentando de esa placenta acogedora, hecha de susurros, de miradas enternecidas y de apretones cálidos. Vuelvo a ser el niño pequeño y mimado, al borde de la emoción y de las lágrimas.

Esta noche no es necesario se quede nadie conmigo. Las presencias psicológicas del afecto suplen, con creces, las presencias físicas. De nuevo, reconciliado y en paz, podré dormir a gusto; sólo me estorba la posición incómoda que me obliga a mantener el gotero. Escasamente hay un dedo de glucosa, pero gotea con una lentitud desesperante. Si se acabara pronto, me lo quitarían y podría dormir completamente a mis anchas. La enfermera de noche ya ha puesto sus termómetros y aparatos. Sé cómo acelerar el paso del líquido, presionando la pinza

<sup>5</sup> J. ROF CARBALLO: *Violencia y Ternura*, Madrid, 1947, pág. 174.

del tubo. Dudo en hacerlo, pero al final lo hago. Ahora va más rápido, y el líquido desciende con más fluidez. Entra la enfermera, desgraciadamente, y se da cuenta. Me siento como un niño travieso que ha sido sorprendido por su maestra. Finjo dormir, mientras ella aprieta la pinza y gradúa el gotero. No hay remedio, y tendré que dormir en posición incómoda. Cosa curiosa, acabada la fuente de esa pequeña excitación de molestia, el sueño llega enseguida. Por la mañana, me encuentro con una botella nueva de glucosa. Mis intentos habían sido inútiles.

Antropológicamente sería interesante analizar la sumisión del enfermo frente a cualquier decisión y norma médicas o sanitarias. Violar cualquiera de ellas, como aquí las del gotero, se vivencia con una mezcla de temor reverencial, de vergüenza y de secreta satisfacción.

El nuevo día me encuentra descansado y despierto; las fuerzas van volviendo. Sería el momento de entrar en contacto con mis compañeros de fatigas; añadir la palabra a todas esas miradas que se han cruzado constantemente entre nosotros. Pero ¡qué les voy a decir! Todas las palabras las encuentro vacías y pobres; todas las frases sin profundidad ni sentido.

—¿Cómo os encontráis?

—Bien, me responderán; o quizá, me dirán:

—Mejor.

O incluso:

—Mal.

En el primer caso lo encuentro un lenguaje vano; en el segundo, me considero todavía sin fuerzas para seguir: ¿por qué?, ¿cómo se siente?, ¿a qué es debido?, etc. Prefiero dejar intacto el nivel de comunicación en esa auténtica compasión; en esa especie de comunión implícita, hecha de sensaciones, percepciones y sentimientos comunes.

También antropológicamente sería interesante rastrear esa incapacidad paralizante que experimentamos frente al hombre que sufre. Popularmente decimos, con razón, *no tenemos palabras*. Pero, en ese caso, habría que ampliar los otros lenguajes: el de la presencia silenciosa, el de la mano que aprieta y comunica firmeza; el de la caricia en la frente y el de la mirada que comprende y acoge.

El momento de intimidad es roto por la rutina de la actividad sanitaria. De nuevo los termómetros, las tomas de tensión y de temperatura, la limpieza y el desayuno. Aquí es interesante hacer notar la dificultad de comunicación en los grandes hospitales; entre los distintos servicios debe de existir un gran rodaje y entendimiento para que pueda existir una comunicación fluida. Cuantos más servicios y personas mayor complejidad de funciones y mayor dificultad de entendimiento. En concreto, me he quedado sin desayuno porque la auxiliar de clínica no se ha entendido con la enfermera. Después ella misma dirá: «ya decía yo, que me sobraba un desayuno». Cosa pequeña, sin duda, pero que puede tener mayor importancia; esa misma mañana, ha entrado el camillero para llevarse al enfermo de enfrente para un examen de electrocardiograma; al pasar por mi lado, ha dicho: «después volveré a buscarle a usted». Sé poca medicina, pero sí la suficiente como para conocer que un electrocardiograma, si no estás enfermo de corazón, es una prueba habitual en vísperas de una operación. Uno piensa ¿me estarán engañando? Y aparece la angustia frente a lo

desconocido que te puede afectar. Interrogo al primer médico auxiliar que pasa; se queda extrañado: «que yo sepa, no le está indicada semejante prueba; pero lo comprobaré», me dice. «Ha sido un error», me confirma. Respiro, pero surge otra vez la irritación y el enfado: «esto me lo podían haber ahorrado».

La mañana va pasando entre satisfacciones: por fin, he desayunado, ha llegado mi familia y en la visita de la corte doctoral, el médico y sus alumnos, me han dicho que puedo marchar a casa. Hasta he tenido esa satisfacción de vanidad y de revancha: frente a la indiferencia con que me han tratado en el hospital me comunican que ayer la central del mismo estuvo bloqueada con las constantes llamadas que se interesaban por mi salud; hasta el punto que la telefonista ha preguntado qué personaje importante era yo.

Pero esta es una satisfacción mala y contradictoria; la siento pero con vergüenza porque piensas en tantos enfermos que te rodean, que sufren igual que tú. ¿Por qué te van a tratar de modo diferente?, ¿qué títulos puedes invocar, en estos momentos tan importantes y vitales para el hombre, para merecer algo mejor? Y desde esa comunión fraterna con los pobres me alegro de que las enfermeras traten con más cuidado y cariño al enfermo que está a mi lado, porque está más enfermo y también porque está más solo. Y no les quepa duda, que las admiro por ello.

Por fin, la vuelta a casa. Sólo quien ha vivido momentos difíciles sabe lo que esto significa: los enfermos hospitalizados, los estudiantes internos, los soldados, los emigrantes. La vuelta a casa está empapada de gozo; la vuelta a los tuyos y la vuelta a tu cama, a tu mesa y a las pequeñas cosas a las que estás acostumbrado. Ya en ella, y ante la avalancha de personas que te quieren, un cartel en la puerta: «se prohíben las visitas por orden facultativa»; los más íntimos y los más audaces, la esquivan.

Tres días de franca recuperación subjetiva y, de nuevo, la ansiedad y el susto. El análisis de sangre arroja un hematocrito de 22. Otra vez la maquinaria médica se pone en marcha: desde la doctora analista hasta el médico de cabecera, personas conocidas y queridas, todos están asustados. Me envían, nuevamente, al hospital porque opinan que *sigo sangrando*.

Y se repite la historia ya conocida: la sala de urgencias, la sonda nasogástrica, el enema de evacuación. Siete largas horas en urgencias solo, sin saber qué van a hacer de ti y qué es lo que tienes. Intentas detener el pensamiento alocado, y cuentas los azulejos, las cajas de las sondas y hasta los tornillos de las ventanas. Fugazmente aparece el médico especialista y hablamos de operación; ante mi pregunta me dice que una de las indicaciones quirúrgicas es la reincidencia, pero que me ha de mirar de nuevo. Por fin me entero, del porqué de tanta tardanza —son siete horas—, el especialista está batallando con otro enfermo, que no puede dejar, «y quiere ser él mismo el que haga mi exploración, no ninguno de sus ayudantes». Por fin, otra vez la gastrofibroscopia. Pero ya me he mentalizado, y procuro relajarme. Es un mal trago, pero decido colaborar. Prefiero me miren con calma y a fondo. El diagnóstico es negativo: no se encuentra nada. Respiro otra vez. En realidad no ha sido tan mala la prueba como la otra vez. Pienso, ¡cuánto hacen los nervios, la ansiedad y, sobre todo, la incomunicación! Puedo marchar a casa. En el patio me encuentro a mi

hermana. Ella sí que lo ha pasado mal, aislada durante siete horas, sin saber qué ha sido de mí. El pobre camillero, que me ha sacado al patio, ha pagado los platos rotos. Ha tenido que escuchar que «no había derecho tratar a la gente de esa manera». El que posiblemente es quien menos enterado esté y quien menos mande.

Sólo queda, el final de este largo relato: las pruebas del tránsito y del enema opaco; la visita, ya en consultorio, para recibir los resultados. Las radiografías no señalan ninguna úlcera en estómago o intestino. Sólo existe una hernia de hiato. Es probable que haya sangrado por ahí, pero nunca lo sabremos, «me han dicho textualmente». Así, pues, mi diagnóstico es: «Hernia de hiato por deslizamiento. Resto de tránsito gastroduodeno intestinal normal. Hemorragia digestiva post ingesta medicamentosa».

El hematocrito, después de hacerse el remolón, sigue subiendo; ahora está ya normalizado; en el último análisis lo tenía a 40. Pasado mañana, me harán otro.

Muy brevemente, a modo de resumen, vamos a aplicar la reflexión a toda esta experiencia.

— No deja de ser una experiencia individual y, por tanto, tiene la riqueza y los límites que toda experiencia conlleva. Otros individuos tendrán otras experiencias.

— Si yo tuviera que resaltar los puntos importantes que de cara a la reflexión antropológica me ha aportado la experiencia del enfermar, resaltaría los siguientes:

a) El instinto de vida, el deseo de vivir o el interés por la vida me parece un punto esencial. Como lo es, que este instinto no es sólo constitucional, sino que se

desarrolla en el tiempo, más o menos, según la cualidad afectiva del ambiente que nos rodea.

b) También importante, muy importante, es la matriz afectiva; esa red de afectos, de contactos y de vínculos que dan color y calor a la vida; que es la medicina más eficaz cuando se encuentra amenazada porque se infiltra hasta los más simples átomos del ser, y los rehacen y fortalecen.

c) Por último, y también muy importante, toda la gama de la comunión-comunicación-información. Equivale a decir: «soy una persona, no una cosa; cuentan conmigo, no me manipulan; no estoy solo».

Todo ello, vuélvano ustedes y conviértanlo en derechos:

— El derecho a vivir; no sólo una vida física, sino una vida social, psicológica y espiritual.

— El derecho a querer y ser queridos. Por antropología sabemos que el ser que no es querido, muere; y seguramente, enferma; y si enferma, difícilmente se recupera.

— El derecho a la propia estima y al propio respeto. Si uno enferma, no por eso pierde ese derecho. La medicina, y sobre todo la medicina tecnificada, viola con frecuencia este derecho, pues convierte al enfermo en cosa manipulable y en objeto de experiencia.

¡Qué triste es contemplar cómo desaparece y se diluye el hombre entre organizaciones, organigramas y aparatos!

MARIANO GALVE

Psicólogo

Sanatorio psiquiátrico San Baudilio de Llobregat

## Información al enfermo y a la familia

### INFORMACION, DERECHO Y NECESIDAD

Podemos encuadrar el tema de la información al paciente dentro del campo aun más amplio de la comunicación. Una posible descripción de la enfermedad sería la de «trastorno de la correcta comunicación de un organismo (humano) con su medio (cosas o personas)». Ayudar a la salud del paciente es ayudarlo a reconstruir la comunicación. En el tema de «información al paciente», no obstante, solemos agrupar más escuetamente los problemas que nos plantea el qué decir, cómo y cuándo y a quienes nos preguntan por un familiar o por la propia situación.

Aunque el planteamiento suele ser: *derecho* del paciente a la información, yo prefiero abordarlo subrayando la necesidad imperiosa que el enfermo tiene de la información. El derecho a la información sólo se ejerce si alguien que la posee te reconoce tal derecho. Si se plantea como lucha reivindicativa y de enfrentamiento de poderes, en este caso de relación sanitario-paciente, este último lleva las de perder. No es una relación de igual a igual, si el que tiene poder-información no quiere soltarla... es muy difícil obtenerla.

Decididamente opto por presentar la información como

algo de lo que el paciente tiene gran necesidad. Utilizando una imagen del mundo médico, la información es uno de los elementos terapéuticos más importantes en cualquier tratamiento y su manejo adecuado es responsabilidad de todos los profesionales de la salud en mayor o menor grado. En cuanto que unas veces la necesita y otras la administra, la familia podemos considerarla a la vez como paciente y terapeuta.

### PARA QUE LA INFORMACION. FUNCIONES

Una de las quejas más frecuentes de los pacientes encuestados por mí, es la de falta de información. Para el enfermo cubre necesidades básicas que el personal médico sanitario y hospitalario en general no parece valorar.

La información adecuada sirve para aliviar o disminuir la ansiedad confusional propia sobre todo del comienzo de la enfermedad y del ingreso en el hospital. Esa angustia que busca pronto respuesta a ¿qué me pasa?, ¿es grave?, ¿qué me tienen que hacer?, ¿dolerá?, y mil cuestiones más que surgen a borbotones en el interior de todo enfermo y las expresan hacia afuera si encuentran con quién.

hermana. Ella sí que lo ha pasado mal, aislada durante siete horas, sin saber qué ha sido de mí. El pobre camillero, que me ha sacado al patio, ha pagado los platos rotos. Ha tenido que escuchar que «no había derecho tratar a la gente de esa manera». El que posiblemente es quien menos enterado esté y quien menos mande.

Sólo queda, el final de este largo relato: las pruebas del tránsito y del enema opaco; la visita, ya en consultorio, para recibir los resultados. Las radiografías no señalan ninguna úlcera en estómago o intestino. Sólo existe una hernia de hiato. Es probable que haya sangrado por ahí, pero nunca lo sabremos, «me han dicho textualmente». Así, pues, mi diagnóstico es: «Hernia de hiato por deslizamiento. Resto de tránsito gastroduodeno intestinal normal. Hemorragia digestiva post ingesta medicamentosa».

El hematocrito, después de hacerse el remolón, sigue subiendo; ahora está ya normalizado; en el último análisis lo tenía a 40. Pasado mañana, me harán otro.

Muy brevemente, a modo de resumen, vamos a aplicar la reflexión a toda esta experiencia.

— No deja de ser una experiencia individual y, por tanto, tiene la riqueza y los límites que toda experiencia conlleva. Otros individuos tendrán otras experiencias.

— Si yo tuviera que resaltar los puntos importantes que de cara a la reflexión antropológica me ha aportado la experiencia del enfermar, resaltaría los siguientes:

a) El instinto de vida, el deseo de vivir o el interés por la vida me parece un punto esencial. Como lo es, que este instinto no es sólo constitucional, sino que se

desarrolla en el tiempo, más o menos, según la cualidad afectiva del ambiente que nos rodea.

b) También importante, muy importante, es la matriz afectiva; esa red de afectos, de contactos y de vínculos que dan color y calor a la vida; que es la medicina más eficaz cuando se encuentra amenazada porque se infiltra hasta los más simples átomos del ser, y los rehacen y fortalecen.

c) Por último, y también muy importante, toda la gama de la comunión-comunicación-información. Equivale a decir: «soy una persona, no una cosa; cuentan conmigo, no me manipulan; no estoy solo».

Todo ello, vuélvano ustedes y conviértanlo en derechos:

— El derecho a vivir; no sólo una vida física, sino una vida social, psicológica y espiritual.

— El derecho a querer y ser queridos. Por antropología sabemos que el ser que no es querido, muere; y seguramente, enferma; y si enferma, difícilmente se recupera.

— El derecho a la propia estima y al propio respeto. Si uno enferma, no por eso pierde ese derecho. La medicina, y sobre todo la medicina tecnificada, viola con frecuencia este derecho, pues convierte al enfermo en cosa manipulable y en objeto de experiencia.

¡Qué triste es contemplar cómo desaparece y se diluye el hombre entre organizaciones, organigramas y aparatos!

MARIANO GALVE

Psicólogo

Sanatorio psiquiátrico San Baudilio de Llobregat

## Información al enfermo y a la familia

### INFORMACION, DERECHO Y NECESIDAD

Podemos encuadrar el tema de la información al paciente dentro del campo aun más amplio de la comunicación. Una posible descripción de la enfermedad sería la de «trastorno de la correcta comunicación de un organismo (humano) con su medio (cosas o personas)». Ayudar a la salud del paciente es ayudarlo a reconstruir la comunicación. En el tema de «información al paciente», no obstante, solemos agrupar más escuetamente los problemas que nos plantea el qué decir, cómo y cuándo y a quienes nos preguntan por un familiar o por la propia situación.

Aunque el planteamiento suele ser: *derecho* del paciente a la información, yo prefiero abordarlo subrayando la necesidad imperiosa que el enfermo tiene de la información. El derecho a la información sólo se ejerce si alguien que la posee te reconoce tal derecho. Si se plantea como lucha reivindicativa y de enfrentamiento de poderes, en este caso de relación sanitario-paciente, este último lleva las de perder. No es una relación de igual a igual, si el que tiene poder-información no quiere soltarla... es muy difícil obtenerla.

Decididamente opto por presentar la información como

algo de lo que el paciente tiene gran necesidad. Utilizando una imagen del mundo médico, la información es uno de los elementos terapéuticos más importantes en cualquier tratamiento y su manejo adecuado es responsabilidad de todos los profesionales de la salud en mayor o menor grado. En cuanto que unas veces la necesita y otras la administra, la familia podemos considerarla a la vez como paciente y terapeuta.

### PARA QUE LA INFORMACION. FUNCIONES

Una de las quejas más frecuentes de los pacientes encuestados por mí, es la de falta de información. Para el enfermo cubre necesidades básicas que el personal médico sanitario y hospitalario en general no parece valorar.

La información adecuada sirve para aliviar o disminuir la ansiedad confusional propia sobre todo del comienzo de la enfermedad y del ingreso en el hospital. Esa angustia que busca pronto respuesta a ¿qué me pasa?, ¿es grave?, ¿qué me tienen que hacer?, ¿dolerá?, y mil cuestiones más que surgen a borbotones en el interior de todo enfermo y las expresan hacia afuera si encuentran con quién.

Si esas preguntas no son contestadas, la angustia trastorna a la persona que enfermó, le hace perder el sueño, le da pie a elucubraciones morbosas y depresivas, etc.

Contestar a estas preguntas alivia tal tensión y reduce hasta la demanda de calmantes y analgésicos como lo acreditan estudios realizados con pacientes quirúrgicos. Hasta un 50 % menos de medicación analgésica llegaban a solicitar los pacientes que eran informados de los dolores que eran *esperables* de su evolución postquirúrgica y por tanto sabían tomárselos como normales.

La información puede disminuir la minusvalía de quien desconoce sus recursos internos para afrontar el dolor y la enfermedad. Quien es informado de sus poderes para distraerse, relajarse, colaborar en la rehabilitación puede ahorrar tiempo y medios en un elevado tanto por ciento, igualmente disminuye su minusvalía al ser informado puntualmente de los servicios y personas que están a su disposición: asistentes sociales, biblioteca, capellán, asesoría jurídica, descuentos, etc.

Es lógico y esperable que la enfermedad ponga al paciente en situación dependiente de otros que pueden, saben, tienen recursos. Esta dependencia puede ser demasiado intensa o duradera en contra del paciente si éste le *coge gusto* a tal situación y la prolonga o si hace esto mismo el cuidador por cualquier motivo. La información puede compensar progresivamente tal desequilibrio en la medida que da al paciente poder saber-hacer. También la información correcta contribuye a disipar las desconfianzas y temores que a veces angustian al paciente sobre si fiarse o no de los médicos y cuidadores suyos (ansiedad paranoide).

Todo paciente puede esforzarse por saber y asegurarse del alto nivel técnico y ético en general del médico o médicos que le tratan. A otros pacientes, a enfermeras, capellán, familiares, etc., suele preguntar indagando sobre tal idoneidad. La pregunta clave sería ¿Me puedo fiar de quien me trata?

Hoy, resolver esta ansiedad se ha dificultado mucho, no sólo porque los equipos médicos habituales, casi anónimos y en continuo cambio de personal, no permiten establecer una relación con nada en concreto que tenga nombre y apellidos («me vio el morenito de bigote»), sino también porque las campañas de prensa que airean los fallos hospitalarios anunciaron sin concreción que se experimentan medicamentos en enfermos; por ejemplo han disparado los miedos del paciente y familia hasta el punto de que hay enfermos que se niegan a ser ingresados y otros que abandonan la hospitalización ante manejos confusos que interpretan amenazadoramente para ellos.

Los miedos y ansiedades de otros tipos que tanto agobian al enfermo pueden aliviarse igualmente con cierta información que necesita en el transcurso de la enfermedad. ¿Me voy a quedar sin recursos? ¿Qué pasará con mi trabajo? ¿Aceptan en mi casa llevarme a reponer? ¿Qué ha sido de los que viajaban conmigo? y mil cuestiones más que hacen sufrir gratis al paciente y se le pueden aliviar preguntando sencillamente ¿Quiere usted saber o que le aclaremos algo?

El valor terapéutico de la información puede explicitarse también señalando cómo sirve para incrementar en el paciente y su familia ingredientes tan necesarios para su recuperación como la responsabilidad y el realismo.

El paciente tiende a depender en demasía, pasivizarse y eludir su parte activa en el tratamiento. A ello es a menudo

inducido por las propias campañas sanitarias que afirman que sólo el médico sabe. También debe saber el paciente y ser informado sobre cuál es su tarea, su responsabilidad en la resolución de la enfermedad.

El realismo se incrementará a través de la información si el paciente es ayudado a rebajar sus mágicas expectativas sobre la ciencia médica y la tecnología de la salud de la que suele esperar milagros, como a superar sus prejuicios pesimistas de que nada se puede hacer.

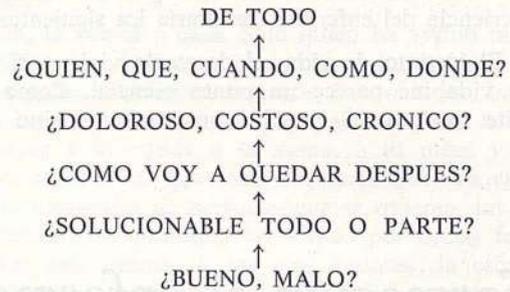
Aceptar las nuevas circunstancias de vida tras el paso por la enfermedad así como las limitaciones que tiene la ciencia, los profesionales, las instituciones y la misma vida es una tarea densa. A ello también ayuda una buena información que coincide con la educación para la salud e incluso debería estar impartida en la educación básica.

### QUE INFORMACION DAR

Básicamente se desea saber el diagnóstico, pronóstico y detalles de la evolución de la enfermedad.

Hay bastantes estudios que recogen de pacientes con nacionalidades muy diversas, así como de distintas edades, culturas, etc., y en su mayoría coinciden en desear esa información y con un determinado orden de prioridad.

Gráficamente podría expresarse en una pirámide invertida:



La escala refleja que lo básico hay que contestarlo siempre, aunque sea implícitamente (mejor bien explícito para disipar dudas no manifestadas).

Esta enfermedad o el mal, es el último que voy a padecer, o tiene solución. No debe contestarse a preguntas superiores en la escala, si no quedaron contestadas las básicas. A casi nadie le importa el día de la operación si le inunda la idea de que va a morirse incluso antes.

Una vez resuelta la información básica, tiene sentido y es muy necesaria la que aclara todo lo arriba enunciado sobre acomodo, visitas, recursos disponibles, derechos, servicios, etc.

Desde otro punto de vista este es un momento muy aprovechable, dada la motivación positiva del paciente y familia, para impartir educación sanitaria sobre la enfermedad concreta y sobre la salud y sus cuidados en general.

### COMO INFORMAR

La información está en función del paciente y éste con sus distintas características y estados de ánimo hará saber cómo es la *dosificación* más adecuada y cuál *la vía* por la que facilitársela. Es clara la idea de dosificación. Como todo fármaco, droga o medida terapéutica tiene una dosis que es la justa. Por ejemplo, tan malo es el vacío informativo que cursa un déficit con angustia confusional,

insomnio, pérdida de apetito, depresión, etc., como la saturación informativa de quien sólo quería saber algo y se le zambulle en las complejidades técnicas y las intrigas médicas al contarle *todo*. Este último error es típico de los profesionales sanitarios que enferman y siguen siendo tratados por los compañeros como iguales y no como enfermos. Contándoles toda clase de chismes que le angustian ahora que es paciente. No basta una dosificación adecuada. Ha de revisarse a lo largo de la estancia del paciente. Hay días que el paciente *no* quiere saber y otros que quiere preguntar. Si la información es enfermocéntrica habrá de acomodarse a sus distintos estados. Si se establece la buena rutina de preguntar al paciente cada día ¿desea saber o preguntar algo? éste se habitúa a pedir una información como pide la cuña o que le apaguen la luz.

Se puede decir que en las etapas fundamentales del tránsito por el hospital, la información debe preceder a tales etapas (ingreso, diagnóstico, operación, alta).

La elección de la vía personal para hacer llegarle información también puede ser importante. Del médico es de quien casi todos esperan la información, pero también a veces la persona más adecuada es un sanitario en quien el enfermo confía o un familiar que le conoce especialmente. Comprobar que la información está en vena, es asimilada, etc., es fundamental.

En los momentos de especial shock el paciente apenas oye ni entiende. En otros momentos sus mecanismos de defensa van a negar o distorsionar la información.

No hay sitio aquí para todo lo que exige un entrenamiento en algo tan delicado y saludable si se maneja bien como la información.

Todo profesional de la salud debería estar informado y entrenado en el manejo de la información.

### QUIEN INFORMA

Todo profesional debería estar entrenado en su manejo porque *todos* informamos a un paciente sobre su estado.

Es obvio que la responsabilidad mayor y legal es del médico. El debe integrar la información que reúna procedente de todos los miembros del equipo que atienden y observan al paciente. El, máxima autoridad para el paciente, debe facilitar y dar adecuadamente tal información. El resto del equipo, familia incluida, debe ponerse de acuerdo en el contenido, dosificación y momentos idóneos, etc., de manera que tal información coincida y no discrepe, pues sembraría más angustia en tal caso. El médico debe asumir la tarea de la información, no sólo teóricamente, sino estableciendo tiempos y espacios donde llevarla a cabo regularmente y que estas ocasiones de informarse sean conocidas por los familiares y enfermos suficientemente.

El médico debe, pero no siempre hace. Y el paciente *no* puede quedarse sin información. A falta del informador más cabal, busca y rebusca de todo aquel que hay alrededor, compañeros de habitación, camareras y limpiadoras, familiares enteradillos, alumnos de medicina y enfermería más complacientes y asequibles. De todos recaban, y de todas las maneras. Deducen de gestos, de silencios, de murmullos entre los facultativos. Contrastan opiniones de las de mañana y las de noche, etc. Todo personal sanitario y de hospital debiera ser alertado y entrenado sobre este tema decisivo y descuidado.

### DIFICULTADES

Tener que informar nos asusta a todos. Y más si nos exponemos a todo lo que quieran preguntar. Surgen dificultades específicas en el personal sanitario para abordar correctamente la información.

El temor a perder el monopolio del poder-información que me hace casi incriticable e inaccesible al paciente, hace que apenas se reparta con ellos la información real. Retener información es un mecanismo defensivo frente al paciente demasiado exigente.

La atomización de responsabilidades hace que ningún médico ni enfermera se sienta responsable (hábil para responder) ante el enfermo. Es una tarea que no se quiere asumir.

Algunos profesionales tienen simplistamente resuelto el tema con algún prejuicio del tipo «para que no sufran, mejor que no sepan» (es el más frecuente en uso y así tampoco sufre el que tendría que informar) o «todos tienen derecho a saber todo clarito» y desde tal premisa embuten la información de golpe, e inadecuadamente a quien quizá no la quería.

Desde otro ángulo, la angustia básica que de modo inconsciente afecta al cuidador de la salud, le lleva a negar la gravedad de la situación y, por tanto, a evitar la información donde el conflicto se haría manifiesto. También se tropieza en el enfermo y la familia con dificultades para informar, hay familiares que monopolizan e hiperprotegen al enfermo y deciden en su nombre lo que deben saber y lo que no. Frecuentemente proyectan sobre el paciente sus propios deseos o rechazos y desde ese supuesto obligan al personal sanitario a callarse o a informar.

Algunos optan clara e infantilmente por inhibirse, dejando todo en manos del personal e institución y no preguntan, ni quieren saber nada.

La familia, dicho esquemáticamente, debe ser considerada a la vez como necesitada también de información para que se desangustie y pueda colaborar en su medida, y como agente activo e intermediario con el médico. De cara a un paciente normal, sus familiares pueden decirnos cómo y cuándo es el mejor momento e las palabras que mejor entiende para ser informado. Y también su feedback es muy importante para saber qué efecto le hizo lo que le contamos ayer. En este sentido, la familia da mucho trabajo al personal sanitario, pero también puede facilitar y complementar mucho trabajo, si son instruidos y apoyados adecuadamente. En algunos casos también es cierto que en bien del enfermo ciertos familiares deberían ser obligados a no visitar al menos, o no comentar con el paciente más de lo que hayamos acordado con él.

Claramente, el ser hábiles en el manejo de la información supone un minucioso entrenamiento y unas condiciones estructurales mínimas de espacio-tiempo y valoración positiva de la eficacia terapéutica de una buena información.

Desde otro punto de vista, el milagro de la comunicación entre vidas, sentires y cosmovisiones dispares como el trabajador de la salud y los variopintos enfermos es una fuente inagotable de satisfacción profunda para disfrutadores de la artesanía humana.

# La formación continuada de los profesionales de la salud para una asistencia integral

## INTRODUCCION

La antítesis de la formación continuada podría estar gráficamente plasmada en la muy hispana expresión: «y usted ¿qué me tiene que enseñar, qué me va a decir a mí?». El inmovilismo se manifiesta ostensiblemente. Sin embargo, todos tenemos algo que explicar, que enseñar, que manifestar a los demás. De la intercomunicación saldrá la luz. Porque luz sí que hay, pero a veces carece de hilos conductores. La luz en potencia existe.

Posiblemente en todo esto se solape, voluntaria o involuntariamente, un ancestral miedo al cambio. Pero ante este cierto miedo al cambio, ante este inmovilismo, hemos de ofrecer alternativas, que es mejor que tachar de irresponsables o de incompetentes a los demás.

A lo largo de los siglos tanto las sociedades como las viejas profesiones han estado en continuo cambio, aunque muy lento. Ha sido en el presente siglo cuando a estos asuntos, a estas cuestiones, se les ha infundido un movimiento súbito, inesperado, y por tanto desequilibrador que nos ha cogido a todos por sorpresa. Cuando menos lo esperábamos.

«Desde hace siglos, dice la guía pedagógica de la OMS, las formas de enseñanza vienen siendo una repetición de sí mismas. La universidad, encerrada en la torre de sus privilegios, con frecuencia ha permanecido sorda a los gritos del exterior. Las necesidades de la sociedad, el aspecto práctico del problema, se abandonan al azar. Los datos específicos de la situación en cada país varían cada vez más rápidamente, pero hasta la actualidad, desgraciadamente, no se han tenido en cuenta —o se han tenido poco— estos datos, y la formación del personal de sanidad era una copia de los anticuados sistemas del pasado». E insiste: «El sistema de formación del personal médico-sanitario, a todos los niveles, debe ser reexaminado en función de las necesidades de cada país».

## TEORIA DE LA FORMACION CONTINUADA EN ENFERMERIA

Cualquier sistema de formación continuada en enfermería que adoptemos deberá disponer, si queremos que resulte eficaz, de un cierto número de objetivos claros, precisos, conseguibles. Estos objetivos claros, precisos y conseguibles deben estar potenciados por un equipo humano y técnico bien dispuesto y preparado. Las personas son imprescindibles para las tareas que se les han encomendado y que tendrán que cumplir.

Estas personas y estos objetivos tendrán que potenciar un plan que precise la naturaleza de los programas a desarrollar, el orden de prioridades a conseguir, el tiempo,

lugar, destinatarios, niveles, necesidades, posibilidades, etcétera.

Cualquier división o jefatura de enfermería que pretenda establecer sistemas de formación continuada y formular unos objetivos claramente definidos ha de estudiar las necesidades del colectivo, las aptitudes, sus actitudes. Esto es, habrá que plantearle y requerirle, preguntarle, qué es lo que quiere. En la parte segunda de nuestra comunicación presentaremos algunos modelos. Esto es el proceso prospectivo.

También es verdad que, aun teniendo en cuenta este proceso prospectivo, el centro asistencial podrá, e incluso, deberá proponer planes como consecuencia de atender necesidades reales e indeclinables de la asistencia correcta a los clientes o pacientes. También en la parte práctica presentaremos unas muestras. Sería el caso, por ejemplo, que se tratara de potenciar los objetivos institucionales del centro, alguna técnica determinada e imprescindible, etcétera. De esta manera el concepto derecho a recibir una formación continuada se transforma en la obligación de todo profesional a formarse continuamente y actualizar constantemente sus conocimientos. Es decir, que de derecho ha pasado a transformarse en una grave obligación.

De lo dicho se deduce que, como profesionales, tendremos que establecer criterios de responsabilidad con unas prioridades:

- Enriquecimiento de nuestro acervo cultural.
- Los servicios a prestar a los enfermos.
- Las necesidades y las exigencias sanitarias de la colectividad y sus recursos.
- Los adelantos en la profesionalidad.
- La relación e intercambio con estudiantes.
- Los nuevos métodos científicos.
- Perfeccionarse en la planificación y práctica de las actividades de un servicio asistencial.
- Participar en la formación de cursillistas, estudiantes y la sociedad o comunidad que nos rodea.

Las cualidades que debe tener todo objetivo educativo, cuando tratemos de confeccionar un programa, han de ser y resultar:

- Pertinentes, esto es, simplemente, que sean útiles.
- Lógicas, sin contradicciones.
- Concretas, que sean comprensibles.
- Realizables, que puedan efectivamente conseguirse.
- Observables, que se aprecien sus avances.
- Mensurables, que puedan ser medidos sus resultados.

Nosotros, en la práctica, utilizamos distintos métodos o clasificaciones taxonómicas. Cuando se trata de trabajar con audiovisuales aplicamos los conceptos considerados por

algunos psicólogos como leyes naturales de la recordación, esto es:

a) La impresión, acentuación vivaz de la luz, el sonido, la imagen. Fundidos suaves, bruscos, de la luz; tonos fuertes o pianos de voz y sonido. Utilización del mayor número de sentidos: oído, visión, tacto, al seleccionar fotogramas, aparatos, discos, etc. Acentuación cromática de luz y sonidos.

b) La recordación, repetición de la idea. Preparación del tema, corrección de método, estilo; selección del guión, de fotogramas, de música.

c) La asociación de formas y de imágenes. Reflexión, introyección, fijación en la memoria. La mente es, en cierta manera, una máquina de asociaciones. Una imagen tiene mayor fuerza que cien palabras, dice un adagio chino.

Si de los audiovisuales pasamos a practicar las técnicas pedagógicas más convencionales no dudamos en seguir los métodos de la taxonomía general como instrumento de investigación y enseñanza.

Los niveles taxonómicos están centrados, muy especialmente, en los campos:

#### Cognoscitivo

a) Capacidad de recuerdo, memorización de hechos, de principios, de modelos, etc.

b) Interpretación de datos, contenido de la comunicación y extrapolación.

c) Solución de problemas, utilización de ideas, principios o métodos a situaciones nuevas.

Responden a los conocimientos: Saber.

#### Afectivo

a) Receptividad, sensibilidad, conciencia, disposición para recibir y atender.

b) Respuesta satisfactoria al trabajo, a actividades de su elección.

c) Interiorización y aceptación de valores, opiniones o ideas.

Responden a las actitudes: Saber estar.

#### Sensitivo-motor

a) Imitación de acciones que ve, que acepta como buenas.

b) Control, adquisición de eficacia. Coherencia en la ejecución de actos.

c) Automatismo, segunda naturaleza. Destreza ejecutiva con máxima eficacia y mínimo gasto de energía.

Responden a las habilidades prácticas: Saber hacer.

Teniendo presente que a nivel del comportamiento de los profesionales y de los individuos, estos tres campos acostumbran a estar muy estrechamente relacionados.

Lo veremos con mayor precisión en la siguiente parte de nuestro trabajo.

Finalizaremos esta parte de nuestro trabajo recordando a todos que estos temas sobre formación continuada a nivel de enfermería es un proceso cibernético, esto es:

- Proposición de objetivos.
- Desarrollo de los programas.
- Evaluación de lo realizado.

Y un consejo: No desmayar, a pesar de que todo favorece y conduce al desánimo.

¿Hay algo más vulgar que una puesta de sol por detrás de unos corrales? Pero si esta puesta de sol la ve y canta un poeta o un pintor la plasma en sus lienzos se transforma en algo sublime, musical y lleno de colorido.

Bien, yo os he hablado de la filosofía de los objetivos. Mi compañero continuará exponiéndonos los objetivos sin filosofía de la formación continuada.

#### PRACTICA DE FORMACION CONTINUADA

Toda organización asistencial-hospital, ambulatorio, centro de educación sanitaria, etc., que tenga a su cargo personal de enfermería tiene el deber de planificar, de acuerdo con las necesidades asistenciales, un proceso de formación continuado dentro del propio centro o en instituciones adecuadas.

Para ello deberá desglosar las tareas que desempeñe el personal de enfermería en áreas de asistencia y dedicar un porcentaje de la jornada laboral a la formación, como mínimo dos horas semanales al área de docencia.

Un plan de formación continuada debe cumplir tres requisitos esenciales:

— Crear escuela de técnicos asistenciales para dicha institución.

— Fomentar la investigación de técnicas y habilidades nuevas.

— Cumplir las demandas asistenciales de su área de influencia.

#### ORGANIZACION DE LA FORMACION

Ante estas premisas, pasaremos a determinar cuáles deben ser las cualidades establecidas de antemano de todo plan de formación continuada.

Todo proceso formativo ha de tener:

- Unos *objetivos*.
- Una *planificación*.
- Una *evaluación*.

elaboradas por la Dirección de Enfermería previo asesoramiento del Comité de Docencia.

#### ESPIRAL DE UN PLAN DE FORMACION CONTINUADA

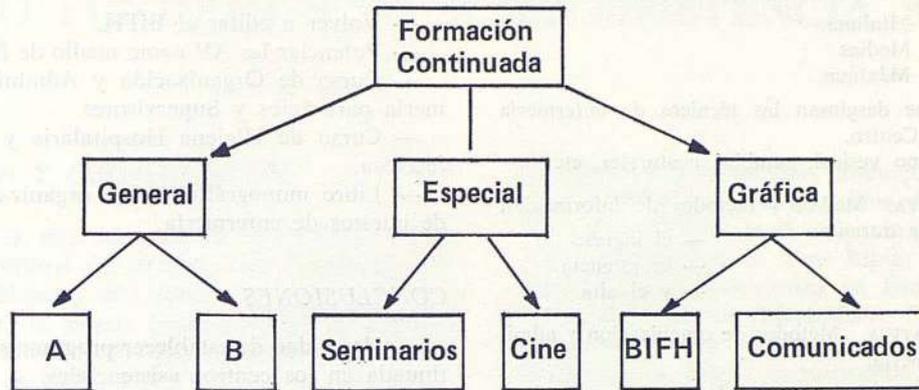


CUADRO 1



De esta toma de contacto con las necesidades del personal, y teniendo en cuenta las necesidades asistenciales del

centro, se confecciona un programa que básicamente se puede resumir en el organigrama siguiente:



CUADRO 3

La puesta en práctica de todo el planteamiento que existía sobre papel se hizo de la siguiente forma:

#### Formación continuada general

Turnos diurnos: Se dio una charla semanal por cada área de enfermería —15 en total— más 5 charlas extras sobre temas que previamente el personal había escogido.

Este apartado de formación se dio casi completo y bastante bien en forma y contenido, elevándose semana a semana la calidad de las conferencias.

El nivel de asistencia por parte del personal fue del 60 %.

Faltó, sin embargo, algo de interés por parte del equipo de supervisión, que en líneas generales no participó con sus equipos.

#### Formación continuada especial

Este apartado no se llevó a la práctica. La falta de programación anticipada así como la falta de experiencia fueron las principales causas de la no puesta en marcha de este apartado.

#### Formación continuada gráfica

Se creó una revista de orden interno del hospital y para el personal de enfermería que básicamente contempla la información interna y externa, cursos, cursillos, becas, libros, etc., y la formación con investigaciones realizadas por el propio personal así como fichas de trabajo. Se denomina Boletín de Información y Formación Hospitalaria, BIFH.

Este apartado cumplió todos los objetivos trazados, saliendo 10 números por año.

En el curso 78-79, evaluados los resultados del curso anterior, se programó de manera muy similar.

El primer trimestre dio como balance un resultado óptimo; sin embargo, a partir del mes de enero de 1979, bajó la asistencia del profesional notándose una cierta dejadez. Esto nos hizo cambiar algunos objetivos *específicos* programando sesiones de cine científico.

En el tercer trimestre de este curso se difundió una encuesta, que adjuntamos, a todo el personal de enfermería pero no pudimos evaluar el curso con estos datos ya que no se respondieron en la cantidad deseada (de 246 encuestas se devolvieron 10).

Con este resultado nos propusimos cambiar los objetivos *específicos* con el fin de captar la atención del profesional en el curso 79-80.

Volvimos a pulsar la opinión del personal por medio de entrevistas. Pulsamos también la opinión del Comité de Empresa que por desgracia, y debido al momento socio-político, no participó en la elaboración de programas (en años anteriores tampoco participó).

Con estas perspectivas, decidimos olvidar el sistema llevado a cabo en años anteriores y potenciar el trabajo en equipos reducidos.

De esta experiencia tenemos como resultado el

#### I SYMPOSIUM NACIONAL DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

en el que el plan de formación involucró a más de 100 profesionales en la confección de temas y por tanto en la investigación de enfermería, editándose un libro de 500 páginas.

Simultáneamente se trabajó sobre un nuevo sistema de formación continuada, en el que se aglutinara:

- La investigación.
- El trabajo en equipo.
- La unificación de técnicos.

Este sistema es la aplicación de audiovisuales al proceso de atención de enfermería (PAE).

Para ello los equipos que trabajan e investigan una técnica concreta deben:

- Recoger y seleccionar datos.
- Efectuar un diagnóstico de estos datos.
- Transcribirlos a un guión.
- Trabajo conjunto con técnico fotógrafo y coordinador docente.
- Selección de diapositivas.
- Evaluación del trabajo realizado.

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA (PAE)  
 APLICADO A UN PLAN DE FORMACION CONTINUADA

ASISTENCIA TÉCNICA. Basándose en las necesidades asistenciales

- Mínimas
- Medias
- Máximas

En este apartado se desglosan las técnicas de enfermería habituales en nuestro Centro.

*Ejemplo.* Cateterismo vesical, cambios posturales, etc.

ASISTENCIA INFORMATIVA. Medios y métodos de información al paciente y familia durante:

- el ingreso
- la estancia
- y el alta

ASISTENCIA ADMINISTRATIVA. Métodos de organización y administración de enfermería.

*Ejemplo.* Organización de una unidad de enfermería. Control de calidad de métodos y técnicas. Planificación del equipo de asistencia integrada, etc. Coordinación con resto de profesionales.

ASISTENCIA SOCIAL

- al ingreso
- durante la hospitalización
- en el alta

CUADRO 4

HOSPITAL SAN JUAN DE DIÓS  
 BARCELONA

SECRETARÍA DE ENFERMERÍA

**CONSULTA A TODOS LOS MIEMBROS DE LA DIVISION DE ENFERMERIA**

1.<sup>a</sup> CATEGORIA PROFESIONAL: A.T.S.  AUXILIAR

2.<sup>a</sup> TURNO A QUE PERTENECE: L.M.V. (día)  L.M.V. (noche)

2.<sup>a</sup> TURNO A QUE PERTENECE: M.J.S. (día)  M.J.S. (noche)

3.<sup>a</sup> Haz una breve reseña de lo que es para tí Formación Continuada: . . . . .

4.<sup>a</sup> ¿Te ha gustado la Formación Continuada del año pasado? ¿por qué? . . . . .

5.<sup>a</sup> ¿Qué añadirías? . . . . .

6.<sup>a</sup> ¿Qué quitarías? . . . . .

7.<sup>a</sup> ¿Crees que la participación fue suficiente? . . . . .

8.<sup>a</sup> ¿Crees que la audiencia fue suficiente? . . . . .

9.<sup>a</sup> Haz un plan de Formación Continuada: . . . . .

10.<sup>a</sup> Enumera diez temas que debieran incluirse en un plan de Formación para este año . . . . .

11.<sup>a</sup> ¿Crees que el BIFH ha informado y formado a tu gusto? ¿Por qué? . . . . .

12.<sup>a</sup> ¿Qué añadirías? . . . . .

13.<sup>a</sup> ¿Qué quitarías? . . . . .

Por favor entrega este cuestionario a tu Supervisor o en Secretaría General de Enfermería. Gracias.

(FICHA PUESTA EN PRACTICA EN NUESTRA DIVISION DE ENFERMERIA INSPIRADA EN LA TEORIA DE D. MCGREGOR Y EN LOS PRINCIPIOS DE J. SCANLON)

CUADRO 5

Una vez se obtiene el resultado óptimo sirve como medio de enseñanza para el resto de personal.

En el curso 80-81 que nos ocupa actualmente, vistos los resultados del año anterior, nos proponemos:

- Volver a editar el BIFH.
- Potenciar las AV como medio de Formación General.
- Curso de Organización y Administración de Enfermería para Jefes y Supervisores.
- Curso de Higiene Hospitalaria y Epidemiología infecciosa.
- Libro monográfico sobre organización y descripción de puestos de enfermería.

CONCLUSIONES

- Necesidad de establecer programas de formación continuada en los centros asistenciales.
- Con objetivos, planificación y evaluación serios.
- Dentro de horario laboral, por lo menos 2 horas semanales.
- Incluir al Comité de Docencia en estructuración del proceso formativo.

BIBLIOGRAFIA

OVALLE BERNAL, MYRIAM: *La educación continuada en Enfermería*. Anec año I, n.º 3, octubre a diciembre de 1966.

PARVIN COULTER, PEARL: *Educación en el Servicio y Educación Continuada para las Enfermeras*. Enfermería Recopilación de Trabajos, n.º 2, Publicación Científica n.º 117. OMS, agosto 1965.

HEZBERG, FREDERICK: *Una vez más: ¿Cómo motivar a los trabajadores?* Havard Business Review.

GUILBERT, J-J.: *Guía Pedagógica*. OMS, 1979.

CENTOR: *Plan de Formación en la Empresa*. Editorial INDEX, 1972.

LE VEUGLE, JEAN: *Iniciación a la Educación Permanente*. Colección «Magister-Guía». Desclee de Brouwer.

MC GREGOR, DOUGLAS: *El aspecto humano de las empresas*. Editorial Diana, México.

MASLOW, ABRAHAM H.: *Motivación y personalidad*. Ed. Sagitario, Barcelona.

PINILLA, ANTONIO: *Relaciones humanas y laborales en la empresa*. Editores técnicos asociados, S. A., Barcelona.

TESTA, G.: *Organización y dirección de personal*. Ediciones Deusto, Bilbao.

BOULLÉ, ANDRÉ: *Escuela de empresarios*. Ed. Sagitario, Barcelona.

RICE, A. K.: *Aprendizaje de liderazgo*. Ed. Herder, Barcelona.

MARTÍNEZ, E. y PALOM, F. J.: *El tiempo de los dirigentes*. Ed. Index, Madrid-Barcelona.

PINILLA, ANTONIO: *Principios de las relaciones sociales y administrativas*. Editores técnicos asociados, S. A. Barcelona.

*Psicología* (tomos 7 y 8). Ed. Plaza y Jané, Barcelona.

MOLES, ABRAHAM - CAUDE, ROLAND: *Creatividad y métodos de innovación*. Ed. Centro de investigación y aplicaciones de la comunicación. CIAC Barcelona.

TODOLI DUQUE, L.: *Nivel ético del profesional español*. Ed. Confederación española de Cajas de Ahorro, Madrid.

C. ESEVERRI CHAVERRI  
 Director de la División de Enfermería  
 Subdirector de la EUE San Juan de Dios

A. MARSET BOZA  
 Secretario General de la División de Enfermería  
 del Hospital San Juan de Dios

# MESA REDONDA

## DERECHO FUNDAMENTAL A LA ASISTENCIA RELIGIOSA

### PRESENTACION Y COORDINACION

Nos encontramos, una vez más, en un momento crítico de la historia espiritual del mundo, cuya trayectoria discurre entre un abismo y una cima.

Por una parte, la moral tradicional ha sido hecha añicos. Ha sido calificada de hipócrita, convencional, dictada por grupos de influencia.

En los EE.UU., la antes poderosa Oficina de Calificación de Películas y Espectáculos, y su adlátere la Liga Nacional para la Decencia, se han extinguido en silencio por inanición.

Por todas partes se ha instaurado un clima de simpatía hacia sectas más o menos de influencia oriental, mientras que la organización eclesial sigue sufriendo menoscabos.

Así, muchos elementos clásicos de valoración lo confirman: La asistencia periódica a los oficios religiosos, el diálogo con el párroco, la frecuentación de los sacramentos, la oración individual y colectiva, las vocaciones, la ayuda económica a las parroquias.

Otro punto grave es la situación de la enseñanza del catecismo. Así, en Francia, sobre todo después del reajuste del calendario escolar que favorece la práctica de los fines de semana, sólo una quinta parte de los alumnos recibe alguna enseñanza religiosa. Pero aun ésta, en muchos casos, es una lección sin vida, sin testimonio, falta de convicción y falta de rigor intelectual, situaciones que se dan en muchas familias.

Otro importante grupo de problemas no resueltos, son los de la ortodoxia sexual: el divorcio, la limitación de nacimientos, las relaciones pre-matrimoniales; un último aldabonazo lo hemos oído en el curso de la reciente visita del Santo Padre a Alemania por boca del representante de las Juventudes de Acción Católica: «No estamos conformes con el silencio y la doctrina petrificada del Vaticano».

En realidad, estos mismos conceptos, envueltos en una opinión mucho más matizada la ha expresado, rotundamente el Obispo John R. Quin en el Sexto Sínodo de Obispos: «Vengo y debo decir, lo que parece que se quiere silenciar y olvidar».

Desde mediados del siglo XVI, los teólogos fueron los reguladores de la fe en la cristiandad, los formadores de clérigos, los apologetas contra los herejes. Luego, alrededor de 1960, pareció como si se abriesen las ventanas a la luz. Los teólogos fueron escuchados, comentados, ensalzados por gente de toda clase. Pero después de 15 años de luz, ha venido de nuevo la sombra del Santo Oficio. Algunos teólogos son sancionados y destituidos de sus cátedras por no ajustarse a las normas eclesiales.

Al otro lado del barranco, se alza una cima, cuya altura y luminosidad deslumbra y llena de esperanza. En todo el mundo surgen voces poderosas. El retorno de Dios. El Premio Nobel de la Paz se da a una religiosa cristiana.

Los filósofos y científicos, discuten de nuevo las ideas fundamentales sobre la existencia de Dios.

Y hablar de Dios es el punto de partida de creer en él.

Al lado del libro de Hans Küng: *¿Existe Dios?*, se publican otros: *Cómo pensar en Dios: Una guía para el pagano del siglo XX* (Macmillan). Como en la vieja apologetica se disecan las pruebas. La Prueba Moral, la Prueba Mental, la Prueba Experimental, la Prueba Teológica, la Prueba Cosmológica. En todas partes, y concretamente en la corrompida California, millares de personas se reúnen para rezar y cantar en común. Sí, es distinto, pero es así.

No quisiera terminar estas palabras de presentación previstas para caldear el ambiente, y evitar una mesa redonda boba, sin hacer referencia al tema que ha aparecido en grandes titulares: *Suicídese, pero no moleste. El derecho al suicidio. Morir con dignidad. Inscríbese a nuestra asociación*. El libro inglés sobre las técnicas del suicidio. La asociación de París, la limitación y eliminación de la población anciana en Luxemburgo, y tantas otras realidades.

Pasemos ya, después de estas primeras palabras, al núcleo de esta mesa redonda sobre el «Derecho fundamental a la asistencia religiosa».

DR. IGNACIO ARAGO

### PRINCIPIOS TEOLOGICOS SOBRE LA LIBERTAD RELIGIOSA

Puede decirse que el tema *derecho fundamental a una asistencia religiosa* por parte del enfermo y, sobre todo, del enfermo hospitalizado, es un tema conflictivo porque en este ámbito parecen contraponerse exigencias diversas de diversos sectores de la vida y, sobre todo, porque en este tema inciden diversas concepciones filosóficas y teológicas de la sociedad y de la misma persona humana.

Aquí no podemos hablar en concreto, sino que será más conveniente derivar este tema —es decir, *este derecho*— de un planteamiento más amplio y global. Evidentemente estamos ante un caso del ejercicio activo del derecho de la persona a la libertad social y civil en materia religiosa. Por lo tanto, quiero exponer brevemente —desde mi punto de vista creyente y teológico— los fundamentos éticos y teológicos dados por el Concilio Vaticano II cuando expone y defiende el derecho de todo hombre a la libertad religiosa y a su ejercicio.

#### NOCION DE LIBERTAD RELIGIOSA

La famosa Declaración sobre la Libertad Religiosa del Concilio Vaticano II comienza declarando en principio que «la persona tiene derecho a la libertad religiosa» y continúa definiendo más ampliamente este derecho:

«Esta libertad consiste en que todos los hombres deben estar inmunes de coacción, tanto por parte de personas particulares como de grupos sociales y de cualquier potestad humana, y esto de tal manera, que en materia religiosa ni se obligue a nadie a obrar con-

tra su conciencia ni se le impida que actúe conforme a ella en privado y en público, solo o asociado con otros, dentro de los límites debidos».

Se sobreentiende, por lo tanto, que al derecho personal a la libertad religiosa debe corresponder por parte de los individuos, de comunidades diversas o grupos y también por parte del Estado, el reconocimiento al ejercicio ordenado de esta libertad. Reconocer una libertad sin postular al mismo tiempo la obligación de terceros de respetar el ejercicio de esta libertad, no tendría sentido.

La Iglesia Católica se ha sumado tardíamente al reconocimiento de esta libertad fundamental, por razones que no hacen al caso. Por ello, cuando la Iglesia pide para sí y para sus miembros el respeto a esta libertad fundamental puede parecer a algunos que está exigiendo un privilegio, cuando en realidad se trata de un derecho fundamental válido para católicos y no católicos, para creyentes y no creyentes. En los momentos actuales conviene no olvidar esto.

El que este derecho sea una conquista moderna que desborda todo tipo de confesionalidad y de ideología queda patente en la *Declaración Universal de los Derechos del Hombre*, firmada en la ONU el 10 de diciembre de 1948. Sus artículos 18 y 19 afirman:

«Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, así como la libertad de manifestar su religión o su creencia, individual y colectivamente, tanto en público como en privado, por la enseñanza, la práctica, el culto y la observancia.

Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión».

Parecidas expresiones se hallan en la Convención Europea para la salvaguarda de los derechos del hombre, del 4 de noviembre de 1960 y en la Declaración de Helsinki del 1 de agosto de 1975.

La *Constitución Española* sanciona y formula en su artículo 15 el derecho fundamental a la libertad religiosa:

«1. Se garantiza la libertad religiosa y de cultos de los individuos y de las comunidades, así como la de profesar cualquier creencia o ideología con la única limitación, en sus manifestaciones externas, del orden público protegido por las leyes.

2. Nadie podrá ser obligado a declarar sobre su religión, creencias o ideologías.

3. Ninguna confesión tendrá carácter estatal. Los poderes públicos tendrán en cuenta las creencias religiosas de la sociedad española y mantendrán las consiguientes relaciones de cooperación con la Iglesia Católica y las demás Confesiones».

El ejercicio de esta libertad se concreta más en el Real Decreto de 25 de agosto de 1978, aprobando las normas provisionales de gobierno y administración de los servicios hospitalarios y, por último, en la ley orgánica sobre libertad religiosa del 5 de julio de 1980.

Pero, ahora, más que la legislación española vigente, será interesante analizar brevemente los fundamentos éticos y teológicos del derecho a la libertad religiosa.

## FUNDAMENTOS DE LA LIBERTAD RELIGIOSA

### LA DIGNIDAD DE LA PERSONA HUMANA

El Concilio fundamenta la libertad religiosa en el argumento ético de la dignidad de la persona humana, en su misma naturaleza social y en el valor de la propia conciencia.

«Todos los hombres, conforme a su dignidad, por ser personas, es decir, dotados de razón y de voluntad libre y, por tanto, enaltecidos con una responsabilidad personal son impulsados por su propia naturaleza a buscar la verdad y además tienen la obligación moral de buscarla, sobre todo la que se refiere a la religión. Están obligados, asimismo, a adherirse a la verdad conocida y a ordenar toda su vida según las exigencias de la verdad».

Pero, evidentemente, no se puede satisfacer esta obligación de forma adecuada a la propia naturaleza humana si no se goza de:

a) Libertad psicológica.

b) Al mismo tiempo, *de inmunidad de coacción externa*.

Por consiguiente, concluye el Concilio, «el derecho a la libertad religiosa no se funda en la disposición subjetiva de la persona sino en su misma naturaleza».

El Concilio señala también que «la verdad debe buscarse de modo apropiado a la dignidad de la persona humana y a su naturaleza social, es decir, mediante una libre investigación, sirviéndose del magisterio o enseñanza, de la comunicación y del diálogo, mediante los cuales unos exponen a otros la verdad que han encontrado o creen haber encontrado para ayudarse mutuamente en la búsqueda de la verdad».

Por último, se desarrolla el valor de la propia conciencia como el lugar privilegiado de encuentro del hombre con Dios y, por consiguiente, la obligación de cada persona de ser fiel a su propia conciencia.

### ARGUMENTOS TEOLÓGICOS

Los argumentos aducidos para fundamentar teológicamente el derecho a la libertad religiosa son, en síntesis, dos: la necesaria libertad del acto de fe y el mismo comportamiento de Cristo.

#### *La libertad del acto de fe*

Es doctrina tradicional católica que la fe es la respuesta personal y libre del hombre a la Palabra y a la gracia de Dios. La libertad y la voluntariedad del acto de fe es algo esencial que siempre hay que mantener y salvaguardar. Por lo tanto, así como «nadie debe ser forzado a abrazar la fe contra su voluntad», también «está en total acuerdo con la índole de la fe el excluir cualquier género de coacción por parte de los hombres en materia religiosa».

#### *El comportamiento de Cristo*

Jesús invita a la fe, pero no la impone por la fuerza. «Su reino no se defiende a golpes, sino que se establece dando testimonio de la verdad». Jesús *sirve* a los hombres, no como Señor omnipotente sino como siervo y siervo clavado en Cruz. Esta estructura evangélica, este camino de Cristo, es una estructura y es un camino *normativo* para la Iglesia. Para el establecimiento del Reino de Dios, la fuerza del poder es siempre una tentación y como tentación la Iglesia debe rechazarla, siguiendo también en esto el ejemplo vivo de Cristo.

La libertad necesaria para el acto de fe (y del mismo acto de fe) y el comportamiento de Cristo aparece también en el *comportamiento de los Apóstoles*, cuya función esencial es la de anunciar y de predicar la Palabra de Dios. Asimismo, la Iglesia en su conjunto sigue los pasos de Cristo y el ejemplo de los Apóstoles «cuando reconoce y promueve la noción de libertad religiosa como conforme a la dignidad humana y a la revelación de Dios». El Concilio reconoce por fin que «se ha dado a veces un comportamiento menos conforme con el espíritu evangélico, e incluso contrario a él, no obstante siempre se mantuvo la doctrina de la Iglesia de que nadie debe ser forzado a abrazar la fe».

## LOS LIMITES AL EJERCICIO DE LA LIBERTAD RELIGIOSA

El ejercicio de la libertad religiosa está condicionado, naturalmente, al principio general de la responsabilidad personal y social, es decir, al hecho de que todo hombre y grupo social está obligado a tener en cuenta los *derechos de los demás* y los *deberes* para con los otros y para con *el bien común de todos*. Además «con todos hay que obrar conforme a la justicia y al respeto debido al hombre».

Estos límites se concretan, de hecho, en la necesidad de un ordenamiento jurídico y en la defensa contra un «proselitismo de mala ley».

### ORDENAMIENTO JURÍDICO DEL DERECHO A LA LIBERTAD RELIGIOSA

La sociedad civil tiene evidentemente el derecho de protegerse contra los abusos que puedan darse con excusa de la libertad religiosa. Así, por una parte, el poder civil debe:

— Proteger y promover los derechos inviolables del hombre.

— Asumir eficazmente la protección de la libertad religiosa de todos los ciudadanos por medio de leyes justas y otros medios apropiados.

— Crear las condiciones para que los ciudadanos puedan realmente ejercer los derechos de esta libertad.

— Promover la igualdad jurídica de los ciudadanos, sin establecer discriminaciones entre ellos por motivos religiosos.

Al mismo tiempo, fundándose en normas jurídicas conformes con el orden moral objetivo, el poder civil debe establecer normas concretas para la tutela eficaz de:

— Una honesta paz pública, que «es la ordenada convivencia en la verdadera justicia».

— La debida custodia de la moral pública.

Estas normas de carácter más bien restrictivo atenderán, con todo, al principio de que «debe reconocerse al hombre el máximo de libertad, y no debe restringirse sino cuando es necesario y en la medida en que lo sea».

### DEFENSA CONTRA UN «PROSELITISMO DE MALA LEY»

Todo hombre y toda iglesia tiene el derecho a dar testimonio de sus creencias. El derecho de la libertad religiosa incluye el derecho de dar este testimonio, respetando siempre la justicia y la dignidad de la conciencia ajena. Pero el «proselitismo» es la corrupción de este testimonio, ya que se trata de todo comportamiento abusivo e impertinente en el ejercicio del testimonio cristiano que atente contra la libertad religiosa del prójimo.

Las actitudes reprobables en el ejercicio del testimonio forman una extensa gama. Según documentos del Consejo Mundial de las Iglesias y del Secretariado Romano para la unidad de los cristianos, podemos concretarlas en los siguientes puntos:

— Toda clase de presiones físicas o morales o sociológicas que desemboquen en la alienación o en la privación del juicio personal, de la libre voluntad y de la plena autonomía y responsabilidad del individuo.

— Toda ventaja material o temporal, ofrecida abiertamente o de manera indirecta, como precio de la aceptación de la fe de aquel que da testimonio.

— Toda ventaja resultante del estado de necesidad en que pudiera encontrarse el que recibe el testimonio, o de su situación de debilidad social o falta de instrucción, con vistas a convertirlo al propio credo.

— Todo aquello que pueda suscitar sospechas sobre la buena fe del otro...

— Toda alusión carente de justicia o caridad a creyentes de otras comunidades cristianas o religiones no cristianas, con vistas a hacer adeptos; los ataques malintencionados que hieran

los sentimientos de otros cristianos o miembros de otras religiones.

— Ninguna Iglesia debe buscar por medios desleales el paso a ella de quienes profesan la fe de otra Iglesia, tanto si se trata de grupos como si se trata de individuos.

Todas estas actitudes vulneran, evidentemente, el derecho personal al ejercicio de la libertad religiosa y a la misma dignidad de la persona humana.

### APLICACION DE ESTOS PRINCIPIOS AL CASO DEL ENFERMO

Hemos expuesto la noción, los fundamentos y los límites de la libertad religiosa. Este derecho fundamental debe ser reconocido a toda persona. El enfermo y el enfermo hospitalizado tiene como persona, como persona responsable y como persona en una situación especialmente necesitada, el derecho a que se le reconozcan y faciliten todas las posibilidades que este derecho fundamental implica.

Sin embargo, a partir de estas afirmaciones generales, habrá que pasar a un nivel tal vez más conflictivo —sobre todo en el enfermo hospitalizado— del *cómo*, *cuándo* y *en qué medida* el enfermo puede ejercer este derecho fundamental a una asistencia religiosa. En todo caso, es importante reconocer la existencia de dos niveles: el nivel del reconocimiento teórico de este derecho fundamental que no puede limitarse sin causa justa y *el nivel práctico que requiere una normativa concreta*. En todo caso habría que aplicar el sabio principio del Concilio cuando afirma que «debe reconocerse al hombre el máximo de libertad, y no debe restringirse sino cuando es necesario y en la medida en que lo sea». Y esto tiene una aplicación más personal, más urgente y más necesaria en el enfermo, ya que su situación requerirá normalmente unas atenciones y unos cuidados especialmente esmerados.

HECTOR VALL, S. J.

### PUNTO DE VISTA DE UN PROFESIONAL MEDICO

Al intentar sintetizar mis reflexiones sobre el tema enunciado, rápidamente intuyo dos caminos totalmente distintos, que no contrapuestos. Un estudio teórico bajo el amparo de la Deontología Médica sería posible y probablemente brillante, pero dudo de su eficacia... Por otra parte, una serie de situaciones vividas y casos reales se agolpan en mi mente y tengo verdadera necesidad de exponerlos y discutirlos aprovechando la presencia aquí de la calidad profesional multidisciplinaria de mis compañeros de mesa.

Que la persona, enfermo o no, tiene como uno de sus derechos fundamentales el de poder recibir, en cualquier situación, la asistencia religiosa por él requerida, es evidente. Pero a lo largo de la puesta en práctica de mis obligaciones profesionales, obligaciones marcadas por la sociedad y que se resumen en una sola: proporcionar salud, ha habido ocasiones en las que aparentemente había intereses contrapuestos y me era obligado elegir: o daba salud sin respetar el derecho religioso, o respetaba el derecho religioso y el enfermo fallecía o su riesgo vital era superior a lo que mi propia conciencia profesional podía tolerar en el estado actual de la ciencia asistencial. Y todo ello se complicaba más en mi mente porque yo milito en el grupo para los que recuperar la salud quiere decir: recuperar el total equilibrio integral de la persona y por tanto su equilibrio religioso también.

De todas formas, me alegra ahora no haber hecho un estudio teórico y amateur del problema. Un compañero que ha hablado

antes que yo me ha señalado un gran cambio teórico cuando ha hablado de unos posibles límites a la libertad religiosa en situaciones de posible afectación de la paz pública, de la custodia de la moral, del derecho de terceros...

Esto confirma plenamente mi impresión y tranquiliza mi conciencia: libertad sin lesionar a nadie...

Y paso ya a la exposición concreta de uno de los casos vividos en el hospital con la intención de que sirva de base para la posterior discusión del problema por los miembros de la Mesa y por supuesto del público asistente. He escogido este caso por ser el primero vivido en el papel de responsable directivo hospitalario y que, por tanto, me obligó a una reflexión si cabe más profunda para decidir nuestra mejor y más lícita actuación.

Se trata de una niña de 10 años ingresada por un problema de anemia aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos. Esta situación de urgencia fue motivada por la presencia ciertamente rara en estas edades de un úlcus gástrico sangrante. Para la ciencia médica esta situación es de riesgo vital evidente y si el agravamiento es progresivo sólo existe un tratamiento posible que garantice algún resultado: transfusión de sangre fresca.

En esta situación, y a punto de fijar el estado límite en que se indicará la transfusión, se habla con la familia para informarles y solicitar su aquiescencia en la orientación llevada a la paciente y el médico responsable se encuentra con una situación paradójica: la familia rechaza el tratamiento, sus creencias religiosas les impiden aceptar derivados homólogos para sus tratamientos internos.

Dada la estructura hospitalaria el médico responsable solicita instrucciones de la dirección médica. El problema es claro y no hay discusión técnica, sólo aspectos morales y por supuesto legales. La comunicación telefónica con el juez no nos aporta grandes soluciones ya que se nos ofrece sólo un dilema: si fallece la niña por falta de transfusión serán ustedes acusados de negligencia profesional, si instauran transfusión contra la voluntad de los padres pueden ustedes ser acusados de no respetar la voluntad ajena (por no hablar de lo que ocurriría si falleciera el paciente por esta causa...).

Nuestra actuación fue clara y decidida: se ordena poner la transfusión si se llega al punto crítico de la necesidad de la misma con comunicación escrita al señor juez de nuestra actuación para iniciar ya el posible proceso legal a que hubiera lugar... La Divina Providencia actuó y no hubo necesidad de transfusión, la paciente se recuperó lenta y progresivamente...

Sirva este caso sólo de ejemplo para provocar la participación de todos ustedes en la discusión e intercambio de opiniones que a continuación vamos a tener bajo la coordinación de nuestro moderador.

A. PALOU

Subdirector Médico del Hospital San Juan de Dios,  
Barcelona

## EXPERIENCIA DESDE LA ENFERMERIA

Mi experiencia en este terreno, me viene de dieciséis años de trabajo en hospitales:

— De 1964 a 1967, en el Hospital Provincial de Salamanca, como estudiante.

— De 1967 a 1977, en el Hospital-Clinica San Camilo de Madrid, propiedad de los padres Camilos, como enfermera, y desde enero de 1969 como Enfermera Jefe y Subdirector del hospital.

— Durante 1975, a la vez, formé parte del equipo que puso en marcha el Hospital Comarcal de San Pedro de Ribas en Barcelona, también propiedad de los padres Camilos.

— De mayo de 1977, hasta el momento, en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, como Director de Enfermería.

La problemática ante el respeto a este derecho, no ha sido muy diferente entre unos centros y otros y lo digo con pena, pues es el sentir no sólo mío, sino de casi todos los profesionales de la enfermería con los que he tenido relación en estos años.

En mi criterio, creo que no se respeta el derecho a la asistencia religiosa, porque no hay conciencia de que es un derecho. Tanto a nivel de los propios enfermos (que lo deberían reclamar), como de las instituciones hospitalarias, que tendrían que instrumentar los medios para poder prestar la ayuda, tanto dentro como fuera del hospital, allí donde estuviera el enfermo.

Me he encontrado en estos centros hospitalarios, con libertad suficiente para que cada persona que lo deseara, practicara el culto que creía. Pero no los medios suficientes para dar satisfacción a este derecho de la asistencia religiosa del enfermo.

Las soluciones que hemos dado hasta ahora, han sido poner en contacto a los enfermos con el capellán del hospital, si eran católicos y si no lo eran el mismo capellán o el Departamento de Asistencia Social se ocupaba de tener contacto con pastores o rabinos de otras religiones, etc.

Creemos que las soluciones en el hospital, tienen que venir por dos caminos conjuntos:

— Una pastoral sanitaria.

— Institucionalización del Servicio de Asistencia Religiosa.

A nosotros se nos ocurrió que para empezar a abrir un camino podría incluirse en las Historias Clínicas, a la vez que la manera de localizar a sus familiares, el número de SOE, etc., la religión a la que pertenecen, con el fin de crear un ambiente de libertad y familiarización con este derecho.

En resumen, creemos que en nuestros hospitales no hay conciencia del derecho a la asistencia religiosa del enfermo. Falta educación en el enfermo y en el personal sanitario que lo atiende. A lo sumo, más que problemas, hay una creciente preocupación por la asistencia religiosa. También preocupación porque no hay muchos problemas, como un reflejo de que no hay inquietudes religiosas.

El enfermo que siente estas inquietudes y necesidad de asistencia religiosa, viene al hospital con el *cura puesto* o el rabino, pastor, etc.

MARIA DEL CARMEN GARCIA-AMADO

## DERECHO FUNDAMENTAL A LA ASISTENCIA RELIGIOSA

### Visión de un pastor de culto evangélico

«Estuve enfermo y me visitasteis» (Mateo 25, 36). Son palabras de Jesús de Nazaret, referidas al juicio final de las naciones. Atribuye esta cualificación de la conducta, a un servicio realizado como si se le hubiera prestado directamente a su Persona.

En la parábola conocida con el calificativo de *Buen Samaritano* transmitida por el médico-evangelista Lucas (10, 25-37) queda al descubierto la responsabilidad (o mejor dicho, la irresponsabilidad) de los representantes religiosos del pueblo judío que eluden el afrontar el caso de un herido hallado en su camino. Nos sitúa ante un caso de responsabilidad penal por denegación de auxilio en carretera, y otra, más íntima y más comprometedora, de responsabilidad moral por abandono de un semejante a su muerte, en una situación crítica.

Un comerciante, de ideología y religión controvertida, es quien atiende, con todas sus consecuencias, al herido.

## NUESTRA COMPRESION DE LAS PERSONAS

El hombre no puede —desde nuestro punto de vista protestante— ser definido aisladamente, en sí mismo, como si tuviese una existencia autosuficiente, dentro de los límites del propio ser.

El ser humano no existe solo. El estar solo, es decir, separado de Dios y de sus semejantes, es estar privado de la plenitud de la existencia. Lo que el hombre es en su relación vertical con Dios y horizontal con sus semejantes, es lo que él es realmente, y cada relación depende de la otra. En realidad no son dos, sino una interdependiente que le define en la relación «tú-yo», sin la cual no se tiene punto de referencia para descubrirse como ser en plenitud.

### LA SITUACION DE ENFERMEDAD DISTORSIONA LA RELACION DEL SER HUMANO, CONSIGO, CON DIOS Y CON LOS DEMAS

Es evidente que el enfermo se enfrenta a dos órdenes de problemas más o menos diferenciados.

En el terreno científico —que no es el de mi competencia— se sitúan los problemas referentes a la naturaleza de la dolencia: diagnóstico, etiología, etc. Compete al médico en exclusiva.

Pero, la enfermedad puede tener (¡y de hecho tiene!) motivaciones espirituales, o afectar la espiritualidad del individuo. El ser humano necesita la atención —y cura de alma— por parte de la persona que le ofrezca plena confianza, de acuerdo con su fe religiosa.

Toda enfermedad es, o provoca, una crisis de vida, que necesita de la solidaridad humana, al lado de la ciencia médica. La necesidad de ser reconocido, comprendido, amado, sostenido y consolado, se hace patente al pastor en su visita a los enfermos; la necesidad del ser humano de no estar solo en la prueba y frente a todos los problemas que le plantea su situación personal, hace precisa una comunión viva en la fe que le define como miembro de una comunidad de esperanza. El Evangelio, llevado personalmente como consuelo, fortalece el ánimo en las situaciones que la ciencia no puede cambiar. Ayuda a soportar lo que no se puede cambiar aquí, y mantiene la confianza en el sí eterno de Dios y la certeza de que todo tiene sentido, por muy oculto que pueda estar a la mente humana.

La Biblia dice, respecto a lo anterior, que el mismo Jesucristo se situó en la plenitud de la condición humana (Filp 2, 5) en un descenso radical, para hacerse solidario de las situaciones límites o periféricas, y ayudar al ser hombre-mujer a encontrar su identidad personal.

Santiago, en la carta que lleva su nombre, exhorta a vivir positivamente la fe cristiana, cuando escribe: «¿Sufre alguno de vosotros? Que ore. ¿Está gozoso? Que alabe al Señor. ¿Ha caído enfermo? Que mande llamar a los presbíteros de la iglesia, y oren por él ungiéndole con aceite en el nombre del Señor.

Y la oración de fe salvará al enfermo, y el Señor lo levantará» (Santiago 5, 14-15).

### MINISTERIO DE LA ESCUCHA

El enfermo tiene derecho a ser escuchado. Lo que sienten que deben decir es de vital importancia para ellos. Deben ser escuchados como sujetos humanos con sus experiencias y problemas. Sobre todo cuando se preguntan por el sentido de su vida y si vale la pena vivirla.

Situaciones de desánimo, que a veces llevan al suicidio, sufrimiento, temor, rebeldía ante su situación, soledad, tristeza y otras, pueden y deben ser compartidas —en la medida de lo posible— y conllevadas con delicadeza, intuición y amor, ministrando las situaciones más íntimas y profundas del paciente.

## LAS IGLESIAS PROTESTANTES

A nivel europeo tienen capellanes en los hospitales que atienden las necesidades espirituales y morales de los pacientes de su confesión religiosa o afines.

En España, excepto en el Hospital Evangélico de Barcelona, no existe ningún servicio de capellanía protestante.

Los pastores evangélicos (protestantes) realizamos la visitaación de enfermos en los domicilios, preferentemente. En los hospitales, los enfermos evangélicos, son visitados —salvo alguna excepción— en las mismas condiciones que el resto de los visitantes. En algunos hospitales no ponen dificultades para que los pacientes sean visitados pastoralmente fuera de las horas de visita general, lo cual permite realizar la visita pastoral de forma íntima, adecuada a la situación de cada individuo.

Pero, todavía hay reticencias. Hace dos semanas en un hospital de Sabadell, donde llegué a las 4,30 tuve que esperar a la hora de visita general, que era a las 5, para poder visitar a un paciente.

Sin embargo, la Ley de Libertad Religiosa promulgada el 5 de julio de 1980 garantiza el poder «recibir asistencia religiosa de su propia confesión». Y en el apartado tres del artículo segundo, se especifica: «Para la aplicación real y efectiva de estos derechos, los poderes públicos adoptarán las medidas necesarias para facilitar la asistencia religiosa en los establecimientos públicos militares, hospitalarios, asistenciales, penitenciarios y otros bajo su dependencia, así como la formación religiosa en centros docentes públicos».

Todavía faltan dar algunos pasos hasta que dejemos de estar al criterio administrativo de las entidades hospitalarias para tener libre acceso al enfermo, en todos los hospitales y en las horas necesarias.

Y a quienes puedan objetar razones *médico-técnicas* les remitiría a la frase de un doctor, respecto a un pastor, ambos anónimos, pero no únicos: «Me gusta que este hombre visite a mis pacientes, porque siempre los deja mejor de lo que los encuentra».

### UN PROBLEMA DISTINTO

Los evangélicos no tenemos previsión —¡todavía!— para establecer capellanías en los hospitales. Hasta ahora, cada comunidad sigue a sus miembros, incluso en la atención hospitalaria y en los sepelios, cuando se produce la muerte. Pero pienso que el Consell de les Esglésies Evangèliques de Catalunya podría organizar un modesto servicio para atender a los hospitalizados que no siendo católicos desearan algún tipo de asistencia religiosa.

También habría de solucionarse el problema de enfermos o heridos extranjeros, quienes al no tener familia que avise al responsable de la comunidad evangélica, cuando llega la noticia es —casi sin excepción— después de producirse el fallecimiento y no antes. Es obvio que me estoy refiriendo a visitantes o turistas y no a residentes, aunque en algunos casos la situación es casi idéntica.

### FINALMENTE

Como evangélicos, estamos dispuestos a asumir todas nuestras responsabilidades, no sólo dentro de los límites de nuestras comunidades y hacia nuestros fieles, sino en el amplio círculo de necesidades que asedian a los seres humanos con quienes compartimos la tierra y la historia, hasta que llegue el día en que todas las cosas sean hechas nuevas, según la visión de futuro que nos aporta el Libro del Apocalipsis: «Enjugará Dios las lágrimas de sus ojos, y ya no habrá más muerte, ni luto, ni llanto, ni dolor. Es todo un mundo viejo el que pasó» (Ap 21, 4).

## PUNTO DE VISTA DE UN CAPELLAN DE HOSPITAL

Voy a afirmar este derecho: «el derecho fundamental a una asistencia religiosa» y reivindicarlo para un campo donde con más frecuencia y en mayor medida se lo conculca o no se le deja existir: el campo psiquiátrico. Más aún, se impide este derecho desde múltiples campos y con razones aparentemente cargadas de peso.

### *Desde el campo social*

Las comunidades cristianas, igual que las familias, rechazan al enfermo mental. Las razones son de orden estético: «no hacen más que tonterías o son unos pesados».

### *Desde el campo institucional*

La institución reproduce, como en un espejo, el maniqueísmo del enfermo mental; y se queda ahí, sin proporcionar al enfermo una profundización religiosa que le ayudaría a resolver este maniqueísmo. Razones, la conveniencia de la propia institución, pues resolverla supondría poner en entredicho su misma existencia.

### *Desde las ideologías subyacentes a determinadas terapéuticas*

Para ellas, Dios no es más que el Padre castrador y la religión la neurosis obsesiva universal de la Humanidad. Insistir en la religión equivale a reforzar la neurosis o seguir manteniendo al individuo sojuzgado bajo la bota de un Padre

aterrador. Es, por tanto, antiterapéutico. Una buena, excelente razón.

### *Desde el mismo ambiente que se respira en un psiquiátrico*

Allí, y constantemente, se montan y desmontan los mecanismos que forman una personalidad; todo se explica por la psicología y la patología; no queda casi nada para la libertad y responsabilidad, para la admiración y la sorpresa. Allí, la fe y la religión no son más que motivaciones inconscientes de nuestros deseos insatisfechos y ocultos.

### *Y desde determinados campos teológicos*

Cierta teológica racionalista, e incluso voluntarista, no se siente inclinada a concederles capacidad de conciencia moral, de responsabilidad; en definitiva, de vida religiosa. Y si no son capaces de ella ¿para qué molestarse con ellos?

Frente a estas tan buenas razones, yo reivindico el derecho a una asistencia religiosa para ellos. Mi razón es sencilla: he sido su capellán durante nueve años y sé que el enfermo mental es profundamente religioso. Lo que pasa es que su religiosidad es más óptica, va más a la raíz; por tanto, está menos institucionalizada. Si uno es capaz de bordear ciertas ideas obsesivas de tipo religioso, de buscar el sentido de determinados y precisos, casi meticulosos, ritos religiosos, de interpretar grandes o pequeños delirios religiosos, se encontrará con una persona angustiada que te está pidiendo descoherencia a su vida y le proporciona un poco de paz. Y esa es, no lo olvidemos, una tarea eminentemente religiosa.

MARIANO GALVE

# DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD

La muerte ha llegado a ser en nuestra sociedad algo tan trivial y común que casi no merece nuestra consideración; y de la misma forma como se manipula la vida lo hacemos con la muerte. Vidas sin sentido, desquiciadas, marginadas, insustanciales..., muertes manipuladas, cosificadas, reducidas a síntomas, algo sin valor. Proclamar el derecho a morir con dignidad parece algo utópico, incluso como desprecio a la vida, a nuestros adelantos médicos. Sin embargo, hoy más que nunca el hombre necesita que este derecho se le respete, y con él todo cuanto de asistencia a las necesidades que, precisamente, en este momento tiene.

«Necesidades básicas de los enfermos terminales y asistencia integral», es la mesa redonda que ofrecemos a nuestros lectores.

Los componentes de la mesa —un médico, una enfermera, un capellán de hospital y un teólogo— presentan las ideas principales que enmarcan este derecho tal y como es visto por cada uno desde su rol.

De ahí todo un bombardeo de ideas en torno al tema:

Qué es el enfermo terminal. Qué es y qué debe ser el hospital.

Cómo paliar las molestias y sufrimientos del enfermo.

Debemos cambiar nuestras actitudes: se trata de que vemos personas enfermas y no enfermedades. Qué es vida normal en el enfermo.

La experiencia vivida en el Hospice de Londres da luz a tantos interrogantes que nos hacemos sobre la muerte y las necesidades del enfermo terminal.

La asistencia no se reduce a cuidados humanos y psicológicos;

la experiencia del capellán en un centro va desde lo difícil de la comunicación hasta lo reconfortante de celebración de la fe con signos sacramentales.

Lo religioso adquiere un relieve especial en estos momentos, de ahí la importancia de la atención y presencia del capellán y de que éste sepa compartir estos momentos, difíciles para el enfermo; toda una estrategia de prudencia, de respeto y, al mismo tiempo, de coraje.

El teólogo reflexiona sobre las distintas opciones surgidas, a veces, desde aspectos diversos, culturales, médicas, religiosas. ¿Cuál ha de ser el tipo de asistencia que desde estas opciones se precisa?

Difícil, ya que las actitudes son múltiples: la del médico que lucha contra la muerte y que al final se siente derrotado; la del propio enfermo con sus angustias, su rebelión, su «no querer morir ahora»; la de la familia con su intento de no molestarle, de hacerle todo cuanto está al alcance de la medicina...; todos presionan, luchan a favor de la vida, contra la muerte. Y cada uno intenta hacer todo lo que cree que debe y ello sobre la base de que se trata de un ser al que se le ama desde distintos ángulos.

A continuación, el padre Francisco Abel desarrolla el último tema de este Seminario: «Cómo pueden protegerse los derechos del enfermo»:

No se trata de levantar pancartas para gritar los derechos, sino en establecer unos controles que vengan orientados por la ley y que impidan ciertas agresiones.

¿Es el individuo, es la sociedad la que debe poner estos controles?

Somos conscientes de lo complejo del trabajo hospitalario, las breves estancias, la impotencia de muchos enfermos, la pobreza de relación médico-paciente, cierto tipo de enfermedades, de recursos técnicos y económicos, la ignorancia de los derechos por parte de los profesionales, y otros muchos elementos más, dificultan la potencia de los derechos de los pacientes. Pero hay que conseguirlo.

# MESA REDONDA

## NECESIDADES BASICAS DE LOS ENFERMOS TERMINALES Y ASISTENCIA INTEGRAL

### PRESENTACION Y COORDINACION

Es urgente llamar la atención sobre la asistencia a los enfermos terminales. Es preciso reflexionar sobre la incapacidad frente a la muerte como un problema de la pastoral de los moribundos que nos afecta a todos.

La muerte contradice la *finalidad institucional* del hospital, que es la de restituir la salud, o por lo menos conservar la vida. Todo está concebido en función de esta finalidad, médicos y personal de enfermería están al servicio de ella. En una institución tan claramente definida, los moribundos son considerados como *fuera de ley*, y deben acabar sus días en la soledad.

La forma ladina en que se hace la propaganda en algunos países, es un juego de palabras y conceptos, el hombre no debe sufrir ni por disgustos, por enfermedades o por ser viejo, ya que se le ofrece, bajo la protección del Estado, una *muerte placentera*, asistiendo a la naturaleza para encontrar las paradisíacas ventajas de la muerte dulce. En el Estado de Florida se da el caso de que el doctor Sakett ha propuesto que el 90 por 100 de los mentalmente subnormales que hay en los hospitales deben morir por eutanasia; lo mismo que los niños mongólicos afectados por neumonías no merecen la pena que se les ponga tratamiento médico. El doctor Williams, profesor de la Universidad de Washington, ha escrito que los planes para evitar la superpoblación del mundo han de incluir la eutanasia negativa negando asistencia médica, y que después de diezmada la humanidad por este método se intensifique la conveniencia de la muerte voluntaria. El doctor Watson, premio Nobel de medicina, preconizó que legalmente debe autorizarse la eutanasia en los recién nacidos en sus primeras cuarenta y ocho horas de vida en el caso de que naciesen con alguna tara o simplemente por no ser *deseados* por sus progenitores, pues según dicho *sabio*, los niños no son seres humanos hasta que cumplan el primer año de su nacimiento. Aún más atrevido es el profesor Garret Hardin, de la Universidad de California, quien dice que deben hacerse obligatorios y no voluntarios, la esterilización y el aborto. Existen numerosos laboratorios farmacéuticos que se enriquecen preparando productos para ayudar los deseos de los que hayan vivido sus vidas y están listos para una buena muerte por placer. Hacen la guerra a los preparados farmacéuticos destinados a conservar la vida de los ancianos. ¡Cuestión de dólares!

En las escuelas ya se enseña a los niños a comprender la necesidad de la eutanasia en los ancianos y hasta el infanticidio.

En esta encrucijada de la Humanidad en que existen dos posiciones opuestas con respecto a la muerte, posiciones que condicionan en un nivel muy profundo reacciones y actitudes: la que no ve en la muerte más que una afrenta a la vida humana, un absurdo absoluto, y la que considera la muerte como parte de la vida humana que

puede eventualmente recibir un sentido..., los cristianos tienen algo que decir en este debate y «conviene desarrollar, dicen los Obispos franceses, todos los esfuerzos actualmente emprendidos al fin de preparar mejor a los médicos y a las enfermeras y a todo el personal sanitario para asistir a los moribundos. Incluso cuando no existe esperanza de curación, se debe cuidar al paciente cuya muerte se aproxima; cuidar, es decir, endulzar el sufrimiento, aplacar la ansiedad, rodearlo de una presencia amistosa, recibir a la familia permitiéndole que desempeñe su cometido y animándola en su prueba. Es necesario igualmente trabajar por el desarrollo de servicios perfectamente adaptados a las necesidades físicas y a las necesidades psicológicas de las personas ancianas».

Al comenzar esta Mesa Redonda no olvidemos que la Iglesia, como dice el Concilio Vaticano II en su mensaje a todos los que sufren, tiene la única verdad capaz de responder al sufrimiento y de dar a los enfermos un alivio sin engaño: La fe y la unión al Varón de dolores, a Cristo, Hijo y Dios, crucificado por nuestros pecados y nuestra salvación.

Hermano FRANCISCO SOLA

### LA MUERTE — VISION DEL MEDICO

Creo que en nuestro mundo sanitario se da una discordancia muy grave entre lo que los enfermos terminales necesitan y lo que habitualmente el hospital está en condiciones de ofrecerles. Nuestros hospitales suelen estar más preparados para habérselas con la enfermedad, para diagnosticarla y tratarla, que para cuidar al enfermo. Hacen más hincapié en las medidas etiológicas que en las sintomáticas; resuelven mejor los problemas somáticos que los psicosociales; están más dispuestos para prolongar la enfermedad que para hacerla confortable. Nuestros hospitales son más la casa de los médicos, incluso pueden llegar a ser la casa de todos los sanitarios, que no la casa de los enfermos, y sobre todo de los enfermos terminales.

Analizar las causas de esta desviación nos llevaría ahora demasiado lejos. No puedo de todas maneras dejar de mencionar el predominio de una actitud médica biológica en sentido bioquímico, el predominio de la visión especializada que dificulta la visión unitaria del enfermo como persona y por lo tanto como sujeto, y sobre todo que los profesionales sanitarios participan de las características de una sociedad que hace todo lo posible por ignorar la muerte y que la teme. El miedo a la muerte, a la imagen de la muerte propia, genera posiciones de autodefensa que favorecen la reducción del terminal a organismo, a objeto, a no-prójimo del cuidador.

El examen de los problemas que aparecen en la atención a los terminales permite descubrir las contradicciones de la atención a todos los enfermos en su conjunto, puesto que son de la misma naturaleza, aunque aquí aparecen con un mucho mayor dramatismo, sobre todo si partimos de un concepto, como a mí me parece correcto, un poco amplio de lo que es enfermo terminal. Creo que puede definirse como tal todo

enfermo cuyo pronóstico, bien directamente bien por complicaciones inevitables, sea mortal, y a partir del momento en que su autonomía corporal, psíquica o social se vean muy comprometidas, sea por la enfermedad, sea por las medidas terapéuticas aplicadas, sea por el mismo pronóstico.

Ante este tipo de enfermos, el objetivo aparentemente fundamental de las instancias sanitarias, la eliminación de la enfermedad, queda descalificado por definición, no sin desconcierto para muchos. Nos damos cuenta que la finalidad de la asistencia ha de ser otra aún posible y más importante siempre: el bien del enfermo, que obliga a plantearse la noción de salud como algo distinto de la curación de la enfermedad, algo que ha sido para algunos identificado con el bienestar, y para otros, más recientemente y más cerca de nosotros como la autonomía, la solidaridad y el bienestar, aproximaciones a la idea de realización personal lo más completa posible.

Queda claro por lo tanto que la asistencia al terminal no puede reducirse a las medidas destinadas a la prolongación de la enfermedad. Incluso estas mismas medidas, si las separamos del contexto global del enfermo, pueden conducir a prolongaciones de la agonía que para muchos carecen de todo sentido y que pueden llegar a ser atentatorias a la dignidad humana. Tampoco podemos reducir la asistencia a medidas paliativas, a atenuar los sufrimientos físicos como el dolor, la disnea, los vómitos, el prurito, o los sufrimientos psíquicos como el insomnio, la angustia o la depresión.

La asistencia integral a los terminales ha de ser dirigida hacia objetivos muchísimo más ambiciosos, muchísimo más positivos. Se trata de que el enfermo terminal pueda organizar una nueva vida aún normal en las nuevas condiciones en que ha de vivir, modificadas y limitadas por la enfermedad, por su reacción personal a la misma y por el cambio de ambiente y de relaciones sociales con sus allegados y con toda la comunidad. Se trata aún de que pueda morir sanamente y no morbosamente, a partir de sus posibilidades y de su idiosincrasia.

Por eso es de tanta importancia la terapia ocupacional, a establecer teniendo en cuenta las habilidades, aficiones e ilusiones del enfermo, y no sólo de cara a distraerle, sino a promover actividades de las que sea protagonista. Por esto cobra tanto sentido el ambiente, que ha de ser exactamente al revés de las UCI tradicionales y así me referí antes a que el hospital tiene que ser la casa del enfermo. Por esto cobra interés sobre todo la actitud y la competencia de los cuidadores. No basta con que sean buenos científicos y buenos clínicos —buenos profesionales en el sentido habitual—. Además han de poseer una notable capacidad de aproximación al enfermo, han de saber *cambiar de silla* con él, saber vencer su incomunicación y saber ayudarle a establecer las antiguas relaciones con la familia y con la sociedad desde las nuevas premisas, y sobre todo a establecer relaciones positivas consigo mismo, con los mismos problemas que le inquietan y le angustian, con el qué va a ser de él, con el interrogante fundamental de la muerte y del sentido que pueda tener.

El juego de cambiar de silla, cuando la silla de enfrente es la de un moribundo, no es un juego fácil, aunque el cambio de silla sea sólo imaginario. Tengan en cuenta que conlleva entre otros el gran asunto de la comunicación o no del mal pronóstico, asunto que no hay tiempo para tratar ahora. Creo que al cuidador no le bastan la buena voluntad ni la actitud amistosa; además ha de ser lo bastante adulto para haberse reconciliado con la idea de su propia muerte personal.

A mi juicio, la aceptación tranquila de la idea de la muerte, o si se quiere de la temporalidad, es uno de los elementos que hacen más estimulante la vida, puesto que relativiza todos sus problemas y ayuda en gran manera a ser libre. No es tan fácil el relativizar a su vez la misma idea de la muerte. Uno de los mejores recursos para ello es desde luego la fe en un más allá acogedor; otros igualmente valaderos son aquellos valores que uno pueda sentir como más importantes que la vida personal, como la familia, los

hijos, las tradiciones o intereses que van a sobrevivirnos, todo tipo de ideales basados en la solidaridad grupal, patriótica o universal. En ambos casos se trata, si nos fijamos bien, de algún tipo de amor que trasciende del propio yo.

Quiero decirles que la experiencia de la reconciliación con la muerte puede ser bastante confortable, por lo menos cuando este fenómeno, por lo indeterminado, parece aún lejano. Es un poco como echarse de cabeza a la piscina cuando el agua aún es fría. Todos la miran, nadie se atreve... yo no sé si me tiré o si me empujaron; sé que al cabo de unos instantes desagradables uno se siente bien y puede invitar a los demás a seguirle.

DR. JORDI GOL

## HOSPICE\*, UNA NUEVA ESPERANZA PARA LOS MORIBUNDOS

La muerte frecuentemente va acompañada de soledad, miedo y dolor. Muy preocupada por esta idea y cómo encontrarle una solución, Cicely Saunders, mujer de unos 50 años, que después de trabajar como enfermera durante la Segunda Guerra Mundial y cursar sus estudios de Asistente Social, empieza su gran labor en el Sant Joseph's Hospital de Londres, para poder dar una asistencia digna, disminuyendo el dolor, a los pacientes cancerosos en sus fases terminales. Hacia el año 1967, gracias a unas donaciones y la financiación del Health Service puede abrir las puertas de St. Christopher's Hospice en Londres, centro de 60 camas donde se darán exclusivamente asistencia a pacientes en fases terminales. Esta iniciativa va ganando adeptos y en la actualidad ya existen unos veinte centros en Inglaterra y desde 1975 EE.UU. y Canadá cuentan con algún otro. La filosofía de los cuidados que proporcionan los Hospices no han quedado reducidos a los centros asistenciales sino que se han creado asociaciones para poderlos ofrecer a los pacientes en sus domicilios.

### HOSPICE

Hospice no es un hospital, es un hogar para enfermos terminales donde un equipo de médicos, enfermeras, asistentes sociales, capellanes y personal voluntario con una misma filosofía de la muerte intentan dar los cuidados que los pacientes y sus familiares precisan en la fase terminal de su enfermedad.

Para ellos la muerte no es una derrota sino una realidad de la vida como el nacimiento. La muerte es una experiencia que debe ser realizada como la vida misma. El paciente muere viviendo, viviendo una vida que se apaga pero que existe aún, con el máximo confort y paz, respetándole todos los valores que como persona posee y cubriéndole todas las necesidades que ya sea a nivel físico, psíquico, social o espiritual puede presentarse.

Hospice inicia su acción cuando el tratamiento médico de la enfermedad empieza a ser ineficaz y se ve que es un proceso irreversible. La palabra curación es sustituida entonces por la de cuidados (que para nosotros serán difíciles de comprender ya que hemos sido educados para la curación) y que irán dirigidos a ofrecer un clima de seguridad como el que tiene un niño en brazos de su madre, atendiendo todas las necesidades que puede presentar derivadas del dolor, ansiedad y miedo.

### CUIDADOS

Antes de profundizar en los cuidados y cómo deben ser administrados quisiera señalar que todos los pacientes ingresan voluntariamente y si no conocen la verdad de su enfermedad,

\* Mantengo la palabra original inglesa, no he encontrado una traducción adecuada en el diccionario de la Real Academia Española.

ésta será comunicada en el momento adecuado y es a partir de aquí que se inicia la atención para poder tener una muerte digna.

Tampoco quisiera dejar de hablar de la *estructura física y ambiental* que ayudarán a que estos cuidados sean eficaces. Hospice es un lugar alegre, que como he dicho antes, es más parecido a un hogar que a un hospital. Su decoración no es fría, sus paredes como las de cualquier casa no se hallan vacías ni lisas. Es muy frecuente y normal ver flores y plantas al lado de las camas de los pacientes, que pueden poseer sus propios enseres, ropa, etc., incluso periquitos, como Anne, paciente de 84 años que después de observar que no llegaba a integrarse ya que estaba muy preocupada por lo que había abandonado en su casa, se permitió que fuera traído al Hospice y que lo tuviera a su lado. Todos los pacientes son conocidos por sus nombres y se lucha para que no exista la despersonalización. Es un centro muy poco institucionalizado, apenas hay normas y las que existen son en defensa de la dignidad de la persona. Los familiares pueden entrar cuando quieren, no hay horarios, ellos forman parte del tratamiento y cuidados para con el enfermo, nunca molestan sino que son necesarios. Tampoco se puede dejar de señalar la presencia de los niños, que aunque nos parezca raro no son apartados de la muerte; aún recuerdo la cara de alegría de Teresa, paciente de 38 años con un cáncer, cuando veía jugar tranquilamente a los pies de su cama a su hijo de 6 años, aquel niño no molestaba ni estaba traumatizado, era un hecho normal en su vida.

Los cuidados que administraremos a las familias y a los pacientes irán dirigidos a combatir el dolor que se puede presentar como dice Cicely Saunders en cuatro niveles: físico, psíquico, social y espiritual.

### DOLOR FISICO

Este será tratado con fármacos analgésicos, llegando a perfeccionarse tanto su dosificación que rara vez aparecen crisis de dolor, aunque existan unas pautas standard, cada paciente se contempla individualmente. Muchas veces se administran antidepresivos para contrarrestar la acción de los analgésicos y por el estado mismo depresivo del paciente.

Las drogas no deben ser vistas por las enfermeras como sustitutas de los cuidados, el secreto del éxito está en ofrecer cuidados extremos, la tontería más pequeña debe ser prevista. La enfermera debe ser hábil, observadora, vigilante y sensible para poder anticiparse, para poder actuar antes que las necesidades se presenten. No se puede permitir un *luego*, o *después* ya que este puede ser demasiado tarde. Tampoco olvidará la enfermera los cuidados básicos que debe administrar a nivel de higiene para mantener al paciente confortable.

Tratando solamente el dolor físico no daremos unos cuidados globales, será necesario contemplar el dolor que se deriva de los problemas *psíquicos, sociales y espirituales* y estos no se comprenderán si no tenemos en cuenta el miedo y la soledad, que presentan todos los pacientes moribundos.

El *miedo* es una natural reacción ante el peligro o inseguridad, es fácil que no se separe de la muerte. Cicely Saunders ya nos dice «cómo podemos hablar de seguridad cuando la muerte es la cosa más insegura que nos puede ocurrir» por la fe creemos en un más allá pero ninguno de nosotros lo ha visto aún.

El miedo puede estar muchas veces bloqueado o es negado intelectualmente (esto no debe pasarnos inadvertido) pero permanece psicológicamente activo. Este miedo crea una ansiedad que en muchos casos incrementa el dolor físico o se localiza en un síntoma o problema particular o vemos que el paciente evade nuestras preguntas, sólo nos explica trivialidades no lográndose una comunicación con él. Es muy importante que se ayude al paciente y familia a que expresen sus miedos, que aparte de la inseguridad nombrada antes pueda tener otras causas, ser una carga, poder mantener el control hasta el final, el porvenir de la familia, la separación

de seres queridos, ver que no se han podido realizar los ideales y que detrás hay una vida vacía. Aquí no debemos ser pesimistas y procuraremos ayudar a los pacientes que se acepten tal cual son y muchas veces vemos la paradoja como en la vida normal que, cuando estamos sometidos a un gran peligro, no sabemos cómo desaparece este y surgen unas fuerzas que nadie esperaba poseer.

Este miedo hará que muchas veces el paciente no quiera quedarse solo, que tenga un verdadero pánico a la soledad, como John paciente de 64 años con cáncer de pulmón, que había venido de EE.UU. a Inglaterra, su patria, a morir, se encontraba solo; su familia estaba en EE.UU., constantemente creaba problemas para que el personal estuviera a su lado. Una vez comprendida la causa de sus constantes llamadas: la soledad, se organizaron turnos entre el personal y voluntarios para hacerle compañía; difícilmente podré olvidar su gratitud que apenas podía expresar con palabras pero sí estrechando mi mano, John moría plácidamente a los 10 días de su llegada, rodeado de un personal que aunque no era su familia, le dio el calor humano y amor que en estos momentos necesitaba.

Para finalizar me gustaría hablar del personal; es fácil que surja la pregunta: ¿Puede una persona permanecer mucho tiempo con estos pacientes? ¿No se deprime? La respuesta la podemos encontrar en el Sant Christopher's Hospice donde muchas personas permanecen desde su fundación (1967), esto es debido a diferentes causas:

— Antes de entrar a trabajar fija existe un período de prueba donde una persona juzga si es capaz o no de superarse la frecuente confrontación con la muerte.

— Los horarios son más reducidos, 30 horas semanales, y hay más vacaciones.

— El trabajo en equipo, las relaciones interpersonales acostumbra a ser bastante buenas.

— La posibilidad de poder expresar las dificultades con los enfermos y los propios sentimientos en grupo. La salud mental del personal es muy importante.

— Se ha de reconocer el especial clima que reina, es una comunidad unida por unos mismos objetivos, compartiendo una misma fe religiosa, respetando al personal y miembros de otras confesiones o ateos y sin hacer ninguna discriminación a los enfermos ni ejercer presión moral.

Sé que para muchos todo lo expuesto puede parecer una utopía, una experiencia válida para otros países pero inaplicable en el nuestro; quizás tengan algo de razón, ellos hace más años que trabajan en este campo y su contexto cultural es muy diferente. Pero nosotros tenemos que empezar a plantearnos qué podemos hacer para que las personas puedan morir con un poco más de humanidad y amor, que nuestros centros con su gran sofisticación de medios no les proporcionan, quizás nos tenemos que plantear que la muerte es una realidad de la vida como el nacimiento, y una vez aceptado esto podremos iniciar ya en nuestros hospitales la atención a los pacientes terminales que su dignidad de persona requiere al enfrentarse con la muerte. Un segundo paso podría ser plantearnos la convivencia de crear algún centro con características similares a los hospices ingleses, que les he descrito.

### BIBLIOGRAFIA

- SAUNDERS, CICELY: *The Management of Terminal Disease*. Eduard Arnold. London 1978.
- SAUNDERS, CICELY: *Living With Dying*. Man And Medicine. Vol. 1, n.º 3. Spring 76.
- SAUNDERS, CICELY: *Care of The Dying*. A Nursing Times. Publication. 2 end. London 1976.
- KUBLER-ROSS: *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona. Grijalbo 1975.
- HAMILTON MICHAEL, P.: *A Hospice Hand Book*. USA. William B. Eardmans Publishing Company 1980.
- RAMSEY PAUL: *Euthanasia and Dying Well Endugh*. Publication. 2 end. London 1976.

NEALE ROBERT, E.: *Place to Live, a Place to Die*. The Hastings Center Report. Vol. 2, n.º 3. Junio 72.  
NURSING MIRROR: *A Hospice of Hope*. Vol. 151, n.º 8. Agosto 1980.  
WALD FLORENCE: *The Hospice Movement as a Health Care Reform*. Nursing Outlook. Marzo 1980.  
AMERICAN JOURNAL OF NURSING: *Christmas At. St. Christopher's*. Vol. 71, n.º 12. Diciembre 71.

MARIA GASULL VILELLA

## REFLEXIONES SOBRE LA MUERTE

Existe cierta tendencia actual a desarrollar el modelo de la aceptación de la muerte como único modelo válido. Creo que vale la pena adoptar una actitud algo más crítica y afirmar que el modelo dual alma-cuerpo, si bien logra eliminar el carácter más terrible de la muerte, no ofrece una explicación suficientemente comprensiva de lo que es la muerte y su significado. Con esta explicación el cuerpo se corrompe y el alma continúa su vida inmortal. Se libera el alma de unos despojos y se nace a una nueva vida. Tenemos así una explicación sencilla, quizás demasiado sencilla, del problema de la muerte y la inmortalidad personal. El primer punto de mi intervención consistirá en afirmar que la muerte puede aparecer y aparece como algo terrible, que aboca al silencio, a la negación, que es inaceptable, de la cual podemos decir muy poco, por no decir nada, y ante la cual el creyente puede sentir miedo, pánico, rebelión, asco sin que ello represente necesariamente una amenaza para su fe, ni sean aquellas, expresiones negativas de una fe débil o enfermiza. El segundo punto que voy a abordar es el de la actitud de la sociedad ante la muerte, con la afirmación de que en nuestra sociedad, y por espacio de 1950 años, por lo menos, la muerte no ha sido un tabú, coincidiendo, además, la tabuización de la muerte en fechas recientes con la destabuzación del sexo. Un tema que la brevedad del tiempo no va a permitirnos explorar pero que ofrece perspectivas interesantes. Finalmente, expondré mi opinión sobre la actitud del médico ante el moribundo, concluyendo esta intervención con una alusión al Documento Vaticano del 5 de mayo de 1980 sobre la eutanasia.

### LA MUERTE, UNA REALIDAD TERRIBLE. LO INACEPTABLE DEL MODELO DE LA ACEPTACION DE LA MUERTE EN KÜBLER-ROSS

Una interpretación dualística ofrece la tentación de reducir la muerte a una simple amenaza corporal, que no afecta a la totalidad de la persona. La muerte resulta fácil de explicar y la reflexión teológica queda tranquila sin penetrar en el aspecto más crucial de lo que la muerte realmente hace. No es sólo el cuerpo el que muere sino el hombre en cuanto persona. Con la muerte se produce la destrucción de los lazos ónticos de la totalidad psicofísica del hombre. En otras palabras: la muerte reclama la totalidad de la persona humana. La muerte es una terrible amenaza a la totalidad de la persona. Superando la tentación dualista otros modelos tratan la muerte como algo naturalmente aceptable. A ellos voy a referirme, ahora, especialmente el modelo psicológico de la aceptación propuesto por Kübler-Ross. Considero que este modelo, satisfactorio desde el punto de vista psicológico y práctico para una reflexión teológica que se niegue a profundizar en el sentido de la muerte, presenta una visión reduccionista de su sentido. La muerte no aparece en toda su dramática realidad de ruptura óntica sino como el «último estadio del crecimiento del individuo». Así, con este título, Kübler-Ross define su posición en el último de sus libros.

Kübler-Ross tiene el incuestionable mérito de hacer frente al problema de la muerte en un tiempo y una cultura que

rechazaba enfrentarse con este tema y que procuraba disimularla al máximo. Tiene también el mérito de haber sistematizado las reacciones de moribundos en los, ya conocidos por todos, cinco estadios: negación, ira, regateo o compromiso, depresión y finalmente, aceptación. Tiene también una fina sensibilidad para percatarse que cada uno de estos estadios en sus avances y retrocesos representa una auténtica lucha y sufrimiento. Para Kübler-Ross el estadio de aceptación tiene un carácter normativo, prioritario, el deseado objetivo desde la perspectiva terapéutica. Reducida a sus síntomas psíquicos la lobreguez de la muerte queda reducida a un mero problema de madurez humana, desapareciendo el carácter de ruptura para colocarse en lo que es natural: cambio, movimiento, maduración y muerte. Hacer frente a la muerte postula una integridad psicológica que haga posible aceptar la naturaleza mortal de la vida humana. Esta aceptación como única posibilidad normativa nos lleva a la muerte que deberíamos morir, en términos de paz psicológica pero es ilegítimo trasponer estas categorías psicológicas en el plano de la teología y confundirlas con integridad de la fe.

La crítica que Kübler-Ross hace a los sacerdotes, que se quejan de que la muerte que «deberían» ver en sus pacientes no es la que realmente observan y que no consiguen transmitir la paz y aceptación, ha de reducirse a sus capacidades personales como psicoterapeutas y no a su condición de testigos de Cristo. No se puede responder «la razón es porque ustedes no creen lo que predicán» por el simple hecho que no es legítima la trasposición de categorías psicológicas a formulaciones y contenidos de fe. Se puede creer en Jesucristo, su Pasión, Muerte y Resurrección, y se puede creer en la propia resurrección con un pánico terrible y sin una aceptación psicológica de la terrible ruptura que representa la muerte.

El cristiano no considera la muerte como un fenómeno intramundano, como una función dentro del sistema de coordenadas de nuestro entendimiento. La muerte del hombre, como dice Rahner, es más bien el «momento en que la historia de su libertad humana se presenta inmediatamente ante el misterio absoluto de Dios como bienaventurada plenitud o como juicio. Por esta razón es la muerte tan incomprensible como Dios mismo. La muerte afecta al hombre entero, al cual hoy menos que nunca podemos reducir a espíritu o a materia, ni concebirlo como una unidad de ambos cuya separación no ofrezca ninguna dificultad objetiva o conceptual».

No podemos, sin más, aceptar la muerte porque todos hemos de morir y creer que basta una maduración emocional para que se despoje de todo dramatismo y angustia. No podemos olvidar que por el pecado entró la muerte en el mundo; que la muerte es un enemigo y que el último enemigo en ser destruido será la muerte (1 Cor 15, 26).

Un modelo que nos enfrente ante lo más lúgubre, virulento, negativo, de la muerte nos deja perplejos ante el misterio y nos obliga a recordar que el cristianismo es confesión de la vida eterna y también confesión de la fe en la cruz de Cristo, que en su muerte exclamó «Dios mío, por qué me has abandonado». No hay razón alguna para pensar que una muerte, en medio de tinieblas, sea peor modelo desde el punto de vista teológico que el mejor modelo desde el punto de vista psicológico. Desde la perspectiva de la fe sabemos que «en este punto cero absoluto de nuestra vida —que es la muerte— y de nuestra experiencia acontece por vez primera la verdadera vida. No como si todo continuara en sucesión temporal, sino porque precisamente al fin de todo tiempo se da de forma definitiva lo que constituye la esencia de nuestra vida: la libre fidelidad del amor que procede de Dios, alberga a Dios y es puesto libremente por obra en la vida. No es que la muerte absurda incluya esto en sí misma; la muerte en sí no es más que la pregunta radical que todo lo pone en tela de juicio y nos intima la decisión de retener —incluso contra nuestra conciencia— lo miserable, pero palpable de la vida, mientras dure, o bien respetar la inútil conciencia. Este inte-

rrogante de la muerte encierra ya en sí la bienaventurada respuesta, porque Jesús ha muerto, no por otra razón, o digámoslo más precavida y exactamente, porque en Jesús se ha dado y se ha hecho verosímil lo que la muerte absurda supone en glorioso misterio; porque —más adecuadamente— Dios ha liberado nuestra muerte, infligiéndosela a Jesucristo el Crucificado, en quien Dios ha aceptado nuestra muerte como suya propia. Una vez más: esto no nos exime de la muerte, tal como ella es en realidad. Pero ya podemos morir con la esperanza puesta en el Hijo. Y la incomprensible angustia de nuestra muerte será participación en la agonía de Jesús. Por eso, muchos que no conocen a Jesús ni creen en él mueren su misma muerte, pues se dejan arrebatar por ella con una última docilidad, sin maldecir la existencia. Muchos mueren la muerte de Jesús, pues también en la hermana muerte se puede encontrar al Hijo del Hombre, quien se deja encontrar en sus hermanos por aquellos que creen no conocerle. La muerte aceptada es uno de sus nombres. La vida del hombre carece de esperanza. Quien no quiere reconocerlo se halla en la más grave desesperación. No existe ningún consuelo que nos libere de semejante desesperación. Pero hay un misterio incomprensible: la misma desesperación puede ser consolada, si se la acepta dócilmente y no se la convierte en el último de los ídolos de la existencia. El verdadero nombre de este consuelo de la muerte es Jesús de Nazaret. Con nuestro morir cotidiano anunciamos hoy la muerte de Jesús. Hasta que El venga en nuestra muerte» (Karl Rahner. *Tribuna Médica*, 31 enero 1969).

#### ACTITUD DE LA SOCIEDAD ANTE LA MUERTE. LA MUERTE NO HA SIDO TABU EN NUESTRA SOCIEDAD

Esta afirmación: «Hablar de la muerte es tabú, en nuestra sociedad» no creo que pueda admitirse sin una crítica o una matización. Me atrevo a afirmar que la muerte no ha sido tabú en nuestra sociedad durante casi 1950 años. En efecto desde la Alta Edad Media hasta mediados del siglo XIX la actitud de la sociedad occidental ante la muerte cambió tan despacio que apenas resulta perceptible. Y, en el siglo XIX hasta mitad del siglo XX florece el culto a los muertos y las visitas a los cementerios, alcanzando notable desarrollo en Francia, España e Italia. Alrededor de 1930 aparece en los países que no conocieron este florecimiento una auténtica revolución: la muerte tan familiar y omnipresente en el pasado se convierte en algo prohibido y vergonzoso, algo de lo que no hay que hablar y disimular. A partir del año 1950, aproximadamente, este sentimiento se extiende por todo el mundo industrializado alcanzando también a los países mediterráneos. Se debe al sociólogo inglés Geoffrey Gorer el mérito de ser el primero en mostrar cómo la sociedad ha impuesto el tabú de la muerte en pleno siglo XX, reemplazando al sexo como tema prohibido.

De la mano del historiador francés Philippe Ariès recorremos las actitudes del mundo occidental ante la muerte, desde la Edad Media hasta nuestros días y nos encontramos con las siguientes etapas:

— La más larga, duradera, la más común de las actitudes y que perdura a lo largo de casi doce siglos es la de resignación familiar al destino colectivo de la especie.

— A partir del siglo XII aparece una nueva actitud que subraya la importancia de la existencia propia, individual.

— A partir del siglo XVIII el hombre de la sociedad occidental tiende a dar a la muerte un sentido nuevo. La exalta, la dramatiza, la ve impresionante y acaparadora. Se muestra menos ocupado en la importancia de la propia muerte y surge la *muerte del otro*, tu muerte como elemento destacado que moviliza sentimientos y recuerdos que mueven a la sociedad de los siglos XIX y primera mitad del siglo XX al nuevo culto de las tumbas y cementerios. Coincidiendo con la muerte más frecuente en el hospital que en el propio domicilio aparece

en Gran Bretaña el impulso de negar la muerte esforzándose en ocultar este acontecimiento a todos, especialmente a los niños. A título de curiosidad diremos que la presencia de niños en la cámara mortuoria es habitual en las representaciones pictóricas hasta el siglo XVIII. La cremación será el medio más radical de liberarse del cadáver, de olvidarse de que la muerte ha ocurrido. No habrá tumba que visitar. No sería lícito confundir esta negación de la muerte con ausencia de dolor por la separación del ser querido. Hoy, como en la época romántica, la muerte de un allegado es experimentada profundamente. La sensación de vacío que produce la muerte de un ser querido existe, pero no es correcto, no se tiene el derecho de decirlo en alta voz. La muerte como tabú también entra en nuestra patria, si bien tarde, muy recientemente, y obedeciendo al fenómeno de la industrialización con una asistencia sanitaria similar a los países más industrializados, por lo que hace referencia al tratamiento de los pacientes hospitalizados. Parece que la actitud moderna ante la muerte, es decir, la prohibición del tema de la muerte para mantener la felicidad, nace en Estados Unidos a principios del siglo XX, sin que llegue a alcanzar los caracteres tan radicales como en algunos países europeos.

#### ACTITUD DEL MEDICO ANTE EL MORIBUNDO

He tenido en otras ocasiones que hablar y escribir sobre la distansia o utilización indebida de determinadas medidas terapéuticas, cuando ya han dejado de tener este carácter y que solamente actúan prolongando una agonía. Quiero resaltar hoy que esta tentación del médico tiene un fundamento y que obedece a la actitud radical del médico ante la muerte que considera el peor enemigo. Esto es algo fabuloso y sería triste y lamentable encontrarse con médicos que se rindieran con facilidad ante el poder de la enfermedad o consideraran la muerte, sin lucha, como destino inevitable. Hemos de estar agradecidos cuando estamos ante un médico dispuesto a luchar hasta el último momento para salvar la vida de los pacientes. Esta es su vocación y este es el fundamento de nuestra confianza en su poder y actividad. Además de problemas relacionados con su propia biografía personal y profesional que influirán en su percepción del problema, hay que contar con el, a menudo incierto, factor pronóstico. El médico ha de adoptar ante el moribundo una actitud que es distinta de la que puede adoptar el teólogo, pongo por caso. La vida por la que el médico ha de seguir luchando puede ser una vida a la que el teólogo ya no le conceda vida personal, en su más estricto sentido. El teólogo puede sostener que una vida humana, en cuanto humano, ha dejado de existir cuando el cerebro ha muerto, pero ha de dejar a la competencia del médico diagnosticar esta muerte. Para que el médico cumpla con el imperativo ético de luchar por salvar la vida del paciente, de manera plenamente humana, ha de poder crear el espacio interior que le haga vulnerable al médico-hombre y obedezca al imperativo moral de profundo respeto a la dignidad de la persona humana. El imperativo ético médico de encontrar remedio a las enfermedades no puede quedar anestesiado y ha de nutrir el espíritu médico. La tensión médico-investigador y médico-hombre-compañero del moribundo ha de encontrar el camino en un ejercicio de la profesión que dé toda prioridad al paciente como persona. La misión del médico en la atención del moribundo podría formularse así: «la de procurar al hombre el ámbito vital biológico dentro del cual pueda consumarse una vida humana como historial personal de la libertad» (Rahner).

Acabo esta intervención recomendando la lectura del Documento Vaticano sobre la eutanasia del 5 de mayo de 1980 por su equilibrio y ponderación, especialmente al abordar el tema del dolor y el uso proporcionado de los medios terapéuticos junto con las siguientes puntualizaciones que convendrá recordar:

— A falta de otros remedios, es lícito recurrir, con el con-

sentimiento del enfermo, a los medios puestos a disposición por la medicina más avanzada, aunque estén todavía en fase experimental y no estén libres de todo riesgo. Aceptándolos el enfermo podrá así dar ejemplo de generosidad para el bien de la humanidad.

— Es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios, cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos. Pero al tomar una tal decisión, deberá tenerse en cuenta el justo deseo del enfermo y de sus familiares así como el parecer de médicos verdaderamente competentes; estos podrán sin duda juzgar mejor que otra persona si el empleo de instrumentos y personal es desproporcionado a los resultados previsibles, y si las técnicas empleadas imponen al paciente sufrimientos y molestias mayores que los beneficios que se pueden obtener de los mismos.

— Es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer. No se puede, por lo tanto, imponer a nadie la obligación de recurrir a un tipo de cura que, aunque ya esté en uso, todavía no está libre de peligros o es demasiado costosa. Su rechazo no equivale al suicidio: significa más bien o simple aceptación de la condición humana o deseo de evitar la puesta en práctica de un dispositivo médico desproporcionado a los resultados que se podrían esperar, o bien una voluntad de no imponer gastos excesivamente pesados a la familia o a la colectividad.

— Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir, sin embargo, las curas normales debidas al enfermo en condiciones similares. Por eso, el médico no tiene motivo de angustia, como si no hubiera prestado asistencia a una persona en peligro.

FRANCISCO ABEL, S. J.

## NECESIDADES BASICAS DE LOS ENFERMOS TERMINALES: ASISTENCIA PASTORAL

### INTRODUCCION

Desde el punto de vista de un capellán, la asistencia integral a los moribundos tiene un objetivo final: satisfacer la necesidad básica de transcendencia, aunque no sólo sea eso.

Para hablar de esto se pueden adoptar dos opciones:

a) Describir la situación de los moribundos en el hospital y cómo y en qué condiciones se desarrolla esta asistencia. Se acabaría pronto. Nadie o casi nadie está preparado para afrontar la muerte y ayudar al moribundo; en el supuesto que conozca su situación. Esto nos llevaría a una serie de lamentaciones y nos serviría de poco y nada constructivo. La conclusión sería, se muere solo y en la ignorancia: complot de silencio, medicación que enajena, etc.

b) La otra opción es la que voy a desarrollar, partiendo de la experiencia de cinco años de capellán en un hospital donde diariamente mueren más de cinco personas, habiéndose llegado algún día hasta quince.

Esta opción puede ser más rica y esclarecedora sobre las necesidades básicas para una asistencia integral desde la visión del capellán.

### LAS NECESIDADES RELIGIOSAS, ESPIRITUALES O TRANSCENDENTES DEL MORIBUNDO, PARECEN EXIGIR LA PRESENCIA DEL SACERDOTE EN ESTOS MOMENTOS

— La Dra. Kübler Ross<sup>1</sup> en una entrevista que se la hizo sobre la atención integral a los moribundos, que parece confirmarse por la experiencia, cuando el moribundo capta su situación, se muestra muy partidaria de la asistencia religiosa

al moribundo como *parte y factor* importante que hace que el moribundo integre su muerte y culmine en paz su vida. Es algo que necesitan. «Para algunos, la llegada a la habitación de un sacerdote constituye el punto culminante de su vida. Yo puedo darles todo lo demás, pero no esta parte». Hay unas necesidades religiosas que hay que satisfacer, es lo que se espera haga el capellán.

— La misma doctora habla de unas dificultades que debe superar el capellán, como es el haber integrado en su vida la trascendencia del más allá de la muerte; ante el moribundo no se puede hablar de memoria, pues se trata de comunicar no una doctrina sino una actitud.

— Además de esta condición, la misma dinámica de la asistencia pide, que para poder ayudar al moribundo a asumir la transcendencia, el capellán debe tener presente:

a) Las necesidades básicas esenciales que podríamos llamar intramundanas o meramente humanas: la comunicación, sintonía, solidaridad, etc.

b) Asunción de la propia limitación y transcendencia del más allá de forma que el capellán tenga superados los temores de la muerte.

La tentación del capellán ante la inminencia de la muerte puede ser la de sacramentalizar, pero es necesario previamente asimilar y respetar las necesidades del moribundo. De alguna forma hay que dosificar nuestra atención.

— Estas constataciones y sugerencias de la Dra. Kübler Ross, no descubren nada nuevo, pero centran nuestro tema e ilustran suficientemente lo que los moribundos esperan del sacerdote, abriéndonos algunas perspectivas sobre lo que debe ser nuestra labor asistencial. Se nos pide en concreto, atención a su necesidad de respuesta sobre el más allá, ayudándoles a dar el paso con comprensión hecha solidaridad, compañía y compartir. Es una labor:

*Humana:* Se espera que lo haga bien, con disponibilidad.

*Transcendente:* Se espera algo más. El capellán es el hombre de la esperanza, de la fortaleza, del que se puede fiar porque es el hombre de Dios.

### EL CONTENIDO DE LA RESPUESTA TRANSCENDENTE

En el hombre hay unas necesidades e interrogantes que no tienen respuesta adecuada a otro nivel que no sea el transcendente. Se intuye la respuesta, pero no se puede comprobar porque está más allá de los límites intramundanos. La respuesta se da a partir del concepto que se tiene del ser humano y de una determinada cosmovisión. Las preguntas son:

— ¿Qué sucede en la muerte?

— ¿Es el final de todo?

— ¿Hay algo que continúa?

— ¿Se da un nuevo comienzo?

— ¿O es un paso?<sup>2</sup>

La finalidad de esta Mesa sobrepasa las posibilidades de una exposición de la visión cristiana de la muerte y de la fenomenología de la misma. Por ello remito principalmente al libro: *Morir con Dignidad, acercamiento a la muerte y al moribundo*<sup>3</sup> y al número monográfico de *LABOR HOSPITALARIA* n.º 171.

El capellán y el cristiano ante el moribundo deben *transmitir* explícita o implícitamente la visión bíblica de la muerte. Transmisión que no está exenta de dificultades por el mensaje en sí. Es una dificultad intrínseca, pero también ligada a dificultades ambientales, sociales, educativas e incluso teológicas.

La visión bíblica y teológica de la muerte hay que *traducirla al lenguaje apropiado*, sintonizando con esa necesidad de

<sup>1</sup> Catechistas n.º 99 (1974). Entrevista con la Dra. Kübler-Ross.

<sup>2</sup> VENDRAME, C.: *La Muerte en la visión Bíblica del hombre. En Morir con Dignidad*. Ed. Marova (1976).

<sup>3</sup> Ed. Marova. Colectivo de participantes en el Simposio Internacional de Pastoral Sanitaria en Madrid del 5 al 7 de noviembre de 1975.

trascendencia de todo hombre y del moribundo en particular, fácilmente abatido porque espera o ha de esperar cuando parece que toda esperanza desaparece.

En esto consiste en concreto el *problema de la pastoral asistencial al moribundo*. Previo a toda pastoral ha de desaparecer un *problema* que considero capital resolver: la falta de *comunicación* entre el enfermo y sus cuidadores. Como la muerte es un *tabú*, nadie se atreve a afrontarla con el que va a morir, porque no está ni vivenciada ni asimilada por los cuidadores. Hay cantidad de textos, libros, estudios, en el mismo hospital se la oculta, es su derrota; se puede hablar mucho pero no se dialoga con ella; no se valoran ni se estimulan sus valores positivos.

— Falta comunicación con *nuestra* muerte.

— Falta comunicación con *el que va a morir*, es decir, información.

Y con esto se entra en el *problema de la verdad* junto al lecho del moribundo y que es algo que ha de ser resuelto para una correcta atención al moribundo. Existe el derecho del enfermo a la información. Al menos racionalmente el hecho es claro: queremos una muerte humana para el hombre pero, ¿cómo puede ser humana si le falta algo tan importante como saber su situación, si le falta información, y comunicación de algo que le afecta tanto? Como derecho le corresponde ser informado con verdad, para afrontar humanamente y con dignidad su situación. Admito grados, pero como cristiano ha de afrontar el hecho de la muerte, aunque junto a la verdad deben existir unas personas que asistan, apoyen, se solidaricen con el enfermo. Ayuden.

Creo que en este sentido se podría ir lejos. Pero ahí queda el problema para la pastoral, problema que ha de ser superado para poder pasar a otros niveles más profundos de comunicación. Sin conocimiento de una probable muerte la atención al moribundo queda empobrecida y esto sucede frecuentemente.

#### SITUACIONES Y DIFICULTADES PARA UNA ASISTENCIA INTEGRAL

La atención a los moribundos en muchas ocasiones produce insatisfacción, a veces por situaciones personales y otras porque confluyen alrededor del moribundo situaciones ambientales nefastas. Hay situaciones que se presentan en la práctica diaria ministerial y que vienen a agravar las dificultades ya intrínsecas y difíciles de por sí del mensaje trascendente. Se pueden citar algunas:

— El capellán sigue siendo hoy, en el hospital, como figura del miedo. La llegada del capellán ante el enfermo crea recelos. Es una deformación profesional, porque ha sido visto ante el enfermo demasiado tarde y sólo para la ayuda final sin apenas participación a nivel humano en el proceso de la muerte de la persona.

— La medicina actual, agresiva y sofisticada, impide al enfermo en muchas ocasiones la toma de conciencia de su situación, lo que unido a la falta de información sobre su situación hace que se le prive de su muerte y pueda vivirla como suceso humano que debe ser asumido consciente y responsablemente. Hoy puede plantearse la pregunta: ¿vale la pena vivir conscientemente esta fase de la vida antes de la muerte?

— La resistencia de los cuidadores a asistir personalmente y acompañar en la hora de la muerte al moribundo. No se sabe o eluden o tienen miedo. Hay como un mecanismo de defensa que hacen pasarse responsabilidades de unos cuidadores a otros<sup>4</sup>. Es el miedo a la propia muerte que se supone en el moribundo.

— La estructura hospitalaria de los grandes hospitales que conlleva a una masificación y falta de intimidad. ¿Cómo llegar a una comunicación tan imprescindible en estos casos, cuando falta algo tan importante como la intimidad?

<sup>4</sup> MAYER-SCHUE: *Servicio al prójimo moribundo*. Concilium n.º 54 (1974).

Estas son principales dificultades que se me ocurren, hay otras y con muchos matices. Es importante superarlas o suplirlas de alguna forma, puesto que hoy, en la Europa Occidental cada vez se muere más en el hospital. Y la atención al moribundo ha de encontrar unos cauces más humanos para que la muerte sea asumida más humanamente y afrontada con dignidad. Sin esto, el capellán difícilmente puede llegar al grado de atención que de él se espera. Si falla la asistencia básica todo se torna en dificultades a veces insalvables. Para la gente concienciada, médicos, enfermeras, sacerdotes e incluso familiares del moribundo es difícil compartir con él la verdad del morir. Y este es un punto decisivo de la ayuda humana a los moribundos.

#### TAREAS, PISTAS DE ACTUACION

La presencia del capellán ante el moribundo debe ser liberadora con todo lo que esto supone: *asumir* plenamente su propia muerte viviéndola en armonía con su personalidad y *respetar* la situación o estado del moribundo.

Su función es llegar a satisfacer las necesidades religiosas o transcendentales del moribundo. Este es el hecho y ahí hay que llegar. ¿Cómo?

a) Hay que remitirse a puntos anteriores, porque hay que insistir en la *implicación* personal. A propósito de estos, después del Symposium sobre atención de los moribundos, los religiosos camilos que asistieron al mismo, elaboraron un documento camiliano donde se reflexionaba sobre cuál debe ser el espíritu de la asistencia al moribundo:

— No debe existir ruptura entre la atención humana y religioso-pastoral.

— Hay una exigencia de desarrollo de nuestras capacidades de amor y solidaridad porque existe un compromiso de servicio.

— Presencia en las fases por las que pasa el moribundo, angustia, rebelión, desorientación que preceden a la aceptación.

— Procurar una presencia eclesial, hecha solidaridad, servicio y oración.

— Dar nueva vida al Sacramento de los enfermos.

b) Se necesita la colaboración y trabajo en equipo de todos los implicados con el moribundo, equipo asistencial y familiares. Cada uno dispone de observaciones, indicaciones, información o experiencias que pueden ser útiles.

c) Sacar la muerte de la clandestinidad; que no se vea como fracaso o negación de la función del hospital.

d) La denuncia de agresiones ante ciertas situaciones que rodean al enfermo y no consideran su dignidad personal o sus derechos. Esto está en relación directa con lo que a veces sucede con la muerte, que es el final de un largo período de inconsciencia.

e) Toma de conciencia por parte de la Iglesia para:

— Realizar una pastoral integrada de los hospitales, donde el capellán no sea cualquiera que se le ocurra al Obispo sino alguien capaz de defender los aspectos específicos que presenta este servicio de los enfermos y moribundos ante el equipo terapéutico.

— Oficio de acompañar al enfermo.

— Actitud terapéutica de acompañamiento.

Pero hay que repetir, todo esto fallará si no hay una implicación pastoral previa que incluya:

— Aceptar e integrar su condición mortal y transformar esta experiencia en fuente de curación. Esto permitirá una relación humana profunda que hará posible la comunicación del mensaje de salvación liberador.

— Respeto a la persona del moribundo, pues cada uno muere con su propio estilo. Conocerle para ayudarlo, servirle y no imponerse<sup>5</sup>.

FRANCISCO REOYO

<sup>5</sup> BRUSCO, A.: *Fenomenología y antropología de la muerte*. Morir con Dignidad.

# Cómo se protegen los derechos de los enfermos

Aunque la intención de los organizadores de este symposium se centra en los derechos de los enfermos hospitalizados, permítaseme dedicar unos breves momentos a la consideración de que el atentado más grave y, probablemente, con mayor número de víctimas, a la salud del hombre, lo comete el propio individuo. El Dr. Al-Awadi, Ministro de Salud Pública de Kuwait, elegido presidente de la 33.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud (1980) recordaba en su discurso presidencial: «...son muchos los problemas que son obra del hombre mismo y que acaban por sujetarlo a pesar de las penalidades y sufrimientos que le causan. Por ejemplo, no obstante que el hombre tiene plena conciencia de los efectos nocivos del consumo del tabaco y de la relación definida que existe entre este consumo y el cáncer pulmonar, insiste en mantener este hábito dañino... Es verdaderamente doloroso comprobar que ése no es el único hábito nocivo que ha adquirido el hombre moderno. Muchos de nuestros jóvenes consumen alcohol, estupefacientes y diversas clases de alucinógenos, todos los cuales redundan en su autodestrucción...». No digamos nada de las transgresiones alimenticias, faltas de protección laboral, desprecio a determinadas normas en la conducción de vehículos (por ejemplo conducir estando bajo los efectos del alcohol; no protegerse con el casco conduciendo una moto, etc.). No podemos tampoco olvidar que siempre que se poluciona el ambiente, se atenta contra la salud colectiva y que, por lo tanto, los controles que el estado ha de imponer, han de adaptarse a las normas internacionales. Tomarse a la ligera las medidas de protección individual y colectiva es propio de países que no han comprendido el alcance de su responsabilidad en relación a ellos mismos, a los demás ciudadanos y a las generaciones futuras.

Paso, ahora, a revisar cómo se protegen los derechos de los enfermos en el ambiente hospitalario, indicando que de la misma manera que el hospital es el centro y el foco de la medicina moderna, el hospital está en la base misma del movimiento de los derechos de los enfermos. En la promulgación de estos derechos interviene esencialmente la administración del hospital y los médicos del hospital. Los usuarios, hasta el momento, han tenido un papel muy reducido. Este hecho hay que tenerlo en consideración, en unos momentos en que, por distintos motivos, se está creando un ambiente hostil hacia la profesión médica. Hay que afirmar rotundamente que son los médicos los más interesados en los derechos de los pacientes. Prueba de ello son: las mismas *declaraciones de los derechos de los pacien-*

*tes; los códigos profesionales; los comités profesionales* y, finalmente, *los comités de ética*. Estos cuatro mecanismos tienen vigencia, en la actualidad, en muchos de los países industrializados, especialmente Estados Unidos, Gran Bretaña, Alemania, Suecia, Dinamarca, Holanda, Canadá. En España, asistimos al hecho curioso de que mientras en todos los países se instauran cursos de deontología médica, nosotros hemos comenzado a suprimirla del curriculum de nuestras facultades de medicina. En este sentido vamos a contracorriente de los países europeos y del mundo occidental, en general. Resulta incomprensible y amenazador. Incomprensible, por ir a contracorriente de una tradición fuertemente arraigada y que, hoy, se muestra más necesaria que nunca. Amenazador, porque si los mecanismos de protección de los derechos de los enfermos, que hemos anunciado, no son operativos, sea por desconocimiento, sea por negligencia, entonces el que debiera ser el último recurso —el de los tribunales civiles— se convierte automáticamente en medio de elección de una población que no consiente en atropellos o que cree que es atropellada en sus derechos. No olvidemos que el grado de cultura —demasiado bajo— de nuestro país favorece una manipulación de las gentes en provecho de intereses no siempre nobles. Parece obvio a todo el mundo que no es ideal que los médicos pasen el tiempo en los banquillos de los tribunales y los abogados junto al lecho de los pacientes.

Los éxitos espectaculares de la medicina en determinados terrenos en el período comprendido entre 1930 y 1950 (sulfamidas, penicilina, transfusiones, anestésicos, isótopos radioactivos, etc.) despertó el entusiasmo de las gentes que llegaron a creer que lo necesario era dinero para conquistar la inmortalidad. El público dio dinero a manos llenas para las investigaciones biomédicas. En los años cincuenta las investigaciones se multiplicaron de tal modo que las publicaciones de investigaciones médicas aparecieron a un ritmo de una publicación cada treinta segundos.

La medicina moderna hospitalaria y la especialización activaron el ansia de investigación y con ella el número de sujetos que participaron en investigaciones médicas se incrementó. Aparece la necesidad de velar por la protección de estos sujetos para asegurar la protección adecuada contra riesgos innecesarios. Para tener una idea cuantitativa recordaremos que desde 1947 hasta ahora, en Estados Unidos, se han puesto en marcha 250.000 estudios en los que participaban sujetos humanos como objeto de estudio y experimentación. Indu-

dablemente, el código Hipocrático quedaba desfasado y el mismo código de Nuremberg necesitaba una actualización.

*Las cartas de los derechos de los enfermos*, representa la actualización de las normas contenidas en los principales códigos de ética médica. Demos un breve repaso histórico:

Una de las primeras medidas que se recuerdan para proteger los derechos de los pacientes hospitalizados, data de 1793 y fue promulgada por la Convención Nacional de la Revolución Francesa, decretando que cada cama debía ser ocupada por un solo paciente y que las camas debían estar separadas a una distancia de un metro aproximadamente. Poco a poco, y de manera progresiva, a medida que avanza la medicina se van introduciendo en los hospitales medidas de seguridad tanto en la asistencia como en la protección de los pacientes. En general, puede afirmarse que el Estado no interviene y que los hospitales gozan de plena autonomía. La intervención del Estado en materias concernientes a la seguridad de los pacientes fue siempre simbólica. Es a partir de la Segunda Guerra Mundial, coincidiendo con el *boom* de los progresos médicos y la exigencia de los usuarios, que nace la desconfianza en la relación médico-paciente, basada hasta este momento en el principio de que el deber primordial del médico era no perjudicar al paciente. Las exigencias de algunos y el afán desorbitado de notoriedad de otros rompen esta relación y comienzan los litigios por la denominada malpraxis médica (concepto bastante más amplio que el de negligencia médica y no reductible a la misma). Esto obliga a la administración de los hospitales a tomar medidas de protección.

En 1969 the «Joint Commission on Accreditation of Hospitals» (JCAH) formado por médicos del «American Hospital Association», «The American Medical Association», «The American College of Physicians» y el «American College of Surgeons», revisó sus normas y pautas médicas. Un grupo de usuarios de la «National Welfare Rights Organization» (NWRO) solicitó participar en la revisión formulando veintiséis peticiones que reflejaban la perspectiva de los pacientes. Algunas de estas propuestas llegaron a formar parte del código de la JCAH comprometiéndose a proteger un conjunto de derechos de los pacientes y a ser responsables de malpraxis en caso de incumplimiento.

En enero de 1973 una comisión del HEW (Ministerio para la Sanidad, Educación y Bienestar) recomendó a hospitales y centros de asistencia sanitaria la adopción y distribución de una carta de derechos de los pacientes a los que ingresaran en el hospital.

En 1972 la American Hospital Association adoptó la Declaración de los derechos de los pacientes con el razonamiento de que la relación tradicional médico-paciente, adquiere una nueva dimensión cuando la asistencia se da en una estructura organizativa y jerárquica. La Institución, en cuanto tal, tiene que hacerse res-

ponsable de que se respeten unos determinados derechos de los pacientes. El texto de la AHA exige el reconocimiento del derecho a una atención respetuosa; a una completa información médica; a una información adecuada para que el paciente pueda dar el consentimiento lúcidamente; el derecho a rehusar el tratamiento; derecho a la intimidad; a responder sobre las prestaciones que el paciente puede recibir en el centro o en otras instituciones; derecho a rehusar a participar en proyectos de investigación; derecho a la continuación de la asistencia; derecho a que se le expliquen los gastos que figuran en la facturación; derecho al conocimiento de las normas del hospital.

Si bien la lista es incompleta hay que destacar estos dos elementos:

— Formulación jurídica de lo esencial en una relación médico-paciente.

— Afirmación de los derechos básicos fundamentales.

A finales de 1975, según AHA sólo un 30 % de los hospitales habían adoptado tal declaración. Un 10 % la habían distribuido a los pacientes. La razón de esta resistencia estriba en que muchos hospitales consideran que tal medida agravaría aún más los problemas que pretende resolver. Quizás tengan razón, quizás no. Lo que me parece indiscutible es que tal medida tiene que ir acompañada de una seria revisión y observancia de los códigos deontológicos y de los comités de ética.

## CODIGOS PROFESIONALES

Un grupo de librerías alejandrinas editó alrededor del siglo IV, antes de Cristo, la llamada colección Hipocrática, de la que el Juramento de Hipócrates forma parte integrante. Las copias que hoy se pueden consultar recogen las obras de varios autores a lo largo de un siglo cuyas experiencias y normas de conducta se conformaban con la escuela pitagórica. Las copias a las que podemos tener acceso son posteriores. Se trata de ediciones que van desde el siglo X al XV.

Sin duda alguna el Juramento de Hipócrates, con las modificaciones que fueron introduciéndose a lo largo de los siglos y escuelas, ha ejercido una influencia notable en el mundo médico occidental. Sin embargo, la necesidad de salvaguardar derechos básicos fundamentales y el bienestar de sujetos humanos, que participan en trabajos de investigación, ha exigido la elaboración de otros códigos como el de Nuremberg, formulado con ocasión del juicio contra un grupo de médicos que realizaron experimentación humana en campos de concentración nazi. Este Código fue completado en 1964 con la Declaración de Helsinki, que hace la importantísima distinción entre experimentación humana que puede beneficiar al paciente que interviene en la investigación y experimentación humana no terapéutica.

La investigación no-terapéutica se rige por cuatro principios cardinales:

- Protección de la vida y salud del sujeto.
- El sujeto ha de estar informado de los riesgos presumibles.
- Ha de dar su consentimiento libremente y con comprensión lúcida.
- El sujeto es libre de interrumpir su participación en la investigación.

La Declaración de Helsinki, fue a su vez perfeccionada por la Declaración de Tokyo (1975), también denominada Helsinki II, que además de completar algunos aspectos relativos al protocolo, explicita la prohibición de que los médicos puedan participar en cualquier tipo de tortura, tratamiento cruel o degradante de prisioneros o detenidos políticos.

(Llegado a este punto el conferenciante explicó las diferencias entre las Declaraciones de Helsinki I y Helsinki II, que están contenidas en el libro entregado a los participantes, y que no reproducimos aquí. Subrayó la importancia de los *Comités profesionales*, tanto por la seguridad que aportaban acerca de la seriedad

de los protocolos, como por el hecho de tener fuerza para imponer determinados controles, como por ejemplo, el impedir que se publiquen artículos médicos de investigación que hayan eludido la observancia de los derechos de los pacientes. Señaló a continuación la importancia de los *Comités de Ética*, sobre todo a nivel nacional para el control de los trabajos de investigación como el de alocación de recursos. Indicó la importancia de que representantes del mundo científico, de la ética, de otras profesiones y también de usuarios cultos formaran parte de este Comité que en principio no ha de ser numeroso. Se presentaron algunos ejemplos de composición de estos comités, según el modelo de Estados Unidos y se indicaron los de otros países.

Finalmente, el conferenciante resaltó la importancia del Código Deontológico del Colegio de Médicos, tanto en su versión del Consejo General como en su versión del Colegio de Médicos de Barcelona «Normas de Deontología», destacando las ventajas de este último en algunos aspectos).

FRANCISCO ABEL, S. J.  
Jefe del Servicio de Planificación Familiar  
Hospital San Juan de Dios. Barcelona

## Materiales Aparatos para Cirugía y Especialidades

Representante exclusivo de:

- JAQUET FRERES. GENEVE. Fijador Externo. OSTEOTAXIS del Dr. R. HOFFMANN
- LEPINE á LYON. Instrumental de Ortopedia para Escoliosis del Dr. STAGNARA y para cirugía de la rodilla Dr. TRILLAT
- ETS TASSERIT. FRANCIA. Mesas quirúrgicas modelo Prof. JUDET
- ETS TORNIER. Grenoble. Placas-grapas-prótesis sin cemento del Prof. JUDET
- I.P.A.S. Jeringas hipodérmicas. Cristal y uso único

**JEAN MACE**

Balmes, 349 - Teléfono (93) 247 32 22  
BARCELONA-6

JOSÉ CRUSET

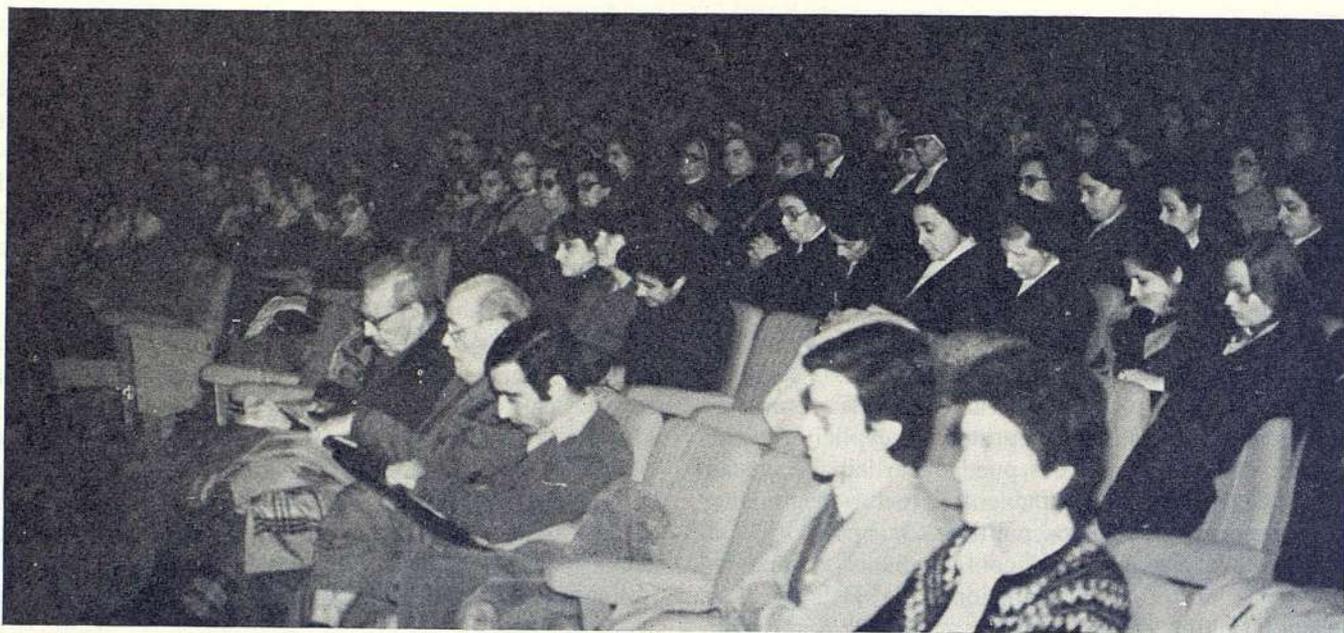
## SAN JUAN DE DIOS una aventura iluminada

Nueva edición preparada con motivo del estreno de «El hombre que supo amar»

Esta biografía, galardonada con el premio Aedos, sirvió para realizar el guión de «EL HOMBRE QUE SUPO AMAR», película que la *Iglesia esperaba hace 10 años*

Pídala a:

LABOR HOSPITALARIA  
Carretera Esplugas s/n  
Barcelona 34



## SESION FINAL

*La última sesión de este Seminario fue presidida por D. Jaime Nualart, Director General de Servicios Sociales de la Generalitat, que venía en representación del Sr. Conseller de Sanitat, Dr. José Laporte. Dirigieron la palabra varias de las personas que presidían el acto: Hermano José L. Redrado, coordinador del curso. Dr. José A. Sancha de Prada, secretario técnico del INEF. Dr. Joaquín Plaza, director médico del hospital San Juan de Dios. Finalmente habló el Sr. Director de Servicios Sociales, D. Jaime Nualart, quien remarcó la importancia del curso celebrado, dio las gracias a las entidades colaboradoras y, sobre todo, a los profesores y cursillistas por el interés, colaboración y asidua participación. Si bien el curso se clausuraba en aquellos momentos, estaba en el ánimo de todos —y se dijo— que el curso debía continuar allí donde cada uno está: en la enfermería, en la consulta, en la relación con los otros, en la organización, en la ejecución; en fin, en la vida. Los enfermos tienen derecho.*

### **MATERIAL COMPLEMENTARIO DE LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS**

Les hemos ofrecido una primera parte del tema DERECHOS DEL ENFERMO. En atención a la cantidad y riqueza del mismo, el próximo número de LABOR HOSPITALARIA continuará con el tema; será un material complementario y esperamos que realice un buen servicio a nuestros lectores.

# Matachana responde a todas las necesidades hospitalarias.



Autoclaves de esterilización a vapor y gas (óxido de etileno).

Esterilizadores de aire caliente.

Mobiliario clínico: Vitrinas estériles, carros de transporte, ventanas de guillotina, etc.

Mesas de operaciones. Lavacañas. Cuñas de acero inoxidable. Esterilizadores de cuñas. Túneles de lavado y secado. Mesas de autopsias. Cámaras frigoríficas para cadáveres. Transportadores motorizados y de gravedad...

Fabricamos, proyectamos, instalamos y continuamos preocupándonos del rendimiento de la instalación, a través de nuestro Servicio de Asistencia Técnica.



**ANTONIO MATACHANA, S.A.**  
División Hospitalares

Vía Augusta, 11 - Tel. 218 46 05. BARCELONA-6  
C/. San Bernardo, 110 - Tel. 445 20 75. MADRID-8

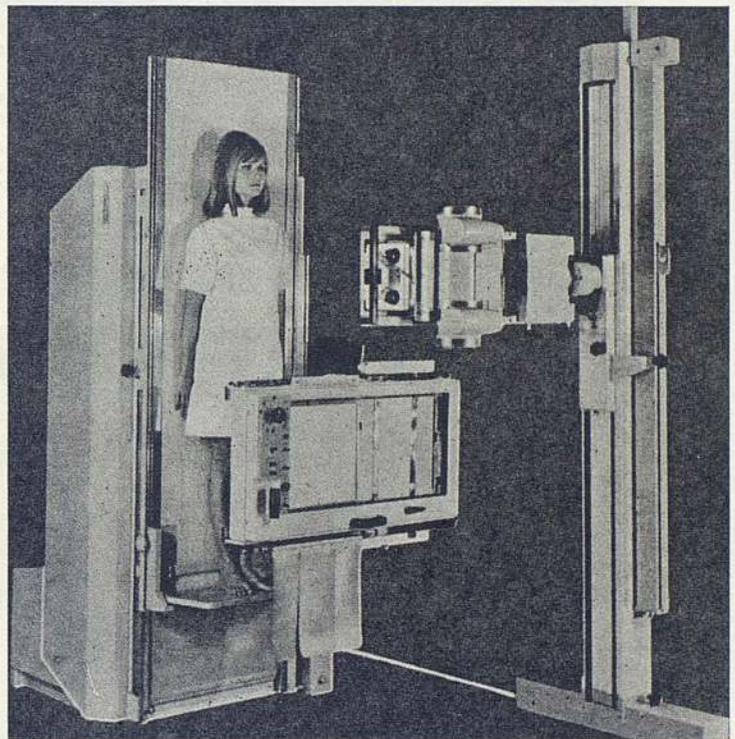
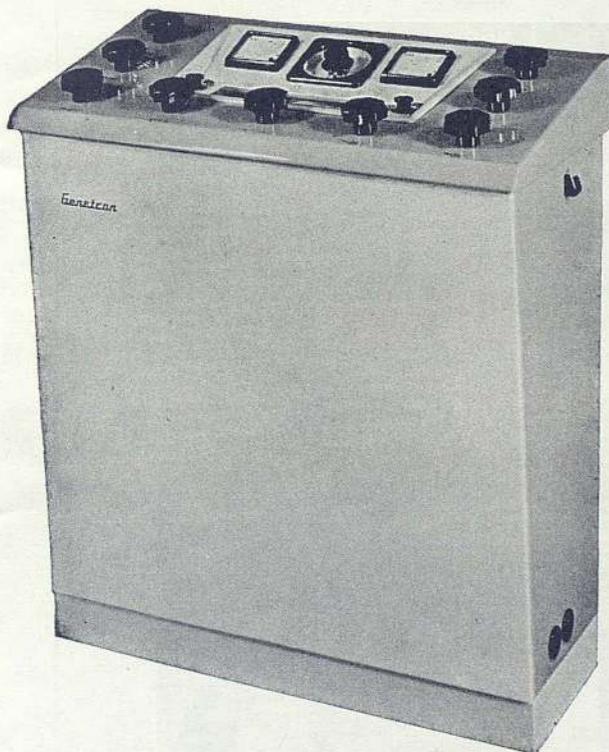
# POR FIN...

un conjunto nacional que satisface las exigencias de una clínica radiológica  
y fabricado por

GENERAL  ELECTRICA  
ESPAÑOLA

## Mesa GENEMATIC

**SERIOGRAFO** completamente automático  
**TABLERO DE EXAMEN MOVIL:** 40 y 20 cms.  
**PLANIGRAFO** vertical y horizontal  
**COLIMADORES** motorizados  
**BUCKY** de alta calidad y equilibrado en todas  
las posiciones  
**FRENOS** electromagnéticos



## NUEVO GENERADOR DE RAYOS X

**GENETRON**  
400 mA - 140 Kv

Su potencia,  
su calibración radiográfica  
y alta calidad de sus componentes  
aseguran óptimos resultados

Onda plena rectificada por Kenotrones o  
rectificadores secos de silicio

Rambla de Cataluña, 43  
BARCELONA-7

Plaza Federico Moyúa, 4  
BILBAO-9

Alvarez Garaya, 1  
GIJON

General Sanjurjo, 53  
LA CORUÑA

Génova, 26  
MADRID - 4

General Primo de Rivera, 6  
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

Cuarteles, 47  
MALAGA

Apóstoles, 17  
MURCIA

Castelar, 25  
SEVILLA

Eduardo Bosca, 20  
VALENCIA

Plaza de Madrid, 3  
VALLADOLID

Pº de la Independencia, 21  
ZARAGOZA

GEVAERT

AGFA-GEVAERT

**Si necesita una máquina para el tratamiento de las radiografías, precise bien cuál es la que más le conviene. NOSOTROS TENEMOS 5.**

Teniendo en cuenta que los departamentos radiográficos no tienen todos los mismos problemas ni idénticas necesidades en cuanto al equipo para el tratamiento de las radiografías, nuestro programa Gevamic está compuesto actualmente de 5 máquinas cuyas características y resultados han sido cuidadosamente estudiados para responder a las diversas necesidades.

No obstante todas tienen en

común, el ofrecer un alto nivel de calidad y una fiabilidad total en los resultados.

**GEVAMATIC 110 U:** Capacidad 110 películas/hora. Duración del tratamiento 90 seg. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. Transporte de la película enteramente horizontal. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.

**GEVAMATIC 240 U:** Capacidad 240 películas/hora. Duración del tratamiento 2 y 4 min. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.

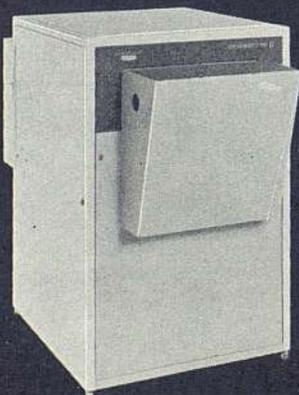
**GEVAMATIC 401:** Capacidad 360 películas/hora. Duración del tratamiento 90 seg. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.

**GEVAMATIC R 10:** Modelo de mesa para el tratamiento de películas de 16, 35, 70, 90, 100 y 105 mm. y para películas de 10 x 10 cm. Conducción de agua fría. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.

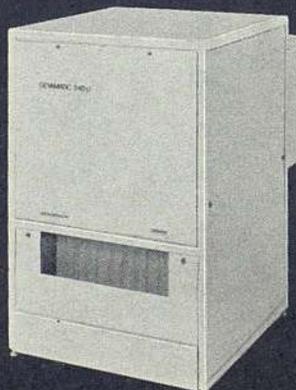
**GEVAMATIC 60:** Modelo de mesa. Capacidad 60 películas/hora. Dispositivo economizador.

**AGFA-GEVAERT, S.A.**  
Paseo de Gracia, 111  
Barcelona-8

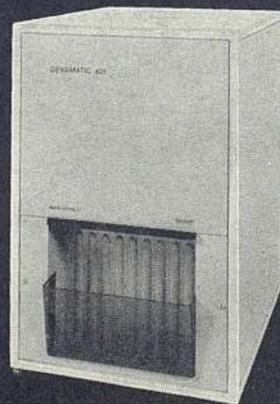
GEVAMATIC 110 U



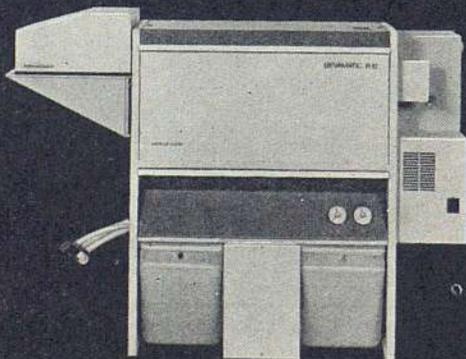
GEVAMATIC 240 U



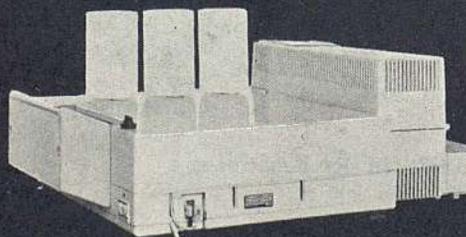
GEVAMATIC 401



GEVAMATIC R 10



GEVAMATIC 60



# Fagor Industrial

## en hostelería, frío y lavandería tiene mucho que "enseñar"..



Sí, Fagor Industrial desea mostrar las múltiples instalaciones realizadas. Son más de 50.000 las referencias que actualmente están en pleno funcionamiento y que Ud. puede apreciar

Nuestra propia tecnología, más la experiencia adquirida (50.000 instalaciones) son la mejor garantía de unas prestaciones y rendimientos constatados en todos nuestros aparatos.

Fagor Industrial sabe de la importancia del servicio técnico para tener siempre "a punto" sus aparatos, por eso dispone del mejor servicio de asistencia técnica y es el único que proporciona este servicio a todos los aparatos de una instalación (hostelería, frío, lavavajillas, lavandería)

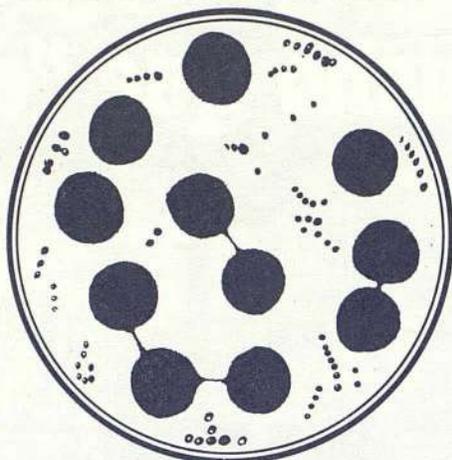


**FAGOR INDUSTRIAL**

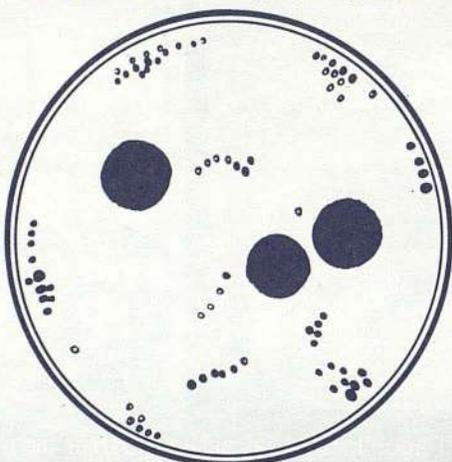
La más completa gama de aparatos para cocinas,  
lavado de vajillas, frío y lavandería.

Fábrica y oficinas centrales: OÑATE (Guipúzcoa)  
Teléfonos: (943) 78 01 51 — 09 00 — 09 90  
Delegaciones, representaciones y asistencia técnica

**Nivel de  
Contaminación  
bacteriana**



**Reducción  
70 a 95%  
de colonias por placa**



**Decontaminación  
obtenida mediante nuestro  
servicio diario de  
Limpieza  
hospitalaria**

**SAEL**

S. A. de Entretienimiento  
y Limpieza.



Enna, 157-Telf. 309 25 16\*- BARCELONA-5



**INTERNATIONAL SERVICE SYSTEM**

Dinamarca  
Alemania F  
Austria  
Bélgica  
España

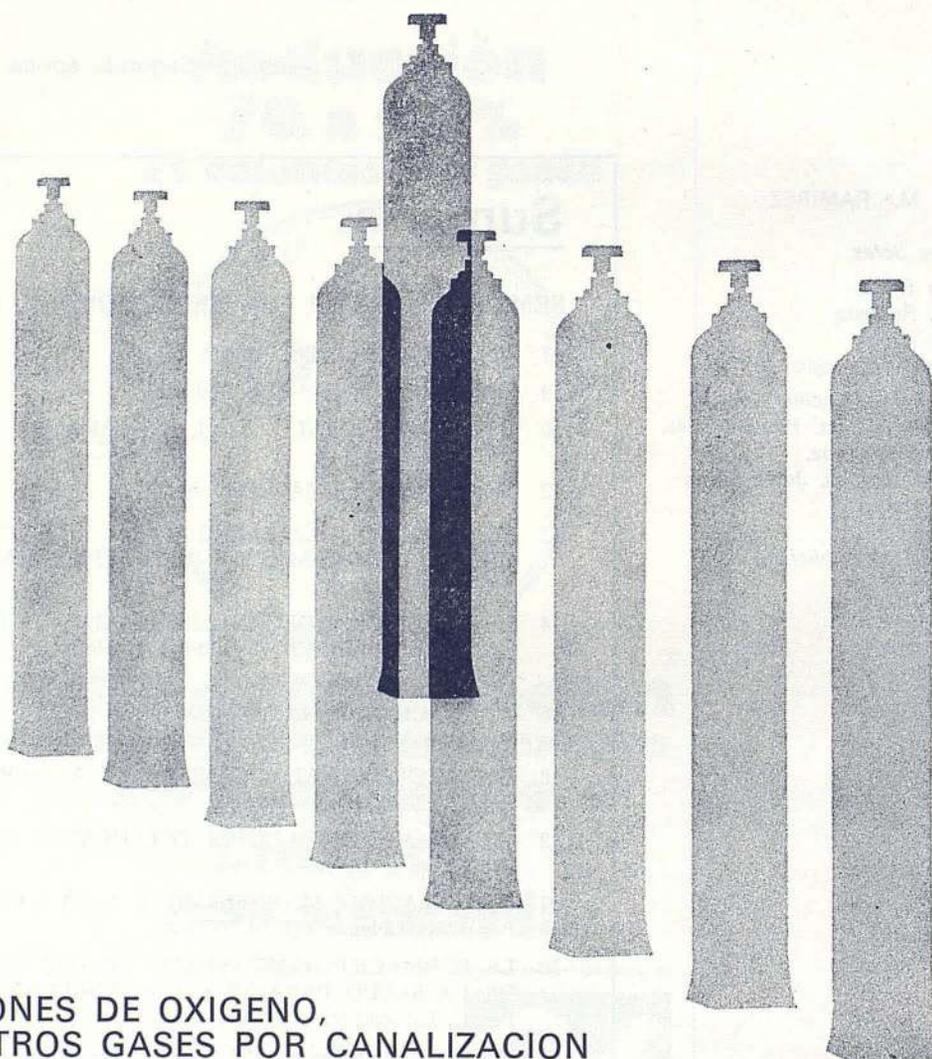
Finlandia  
Francia  
Grecia  
Holanda  
Inglaterra

Noruega  
Suecia  
Suiza  
Australia  
Brasil



# OXIFAR, S. A.

Más de 35 años de experiencia  
en el campo de la oxigenoterapia  
garantizan nuestras instalaciones y equipos



INSTALACIONES DE OXIGENO,  
VACIO Y OTROS GASES POR CANALIZACION

BARCELONA (26)  
Enamorados, 136  
Teléfono \*225 82 60

MADRID (4)  
Amador de los Ríos, 1  
Teléfono 419 28 00

ZARAGOZA (5)  
Baltasar Gracián, 7  
Teléfono \*25 72 53

Dirección Telegráfica «OXIFAR»



# **construcciones**

**Guipúzcoa, 62, 11.º 2.ª - BARCELONA 20**

**Teléfonos 236 97 49 / 303 07 34**



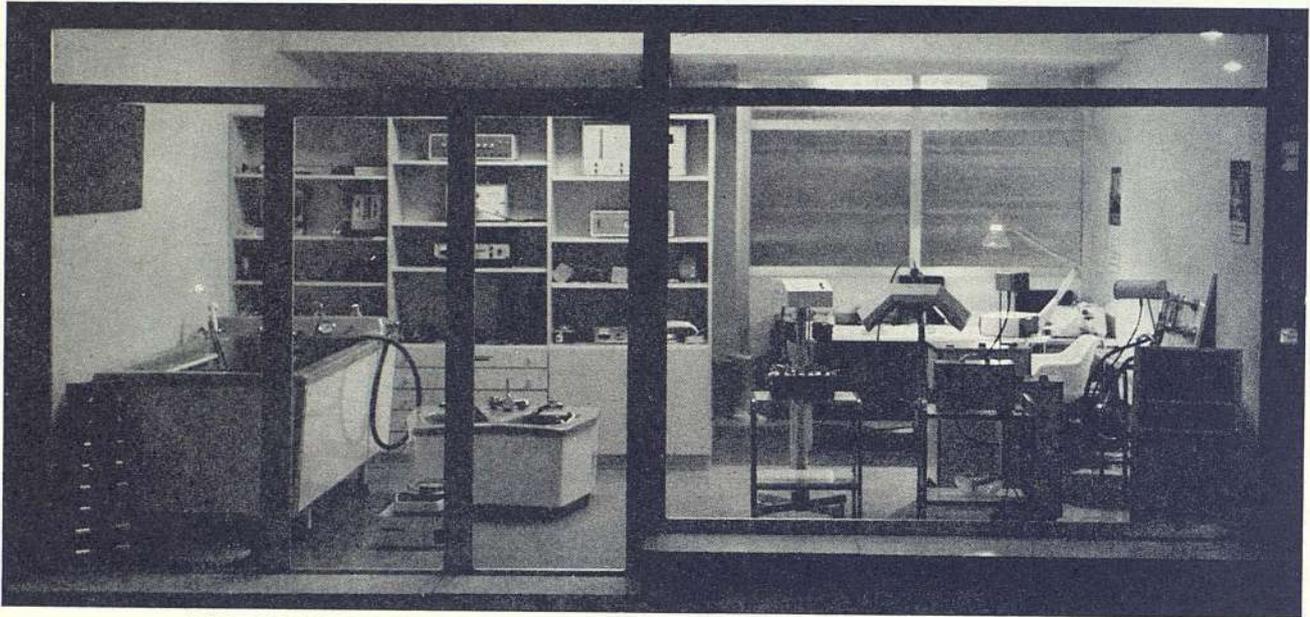
## **BANCO GARRIGA NOGUES**

**OFICINA PRINCIPAL: Ramblas, 140 - Barcelona**



## APARATOS DE MEDICINA FISICA

Exposición y venta: Bertrán, 109 - Tels. 212 81 93 - 212 28 05 - BARCELONA-6



INSTALACIONES COMPLETAS DE CENTROS DE REHABILITACION  
ADIESTRAMIENTO DE PERSONAL

# CECSA

COMPAÑIA DE ELECTRONICA Y COMUNICACIONES, S. A.

---

## EMERSON

---

## KOLSTER

---

Roberto Bassas, 34  
Tel. 259 07 00\*

Télex 54536  
BARCELONA-28



## DISTRIBUIDORA LAZURI, S. A.

Gerona, 55, entlo., 2.<sup>a</sup>  
Tels. 301 54 36 - 301 53 86  
BARCELONA 9

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO  
JERINGAS Y AGUJAS DESECHABLES

Aparatos e instrumentos para diagnóstico,  
anestesia y reanimación

Mobiliario e instalaciones clínicas  
Esterilización

SUMINISTRO  
A CLINICAS Y HOSPITALES DE LA IGLESIA,  
BOTIQUINES, COLEGIOS, ETC., ETC.



- RADIOTELEFONOS ENLACES PROFESIONALES
- SISTEMAS DE SEGURIDAD
- TV CIRCUITO CERRADO
- INTERCOMUNICACION
- TELEFONIA INTERIOR
- BUSCAPERSONAS POR RADIO
- LOCALIZACION DE PERSONAL
- SONORIZACION Y MEGAFONIA
- ELECTRONICA NAUTICA

GRAN VÍA C. C., 423 - BARCELONA 15  
Tel. (93) 223 72 00 - 224 05 97 - 224 38 02

## Productos MONTVIER

J. PLADELLORENS

Carretera de Moncada, 367 - Teléfono 785 90 66  
TARRASA (Barcelona)

Fábrica de gasa hidrófila indesmallable, signo de:

**CALIDAD** - Fabricado en algodón 100%

**COMODIDAD** - Por su presentación en  
piezas 100 × 1

- Modelos cortados en: 10×10, 20×20, 25×25, 33×33, 50×50, etc.
- Modelos cortado y doblado en: 20×20, 20×25, 20×40, 33×33, small y medium
- Modelos confeccionados en 2 y 4 telas: 25×25, 40×40, 50×50, 40×60, 100×25, etc.

PORTA-BRAZOS - TIRITAS  
TRAVESEROS SALVA-CAMA

**PRECIO - COMPRUEBE Y SERA  
NUESTRO CLIENTE**

## ASCENSORES PAGMO, S.A.

- FABRICACION
- INSTALACION
- CONSERVACION
- REPARACION

*Delegaciones en:*

Tarragona  
Gerona  
Palma de Mallorca

*Domicilio Social y Fábrica en.*

Ct.<sup>a</sup> C. 155, Km. 11 - Teléf. 843 93 96  
LLISSÀ DE VALL

*Oficinas*

Villarroel, 144 - Teléf 254 14 07  
BARCELONA 11

Información →

← Odontología

Radiología →

← Maternidad

← Consultorios

Cafetería →

← Quirófanos

Radioterapia →

Traumatología →

← Obstetricia

Oftalmología →

← Dermatología



### ESPECIALISTAS EN SEÑALIZACION

... De Seguridad, Informativas, Emergencias, Preventivas, de Obligatoriedad y para la Señalización de Campings, Zonas Deportivas, Parkings, etc.

Nuestros productos están avalados por las principales Empresas Nacionales, que han depositado su confianza en nuestra firma, entre ellas:

Hidroeléctricas, Químicas y del Petróleo,  
Residencias Sanitarias, Hospitales, Clínicas,  
Hostelería, Constructoras y Empresas en general.

Caso de necesitar, señalizaciones o rotulaciones especiales, de acuerdo a sus necesidades, no dude en consultarnos, estamos a su servicio.



**Ind. Metal-Química, s. a.**

Pje. Mas de Roda, 29 - Tel. 3090848

Barcelona - 5



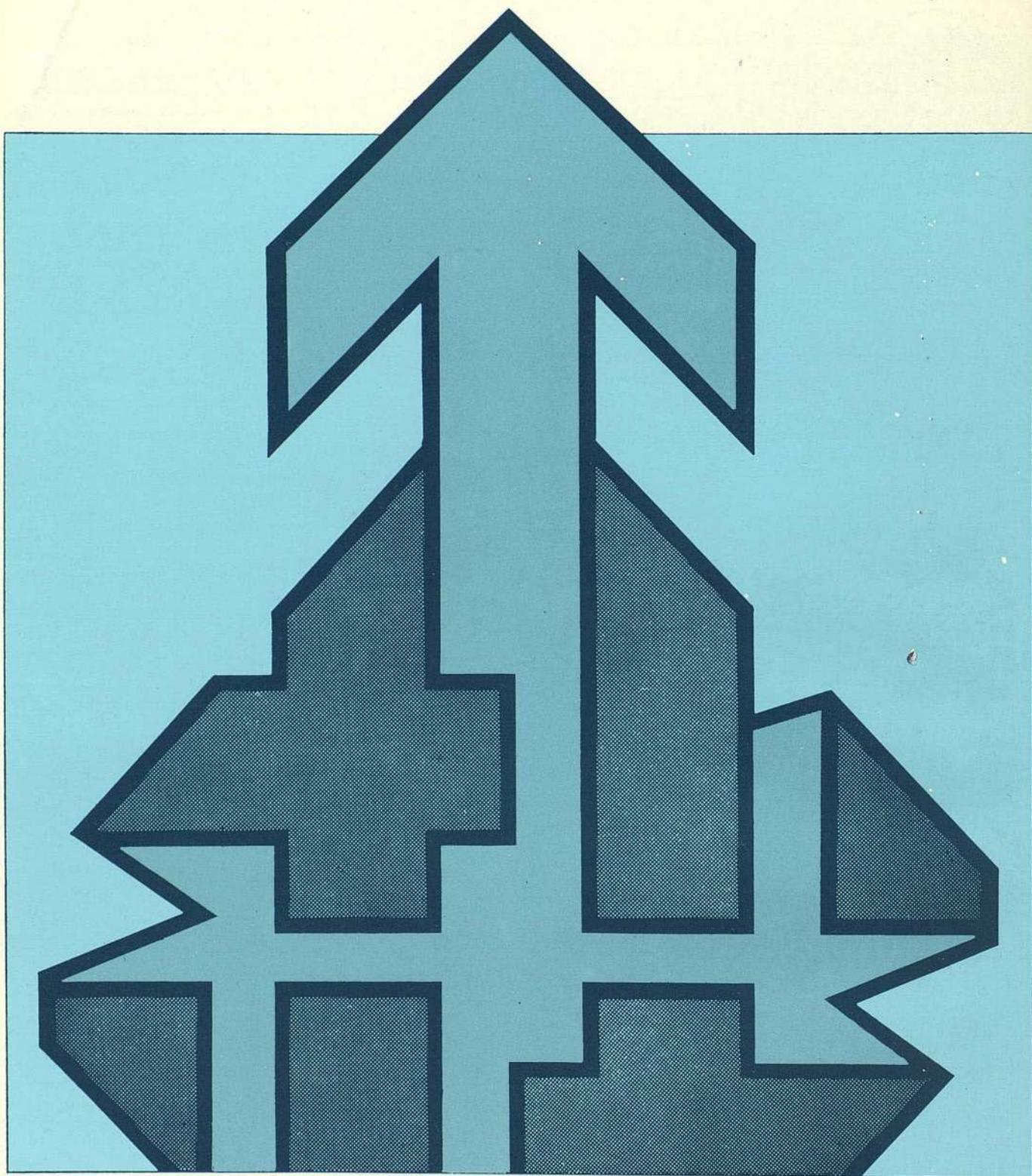
SERVICIO DE LACTANTES INSTALADO EN EL NUEVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. BARCELONA

# Hijo de José Mani

(Salvador MANI DEXENS)

**Instalaciones clínicas. Esterilización. Aparatos Médicos**

Taller: 339 13 37 - Alcolea, 141 / Oficina: 339 12 45 - Melchor de Palau, 83-87 / BARCELONA 14



**CAIXA D'ESTALVIS  
DE BARCELONA**