

**ORGANIZACION
Y PASTORAL DE
HOSPITALES**

**LA
LABOR
HOS
PITALA
LABRIA**

LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 33. Segunda época. Abril-Mayo-Junio 1981
Número 180. Volumen XIII

Director

ANGEL M.^a RAMIREZ

Redactores Jefes

Joaquín Plaza
José L. Redrado

Consejo de Redacción

Amado Palou. Cecilio Eserverri.
Juan Luis Alabert. Pascual Piles.
Alfonso Mendioroz.
José M.^a 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

- LH opina**
65 OTRA VEZ «DERECHOS DEL ENFERMO»
- LOS DERECHOS DEL ENFERMO**
Testimonios, comportamientos, declaraciones
- 66 DOCUMENTO DE LA SANTA SEDE
PARA EL «AÑO INTERNACIONAL DE LOS MINUSVALIDOS»
- 70 DERECHOS DEL ENFERMO HOSPITALIZADO
- 71 DERECHOS DEL PACIENTE
- 72 COMPROMISO DEL HOSPITAL CON EL ENFERMO
- 73 GARANTIAS DE LOS USUARIOS
DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS
- 74 DECLARACION DE LOS DERECHOS DEL USUARIO
DEL HOSPITAL DE SAN PABLO. BARCELONA
- 74 DECALOGO DEL NIÑO ENFERMO
- 75 ACUERDO JURIDICO ESPAÑA-SANTA SEDE
- 75 ANTEPROYECTO REGLAMENTO HOSPITALES
- 75 FORMULACION DE DERECHOS PRIORITARIOS
DE LA PERSONA ENFERMA
- 75 EL ENFERMO ES UN CIUDADANO PRIVILEGIADO
- 76 LA COMUNIDAD PROPUGNA
LOS «DERECHOS DEL HOSPITALIZADO»
- 76 LOS DERECHOS DEL ENFERMO EN ITALIA
- 78 HOSPITALES FRANCESES
- 80 DERECHOS DE LOS ENFERMOS MENTALES
- 80 LOS DERECHOS DEL DEFICIENTE MENTAL
- 81 DECALOGO COMUNICATIVO CON EL DISMINUIDO FISICO
- 81 PLAN DE PRESTACIONES PARA MINUSVALIDOS FISICOS,
PSIQUICOS Y SENSORIALES
- 87 DERECHO A LA SALUD
- 87 UN DERECHO DEL ENFERMO (Continúa en la página siguiente)

POR UN HOSPITAL MAS HUMANO

Sumario *(Continuación)*

- 87 LA RADIOGRAFIA
- 88 DESHUMANIZACION DE LA MEDICINA
- 89 DERECHO A UNA ASISTENCIA INTEGRAL
- 90 VISITA PREOPERATORIA DEL ANESTESISTA
- 90 98 ENFERMOS EN 120 MINUTOS
- 90 DEFENSA DE LOS ENFERMOS
- 91 ANCIANOS ENFERMOS
- 91 TESTIMONIO
- 91 JUAN PABLO II A LAS SOCIEDADES MEDICAS
- 92 EL DERECHO A MORIR DE LOS ENFERMOS EN COMA
- 92 LA MUERTE «A LA ANTIGUA»
- 93 MORIR EN CASA
- 94 LA DIFUSION DE UNA «GUIA DE AUTOELIMINACION»
- 95 LOS AVANCES SANITARIOS
NO ALARGAN LA ESPERANZA DE VIDA
- 95 DERECHOS DEL MORIBUNDO
- 96 EXAMEN ESPECIAL DE LA HUELGA SANITARIA
- 97 REGULACION DE LAS HUELGAS DE LAS INSTITUCIONES
SANITARIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL
- 98 LA HUELGA EN CLINICAS Y HOSPITALES
- 99 LA HUELGA DE HOSPITALES, CRUEL E INSUFRIBLE
- 100 LA DESASISTENCIA
DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIA
- 100 LA DEONTOLOGIA MEDICA ANTE LA ADMINISTRACION
- 101 PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS
EN LOS EXPERIMENTOS MEDICOS
- 103 EL PACIENTE ACTIVO

- IV SEMANA DE PASTORAL SANITARIA EN LEON*
- 108 LA SALUD ES UN CONCEPTO ANTROPOLOGICO, INTEGRAL
- 108 DERECHO A UNA ASISTENCIA INTEGRAL
- 109 DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD
- 109 «LA MUERTE NO ENCAJA EN NUESTRA SOCIEDAD»
- 110 HAY QUE LLEGAR A UNA ATENCION ENFERMO-CENTRICA
- 110 INFORMACION AL ENFERMO Y A LA FAMILIA
- 111 JURAMENTO HIPOCRATICO 500 A. C.
- 111 LOS DERECHOS HUMANOS Y EL DERECHO A LA SALUD
- 112 CODIGO DE LA COMMONWEALTH
- 112 JURAMENTO MEDICO SOVIETICO
- 112 DECLARACION DE HELSINKI

- ESTILOS Y CODIGOS EN ENFERMERIA*
- 114 ESTILOS
- 116 CODIGOS
- 118 BIBLIOGRAFIA

En cumplimiento de lo dispuesto por la Ley de Prensa e Imprenta, artículo 241, comunicamos a nuestros lectores que LABOR HOSPITALARIA es editada por los Hermanos de San Juan de Dios, Provincia de Aragón. No tiene bienes propios. Es la Provincia quien corre a cargo de los gastos que origina su publicación. Se ayuda de las suscripciones que llegan y por aportaciones voluntarias de personas simpatizantes de la obra hospitalaria que realizan los Hermanos de San Juan de Dios.

OTRA VEZ «DERECHOS DEL ENFERMO»

El número anterior de LABOR HOSPITALARIA ofreció a nuestros lectores las Conferencias que se dieron en el curso sobre los derechos del enfermo. Seguimos con el tema; pero esta vez no se trata de conferencias, sino de un material recogido aquí y allá. Aparece, en primer término, el documento que la Santa Sede ha publicado, en los primeros días de marzo sobre el Año Internacional de los Minusválidos. Creemos que todo este material completa bien el número anterior, por eso nos permitimos ofrecerlo. Lo presentamos casi sin orden, como si fuesen ideas sueltas, como material para la reflexión; no pretendemos más. Nos parecía que recogerlo para nuestros lectores podía ser un buen servicio; ellos tratarán de ordenarlo, o simplemente, sin ordenar, les puede sugerir, les puede hacer pensar; así de sencillo, así de simple.

¡Derechos, derechos! Si todos los reclaman, ¿por qué no han de hacerlo los menos poderosos? ¿Por qué no ser nosotros voz de los que no pueden gritar? ¿Por qué no echar una mano a quienes les es difícil ponerse en acción? No se trata de proclamar infantilmente los derechos del enfermo, como si sólo tuviera «derechos», sino de subrayar las obligaciones, los deberes de los profesionales; la responsabilidad de los mismos en la tarea de todos los días. Se trata, en definitiva, de derechos y deberes mutuos. Pero se trata, sobre todo, de devolver al enfermo lo que le pertenece. No le damos nada, es suyo. Son sus derechos.

LOS DERECHOS DEL ENFERMO

Testimonios, comportamientos, declaraciones

DOCUMENTO DE LA SANTA SEDE PARA EL «AÑO INTERNACIONAL DE LOS MINUSVALIDOS»

A todos los que se dedican al cuidado de las personas minusválidas.

Desde el primer momento, la Santa Sede ha acogido favorablemente *la iniciativa* de las Naciones Unidas de proclamar 1981 «Año Internacional de los Minusválidos». En efecto, si dado su número —se calcula que sobrepasa los 400 millones—, y sobre todo dada su particular condición humana y social, tales personas merecen que la comunidad mundial se ocupe de ellas activamente, no puede faltar en tan noble empresa la solicitud diligente y vigilante de la Iglesia la cual, por su naturaleza, vocación y misión, siente de manera especial la suerte de los hermanos más débiles y probados.

Por esto, ha seguido con suma atención cuanto se ha ido llevando a efecto hasta ahora en favor de los minusválidos en el plano legislativo, tanto nacional como internacional: a este respecto hay que destacar la Declaración de los Derechos de los Minusválidos por parte de la ONU y la Declaración sobre los derechos de las personas retrasadas mentalmente, así como los resultados positivos y las perspectivas de la investigación científica y social, las propuestas innovadoras y las obras de diverso tipo que se están desarrollando en ese sector. Tales iniciativas ponen de manifiesto una renovada toma de conciencia del deber de solidaridad en este campo específico del sufrimiento humano, teniendo en cuenta además que en los países del Tercer Mundo la suerte de las personas minusválidas es aún más grave y exige más atención y más solícita consideración.

La Iglesia se asocia plenamente a las iniciativas y a los laudables esfuerzos puestos en práctica para mejorar la situación de las personas minusválidas y tiene intención de aportar a ellos su propia contribución. Lo hace ante todo por fidelidad al ejemplo y a las enseñanzas de su Fundador. Jesucristo, en efecto, ha reservado un cuidado especial y prioritario a los que sufren, en toda la amplia gama del dolor humano, rodeándolos con su amor misericordioso durante su ministerio y manifestando en ellos el poder salvífico de la redención que abarca al hombre en su singularidad y vitalidad. Los marginados, los desvalidos, los pobres, los que sufren, los enfermos, han sido los destinatarios privilegiados del anuncio, de pala-

bra y de obra, de la Buena Noticia del Reino de Dios que hace irrupción en la historia de la humanidad.

La comunidad de los discípulos de Cristo, siguiendo su ejemplo, ha hecho florecer, a través de los siglos, obras de generosidad extraordinaria, que testimonian no sólo la fe y la esperanza en Dios, sino también una fe y un amor inquebrantables a la dignidad del hombre, al valor irrepetible de toda vida humana y al destino trascendente de quien ha sido llamado a la existencia.

En la visión de fe y en la concepción del hombre que les es propia, los cristianos saben que también en el ser minusválido reluce misteriosamente la imagen y la semejanza que Dios mismo ha querido imprimir en la vida de sus hijos; y recordando que el mismo Cristo ha querido identificarse místicamente con el prójimo que sufre, considerando como hecho a sí mismo todo lo que se hiciese en favor de los más pequeños entre sus hermanos (cf. Mt 25, 31-46), se sienten solicitados a servir en Él a aquellos a quienes las pruebas físicas han azotado y menoscabado, y no piensan dejar de hacer nada de lo que deba llevarse a cabo, aunque sea con sacrificio personal, para aliviar sus condiciones de inferioridad.

¿Cómo no pensar en estos momentos, con vivo reconocimiento, en todas las comunidades y asociaciones, en todos los religiosos y religiosas, en todos los voluntarios seculares que se prodigan en el servicio a las personas minusválidas, atestiguando así la vitalidad perenne de ese amor que no conoce barreras?

Con este espíritu, la Santa Sede, a la vez que expresa a los responsables del bien común, a las Organizaciones internacionales y a todos los que se dedican al servicio de los minusválidos su propia complacencia y su aliento por las iniciativas emprendidas, considera útil recordar brevemente algunos principios que puedan servir de guía para acercarse a tales personas y considera también útil sugerir algunas líneas de actuación.

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

1. El primer principio que debe ser afirmado con claridad y con vigor es que la persona minusválido (bien

lo sea por enfermedad congénita, a consecuencia de enfermedades crónicas o del infortunio, o bien por debilidad mental o enfermedades sensoriales, cualquiera que sea el alcance de tales lesiones), *es un sujeto plenamente humano, con los correspondientes derechos innatos, sacros e inviolables*. Tal afirmación se apoya en el firme reconocimiento de que el ser humano posee una dignidad propia y un valor autónomo propio desde su concepción y en todos los estadios de su desarrollo, sean cuales sean sus condiciones físicas. Este principio que brota de la recta conciencia universal, debe ser asumido como el fundamento inquebrantable de la legislación y de la vida social.

Es más, pensándolo bien se podría decir que la persona del minusválido, con las limitaciones y el sufrimiento que lleva impresos en su cuerpo y en sus facultades, pone más de relieve el misterio del ser humano, con toda su dignidad y grandeza. Ante la persona minusválida, nos sentimos introducidos en las fronteras secretas de la existencia humana; y se nos llama a acercarnos con respeto y amor a este misterio.

2. Dado que la persona que sufre una «minoración» es un sujeto con todos sus derechos, *se le debe facilitar la participación en la vida de la sociedad en todas las dimensiones y a todos los niveles accesibles a sus posibilidades*. El reconocimiento de estos derechos y el deber de la solidaridad humana constituyen un empeño y una tarea a realizar, con la creación de condiciones y estructuras psicológicas, sociales, familiares, educativas y legislativas idóneas a acoger y desarrollar integralmente la persona minusválida.

La Declaración sobre los Derechos de las Personas Minusválidas proclama, en efecto, en el número 3, que «las personas minusválidas tienen derecho a ser respetadas por su dignidad humana. Las personas minusválidas, cualquiera que sea el origen, la naturaleza y la gravedad de su 'minoración' y de sus incapacidades, tienen los mismos derechos fundamentales que los demás ciudadanos de su edad, lo cual comporta ante todo y sobre todo el derecho a llevar una vida decente, lo más normal y completa posible».

3. *La calidad de una sociedad y de una civilización se mide por el respeto que manifiesta hacia los más débiles de sus miembros*. Una sociedad tecnocráticamente perfecta, en la que se admita sólo a miembros plenamente funcionales y donde uno que no se ajuste a este modelo o no sea apto para desempeñar un papel propio sea marginado, recluso o, lo que es peor, eliminado, debería ser considerada como radicalmente indigna del hombre, aunque fuese ventajosa desde el punto de vista económico. En efecto, sería una sociedad pervertida por una especie de discriminación no menos condenable que la racial, es decir, *la discriminación de los fuertes y «sanos» contra los débiles y enfermos*. Es necesario afirmar con toda claridad que la persona minorada es uno de nosotros, partícipe de nuestra misma humanidad. Reconociendo y promoviendo su dignidad y sus derechos, reconocemos y promovemos nuestra misma dignidad y nuestros mismos derechos.

4. La orientación fundamental a la hora de plantear los problemas que conciernen a la participación de las personas minoradas en la vida social, debe ser inspirada

por los *principios de integración, normalización y personalización*.

El principio de la *integración* se opone a la tendencia al aislamiento, a la segregación y a la marginación de la persona minorada; pero va también más allá de una actitud de mera tolerancia respecto a ella. Comporta el empeño a convertir la persona minusválida en un sujeto a título pleno, según sus posibilidades, en el ámbito de la vida familiar lo mismo que en el de la escuela, del trabajo y, en general, en la comunidad social, política, religiosa.

De este principio deriva como consecuencia natural, el de la *normalización*, que significa y conlleva el esfuerzo orientado a la rehabilitación completa de las personas minusválidas con todos los medios y técnicas de que se dispone hoy día y, donde esto no sea posible, a la consecución de un marco de vida y de actividad que se acerque lo más posible al normal.

Por último, el principio de la *personalización* pone en claro que, en los cuidados de diverso tipo, así como en las diversas relaciones de orden educativo y social orientadas a eliminar las «minoraciones», se debe siempre considerar, proteger y promover principalmente la dignidad, el bienestar y el desarrollo integral de la persona minorada, en todas sus dimensiones y facultades físicas, morales y espirituales. Tal principio significa y comporta además la superación de ciertos ambientes caracterizados por el colectivismo y por el anonimato, a los cuales la persona minorada queda a veces relegada.

LINEAS DE ACTUACION

1. No se puede por menos de desear que a tales enunciados —al igual que a los de la citada Declaración— se le dé pleno reconocimiento en la comunidad internacional y nacional, evitando interpretaciones reductivas, excepciones arbitrarias, si no incluso aplicaciones contrarias a la ética, que terminan por hacer inútil su sentido y su alcance.

Los adelantos de la ciencia y de la medicina han permitido, en nuestros días, descubrir en el feto algunos defectos que puedan dar origen a futuras malformaciones y deficiencias. La imposibilidad que encuentra de momento la medicina para darles remedio ha llevado a algunos a proponer e incluso a practicar la supresión del feto. Este comportamiento nace de una actitud de pseudo-humanismo, que compromete el orden ético de los valores objetivos y no puede por menos de ser rechazado por las conciencias rectas. Eso mismo manifiesta un modo de obrar que, si fuese aplicado en otra edad, sería considerado gravemente antihumano. Por otra parte, la negligencia deliberada de asistencia o cualquier acción que conduzca a la supresión del recién nacido minorado, representan atentados no sólo a la ética médica, sino también al derecho fundamental e inalienable a la vida. No se puede disponer a propio gusto de la vida humana, arrogándole un poder arbitrario sobre ella. La medicina pierde su título de nobleza cuando, en vez de atacar la enfermedad, ataca la vida; en efecto, la prevención debe ser contra la enfermedad, no contra la vida. Y no se podrá decir nunca que se quiere dar alivio a una familia, suprimiendo a uno de sus miembros. El respeto, la dedicación, el tiempo y los medios exigidos por el cuidado

de las personas minusválidas, incluidas las que están gravemente afectadas en sus facultades mentales, es el precio que una sociedad debe pagar con generosidad para seguir siendo realmente humana.

2. De la afirmación clara de este punto deriva como consecuencia el deber de emprender investigaciones más amplias y profundas para vencer las causas de las «minoraciones». Ciertamente se ha hecho ya mucho en este campo durante los últimos años, pero queda por hacer aún mucho más. Corresponde a los hombres de ciencia el nobilísimo cometido de poner su competencia y sus estudios al servicio del mejoramiento de la calidad y de la defensa de la vida humana. Las tendencias actuales en el campo de la genética, de la fetología, de la perinatología, de la bioquímica y de la neurología, para mencionar solamente algunas disciplinas, permiten nutrir la esperanza de sensibles progresos. Un esfuerzo unificado de las investigaciones no dejará de conducir, como es deseable, a resultados alentadores en un futuro no lejano.

Estas iniciativas de investigación fundamental y de aplicación de los conocimientos adquiridos merecen por tanto un impulso más decidido y un apoyo más concreto. La Santa Sede abriga el deseo de que las Instituciones internacionales, los Poderes públicos de cada nación, los Organismos de investigación, las Organizaciones no gubernativas y Fundaciones privadas quieran estimular cada vez más la investigación y destinar a ella los fondos necesarios.

3. La acción prioritaria de prevención de las «minoraciones», debe hacer reflexionar también sobre el fenómeno preocupante de personas que, en número elevado, sufren un «agotamiento» o «choc» que perturban su vida síquica e interior. Prevenir estas «minoraciones» y promover la salud del espíritu, significa y comporta un esfuerzo concorde y creativo para favorecer una educación integral, un ambiente, relaciones humanas e instrumentos de comunicación en los que la persona no se vea mutilada en sus más profundas exigencias y aspiraciones —en primer lugar las morales y espirituales— y no sufra violencias que terminen por comprometer su equilibrio y su dinamismo interior. Se impone una ecología espiritual a la par que una ecología natural.

4. Cuando la «minoración», no obstante la aplicación responsable y rigurosa de todas las técnicas y de todos los cuidados de que hoy se dispone, se presenta como irremediable e irreversible; se deberán buscar y actuar todas las demás posibilidades de crecimiento humano y de integración social que permanecen abiertas para quien la sufre. Además del derecho a los cuidados médicos apropiados, la Declaración de las Naciones Unidas enumera otros derechos que tienen como objetivo la integración o la reintegración más completa posible en la sociedad. Tales derechos tienen una repercusión muy amplia sobre un conjunto de servicios ya existentes o aún por organizar, entre los que se puede mencionar la organización de un adecuado sistema educativo, la formación profesional responsable, los servicios de asesoramiento, un apropiado puesto de trabajo.

5. Hay un punto que parece digno de especial atención. La Declaración de las Naciones Unidas sobre los

Derechos de las Personas Minusválidas afirma, que «las personas 'minoradas' tienen el derecho de vivir con sus familias o en un ambiente familiar» (número 9). La realización efectiva de este derecho resulta sumamente importante. En efecto, es en el hogar doméstico, rodeada del afecto familiar, donde la persona minusválida encuentra el ambiente más natural y apropiado a su desarrollo. Teniendo en cuenta esta configuración primordial de la familia en orden al desarrollo y a la integración de la persona minorada en la sociedad, los responsables de las estructuras médico-sociales y orto-pedagógicas deberían proyectar la propia estrategia a partir de la familia y haciendo de ésta la principal fuerza dinámica del proceso de curación y de integración social.

6. En esta perspectiva, habrá que tener presente la decisiva importancia que reviste la ayuda a ofrecer en el momento en que los padres descubren con dolor que un hijo suyo es minusválido. El trauma que esto produce puede ser tan profundo y causar una crisis tan fuerte que sacuda todo un sistema de valores. La falta de una asistencia precoz y de un apoyo adecuado en esta fase puede tener consecuencias nefastas tanto para los padres como para la persona minusválida. No deberán pues contentarse únicamente con el examen diagnóstico, dejando después a los padres abandonados a sí mismos. El aislamiento y el rechazo de la sociedad podrían inducirlos a no aceptar o, lo que Dios no quiera, a rechazar la prole minusválida. Es necesario por tanto que las familias se sientan rodeadas por una profunda comprensión y simpatía de parte de la comunidad y que reciban de las Asociaciones y de los Poderes públicos una asistencia adecuada desde el momento en que se descubre la «minoración» en uno de sus miembros.

La Santa Sede, consciente de la heroica fuerza de ánimo exigida a esas familias, no puede menos de dar una contribución de aprecio y expresar su profundo reconocimiento a las familias que, generosa y valientemente, han aceptado tomar a su cargo e incluso adoptar niños minusválidos. El testimonio que ellas dan en favor de la dignidad, el valor y la sacralidad de la persona humana merece ser abiertamente reconocido y apoyado por toda la comunidad humana.

7. Cuando circunstancias particulares o exigencias especiales que tienen como finalidad la rehabilitación de la persona minusválida exigen su estancia temporánea o también permanente fuera del hogar doméstico, las casas-asilos y las instituciones que suplen a la familia, en lo que se refiere a su configuración y a su funcionamiento, deberían acercarse, en cuanto sea posible, al modelo familiar, evitando la segregación y el anonimato. Será pues necesario obrar de manera que durante la permanencia en estos centros las relaciones de las personas minusválidas con la familia y con los amigos se cultiven con frecuencia y espontaneidad. El cariño, la dedicación, además de la competencia profesional, de padres, familiares y educadores, según múltiples testimonios, han conseguido resultados de insospechada eficacia para el desarrollo humano y profesional de las personas minusválidas. La experiencia ha demostrado —y esto parece ser un punto importante de reflexión— que en un ambiente humano y familiar favorable, lleno de respeto profundo y de sincero afecto, las personas minusválidas pueden desa-

rollar de manera sorprendente las propias cualidades humanas, morales y espirituales, convirtiéndose incluso en donadores de paz y hasta de alegría.

8. La vida afectiva de las personas minusválidas deberá recibir especial atención. Sobre todo cuando, debido a su «minoración», se ven imposibilitadas para contraer matrimonio, es importante que no sólo estén convenientemente protegidas contra la promiscuidad y los abusos, sino también que puedan encontrar una comunidad llena de calor humano, donde su necesidad de amistad y de afecto sea respetada y satisfecha en conformidad con su inalienable dignidad moral.

9. El niño y el joven minusválido tienen evidentemente el derecho a la instrucción. Esta les será asegurada, en cuanto lo posible, por medio de una escolaridad normal, o también a través de escuelas especializadas según la naturaleza de las «minoraciones». Allí donde sea necesaria una escolarización a domicilio, es deseable que las autoridades competentes faciliten los medios necesarios a las familias. Asimismo se deberá posibilitar y facilitar el acceso a la enseñanza superior y una oportuna asistencia post-escolar.

10. Un momento particularmente delicado en la vida de la persona minusválida es el paso de la escuela a su inserción en la sociedad o en la vida profesional. En esta fase tiene necesidad de especial comprensión y de aliento por parte de los distintos Organismos de la comunidad. Incumbe a los Poderes públicos garantizar y promover con medidas eficaces el derecho de las personas minusválidas a la preparación profesional para la que sean idóneas. Deberá prestarse una gran atención a las condiciones de trabajo, como la asignación de los puestos en función de las «minoraciones», salarios justos y posibilidad de promoción. Es muy recomendable que los empresarios sean informados previamente sobre el empleo, las condiciones y la psicología de las personas minusválidas. En efecto, éstas se encuentran con múltiples obstáculos en el sector profesional, como por ejemplo, el sentimiento de inferioridad por lo que se refiere al propio aspecto o al eventual rendimiento, la preocupación por incurrir en accidentes de trabajo, etc.

11. Evidentemente, la persona minusválida tiene todos los derechos civiles y políticos que competen a los demás ciudadanos y, en línea de máxima, debe ser habilitada para ejercerlos. No obstante, ciertas formas de «minoración» —piénsese en la categoría numéricamente importante de los minusválidos mentales— pueden constituir un obstáculo para el ejercicio responsable de tales derechos. También en estos casos se deberá actuar no de forma arbitraria ni aplicando medidas represivas, sino en base a rigurosos y objetivos criterios ético-jurídicos.

12. Al minusválido, por lo demás, se le instará a que no se reduzca a ser solamente un sujeto de derechos, habituado a gozar de los cuidados y de la solidaridad de los demás, en actitud de mera pasividad. No es solamente uno al que se le da; debe ser ayudado para que se convierta en uno que da a su vez y en la medida de todas sus propias posibilidades. Un momento importante y decisivo en su formación habrá sido logrado cuando haya adquirido conciencia de su dignidad y de

sus valores, y se haya dado cuenta de que se espera algo de él, y que también él puede y debe contribuir al progreso y al bien de su familia y de la comunidad. Debe tener de sí mismo una idea realística, es cierto; pero no menos positiva; haciéndose reconocer como persona en condiciones de asumir responsabilidades, capaz de decidir y de colaborar.

13. Numerosas personas, asociaciones e instituciones se dedican hoy por profesión, con frecuencia por auténtica vocación humana y religiosa, a la asistencia de los minusválidos. En no pocos casos estos últimos han manifestado que prefieren personal y educadores «voluntarios», porque ven en ellos un sentimiento particular de gratitud y de solidaridad. Esta observación demuestra que la competencia técnica y profesional, aunque es sin duda necesaria y, más aún, se debe cultivar y enriquecer por todos los medios, sin embargo, por sí sola no es suficiente. Es necesario unir a la alta competencia una rica sensibilidad humana. Quienes se dedican laudablemente al servicio de las personas minusválidas deben conocer de manera científica las «minoraciones», pero al mismo tiempo deben comprender con el corazón a la persona portadora de tales «minoraciones». Deben aprender a ser sensibles a los signos propios de expresión y de comunicación de las personas minusválidas; deben conquistar el arte de hacer el gesto exacto y de decir la palabra conveniente; deben saber ver con serenidad eventuales reacciones y formas emotivas y aprender a dialogar con los padres y familiares de las personas minusválidas. Esta competencia no será plenamente humana si no está sostenida interiormente por disposiciones morales y espirituales apropiadas, hechas de atención, sensibilidad, respeto especial por todo aquello que en el ser humano es fuente de debilidad y de dependencia. El cuidado y la asistencia a las personas minusválidas se convierte entonces en escuela incluso para los padres, educadores y personal de servicio: una escuela exigente, noble y elevadora de auténtica humanidad.

14. Es muy importante e incluso necesario que los servicios profesionales reciban por parte de los poderes públicos un apoyo moral y material con vistas a una organización eficaz de las intervenciones especializadas. Muchas naciones tienen ya, o están elaborando, una legislación ejemplar que define y protege el estatuto legal de la persona minusválida. Donde aún no existe, es incumbencia de los Gobiernos proveer a la garantía efectiva y a la promoción de los derechos de las personas minusválidas. A este respecto, sería una ventaja que las familias y las organizaciones voluntarias fuesen asociadas a la elaboración de las normas jurídicas y sociales en esta materia.

15. Incluso la mejor de las legislaciones corre no obstante el riesgo de no incidir en el contexto social y de no producir todos sus frutos, si no es aceptada por la conciencia personal de los ciudadanos y por la conciencia colectiva de la comunidad.

Los minusválidos, sus familias y sus familiares constituyen una parte de la gran familia humana. Por muy grande que, desgraciadamente, pueda ser su número, ellos forman un grupo minoritario dentro de la comunidad. Precisamente, por este único hecho, existe el peligro de

que no gocen suficientemente del interés general. Se añade a esto la reacción, a menudo espontánea, de una comunidad que rechaza y reprime psicológicamente lo que no encaja en las costumbres. El hombre no desea ser confrontado con formas de existencia que reflejan visiblemente los aspectos negativos de la vida. Así se crea el fenómeno de la marginación como una forma de mecanismo de defensa y de rechazo. Sin embargo, desde el momento que el hombre y la sociedad son verdaderamente humanos cuando entran en un proceso consciente y querido de aceptación, incluso de la debilidad, de solidaridad y de participación también en los sufrimientos del prójimo, se debe reaccionar con una educación a dicha tendencia.

La celebración del «Año Internacional del Minusválido» ofrece por consiguiente una oportunidad propicia para una reflexión más exacta y global de la situación, de los problemas y de las exigencias de millones de personas que componen la familia humana, particularmente del Tercer Mundo. Es importante que no se deje pasar en vano esta ocasión. Con el aporte de las ciencias y con la cooperación de todas las instancias de la sociedad, ella debe conducir a una mejor comprensión del minusválido, de su dignidad y de sus derechos y, sobre todo, ellas deben favorecer la afirmación de un amor sincero y efectivo para todo hombre en su unicidad y concreción.

16. Los cristianos tienen una misión insustituible en este campo. Recordando las responsabilidades que les atañen como testimonios de Cristo, ellos deben hacer suyos los sentimientos del Salvador hacia los que sufren, y estimular en el mundo la actitud y el ejemplo de la caridad, para que el interés por los hermanos menos dotados no decaiga jamás. El Concilio Vaticano II ha individuado en esta presencia caritativa el núcleo esencial del apostolado de los seglares, recordando que Cristo ha hecho suyo el precepto de la caridad hacia el prójimo «y lo enriqueció con un nuevo sentido al querer identificarse El mismo con los hermanos como objeto único de la caridad... Cristo, pues, al asumir la naturaleza humana, unió a Sí con cierta solidaridad sobrenatural a todo el género humano como una sola familia y estableció la caridad como distintivo de sus discípulos con estas palabras: *'En esto conocerán todos que sois mis discípulos, si tenéis caridad unos con otros'* (Jn 13, 35). En sus comienzos, la Santa Iglesia, uniendo el 'ágape' a la Cena eucarística, se manifestaba toda entera unida en torno a Cristo por el vínculo de la caridad; así en todo tiempo se hace reconocer por este distintivo del amor y, sin dejar de gozarse con las iniciativas de los demás, reivindica para sí las obras de caridad como deber y derecho propio que no puede enajenar. Por lo cual, la misericordia para con los necesitados y los enfermos y las llamadas obras de caridad y de ayuda mutua para aliviar todas las necesidades humanas son consideradas por la Iglesia con un singular honor» (*Apostolicam actuositatem*, 8).

En este «Año Internacional de los Minusválidos», los cristianos estén, por tanto, al lado de los hermanos y hermanas de todas las otras Organizaciones para promover, sostener, incrementar iniciativas dispuestas a aliviar la situación de los que sufren y a inserirlos armónicamente en el conjunto de la normal vida civil, dentro de lo posible; den su propia cooperación en hombres y

medios, recordando especialmente aquellas beneméritas instituciones que, en el nombre y por la caridad de Cristo, con el ejemplo maravilloso de personas consagradas totalmente al Señor, se dedican con título especial a la educación, a la preparación profesional, a la asistencia post-escolar de los jóvenes minusválidos, o al cuidado generoso en los casos más dolorosos; las parroquias y las comunidades juveniles de distinto signo quieran dedicar particular atención a las familias donde nace y crece una de estas criaturas marcadas por el dolor y, al mismo tiempo, sepan estudiar, continúen aplicando y, si se da el caso, revisen métodos adecuados de catequesis para los minusválidos, y sigan la participación y la inserción de éstos en las actividades culturales y en las manifestaciones religiosas, de suerte que estas personas —que tienen un preciso título para una adecuada formación espiritual y moral— lleguen a ser miembros de pleno derecho de cada una de las comunidades cristianas.

17. El Santo Padre, que al principio del año, celebrando la Jornada mundial de la Paz, ha recordado públicamente en la Basílica Vaticana las iniciativas del «Año Internacional de los Minusválidos», pidiendo una particular solicitud para la solución de sus graves problemas, renueva su llamada para tomar con interés la suerte de estos hermanos. Vuelve a recordar cuanto dijo entonces: «Si sólo una parte del presupuesto para la carrera de armamentos fuese destinado a este objetivo, se podrían conseguir éxitos importantes y aliviar la suerte de numerosas personas que sufren» (1 de enero de 1981, número 5). Su Santidad alienta las diversas iniciativas, que se tomen a nivel internacional, como aquellas que se emprendan en otras sedes, estimulando sobre todo a los hijos de la Iglesia católica para que den ejemplo de generosidad total. Y, al confiar a la materna protección de la Virgen Santísima, como hizo aquel día, a todos los queridos minusválidos del mundo, repite con viva esperanza el deseo de que, «bajo la mirada materna de María, se multipliquen las experiencias de solidaridad humana y cristiana, en una fraternidad renovada que una a los débiles y a los fuertes en el camino común de la vocación divina de la persona humana» (ib.).

Vaticano, 4 de marzo de 1981.

DERECHOS DEL ENFERMO HOSPITALIZADO

1. Derecho a un hospital *en condiciones*, bien construido, limpio y bien situado, con zonas verdes, que posibilite mejor la recuperación integral.
2. Derecho a conocer las instrucciones que durante su permanencia en el hospital habrá de observar, con el fin de ayudarle a tener una estancia agradable y beneficiosa para su salud.
3. Derecho a que en la exploración y reconocimiento se le respete su sensibilidad y su intimidad física y mental.

que no gocen suficientemente del interés general. Se añade a esto la reacción, a menudo espontánea, de una comunidad que rechaza y reprime psicológicamente lo que no encaja en las costumbres. El hombre no desea ser confrontado con formas de existencia que reflejan visiblemente los aspectos negativos de la vida. Así se crea el fenómeno de la marginación como una forma de mecanismo de defensa y de rechazo. Sin embargo, desde el momento que el hombre y la sociedad son verdaderamente humanos cuando entran en un proceso consciente y querido de aceptación, incluso de la debilidad, de solidaridad y de participación también en los sufrimientos del prójimo, se debe reaccionar con una educación a dicha tendencia.

La celebración del «Año Internacional del Minusválido» ofrece por consiguiente una oportunidad propicia para una reflexión más exacta y global de la situación, de los problemas y de las exigencias de millones de personas que componen la familia humana, particularmente del Tercer Mundo. Es importante que no se deje pasar en vano esta ocasión. Con el aporte de las ciencias y con la cooperación de todas las instancias de la sociedad, ella debe conducir a una mejor comprensión del minusválido, de su dignidad y de sus derechos y, sobre todo, ellas deben favorecer la afirmación de un amor sincero y efectivo para todo hombre en su unicidad y concreción.

16. Los cristianos tienen una misión insustituible en este campo. Recordando las responsabilidades que les atañen como testimonios de Cristo, ellos deben hacer suyos los sentimientos del Salvador hacia los que sufren, y estimular en el mundo la actitud y el ejemplo de la caridad, para que el interés por los hermanos menos dotados no decaiga jamás. El Concilio Vaticano II ha individuado en esta presencia caritativa el núcleo esencial del apostolado de los seglares, recordando que Cristo ha hecho suyo el precepto de la caridad hacia el prójimo «y lo enriqueció con un nuevo sentido al querer identificarse El mismo con los hermanos como objeto único de la caridad... Cristo, pues, al asumir la naturaleza humana, unió a Sí con cierta solidaridad sobrenatural a todo el género humano como una sola familia y estableció la caridad como distintivo de sus discípulos con estas palabras: *'En esto conocerán todos que sois mis discípulos, si tenéis caridad unos con otros'* (Jn 13, 35). En sus comienzos, la Santa Iglesia, uniendo el 'ágape' a la Cena eucarística, se manifestaba toda entera unida en torno a Cristo por el vínculo de la caridad; así en todo tiempo se hace reconocer por este distintivo del amor y, sin dejar de gozarse con las iniciativas de los demás, reivindica para sí las obras de caridad como deber y derecho propio que no puede enajenar. Por lo cual, la misericordia para con los necesitados y los enfermos y las llamadas obras de caridad y de ayuda mutua para aliviar todas las necesidades humanas son consideradas por la Iglesia con un singular honor» (*Apostolicam actuositatem*, 8).

En este «Año Internacional de los Minusválidos», los cristianos estén, por tanto, al lado de los hermanos y hermanas de todas las otras Organizaciones para promover, sostener, incrementar iniciativas dispuestas a aliviar la situación de los que sufren y a inserirlos armónicamente en el conjunto de la normal vida civil, dentro de lo posible; den su propia cooperación en hombres y

medios, recordando especialmente aquellas beneméritas instituciones que, en el nombre y por la caridad de Cristo, con el ejemplo maravilloso de personas consagradas totalmente al Señor, se dedican con título especial a la educación, a la preparación profesional, a la asistencia post-escolar de los jóvenes minusválidos, o al cuidado generoso en los casos más dolorosos; las parroquias y las comunidades juveniles de distinto signo quieran dedicar particular atención a las familias donde nace y crece una de estas criaturas marcadas por el dolor y, al mismo tiempo, sepan estudiar, continúen aplicando y, si se da el caso, revisen métodos adecuados de catequesis para los minusválidos, y sigan la participación y la inserción de éstos en las actividades culturales y en las manifestaciones religiosas, de suerte que estas personas —que tienen un preciso título para una adecuada formación espiritual y moral— lleguen a ser miembros de pleno derecho de cada una de las comunidades cristianas.

17. El Santo Padre, que al principio del año, celebrando la Jornada mundial de la Paz, ha recordado públicamente en la Basílica Vaticana las iniciativas del «Año Internacional de los Minusválidos», pidiendo una particular solicitud para la solución de sus graves problemas, renueva su llamada para tomar con interés la suerte de estos hermanos. Vuelve a recordar cuanto dijo entonces: «Si sólo una parte del presupuesto para la carrera de armamentos fuese destinado a este objetivo, se podrían conseguir éxitos importantes y aliviar la suerte de numerosas personas que sufren» (1 de enero de 1981, número 5). Su Santidad alienta las diversas iniciativas, que se tomen a nivel internacional, como aquellas que se emprendan en otras sedes, estimulando sobre todo a los hijos de la Iglesia católica para que den ejemplo de generosidad total. Y, al confiar a la materna protección de la Virgen Santísima, como hizo aquel día, a todos los queridos minusválidos del mundo, repite con viva esperanza el deseo de que, «bajo la mirada materna de María, se multipliquen las experiencias de solidaridad humana y cristiana, en una fraternidad renovada que una a los débiles y a los fuertes en el camino común de la vocación divina de la persona humana» (ib.).

Vaticano, 4 de marzo de 1981.

DERECHOS DEL ENFERMO HOSPITALIZADO

1. Derecho a un hospital *en condiciones*, bien construido, limpio y bien situado, con zonas verdes, que posibilite mejor la recuperación integral.
2. Derecho a conocer las instrucciones que durante su permanencia en el hospital habrá de observar, con el fin de ayudarlo a tener una estancia agradable y beneficiosa para su salud.
3. Derecho a que en la exploración y reconocimiento se le respete su sensibilidad y su intimidad física y mental.

4. Derecho a ser informado y responderle si pregunta o manifiesta angustia sobre su estado a través de un diálogo prudente y respetuoso.

5. Derecho a que su cuerpo sea intervenido con la exclusiva finalidad de recuperar salud y no para ser objeto de experiencias.

6. Derecho a tener en el hospital una asistencia integral: somática, psicológica, social y espiritual.

7. Derecho a estar acompañado de las personas que más necesite y le ayuden; y esto según el criterio también del equipo de salud que le asiste.

8. Derecho a conocer los costos y supuestos económicos de su estancia y asistencia sanitaria.

9. Derecho a que se guarde escrupulosamente secreto profesional de su circunstancia personal en el hospital.

10. Derecho a no ser manipulado en su estado terminal y poder morir en paz y con dignidad.

DERECHOS DEL PACIENTE

DECLARACIONES DEL CONSEJO DE ADMINISTRACION

(17 noviembre 1972)

La Asociación Americana de Hospitales presenta un programa de los Derechos del Paciente con la esperanza de que la observancia de estos derechos contribuirá a un más efectivo cuidado del paciente así como mayor satisfacción para el paciente, su médico y la organización del hospital. Además, la Asociación presenta estos derechos con la esperanza de que los mismos sean apoyados por el hospital en beneficio de sus pacientes, como parte integrante del proceso de curación. Está bien reconocido el hecho de que la relación personal y amistosa entre el médico y el paciente es esencial para proporcionar los cuidados médicos adecuados. La relación tradicional médico-paciente cobra una nueva dimensión cuando se incluye con cuidado y atención dentro de una estructura organizativa.

Precedentes legales establecen que la Institución misma tiene responsabilidades también hacia el paciente. Es en reconocimiento de estos factores que estos derechos son confirmados.

1. El paciente tiene derecho a cuidados adecuados y respetuosos.

2. El paciente tiene el derecho a obtener de su médico información completa y actualizada con respecto a su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, de forma tal que el paciente pueda razonablemente entenderlo. Cuando no sea aconsejable médicamente darle tal información al paciente, la misma debe proporcionarse a la persona allegada a su cuidado. El tiene el derecho de conocer el nombre del médico responsable de su cuidado.

3. El paciente tiene el derecho de recibir de su médico la información necesaria para dar su consentimiento, conocimiento de causa, al comienzo de cualquier proceso y/o tratamiento. Excepto en casos de emergencia, tales informaciones, para consentimiento con conocimiento de causa, incluirían no necesariamente limitados al proceso específico y/o tratamiento, los riesgos médicos involucrados, y la probable duración de incapacitación. Cuando existan alternativas médicas importantes para los cuidados o tratamiento, o cuando el paciente requiera información acerca de alternativas médicas, el paciente tiene derecho a dicha información. El paciente tiene asimismo el derecho de conocer el nombre de la persona responsable del proceso y/o tratamiento.

4. El paciente tiene derecho a rechazar el tratamiento hasta los límites permitidos por la ley y a ser informado de las consecuencias médicas de su acción.

5. El paciente tiene derecho a toda clase de consideraciones de sus derechos privados con respecto a su programa de cuidados médicos. Discusión, consulta, examen y tratamiento son confidenciales y deben ser tratados discretamente. Las personas que no están directamente involucradas en su cuidado, deben tener permiso del paciente para asistir o estar presentes.

6. El paciente tiene derecho a esperar que todos los informes médicos y comunicaciones pertenecientes a su cuidado, deban ser tratados como confidenciales.

7. El paciente tiene el derecho a esperar que, dentro de su capacidad, el hospital se haga razonablemente responsable de las peticiones de servicio por parte de un paciente. El hospital debe proporcionar, evaluación, servicio y/o traslado, como indique la urgencia del caso. Cuando médicamente se prevea el traslado del enfermo a otro centro de sanidad, ello se podrá efectuar solamente después de que el paciente haya recibido información completa y explicaciones concernientes a las necesidades y alternativas de tal traslado. La institución a la cual el paciente debe ser trasladado o transferido, debe en primer lugar haber aceptado al paciente.

8. El paciente tiene el derecho de obtener información sobre cualquier relación de su hospital con otro Instituto médico, siempre que sea concerniente a su cuidado. El paciente tiene derecho a estar informado de la existencia y nombre de las personas relacionadas profesionalmente que le estén tratando.

9. El paciente tiene el derecho de ser informado si el hospital se propone realizar o desarrollar experimentos humanos que afecten su cuidado o tratamiento. El paciente tiene el derecho de negarse a participar en tales proyectos de investigación.

10. El paciente tiene el derecho de esperar una razonable continuidad de cuidados. Tiene el derecho de conocer por adelantado el horario de visita de los médicos, cuáles están disponibles y dónde. El paciente tiene derecho a esperar que el hospital proporcione un mecanismo por el cual su médico, o persona encargada por su médico, le informe de las necesidades de cuidados de su salud, después de haber sido dado de alta.

4. Derecho a ser informado y responderle si pregunta o manifiesta angustia sobre su estado a través de un diálogo prudente y respetuoso.

5. Derecho a que su cuerpo sea intervenido con la exclusiva finalidad de recuperar salud y no para ser objeto de experiencias.

6. Derecho a tener en el hospital una asistencia integral: somática, psicológica, social y espiritual.

7. Derecho a estar acompañado de las personas que más necesite y le ayuden; y esto según el criterio también del equipo de salud que le asiste.

8. Derecho a conocer los costos y supuestos económicos de su estancia y asistencia sanitaria.

9. Derecho a que se guarde escrupulosamente secreto profesional de su circunstancia personal en el hospital.

10. Derecho a no ser manipulado en su estado terminal y poder morir en paz y con dignidad.

DERECHOS DEL PACIENTE

DECLARACIONES DEL CONSEJO DE ADMINISTRACION

(17 noviembre 1972)

La Asociación Americana de Hospitales presenta un programa de los Derechos del Paciente con la esperanza de que la observancia de estos derechos contribuirá a un más efectivo cuidado del paciente así como mayor satisfacción para el paciente, su médico y la organización del hospital. Además, la Asociación presenta estos derechos con la esperanza de que los mismos sean apoyados por el hospital en beneficio de sus pacientes, como parte integrante del proceso de curación. Está bien reconocido el hecho de que la relación personal y amistosa entre el médico y el paciente es esencial para proporcionar los cuidados médicos adecuados. La relación tradicional médico-paciente cobra una nueva dimensión cuando se incluye con cuidado y atención dentro de una estructura organizativa.

Precedentes legales establecen que la Institución misma tiene responsabilidades también hacia el paciente. Es en reconocimiento de estos factores que estos derechos son confirmados.

1. El paciente tiene derecho a cuidados adecuados y respetuosos.

2. El paciente tiene el derecho a obtener de su médico información completa y actualizada con respecto a su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, de forma tal que el paciente pueda razonablemente entenderlo. Cuando no sea aconsejable médicamente darle tal información al paciente, la misma debe proporcionarse a la persona allegada a su cuidado. El tiene el derecho de conocer el nombre del médico responsable de su cuidado.

3. El paciente tiene el derecho de recibir de su médico la información necesaria para dar su consentimiento, conocimiento de causa, al comienzo de cualquier proceso y/o tratamiento. Excepto en casos de emergencia, tales informaciones, para consentimiento con conocimiento de causa, incluirían no necesariamente limitados al proceso específico y/o tratamiento, los riesgos médicos involucrados, y la probable duración de incapacitación. Cuando existan alternativas médicas importantes para los cuidados o tratamiento, o cuando el paciente requiera información acerca de alternativas médicas, el paciente tiene derecho a dicha información. El paciente tiene asimismo el derecho de conocer el nombre de la persona responsable del proceso y/o tratamiento.

4. El paciente tiene derecho a rechazar el tratamiento hasta los límites permitidos por la ley y a ser informado de las consecuencias médicas de su acción.

5. El paciente tiene derecho a toda clase de consideraciones de sus derechos privados con respecto a su programa de cuidados médicos. Discusión, consulta, examen y tratamiento son confidenciales y deben ser tratados discretamente. Las personas que no están directamente involucradas en su cuidado, deben tener permiso del paciente para asistir o estar presentes.

6. El paciente tiene derecho a esperar que todos los informes médicos y comunicaciones pertenecientes a su cuidado, deban ser tratados como confidenciales.

7. El paciente tiene el derecho a esperar que, dentro de su capacidad, el hospital se haga razonablemente responsable de las peticiones de servicio por parte de un paciente. El hospital debe proporcionar, evaluación, servicio y/o traslado, como indique la urgencia del caso. Cuando médicamente se prevea el traslado del enfermo a otro centro de sanidad, ello se podrá efectuar solamente después de que el paciente haya recibido información completa y explicaciones concernientes a las necesidades y alternativas de tal traslado. La institución a la cual el paciente debe ser trasladado o transferido, debe en primer lugar haber aceptado al paciente.

8. El paciente tiene el derecho de obtener información sobre cualquier relación de su hospital con otro Instituto médico, siempre que sea concerniente a su cuidado. El paciente tiene derecho a estar informado de la existencia y nombre de las personas relacionadas profesionalmente que le estén tratando.

9. El paciente tiene el derecho de ser informado si el hospital se propone realizar o desarrollar experimentos humanos que afecten su cuidado o tratamiento. El paciente tiene el derecho de negarse a participar en tales proyectos de investigación.

10. El paciente tiene el derecho de esperar una razonable continuidad de cuidados. Tiene el derecho de conocer por adelantado el horario de visita de los médicos, cuáles están disponibles y dónde. El paciente tiene derecho a esperar que el hospital proporcione un mecanismo por el cual su médico, o persona encargada por su médico, le informe de las necesidades de cuidados de su salud, después de haber sido dado de alta.

11. El paciente tiene derecho a examinar y recibir explicaciones sobre su factura, prescindiendo de la fuente de pago.

12. El paciente tiene derecho a conocer qué reglas y condiciones de hospital le corresponden como paciente.

Ningún catálogo de derechos puede garantizarle al paciente la clase de tratamiento que tiene derecho a esperar. Un hospital tiene muchas funciones a desarrollar incluyendo la prevención y tratamiento de las enfermedades, la instrucción de ambos, profesionales de la salud y pacientes y la gestión o manejo de investigaciones clínicas. Todas estas actividades deben ser manejadas con suma dedicación e interés hacia el paciente y, sobre todo, el reconocimiento de su dignidad como ser humano. Conseguir este reconocimiento asegura el éxito en la defensa de los derechos del paciente.

COMPROMISO DEL HOSPITAL CON EL ENFERMO

BETH ISRAEL HOSPITAL

El hospital Beth Israel, sus doctores, enfermeras y todo el personal se comprometen a asegurarle excelente cuidado como paciente nuestro. Ha sido siempre nuestra política el respetar su individualidad y su dignidad. Esta relación se publica para estar seguros de que usted conoce los extensos derechos que le pertenecen como paciente del Beth Israel.

1. Usted tiene derecho a los mejores cuidados médicos que estén indicados para su problema, es decir, el tratamiento disponible más adecuado, sin tener en cuenta aspectos tales como raza, color, religión, nacionalidad, o fuentes de pago para su cuidado.

2. Usted tiene el derecho de ser tratado respetuosamente por otros, a ser llamado por su nombre propio y sin familiaridades inadecuadas, a ser escuchado cuando tenga que preguntar algo o desee más información y a recibir una respuesta adecuada y que le sirva de ayuda.

3. Usted tiene el derecho a esperar que se respete su individualidad, y que se le tengan en cuenta las diferencias de cultura y educación inherentes a su procedencia.

4. Usted tiene derecho a intimidad. En la clínica, debe ser posible que usted hable con su doctor, enfermera u otro sanitario, o bien oficial administrativo, en privado y saber que la información que usted dé no será escuchada, ni dada a otras personas sin su permiso. En el hospital, cuando usted se encuentre en su habitación semi-privada, usted puede esperar un razonable esfuerzo para que la conversación se mantenga en privado. Cuando le examinen, tiene derecho a intimidad, tener las cortinas corridas y conocer la labor desarrollada en cuanto a su cuidado,

cualquier persona asistente u observador y a pedir que los observadores se marchen si no están directamente relacionados con su cuidado. Si usted está hospitalizado, ninguna persona del exterior le puede ver sin su permiso. (Se refiere a persona del exterior que no pertenezca al personal del hospital.) Sus informes médicos son privados también y ninguna persona o agencia, aparte los que cuidan de usted, puede enterarse de la información contenida en sus informes médicos, sin su permiso.

5. Usted tiene derecho a saber el nombre del doctor responsable de su cuidado. Y a hablar con este doctor y cualquier otro que le cuide. A recibir la información necesaria para que usted entienda sus problemas médicos, el curso del tratamiento planeado (incluyendo una explicación completa acerca de los procedimientos diarios y pruebas o exámenes) y el pronóstico o futuras previsiones médicas para su futuro; a recibir instrucción adecuada de cómo cuidarse, prevención de incapacidad y mantenimiento de la salud. Usted tiene el derecho de preguntar a su doctor cualquier cuestión referente a su salud. Usted tiene el derecho a conocer a la persona que le efectuará una prueba o examen o que le vaya a operar y el derecho de rechazarlo. Porque se trata de un hospital universitario, usted puede encontrarse doctores, enfermeras o asistentes sanitarios que se estén entrenando; o usted puede ser requerido para participar en estudios especiales. Creemos que la presencia de estudiantes añade calidad a los cuidados. No obstante, usted tiene derecho a una explicación completa sobre cualquier estudio de investigación o programa de entreno para estudiantes, antes de que usted esté de acuerdo en participar en ello, y el derecho también de negarse a participar. Si usted está de acuerdo con el diagnóstico y procedimientos recomendados por su doctor, se le puede pedir que firme su consentimiento, pero si usted se niega, todavía tiene el derecho de recibir la mejor ayuda que el hospital pueda darle u ofrecerle bajo las circunstancias.

6. Usted tiene el derecho de abandonar el hospital incluso si su doctor le advierte en contra de ello, excepto si usted tiene alguna enfermedad infecciosa que pueda perjudicar la salud de otras personas, o si usted es incapaz de mantener su propia seguridad, como define la ley. Si usted decide abandonar el hospital antes que el doctor se lo autorice, el hospital no se hace responsable de cualquier perjuicio que ello le cause y le será pedido que firme un «Parte de alta en contra de advertencia médica».

7. Usted tiene el derecho de informarse sobre la posibilidad de ayuda monetaria o financiera que le ayude en el pago de su factura en el hospital, también el derecho de recibir información y asistencia en conseguir tal ayuda.

Los pacientes también tienen ciertas responsabilidades que deben ser observadas o llevadas a cabo en beneficio de sus propios intereses.

Se ruega respetar las entrevistas o bien telefonar al hospital cuando no se pueda acudir a una entrevista previamente acordada; traiga con usted información completa de pasadas enfermedades, hospitalizaciones, medicaciones y cualquier otro asunto relacionado con su salud; sea comunicativo y honesto con nosotros respecto a las instrucciones que recibe concernientes a su salud, o sea, díganos

11. El paciente tiene derecho a examinar y recibir explicaciones sobre su factura, prescindiendo de la fuente de pago.

12. El paciente tiene derecho a conocer qué reglas y condiciones de hospital le corresponden como paciente.

Ningún catálogo de derechos puede garantizarle al paciente la clase de tratamiento que tiene derecho a esperar. Un hospital tiene muchas funciones a desarrollar incluyendo la prevención y tratamiento de las enfermedades, la instrucción de ambos, profesionales de la salud y pacientes y la gestión o manejo de investigaciones clínicas. Todas estas actividades deben ser manejadas con suma dedicación e interés hacia el paciente y, sobre todo, el reconocimiento de su dignidad como ser humano. Conseguir este reconocimiento asegura el éxito en la defensa de los derechos del paciente.

COMPROMISO DEL HOSPITAL CON EL ENFERMO

BETH ISRAEL HOSPITAL

El hospital Beth Israel, sus doctores, enfermeras y todo el personal se comprometen a asegurarle excelente cuidado como paciente nuestro. Ha sido siempre nuestra política el respetar su individualidad y su dignidad. Esta relación se publica para estar seguros de que usted conoce los extensos derechos que le pertenecen como paciente del Beth Israel.

1. Usted tiene derecho a los mejores cuidados médicos que estén indicados para su problema, es decir, el tratamiento disponible más adecuado, sin tener en cuenta aspectos tales como raza, color, religión, nacionalidad, o fuentes de pago para su cuidado.

2. Usted tiene el derecho de ser tratado respetuosamente por otros, a ser llamado por su nombre propio y sin familiaridades inadecuadas, a ser escuchado cuando tenga que preguntar algo o desee más información y a recibir una respuesta adecuada y que le sirva de ayuda.

3. Usted tiene el derecho a esperar que se respete su individualidad, y que se le tengan en cuenta las diferencias de cultura y educación inherentes a su procedencia.

4. Usted tiene derecho a intimidad. En la clínica, debe ser posible que usted hable con su doctor, enfermera u otro sanitario, o bien oficial administrativo, en privado y saber que la información que usted dé no será escuchada, ni dada a otras personas sin su permiso. En el hospital, cuando usted se encuentre en su habitación semi-privada, usted puede esperar un razonable esfuerzo para que la conversación se mantenga en privado. Cuando le examinen, tiene derecho a intimidad, tener las cortinas corridas y conocer la labor desarrollada en cuanto a su cuidado,

cualquier persona asistente u observador y a pedir que los observadores se marchen si no están directamente relacionados con su cuidado. Si usted está hospitalizado, ninguna persona del exterior le puede ver sin su permiso. (Se refiere a persona del exterior que no pertenezca al personal del hospital.) Sus informes médicos son privados también y ninguna persona o agencia, aparte los que cuidan de usted, puede enterarse de la información contenida en sus informes médicos, sin su permiso.

5. Usted tiene derecho a saber el nombre del doctor responsable de su cuidado. Y a hablar con este doctor y cualquier otro que le cuide. A recibir la información necesaria para que usted entienda sus problemas médicos, el curso del tratamiento planeado (incluyendo una explicación completa acerca de los procedimientos diarios y pruebas o exámenes) y el pronóstico o futuras previsiones médicas para su futuro; a recibir instrucción adecuada de cómo cuidarse, prevención de incapacidad y mantenimiento de la salud. Usted tiene el derecho de preguntar a su doctor cualquier cuestión referente a su salud. Usted tiene el derecho a conocer a la persona que le efectuará una prueba o examen o que le vaya a operar y el derecho de rechazarlo. Porque se trata de un hospital universitario, usted puede encontrarse doctores, enfermeras o asistentes sanitarios que se estén entrenando; o usted puede ser requerido para participar en estudios especiales. Creemos que la presencia de estudiantes añade calidad a los cuidados. No obstante, usted tiene derecho a una explicación completa sobre cualquier estudio de investigación o programa de entreno para estudiantes, antes de que usted esté de acuerdo en participar en ello, y el derecho también de negarse a participar. Si usted está de acuerdo con el diagnóstico y procedimientos recomendados por su doctor, se le puede pedir que firme su consentimiento, pero si usted se niega, todavía tiene el derecho de recibir la mejor ayuda que el hospital pueda darle u ofrecerle bajo las circunstancias.

6. Usted tiene el derecho de abandonar el hospital incluso si su doctor le advierte en contra de ello, excepto si usted tiene alguna enfermedad infecciosa que pueda perjudicar la salud de otras personas, o si usted es incapaz de mantener su propia seguridad, como define la ley. Si usted decide abandonar el hospital antes que el doctor se lo autorice, el hospital no se hace responsable de cualquier perjuicio que ello le cause y le será pedido que firme un «Parte de alta en contra de advertencia médica».

7. Usted tiene el derecho de informarse sobre la posibilidad de ayuda monetaria o financiera que le ayude en el pago de su factura en el hospital, también el derecho de recibir información y asistencia en conseguir tal ayuda.

Los pacientes también tienen ciertas responsabilidades que deben ser observadas o llevadas a cabo en beneficio de sus propios intereses.

Se ruega respetar las entrevistas o bien telefonar al hospital cuando no se pueda acudir a una entrevista previamente acordada; traiga con usted información completa de pasadas enfermedades, hospitalizaciones, medicaciones y cualquier otro asunto relacionado con su salud; sea comunicativo y honesto con nosotros respecto a las instrucciones que recibe concernientes a su salud, o sea, díganos

de inmediato si no entiende alguna cosa, o si cree que no podrá seguir las instrucciones.

Tiene la responsabilidad de ser considerado con los otros pacientes y de procurar que los que le visiten sean considerados también, en particular en lo que se refiere a ruidos y a fumar, lo cual molesta a menudo a los otros pacientes que tiene cerca de usted.

También tiene la responsabilidad de atender prontamente el pago de las facturas del hospital, de suministrar la información necesaria para el proceso de seguro de sus facturas y de hacer prontamente cualquier pregunta que se le ocurra respecto a sus facturas.

El hospital Beth Israel está sumamente interesado en conservar su salud al máximo. Si nota que no se le atiende con consideración y adecuadamente, tiene el derecho de exponérselo a su doctor, enfermera, jefe de unidad o a cualquier ayudante sanitario, o al Administrador. También puede escribir una carta al Director General del Beth Israel Hospital, Boston 02215. Toda la correspondencia recibirá pronta y personal atención.

Este mensaje refleja el interés y filosofía de todo el personal del Beth Israel Hospital.

MITCHELL T. RABKIN, M.D.
Director General

GARANTIAS DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS

13.1 La admisión y estancia en el hospital ha de responder a la finalidad primordial de diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y atención sanitaria, sin discriminación alguna y supondrá como mínimo las siguientes obligaciones para el establecimiento y su personal, que constituyen otros tantos derechos del enfermo asistido:

a) El respeto de la personalidad y dignidad humana del asistido.

b) El cumplimiento flexible y, si es necesario, ulterior de los requisitos y formalidades administrativas exigibles.

c) La previa conformidad y consentimiento expreso y escrito del enfermo y, en caso de su menor edad o imposibilidad, de sus parientes más próximos o representante legal, para aplicar medios terapéuticos o realizar intervenciones que entrañen grave riesgo para su vida o de los que necesaria o previsiblemente se deriven lesiones o mutilaciones permanentes, a menos que la urgencia y gravedad del caso hagan indispensable, a juicio del facultativo o facultativos, la aplicación o intervención inmediatas.

Es un derecho del enfermo el ser tratado con las técnicas médicas disponibles en el hospital y con el menor riesgo posible en proporción a los resultados deseables.

d) La protección frente a las molestias o interferencias exteriores a menos que sean justificadas, precisas e inapla-

zables y sean compatibles con el estado clínico del enfermo a juicio del médico que lo atiende.

e) El funcionamiento de las instalaciones y servicios del establecimiento, de forma que se garanticen en todo momento las atenciones sanitarias y las condiciones de higiene, alimentación y subsistencia y se subsanen, en el plazo más corto posible, las deficiencias que resulten inevitables.

f) La cortesía, el trato humano, el respeto a las opiniones y creencias religiosas, el libre envío y recepción de correspondencia, la comunicación telefónica, la disponibilidad de ropa y equipamiento personal y acceso de acompañantes, familiares y visitas, de acuerdo con las normas del buen orden y régimen interior del hospital y las necesidades y condicionamientos de la asistencia sanitaria.

g) La confidencialidad de los actos médicos y sanitarios y, cuando así se solicite, el secreto de la estancia en el hospital.

h) El conocimiento del nombre del facultativo o facultativos encargados de su asistencia y la información completa en términos usuales y comprensibles, sobre la situación del estado clínico del asistido, bien sea verbal o por escrito, a petición del interesado o de persona legitimada para obtenerla.

Se presumirán legitimados a estos efectos sus familiares más próximos y los acompañantes en el momento de la admisión en el hospital, a menos que conste la oposición del interesado.

i) El derecho a consultar con facultativos ajenos al hospital en las condiciones que establezca el reglamento de régimen interior.

j) Asistencia religiosa según su confesionalidad.

k) La libertad de abandono del hospital y salida inmediata del establecimiento haciendo constar por escrito la renuncia a ulterior reclamación de indemnización.

Se exceptuarán los supuestos de hospitalización obligatoria por razones de salud pública y la aplicación de la normativa especial de asistencia psiquiátrica. En caso de duda y, desde luego, si a juicio del o de los facultativos pueda producirse un riesgo grave para la vida del paciente o de los demás, se pondrá el caso en conocimiento inmediato de la autoridad judicial competente y se estará a lo que ésta resuelva.

l) La sujeción del interesado y sus familiares, acompañantes o visitantes, mientras permanezcan en el establecimiento, a sus normas de buen orden y régimen interior.

m) La posibilidad de conocer dichas normas, hacer constar peticiones, observaciones y sugerencias, obtener ayuda y asistencia social para resolver los problemas o incidencias derivados de la estancia en el hospital.

13.2 Las garantías de los usuarios a que se refieren las normas anteriores se entenderán sin perjuicio del ejercicio de las competencias atribuidas a los órganos de la Administración de Justicia.

de inmediato si no entiende alguna cosa, o si cree que no podrá seguir las instrucciones.

Tiene la responsabilidad de ser considerado con los otros pacientes y de procurar que los que le visiten sean considerados también, en particular en lo que se refiere a ruidos y a fumar, lo cual molesta a menudo a los otros pacientes que tiene cerca de usted.

También tiene la responsabilidad de atender prontamente el pago de las facturas del hospital, de suministrar la información necesaria para el proceso de seguro de sus facturas y de hacer prontamente cualquier pregunta que se le ocurra respecto a sus facturas.

El hospital Beth Israel está sumamente interesado en conservar su salud al máximo. Si nota que no se le atiende con consideración y adecuadamente, tiene el derecho de exponérselo a su doctor, enfermera, jefe de unidad o a cualquier ayudante sanitario, o al Administrador. También puede escribir una carta al Director General del Beth Israel Hospital, Boston 02215. Toda la correspondencia recibirá pronta y personal atención.

Este mensaje refleja el interés y filosofía de todo el personal del Beth Israel Hospital.

MITCHELL T. RABKIN, M.D.
Director General

GARANTIAS DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS

13.1 La admisión y estancia en el hospital ha de responder a la finalidad primordial de diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y atención sanitaria, sin discriminación alguna y supondrá como mínimo las siguientes obligaciones para el establecimiento y su personal, que constituyen otros tantos derechos del enfermo asistido:

a) El respeto de la personalidad y dignidad humana del asistido.

b) El cumplimiento flexible y, si es necesario, ulterior de los requisitos y formalidades administrativas exigibles.

c) La previa conformidad y consentimiento expreso y escrito del enfermo y, en caso de su menor edad o imposibilidad, de sus parientes más próximos o representante legal, para aplicar medios terapéuticos o realizar intervenciones que entrañen grave riesgo para su vida o de los que necesaria o previsiblemente se deriven lesiones o mutilaciones permanentes, a menos que la urgencia y gravedad del caso hagan indispensable, a juicio del facultativo o facultativos, la aplicación o intervención inmediatas.

Es un derecho del enfermo el ser tratado con las técnicas médicas disponibles en el hospital y con el menor riesgo posible en proporción a los resultados deseables.

d) La protección frente a las molestias o interferencias exteriores a menos que sean justificadas, precisas e inapla-

zables y sean compatibles con el estado clínico del enfermo a juicio del médico que lo atiende.

e) El funcionamiento de las instalaciones y servicios del establecimiento, de forma que se garanticen en todo momento las atenciones sanitarias y las condiciones de higiene, alimentación y subsistencia y se subsanen, en el plazo más corto posible, las deficiencias que resulten inevitables.

f) La cortesía, el trato humano, el respeto a las opiniones y creencias religiosas, el libre envío y recepción de correspondencia, la comunicación telefónica, la disponibilidad de ropa y equipamiento personal y acceso de acompañantes, familiares y visitas, de acuerdo con las normas del buen orden y régimen interior del hospital y las necesidades y condicionamientos de la asistencia sanitaria.

g) La confidencialidad de los actos médicos y sanitarios y, cuando así se solicite, el secreto de la estancia en el hospital.

h) El conocimiento del nombre del facultativo o facultativos encargados de su asistencia y la información completa en términos usuales y comprensibles, sobre la situación del estado clínico del asistido, bien sea verbal o por escrito, a petición del interesado o de persona legitimada para obtenerla.

Se presumirán legitimados a estos efectos sus familiares más próximos y los acompañantes en el momento de la admisión en el hospital, a menos que conste la oposición del interesado.

i) El derecho a consultar con facultativos ajenos al hospital en las condiciones que establezca el reglamento de régimen interior.

j) Asistencia religiosa según su confesionalidad.

k) La libertad de abandono del hospital y salida inmediata del establecimiento haciendo constar por escrito la renuncia a ulterior reclamación de indemnización.

Se exceptuarán los supuestos de hospitalización obligatoria por razones de salud pública y la aplicación de la normativa especial de asistencia psiquiátrica. En caso de duda y, desde luego, si a juicio del o de los facultativos pueda producirse un riesgo grave para la vida del paciente o de los demás, se pondrá el caso en conocimiento inmediato de la autoridad judicial competente y se estará a lo que ésta resuelva.

l) La sujeción del interesado y sus familiares, acompañantes o visitantes, mientras permanezcan en el establecimiento, a sus normas de buen orden y régimen interior.

m) La posibilidad de conocer dichas normas, hacer constar peticiones, observaciones y sugerencias, obtener ayuda y asistencia social para resolver los problemas o incidencias derivados de la estancia en el hospital.

13.2 Las garantías de los usuarios a que se refieren las normas anteriores se entenderán sin perjuicio del ejercicio de las competencias atribuidas a los órganos de la Administración de Justicia.

DECLARACION DE LOS DERECHOS DEL USUARIO DEL HOSPITAL DE SAN PABLO. BARCELONA

Todo usuario del hospital tiene derecho a:

1. Recibir del hospital los servicios que cubran los aspectos de educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación del enfermo.

2. Ser informados de los servicios que se pueden utilizar, lugar y horario de los mismos. A que los trámites administrativos necesarios para tal utilización sean hechos con diligencia, eficacia y respeto a la persona, sin ninguna diferencia de trato por su condición o fondo de pago.

3. Recibir reconocimiento, diagnóstico y tratamiento por parte del hospital, de acuerdo con los medios disponibles al centro y conocer las posibles alternativas para la asistencia del enfermo o su tratamiento.

4. Estar informado del nombre de su médico responsable y recibir una información completa y continuada referente al diagnóstico, tratamiento y pronóstico, explicados en un lenguaje razonablemente comprensible.

5. El enfermo tendrá derecho a ser informado previamente de los procedimientos y/o tratamientos que se le vayan a practicar con derecho a rehusarlos y estar siempre informado de los riesgos correspondientes que su decisión comporte.

Se exceptuarán aquellos casos en que la actuación médica urgente no lo permita.

6. Deberá ser advertido de la posibilidad o realidad de que los procedimientos diagnósticos y/o tratamientos que se le realicen puedan ser utilizados por el hospital en función de un programa docente o de investigación, que, en ningún caso, pueden comportar peligro para su salud. Tiene derecho, también, a dar su consentimiento o a rehusarlo.

7. Recibir una continuidad en la asistencia, desde el primer momento que utiliza los servicios del hospital, y a conocer por adelantado las necesidades que se le van a presentar para mantener su salud una vez que ya esté dado de alta.

8. A una plena consideración hacia su dignidad humana e intimidad personal, especialmente en lo que se refiere a:

— El anonimato de su historia clínica, excepción hecha de los casos en los que haya dado previamente su consentimiento. Por otra parte, tiene derecho a disponer de esa historia clínica.

— La conservación de sus bienes personales.

— La posibilidad de prepararse psicológicamente para la evolución de su caso, hasta incluso frente a la muerte, contando con la ayuda de la familia y del personal del hospital, asimismo como de la asistencia religiosa, entre otras.

9. Poder presentar sugerencias y reclamaciones para un mejor funcionamiento de los servicios y ser atendido en este aspecto.

10. Disponer de esta *Declaración de derechos del usuario del hospital*, y al propio tiempo conocer las normas del hospital, que ha de observar para hacer efectivos estos derechos.

DECALOGO DEL NIÑO ENFERMO

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Barcelona

1. La curación integral del niño es nuestro primer y principal deber.

2. Declaramos someter y sometemos nuestra opinión y nuestro amor propio a la verdad científica.

3. La práctica de la Docencia a través del niño nunca será lesiva para el mismo ni ofenderá su dignidad.

4. En el campo de la Pediatría, el médico y el personal de enfermería actúan como delegados de los padres y por ello en su quehacer asistencial debe guiarles el amor del niño.

5. Toda duda que surja en el tratamiento del niño será resuelta mediante consulta al nivel necesario.

6. Ante el niño enfermo no existen condicionamientos derivados de raza, religión, nacionalidad, nivel social o amistad.

7. El niño incurable también tiene derecho a vivir, a ser cuidado y amado.

8. Daremos al compañero o institución que prosiga el tratamiento del niño, cuanta información precise y podamos darle.

9. Promoveremos la Pediatría social, la prevención de las enfermedades y accidentes de los niños mediante campañas populares y reuniones científicas.

10. Nos declaramos solidarios y partidarios de la Organización Mundial de la Salud y de la UNICEF.

DECLARACION DE LOS DERECHOS DEL USUARIO DEL HOSPITAL DE SAN PABLO. BARCELONA

Todo usuario del hospital tiene derecho a:

1. Recibir del hospital los servicios que cubran los aspectos de educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación del enfermo.

2. Ser informados de los servicios que se pueden utilizar, lugar y horario de los mismos. A que los trámites administrativos necesarios para tal utilización sean hechos con diligencia, eficacia y respeto a la persona, sin ninguna diferencia de trato por su condición o fondo de pago.

3. Recibir reconocimiento, diagnóstico y tratamiento por parte del hospital, de acuerdo con los medios disponibles al centro y conocer las posibles alternativas para la asistencia del enfermo o su tratamiento.

4. Estar informado del nombre de su médico responsable y recibir una información completa y continuada referente al diagnóstico, tratamiento y pronóstico, explicados en un lenguaje razonablemente comprensible.

5. El enfermo tendrá derecho a ser informado previamente de los procedimientos y/o tratamientos que se le vayan a practicar con derecho a rehusarlos y estar siempre informado de los riesgos correspondientes que su decisión comporte.

Se exceptuarán aquellos casos en que la actuación médica urgente no lo permita.

6. Deberá ser advertido de la posibilidad o realidad de que los procedimientos diagnósticos y/o tratamientos que se le realicen puedan ser utilizados por el hospital en función de un programa docente o de investigación, que, en ningún caso, pueden comportar peligro para su salud. Tiene derecho, también, a dar su consentimiento o a rehusarlo.

7. Recibir una continuidad en la asistencia, desde el primer momento que utiliza los servicios del hospital, y a conocer por adelantado las necesidades que se le van a presentar para mantener su salud una vez que ya esté dado de alta.

8. A una plena consideración hacia su dignidad humana e intimidad personal, especialmente en lo que se refiere a:

— El anonimato de su historia clínica, excepción hecha de los casos en los que haya dado previamente su consentimiento. Por otra parte, tiene derecho a disponer de esa historia clínica.

— La conservación de sus bienes personales.

— La posibilidad de prepararse psicológicamente para la evolución de su caso, hasta incluso frente a la muerte, contando con la ayuda de la familia y del personal del hospital, asimismo como de la asistencia religiosa, entre otras.

9. Poder presentar sugerencias y reclamaciones para un mejor funcionamiento de los servicios y ser atendido en este aspecto.

10. Disponer de esta *Declaración de derechos del usuario del hospital*, y al propio tiempo conocer las normas del hospital, que ha de observar para hacer efectivos estos derechos.

DECALOGO DEL NIÑO ENFERMO

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Barcelona

1. La curación integral del niño es nuestro primer y principal deber.

2. Declaramos someter y sometemos nuestra opinión y nuestro amor propio a la verdad científica.

3. La práctica de la Docencia a través del niño nunca será lesiva para el mismo ni ofenderá su dignidad.

4. En el campo de la Pediatría, el médico y el personal de enfermería actúan como delegados de los padres y por ello en su quehacer asistencial debe guiarles el amor del niño.

5. Toda duda que surja en el tratamiento del niño será resuelta mediante consulta al nivel necesario.

6. Ante el niño enfermo no existen condicionamientos derivados de raza, religión, nacionalidad, nivel social o amistad.

7. El niño incurable también tiene derecho a vivir, a ser cuidado y amado.

8. Daremos al compañero o institución que prosiga el tratamiento del niño, cuanta información precise y podamos darle.

9. Promoveremos la Pediatría social, la prevención de las enfermedades y accidentes de los niños mediante campañas populares y reuniones científicas.

10. Nos declaramos solidarios y partidarios de la Organización Mundial de la Salud y de la UNICEF.

ACUERDO JURIDICO ESPAÑA-SANTA SEDE

1. El Estado reconoce y garantiza el ejercicio del derecho a la asistencia religiosa de los ciudadanos internados en establecimientos penitenciarios, hospitales, sanatorios, orfanatos y centros similares, tanto privados como públicos.

2. El régimen de asistencia religiosa católica y la actividad pastoral de los sacerdotes y de los religiosos en los centros mencionados, que sean de carácter público, serán regulados de común acuerdo entre las competentes autoridades de la Iglesia y del Estado. En todo caso quedará salvaguardado el derecho a la libertad religiosa de las personas y el debido respeto a sus principios religiosos y éticos.

3 enero 1979

ANTEPROYECTO REGLAMENTO HOSPITALES

DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS ASISTIDOS

Art. 264. En el aspecto estrictamente clínico constituirán derechos de los asistidos:

a) Diagnóstico debidamente fundamentado en el plazo más breve posible, previa utilización de los medios disponibles y técnicamente procedentes.

b) Tratamiento adecuado hasta la total curación o hasta el límite de las posibilidades terapéuticas del hospital.

c) Limitación del período de internamiento al mínimo preciso para la debida efectividad de los dos derechos anteriores.

Art. 265. Serán también derechos de orden general de los asistidos:

a) La asistencia espiritual, solicitada por sí o por sus familiares o allegados.

b) Trato diligente y correcto por parte de todo el personal y de los otros usuarios del establecimiento.

c) Instalación o acomodo en condiciones materiales apropiadas.

d) Alimentación adaptada a su estado físico o mental.

Art. 266. Los asistidos o, en su caso de limitación de su capacidad, sus representantes legales tendrán derecho a:

a) Ser consultados y otorgar o negar su consentimiento sobre la práctica de cualquier intervención quirúrgica o sobre la aplicación de tratamientos que, en medida racionalmente previsible, entrañen riesgo grave o de los que puedan derivarse lesiones, de acuerdo con lo señalado en el artículo 645, párrafos 4 y 5.

b) Conocer verbalmente, en la medida que los facultativos consideren psicológicamente conveniente, el diagnóstico y pronósticos sobre la futura evolución de la dolencia.

c) Conocer en todo caso el tratamiento prescrito.

d) Ser informados sobre la suficiencia de medios del propio establecimiento respecto a diagnóstico y tratamiento del caso.

e) Obtener certificaciones del hospital relativas a los motivos, circunstancias y duración de su estancia en el establecimiento, siempre que se acredite su finalidad.

f) Recurrir contra la decisión relativa a su clasificación económica a efectos de pago de tarifas por estancias causadas u otros servicios recibidos.

FORMULACION DE DERECHOS PRIORITARIOS DE LA PERSONA ENFERMA

(A esta conclusión llegaron 180 personas reunidas en Salamanca el día 30 de agosto de 1980, durante las Jornadas Nacionales de la *Fraternidad Cristiana de Enfermos y Minusválidos*).

1. Derecho a ser tratado como ser humano en todos los niveles de la persona: psíquico, físico, social; con una medicina honesta, seria, respetuosa y adecuada.

2. Derecho a ser informado adecuadamente, teniendo en cuenta su situación psicológica, social, humana.

3. Derecho a ser escuchado y consultado.

4. Derecho a la intimidad. No ser manipulado como *objeto de experimento*.

5. Derecho a la defensa, por cauces legales y efectivos, ante negligencias médicas.

6. Derecho a la medicina total: biológica, fisiológica y psicológica.

7. Derecho a instalaciones adecuadas y habitación individual.

8. Derecho a asistencia rápida de urgencia.

9. Derecho a elección de médico.

10. Derecho a morir humanamente.

11. Derecho a una comida adecuada a las situaciones.

12. Derecho a una asistencia religiosa digna.

EL ENFERMO ES UN CIUDADANO PRIVILEGIADO

Un prestigioso médico francés, el doctor Pierre Theil, acaba de publicar un ejemplar apéndice, que se titula *Declaración de los derechos del enfermo y del médico*, y que es, en definitiva, un articulado sucinto en el que se recogen una serie de normas que deben ser de inexcusable cumplimiento para todas las personas de alguna

ACUERDO JURIDICO ESPAÑA-SANTA SEDE

1. El Estado reconoce y garantiza el ejercicio del derecho a la asistencia religiosa de los ciudadanos internados en establecimientos penitenciarios, hospitales, sanatorios, orfanatos y centros similares, tanto privados como públicos.

2. El régimen de asistencia religiosa católica y la actividad pastoral de los sacerdotes y de los religiosos en los centros mencionados, que sean de carácter público, serán regulados de común acuerdo entre las competentes autoridades de la Iglesia y del Estado. En todo caso quedará salvaguardado el derecho a la libertad religiosa de las personas y el debido respeto a sus principios religiosos y éticos.

3 enero 1979

ANTEPROYECTO REGLAMENTO HOSPITALES

DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS ASISTIDOS

Art. 264. En el aspecto estrictamente clínico constituirán derechos de los asistidos:

a) Diagnóstico debidamente fundamentado en el plazo más breve posible, previa utilización de los medios disponibles y técnicamente procedentes.

b) Tratamiento adecuado hasta la total curación o hasta el límite de las posibilidades terapéuticas del hospital.

c) Limitación del período de internamiento al mínimo preciso para la debida efectividad de los dos derechos anteriores.

Art. 265. Serán también derechos de orden general de los asistidos:

a) La asistencia espiritual, solicitada por sí o por sus familiares o allegados.

b) Trato diligente y correcto por parte de todo el personal y de los otros usuarios del establecimiento.

c) Instalación o acomodo en condiciones materiales apropiadas.

d) Alimentación adaptada a su estado físico o mental.

Art. 266. Los asistidos o, en su caso de limitación de su capacidad, sus representantes legales tendrán derecho a:

a) Ser consultados y otorgar o negar su consentimiento sobre la práctica de cualquier intervención quirúrgica o sobre la aplicación de tratamientos que, en medida racionalmente previsible, entrañen riesgo grave o de los que puedan derivarse lesiones, de acuerdo con lo señalado en el artículo 645, párrafos 4 y 5.

b) Conocer verbalmente, en la medida que los facultativos consideren psicológicamente conveniente, el diagnóstico y pronósticos sobre la futura evolución de la dolencia.

c) Conocer en todo caso el tratamiento prescrito.

d) Ser informados sobre la suficiencia de medios del propio establecimiento respecto a diagnóstico y tratamiento del caso.

e) Obtener certificaciones del hospital relativas a los motivos, circunstancias y duración de su estancia en el establecimiento, siempre que se acredite su finalidad.

f) Recurrir contra la decisión relativa a su clasificación económica a efectos de pago de tarifas por estancias causadas u otros servicios recibidos.

FORMULACION DE DERECHOS PRIORITARIOS DE LA PERSONA ENFERMA

(A esta conclusión llegaron 180 personas reunidas en Salamanca el día 30 de agosto de 1980, durante las Jornadas Nacionales de la *Fraternidad Cristiana de Enfermos y Minusválidos*).

1. Derecho a ser tratado como ser humano en todos los niveles de la persona: psíquico, físico, social; con una medicina honesta, seria, respetuosa y adecuada.

2. Derecho a ser informado adecuadamente, teniendo en cuenta su situación psicológica, social, humana.

3. Derecho a ser escuchado y consultado.

4. Derecho a la intimidad. No ser manipulado como *objeto de experimento*.

5. Derecho a la defensa, por cauces legales y efectivos, ante negligencias médicas.

6. Derecho a la medicina total: biológica, fisiológica y psicológica.

7. Derecho a instalaciones adecuadas y habitación individual.

8. Derecho a asistencia rápida de urgencia.

9. Derecho a elección de médico.

10. Derecho a morir humanamente.

11. Derecho a una comida adecuada a las situaciones.

12. Derecho a una asistencia religiosa digna.

EL ENFERMO ES UN CIUDADANO PRIVILEGIADO

Un prestigioso médico francés, el doctor Pierre Theil, acaba de publicar un ejemplar apéndice, que se titula *Declaración de los derechos del enfermo y del médico*, y que es, en definitiva, un articulado sucinto en el que se recogen una serie de normas que deben ser de inexcusable cumplimiento para todas las personas de alguna

ACUERDO JURIDICO ESPAÑA-SANTA SEDE

1. El Estado reconoce y garantiza el ejercicio del derecho a la asistencia religiosa de los ciudadanos internados en establecimientos penitenciarios, hospitales, sanatorios, orfanatos y centros similares, tanto privados como públicos.

2. El régimen de asistencia religiosa católica y la actividad pastoral de los sacerdotes y de los religiosos en los centros mencionados, que sean de carácter público, serán regulados de común acuerdo entre las competentes autoridades de la Iglesia y del Estado. En todo caso quedará salvaguardado el derecho a la libertad religiosa de las personas y el debido respeto a sus principios religiosos y éticos.

3 enero 1979

ANTEPROYECTO REGLAMENTO HOSPITALES

DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS ASISTIDOS

Art. 264. En el aspecto estrictamente clínico constituirán derechos de los asistidos:

a) Diagnóstico debidamente fundamentado en el plazo más breve posible, previa utilización de los medios disponibles y técnicamente procedentes.

b) Tratamiento adecuado hasta la total curación o hasta el límite de las posibilidades terapéuticas del hospital.

c) Limitación del período de internamiento al mínimo preciso para la debida efectividad de los dos derechos anteriores.

Art. 265. Serán también derechos de orden general de los asistidos:

a) La asistencia espiritual, solicitada por sí o por sus familiares o allegados.

b) Trato diligente y correcto por parte de todo el personal y de los otros usuarios del establecimiento.

c) Instalación o acomodo en condiciones materiales apropiadas.

d) Alimentación adaptada a su estado físico o mental.

Art. 266. Los asistidos o, en su caso de limitación de su capacidad, sus representantes legales tendrán derecho a:

a) Ser consultados y otorgar o negar su consentimiento sobre la práctica de cualquier intervención quirúrgica o sobre la aplicación de tratamientos que, en medida racionalmente previsible, entrañen riesgo grave o de los que puedan derivarse lesiones, de acuerdo con lo señalado en el artículo 645, párrafos 4 y 5.

b) Conocer verbalmente, en la medida que los facultativos consideren psicológicamente conveniente, el diagnóstico y pronósticos sobre la futura evolución de la dolencia.

c) Conocer en todo caso el tratamiento prescrito.

d) Ser informados sobre la suficiencia de medios del propio establecimiento respecto a diagnóstico y tratamiento del caso.

e) Obtener certificaciones del hospital relativas a los motivos, circunstancias y duración de su estancia en el establecimiento, siempre que se acredite su finalidad.

f) Recurrir contra la decisión relativa a su clasificación económica a efectos de pago de tarifas por estancias causadas u otros servicios recibidos.

FORMULACION DE DERECHOS PRIORITARIOS DE LA PERSONA ENFERMA

(A esta conclusión llegaron 180 personas reunidas en Salamanca el día 30 de agosto de 1980, durante las Jornadas Nacionales de la *Fraternidad Cristiana de Enfermos y Minusválidos*).

1. Derecho a ser tratado como ser humano en todos los niveles de la persona: psíquico, físico, social; con una medicina honesta, seria, respetuosa y adecuada.

2. Derecho a ser informado adecuadamente, teniendo en cuenta su situación psicológica, social, humana.

3. Derecho a ser escuchado y consultado.

4. Derecho a la intimidad. No ser manipulado como *objeto de experimento*.

5. Derecho a la defensa, por cauces legales y efectivos, ante negligencias médicas.

6. Derecho a la medicina total: biológica, fisiológica y psicológica.

7. Derecho a instalaciones adecuadas y habitación individual.

8. Derecho a asistencia rápida de urgencia.

9. Derecho a elección de médico.

10. Derecho a morir humanamente.

11. Derecho a una comida adecuada a las situaciones.

12. Derecho a una asistencia religiosa digna.

EL ENFERMO ES UN CIUDADANO PRIVILEGIADO

Un prestigioso médico francés, el doctor Pierre Theil, acaba de publicar un ejemplar apéndice, que se titula *Declaración de los derechos del enfermo y del médico*, y que es, en definitiva, un articulado sucinto en el que se recogen una serie de normas que deben ser de inexcusable cumplimiento para todas las personas de alguna

ACUERDO JURIDICO ESPAÑA-SANTA SEDE

1. El Estado reconoce y garantiza el ejercicio del derecho a la asistencia religiosa de los ciudadanos internados en establecimientos penitenciarios, hospitales, sanatorios, orfanatos y centros similares, tanto privados como públicos.

2. El régimen de asistencia religiosa católica y la actividad pastoral de los sacerdotes y de los religiosos en los centros mencionados, que sean de carácter público, serán regulados de común acuerdo entre las competentes autoridades de la Iglesia y del Estado. En todo caso quedará salvaguardado el derecho a la libertad religiosa de las personas y el debido respeto a sus principios religiosos y éticos.

3 enero 1979

ANTEPROYECTO REGLAMENTO HOSPITALES

DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS ASISTIDOS

Art. 264. En el aspecto estrictamente clínico constituirán derechos de los asistidos:

a) Diagnóstico debidamente fundamentado en el plazo más breve posible, previa utilización de los medios disponibles y técnicamente procedentes.

b) Tratamiento adecuado hasta la total curación o hasta el límite de las posibilidades terapéuticas del hospital.

c) Limitación del período de internamiento al mínimo preciso para la debida efectividad de los dos derechos anteriores.

Art. 265. Serán también derechos de orden general de los asistidos:

a) La asistencia espiritual, solicitada por sí o por sus familiares o allegados.

b) Trato diligente y correcto por parte de todo el personal y de los otros usuarios del establecimiento.

c) Instalación o acomodo en condiciones materiales apropiadas.

d) Alimentación adaptada a su estado físico o mental.

Art. 266. Los asistidos o, en su caso de limitación de su capacidad, sus representantes legales tendrán derecho a:

a) Ser consultados y otorgar o negar su consentimiento sobre la práctica de cualquier intervención quirúrgica o sobre la aplicación de tratamientos que, en medida racionalmente previsible, entrañen riesgo grave o de los que puedan derivarse lesiones, de acuerdo con lo señalado en el artículo 645, párrafos 4 y 5.

b) Conocer verbalmente, en la medida que los facultativos consideren psicológicamente conveniente, el diagnóstico y pronósticos sobre la futura evolución de la dolencia.

c) Conocer en todo caso el tratamiento prescrito.

d) Ser informados sobre la suficiencia de medios del propio establecimiento respecto a diagnóstico y tratamiento del caso.

e) Obtener certificaciones del hospital relativas a los motivos, circunstancias y duración de su estancia en el establecimiento, siempre que se acredite su finalidad.

f) Recurrir contra la decisión relativa a su clasificación económica a efectos de pago de tarifas por estancias causadas u otros servicios recibidos.

FORMULACION DE DERECHOS PRIORITARIOS DE LA PERSONA ENFERMA

(A esta conclusión llegaron 180 personas reunidas en Salamanca el día 30 de agosto de 1980, durante las Jornadas Nacionales de la *Fraternidad Cristiana de Enfermos y Minusválidos*).

1. Derecho a ser tratado como ser humano en todos los niveles de la persona: psíquico, físico, social; con una medicina honesta, seria, respetuosa y adecuada.

2. Derecho a ser informado adecuadamente, teniendo en cuenta su situación psicológica, social, humana.

3. Derecho a ser escuchado y consultado.

4. Derecho a la intimidad. No ser manipulado como *objeto de experimento*.

5. Derecho a la defensa, por cauces legales y efectivos, ante negligencias médicas.

6. Derecho a la medicina total: biológica, fisiológica y psicológica.

7. Derecho a instalaciones adecuadas y habitación individual.

8. Derecho a asistencia rápida de urgencia.

9. Derecho a elección de médico.

10. Derecho a morir humanamente.

11. Derecho a una comida adecuada a las situaciones.

12. Derecho a una asistencia religiosa digna.

EL ENFERMO ES UN CIUDADANO PRIVILEGIADO

Un prestigioso médico francés, el doctor Pierre Theil, acaba de publicar un ejemplar apéndice, que se titula *Declaración de los derechos del enfermo y del médico*, y que es, en definitiva, un articulado sucinto en el que se recogen una serie de normas que deben ser de inexcusable cumplimiento para todas las personas de alguna

forma relacionadas con la Medicina, y por tanto, con el paciente, fin último de la ciencia médica. Quizá en la Deontología que se explica en las Facultades de Medicina, podría ser incorporada esta declaración médica por cuanto presenta una mayor actualidad que, incluso, las prescripciones hipocráticas. De todos modos, el doctor Pierre Theil no ha hecho sino traducir a nuestro lenguaje actual y a la realidad sanitaria de nuestro mundo, los argumentos con que Hipócrates defiende la profesión médica y, en consecuencia, a los primeros beneficiados de su sabiduría: los pacientes.

Artículo 1.º El enfermo tiene derecho al respeto de la sociedad. No debe ser rechazado fuera de la comunidad con motivo de su enfermedad, cualquiera sea la naturaleza o la gravedad de la misma.

Art. 2.º El enfermo es un ciudadano privilegiado. Más allá de los derechos de que disfrutaban sus ciudadanos, es favorecido por los derechos específicos que resultan de su propio estado de salud.

Art. 3.º El enfermo debe gozar del beneficio de cualquier recurso terapéutico del cual disponga la civilización para aliviar o curar su enfermedad.

Art. 4.º El enfermo tiene derecho para disponer de todo el equipo sanitario, en material y personal, que sea susceptible de ayudar la curación de su enfermedad.

Art. 5.º El enfermo tiene derecho a cualquier recurso social, económico y financiero que pueda ayudarle para recobrar la salud.

Art. 6.º El enfermo tiene derecho a elegir, libremente, a su médico o al establecimiento de curas médicas.

Art. 7.º El enfermo es un todo biológico, fisiológico y psicológico. Como consecuencia, tendrá derecho a una medicina total que se encargue de toda su persona y no de una parte solamente tal como uno de sus órganos o tal aspecto de su individualidad.

Art. 8.º El enfermo tiene derecho al respeto del secreto médico por todos los que asumen su cargo.

Art. 9.º Hasta el fin, tiene derecho el enfermo al respeto debido al hombre que sufre y, más generalmente, a la dignidad de la persona humana, por parte de todos los que estén a su vera.

Art. 10.º El enfermo tiene derecho a ser informado sobre su estado de salud cada vez que manifieste el deseo de serlo.

Art. 11.º El enfermo tiene derecho a una alimentación suficiente y sana, así como a todos los recursos culturales que puedan distraerle y ayudarle a recobrar la salud física y moral.

Art. 12.º El enfermo tiene derecho a un medio ambiente que sea desprovisto de elementos nocivos.

Art. 13.º El enfermo tiene derecho a quedarse siempre en comunicación con las personas a su gusto.

Art. 14.º El enfermo tiene derecho de que sea protegida su salud recobrada en ambiente socio-cultural que le garantice todos los recursos imprescindibles para conservar su bienestar.

LA COMUNIDAD PROPUGNA LOS «DERECHOS DEL HOSPITALIZADO»

La Comisión europea ha decidido aportar su apoyo a la idea de establecer una *charta magna* de declaración de los derechos del hospitalizado.

La finalidad de esta *charta* sería garantizar al paciente, a cualquier nivel y país de la Comunidad, los cuidados y el respeto a su persona exigidos por las normas que su dignidad humana impone, así como el derecho de rehusar someterse a una operación quirúrgica cuando no lo considere oportuno.

La idea de esta declaración de derechos se formula en los siguientes términos:

— Derecho a un tratamiento médico y asistencial apropiado y total.

— Derecho de aceptar o rehusar un método de diagnóstico o tratamiento determinado.

— Derecho del paciente a estar informado de todo elemento importante concerniente a su enfermedad o estado de salud.

— Derecho, asimismo, de ser informado de los riesgos que pueden eventualmente afectarle los métodos de diagnóstico y tratamientos nuevos y no experimentados suficientemente.

— Derecho de ser respetada su vida privada en toda la medida que permitan las condiciones de hospitalización y alojamiento.

Completan la idea o estudios de esta *declaración*, los trabajos y experiencias sobre las relaciones entre pacientes y titulares de medicina y especialidades, establecimientos hospitalarios y los sistemas de la Seguridad Social, teniendo en cuenta la diferente asistencia sanitaria de los países de la Comunidad.

El Correo Catalán
Barcelona, 8 de febrero de 1980

LOS DERECHOS DEL ENFERMO EN ITALIA

El hospital público italiano y las instituciones sanitarias privadas convencionales con el Estado, aparecen como verdadera sentina de defectos ante el usuario común.

A tal conclusión se llega considerando una «Carta de los derechos del enfermo» elaborada como *sentencia* de un «tribunal para los derechos del enfermo», que se reunió en sesión pública recientemente en la plaza del Capitolio de Roma.

La *Carta*, redactada a partir de más de dos mil denuncias de pacientes de los hospitales públicos, quiere ser un borrador de propuesta que la Cámara legislativa debería tomar en consideración para modificar profundamente los reglamentos vigentes hoy por hoy en los hospitales

ABC

Madrid, 10 de octubre de 1976

forma relacionadas con la Medicina, y por tanto, con el paciente, fin último de la ciencia médica. Quizá en la Deontología que se explica en las Facultades de Medicina, podría ser incorporada esta declaración médica por cuanto presenta una mayor actualidad que, incluso, las prescripciones hipocráticas. De todos modos, el doctor Pierre Theil no ha hecho sino traducir a nuestro lenguaje actual y a la realidad sanitaria de nuestro mundo, los argumentos con que Hipócrates defiende la profesión médica y, en consecuencia, a los primeros beneficiados de su sabiduría: los pacientes.

Artículo 1.º El enfermo tiene derecho al respeto de la sociedad. No debe ser rechazado fuera de la comunidad con motivo de su enfermedad, cualquiera sea la naturaleza o la gravedad de la misma.

Art. 2.º El enfermo es un ciudadano privilegiado. Más allá de los derechos de que disfrutaban sus ciudadanos, es favorecido por los derechos específicos que resultan de su propio estado de salud.

Art. 3.º El enfermo debe gozar del beneficio de cualquier recurso terapéutico del cual disponga la civilización para aliviar o curar su enfermedad.

Art. 4.º El enfermo tiene derecho para disponer de todo el equipo sanitario, en material y personal, que sea susceptible de ayudar la curación de su enfermedad.

Art. 5.º El enfermo tiene derecho a cualquier recurso social, económico y financiero que pueda ayudarle para recobrar la salud.

Art. 6.º El enfermo tiene derecho a elegir, libremente, a su médico o al establecimiento de curas médicas.

Art. 7.º El enfermo es un todo biológico, fisiológico y psicológico. Como consecuencia, tendrá derecho a una medicina total que se encargue de toda su persona y no de una parte solamente tal como uno de sus órganos o tal aspecto de su individualidad.

Art. 8.º El enfermo tiene derecho al respeto del secreto médico por todos los que asumen su cargo.

Art. 9.º Hasta el fin, tiene derecho el enfermo al respeto debido al hombre que sufre y, más generalmente, a la dignidad de la persona humana, por parte de todos los que estén a su vera.

Art. 10.º El enfermo tiene derecho a ser informado sobre su estado de salud cada vez que manifieste el deseo de serlo.

Art. 11.º El enfermo tiene derecho a una alimentación suficiente y sana, así como a todos los recursos culturales que puedan distraerle y ayudarle a recobrar la salud física y moral.

Art. 12.º El enfermo tiene derecho a un medio ambiente que sea desprovisto de elementos nocivos.

Art. 13.º El enfermo tiene derecho a quedarse siempre en comunicación con las personas a su gusto.

Art. 14.º El enfermo tiene derecho de que sea protegida su salud recobrada en ambiente socio-cultural que le garantice todos los recursos imprescindibles para conservar su bienestar.

LA COMUNIDAD PROPUGNA LOS «DERECHOS DEL HOSPITALIZADO»

La Comisión europea ha decidido aportar su apoyo a la idea de establecer una *charta magna* de declaración de los derechos del hospitalizado.

La finalidad de esta *charta* sería garantizar al paciente, a cualquier nivel y país de la Comunidad, los cuidados y el respeto a su persona exigidos por las normas que su dignidad humana impone, así como el derecho de rehusar someterse a una operación quirúrgica cuando no lo considere oportuno.

La idea de esta declaración de derechos se formula en los siguientes términos:

— Derecho a un tratamiento médico y asistencial apropiado y total.

— Derecho de aceptar o rehusar un método de diagnóstico o tratamiento determinado.

— Derecho del paciente a estar informado de todo elemento importante concerniente a su enfermedad o estado de salud.

— Derecho, asimismo, de ser informado de los riesgos que pueden eventualmente afectarle los métodos de diagnóstico y tratamientos nuevos y no experimentados suficientemente.

— Derecho de ser respetada su vida privada en toda la medida que permitan las condiciones de hospitalización y alojamiento.

Completan la idea o estudios de esta *declaración*, los trabajos y experiencias sobre las relaciones entre pacientes y titulares de medicina y especialidades, establecimientos hospitalarios y los sistemas de la Seguridad Social, teniendo en cuenta la diferente asistencia sanitaria de los países de la Comunidad.

El Correo Catalán
Barcelona, 8 de febrero de 1980

LOS DERECHOS DEL ENFERMO EN ITALIA

El hospital público italiano y las instituciones sanitarias privadas convencionales con el Estado, aparecen como verdadera sentina de defectos ante el usuario común.

A tal conclusión se llega considerando una «Carta de los derechos del enfermo» elaborada como *sentencia* de un «tribunal para los derechos del enfermo», que se reunió en sesión pública recientemente en la plaza del Capitolio de Roma.

La *Carta*, redactada a partir de más de dos mil denuncias de pacientes de los hospitales públicos, quiere ser un borrador de propuesta que la Cámara legislativa debería tomar en consideración para modificar profundamente los reglamentos vigentes hoy por hoy en los hospitales

ABC

Madrid, 10 de octubre de 1976

forma relacionadas con la Medicina, y por tanto, con el paciente, fin último de la ciencia médica. Quizá en la Deontología que se explica en las Facultades de Medicina, podría ser incorporada esta declaración médica por cuanto presenta una mayor actualidad que, incluso, las prescripciones hipocráticas. De todos modos, el doctor Pierre Theil no ha hecho sino traducir a nuestro lenguaje actual y a la realidad sanitaria de nuestro mundo, los argumentos con que Hipócrates defiende la profesión médica y, en consecuencia, a los primeros beneficiados de su sabiduría: los pacientes.

Artículo 1.º El enfermo tiene derecho al respeto de la sociedad. No debe ser rechazado fuera de la comunidad con motivo de su enfermedad, cualquiera sea la naturaleza o la gravedad de la misma.

Art. 2.º El enfermo es un ciudadano privilegiado. Más allá de los derechos de que disfrutaban sus ciudadanos, es favorecido por los derechos específicos que resultan de su propio estado de salud.

Art. 3.º El enfermo debe gozar del beneficio de cualquier recurso terapéutico del cual disponga la civilización para aliviar o curar su enfermedad.

Art. 4.º El enfermo tiene derecho para disponer de todo el equipo sanitario, en material y personal, que sea susceptible de ayudar la curación de su enfermedad.

Art. 5.º El enfermo tiene derecho a cualquier recurso social, económico y financiero que pueda ayudarle para recobrar la salud.

Art. 6.º El enfermo tiene derecho a elegir, libremente, a su médico o al establecimiento de curas médicas.

Art. 7.º El enfermo es un todo biológico, fisiológico y psicológico. Como consecuencia, tendrá derecho a una medicina total que se encargue de toda su persona y no de una parte solamente tal como uno de sus órganos o tal aspecto de su individualidad.

Art. 8.º El enfermo tiene derecho al respeto del secreto médico por todos los que asumen su cargo.

Art. 9.º Hasta el fin, tiene derecho el enfermo al respeto debido al hombre que sufre y, más generalmente, a la dignidad de la persona humana, por parte de todos los que estén a su vera.

Art. 10.º El enfermo tiene derecho a ser informado sobre su estado de salud cada vez que manifieste el deseo de serlo.

Art. 11.º El enfermo tiene derecho a una alimentación suficiente y sana, así como a todos los recursos culturales que puedan distraerle y ayudarle a recobrar la salud física y moral.

Art. 12.º El enfermo tiene derecho a un medio ambiente que sea desprovisto de elementos nocivos.

Art. 13.º El enfermo tiene derecho a quedarse siempre en comunicación con las personas a su gusto.

Art. 14.º El enfermo tiene derecho de que sea protegida su salud recobrada en ambiente socio-cultural que le garantice todos los recursos imprescindibles para conservar su bienestar.

LA COMUNIDAD PROPUGNA LOS «DERECHOS DEL HOSPITALIZADO»

La Comisión europea ha decidido aportar su apoyo a la idea de establecer una *charta magna* de declaración de los derechos del hospitalizado.

La finalidad de esta *charta* sería garantizar al paciente, a cualquier nivel y país de la Comunidad, los cuidados y el respeto a su persona exigidos por las normas que su dignidad humana impone, así como el derecho de rehusar someterse a una operación quirúrgica cuando no lo considere oportuno.

La idea de esta declaración de derechos se formula en los siguientes términos:

— Derecho a un tratamiento médico y asistencial apropiado y total.

— Derecho de aceptar o rehusar un método de diagnóstico o tratamiento determinado.

— Derecho del paciente a estar informado de todo elemento importante concerniente a su enfermedad o estado de salud.

— Derecho, asimismo, de ser informado de los riesgos que pueden eventualmente afectarles los métodos de diagnóstico y tratamientos nuevos y no experimentados suficientemente.

— Derecho de ser respetada su vida privada en toda la medida que permitan las condiciones de hospitalización y alojamiento.

Completan la idea o estudios de esta *declaración*, los trabajos y experiencias sobre las relaciones entre pacientes y titulares de medicina y especialidades, establecimientos hospitalarios y los sistemas de la Seguridad Social, teniendo en cuenta la diferente asistencia sanitaria de los países de la Comunidad.

El Correo Catalán
Barcelona, 8 de febrero de 1980

LOS DERECHOS DEL ENFERMO EN ITALIA

El hospital público italiano y las instituciones sanitarias privadas convencionales con el Estado, aparecen como verdadera sentina de defectos ante el usuario común.

A tal conclusión se llega considerando una «Carta de los derechos del enfermo» elaborada como *sentencia* de un «tribunal para los derechos del enfermo», que se reunió en sesión pública recientemente en la plaza del Capitolio de Roma.

La *Carta*, redactada a partir de más de dos mil denuncias de pacientes de los hospitales públicos, quiere ser un borrador de propuesta que la Cámara legislativa debería tomar en consideración para modificar profundamente los reglamentos vigentes hoy por hoy en los hospitales

públicos y en las organizaciones sanitarias privadas convencionales con el Estado.

Desde el primero de enero del año en curso está en vigor en Italia una ley de reforma sanitaria por la que todos los ciudadanos —prescindiendo de su condición social o laboral— tienen derecho a la asistencia médica gratuita en las instituciones del Estado, que dependen directamente de las administraciones regionales.

La reforma sanitaria ha significado la liquidación de una miríada de mutualidades que antes daban asistencia a sus afiliados. Las estructuras de las mutualidades han pasado a las administraciones regionales, pero las *costumbres sanitarias* consolidadas a lo largo de los años han perdurado y han empeorado en su funcionamiento porque ha aumentado considerablemente el número de *asistidos*.

Los promotores del «tribunal para los derechos del enfermo» dicen abiertamente que, con su *carta*, no quieren lanzar un ultimátum al personal médico y paramédico de las instituciones sanitarias públicas, sino invitarlo a hacerse protagonista del inevitable cambio que ha de producirse en la sanidad pública. De todos modos, el tribunal patrocina siete denuncias penales por violación grave de los derechos del enfermo. Los responsables del *tribunal* dicen que no quieren *criminalizar* globalmente a la categoría médica y paramédica, sino que pretenden que se localicen responsabilidades personales y que se castiguen como prevén los códigos.

La *carta*, dividida en 33 artículos, contempla los derechos generales del enfermo como persona, los derechos específicos de los enfermos ancianos, los derechos de los trabajadores enfermos, los derechos específicos de las mujeres enfermas, los derechos de los niños hospitalizados, los derechos de las asociaciones de defensa del ciudadano frente a la institución sanitaria y los derechos específicos de los enfermos frente a las instituciones sanitarias públicas.

Cabe suponer que, cuando se compila una lista reivindicativa de derechos, tales derechos son pisoteados regularmente. El *tribunal*, hecha quizás alguna excepción, no pide el oro y el moro, sino sencillamente comportamientos que, en la mayoría de países, se dan por descontados. Toda glosa (aparte la división en capítulos por razones de mayor claridad) parece ociosa. Demos, pues, la palabra a la *carta*:

DERECHOS GENERALES DEL ENFERMO

1. El derecho de todo enfermo a ser tratado como un usuario que paga por un servicio que se le debe, liberándolo del peso de una praxis de corrupción, favoritismos y clientelismos, que va de la propina por un pequeño servicio a la compra-venta de los puestos-cama.

2. El derecho de todo enfermo a tutelarse —mediante centros que instituir en todos los hospitales— frente a los fenómenos de corrupción, favoritismo y clientelismo y frente a toda otra forma de abuso cometida contra él durante la hospitalización o durante los procedimientos terapéuticos.

3. El derecho a ser asistido exclusivamente por personal sanitario perfectamente identificable, sea por lo referente a los títulos, sea por lo referente a la persona, y, por ello, dotado de un documento de identificación visible y legible.

4. El derecho de los enfermos a disponer en el interior de toda institución sanitaria de organismos que los representen frente al ente hospitalario, al personal sanitario y a la autoridad pública.

DERECHOS DE LOS ANCIANOS

5. El derecho de los enfermos ancianos a ser asistidos incluso por los propios parientes, a quienes no sólo debe reconocerse el derecho de entrar en los edificios hospitalarios y en las salas sin límite de horario, sino también el derecho en el respeto de las indispensables normas disciplinarias e higiénicas, de socorrer de modo continuo a los internados ancianos.

6. El derecho del enfermo anciano a la paridad y la igualdad de tratamiento de asistencia, y por ende: a la conservación del puesto-cama; a obtener del personal hospitalario, sobre todo cuando falta la asistencia de los parientes, que se le ayude —en virtud de reglamentos y leyes— en las actividades vitales respecto a las que la persona haya dejado de ser autónoma; a disponer de una silla de ruedas, en caso de estar inmovilizado, para poderse mover con libertad; a la eliminación de las llamadas barreras arquitectónicas a favor de los ancianos, y de quienes, como ellos, se ven obligados a usar la silla de ruedas.

7. El derecho del enfermo anciano a no ser hospitalizado a petición de los parientes cuando ello no sea necesario, o se haga solamente para procurar una asistencia que debe darse a personas viejas.

DERECHOS DEL TRABAJADOR ENFERMO

8. El derecho del trabajador enfermo a no ser hospitalizado para intervenciones de diagnóstico, sobre todo cuando la hospitalización puede causar daños económicos al interesado y a su familia.

9. El derecho de los trabajadores a la plena posesión del tiempo de su vida, que se desperdicia a veces con una larga hospitalización injustificada. Tal derecho también podrá gozarse obligando al ente hospitalario o al médico del hospital a facilitar al interesado, cada vez que lo pida, un programa general, insertado en la cartilla clínica, sobre las circunstancias de tiempo y de modo de las investigaciones diagnósticas y sobre las actividades terapéuticas.

10. El derecho de los trabajadores y de sus organizaciones sindicales a controlar, mediante organismos vinculados con las unidades sanitarias locales (organismos de barrio previstos en la reforma sanitaria), el sistema de admisión en los hospitales con el fin de evitar formas de corrupción, favoritismos, clientelismos y discriminaciones en perjuicio de los menos acomodados.

DERECHOS DE LA MUJER

11. El derecho de la mujer hospitalizada a que se le reconozca completamente su subjetividad cultural y física.

12. El derecho de las mujeres a tutelar la propia dignidad social mediante formas de control popular vinculadas con las unidades sanitarias locales, sobre todo con el fin de imponer, con un nuevo concepto del embarazo y del parto, que deberán considerarse hechos fisiológicos

y no patológicos; un trato diferente, basado en el respeto a la persona, la relación paritética entre mujeres y operadores sanitarios y en la posibilidad de ejercer derechos y, por ende, no pedir favores.

DERECHOS DEL NIÑO

13. El derecho de los niños hospitalizados a ser asistidos sin límites de tiempo por sus parientes y, en especial, por sus padres.

14. El derecho a que tal asistencia tenga lugar según formas institucionalizadas, con reglamentos y medidas legislativas, con el fin de garantizar a los parientes del niño estructuras indispensables de servicio, como el acceso al comedor del hospital y la posibilidad de usar una cama.

15. El derecho de los niños a no ser hospitalizados, a menos que no sea realmente necesario para el diagnóstico o la terapia.

16. El derecho de los niños hospitalizados a estar, en caso de hospitalización larga, uno o más días a la semana en casa de sus padres, sin perder el puesto-cama.

17. El derecho de los niños a no ser tratados con medios de contención de ningún tipo.

18. El derecho de los niños al juego como actividad esencial que no puede interrumpirse sin graves daños para el desarrollo psicológico y emotivo, para lo que deben montarse salas adecuadas.

DERECHO DE LAS ASOCIACIONES DEL CIUDADANO

19. El derecho de las asociaciones de los enfermos, de las mujeres, de los jóvenes, de los sindicatos, de los centros para los derechos de los enfermos y del mismo tribunal para los derechos de los enfermos, a intervenir, con poderes consultivos, en la redacción de proyectos para reformar el *íter* de preparación profesional del personal médico y paramédico.

DERECHOS DEL ENFERMO FRENTE A LA INSTITUCION SANITARIA

20. El derecho del enfermo a dictar breves observaciones que insertar por escrito en la cartilla clínica sobre su estado de salud, sobre eventuales incompatibilidades con la terapia aplicada o sobre lo que crea oportuno para informar al ente hospitalario y al personal sanitario respecto a su estado, y para facilitar, en caso de error, la localización de eventuales responsabilidades.

21. El derecho de todo enfermo a tener, durante la hospitalización, sábanas, cabezales, mantas, cubiertos y sillas de ruedas procurados por el hospital.

22. El derecho de todo enfermo a recibir —en parte considerando el elevado precio que paga la competente administración pública por una jornada de hospitalización— comida de buena calidad, caliente, según dietas adecuadas y variadas.

23. El derecho de los enfermos a estar hospitalizados en ambientes sometidos a manutención continua.

24. El derecho de todos los enfermos a gozar de servicios higiénicos limpios y en proporción adecuada al nú-

mero de hospitalizados, según los estándares de los países industrializados y las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud.

25. El derecho de los enfermos a estar hospitalizados en ambientes no infestados por escarabajos, ratones, hormigas, piojos y pulgas.

26. El derecho de los enfermos a que, al cumplirse actos diagnósticos o terapéuticos, se respeten elementales normas higiénicas que suponen disponibilidad de jeringas, termómetros y agujas en cantidad adecuada al número de hospitalizados.

27. El derecho de los enfermos a ser asistidos por personal especializado y, sobre todo, por personal paramédico debidamente retribuido.

28. Además del derecho general de los enfermos a la información, el derecho específico y concreto de cada enfermo a que se inserte en la cartilla clínica una ficha en que se expongan en términos claros y comprensibles, escritos obligatoriamente a máquina, el diagnóstico y la terapia, así como las previsiones sobre la duración de la hospitalización y las eventualidades posibles de curación.

29. El derecho de los enfermos a usar áreas de socialización, como salas para encuentros con visitantes, lugares de recreo, bibliotecas, salas de juego, así como el derecho a la posibilidad de disponer, por iniciativa de las administraciones competentes, de diarios, libros, televisores.

30. El derecho de todo enfermo a vivir, incluso durante la hospitalización, en contacto con los parientes y amigos por no menos de un cuarto de la jornada de vela, en horarios compatibles con los del trabajo de los visitantes, sobre todo si pertenecen a la clase obrera.

31. El derecho de los enfermos a usar, en vez del pijama, una indumentaria más funcional para el ejercicio de actividades culturales, del juego y de la movilidad.

32. El derecho de los enfermos a vivir las jornadas de hospitalización según los horarios medios de la vida civil.

33. El derecho de los enfermos a participar, naturalmente a través de sus representantes, en las organizaciones sindicales, y el mismo tribunal para los derechos de los enfermos, en las negociaciones colectivas entre el Gobierno, las administraciones regionales y locales y los sindicatos de los trabajadores hospitalarios, con el fin exclusivo de conseguir que se tengan presentes las exigencias de los hospitalizados.

JORDI MINGUELL
Barcelona. *Jano*

HOSPITALES FRANCESES

El cliente tiene todos los derechos, y el cliente es usted. *He aquí diecisiete cosas que usted puede exigir si usted está en un hospital francés.*

Al declarar en las sesiones de hospitalización: «En los hospitales, el regimiento ha terminado», el ministro de Sanidad, M. Poniatowski ha lanzado, sin quizá quererlo expresamente, una llamada que revolucionará a los enfermos. No ha hecho sino seguir el objetivo de la campaña que viene realizando desde hace varios años la «Asociación del enfermo hospitalizado».

Su fundadora, Mme. Maurice, manifiesta: «No sólo el

y no patológicos; un trato diferente, basado en el respeto a la persona, la relación paritética entre mujeres y operadores sanitarios y en la posibilidad de ejercer derechos y, por ende, no pedir favores.

DERECHOS DEL NIÑO

13. El derecho de los niños hospitalizados a ser asistidos sin límites de tiempo por sus parientes y, en especial, por sus padres.

14. El derecho a que tal asistencia tenga lugar según formas institucionalizadas, con reglamentos y medidas legislativas, con el fin de garantizar a los parientes del niño estructuras indispensables de servicio, como el acceso al comedor del hospital y la posibilidad de usar una cama.

15. El derecho de los niños a no ser hospitalizados, a menos que no sea realmente necesario para el diagnóstico o la terapia.

16. El derecho de los niños hospitalizados a estar, en caso de hospitalización larga, uno o más días a la semana en casa de sus padres, sin perder el puesto-cama.

17. El derecho de los niños a no ser tratados con medios de contención de ningún tipo.

18. El derecho de los niños al juego como actividad esencial que no puede interrumpirse sin graves daños para el desarrollo psicológico y emotivo, para lo que deben montarse salas adecuadas.

DERECHO DE LAS ASOCIACIONES DEL CIUDADANO

19. El derecho de las asociaciones de los enfermos, de las mujeres, de los jóvenes, de los sindicatos, de los centros para los derechos de los enfermos y del mismo tribunal para los derechos de los enfermos, a intervenir, con poderes consultivos, en la redacción de proyectos para reformar el *íter* de preparación profesional del personal médico y paramédico.

DERECHOS DEL ENFERMO FRENTE A LA INSTITUCION SANITARIA

20. El derecho del enfermo a dictar breves observaciones que insertar por escrito en la cartilla clínica sobre su estado de salud, sobre eventuales incompatibilidades con la terapia aplicada o sobre lo que crea oportuno para informar al ente hospitalario y al personal sanitario respecto a su estado, y para facilitar, en caso de error, la localización de eventuales responsabilidades.

21. El derecho de todo enfermo a tener, durante la hospitalización, sábanas, cabezales, mantas, cubiertos y sillas de ruedas procurados por el hospital.

22. El derecho de todo enfermo a recibir —en parte considerando el elevado precio que paga la competente administración pública por una jornada de hospitalización— comida de buena calidad, caliente, según dietas adecuadas y variadas.

23. El derecho de los enfermos a estar hospitalizados en ambientes sometidos a manutención continua.

24. El derecho de todos los enfermos a gozar de servicios higiénicos limpios y en proporción adecuada al nú-

mero de hospitalizados, según los estándares de los países industrializados y las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud.

25. El derecho de los enfermos a estar hospitalizados en ambientes no infestados por escarabajos, ratones, hormigas, piojos y pulgas.

26. El derecho de los enfermos a que, al cumplirse actos diagnósticos o terapéuticos, se respeten elementales normas higiénicas que suponen disponibilidad de jeringas, termómetros y agujas en cantidad adecuada al número de hospitalizados.

27. El derecho de los enfermos a ser asistidos por personal especializado y, sobre todo, por personal paramédico debidamente retribuido.

28. Además del derecho general de los enfermos a la información, el derecho específico y concreto de cada enfermo a que se inserte en la cartilla clínica una ficha en que se expongan en términos claros y comprensibles, escritos obligatoriamente a máquina, el diagnóstico y la terapia, así como las previsiones sobre la duración de la hospitalización y las eventualidades posibles de curación.

29. El derecho de los enfermos a usar áreas de socialización, como salas para encuentros con visitantes, lugares de recreo, bibliotecas, salas de juego, así como el derecho a la posibilidad de disponer, por iniciativa de las administraciones competentes, de diarios, libros, televisores.

30. El derecho de todo enfermo a vivir, incluso durante la hospitalización, en contacto con los parientes y amigos por no menos de un cuarto de la jornada de vela, en horarios compatibles con los del trabajo de los visitantes, sobre todo si pertenecen a la clase obrera.

31. El derecho de los enfermos a usar, en vez del pijama, una indumentaria más funcional para el ejercicio de actividades culturales, del juego y de la movilidad.

32. El derecho de los enfermos a vivir las jornadas de hospitalización según los horarios medios de la vida civil.

33. El derecho de los enfermos a participar, naturalmente a través de sus representantes, en las organizaciones sindicales, y el mismo tribunal para los derechos de los enfermos, en las negociaciones colectivas entre el Gobierno, las administraciones regionales y locales y los sindicatos de los trabajadores hospitalarios, con el fin exclusivo de conseguir que se tengan presentes las exigencias de los hospitalizados.

JORDI MINGUELL
Barcelona. *Jano*

HOSPITALES FRANCESES

El cliente tiene todos los derechos, y el cliente es usted. *He aquí diecisiete cosas que usted puede exigir si usted está en un hospital francés.*

Al declarar en las sesiones de hospitalización: «En los hospitales, el regimiento ha terminado», el ministro de Sanidad, M. Poniatowski ha lanzado, sin quizá quererlo expresamente, una llamada que revolucionará a los enfermos. No ha hecho sino seguir el objetivo de la campaña que viene realizando desde hace varios años la «Asociación del enfermo hospitalizado».

Su fundadora, Mme. Maurice, manifiesta: «No sólo el

enfermo hospitalizado ignora sus derechos, sino que no se atreve a reclamarlos. Se muestra tímido y reconocido hacia este centro, que le cuida gratuitamente (según cree) y acepta con frecuencia un régimen un poco militar».

Añade: «Los hospitalizados deben darse cuenta de que no son asistidos, *sino clientes*, ya que sus impuestos y cargas sociales financian los hospitales».

Seamos, por tanto, prácticos. A continuación, dieciocho casos en los cuales un hospitalizado tiene derechos precisos.

—¿Se puede ver a un paciente fuera de las horas de visita?

—Sí, solicitando a la enfermera-jefe un permiso de visita y si el médico lo autoriza. Algunos hospitales permiten las visitas durante todo el día, sobre todo a enfermos que se encuentran en habitaciones individuales.

—¿Se puede quedar junto a un niño?

—La madre puede quedarse siempre junto a su niño e, incluso, acostarse junto a él si está gravemente enfermo, si está en una habitación individual y si el médico lo permite.

—¿Se puede quedar junto a un enfermo grave?

—Sí; un miembro de la familia, e incluso un amigo íntimo, están autorizados a permanecer junto a un paciente cuyo estado sea grave.

—¿Se puede solicitar una enfermera particular ajena al hospital?

—Sí, remunerándola por cuenta del paciente, naturalmente.

—¿A quién dirigirse para pedir consejo en el hospital?

—Cada hospital dispone de una o varias asistentes sociales y, a veces, de un psicólogo. No es preciso que el paciente dude en llamarlos. Están allí para escucharle e informarle. Existe también una oficina de ayuda social que ayuda al paciente a resolver sus problemas administrativos y económicos.

—¿Se puede llevar su televisión?

—Si el enfermo se halla instalado en una habitación individual, se puede, en principio, llevar su radio, su televisor o su tocadiscos, si no molesta a sus vecinos. La vigilante de servicio posee plenos poderes y puede, en consecuencia, servirse de su derecho de veto si estima que existe abuso...

—¿Se está obligado a ponerse el camisón del hospital?

—No. Cada uno puede llevar su camisón o pijama último modelo. Uno tiene todos los derechos de conservar sus efectos personales.

—¿Un paciente gravemente enfermo puede ir a morir a su casa?

—Sí. Cuando el paciente se encuentra en un estado grave, y si la consecuencia es fatal, su familia puede llevarlo a su domicilio.

—¿Se puede salir de un hospital cuando se desea?

—Sí. Firmando tan sólo un pliego de descargo de responsabilidades.

—¿Se puede llamar a su médico de cabecera al hospital?

—Sí. El médico de cabecera puede ponerse en contacto con el médico del hospital para hablar del caso del paciente... La familia puede, incluso, llamar a un especialista.

—¿Se puede operar a un paciente sin su consentimiento?

—No. Si el enfermo está consciente, el médico no puede operarle sin su consentimiento. Si está inconsciente,

el médico debe tener el consentimiento de la familia. Si no lo consigue a tiempo, él es entonces quien decide únicamente.

—¿Se puede rehusar la visita de los estudiantes?

—No. El hospital es un centro de cuidados, de enseñanza y de investigación. Los estudiantes tienen, por tanto, el derecho de hacer una visita a los pacientes acompañados de su jefe de servicio o con la autorización de éste.

—¿Un menor puede salir sin autorización de sus padres?

—En principio, no. Únicamente cuando los padres no pueden manifestar su voluntad, porque se encuentren ausentes o por cualquier otra circunstancias (por ejemplo, si han abandonado el domicilio sin dejar su nueva dirección, o si están de vacaciones).

—¿Propinas o regalos a las enfermeras?

—El reglamento lo prohíbe. No obstante, cada uno tiene derecho a agradecerle sus servicios como lo considere conveniente.

—¿Se puede recibir a un sacerdote?

—Sí; a un sacerdote, a un pastor, un rabino u otro ministro de un determinado culto religioso. Cumplen gratuitamente los servicios religiosos. De lo contrario, los honorarios corren a cargo del centro. Sin embargo, están prohibidas las oraciones públicas en salas comunes.

—¿Se puede exigir un baño diario?

—El reglamento de hospitales señala un baño mensual y un lavado de pies semanal. Es un mínimo obligatorio.

—¿Cuáles son los recursos en caso de litigio?

—No existe ley ni artículos a tal efecto, excepto una circular del Ministerio de Sanidad relativa a la humanización de los hospitales. Son derechos adquiridos, cuya aplicación varía, lamentablemente, de hospital a hospital, e incluso de planta a planta. Los reglamentos son vetustos, la jurisprudencia un poco ligera y nadie quiere reconocer oficialmente los derechos del enfermo. Hasta una nueva ley, el único recurso posible es: hacer cara a la enfermera-jefe.

—¿Se puede rehusar una comida o intercambiarla?

—Sí. En principio deben existir menús a la carta. De hecho, tienen derecho a elegir entre dos o tres platos de carne, legumbres o postres.

ELLOS LE DEFIENDEN

Dos asociaciones recientes tienen por objeto informar, ayudar y defender a los pacientes internados en un hospital.

1. L'Association du malade hospitalisé. Daviken - Les Genêts, 49 - Bauné.

2. L'Association Dominique Cacoub, 94, rue de Sèvres, Paris 7.^o

Las «Visiteuses des malades dans les établissements hospitaliers» (Visitadoras de enfermos en centros hospitalarios) 39, rue Notre-Dame des Champs, Paris 6.^o. Tel. 548 76 63 recorren los hospitales benéficamente y proporcionan reconfortación y comprensión y, en algunas ocasiones, un poco de dinero.

DERECHOS DE LOS ENFERMOS MENTALES

Advertencia

Las referencias corresponden a los artículos de la Carta de Quebec de los derechos y libertades de la persona.

Este es un documento de trabajo destinado a favorecer la reflexión sobre la Carta.

Derecho a la vida, a la seguridad, a la integridad física (Art. 1)

- Derechos de la persona que quiere poner fin a su vida.
- Derecho al tratamiento.
- Derecho a rehusar el tratamiento: Quimioterapia, Electrochocs, Lobotomía.
- Ciertas formas de tratamientos behavioristas.
- Esterilización no-voluntaria o contracepción.

Derecho a la libertad (Art. 1)

- Privación de la libertad por el tratamiento encerrado no voluntario (Ley de la protección del enfermo mental).

Derecho al socorro (Art. 2)

- Persona que pone su vida en peligro.

Libertades fundamentales (Art. 13)

- Conciencia, religión, opinión, expresión, reunión pacífica y asociación.

Derecho a la salvaguardia de su dignidad, de su honor y de su reputación (Art. 4)

- Capacidad de tomar decisiones, responsabilidad personal (iniciativa).
- Ciertas formas de tratamientos behavioristas que implican castigos.
- Llevar vestuarios del hospital.

Derecho al respeto de la vida privada (Art. 5)

- Derecho a no ser vigilado.
- Confidencialidad de la correspondencia y otras comunicaciones.
- Distribución de los hospitales: salas comunes...
- Accesibilidad de los dossiers.
- Derecho a sus papeles personales.

Derecho al disfrute y a la libre disposición de sus bienes (Art. 6)

- Certificado psiquiátrico de no competencia de administrar sus bienes.

Derecho al secreto profesional (Art. 9)

- Confidencias hechas al médico examinador. Ley de la protección del enfermo mental.

- Confidencialidad de los dossiers de los hospitales.
- Problema de los exámenes psiquiátricos o psicológicos en general.

Derecho a la no-discriminación y a la igualdad (Art. 10)

- Condición social de paciente o de ex-paciente psiquiátrico.
- Discriminación en el empleo.
- Discriminación en la vivienda, los contratos.
- Municipios y hogares de grupo.
- Acción positiva.

Derecho a presentarse como candidato o de votar en una elección (Art. 22)

- Ejercicio del derecho de voto de los pacientes de un hospital psiquiátrico.

Derecho a una audición pública e imparcial de su causa por un tribunal independiente y privación de la libertad (Art. 23, 24 y 35)

- Derecho a una audición plena y completa en el momento de la iniciación del tratamiento encerrado.
- Derecho a una audición plena y completa en el momento de la determinación de la competencia para administrar sus bienes.
- Derecho a una audición plena y completa en el momento de rehusar el tratamiento.
- Derecho a una audición plena y completa en el momento de la revisión del tratamiento encerrado.

Derecho al habeas corpus (Art. 32)

- Habeas corpus y tratamiento encerrado (Ley de la protección del enfermo mental).

Derecho al abogado (Art. 35)

Derecho a no incriminarse (Art. 38)

- Confidencias hechas a un clínico durante un examen (Art. 9).

Derecho a la información (Art. 44)

- Acceso al dossier, a las evaluaciones, etc. (Ley de los servicios de sanidad y servicios sociales 1971, L. Q., c. 48).

Derecho a la protección contra la explotación y a la protección y a la seguridad de la familia (Art. 48)

LOS DERECHOS DEL DEFICIENTE MENTAL

La Federación de Asociaciones facilitó a la prensa un comunicado en el que se expone claramente la situación

DERECHOS DE LOS ENFERMOS MENTALES

Advertencia

Las referencias corresponden a los artículos de la Carta de Quebec de los derechos y libertades de la persona.

Este es un documento de trabajo destinado a favorecer la reflexión sobre la Carta.

Derecho a la vida, a la seguridad, a la integridad física (Art. 1)

- Derechos de la persona que quiere poner fin a su vida.
- Derecho al tratamiento.
- Derecho a rehusar el tratamiento: Quimioterapia, Electrochocs, Lobotomía.
- Ciertas formas de tratamientos behavioristas.
- Esterilización no-voluntaria o contracepción.

Derecho a la libertad (Art. 1)

- Privación de la libertad por el tratamiento encerrado no voluntario (Ley de la protección del enfermo mental).

Derecho al socorro (Art. 2)

- Persona que pone su vida en peligro.

Libertades fundamentales (Art. 13)

- Conciencia, religión, opinión, expresión, reunión pacífica y asociación.

Derecho a la salvaguardia de su dignidad, de su honor y de su reputación (Art. 4)

- Capacidad de tomar decisiones, responsabilidad personal (iniciativa).
- Ciertas formas de tratamientos behavioristas que implican castigos.
- Llevar vestuarios del hospital.

Derecho al respeto de la vida privada (Art. 5)

- Derecho a no ser vigilado.
- Confidencialidad de la correspondencia y otras comunicaciones.
- Distribución de los hospitales: salas comunes...
- Accesibilidad de los dossiers.
- Derecho a sus papeles personales.

Derecho al disfrute y a la libre disposición de sus bienes (Art. 6)

- Certificado psiquiátrico de no competencia de administrar sus bienes.

Derecho al secreto profesional (Art. 9)

- Confidencias hechas al médico examinador. Ley de la protección del enfermo mental.

- Confidencialidad de los dossiers de los hospitales.
- Problema de los exámenes psiquiátricos o psicológicos en general.

Derecho a la no-discriminación y a la igualdad (Art. 10)

- Condición social de paciente o de ex-paciente psiquiátrico.
- Discriminación en el empleo.
- Discriminación en la vivienda, los contratos.
- Municipios y hogares de grupo.
- Acción positiva.

Derecho a presentarse como candidato o de votar en una elección (Art. 22)

- Ejercicio del derecho de voto de los pacientes de un hospital psiquiátrico.

Derecho a una audición pública e imparcial de su causa por un tribunal independiente y privación de la libertad (Art. 23, 24 y 35)

- Derecho a una audición plena y completa en el momento de la iniciación del tratamiento encerrado.
- Derecho a una audición plena y completa en el momento de la determinación de la competencia para administrar sus bienes.
- Derecho a una audición plena y completa en el momento de rehusar el tratamiento.
- Derecho a una audición plena y completa en el momento de la revisión del tratamiento encerrado.

Derecho al habeas corpus (Art. 32)

- Habeas corpus y tratamiento encerrado (Ley de la protección del enfermo mental).

Derecho al abogado (Art. 35)

Derecho a no incriminarse (Art. 38)

- Confidencias hechas a un clínico durante un examen (Art. 9).

Derecho a la información (Art. 44)

- Acceso al dossier, a las evaluaciones, etc. (Ley de los servicios de sanidad y servicios sociales 1971, L. Q., c. 48).

Derecho a la protección contra la explotación y a la protección y a la seguridad de la familia (Art. 48)

LOS DERECHOS DEL DEFICIENTE MENTAL

La Federación de Asociaciones facilitó a la prensa un comunicado en el que se expone claramente la situación

y los derechos de los subnormales, y que puede resumirse así:

— Se les niega el derecho a no ser deficientes, a nacer sanos, ya que en muchos casos la subnormalidad podría prevenirse o corregirse en los primeros meses y no se hace por falta de asistencia a las madres. Cosa incomprensible, porque con las modernas técnicas inmunológicas podría reducirse la subnormalidad en un 50 por 100.

— Se les niega el derecho a una atención temprana, elemento clave para una notable recuperación.

— Se les niega el derecho a la educación, ya que mientras el Estado se preocupa de llevar a la práctica la Ley General de Educación en cuanto a escolarizar EGB, el colectivo de deficientes mentales sólo está escolarizado en un 25 ó 30 por 100 con plazas mal dotadas, escasez de personal y ausencia total de otros servicios. Hasta el punto de que niños con algunos problemas de aprendizaje fácilmente subsanables acaban viéndose integrados en el colectivo de subnormales o llega a serlo cuando hubiera podido evitarse.

— Se les niegan las posibilidades laborales al considerar que su producción es ínfima, cuando está plenamente demostrado que eso es falso y que, aunque más lentamente, pueden llegar a fabricar piezas de alta precisión con una perfección total.

— Se les niega la asistencia adecuada en el caso de una deficiencia mental profunda. Sólo 2.000 ó 3.000 subnormales profundos reciben atención adecuada, cuando hay en España hoy de 15.000 a 20.000.

— Se les niega el derecho a vivir con una familia cuando son huérfanos, ya que el sistema tutelar español está necesitado de una profunda revisión. No tienen tampoco plazas en residencias adecuadas.

— Se les niega, en conjunto, el derecho a ser persona en cuanto no se les brindan los derechos más elementales que como tal persona posee.

DECALOGO COMUNICATIVO CON EL DISMINUIDO FISICO

1. No le hagas ir deprisa.
2. No le separes de sus muletas.
3. Cuidado con las falsas maniobras que puedan hacerle caer de la silla.
4. No seas el primero en tenderle la mano (al que va en silla de ruedas).
5. No te dejes impresionar por su aspecto.
6. Sé sencillo en el gesto.
7. En caso de dificultad escribe lo que quieras decir.
8. No tengas miedo de él, no te burles de él, respétale.
9. Entra en contacto con él y no te molestes si rehúsa ayuda.
10. Colabora con las asociaciones de disminuidos físicos y voluntariado.

Consejos sugeridos por la Federación ECOM

PLAN DE PRESTACIONES PARA MINUSVALIDOS FISICOS, PSIQUICOS Y SENSORIALES

Ilustrísimos señores:

Por Real Decreto-ley 36/1978, de 16 de noviembre, se crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), al que se encomienda la gestión de los servicios complementarios de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social.

El Real Decreto 1856/1979, de 30 de julio, establece una delimitación de los ámbitos de actuación de los servicios sociales del Sistema, determinando que para la atención de los minusválidos el Instituto ejercerá su acción a través del Servicio Social de Minusválidos Físicos y Psíquicos.

En base a las disposiciones anteriores, así como a la experiencia derivada de la aplicación del Plan de Prestaciones para Minusválidos Físicos, Psíquicos y Sensoriales del anterior ejercicio, se hace preciso desarrollar un programa de prestaciones que dé cobertura a las necesidades detectadas en el campo de las minusvalías físicas, psíquicas y sensoriales y que permita la continuidad de acciones en curso.

Dicho programa, complementario de los que por vía de acción directa ejecutará el Instituto, se materializa en el presente Plan de prestaciones, concebido no sólo como instrumento técnico y definidor de las prestaciones a otorgar, sino también como medio de financiación de las mismas.

Como instrumento técnico, el Plan contempla prestaciones recuperadoras, prestaciones de integración social, prestaciones de integración laboral, así como subvenciones de carácter especial, definiendo las técnicas y medidas aplicables para el tratamiento y la atención de las minusvalías.

Como medio de financiación, ofrece los cauces adecuados para cubrir las necesidades inmediatas del sector objeto de atención, procurando situar a las personas con minusvalía en condiciones de equipararse, en la medida de sus posibilidades, a las personas que no sufren las limitaciones propias de una minusvalía. Asimismo, facilita la cobertura de una variada gama de acciones, cuya ejecución complementa la eficacia de las prestaciones individualizadas estimulando, a su vez, las realizaciones a acometer en este campo por otros sectores del cuerpo social, responsables solidarios de la integración social del minusválido.

A tales efectos, y sin perjuicio del posterior desarrollo de las competencias que, en materia de minusválidos, tiene atribuidas el Instituto Nacional de Servicios Sociales, esta Dirección General, en uso de las facultades que le confiere el Real Decreto 2001/1980, de 3 de octubre, ha tenido a bien:

Primero. Aprobar el Plan de Prestaciones para Minusválidos Físicos, Psíquicos y Sensoriales, que se incorpora como anexo a la presente disposición.

Segundo. Delegar en la Dirección del Servicio Social de Minusválidos Físicos y Psíquicos y en las Direcciones Provinciales del Instituto la aprobación y concesión de las prestaciones contenidas en dicho Plan, según su trámite se realice en régimen centralizado o descentralizado, respectivamente.

Tercero. Sin perjuicio de lo establecido en el apartado anterior, será preceptiva la fiscalización previa de los expedientes por la Intervención Central o por las Intervenciones Territoriales del Instituto, de acuerdo con las normas establecidas para la intervención de la Seguridad Social.

Cuarto. Las acciones previstas en el Plan, así como los presupuestos asignados para su cobertura, serán de aplicación durante el ejercicio de 1981 en todo el territorio nacional, sin

y los derechos de los subnormales, y que puede resumirse así:

— Se les niega el derecho a no ser deficientes, a nacer sanos, ya que en muchos casos la subnormalidad podría prevenirse o corregirse en los primeros meses y no se hace por falta de asistencia a las madres. Cosa incomprensible, porque con las modernas técnicas inmunológicas podría reducirse la subnormalidad en un 50 por 100.

— Se les niega el derecho a una atención temprana, elemento clave para una notable recuperación.

— Se les niega el derecho a la educación, ya que mientras el Estado se preocupa de llevar a la práctica la Ley General de Educación en cuanto a escolarizar EGB, el colectivo de deficientes mentales sólo está escolarizado en un 25 ó 30 por 100 con plazas mal dotadas, escasez de personal y ausencia total de otros servicios. Hasta el punto de que niños con algunos problemas de aprendizaje fácilmente subsanables acaban viéndose integrados en el colectivo de subnormales o llega a serlo cuando hubiera podido evitarse.

— Se les niegan las posibilidades laborales al considerar que su producción es ínfima, cuando está plenamente demostrado que eso es falso y que, aunque más lentamente, pueden llegar a fabricar piezas de alta precisión con una perfección total.

— Se les niega la asistencia adecuada en el caso de una deficiencia mental profunda. Sólo 2.000 ó 3.000 subnormales profundos reciben atención adecuada, cuando hay en España hoy de 15.000 a 20.000.

— Se les niega el derecho a vivir con una familia cuando son huérfanos, ya que el sistema tutelar español está necesitado de una profunda revisión. No tienen tampoco plazas en residencias adecuadas.

— Se les niega, en conjunto, el derecho a ser persona en cuanto no se les brindan los derechos más elementales que como tal persona posee.

DECALOGO COMUNICATIVO CON EL DISMINUIDO FISICO

1. No le hagas ir deprisa.
2. No le separes de sus muletas.
3. Cuidado con las falsas maniobras que puedan hacerle caer de la silla.
4. No seas el primero en tenderle la mano (al que va en silla de ruedas).
5. No te dejes impresionar por su aspecto.
6. Sé sencillo en el gesto.
7. En caso de dificultad escribe lo que quieras decir.
8. No tengas miedo de él, no te burles de él, respétale.
9. Entra en contacto con él y no te molestes si rehúsa ayuda.
10. Colabora con las asociaciones de disminuidos físicos y voluntariado.

Consejos sugeridos por la Federación ECOM

PLAN DE PRESTACIONES PARA MINUSVALIDOS FISICOS, PSIQUICOS Y SENSORIALES

Ilustrísimos señores:

Por Real Decreto-ley 36/1978, de 16 de noviembre, se crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), al que se encomienda la gestión de los servicios complementarios de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social.

El Real Decreto 1856/1979, de 30 de julio, establece una delimitación de los ámbitos de actuación de los servicios sociales del Sistema, determinando que para la atención de los minusválidos el Instituto ejercerá su acción a través del Servicio Social de Minusválidos Físicos y Psíquicos.

En base a las disposiciones anteriores, así como a la experiencia derivada de la aplicación del Plan de Prestaciones para Minusválidos Físicos, Psíquicos y Sensoriales del anterior ejercicio, se hace preciso desarrollar un programa de prestaciones que dé cobertura a las necesidades detectadas en el campo de las minusvalías físicas, psíquicas y sensoriales y que permita la continuidad de acciones en curso.

Dicho programa, complementario de los que por vía de acción directa ejecutará el Instituto, se materializa en el presente Plan de prestaciones, concebido no sólo como instrumento técnico y definidor de las prestaciones a otorgar, sino también como medio de financiación de las mismas.

Como instrumento técnico, el Plan contempla prestaciones recuperadoras, prestaciones de integración social, prestaciones de integración laboral, así como subvenciones de carácter especial, definiendo las técnicas y medidas aplicables para el tratamiento y la atención de las minusvalías.

Como medio de financiación, ofrece los cauces adecuados para cubrir las necesidades inmediatas del sector objeto de atención, procurando situar a las personas con minusvalía en condiciones de equipararse, en la medida de sus posibilidades, a las personas que no sufren las limitaciones propias de una minusvalía. Asimismo, facilita la cobertura de una variada gama de acciones, cuya ejecución complementa la eficacia de las prestaciones individualizadas estimulando, a su vez, las realizaciones a acometer en este campo por otros sectores del cuerpo social, responsables solidarios de la integración social del minusválido.

A tales efectos, y sin perjuicio del posterior desarrollo de las competencias que, en materia de minusválidos, tiene atribuidas el Instituto Nacional de Servicios Sociales, esta Dirección General, en uso de las facultades que le confiere el Real Decreto 2001/1980, de 3 de octubre, ha tenido a bien:

Primero. Aprobar el Plan de Prestaciones para Minusválidos Físicos, Psíquicos y Sensoriales, que se incorpora como anexo a la presente disposición.

Segundo. Delegar en la Dirección del Servicio Social de Minusválidos Físicos y Psíquicos y en las Direcciones Provinciales del Instituto la aprobación y concesión de las prestaciones contenidas en dicho Plan, según su trámite se realice en régimen centralizado o descentralizado, respectivamente.

Tercero. Sin perjuicio de lo establecido en el apartado anterior, será preceptiva la fiscalización previa de los expedientes por la Intervención Central o por las Intervenciones Territoriales del Instituto, de acuerdo con las normas establecidas para la intervención de la Seguridad Social.

Cuarto. Las acciones previstas en el Plan, así como los presupuestos asignados para su cobertura, serán de aplicación durante el ejercicio de 1981 en todo el territorio nacional, sin

y los derechos de los subnormales, y que puede resumirse así:

— Se les niega el derecho a no ser deficientes, a nacer sanos, ya que en muchos casos la subnormalidad podría prevenirse o corregirse en los primeros meses y no se hace por falta de asistencia a las madres. Cosa incomprensible, porque con las modernas técnicas inmunológicas podría reducirse la subnormalidad en un 50 por 100.

— Se les niega el derecho a una atención temprana, elemento clave para una notable recuperación.

— Se les niega el derecho a la educación, ya que mientras el Estado se preocupa de llevar a la práctica la Ley General de Educación en cuanto a escolarizar EGB, el colectivo de deficientes mentales sólo está escolarizado en un 25 ó 30 por 100 con plazas mal dotadas, escasez de personal y ausencia total de otros servicios. Hasta el punto de que niños con algunos problemas de aprendizaje fácilmente subsanables acaban viéndose integrados en el colectivo de subnormales o llega a serlo cuando hubiera podido evitarse.

— Se les niegan las posibilidades laborales al considerar que su producción es ínfima, cuando está plenamente demostrado que eso es falso y que, aunque más lentamente, pueden llegar a fabricar piezas de alta precisión con una perfección total.

— Se les niega la asistencia adecuada en el caso de una deficiencia mental profunda. Sólo 2.000 ó 3.000 subnormales profundos reciben atención adecuada, cuando hay en España hoy de 15.000 a 20.000.

— Se les niega el derecho a vivir con una familia cuando son huérfanos, ya que el sistema tutelar español está necesitado de una profunda revisión. No tienen tampoco plazas en residencias adecuadas.

— Se les niega, en conjunto, el derecho a ser persona en cuanto no se les brindan los derechos más elementales que como tal persona posee.

DECALOGO COMUNICATIVO CON EL DISMINUIDO FISICO

1. No le hagas ir deprisa.
2. No le separes de sus muletas.
3. Cuidado con las falsas maniobras que puedan hacerle caer de la silla.
4. No seas el primero en tenderle la mano (al que va en silla de ruedas).
5. No te dejes impresionar por su aspecto.
6. Sé sencillo en el gesto.
7. En caso de dificultad escribe lo que quieras decir.
8. No tengas miedo de él, no te burles de él, respétale.
9. Entra en contacto con él y no te molestes si rehúsa ayuda.
10. Colabora con las asociaciones de disminuidos físicos y voluntariado.

Consejos sugeridos por la Federación ECOM

PLAN DE PRESTACIONES PARA MINUSVALIDOS FISICOS, PSIQUICOS Y SENSORIALES

Ilustrísimos señores:

Por Real Decreto-ley 36/1978, de 16 de noviembre, se crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), al que se encomienda la gestión de los servicios complementarios de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social.

El Real Decreto 1856/1979, de 30 de julio, establece una delimitación de los ámbitos de actuación de los servicios sociales del Sistema, determinando que para la atención de los minusválidos el Instituto ejercerá su acción a través del Servicio Social de Minusválidos Físicos y Psíquicos.

En base a las disposiciones anteriores, así como a la experiencia derivada de la aplicación del Plan de Prestaciones para Minusválidos Físicos, Psíquicos y Sensoriales del anterior ejercicio, se hace preciso desarrollar un programa de prestaciones que dé cobertura a las necesidades detectadas en el campo de las minusvalías físicas, psíquicas y sensoriales y que permita la continuidad de acciones en curso.

Dicho programa, complementario de los que por vía de acción directa ejecutará el Instituto, se materializa en el presente Plan de prestaciones, concebido no sólo como instrumento técnico y definidor de las prestaciones a otorgar, sino también como medio de financiación de las mismas.

Como instrumento técnico, el Plan contempla prestaciones recuperadoras, prestaciones de integración social, prestaciones de integración laboral, así como subvenciones de carácter especial, definiendo las técnicas y medidas aplicables para el tratamiento y la atención de las minusvalías.

Como medio de financiación, ofrece los cauces adecuados para cubrir las necesidades inmediatas del sector objeto de atención, procurando situar a las personas con minusvalía en condiciones de equipararse, en la medida de sus posibilidades, a las personas que no sufren las limitaciones propias de una minusvalía. Asimismo, facilita la cobertura de una variada gama de acciones, cuya ejecución complementa la eficacia de las prestaciones individualizadas estimulando, a su vez, las realizaciones a acometer en este campo por otros sectores del cuerpo social, responsables solidarios de la integración social del minusválido.

A tales efectos, y sin perjuicio del posterior desarrollo de las competencias que, en materia de minusválidos, tiene atribuidas el Instituto Nacional de Servicios Sociales, esta Dirección General, en uso de las facultades que le confiere el Real Decreto 2001/1980, de 3 de octubre, ha tenido a bien:

Primero. Aprobar el Plan de Prestaciones para Minusválidos Físicos, Psíquicos y Sensoriales, que se incorpora como anexo a la presente disposición.

Segundo. Delegar en la Dirección del Servicio Social de Minusválidos Físicos y Psíquicos y en las Direcciones Provinciales del Instituto la aprobación y concesión de las prestaciones contenidas en dicho Plan, según su trámite se realice en régimen centralizado o descentralizado, respectivamente.

Tercero. Sin perjuicio de lo establecido en el apartado anterior, será preceptiva la fiscalización previa de los expedientes por la Intervención Central o por las Intervenciones Territoriales del Instituto, de acuerdo con las normas establecidas para la intervención de la Seguridad Social.

Cuarto. Las acciones previstas en el Plan, así como los presupuestos asignados para su cobertura, serán de aplicación durante el ejercicio de 1981 en todo el territorio nacional, sin

perjuicio de los acuerdos que se adopten con las Comunidades Autónomas.

Quinto. Se faculta a la Dirección del Servicio Social de Minusválidos Físicos y Psíquicos para dictar las oportunas normas de desarrollo del Plan de Prestaciones.

Lo que comunico a VV. II. y a VV. SS. para su conocimiento y efectos.

Dios guarde a VV. II. y a VV. SS.

Madrid, 27 de enero de 1981. El Director general, José Ramón Caso García.

NORMAS DE CARACTER GENERAL

BENEFICIARIOS

Artículo 1.º Se considerarán beneficiarios del Plan todas las personas afectadas por una disminución física, psíquica o sensorial, siempre que precisen una atención dirigida a conseguir su normal desarrollo humano y social y que reúnan los requisitos que se señalan en cada una de las acciones contempladas en las normas siguientes.

Art. 2.º Igualmente serán beneficiarios de las subvenciones establecidas en los capítulos II y III los Entes territoriales y las Instituciones sin fin de lucro formalmente constituidas.

Art. 3.º Las Entidades a que se refiere la norma anterior, así como toda Institución privada, podrán colaborar con el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) para el cumplimiento de sus fines en los términos y con el alcance que se establece en el capítulo IV.

ACCIÓN PROTECTORA

Art. 4.º La acción protectora que abarca el presente Plan incluye prestaciones para la recuperación, prestaciones para la integración social, prestaciones para la integración laboral y subvenciones de carácter especial, todas ellas con el contenido y límites establecidos en los capítulos siguientes.

REQUISITOS

Art. 5.º Con carácter general para la concesión de las prestaciones previstas en este Plan, se establecen los siguientes requisitos:

a) Ostentar los interesados la condición de afiliado, en alta o situación asimilada al alta, o beneficiario de la Seguridad Social. No se considerarán beneficiarios los pensionistas por razón de jubilación.

b) Estar en posesión del certificado de la condición de minusválido emitido por el Organismo competente, así como por la Dirección Provincial del INSERSO, en el supuesto de beneficiarios de estimulación precoz o de presunta y previsible minusvalía.

c) En el supuesto de Instituciones, con excepción de los Entes territoriales, estar inscritas en el Registro que establece la Resolución de la Dirección General de la Seguridad Social de fecha 24 de julio de 1972. Los minusválidos atendidos por las mismas que se beneficien del presente Plan deberán reunir los requisitos de carácter individual establecidos en los apartados anteriores.

d) Justificar documentalmente no haber recibido ayudas de otros Organismos para la misma finalidad.

PROCEDIMIENTO

Art. 6.º Todas las acciones previstas en el Plan se otorgarán mediante la instrucción del oportuno expediente a instancia del interesado mediante solicitud dirigida al ilustrísimo señor Director general del INSERSO, acompañada de la docu-

mentación que se requiera en cada caso y presentada en la correspondiente Dirección Provincial del INSERSO. También podrán tramitarse de oficio cuando las circunstancias lo requieran.

Art 7.º La tramitación de los expedientes se realizará en régimen centralizado o descentralizado, conforme a las normas específicas de desarrollo.

Art. 8.º Corresponde la resolución de los expedientes tramitados en régimen centralizado a la Dirección del Servicio Social de Minusválidos Físicos y Psíquicos y a las Direcciones Provinciales del INSERSO los tramitados en régimen descentralizado.

FINANCIACIÓN

Art. 9.º La financiación de las prestaciones de este Plan se realizará con cargo a los presupuestos del Instituto Nacional de Servicios Sociales asignados al Servicio Social de Minusválidos Físicos y Psíquicos, a cuya disponibilidad se supeditará la concesión de las mismas.

Art. 10.º La financiación de prestaciones previstas en el capítulo I cubrirá aquellos gastos derivados de la atención individualizada al minusválido a través del artículo 48 del presupuesto.

Art. 11.º La financiación de aquellas prestaciones y subvenciones previstas en los capítulos II y III del Plan que se realicen respectivamente a través de los Entes territoriales e Instituciones sin fin de lucro se efectuará, respectivamente, mediante los créditos consignados en los artículos 43 y 47 del citado presupuesto.

12.º La financiación de aquellas acciones que se realicen en vía de acción concertada por los Entes territoriales o cualquier otra Institución pública o privada se llevará a cabo a través de créditos asignados al artículo 25 del presupuesto.

Art. 13.º Todas las acciones financiadas con cargo al presente Plan deberán cumplir las finalidades previstas en el mismo. Los diferentes órganos del INSERSO en el desarrollo de sus funciones de gestión, inspección e intervención establecerán los sistemas técnicos y económicos de comprobación de la efectiva ejecución y resultados de las acciones anteriores.

CAPITULO I

Prestaciones individuales

Sección I. PRESTACIONES PARA LA RECUPERACIÓN

Art. 14.º Las prestaciones para la recuperación son aquellas que se dirigen a la superación de las limitaciones funcionales y psicológicas, así como a la capacitación profesional de los beneficiarios, siendo objeto de atención por el presente Plan las siguientes:

- a) Tratamientos de atención precoz.
- b) Tratamientos de rehabilitación médico-funcional.
- c) Tratamientos psicoterapéuticos.
- d) Capacitación y rehabilitación profesional.
- e) Ayudas de apoyo.
- f) Atención especial a minusválidos gravemente afectados.

Tratamientos de atención precoz

Art. 15.º Los tratamientos de atención precoz, médico y psicológico, se dirigirán a potenciar el desarrollo de la capacidad física, psíquica o sensorial del niño afectado, así como a evitar el proceso degenerativo de una presunta minusvalía.

Art. 16.º Las técnicas terapéuticas que podrán aplicarse para la atención precoz serán las siguientes:

a) Atención precoz integrada, entendiéndose como tal aquella que englobe varios de los tratamientos enumerados en los apar-

tados siguientes, así como aquellos, de carácter especial, que requieran determinados beneficiarios.

- b) Psicomotricidad.
- c) Terapia de lenguaje.
- d) Fisioterapia.
- e) Medicina ortopédica, incluida la adquisición y renovación de prótesis y ortesis e instalación de otros medios de rehabilitación.

Art. 17.º Para la concesión de las prestaciones enumeradas en el artículo anterior se considerarán requisitos específicos los siguientes:

- a) Que el beneficiario no supere la edad de dos años para la atención precoz integrada ni la de seis para el resto de los tratamientos.
- b) Que se haya elaborado el programa individual o se haya prescrito técnicamente el tratamiento.
- c) Que no reciba los tratamientos de atención precoz solicitados por parte de otros Organismos con carácter gratuito y que, por razones objetivas de carácter temporal o territorial, no puedan serle dispensados por otros Organismos de la Seguridad Social.

Art. 18.º Las cuantías máximas aplicables a los tratamientos de atención precoz serán las que a continuación se indican, atendiendo a las modalidades que se especifican:

- a) Por el tratamiento de atención precoz integrada: 18.000 pesetas/mes.
- b) Por cada uno de los tratamientos previstos en los apartados b), c) y d) del artículo 16: 7.000 pesetas/mes.
- c) Para medicina ortopédica, incluida la adquisición y renovación de prótesis y ortesis e instalación de otros medios de rehabilitación, hasta el coste real del tratamiento.

Tratamientos de rehabilitación médico-funcional

Art. 19.º Tendrán la consideración de tratamientos de rehabilitación médico-funcional todos aquellos cuidados que se dirijan a conseguir la recuperación física y sensorial del discapacitado, potenciando al máximo sus capacidades residuales.

Art. 20.º Las técnicas terapéuticas que podrán aplicarse para los tratamientos médico-funcionales serán las siguientes:

- a) Fisioterapia.
- b) Psicomotricidad.
- c) Terapia del lenguaje.
- d) Medicina ortopédica, incluida la adquisición y renovación de prótesis y ortesis e instalación de otros medios de rehabilitación.

Art. 21.º Para la concesión de las prestaciones enumeradas en el artículo anterior se considerarán requisitos específicos los siguientes:

- a) Que se haya elaborado el programa individual o se haya prescrito técnicamente el tratamiento.
- b) Que no reciba servicios de rehabilitación médico-funcional por parte de otros Organismos con carácter gratuito y que, por razones objetivas de carácter temporal o territorial, no puedan serle dispensados por otros Organismos de la Seguridad Social.

Art. 22.º Las cuantías máximas aplicables a los tratamientos de rehabilitación médico-funcional serán las siguientes:

- a) Por cada uno de los tratamientos previstos en los apartados a), b) y c) del artículo 20: 7.000 pesetas/mes.
- b) Por el conjunto de los tratamientos anteriores: 18.000 pesetas/mes.
- c) Para medicina ortopédica, incluida la adquisición y renovación de prótesis y ortesis e instalación de otros medios de rehabilitación, hasta el coste total.

Tratamientos psicoterapéuticos

Art. 23.º Se considerarán tratamientos psicoterapéuticos todos aquellos procesos que se dirijan a la superación en el discapacitado de sus desajustes psíquicos y, en su caso, de sus trastornos psicopatológicos, reforzando la personalidad y recu-

perando al máximo sus capacidades residuales para conseguir en su actuación social la mayor autonomía posible.

Art. 24.º Las técnicas terapéuticas que podrán aplicarse serán las siguientes:

- a) Tratamientos de psicoterapia.
- b) Tratamientos psicobiológicos.

Art. 25.º Para la concesión de las prestaciones enumeradas en el artículo anterior se considerarán requisitos específicos los siguientes:

- a) Que se haya elaborado el programa individual o se haya prescrito técnicamente el tratamiento.
- b) Que no reciba tratamientos psicoterapéuticos por parte de otros Organismos con carácter gratuito.

Art. 26.º Las cuantías máximas aplicables a los tratamientos psicoterapéuticos serán las que a continuación se indican:

- a) Por cada uno de los tratamientos previstos en los apartados a) y b) del artículo 24: 7.000 pesetas/mes.
- b) Por el conjunto de los tratamientos anteriores: 12.000 pesetas/mes.

Capacitación y rehabilitación profesional

Art. 27.º Serán acciones de capacitación y rehabilitación profesional, a los efectos de este Plan, todas aquellas que permitan al minusválido obtener conocimientos y desarrollar habilidades necesarias para el desempeño de un puesto de trabajo.

Art. 28.º Los métodos que podrán aplicarse para la capacitación y rehabilitación profesional serán los siguientes:

- a) Adaptación profesional y/o adiestramiento.
- b) Formación profesional y, en su caso, nivelación cultural previa a aquélla.
- c) Reconversión profesional.

Art. 29.º Para la concesión de las prestaciones enumeradas en el artículo anterior se considerarán requisitos específicos los siguientes:

- a) Que el beneficiario se encuentre en edad laboral.
- b) Que el período de capacitación y rehabilitación profesional se ajuste a lo previsto en el correspondiente programa individual u orientación correspondiente.
- c) En el caso de que las medidas de capacitación y rehabilitación profesional requieran necesariamente la realización de estudios de carácter reglado, deberá acreditarse la no percepción de servicios ni ayudas para tal finalidad de Organismos específicamente competentes.

Art. 30.º La cuantía máxima aplicable a los tratamientos de capacitación y rehabilitación profesional será de 12.000 pesetas/mes.

Ayudas de apoyo

Art. 31.º Al objeto de posibilitar la realización de todas las prestaciones básicas previstas en este capítulo, se establecen prestaciones de transporte, residencia y comedor para el beneficiario, y asimismo para un acompañante de aquél, cuando se considere imprescindible.

Art. 32.º Con carácter extraordinario se establece la prestación de transporte especial para aquellos supuestos de minusválidos gravemente afectados en su movilidad, impedidos para la utilización de transporte público ordinario. La concesión de dicha prestación, en la que deberá valorarse específicamente su rentabilidad social, será incompatible con la que se establece en concepto de acompañante.

Art. 33.º Para la concesión de las prestaciones enumeradas en los artículos anteriores serán requisitos específicos los siguientes:

- a) Que el beneficiario reúna las condiciones fijadas para el otorgamiento de prestaciones básicas.
- b) Que la solicitud y aplicación de estas ayudas sea simultánea a la realización de las prestaciones básicas.
- c) Que en el supuesto de ser imprescindible el acompañante, se acredite formalmente la necesidad de sus servicios y la duración de los mismos.

Art. 34. Las cuantías máximas aplicables para las acciones de apoyo serán las siguientes:

- a) Transporte, 3.000 pesetas/mes.
- b) Residencia, 13.000 pesetas/mes.
- c) Comedor, 6.000 pesetas/mes.
- d) Transporte especial, 15.000 pesetas/mes.

Atención especial a minusválidos gravemente afectados

Art. 35.º Se entenderá por atención especial a minusválidos gravemente afectados el conjunto de medidas asistenciales y terapéuticas específicas que requiera un minusválido cuando el grado de su discapacidad sea grave y por dicha causa no pueda seguir los procesos recuperadores establecidos en los artículos anteriores ni los de integración laboral u ocupacional.

Art. 36.º Las medidas previstas para esta finalidad comprenderán las acciones necesarias que, dispensadas en centros de carácter especial, vayan dirigidas a la atención especializada de grandes inválidos, minusválidos psíquicos profundos, sordociegos, autistas, así como cualquier otra persona afectada gravemente en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales.

Art. 37.º Para la atención de los beneficiarios citados en el artículo anterior se considerará requisito específico la acreditación de que el solicitante está incurso en las situaciones definidas en los anteriores artículos.

Art. 38.º La cuantía aplicable para la atención especial a minusválidos gravemente afectados, con un tope máximo de 450.000 pesetas/año, se determinará en relación con las características de los tratamientos a dispensar.

Sección II. PRESTACIONES DE INTEGRACIÓN SOCIAL

Art. 39.º Las prestaciones para la integración social pretenden facilitar al minusválido el desenvolvimiento de su vida diaria y potenciar la relación de este con su entorno, considerándose como tales las siguientes:

- a) Movilidad y comunicación.
- b) Eliminación de barreras arquitectónicas.
- c) Ocio y tiempo libre.
- d) Residencia.
- e) Atención domiciliaria.

Movilidad y comunicación

Art. 40.º Se entenderá por movilidad y comunicación toda acción que proporcione al minusválido los medios que le permitan aumentar su capacidad de desplazamiento, así como superar los obstáculos que dificulten su desenvolvimiento en el medio social.

Art. 41.º Las prestaciones de movilidad y comunicación serán las siguientes:

- a) Adquisición de sillas de ruedas.
- b) Adquisición y adaptación de vehículos a motor.
- c) Obtención del carné de conducir.
- d) Útiles y ayudas técnicas que faciliten la relación del minusválido con su entorno.

Art. 42.º Para la concesión de las prestaciones enumeradas en el artículo anterior se considerarán requisitos específicos los siguientes:

a) Para adquisición de sillas de ruedas se justificará la no percepción de ayudas para la misma finalidad de otros Organos competentes de la Seguridad Social.

b) En el caso de adquisición y adaptación de vehículos a motor, el solicitante, además del requisito que se señala en el apartado siguiente, deberá garantizar documentalmente la afectación del vehículo a su transporte personal y uso privado.

c) Para la obtención del carné de conducir y adquisición y adaptación de vehículos a motor, el interesado deberá estar afectado de una minusvalía grave que le impida la utilización de otros medios de transporte.

d) En el supuesto de útiles y ayudas técnicas, se deberá

acreditar que la naturaleza de la minusvalía del solicitante le impide la utilización de los medios convencionales existentes.

Art. 43.º Las cuantías máximas aplicables para las acciones previstas en el artículo 40 serán:

- a) Adquisición de silla de ruedas: 40.000 pesetas.
- b) Adquisición de vehículo a motor: 200.000 pesetas.
- c) Adaptación de vehículo a motor: 65.000 pesetas.
- d) Obtención del carné de conducir: 30.000 pesetas.
- e) Adquisición de útiles y ayudas técnicas, hasta su costo real.

Eliminación de barreras arquitectónicas

Art. 44.º Tendrán la consideración de prestaciones para la eliminación de barreras arquitectónicas aquellas que tengan por objeto:

- a) Facilitar al minusválido el acceso y movilidad en su propia vivienda.
- b) Financiar los intereses del préstamo solicitado por el beneficiario en concepto de adquisición de vivienda adaptada, construida en régimen de protección oficial.

Art. 45.º Para la concesión de las prestaciones enumeradas en el artículo anterior se considerarán requisitos específicos los siguientes:

- a) Que existan obstáculos objetivos para el desenvolvimiento del minusválido.
- b) Que no se hayan solicitado en un plazo anterior a cinco años ayudas por el mismo concepto, siempre que en dicho plazo no se hayan modificado negativamente las circunstancias que sirvieron de base a la anterior petición.

Art. 46.º La cuantía máxima aplicable a estas acciones será de 400.000 pesetas.

Ocio y tiempo libre

Art. 47.º La organización del ocio y tiempo libre irá dirigida a favorecer la participación social de los minusválidos a través de actividades recreativas, culturales y deportivas.

Art. 48.º Para la concesión de las prestaciones citadas en el artículo anterior se considerarán requisitos específicos:

- a) Que el beneficiario no esté escolarizado.
- b) Que no haya percibido ayuda para esta finalidad del Instituto de la Juventud y Promoción Comunitaria.

Art. 49.º La cuantía máxima aplicable para las anteriores acciones por beneficiario no podrá superar la cantidad de 7.000 pesetas/año.

Residencia-hogar

Art. 50.º Tendrán tal consideración aquellos alojamientos que proporcionen al minusválido convivencia en régimen de hogar y otras atenciones mínimas necesarias de carácter doméstico.

Art. 51.º Para la concesión de las prestaciones citadas en el artículo anterior se considerarán requisitos específicos los siguientes:

- a) Que el interesado se encuentre en edad laboral y en condiciones de valerse por sí mismo.
- b) Que carezca de domicilio particular o familiar o se encuentre en situación familiar anómala comprobada.
- c) Que no reciba las ayudas de apoyo expresadas en el artículo 31 y siguientes ni las de atención especial a minusválidos gravemente afectados del artículo 35 y siguientes.
- d) Que carezca de ingresos iguales o superiores al salario mínimo interprofesional.

Art. 52.º La cuantía máxima aplicable por beneficiario no podrá ser superior a 230.000 pesetas/año. En los supuestos en que el solicitante perciba el incremento del 50 por 100 sobre la pensión que tenga reconocida en concepto de gran invalidez le será deducido el mismo en la determinación de la cuantía máxima aplicable.

Atención domiciliaria

Art. 53.º La atención domiciliaria comprenderá todos aquellos servicios personales que faciliten las actividades de la vida diaria a aquellos minusválidos residentes en sus propios domicilios que, con graves dificultades de desenvolvimiento personal, carezcan de los medios habituales para atender sus necesidades con carácter circunstancial. También serán beneficiarios aquellos que requieran la ayuda de forma permanente y continuada en razón de sus especiales circunstancias.

Art. 54.º Para la concesión de las prestaciones citadas en el artículo anterior serán requisitos específicos:

a) La acreditación de la necesidad de la prestación.

b) La afiliación al régimen especial de empleadas de hogar por parte de la persona que presta los servicios, siempre que éstos supongan una actividad de carácter laboral y no benévola.

Art. 55.º La cuantía máxima aplicable por beneficiario será de 800 pesetas diarias por un período no superior a seis meses para los casos de atención temporal. Para los supuestos de atención permanente y continuada será como máximo de 250.000 pesetas/año. En los supuestos en que el solicitante perciba el incremento del 50 por 100 sobre la pensión que tenga reconocida en concepto de gran invalidez, le será deducido el mismo en la determinación de la cuantía máxima aplicable.

Sección III. PRESTACIONES PARA LA INTEGRACIÓN LABORAL Y OCUPACIONAL

Art. 56. Se considerarán prestaciones para la integración laboral y ocupacional aquellas que faciliten al minusválido la obtención de un puesto de trabajo acorde con su minusvalía. A tales efectos se regulan las siguientes prestaciones:

- Establecimiento como trabajador autónomo.
- Integración en empresas de régimen asociativo.
- Adaptación de puestos de trabajo.
- Integración en actividades ocupacionales.

Establecimiento como trabajador autónomo

Art. 57.º Tendrá la consideración de trabajador autónomo a estos efectos el minusválido que se obligue voluntaria y formalmente a practicar una profesión u oficio por cuenta propia, sin sujeción a contrato de trabajo.

Art. 58.º El establecimiento de los trabajadores autónomos podrá promoverse mediante la concesión de ayudas dirigidas a financiar los intereses del préstamo solicitado por el beneficiario para la adquisición, adecuación del local y dotación correspondiente a la actividad profesional a desarrollar. Asimismo, podrán concederse ayudas para financiar los gastos de alquiler, traspaso, materias primas iniciales y gastos de apertura del negocio.

Art. 59.º Para la concesión de las prestaciones citadas en el artículo anterior se considerarán requisitos específicos los siguientes:

a) Que el beneficiario se encuentre en edad laboral, desempleado involuntariamente o no percibiendo unos ingresos iguales o superiores al salario mínimo interprofesional.

b) Que la actividad a desempeñar sea compatible con la minusvalía, ostentando el beneficiario la capacidad profesional adecuada.

c) Que no reciba por los mismos conceptos ayuda de otros Organismos.

Art. 60.º La cuantía máxima aplicable para este tipo de acciones será de 400.000 pesetas.

Integración en empresas en régimen asociativo

Art. 61.º La integración de minusválidos en empresas en régimen asociativo podrá promoverse mediante la concesión de ayudas para la financiación de los intereses del préstamo

solicitado para hacer frente a la cuota de participación del beneficiario en las citadas empresas.

Art. 62.º Tendrán la consideración de empresas asociativas, a estos efectos, las constituidas legal y mayoritariamente por minusválidos que posean, a su vez, mayoría del capital social.

Art. 63.º Para la concesión de las prestaciones citadas en el artículo anterior se considerarán requisitos específicos los fijados en el artículo 59.

Art. 64.º La cuantía máxima aplicable para estas acciones será la de 200.000 pesetas.

Adaptación de puestos de trabajo

Art. 65.º La incorporación del minusválido a un puesto de trabajo podrá facilitarse mediante la reforma y acomodación de herramientas y utensilios, a las especiales características de su minusvalía.

Art. 66.º Para la concesión de las prestaciones citadas en el artículo anterior se considerará requisito específico que el beneficiario se encuentre en edad laboral y no reciba ayudas por el mismo concepto.

Art. 67.º La cuantía máxima aplicable a estas acciones será de 150.000 pesetas por beneficiario.

Integración en actividades ocupacionales

Art. 68.º Se considerarán actividades ocupacionales aquellas que realizadas en centros específicos tengan por objeto facilitar a los minusválidos que no reúnan las condiciones suficientes para acceder a algún tipo de empleo una ocupación que les permita una vida activa que evite regresiones, ayude al desarrollo de su personalidad y posibilite en un futuro la eventual obtención de un empleo en empresa ordinaria o protegida.

Art. 69. Para la concesión de las prestaciones citadas en el artículo anterior se considerarán requisitos específicos los siguientes:

a) Que el beneficiario se encuentre en edad laboral y no perciba las prestaciones establecidas en la sección primera del capítulo I, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 70.

b) Que la minusvalía sea de tal naturaleza que impida al beneficiario obtener la integración laboral.

c) Que el beneficiario no haya obtenido ayudas por el mismo concepto por parte de otro Organismo.

Art. 70.º Las cuantías máximas aplicables para la financiación de dichos servicios no podrá superar la cuantía de 10.000 pesetas/mes por beneficiario, pudiendo beneficiarse, cuando las circunstancias lo requieran, de las ayudas para residencia, transporte y comedor, con el alcance y límites establecidos en el artículo 34.

CAPITULO II

Ayudas a través de Entes territoriales

Sección I. PRESTACIONES INDIVIDUALES OTORGADAS A TRAVÉS DE ENTES TERRITORIALES

Art. 71.º Los Entes territoriales a los que se refiere el artículo 2.º que, reuniendo los requisitos establecidos en el apartado c), del artículo 5.º, posean servicios organizados para el otorgamiento de tratamientos recuperadores, de integración social y de integración laboral, definidos en el capítulo I, podrán solicitar la financiación de los mismos en base a las características de los sujetos a atender y de los tratamientos a dispensar.

Art. 72.º Para la financiación de las prestaciones mencionadas en el artículo anterior deberán tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

a) Se considerarán requisitos imprescindibles todos los señalados en el artículo quinto como requisitos generales del

Plan, los establecidos en el capítulo I correspondientes a los diferentes tratamientos, así como aquellos otros que se regulen de forma específica en las oportunas normas de desarrollo.

b) La solicitud con carácter anual y único por centro, se efectuará por los representantes legales de los Entes territoriales, acreditando que los minusválidos objeto de atención no han obtenido ayudas individuales de idéntica naturaleza a la que se solicita con cargo al presente Plan.

c) Los Entes territoriales de los que dependan servicios financiados con cargo al Plan vendrán obligados a notificar inmediatamente cualquier incremento de los recursos declarados en el momento de la solicitud y a facilitar a los funcionarios del Instituto el acceso a centros y servicios de ellos dependientes, así como a proporcionar cuanta información documental les sea solicitada.

Art. 73.º Las cuantías a otorgar se determinarán teniendo en cuenta las fuentes usuales de financiación de servicios y las previsiones de gasto formuladas para el ejercicio económico en curso, sin que en ningún caso puedan superar los topes máximos por beneficiario establecidos en el capítulo I.

Sección II. SUBVENCIONES DE CARÁCTER ESPECIAL

Art. 74.º Los Entes territoriales que desarrollen acciones cuya realización complemente la eficacia de las prestaciones individualizadas, estimulando, a su vez, las realizaciones en este campo por otros sectores del cuerpo social, podrán beneficiarse de las subvenciones destinadas a financiar los gastos derivados de las siguientes actividades:

- a) Escuela de padres.
- b) Actividades de mentalización social.
- c) Acción voluntaria y ayuda mutua.
- d) Eliminación de barreras arquitectónicas en vías y servicios públicos y centros de atención al minusválido.

Escuela de padres

Art. 75.º Se considerará escuela de padres, a los efectos del presente Plan, las actividades de carácter orientador y formativo, tales como cursillos, seminarios, mesas redondas y documentación, dirigidas a familiares y acompañantes de minusválidos, al objeto de propiciar y perfeccionar la asistencia que aquéllos prestan.

Mentalización social

Art. 76.º Se considerará mentalización social los programas dirigidos a la información y sensibilización de los diversos sectores sociales para conseguir su progresiva colaboración en la integración del minusválido, realizados mediante la utilización de técnicas y medios de comunicación social, siempre que éstas no supongan operaciones de capital.

Promoción de la acción voluntaria y de la ayuda mutua

Art. 77.º Se considerarán acción voluntaria y ayuda mutua los servicios personales prestados a las personas con minusvalía con carácter no profesional, así como la cooperación asociativa de los minusválidos y sus familiares. A los efectos de este artículo, se otorgarán subvenciones únicamente para la organización y seguimiento de los programas objeto de dicha acción voluntaria y ayuda mutua.

Eliminación de barreras arquitectónicas en vías y servicios públicos y Centros de atención a minusválidos

Art. 78.º Se considerará eliminación de barreras arquitectónicas a los efectos del presente capítulo, todas aquellas actividades tendentes a la supresión de obstáculos que dificulten el acceso y movilidad de los minusválidos en vías y servicios públicos, transportes y Centros de atención a minusválidos.

Art. 79.º Para la financiación de las acciones mencionadas

en los artículos anteriores, además de tenerse en cuenta los aspectos reflejados en el artículo 72, los Entes territoriales deberán acreditar su compromiso formal de cubrir el porcentaje no financiado por el Instituto con cargo a este Plan.

Art. 80.º La cuantía máxima a otorgar para cada una de las acciones señaladas en la presente sección no podrá ser superior al 75 por 100 de su presupuesto.

CAPITULO III

Ayudas a Instituciones sin fin de lucro

Sección I. PRESTACIONES INDIVIDUALES A TRAVÉS DE INSTITUCIONES

Art. 81.º Las Instituciones sin fin de lucro a que se refiere el artículo 2.º, que reuniendo los requisitos establecidos en el apartado c) del artículo 5.º, posean servicios organizados para el otorgamiento de tratamientos recuperadores, de integración social y de integración laboral, definidos en el capítulo I, podrán solicitar la financiación de los mismos en base a las características de los sujetos a atender y de los tratamientos a dispensar.

Art. 82.º Les será de aplicación a estas prestaciones los requisitos exigidos a los Entes territoriales en los artículos 72.º y 73.º

Sección II. SUBVENCIONES DE CARÁCTER ESPECIAL

Art. 83.º Las Instituciones sin fin de lucro podrán beneficiarse de las subvenciones destinadas a financiar las actividades establecidas en el artículo 74.º con el alcance y límites establecidos para cada una de ellas en los artículos 75.º a 80.º

CAPITULO IV

Acción concertada

Art. 84.º El Instituto podrá suscribir conciertos de colaboración con Entes territoriales, Instituciones públicas o privadas, que supongan compra de bienes corrientes y servicios, para garantizar a un colectivo de minusválidos en los ámbitos nacional, regional o local, la posibilidad de recibir las prestaciones recuperadoras de integración social y laboral y ocupacional contempladas en el capítulo I del presente Plan, siempre que la demanda de servicios lo aconseje, así como aquellas otras acciones que pudieran ser consideradas de interés por parte del Instituto.

Art. 85.º Para la financiación de las acciones objeto de concierto mencionadas en el artículo anterior, deberán tenerse en cuenta todos y cada uno de los aspectos señalados en el artículo 72.º, así como las normas específicas de desarrollo que se dicten.

Art. 86.º La cuantía máxima a aportar vendrá determinada por los topes individuales que para cada una de las acciones establece el capítulo I y por los porcentajes máximos de financiación para las subvenciones de carácter especial que se establecen en el capítulo II.

CAPITULO V

Art. 87.º A través de este capítulo podrán financiarse aquellas acciones especiales o extraordinarias que no están previstas en los capítulos anteriores, así como aquellas que carezcan de alguno de los requisitos señalados para su concesión, con excepción de los establecidos en el artículo 5.º del presente Plan, siempre que concurren circunstancias de grave, urgente o especial necesidad social y se consideren de interés para la atención de minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales.

Art. 88.º La financiación de las acciones anteriores se realizará con cargo al artículo presupuestario correspondiente, atendiendo a las circunstancias del sujeto y a la naturaleza de la acción solicitada.

DERECHO A LA SALUD

Nuestro mundo padece un empacho de información y otro, no menos grave, de buenas palabras. Parece que ciertos gobernantes tratan de sustituir con palabras, cuanto más rimbombantes mejor, la falta de acciones eficaces. Como ejemplo típico puede citarse el *derecho a la salud*, que aparece cada vez con más frecuencia en las constituciones de estados de todas las partes del mundo.

Más valor práctico tiene el compromiso adoptado por numerosos gobiernos de países en desarrollo para facilitar a sus poblaciones la atención primaria de salud. Así, en cuatro ciudades asiáticas ha tenido lugar la firma de la Carta para el desarrollo de la salud en Asia, que ayudará a los gobiernos de la región a fijar las prioridades nacionales y a movilizar los recursos disponibles con objeto de alcanzar tales prioridades. Según V.T.H. Gunaratne, director de la Región del Asia Sudoriental de la OMS y principal promotor de la Carta: «Esta marca el punto culminante de nuestros esfuerzos de los últimos años. Para la Región es realmente un gran acontecimiento, que no sólo indica un compromiso firme en pro de la causa de la salud sino que facilita también un potente instrumento para transformar este compromiso en realidad».

Los objetivos de la Carta, firmada ya por los representantes de la India, Sri Lanka (antes Ceilán), Tailandia y Bangladesh, son los siguientes: atención primaria de salud, formación de trabajadores sanitarios, suministro de agua potable e higiene del medio, promoción de la salud materno-infantil, lucha contra las enfermedades transmisibles (en particular el paludismo y las evitables por la vacunación) y mejora de la nutrición.

UN DERECHO DEL ENFERMO

Hay momentos en la vida en que el progreso resulta una amarga ironía. Confiamos que la técnica es omnipotente y luego asistimos a una deshumanización en el trato con el enfermo, olvidándonos de que los enfermos tienen sus derechos. Uno de ellos es el de la propia intimidad.

Ustedes habrán comprobado que en los grandes hospitales existe una masificación de salas, habitaciones con varias camas que como ha dicho un médico «a nuestro juicio, es totalmente intolerable». Se aduce la falta de dinero, que puede ser real, pero en ocasiones se hacen inversiones enormes para la obtención de diverso material u otros apartados y, en cambio, el enfermo debe convivir y compartir su dolor con otro u otros compañeros de habitación. Quien más quien menos sabe algún caso de un familiar o amigo que en noches de angustia ha tenido

que asistir con miedo, impotencia y, como testifica un médico, «con horroroso pavor cómo se ceba la muerte en el enfermo de al lado». Y ello en momentos en que el enfermo necesita todo lo contrario: ánimos, calor, esperanza, afecto y sobre todo que le respeten el derecho a su propia intimidad.

Es un hecho: al ingresar un enfermo en un centro hospitalario hay un *desgajamiento familiar*. El enfermo es apartado de las personas más cercanas y queridas en unos momentos de la vida que más los necesita.

No es de extrañar que cada día surjan más iniciativas para un trato más humano hacia el enfermo y que no apartan la técnica —médicos y personal sanitario—, pero no dejan que sean ellos quienes tengan el control de la persona enferma en momentos en que el ser humano necesita tanto de la ciencia médica como de la ayuda moral. Desde Polonia nos acaba de llegar un despacho de prensa en el que se dice que la parroquia del complejo industrial de Nowa Huta, en la diócesis de Cracovia, tiene el proyecto de construir un hospital para cancerosos, en el que los enfermos serán atendidos por personal médico y sanitario pero, sobre todo, y ahí está la originalidad, serán los propios familiares los que asistirán al enfermo hasta la muerte.

Si ustedes pasan cerca de cualquier hospital a las horas de visita comprobarán las grandes colas. Es un espectáculo, aunque nada confortante. Unas horas al día y después...

Creemos que debe hacerse un esfuerzo, y más en una sociedad que se precia de ir por caminos de justicia. El enfermo tiene derecho a la propia intimidad.

JOSÉ MARÍA ALIMBAU
El Noticiero Universal
8 de diciembre de 1978

LA RADIOGRAFIA

Yo iba en ayunas, por lo del análisis de sangre. También tenía que hacerme unas radiografías. Cosa de nada, vértigos... ¿Y quién no con este vivir que nos impide sobrevivir? Trece minutos intentando aparcar. Bien, ya estaba en La Paz. En el túnel umbrío de *urgencias*: las ambulancias, los camilleros que empujaban, la señora quejumbrosa, el viejecito cianótico, el chaval con la cara quemada... Tragedias, que a mí me enternecían el alma y al personal sanitario parecían dejarles fríos. Al cabo de una hora de cola, en pie, porque estaban ocupados los desvencijados asientos (un deplorable *strep tease* de muebles y gomaespuma amarillenta, que reventaba por las cubiertas de poliplástico), se pronunció mi nombre. Se gritó, se proclamó mi nombre, entre una retahíla de diez o doce nombres más. Era un mero recuento de personal. Un trámite que debió tranquilizar mucho a la enfermera, porque, concluida la altisonante letanía, sin decir palabra, giró sobre sus chanquetas y se fue.

«Bien —me dije—, ya saben que estamos aquí». Me sorprendí al pensar en colectivo. ¡Una se siente tan individuo especial cuando está en ayunas, de pie y con vértigos...! Pero transcurrió otra hora larga. Cuando me falta-

Art. 88.º La financiación de las acciones anteriores se realizará con cargo al artículo presupuestario correspondiente, atendiendo a las circunstancias del sujeto y a la naturaleza de la acción solicitada.

DERECHO A LA SALUD

Nuestro mundo padece un empacho de información y otro, no menos grave, de buenas palabras. Parece que ciertos gobernantes tratan de sustituir con palabras, cuanto más rimbombantes mejor, la falta de acciones eficaces. Como ejemplo típico puede citarse el *derecho a la salud*, que aparece cada vez con más frecuencia en las constituciones de estados de todas las partes del mundo.

Más valor práctico tiene el compromiso adoptado por numerosos gobiernos de países en desarrollo para facilitar a sus poblaciones la atención primaria de salud. Así, en cuatro ciudades asiáticas ha tenido lugar la firma de la Carta para el desarrollo de la salud en Asia, que ayudará a los gobiernos de la región a fijar las prioridades nacionales y a movilizar los recursos disponibles con objeto de alcanzar tales prioridades. Según V.T.H. Gunaratne, director de la Región del Asia Sudoriental de la OMS y principal promotor de la Carta: «Esta marca el punto culminante de nuestros esfuerzos de los últimos años. Para la Región es realmente un gran acontecimiento, que no sólo indica un compromiso firme en pro de la causa de la salud sino que facilita también un potente instrumento para transformar este compromiso en realidad».

Los objetivos de la Carta, firmada ya por los representantes de la India, Sri Lanka (antes Ceilán), Tailandia y Bangladesh, son los siguientes: atención primaria de salud, formación de trabajadores sanitarios, suministro de agua potable e higiene del medio, promoción de la salud materno-infantil, lucha contra las enfermedades transmisibles (en particular el paludismo y las evitables por la vacunación) y mejora de la nutrición.

UN DERECHO DEL ENFERMO

Hay momentos en la vida en que el progreso resulta una amarga ironía. Confiamos que la técnica es omnipotente y luego asistimos a una deshumanización en el trato con el enfermo, olvidándonos de que los enfermos tienen sus derechos. Uno de ellos es el de la propia intimidad.

Ustedes habrán comprobado que en los grandes hospitales existe una masificación de salas, habitaciones con varias camas que como ha dicho un médico «a nuestro juicio, es totalmente intolerable». Se aduce la falta de dinero, que puede ser real, pero en ocasiones se hacen inversiones enormes para la obtención de diverso material u otros apartados y, en cambio, el enfermo debe convivir y compartir su dolor con otro u otros compañeros de habitación. Quien más quien menos sabe algún caso de un familiar o amigo que en noches de angustia ha tenido

que asistir con miedo, impotencia y, como testifica un médico, «con horroroso pavor cómo se ceba la muerte en el enfermo de al lado». Y ello en momentos en que el enfermo necesita todo lo contrario: ánimos, calor, esperanza, afecto y sobre todo que le respeten el derecho a su propia intimidad.

Es un hecho: al ingresar un enfermo en un centro hospitalario hay un *desgajamiento familiar*. El enfermo es apartado de las personas más cercanas y queridas en unos momentos de la vida que más los necesita.

No es de extrañar que cada día surjan más iniciativas para un trato más humano hacia el enfermo y que no apartan la técnica —médicos y personal sanitario—, pero no dejan que sean ellos quienes tengan el control de la persona enferma en momentos en que el ser humano necesita tanto de la ciencia médica como de la ayuda moral. Desde Polonia nos acaba de llegar un despacho de prensa en el que se dice que la parroquia del complejo industrial de Nowa Huta, en la diócesis de Cracovia, tiene el proyecto de construir un hospital para cancerosos, en el que los enfermos serán atendidos por personal médico y sanitario pero, sobre todo, y ahí está la originalidad, serán los propios familiares los que asistirán al enfermo hasta la muerte.

Si ustedes pasan cerca de cualquier hospital a las horas de visita comprobarán las grandes colas. Es un espectáculo, aunque nada confortante. Unas horas al día y después...

Creemos que debe hacerse un esfuerzo, y más en una sociedad que se precia de ir por caminos de justicia. El enfermo tiene derecho a la propia intimidad.

JOSÉ MARÍA ALIMBAU
El Noticiero Universal
8 de diciembre de 1978

LA RADIOGRAFIA

Yo iba en ayunas, por lo del análisis de sangre. También tenía que hacerme unas radiografías. Cosa de nada, vértigos... ¿Y quién no con este vivir que nos impide sobrevivir? Trece minutos intentando aparcar. Bien, ya estaba en La Paz. En el túnel umbrío de *urgencias*: las ambulancias, los camilleros que empujaban, la señora quejumbrosa, el viejecito cianótico, el chaval con la cara quemada... Tragedias, que a mí me enternecían el alma y al personal sanitario parecían dejarles fríos. Al cabo de una hora de cola, en pie, porque estaban ocupados los desvencijados asientos (un deplorable *strep tease* de muebles y gomaespuma amarillenta, que reventaba por las cubiertas de poliéster), se pronunció mi nombre. Se gritó, se proclamó mi nombre, entre una retahíla de diez o doce nombres más. Era un mero recuento de personal. Un trámite que debió tranquilizar mucho a la enfermera, porque, concluida la altisonante letanía, sin decir palabra, giró sobre sus chanquetas y se fue.

«Bien —me dije—, ya saben que estamos aquí». Me sorprendí al pensar en colectivo. ¡Una se siente tan individuo especial cuando está en ayunas, de pie y con vértigos...! Pero transcurrió otra hora larga. Cuando me falta-

Art. 88.º La financiación de las acciones anteriores se realizará con cargo al artículo presupuestario correspondiente, atendiendo a las circunstancias del sujeto y a la naturaleza de la acción solicitada.

DERECHO A LA SALUD

Nuestro mundo padece un empacho de información y otro, no menos grave, de buenas palabras. Parece que ciertos gobernantes tratan de sustituir con palabras, cuanto más rimbombantes mejor, la falta de acciones eficaces. Como ejemplo típico puede citarse el *derecho a la salud*, que aparece cada vez con más frecuencia en las constituciones de estados de todas las partes del mundo.

Más valor práctico tiene el compromiso adoptado por numerosos gobiernos de países en desarrollo para facilitar a sus poblaciones la atención primaria de salud. Así, en cuatro ciudades asiáticas ha tenido lugar la firma de la Carta para el desarrollo de la salud en Asia, que ayudará a los gobiernos de la región a fijar las prioridades nacionales y a movilizar los recursos disponibles con objeto de alcanzar tales prioridades. Según V.T.H. Gunaratne, director de la Región del Asia Sudoriental de la OMS y principal promotor de la Carta: «Esta marca el punto culminante de nuestros esfuerzos de los últimos años. Para la Región es realmente un gran acontecimiento, que no sólo indica un compromiso firme en pro de la causa de la salud sino que facilita también un potente instrumento para transformar este compromiso en realidad».

Los objetivos de la Carta, firmada ya por los representantes de la India, Sri Lanka (antes Ceilán), Tailandia y Bangladesh, son los siguientes: atención primaria de salud, formación de trabajadores sanitarios, suministro de agua potable e higiene del medio, promoción de la salud materno-infantil, lucha contra las enfermedades transmisibles (en particular el paludismo y las evitables por la vacunación) y mejora de la nutrición.

UN DERECHO DEL ENFERMO

Hay momentos en la vida en que el progreso resulta una amarga ironía. Confiamos que la técnica es omnipotente y luego asistimos a una deshumanización en el trato con el enfermo, olvidándonos de que los enfermos tienen sus derechos. Uno de ellos es el de la propia intimidad.

Ustedes habrán comprobado que en los grandes hospitales existe una masificación de salas, habitaciones con varias camas que como ha dicho un médico «a nuestro juicio, es totalmente intolerable». Se aduce la falta de dinero, que puede ser real, pero en ocasiones se hacen inversiones enormes para la obtención de diverso material u otros apartados y, en cambio, el enfermo debe convivir y compartir su dolor con otro u otros compañeros de habitación. Quien más quien menos sabe algún caso de un familiar o amigo que en noches de angustia ha tenido

que asistir con miedo, impotencia y, como testifica un médico, «con horroroso pavor cómo se ceba la muerte en el enfermo de al lado». Y ello en momentos en que el enfermo necesita todo lo contrario: ánimos, calor, esperanza, afecto y sobre todo que le respeten el derecho a su propia intimidad.

Es un hecho: al ingresar un enfermo en un centro hospitalario hay un *desgajamiento familiar*. El enfermo es apartado de las personas más cercanas y queridas en unos momentos de la vida que más los necesita.

No es de extrañar que cada día surjan más iniciativas para un trato más humano hacia el enfermo y que no apartan la técnica —médicos y personal sanitario—, pero no dejan que sean ellos quienes tengan el control de la persona enferma en momentos en que el ser humano necesita tanto de la ciencia médica como de la ayuda moral. Desde Polonia nos acaba de llegar un despacho de prensa en el que se dice que la parroquia del complejo industrial de Nowa Huta, en la diócesis de Cracovia, tiene el proyecto de construir un hospital para cancerosos, en el que los enfermos serán atendidos por personal médico y sanitario pero, sobre todo, y ahí está la originalidad, serán los propios familiares los que asistirán al enfermo hasta la muerte.

Si ustedes pasan cerca de cualquier hospital a las horas de visita comprobarán las grandes colas. Es un espectáculo, aunque nada confortante. Unas horas al día y después...

Creemos que debe hacerse un esfuerzo, y más en una sociedad que se precia de ir por caminos de justicia. El enfermo tiene derecho a la propia intimidad.

JOSÉ MARÍA ALIMBAU
El Noticiero Universal
8 de diciembre de 1978

LA RADIOGRAFIA

Yo iba en ayunas, por lo del análisis de sangre. También tenía que hacerme unas radiografías. Cosa de nada, vértigos... ¿Y quién no con este vivir que nos impide sobrevivir? Trece minutos intentando aparcar. Bien, ya estaba en La Paz. En el túnel umbrío de *urgencias*: las ambulancias, los camilleros que empujaban, la señora quejumbrosa, el viejecito cianótico, el chaval con la cara quemada... Tragedias, que a mí me enternecían el alma y al personal sanitario parecían dejarles fríos. Al cabo de una hora de cola, en pie, porque estaban ocupados los desvencijados asientos (un deplorable *strep tease* de muebles y gomaespuma amarillenta, que reventaba por las cubiertas de polioplástico), se pronunció mi nombre. Se gritó, se proclamó mi nombre, entre una retahíla de diez o doce nombres más. Era un mero recuento de personal. Un trámite que debió tranquilizar mucho a la enfermera, porque, concluida la altisonante letanía, sin decir palabra, giró sobre sus chanquetas y se fue.

«Bien —me dije—, ya saben que estamos aquí». Me sorprendí al pensar en colectivo. ¡Una se siente tan individuo especial cuando está en ayunas, de pie y con vértigos...! Pero transcurrió otra hora larga. Cuando me falta-

Art. 88.º La financiación de las acciones anteriores se realizará con cargo al artículo presupuestario correspondiente, atendiendo a las circunstancias del sujeto y a la naturaleza de la acción solicitada.

DERECHO A LA SALUD

Nuestro mundo padece un empacho de información y otro, no menos grave, de buenas palabras. Parece que ciertos gobernantes tratan de sustituir con palabras, cuanto más rimbombantes mejor, la falta de acciones eficaces. Como ejemplo típico puede citarse el *derecho a la salud*, que aparece cada vez con más frecuencia en las constituciones de estados de todas las partes del mundo.

Más valor práctico tiene el compromiso adoptado por numerosos gobiernos de países en desarrollo para facilitar a sus poblaciones la atención primaria de salud. Así, en cuatro ciudades asiáticas ha tenido lugar la firma de la Carta para el desarrollo de la salud en Asia, que ayudará a los gobiernos de la región a fijar las prioridades nacionales y a movilizar los recursos disponibles con objeto de alcanzar tales prioridades. Según V.T.H. Gunaratne, director de la Región del Asia Sudoriental de la OMS y principal promotor de la Carta: «Esta marca el punto culminante de nuestros esfuerzos de los últimos años. Para la Región es realmente un gran acontecimiento, que no sólo indica un compromiso firme en pro de la causa de la salud sino que facilita también un potente instrumento para transformar este compromiso en realidad».

Los objetivos de la Carta, firmada ya por los representantes de la India, Sri Lanka (antes Ceilán), Tailandia y Bangladesh, son los siguientes: atención primaria de salud, formación de trabajadores sanitarios, suministro de agua potable e higiene del medio, promoción de la salud materno-infantil, lucha contra las enfermedades transmisibles (en particular el paludismo y las evitables por la vacunación) y mejora de la nutrición.

UN DERECHO DEL ENFERMO

Hay momentos en la vida en que el progreso resulta una amarga ironía. Confiamos que la técnica es omnipotente y luego asistimos a una deshumanización en el trato con el enfermo, olvidándonos de que los enfermos tienen sus derechos. Uno de ellos es el de la propia intimidad.

Ustedes habrán comprobado que en los grandes hospitales existe una masificación de salas, habitaciones con varias camas que como ha dicho un médico «a nuestro juicio, es totalmente intolerable». Se aduce la falta de dinero, que puede ser real, pero en ocasiones se hacen inversiones enormes para la obtención de diverso material u otros apartados y, en cambio, el enfermo debe convivir y compartir su dolor con otro u otros compañeros de habitación. Quien más quien menos sabe algún caso de un familiar o amigo que en noches de angustia ha tenido

que asistir con miedo, impotencia y, como testifica un médico, «con horroroso pavor cómo se ceba la muerte en el enfermo de al lado». Y ello en momentos en que el enfermo necesita todo lo contrario: ánimos, calor, esperanza, afecto y sobre todo que le respeten el derecho a su propia intimidad.

Es un hecho: al ingresar un enfermo en un centro hospitalario hay un *desgajamiento familiar*. El enfermo es apartado de las personas más cercanas y queridas en unos momentos de la vida que más los necesita.

No es de extrañar que cada día surjan más iniciativas para un trato más humano hacia el enfermo y que no apartan la técnica —médicos y personal sanitario—, pero no dejan que sean ellos quienes tengan el control de la persona enferma en momentos en que el ser humano necesita tanto de la ciencia médica como de la ayuda moral. Desde Polonia nos acaba de llegar un despacho de prensa en el que se dice que la parroquia del complejo industrial de Nowa Huta, en la diócesis de Cracovia, tiene el proyecto de construir un hospital para cancerosos, en el que los enfermos serán atendidos por personal médico y sanitario pero, sobre todo, y ahí está la originalidad, serán los propios familiares los que asistirán al enfermo hasta la muerte.

Si ustedes pasan cerca de cualquier hospital a las horas de visita comprobarán las grandes colas. Es un espectáculo, aunque nada confortante. Unas horas al día y después...

Creemos que debe hacerse un esfuerzo, y más en una sociedad que se precia de ir por caminos de justicia. El enfermo tiene derecho a la propia intimidad.

JOSÉ MARÍA ALIMBAU
El Noticiero Universal
8 de diciembre de 1978

LA RADIOGRAFIA

Yo iba en ayunas, por lo del análisis de sangre. También tenía que hacerme unas radiografías. Cosa de nada, vértigos... ¿Y quién no con este vivir que nos impide sobrevivir? Trece minutos intentando aparcar. Bien, ya estaba en La Paz. En el túnel umbrío de *urgencias*: las ambulancias, los camilleros que empujaban, la señora quejumbrosa, el viejecito cianótico, el chaval con la cara quemada... Tragedias, que a mí me enternecían el alma y al personal sanitario parecían dejarles fríos. Al cabo de una hora de cola, en pie, porque estaban ocupados los desvencijados asientos (un deplorable *strep tease* de muebles y gomaespuma amarillenta, que reventaba por las cubiertas de poliéster), se pronunció mi nombre. Se gritó, se proclamó mi nombre, entre una retahíla de diez o doce nombres más. Era un mero recuento de personal. Un trámite que debió tranquilizar mucho a la enfermera, porque, concluida la altisonante letanía, sin decir palabra, giró sobre sus chanquetas y se fue.

«Bien —me dije—, ya saben que estamos aquí». Me sorprendí al pensar en colectivo. ¡Una se siente tan individuo especial cuando está en ayunas, de pie y con vértigos...! Pero transcurrió otra hora larga. Cuando me falta-

ban dos turnos, se cerró la puerta de admisión. Ya no se hacían más análisis. «¡Sólo hasta las diez!», rezongó, sin mirarme, un enfermero barbudo y hosco. Los pasillos eran un alucinante revuelo de gente apresurada. ¡Qué caras de mareo y de agonía! Otra vez el alma se enternecía... Y aquel sanitario empujaba una silla *con persona* con una mano sola: con la otra engullía un *bocata* de calamares...

Les evito el relato de las gestiones que hube de realizar. «En esta ventanilla no, en la del semisótano». Hasta que me dieron el maravilloso volante para las radiografías. Miré a los desgraciados que aún aguardaban en la cola y engallé el cuerpo como si acabasen de darme la carta de ciudadanía. Hora y veinte de nueva espera, en aquella especie de *pabellón del cáncer* donde los enfermos externos nos mezclábamos con los enfermos residentes, que dormitaban o lloriqueaban o suspiraban o... vomitaban, en sus camas de ruedas. Un hombre de aspecto feroz, también encamado, pedía a gritos un orinal. Eran ya casi las doce. Al fin, un sanitario gritó mi nombre. Simultáneamente, dos enfermeras se dirigieron a mí, sin mirarme. «Debe ser una norma de la casa», pensé. Una canturreó: «Pase a la cabina de enfrente y póngase la bata», mientras la otra salmodiaba esta cantinela sin respirar: «quítese horquillas pendientes cadenas medallas y desnúdese de cinturapara arriba... rrrraaaapido». En la cabina no había ni percha, ni silla, ni nada. Sólo unas *paredes* de cortinilla blanca. Aguardé allí, en pie, en un metro cuadrado, veinte eternísimos minutos, mientras radiografiaban las entrañas de otros. Una mujer se hizo pipí en plena radiografía. Yo lo oía: «¡Esto es un nilo!, señora, ¿por qué no ha avisado?». Cuando me tocó el turno había yo escuchado varias veces lo de «péguese-mucho-a-la-pantalla-mire-al-frente-levante-los-brazos-en-flexión-llene-el-pecho-de-aire-y-no-respireeee». Así que, como una autómatas servil, me pegué a la pantalla, miré al frente, henchí los pulmones, alcé los brazos, doblados como alones de gallina... y me sentí dramáticamente ridícula... y en ayunas... y con vértigo. ¡Ah!, y hubo que repetir la *placa*, había salido mal.

PILAR URBANO

El Correo Español - El Pueblo Vasco
15 de noviembre de 1980

DESHUMANIZACION DE LA MEDICINA

Es un hecho habitual que el progreso tecnológico pase a las distintas disciplinas de la ciencia aportando las mejoras o innovaciones que permiten una constante superación o incrementación del nivel del conocimiento con sus aplicaciones prácticas correspondientes. La medicina no se aparta de esa premisa y en los últimos lustros se ha visto utilizar una técnica de avanzada verdaderamente impresionante. Un gigantesco alud de máquinas, equipos y sistemas científicos programados, con mayor o menor grado de complejidad ha permitido, entre otros, los siguientes pasos: uso del ultrasonido en casi todas las especialidades (ecograma cardiológico, renal, cerebral, fetal, etc.); tomografía computada visceral y general; uso del rayo

láser en oftalmología y cirugía; uso de radioisótopos como indicadores en el estudio de casi todos los órganos aisladamente; biopsias endoscópicas variadas; angiografías selectivas a todo nivel; computación de información biológica al instante en unidades diseñadas al efecto a costo astronómico; analizadores de determinaciones tumorales automatizados; marcapasos electrónicos de larga vida; prótesis valvulares y vasculares; corazones artificiales de uso temporario; riñones artificiales de uso intermitente, etc.

Los médicos frente a esta invasión técnica corren serio peligro. El de no advertir que en la enseñanza y ejercicio de la medicina lo que prima, soberanamente, es el enfermo, un ser humano doliente y no las máquinas científicas que no sufren de nada. Dicho en otras palabras, por la inmensa posibilidad de información, decisión y síntesis que la tecnología proporciona, no olvidar que es el ser *humano*, con su problemática existencial el objeto *todo* de la medicina y su razón de ser.

Es corriente observar, cada vez con más frecuencia, cómo el médico se aleja del enfermo en forma involuntaria. El tiempo del interrogatorio se comprime; el tiempo de las entrevistas se encoge; el tiempo del examen físico se acorta; el tiempo de seguimiento se minimiza; no hay tiempo para captar el carácter, temperamento y conflictos del paciente; no hay tiempo para conocer su estilo de vida.

Con ello se pierde lo más importante del acto médico, la presencia de la personalidad del profesional en quien el paciente o sus familiares o sus amigos han depositado su confianza. Asimismo los docentes deben sublimar su orgullo y ser cautos y prudentes frente al enfermo motivo de su clase, transmitiéndole simpatía y no la frialdad de un conocimiento automático.

Las causas de estos hechos, entre otras, probablemente sean las siguientes:

1. Primordialmente la tendencia a esperar que las máquinas científicas separen, constaten o extraigan los datos que individualizan a la enfermedad. Se cultiva el uso de la máquina en vez del uso de cerebro. Muchos galenos tienen verdadero fetichismo por equipos médicos.
2. El tipo de formación moral del médico, que implique un profundo respeto de la persona humana.
3. El tipo de ejercicio profesional que el médico se ve obligado a desarrollar en nuestro tiempo, con gran contenido horario mutualizado o similar y poco de práctica privada, con exceso de trabajo y defecto de remuneración.
4. Un excesivo número de profesionales con aprendizaje no óptimo y con dificultades para incorporarse a servicios o centros de medicina actualizada que les permitan una educación continuada.

Los inconvenientes que se derivan de estos hechos recaen en toda la población. Primero, una asistencia deficitaria con enfermos que no saben cuál es su médico de cabecera (en sentido estricto carecen de él) con falta de sostén moral y de afecto personal mínimo. Desaparece el médico de familia reemplazado por una *posta médica* en que el paciente pasa de mano en mano para exámenes complementarios como el *testimonio* lo hace en ese tipo de carrera pedestre, preguntándose al final de la misma: ¿de qué padezco?, ¿quién me dará tratamiento?

Así se recrimina a los médicos de falta de interés humano, de no dar explicaciones, de andar siempre apurados y

ban dos turnos, se cerró la puerta de admisión. Ya no se hacían más análisis. «¡Sólo hasta las diez!», rezongó, sin mirarme, un enfermero barbudo y hosco. Los pasillos eran un alucinante revuelo de gente apresurada. ¡Qué caras de mareo y de agonía! Otra vez el alma se enternecía... Y aquel sanitario empujaba una silla *con persona* con una mano sola: con la otra engullía un *bocata* de calamares...

Les evito el relato de las gestiones que hube de realizar. «En esta ventanilla no, en la del semisótano». Hasta que me dieron el maravilloso volante para las radiografías. Miré a los desgraciados que aún aguardaban en la cola y engallé el cuerpo como si acabasen de darme la carta de ciudadanía. Hora y veinte de nueva espera, en aquella especie de *pabellón del cáncer* donde los enfermos externos nos mezclábamos con los enfermos residentes, que dormitaban o lloriqueaban o suspiraban o... vomitaban, en sus camas de ruedas. Un hombre de aspecto feroz, también encamado, pedía a gritos un orinal. Eran ya casi las doce. Al fin, un sanitario gritó mi nombre. Simultáneamente, dos enfermeras se dirigieron a mí, sin mirarme. «Debe ser una norma de la casa», pensé. Una canturreó: «Pase a la cabina de enfrente y póngase la bata», mientras la otra salmodiaba esta cantinela sin respirar: «quítese horquillas pendientes cadenas medallas y desnúdese de cinturapara arriba... rrrraaaapido». En la cabina no había ni percha, ni silla, ni nada. Sólo unas *paredes* de cortinilla blanca. Aguardé allí, en pie, en un metro cuadrado, veinte eternísimos minutos, mientras radiografiaban las entrañas de otros. Una mujer se hizo pipí en plena radiografía. Yo lo oía: «¡Esto es un nilo!, señora, ¿por qué no ha avisado?». Cuando me tocó el turno había yo escuchado varias veces lo de «péguese-mucho-a-la-pantalla-mire-al-frente-levante-los-brazos-en-flexión-llene-el-pecho-de-aire-y-no-respireeee». Así que, como una autómatas servil, me pegué a la pantalla, miré al frente, henchí los pulmones, alcé los brazos, doblados como alones de gallina... y me sentí dramáticamente ridícula... y en ayunas... y con vértigo. ¡Ah!, y hubo que repetir la *placa*, había salido mal.

PILAR URBANO

El Correo Español - El Pueblo Vasco
15 de noviembre de 1980

DESHUMANIZACION DE LA MEDICINA

Es un hecho habitual que el progreso tecnológico pase a las distintas disciplinas de la ciencia aportando las mejoras o innovaciones que permiten una constante superación o incrementación del nivel del conocimiento con sus aplicaciones prácticas correspondientes. La medicina no se aparta de esa premisa y en los últimos lustros se ha visto utilizar una técnica de avanzada verdaderamente impresionante. Un gigantesco alud de máquinas, equipos y sistemas científicos programados, con mayor o menor grado de complejidad ha permitido, entre otros, los siguientes pasos: uso del ultrasonido en casi todas las especialidades (ecograma cardiológico, renal, cerebral, fetal, etc.); tomografía computada visceral y general; uso del rayo

láser en oftalmología y cirugía; uso de radioisótopos como indicadores en el estudio de casi todos los órganos aisladamente; biopsias endoscópicas variadas; angiografías selectivas a todo nivel; computación de información biológica al instante en unidades diseñadas al efecto a costo astronómico; analizadores de determinaciones tumorales automatizados; marcapasos electrónicos de larga vida; prótesis valvulares y vasculares; corazones artificiales de uso temporario; riñones artificiales de uso intermitente, etc.

Los médicos frente a esta invasión técnica corren serio peligro. El de no advertir que en la enseñanza y ejercicio de la medicina lo que prima, soberanamente, es el enfermo, un ser humano doliente y no las máquinas científicas que no sufren de nada. Dicho en otras palabras, por la inmensa posibilidad de información, decisión y síntesis que la tecnología proporciona, no olvidar que es el ser *humano*, con su problemática existencial el objeto *todo* de la medicina y su razón de ser.

Es corriente observar, cada vez con más frecuencia, cómo el médico se aleja del enfermo en forma involuntaria. El tiempo del interrogatorio se comprime; el tiempo de las entrevistas se encoge; el tiempo del examen físico se acorta; el tiempo de seguimiento se minimiza; no hay tiempo para captar el carácter, temperamento y conflictos del paciente; no hay tiempo para conocer su estilo de vida.

Con ello se pierde lo más importante del acto médico, la presencia de la personalidad del profesional en quien el paciente o sus familiares o sus amigos han depositado su confianza. Asimismo los docentes deben sublimar su orgullo y ser cautos y prudentes frente al enfermo motivo de su clase, transmitiéndole simpatía y no la frialdad de un conocimiento automático.

Las causas de estos hechos, entre otras, probablemente sean las siguientes:

1. Primordialmente la tendencia a esperar que las máquinas científicas separen, constaten o extraigan los datos que individualizan a la enfermedad. Se cultiva el uso de la máquina en vez del uso de cerebro. Muchos galenos tienen verdadero fetichismo por equipos médicos.
2. El tipo de formación moral del médico, que implique un profundo respeto de la persona humana.
3. El tipo de ejercicio profesional que el médico se ve obligado a desarrollar en nuestro tiempo, con gran contenido horario mutualizado o similar y poco de práctica privada, con exceso de trabajo y defecto de remuneración.
4. Un excesivo número de profesionales con aprendizaje no óptimo y con dificultades para incorporarse a servicios o centros de medicina actualizada que les permitan una educación continuada.

Los inconvenientes que se derivan de estos hechos recaen en toda la población. Primero, una asistencia deficitaria con enfermos que no saben cuál es su médico de cabecera (en sentido estricto carecen de él) con falta de sostén moral y de afecto personal mínimo. Desaparece el médico de familia reemplazado por una *posta médica* en que el paciente pasa de mano en mano para exámenes complementarios como el *testimonio* lo hace en ese tipo de carrera pedestre, preguntándose al final de la misma: ¿de qué padezco?, ¿quién me dará tratamiento?

Así se recrimina a los médicos de falta de interés humano, de no dar explicaciones, de andar siempre apurados y

de encarecer innecesariamente la medicina. Segundo, una clase médica indiferente y fría corre el peligro de una *lenta e inexorable deshumanización*. Se debe evitar caer en la tecnificación exagerada a costa de un desierto espiritual.

En síntesis: los médicos jóvenes deberán advertir que su verdadera formación científica y humanista, hechos básicos del ejercicio profesional, está amenazada. Por un lado, por el fetichismo o maquinismo, el culto del *equipo* en detrimento de la inteligencia e investigación. Por otra parte por la pérdida del calor humano necesario para que un enfermo no sólo obtenga su diagnóstico sino también su curación. De nada vale aquello sin esto. Curar a un enfermo no sólo significa prescribirle la droga idónea, también es menester darle *tiempo, simpatía, respeto, dedicación; significa darle calor humano*.

ALBINO PEROSIO
Archivos Bescansa

DERECHO A UNA ASISTENCIA INTEGRAL

«Yo he escogido la profesión de cuidar enfermos. Sé que el primer bien es la vida y que su conservación es la salud total.

Me comprometo a usar todas mis fuerzas, todos mis conocimientos y todo mi corazón para devolverla íntegramente a los que la han perdido.

Me avergonzaré de divulgar su miseria o de aprovecharme de ella; por el contrario, protegeré sus secretos, su dignidad, sus bienes, sus esperanzas.

Me comprometo a ello con juramento, y si no lo cumplo, que se me eche del cuidado de los enfermos».

Cualquier enfermera firmaría ahora este juramento. Lo difícil será llevarlo a la práctica todos los días, o cada día con nueva ilusión, con nueva presencia. Con todo, se hace necesario, urgente cada vez más, el que pensemos en serio cuál es nuestro compromiso y a quién va dirigido.

EL HOMBRE BUSCADOR DE PLENITUDES

Somos seres para la permanencia, con un instinto de vida que polariza toda nuestra atención, nuestros deseos, nuestras aspiraciones. El hombre es un eterno buscador de dicha y felicidad, pero con una experiencia dolorosa que le hace tomar conciencia de su contingencia y de su limitación. El dolor y la enfermedad le acorralan, son un freno a todos esos deseos de vida.

SIGNIFICADO DE LA ENFERMEDAD PARA EL HOMBRE

Pero lo menos importante para el hombre es la materialidad de la enfermedad (estómagos, piernas rotas). Lo que importa es ver cómo reacciona, cómo la vive, qué conciencia tiene de eso que le sucede, ya que cada uno vive

su enfermedad según la personalidad, edad, sexo, condición social y cultural, estado de ánimo, presiones sociales y familiares, etc.

HACIA UNA ASISTENCIA INTEGRAL

La asistencia a enfermos se hace por ello cada vez más compleja; caminamos hacia una medicina de equipo, donde tienen cabida nuevos profesionales: médicos, psicólogos, asistentes sociales, sacerdotes, para captar así las cuatro dimensiones de todo hombre: somática, psicológica, social y religiosa. Mientras no recuperemos en el enfermo estos cuatro bloqueos no curaremos al hombre.

Descubrir el nuevo significado de estar enfermo y el nuevo tipo de asistencia a que tiene derecho el enfermo es una tarea de todo profesional que tiene en gran estima al hombre y que no lo acepta ya como caso clínico sino en toda su totalidad.

INDIVIDUALIZACION DE LA ASISTENCIA

Nuestra relación con el enfermo tiene unas exigencias que arrancan desde la técnica, pero que no son las únicas, ni las principales. La asistencia a enfermos requiere, sí, como base la preparación técnica adecuada, pero reclama imperiosamente un mayor conocimiento de lo que es el hombre, su sentido y el respeto que nos merece. Pide este hombre —en su estado de enfermedad— que le atendamos en su cuerpo, pero que tengamos competencia para saber asistirle como persona, conociendo sus reacciones y su entorno. Todo ello nos llevará a no realizar una asistencia estándar, global y funcional, sino individualizada y personal, explicitada en una aceptación, respeto y escucha concretas.

ACTITUD DE LA ENFERMERA

Más allá de la ciencia cada vez más completa y exigente, veo la vida profesional de la enfermera consagrada a estas dos misiones esenciales pero distintas: estar constantemente presente junto al enfermo para ayudarlo a realizar los actos esenciales de la vida y procurar al enfermo todas las satisfacciones, todos los alivios, todas las técnicas de curación que la medicina descubre y prescribe.

Lo que distingue el oficio de enfermera de la mayoría de los otros oficios, es que se ejerce con seres vivos y esos seres vivos son no sólo nuestros hermanos, sino que además tienen derechos sobre nosotros, porque sufren. Pero en este servicio importa menos la naturaleza de cuidados que hacemos al enfermo que la manera cómo los hacemos. De ahí que el oficio de enfermera no soporta ser hecho con indiferencia. Si es practicado así, va camino de su fin, pues el enfermo que viene a pedir socorro a indiferentes, se marcha más enfermo de lo que estaba.

No se trata, por tanto, de un acto profesional, de un simple quehacer, sino que hay que ir más allá: nuestro servicio al hombre que sufre exige una vocación, que es igual a dedicación, entrega, armonía, colaboración, respeto y amor. «El más hondo fundamento de la medicina —escribía el médico Paracelso en el siglo XVI— es el amor. Si nuestro amor es grande, grande será el fruto

de encarecer innecesariamente la medicina. Segundo, una clase médica indiferente y fría corre el peligro de una *lenta e inexorable deshumanización*. Se debe evitar caer en la tecnificación exagerada a costa de un desierto espiritual.

En síntesis: los médicos jóvenes deberán advertir que su verdadera formación científica y humanista, hechos básicos del ejercicio profesional, está amenazada. Por un lado, por el fetichismo o maquinismo, el culto del *equipo* en detrimento de la inteligencia e investigación. Por otra parte por la pérdida del calor humano necesario para que un enfermo no sólo obtenga su diagnóstico sino también su curación. De nada vale aquello sin esto. Curar a un enfermo no sólo significa prescribirle la droga idónea, también es menester darle *tiempo, simpatía, respeto, dedicación; significa darle calor humano*.

ALBINO PEROSIO
Archivos Bescansa

DERECHO A UNA ASISTENCIA INTEGRAL

«Yo he escogido la profesión de cuidar enfermos. Sé que el primer bien es la vida y que su conservación es la salud total.

Me comprometo a usar todas mis fuerzas, todos mis conocimientos y todo mi corazón para devolverla íntegramente a los que la han perdido.

Me avergonzaré de divulgar su miseria o de aprovecharme de ella; por el contrario, protegeré sus secretos, su dignidad, sus bienes, sus esperanzas.

Me comprometo a ello con juramento, y si no lo cumplo, que se me eche del cuidado de los enfermos».

Cualquier enfermera firmaría ahora este juramento. Lo difícil será llevarlo a la práctica todos los días, o cada día con nueva ilusión, con nueva presencia. Con todo, se hace necesario, urgente cada vez más, el que pensemos en serio cuál es nuestro compromiso y a quién va dirigido.

EL HOMBRE BUSCADOR DE PLENITUDES

Somos seres para la permanencia, con un instinto de vida que polariza toda nuestra atención, nuestros deseos, nuestras aspiraciones. El hombre es un eterno buscador de dicha y felicidad, pero con una experiencia dolorosa que le hace tomar conciencia de su contingencia y de su limitación. El dolor y la enfermedad le acorralan, son un freno a todos esos deseos de vida.

SIGNIFICADO DE LA ENFERMEDAD PARA EL HOMBRE

Pero lo menos importante para el hombre es la materialidad de la enfermedad (estómagos, piernas rotas). Lo que importa es ver cómo reacciona, cómo la vive, qué conciencia tiene de eso que le sucede, ya que cada uno vive

su enfermedad según la personalidad, edad, sexo, condición social y cultural, estado de ánimo, presiones sociales y familiares, etc.

HACIA UNA ASISTENCIA INTEGRAL

La asistencia a enfermos se hace por ello cada vez más compleja; caminamos hacia una medicina de equipo, donde tienen cabida nuevos profesionales: médicos, psicólogos, asistentes sociales, sacerdotes, para captar así las cuatro dimensiones de todo hombre: somática, psicológica, social y religiosa. Mientras no recuperemos en el enfermo estos cuatro bloqueos no curaremos al hombre.

Descubrir el nuevo significado de estar enfermo y el nuevo tipo de asistencia a que tiene derecho el enfermo es una tarea de todo profesional que tiene en gran estima al hombre y que no lo acepta ya como caso clínico sino en toda su totalidad.

INDIVIDUALIZACION DE LA ASISTENCIA

Nuestra relación con el enfermo tiene unas exigencias que arrancan desde la técnica, pero que no son las únicas, ni las principales. La asistencia a enfermos requiere, sí, como base la preparación técnica adecuada, pero reclama imperiosamente un mayor conocimiento de lo que es el hombre, su sentido y el respeto que nos merece. Pide este hombre —en su estado de enfermedad— que le atendamos en su cuerpo, pero que tengamos competencia para saber asistirle como persona, conociendo sus reacciones y su entorno. Todo ello nos llevará a no realizar una asistencia estándar, global y funcional, sino individualizada y personal, explicitada en una aceptación, respeto y escucha concretas.

ACTITUD DE LA ENFERMERA

Más allá de la ciencia cada vez más completa y exigente, veo la vida profesional de la enfermera consagrada a estas dos misiones esenciales pero distintas: estar constantemente presente junto al enfermo para ayudarlo a realizar los actos esenciales de la vida y procurar al enfermo todas las satisfacciones, todos los alivios, todas las técnicas de curación que la medicina descubre y prescribe.

Lo que distingue el oficio de enfermera de la mayoría de los otros oficios, es que se ejerce con seres vivos y esos seres vivos son no sólo nuestros hermanos, sino que además tienen derechos sobre nosotros, porque sufren. Pero en este servicio importa menos la naturaleza de cuidados que hacemos al enfermo que la manera cómo los hacemos. De ahí que el oficio de enfermera no soporta ser hecho con indiferencia. Si es practicado así, va camino de su fin, pues el enfermo que viene a pedir socorro a indiferentes, se marcha más enfermo de lo que estaba.

No se trata, por tanto, de un acto profesional, de un simple quehacer, sino que hay que ir más allá: nuestro servicio al hombre que sufre exige una vocación, que es igual a dedicación, entrega, armonía, colaboración, respeto y amor. «El más hondo fundamento de la medicina —escribía el médico Paracelso en el siglo XVI— es el amor. Si nuestro amor es grande, grande será el fruto

que de él obtenga la medicina; y si es menguado, menguados también serán nuestros frutos». Hay que amar a los enfermos para ser capaces de servirles.

JOSÉ L. REDRADO

VISITA PREOPERATORIA DEL ANESTESISTA

Todo enfermo que va a ser intervenido quirúrgicamente agradece la visita del anestésista antes de la operación, pero mientras que ésta es una norma en la cirugía privada, resulta rara en el medio hospitalario. Sin embargo, el estudio reciente de J. M. Leigh y sus colaboradores, en el hospital St. Luke, de Surrey (Reino Unido), confirma científicamente la idea empírica de que esa visita es necesaria.

Se dividieron los 32 enfermos incluidos en el estudio en tres grupos: un primer grupo, en el que se evaluó el estado de ansiedad antes y después de la visita informativa del anestésista, que duraba diez minutos y no comprendía ningún examen; un segundo grupo, en el que se realizó igual evaluación antes y después de leer un sucinto folleto titulado *Su anestesia*; y un tercer grupo testigo, en el que se efectuaron iguales evaluaciones pero sin visita del anestésista ni lectura del folleto. Todas las intervenciones previstas eran de carácter medio o menor y las evaluaciones tuvieron lugar el día de la operación, horas antes de la premedicación.

La determinación de la ansiedad se hizo utilizando un cuestionario que evalúa numéricamente la ansiedad básica del individuo y la ansiedad del momento. Elaborado por Spielberg y sus colaboradores, ha sido comprobado a lo largo de los años y excluye al máximo las impresiones subjetivas del examinador. Los enfermos de los tres grupos mostraban un estado de ansiedad análogo en la primera evaluación, ansiedad que descendió apreciablemente en los enfermos visitados por el anestésista, bajó menos en los que leyeron el folleto y permaneció prácticamente inalterada en el grupo testigo.

El hecho de que en ciertos casos la visita no fuera efectuada por el anestésista sino por una enfermera del departamento de anestesiología indica que el efecto principal se debe al contacto con una persona comprensiva que tranquiliza gracias a sus explicaciones. Quizás el mejor modo de resolver el problema consiste en utilizar un folleto que facilite la información de base, cuya lectura irá seguida de la visita de una enfermera que infunda tranquilidad por su conversación.

No se trata de un problema exclusivo de puro auxilio psíquico; otros estudios han demostrado que los operados a los que se ha infundido confianza, reaccionan mejor en el período postoperatorio, sienten menos dolor, necesitan menos analgésicos y se recuperan más fácilmente.

Jano, 23-II-78

98 ENFERMOS EN 120 MINUTOS

Increíble, pero cierto. La estructura y organización de la asistencia sanitaria en los ambulatorios de nuestro país da lugar a que un médico tenga que *examinar* a 98 *enfermos* en sólo dos horas. ¡Un paciente cada 1,22 minutos! Sencillamente, monstruoso.

Esta es una de las conclusiones que se desprende del estudio que, sobre la situación sanitaria española, ha realizado el Comité Permanente de Médicos del Mercado Común, por encargo del Sindicato Médico Libre.

Aunque este hecho no nos coge de sorpresa, pues la deficiente asistencia ambulatoria viene siendo objeto de numerosas denuncias por parte, entre otros, de los propios médicos, que son los que fundamentalmente sufren esta situación, no deja de ser necesario constatar que en ese tiempo de *consulta* sólo se puede firmar un parte de baja.

Sería necesario, pues, arbitrar algún tipo de medida que, con carácter de urgencia, y sin esperar a una reforma que inevitablemente se retrasa, pusiera coto a esa situación.

A este respecto podría dar buenos resultados una campaña de información para concienciar a la población asegurada de que no acuda al ambulatorio más que en los casos en que realmente sea necesario.

No hay que olvidar que el ciudadano español acude a consulta un promedio de cincuenta veces al año, frente a cinco o seis veces que lo hace el enfermo europeo. Se trata, pues, de un caso claro de educación sanitaria.

MORADO

Noticias Médicas, 22-I-79

DEFENSA DE LOS ENFERMOS

Se ha creado en Berna (Suiza) un grupo de trabajo de defensa de los enfermos que parte de la idea de que éstos no deben entregarse inermes a la Medicina ni a los médicos.

El grupo quiere actuar como foro de todos los que se preocupan por la situación del paciente y cuya voz rara vez se escucha en los debates relativos a la política de salud: quiere fomentar los consejos dirigidos a los pacientes y su protección jurídica.

Entre otros objetivos del grupo figura el aumento del sentido de responsabilidad del enfermo y la obtención de plenos derechos para el mismo en las relaciones terapéuticas establecidas con el médico, el hospital y cualquier otra entidad. También quiere suprimir las discriminaciones de que pueden ser víctimas los enfermos crónicos, mentales o pobres, los niños y los ancianos, y los subnormales físicos o psíquicos.

que de él obtenga la medicina; y si es menguado, menguados también serán nuestros frutos». Hay que amar a los enfermos para ser capaces de servirles.

JOSÉ L. REDRADO

VISITA PREOPERATORIA DEL ANESTESISTA

Todo enfermo que va a ser intervenido quirúrgicamente agradece la visita del anestésista antes de la operación, pero mientras que ésta es una norma en la cirugía privada, resulta rara en el medio hospitalario. Sin embargo, el estudio reciente de J. M. Leigh y sus colaboradores, en el hospital St. Luke, de Surrey (Reino Unido), confirma científicamente la idea empírica de que esa visita es necesaria.

Se dividieron los 32 enfermos incluidos en el estudio en tres grupos: un primer grupo, en el que se evaluó el estado de ansiedad antes y después de la visita informativa del anestésista, que duraba diez minutos y no comprendía ningún examen; un segundo grupo, en el que se realizó igual evaluación antes y después de leer un sucinto folleto titulado *Su anestesia*; y un tercer grupo testigo, en el que se efectuaron iguales evaluaciones pero sin visita del anestésista ni lectura del folleto. Todas las intervenciones previstas eran de carácter medio o menor y las evaluaciones tuvieron lugar el día de la operación, horas antes de la premedicación.

La determinación de la ansiedad se hizo utilizando un cuestionario que evalúa numéricamente la ansiedad básica del individuo y la ansiedad del momento. Elaborado por Spielberg y sus colaboradores, ha sido comprobado a lo largo de los años y excluye al máximo las impresiones subjetivas del examinador. Los enfermos de los tres grupos mostraban un estado de ansiedad análogo en la primera evaluación, ansiedad que descendió apreciablemente en los enfermos visitados por el anestésista, bajó menos en los que leyeron el folleto y permaneció prácticamente inalterada en el grupo testigo.

El hecho de que en ciertos casos la visita no fuera efectuada por el anestésista sino por una enfermera del departamento de anestesiología indica que el efecto principal se debe al contacto con una persona comprensiva que tranquiliza gracias a sus explicaciones. Quizás el mejor modo de resolver el problema consiste en utilizar un folleto que facilite la información de base, cuya lectura irá seguida de la visita de una enfermera que infunda tranquilidad por su conversación.

No se trata de un problema exclusivo de puro auxilio psíquico; otros estudios han demostrado que los operados a los que se ha infundido confianza, reaccionan mejor en el período postoperatorio, sienten menos dolor, necesitan menos analgésicos y se recuperan más fácilmente.

Jano, 23-II-78

98 ENFERMOS EN 120 MINUTOS

Increíble, pero cierto. La estructura y organización de la asistencia sanitaria en los ambulatorios de nuestro país da lugar a que un médico tenga que *examinar* a 98 *enfermos* en sólo dos horas. ¡Un paciente cada 1,22 minutos! Sencillamente, monstruoso.

Esta es una de las conclusiones que se desprende del estudio que, sobre la situación sanitaria española, ha realizado el Comité Permanente de Médicos del Mercado Común, por encargo del Sindicato Médico Libre.

Aunque este hecho no nos coge de sorpresa, pues la deficiente asistencia ambulatoria viene siendo objeto de numerosas denuncias por parte, entre otros, de los propios médicos, que son los que fundamentalmente sufren esta situación, no deja de ser necesario constatar que en ese tiempo de *consulta* sólo se puede firmar un parte de baja.

Sería necesario, pues, arbitrar algún tipo de medida que, con carácter de urgencia, y sin esperar a una reforma que inevitablemente se retrasa, pusiera coto a esa situación.

A este respecto podría dar buenos resultados una campaña de información para concienciar a la población asegurada de que no acuda al ambulatorio más que en los casos en que realmente sea necesario.

No hay que olvidar que el ciudadano español acude a consulta un promedio de cincuenta veces al año, frente a cinco o seis veces que lo hace el enfermo europeo. Se trata, pues, de un caso claro de educación sanitaria.

MORADO

Noticias Médicas, 22-I-79

DEFENSA DE LOS ENFERMOS

Se ha creado en Berna (Suiza) un grupo de trabajo de defensa de los enfermos que parte de la idea de que éstos no deben entregarse inermes a la Medicina ni a los médicos.

El grupo quiere actuar como foro de todos los que se preocupan por la situación del paciente y cuya voz rara vez se escucha en los debates relativos a la política de salud: quiere fomentar los consejos dirigidos a los pacientes y su protección jurídica.

Entre otros objetivos del grupo figura el aumento del sentido de responsabilidad del enfermo y la obtención de plenos derechos para el mismo en las relaciones terapéuticas establecidas con el médico, el hospital y cualquier otra entidad. También quiere suprimir las discriminaciones de que pueden ser víctimas los enfermos crónicos, mentales o pobres, los niños y los ancianos, y los subnormales físicos o psíquicos.

que de él obtenga la medicina; y si es menguado, menguados también serán nuestros frutos». Hay que amar a los enfermos para ser capaces de servirles.

JOSÉ L. REDRADO

VISITA PREOPERATORIA DEL ANESTESISTA

Todo enfermo que va a ser intervenido quirúrgicamente agradece la visita del anestésista antes de la operación, pero mientras que ésta es una norma en la cirugía privada, resulta rara en el medio hospitalario. Sin embargo, el estudio reciente de J. M. Leigh y sus colaboradores, en el hospital St. Luke, de Surrey (Reino Unido), confirma científicamente la idea empírica de que esa visita es necesaria.

Se dividieron los 32 enfermos incluidos en el estudio en tres grupos: un primer grupo, en el que se evaluó el estado de ansiedad antes y después de la visita informativa del anestésista, que duraba diez minutos y no comprendía ningún examen; un segundo grupo, en el que se realizó igual evaluación antes y después de leer un sucinto folleto titulado *Su anestesia*; y un tercer grupo testigo, en el que se efectuaron iguales evaluaciones pero sin visita del anestésista ni lectura del folleto. Todas las intervenciones previstas eran de carácter medio o menor y las evaluaciones tuvieron lugar el día de la operación, horas antes de la premedicación.

La determinación de la ansiedad se hizo utilizando un cuestionario que evalúa numéricamente la ansiedad básica del individuo y la ansiedad del momento. Elaborado por Spielberg y sus colaboradores, ha sido comprobado a lo largo de los años y excluye al máximo las impresiones subjetivas del examinador. Los enfermos de los tres grupos mostraban un estado de ansiedad análogo en la primera evaluación, ansiedad que descendió apreciablemente en los enfermos visitados por el anestésista, bajó menos en los que leyeron el folleto y permaneció prácticamente inalterada en el grupo testigo.

El hecho de que en ciertos casos la visita no fuera efectuada por el anestésista sino por una enfermera del departamento de anestesiología indica que el efecto principal se debe al contacto con una persona comprensiva que tranquiliza gracias a sus explicaciones. Quizás el mejor modo de resolver el problema consiste en utilizar un folleto que facilite la información de base, cuya lectura irá seguida de la visita de una enfermera que infunda tranquilidad por su conversación.

No se trata de un problema exclusivo de puro auxilio psíquico; otros estudios han demostrado que los operados a los que se ha infundido confianza, reaccionan mejor en el período postoperatorio, sienten menos dolor, necesitan menos analgésicos y se recuperan más fácilmente.

Jano, 23-II-78

98 ENFERMOS EN 120 MINUTOS

Increíble, pero cierto. La estructura y organización de la asistencia sanitaria en los ambulatorios de nuestro país da lugar a que un médico tenga que *examinar* a 98 *enfermos* en sólo dos horas. ¡Un paciente cada 1,22 minutos! Sencillamente, monstruoso.

Esta es una de las conclusiones que se desprende del estudio que, sobre la situación sanitaria española, ha realizado el Comité Permanente de Médicos del Mercado Común, por encargo del Sindicato Médico Libre.

Aunque este hecho no nos coge de sorpresa, pues la deficiente asistencia ambulatoria viene siendo objeto de numerosas denuncias por parte, entre otros, de los propios médicos, que son los que fundamentalmente sufren esta situación, no deja de ser necesario constatar que en ese tiempo de *consulta* sólo se puede firmar un parte de baja.

Sería necesario, pues, arbitrar algún tipo de medida que, con carácter de urgencia, y sin esperar a una reforma que inevitablemente se retrasa, pusiera coto a esa situación.

A este respecto podría dar buenos resultados una campaña de información para concienciar a la población asegurada de que no acuda al ambulatorio más que en los casos en que realmente sea necesario.

No hay que olvidar que el ciudadano español acude a consulta un promedio de cincuenta veces al año, frente a cinco o seis veces que lo hace el enfermo europeo. Se trata, pues, de un caso claro de educación sanitaria.

MORADO

Noticias Médicas, 22-I-79

DEFENSA DE LOS ENFERMOS

Se ha creado en Berna (Suiza) un grupo de trabajo de defensa de los enfermos que parte de la idea de que éstos no deben entregarse inermes a la Medicina ni a los médicos.

El grupo quiere actuar como foro de todos los que se preocupan por la situación del paciente y cuya voz rara vez se escucha en los debates relativos a la política de salud: quiere fomentar los consejos dirigidos a los pacientes y su protección jurídica.

Entre otros objetivos del grupo figura el aumento del sentido de responsabilidad del enfermo y la obtención de plenos derechos para el mismo en las relaciones terapéuticas establecidas con el médico, el hospital y cualquier otra entidad. También quiere suprimir las discriminaciones de que pueden ser víctimas los enfermos crónicos, mentales o pobres, los niños y los ancianos, y los subnormales físicos o psíquicos.

que de él obtenga la medicina; y si es menguado, menguados también serán nuestros frutos». Hay que amar a los enfermos para ser capaces de servirles.

JOSÉ L. REDRADO

VISITA PREOPERATORIA DEL ANESTESISTA

Todo enfermo que va a ser intervenido quirúrgicamente agradece la visita del anestésista antes de la operación, pero mientras que ésta es una norma en la cirugía privada, resulta rara en el medio hospitalario. Sin embargo, el estudio reciente de J. M. Leigh y sus colaboradores, en el hospital St. Luke, de Surrey (Reino Unido), confirma científicamente la idea empírica de que esa visita es necesaria.

Se dividieron los 32 enfermos incluidos en el estudio en tres grupos: un primer grupo, en el que se evaluó el estado de ansiedad antes y después de la visita informativa del anestésista, que duraba diez minutos y no comprendía ningún examen; un segundo grupo, en el que se realizó igual evaluación antes y después de leer un sucinto folleto titulado *Su anestesia*; y un tercer grupo testigo, en el que se efectuaron iguales evaluaciones pero sin visita del anestésista ni lectura del folleto. Todas las intervenciones previstas eran de carácter medio o menor y las evaluaciones tuvieron lugar el día de la operación, horas antes de la premedicación.

La determinación de la ansiedad se hizo utilizando un cuestionario que evalúa numéricamente la ansiedad básica del individuo y la ansiedad del momento. Elaborado por Spielberg y sus colaboradores, ha sido comprobado a lo largo de los años y excluye al máximo las impresiones subjetivas del examinador. Los enfermos de los tres grupos mostraban un estado de ansiedad análogo en la primera evaluación, ansiedad que descendió apreciablemente en los enfermos visitados por el anestésista, bajó menos en los que leyeron el folleto y permaneció prácticamente inalterada en el grupo testigo.

El hecho de que en ciertos casos la visita no fuera efectuada por el anestésista sino por una enfermera del departamento de anestesiología indica que el efecto principal se debe al contacto con una persona comprensiva que tranquiliza gracias a sus explicaciones. Quizás el mejor modo de resolver el problema consiste en utilizar un folleto que facilite la información de base, cuya lectura irá seguida de la visita de una enfermera que infunda tranquilidad por su conversación.

No se trata de un problema exclusivo de puro auxilio psíquico; otros estudios han demostrado que los operados a los que se ha infundido confianza, reaccionan mejor en el período postoperatorio, sienten menos dolor, necesitan menos analgésicos y se recuperan más fácilmente.

Jano, 23-II-78

98 ENFERMOS EN 120 MINUTOS

Increíble, pero cierto. La estructura y organización de la asistencia sanitaria en los ambulatorios de nuestro país da lugar a que un médico tenga que *examinar* a 98 *enfermos* en sólo dos horas. ¡Un paciente cada 1,22 minutos! Sencillamente, monstruoso.

Esta es una de las conclusiones que se desprende del estudio que, sobre la situación sanitaria española, ha realizado el Comité Permanente de Médicos del Mercado Común, por encargo del Sindicato Médico Libre.

Aunque este hecho no nos coge de sorpresa, pues la deficiente asistencia ambulatoria viene siendo objeto de numerosas denuncias por parte, entre otros, de los propios médicos, que son los que fundamentalmente sufren esta situación, no deja de ser necesario constatar que en ese tiempo de *consulta* sólo se puede firmar un parte de baja.

Sería necesario, pues, arbitrar algún tipo de medida que, con carácter de urgencia, y sin esperar a una reforma que inevitablemente se retrasa, pusiera coto a esa situación.

A este respecto podría dar buenos resultados una campaña de información para concienciar a la población asegurada de que no acuda al ambulatorio más que en los casos en que realmente sea necesario.

No hay que olvidar que el ciudadano español acude a consulta un promedio de cincuenta veces al año, frente a cinco o seis veces que lo hace el enfermo europeo. Se trata, pues, de un caso claro de educación sanitaria.

MORADO

Noticias Médicas, 22-I-79

DEFENSA DE LOS ENFERMOS

Se ha creado en Berna (Suiza) un grupo de trabajo de defensa de los enfermos que parte de la idea de que éstos no deben entregarse inermes a la Medicina ni a los médicos.

El grupo quiere actuar como foro de todos los que se preocupan por la situación del paciente y cuya voz rara vez se escucha en los debates relativos a la política de salud: quiere fomentar los consejos dirigidos a los pacientes y su protección jurídica.

Entre otros objetivos del grupo figura el aumento del sentido de responsabilidad del enfermo y la obtención de plenos derechos para el mismo en las relaciones terapéuticas establecidas con el médico, el hospital y cualquier otra entidad. También quiere suprimir las discriminaciones de que pueden ser víctimas los enfermos crónicos, mentales o pobres, los niños y los ancianos, y los subnormales físicos o psíquicos.

ANCIANOS ENFERMOS

Desde hace años se trata de lograr en Francia la desaparición de los asilos de ancianos, estableciendo para ellos dos tipos de instituciones: hospitales y establecimientos sociales, divididos éstos en casas de jubilados y en viviendas especialmente equipadas. Se considera que la hospitalización del anciano debe ser de tres tipos: breve, de 20 días como máximo, en salas u hospitales de geriatría; media, de 21-90 días, que consiste en la prolongación de la terapéutica activa y en la realización de una rehabilitación que permita al anciano volver a una existencia normal; y prolongada, destinada a los pacientes que, por su edad o su enfermedad, han perdido la facultad de efectuar ciertos gestos de la vida cotidiana y requieren una vigilancia constante y tratamientos de mantenimiento.

Esta división teóricamente perfecta está lejos de aplicarse en la realidad y así la comisión nacional del equipamiento hospitalario ha observado que un 15 % de las camas hospitalarias destinadas a una terapéutica activa están ocupadas por personas generalmente ancianas que no requieren tal grado de medicación. Complica el problema la penuria de personal especializado en la asistencia geriátrica, en particular de fisioterapeutas, ergoterapeutas, psicólogos y monitores para actividades recreativas.

TESTIMONIO

Suscribo el presente testimonio acatando la responsabilidad que como ciudadano, profesional de la comunicación, y, ante todo, como hombre, exige el hecho de hacer pública mi denuncia de los hechos que se describen a continuación y que he vivido con dolor por el sufrimiento de un niño inocente.

El paciente, Manuel Angel Rodríguez Fernández tiene ahora 9 años, es mi sobrino y uno de los motivos esenciales de mi existencia. Hace siete años, en 1973, cuando contaba tres de edad, fue ingresado en un Centro Hospitalario de la Seguridad Social, para ser sometido a observación dado un agravamiento general en su ya delicado estado de salud. Su riñón izquierdo estaba atrofiado, tenía una obertura paladar y dos hernias. Durante el tiempo que estuvo internado cada día era sometido a pruebas y análisis sin que sus tutores (abuelos) pudieran presenciarlas. Cuando lo traían a la habitación era un suplicio observar sus llantos. Analizaban todo su cuerpo sin informar a nadie de sus intenciones, sin diagnóstico ni resultados. Una noche, mi madre siguió a dos enfermeras que se lo llevaban y observó por la cerradura de la puerta cómo experimentaban con él. Le hacían adoptar posiciones inverosímiles para una musculatura atrofiada por la penicilina. Era un conejillo de indias. El niño lloraba y con su llanto las hernias se abrieron aún más. Mi madre entró y se llevó al niño. Le amenazaron con que tenía un cáncer y que todo aquello era necesario. Si no le hacían las pruebas no podía estar ingresado. Al final no tenía

ningún cáncer. El niño fue sacado de la Residencia por sus abuelos a las 24 horas.

Tres años más tarde, en otro centro sanitario, se lo llevaron una noche unas enfermeras de la habitación para analizarle la sangre. Había ingresado para una intervención quirúrgica del riñón. Su madre, en base a la anterior experiencia, esperó unos minutos para ir al laboratorio y al entrar encontró a su hijo desnudo, con una corriente de aire impresionante y atado de manos. Su madre cogió al niño y se lo llevó. Denunció el hecho al médico que lo llevaba y éste dijo que aquello era necesario.

JOSÉ A. FERNÁNDEZ ALVAREZ

JUAN PABLO II A LAS SOCIEDADES MEDICAS

El Papa Juan Pablo II afirmó que «es necesario empeñarse en una personalización de la medicina para una relación más humana entre el médico y el enfermo». En un discurso dirigido a médicos y cirujanos italianos, el Pontífice añadió que «la relación enfermo-médico debe volver a basarse en un diálogo de escucha, respeto e interés».

Juan Pablo II formuló esos conceptos al recibir en audiencia especial a los participantes en los congresos de la Sociedad Italiana de Medicina Interna y de la Sociedad Italiana de Cirugía, reunidos en Roma.

El Papa centró su discurso en las repercusiones que ha tenido la evolución de la Medicina, durante los últimos años, en las relaciones entre médico y enfermo, y por tanto en la protección de la salud del ciudadano, desde el nacimiento hasta la vejez.

El Pontífice se refirió especialmente al «peligro implícito que surge, para el derecho del hombre a la vida, de los mismos descubrimientos en los campos de la inseminación artificial, el control de los nacimientos y de la fertilidad, la hibernación y la muerte retrasada, la ingeniería genética, los fármacos de la psique, los trasplantes de órganos, etc.

«Si un nuevo método de investigación —siguió diciendo el Papa— lesiona el derecho de la persona a vivir de una manera digna del ser humano, no debe considerarse lícito solamente porque aumenta nuestros conocimientos».

EL EMPLEO DE FARMACOS

Juan Pablo II aludió a las «voces de alarma que denuncian las consecuencias dañosas derivadas de una medicina preocupada más por sí misma que por el hombre», especialmente en el campo de la farmacología.

El Papa señaló que «son siempre más frecuentes las manifestaciones morbosas imputables al empleo indiscriminado de fármacos y debidas a una verdadera y propia intolerancia del organismo».

Tras un recuerdo a la tragedia de la talidomida, el Papa habló del problema de la experimentación en biología y en medicina y de sus implicaciones deontológicas.

ANCIANOS ENFERMOS

Desde hace años se trata de lograr en Francia la desaparición de los asilos de ancianos, estableciendo para ellos dos tipos de instituciones: hospitales y establecimientos sociales, divididos éstos en casas de jubilados y en viviendas especialmente equipadas. Se considera que la hospitalización del anciano debe ser de tres tipos: breve, de 20 días como máximo, en salas u hospitales de geriatría; media, de 21-90 días, que consiste en la prolongación de la terapéutica activa y en la realización de una rehabilitación que permita al anciano volver a una existencia normal; y prolongada, destinada a los pacientes que, por su edad o su enfermedad, han perdido la facultad de efectuar ciertos gestos de la vida cotidiana y requieren una vigilancia constante y tratamientos de mantenimiento.

Esta división teóricamente perfecta está lejos de aplicarse en la realidad y así la comisión nacional del equipamiento hospitalario ha observado que un 15 % de las camas hospitalarias destinadas a una terapéutica activa están ocupadas por personas generalmente ancianas que no requieren tal grado de medicación. Complica el problema la penuria de personal especializado en la asistencia geriátrica, en particular de fisioterapeutas, ergoterapeutas, psicólogos y monitores para actividades recreativas.

TESTIMONIO

Suscribo el presente testimonio acatando la responsabilidad que como ciudadano, profesional de la comunicación, y, ante todo, como hombre, exige el hecho de hacer pública mi denuncia de los hechos que se describen a continuación y que he vivido con dolor por el sufrimiento de un niño inocente.

El paciente, Manuel Angel Rodríguez Fernández tiene ahora 9 años, es mi sobrino y uno de los motivos esenciales de mi existencia. Hace siete años, en 1973, cuando contaba tres de edad, fue ingresado en un Centro Hospitalario de la Seguridad Social, para ser sometido a observación dado un agravamiento general en su ya delicado estado de salud. Su riñón izquierdo estaba atrofiado, tenía una obertura paladar y dos hernias. Durante el tiempo que estuvo internado cada día era sometido a pruebas y análisis sin que sus tutores (abuelos) pudieran presenciarlas. Cuando lo traían a la habitación era un suplicio observar sus llantos. Analizaban todo su cuerpo sin informar a nadie de sus intenciones, sin diagnóstico ni resultados. Una noche, mi madre siguió a dos enfermeras que se lo llevaban y observó por la cerradura de la puerta cómo experimentaban con él. Le hacían adoptar posiciones inverosímiles para una musculatura atrofiada por la penicilina. Era un conejillo de indias. El niño lloraba y con su llanto las hernias se abrieron aún más. Mi madre entró y se llevó al niño. Le amenazaron con que tenía un cáncer y que todo aquello era necesario. Si no le hacían las pruebas no podía estar ingresado. Al final no tenía

ningún cáncer. El niño fue sacado de la Residencia por sus abuelos a las 24 horas.

Tres años más tarde, en otro centro sanitario, se lo llevaron una noche unas enfermeras de la habitación para analizarle la sangre. Había ingresado para una intervención quirúrgica del riñón. Su madre, en base a la anterior experiencia, esperó unos minutos para ir al laboratorio y al entrar encontró a su hijo desnudo, con una corriente de aire impresionante y atado de manos. Su madre cogió al niño y se lo llevó. Denunció el hecho al médico que lo llevaba y éste dijo que aquello era necesario.

JOSÉ A. FERNÁNDEZ ALVAREZ

JUAN PABLO II A LAS SOCIEDADES MEDICAS

El Papa Juan Pablo II afirmó que «es necesario empeñarse en una personalización de la medicina para una relación más humana entre el médico y el enfermo». En un discurso dirigido a médicos y cirujanos italianos, el Pontífice añadió que «la relación enfermo-médico debe volver a basarse en un diálogo de escucha, respeto e interés».

Juan Pablo II formuló esos conceptos al recibir en audiencia especial a los participantes en los congresos de la Sociedad Italiana de Medicina Interna y de la Sociedad Italiana de Cirugía, reunidos en Roma.

El Papa centró su discurso en las repercusiones que ha tenido la evolución de la Medicina, durante los últimos años, en las relaciones entre médico y enfermo, y por tanto en la protección de la salud del ciudadano, desde el nacimiento hasta la vejez.

El Pontífice se refirió especialmente al «peligro implícito que surge, para el derecho del hombre a la vida, de los mismos descubrimientos en los campos de la inseminación artificial, el control de los nacimientos y de la fertilidad, la hibernación y la muerte retrasada, la ingeniería genética, los fármacos de la psique, los trasplantes de órganos, etc.

«Si un nuevo método de investigación —siguió diciendo el Papa— lesiona el derecho de la persona a vivir de una manera digna del ser humano, no debe considerarse lícito solamente porque aumenta nuestros conocimientos».

EL EMPLEO DE FARMACOS

Juan Pablo II aludió a las «voces de alarma que denuncian las consecuencias dañosas derivadas de una medicina preocupada más por sí misma que por el hombre», especialmente en el campo de la farmacología.

El Papa señaló que «son siempre más frecuentes las manifestaciones morbosas imputables al empleo indiscriminado de fármacos y debidas a una verdadera y propia intolerancia del organismo».

Tras un recuerdo a la tragedia de la talidomida, el Papa habló del problema de la experimentación en biología y en medicina y de sus implicaciones deontológicas.

ANCIANOS ENFERMOS

Desde hace años se trata de lograr en Francia la desaparición de los asilos de ancianos, estableciendo para ellos dos tipos de instituciones: hospitales y establecimientos sociales, divididos éstos en casas de jubilados y en viviendas especialmente equipadas. Se considera que la hospitalización del anciano debe ser de tres tipos: breve, de 20 días como máximo, en salas u hospitales de geriatría; media, de 21-90 días, que consiste en la prolongación de la terapéutica activa y en la realización de una rehabilitación que permita al anciano volver a una existencia normal; y prolongada, destinada a los pacientes que, por su edad o su enfermedad, han perdido la facultad de efectuar ciertos gestos de la vida cotidiana y requieren una vigilancia constante y tratamientos de mantenimiento.

Esta división teóricamente perfecta está lejos de aplicarse en la realidad y así la comisión nacional del equipamiento hospitalario ha observado que un 15 % de las camas hospitalarias destinadas a una terapéutica activa están ocupadas por personas generalmente ancianas que no requieren tal grado de medicación. Complica el problema la penuria de personal especializado en la asistencia geriátrica, en particular de fisioterapeutas, ergoterapeutas, psicólogos y monitores para actividades recreativas.

TESTIMONIO

Suscribo el presente testimonio acatando la responsabilidad que como ciudadano, profesional de la comunicación, y, ante todo, como hombre, exige el hecho de hacer pública mi denuncia de los hechos que se describen a continuación y que he vivido con dolor por el sufrimiento de un niño inocente.

El paciente, Manuel Angel Rodríguez Fernández tiene ahora 9 años, es mi sobrino y uno de los motivos esenciales de mi existencia. Hace siete años, en 1973, cuando contaba tres de edad, fue ingresado en un Centro Hospitalario de la Seguridad Social, para ser sometido a observación dado un agravamiento general en su ya delicado estado de salud. Su riñón izquierdo estaba atrofiado, tenía una obertura paladar y dos hernias. Durante el tiempo que estuvo internado cada día era sometido a pruebas y análisis sin que sus tutores (abuelos) pudieran presenciárselas. Cuando lo traían a la habitación era un suplicio observar sus llantos. Analizaban todo su cuerpo sin informar a nadie de sus intenciones, sin diagnóstico ni resultados. Una noche, mi madre siguió a dos enfermeras que se lo llevaban y observó por la cerradura de la puerta cómo experimentaban con él. Le hacían adoptar posiciones inverosímiles para una musculatura atrofiada por la penicilina. Era un conejillo de indias. El niño lloraba y con su llanto las hernias se abrieron aún más. Mi madre entró y se llevó al niño. Le amenazaron con que tenía un cáncer y que todo aquello era necesario. Si no le hacían las pruebas no podía estar ingresado. Al final no tenía

ningún cáncer. El niño fue sacado de la Residencia por sus abuelos a las 24 horas.

Tres años más tarde, en otro centro sanitario, se lo llevaron una noche unas enfermeras de la habitación para analizarle la sangre. Había ingresado para una intervención quirúrgica del riñón. Su madre, en base a la anterior experiencia, esperó unos minutos para ir al laboratorio y al entrar encontró a su hijo desnudo, con una corriente de aire impresionante y atado de manos. Su madre cogió al niño y se lo llevó. Denunció el hecho al médico que lo llevaba y éste dijo que aquello era necesario.

JOSÉ A. FERNÁNDEZ ALVAREZ

JUAN PABLO II A LAS SOCIEDADES MEDICAS

El Papa Juan Pablo II afirmó que «es necesario empeñarse en una personalización de la medicina para una relación más humana entre el médico y el enfermo». En un discurso dirigido a médicos y cirujanos italianos, el Pontífice añadió que «la relación enfermo-médico debe volver a basarse en un diálogo de escucha, respeto e interés».

Juan Pablo II formuló esos conceptos al recibir en audiencia especial a los participantes en los congresos de la Sociedad Italiana de Medicina Interna y de la Sociedad Italiana de Cirugía, reunidos en Roma.

El Papa centró su discurso en las repercusiones que ha tenido la evolución de la Medicina, durante los últimos años, en las relaciones entre médico y enfermo, y por tanto en la protección de la salud del ciudadano, desde el nacimiento hasta la vejez.

El Pontífice se refirió especialmente al «peligro implícito que surge, para el derecho del hombre a la vida, de los mismos descubrimientos en los campos de la inseminación artificial, el control de los nacimientos y de la fertilidad, la hibernación y la muerte retrasada, la ingeniería genética, los fármacos de la psique, los trasplantes de órganos, etc.

«Si un nuevo método de investigación —siguió diciendo el Papa— lesiona el derecho de la persona a vivir de una manera digna del ser humano, no debe considerarse lícito solamente porque aumenta nuestros conocimientos».

EL EMPLEO DE FARMACOS

Juan Pablo II aludió a las «voces de alarma que denuncian las consecuencias dañosas derivadas de una medicina preocupada más por sí misma que por el hombre», especialmente en el campo de la farmacología.

El Papa señaló que «son siempre más frecuentes las manifestaciones morbosas imputables al empleo indiscriminado de fármacos y debidas a una verdadera y propia intolerancia del organismo».

Tras un recuerdo a la tragedia de la talidomida, el Papa habló del problema de la experimentación en biología y en medicina y de sus implicaciones deontológicas.

«La experimentación farmacológico-clínica —dijo el Papa— no puede iniciarse sin que se tomen todas las precauciones para garantizar el carácter inocuo de la intervención».

«Es evidente, por otra parte —añadió el Pontífice—, que el paciente debe estar informado de la experimentación, de su finalidad y de sus eventuales riesgos, de modo que pueda dar o negar su propio consentimiento en pleno conocimiento de causa y libertad».

Ello no impide, agregó el Papa, que un enfermo «pueda asumir legítimamente una parte de riesgo, con el fin de contribuir con su iniciativa al progreso de la medicina y, así, al bien de la comunidad».

EL DERECHO A MORIR DE LOS ENFERMOS EN COMA

La división de apelaciones del Tribunal Supremo del Estado de Nueva York, reconoció el derecho constitucional de los enfermos en coma para que se les desconecten los apoyos técnicos con que se les mantiene artificialmente con vida.

De esta forma, la sentencia del Tribunal establece por primera vez en el país las normas específicas para acabar con los apoyos artificiales a enfermos en coma.

La decisión del Tribunal sienta un precedente técnico solamente aplicable a los distritos neoyorquinos de Long Island, Brooklyn Staten Island y otros cinco más, pero lo probable es que influya en casos posteriores en el resto del país, creando jurisprudencia.

El caso que motivó la sentencia del Tribunal lo originó un enfermo, el hermano marianista de 83 años de edad, Josep Fox, que murió el pasado 24 de enero, mientras tenía puesto el respirador artificial y luego de permanecer 114 días en estado de coma.

Los superiores de la orden habían apelado a los Tribunales para que fuera permitido retirar el respirador artificial al enfermo, clínicamente muerto y totalmente desechado por los médicos.

Ahora la división de apelaciones, al pronunciarse sobre el caso, establece las directrices específicas a aplicar en casos similares de enfermos en coma que deseen que no se les apliquen métodos artificiales para mantenerlos indefinidamente en coma vegetativa.

Como pruebas se deben aportar o un documento escrito del enfermo o el testimonio de miembros de su familia y amigos diciendo que el deseo del enfermo hubiera sido favorable a retirar el respirador artificial y en caso de coma permanente.

El médico que atiende al enfermo debe certificar que el enfermo está en un estado crónico de coma vegetativo y que sus posibilidades de recuperación son *extremadamente remotas*.

El diagnóstico del médico tiene que ser confirmado por un panel de tres médicos del hospital.

Un tribunal debe investigar los motivos del caso y los argumentos de todas las partes y hará una recomendación final independiente.

Finalmente, el fiscal general del Estado y el juez local del distrito deben ser informados de las investigaciones anteriores, por si desean que sus propios médicos examinen el caso. Después de todos estos pasos y con todas las partes presentes, el juez determina si procede o no la orden de autorizar retirar los respiradores artificiales que mantienen al enfermo en estado de coma vegetativo.

LA MUERTE «A LA ANTIGUA»

Mis salidas y entradas de año —como se decía antes— nunca han sido muy felices, pues la muerte de mi madre siendo yo muy niño, un día primero de año, las dejó marcadas para siempre con un signo triste. Las de este año, final de una década (o del nombre y dígito de una década, para ser más precisos), lo han sido especialmente: desde el 25 de diciembre al primero de enero he estado asistiendo a un estilo de muerte sobre el que voy a meditar aquí porque si la muerte es el reverso de la vida y, de algún modo, simétrica con ella, esta muerte me ha mostrado el otro lado, el cómo negavito fotográfico de lo que habrá de ser la vida en los años ochenta. Yo no pienso que «los 80» vayan a ser de *frenesí*, como titulaba *El País* semanal, pero sí de goce profundo y cotidiano de los placeres sencillos, al alcance de la mano de cada cual y, al revés que los juguetes anunciados por la TV, muy poco tecnológicos. Tendremos que hacer virtud, virtud estética, *virtú*, de la necesidad. Durante los años 80 hemos de reaccionar frente a la fiebre consumista, hemos de *pasar* del consumismo. Y justamente quienes, durante decenios, hemos sido privilegiados de lo que entonces equivalía a él, tendríamos que dar ejemplo en el saber extraer el gusto de una nueva, relativa escasez, y de la vuelta, ahora que lo *retro* está de moda, a un sentido pretecnológico o, mejor dicho —porque nunca se vuelve al pasado— moderadamente tecnológico de la vida. (Que, por ejemplo, sea de mal tono, ordinaria, la exhibición del último *gadget* supercalculador.)

Recuperar el sentido de la vida sencilla exige y supone, por lo que decía antes, recuperar la muerte a la antigua, la muerte a la que acabo de asistir. Una muerte sin UVI, sin *cuidados intensivos*, tubos por todas partes, barullo y ajetreo supertecnológico y separación del paciente de su familia para ser convertido en mero objeto de experimentación para el estiramiento —y con frecuencia ni eso, y aun lo contrario— de los tropismos de la vida. Yo quisiera que el *morir en casa*, rodeado el enfermo de los suyos, volviera a ser la muerte de cada cual: que la muerte recobrase su faz antigua, de tiempo largo y lento de angustia tranquila, de agonía sosegada, si se permite el oxímoron, y, al final de este *rito de pasaje* y tras el cesar del rítmico jadeo que desencaja el rostro, la paz y el retorno de la fisonomía propia, prenda no sé si engañosa o no, pero desoladora, de resurrección.

¿Reconquista de la *muerte propia*, como diría un discípulo de Rilke? No creo yo mucho en ella. No hay muerte propia, porque lo único que podemos hacer nuestro es el cuidado, la preocupación de la muerte, pero no a ella

«La experimentación farmacológico-clínica —dijo el Papa— no puede iniciarse sin que se tomen todas las precauciones para garantizar el carácter inocuo de la intervención».

«Es evidente, por otra parte —añadió el Pontífice—, que el paciente debe estar informado de la experimentación, de su finalidad y de sus eventuales riesgos, de modo que pueda dar o negar su propio consentimiento en pleno conocimiento de causa y libertad».

Ello no impide, agregó el Papa, que un enfermo «pueda asumir legítimamente una parte de riesgo, con el fin de contribuir con su iniciativa al progreso de la medicina y, así, al bien de la comunidad».

EL DERECHO A MORIR DE LOS ENFERMOS EN COMA

La división de apelaciones del Tribunal Supremo del Estado de Nueva York, reconoció el derecho constitucional de los enfermos en coma para que se les desconecten los apoyos técnicos con que se les mantiene artificialmente con vida.

De esta forma, la sentencia del Tribunal establece por primera vez en el país las normas específicas para acabar con los apoyos artificiales a enfermos en coma.

La decisión del Tribunal sienta un precedente técnico solamente aplicable a los distritos neoyorquinos de Long Island, Brooklyn Staten Island y otros cinco más, pero lo probable es que influya en casos posteriores en el resto del país, creando jurisprudencia.

El caso que motivó la sentencia del Tribunal lo originó un enfermo, el hermano marianista de 83 años de edad, Josep Fox, que murió el pasado 24 de enero, mientras tenía puesto el respirador artificial y luego de permanecer 114 días en estado de coma.

Los superiores de la orden habían apelado a los Tribunales para que fuera permitido retirar el respirador artificial al enfermo, clínicamente muerto y totalmente desechado por los médicos.

Ahora la división de apelaciones, al pronunciarse sobre el caso, establece las directrices específicas a aplicar en casos similares de enfermos en coma que deseen que no se les apliquen métodos artificiales para mantenerlos indefinidamente en coma vegetativa.

Como pruebas se deben aportar o un documento escrito del enfermo o el testimonio de miembros de su familia y amigos diciendo que el deseo del enfermo hubiera sido favorable a retirar el respirador artificial y en caso de coma permanente.

El médico que atiende al enfermo debe certificar que el enfermo está en un estado crónico de coma vegetativo y que sus posibilidades de recuperación son *extremadamente remotas*.

El diagnóstico del médico tiene que ser confirmado por un panel de tres médicos del hospital.

Un tribunal debe investigar los motivos del caso y los argumentos de todas las partes y hará una recomendación final independiente.

Finalmente, el fiscal general del Estado y el juez local del distrito deben ser informados de las investigaciones anteriores, por si desean que sus propios médicos examinen el caso. Después de todos estos pasos y con todas las partes presentes, el juez determina si procede o no la orden de autorizar retirar los respiradores artificiales que mantienen al enfermo en estado de coma vegetativo.

LA MUERTE «A LA ANTIGUA»

Mis salidas y entradas de año —como se decía antes— nunca han sido muy felices, pues la muerte de mi madre siendo yo muy niño, un día primero de año, las dejó marcadas para siempre con un signo triste. Las de este año, final de una década (o del nombre y dígito de una década, para ser más precisos), lo han sido especialmente: desde el 25 de diciembre al primero de enero he estado asistiendo a un estilo de muerte sobre el que voy a meditar aquí porque si la muerte es el reverso de la vida y, de algún modo, simétrica con ella, esta muerte me ha mostrado el otro lado, el cómo negavito fotográfico de lo que habrá de ser la vida en los años ochenta. Yo no pienso que «los 80» vayan a ser de *frenesí*, como titulaba *El País* semanal, pero sí de goce profundo y cotidiano de los placeres sencillos, al alcance de la mano de cada cual y, al revés que los juguetes anunciados por la TV, muy poco tecnológicos. Tendremos que hacer virtud, virtud estética, *virtú*, de la necesidad. Durante los años 80 hemos de reaccionar frente a la fiebre consumista, hemos de *pasar* del consumismo. Y justamente quienes, durante decenios, hemos sido privilegiados de lo que entonces equivalía a él, tendríamos que dar ejemplo en el saber extraer el gusto de una nueva, relativa escasez, y de la vuelta, ahora que lo *retro* está de moda, a un sentido pretecnológico o, mejor dicho —porque nunca se vuelve al pasado— moderadamente tecnológico de la vida. (Que, por ejemplo, sea de mal tono, ordinaria, la exhibición del último *gadget* supercalculador.)

Recuperar el sentido de la vida sencilla exige y supone, por lo que decía antes, recuperar la muerte a la antigua, la muerte a la que acabo de asistir. Una muerte sin UVI, sin *cuidados intensivos*, tubos por todas partes, barullo y ajetreo supertecnológico y separación del paciente de su familia para ser convertido en mero objeto de experimentación para el estiramiento —y con frecuencia ni eso, y aun lo contrario— de los tropismos de la vida. Yo quisiera que el *morir en casa*, rodeado el enfermo de los suyos, volviera a ser la muerte de cada cual: que la muerte recobrase su faz antigua, de tiempo largo y lento de angustia tranquila, de agonía sosegada, si se permite el oxímoron, y, al final de este *rito de pasaje* y tras el cesar del rítmico jadeo que desencaja el rostro, la paz y el retorno de la fisonomía propia, prenda no sé si engañosa o no, pero desoladora, de resurrección.

¿Reconquista de la *muerte propia*, como diría un discípulo de Rilke? No creo yo mucho en ella. No hay muerte propia, porque lo único que podemos hacer nuestro es el cuidado, la preocupación de la muerte, pero no a ella

«La experimentación farmacológico-clínica —dijo el Papa— no puede iniciarse sin que se tomen todas las precauciones para garantizar el carácter inocuo de la intervención».

«Es evidente, por otra parte —añadió el Pontífice—, que el paciente debe estar informado de la experimentación, de su finalidad y de sus eventuales riesgos, de modo que pueda dar o negar su propio consentimiento en pleno conocimiento de causa y libertad».

Ello no impide, agregó el Papa, que un enfermo «pueda asumir legítimamente una parte de riesgo, con el fin de contribuir con su iniciativa al progreso de la medicina y, así, al bien de la comunidad».

EL DERECHO A MORIR DE LOS ENFERMOS EN COMA

La división de apelaciones del Tribunal Supremo del Estado de Nueva York, reconoció el derecho constitucional de los enfermos en coma para que se les desconecten los apoyos técnicos con que se les mantiene artificialmente con vida.

De esta forma, la sentencia del Tribunal establece por primera vez en el país las normas específicas para acabar con los apoyos artificiales a enfermos en coma.

La decisión del Tribunal sienta un precedente técnico solamente aplicable a los distritos neoyorquinos de Long Island, Brooklyn Staten Island y otros cinco más, pero lo probable es que influya en casos posteriores en el resto del país, creando jurisprudencia.

El caso que motivó la sentencia del Tribunal lo originó un enfermo, el hermano marianista de 83 años de edad, Josep Fox, que murió el pasado 24 de enero, mientras tenía puesto el respirador artificial y luego de permanecer 114 días en estado de coma.

Los superiores de la orden habían apelado a los Tribunales para que fuera permitido retirar el respirador artificial al enfermo, clínicamente muerto y totalmente desechado por los médicos.

Ahora la división de apelaciones, al pronunciarse sobre el caso, establece las directrices específicas a aplicar en casos similares de enfermos en coma que deseen que no se les apliquen métodos artificiales para mantenerlos indefinidamente en coma vegetativa.

Como pruebas se deben aportar o un documento escrito del enfermo o el testimonio de miembros de su familia y amigos diciendo que el deseo del enfermo hubiera sido favorable a retirar el respirador artificial y en caso de coma permanente.

El médico que atiende al enfermo debe certificar que el enfermo está en un estado crónico de coma vegetativo y que sus posibilidades de recuperación son *extremadamente remotas*.

El diagnóstico del médico tiene que ser confirmado por un panel de tres médicos del hospital.

Un tribunal debe investigar los motivos del caso y los argumentos de todas las partes y hará una recomendación final independiente.

Finalmente, el fiscal general del Estado y el juez local del distrito deben ser informados de las investigaciones anteriores, por si desean que sus propios médicos examinen el caso. Después de todos estos pasos y con todas las partes presentes, el juez determina si procede o no la orden de autorizar retirar los respiradores artificiales que mantienen al enfermo en estado de coma vegetativo.

LA MUERTE «A LA ANTIGUA»

Mis salidas y entradas de año —como se decía antes— nunca han sido muy felices, pues la muerte de mi madre siendo yo muy niño, un día primero de año, las dejó marcadas para siempre con un signo triste. Las de este año, final de una década (o del nombre y dígito de una década, para ser más precisos), lo han sido especialmente: desde el 25 de diciembre al primero de enero he estado asistiendo a un estilo de muerte sobre el que voy a meditar aquí porque si la muerte es el reverso de la vida y, de algún modo, simétrica con ella, esta muerte me ha mostrado el otro lado, el cómo negavito fotográfico de lo que habrá de ser la vida en los años ochenta. Yo no pienso que «los 80» vayan a ser de *frenesí*, como titulaba *El País* semanal, pero sí de goce profundo y cotidiano de los placeres sencillos, al alcance de la mano de cada cual y, al revés que los juguetes anunciados por la TV, muy poco tecnológicos. Tendremos que hacer virtud, virtud estética, *virtú*, de la necesidad. Durante los años 80 hemos de reaccionar frente a la fiebre consumista, hemos de *pasar* del consumismo. Y justamente quienes, durante decenios, hemos sido privilegiados de lo que entonces equivalía a él, tendríamos que dar ejemplo en el saber extraer el gusto de una nueva, relativa escasez, y de la vuelta, ahora que lo *retro* está de moda, a un sentido pretecnológico o, mejor dicho —porque nunca se vuelve al pasado— moderadamente tecnológico de la vida. (Que, por ejemplo, sea de mal tono, ordinaria, la exhibición del último *gadget* supercalculador.)

Recuperar el sentido de la vida sencilla exige y supone, por lo que decía antes, recuperar la muerte a la antigua, la muerte a la que acabo de asistir. Una muerte sin UVI, sin *cuidados intensivos*, tubos por todas partes, barullo y ajetreo supertecnológico y separación del paciente de su familia para ser convertido en mero objeto de experimentación para el estiramiento —y con frecuencia ni eso, y aun lo contrario— de los tropismos de la vida. Yo quisiera que el *morir en casa*, rodeado el enfermo de los suyos, volviera a ser la muerte de cada cual: que la muerte recobrase su faz antigua, de tiempo largo y lento de angustia tranquila, de agonía sosegada, si se permite el oxímoron, y, al final de este *rito de pasaje* y tras el cesar del rítmico jadeo que desencaja el rostro, la paz y el retorno de la fisonomía propia, prenda no sé si engañosa o no, pero desoladora, de resurrección.

¿Reconquista de la *muerte propia*, como diría un discípulo de Rilke? No creo yo mucho en ella. No hay muerte propia, porque lo único que podemos hacer nuestro es el cuidado, la preocupación de la muerte, pero no a ella

misma; la muerte y la vida nunca coinciden, no llega aquélla hasta que ésta se ha ido del todo; y cuando al fin llega, produce el despojo de toda *propiedad*. Pero sí que hay, puede haber, debe haber una muerte propia de quienes aman al moribundo, ya que no de él, de quienes se forjaron una *imagen* suya y esperan que la *representación* de esa muerte corresponda a aquélla o que, al revés, descubra, desenmascare otra *imagen* más supuestamente verdadera. Los familiares, los amigos tienen derecho a que esta última imagen y, con ella, el final de la representación, no les sea arrebatada. Es sumamente dudoso que a los más de los hombres se les dé ocasión de asistir, bien despiertos, al venir y acercarse de su muerte. Pero en cambio, vicariamente, podemos asistir a la muerte de nuestros moribundos. Y ninguna muerte, como ninguna vida, es igual a otra muerte, a otra vida. En el caso concreto al que me estoy refiriendo, el médico de la familia, con tranquila decisión, guardó el grave espectáculo de esta muerte para aquellos a quienes estaba destinado.

Ver morir es tan importante como ver vivir. Tampoco nuestra muerte fue poseída nunca por ese *frenesí* de vida al que aludí. Se diría que la vida no le entusiasmaba, pero que la vivía y la veía pasar siempre con gusto y sonrisa alegre, una pizca burlona. En la muerte, como en la vida, nunca salió de su paso, nunca armó revuelo. No sabía conducir y como tampoco le iban las tarjetas de crédito, en América habría carecido de identidad. Pero tenía su propia identidad —la que a muchos de nosotros se diría que nos es negada— y serena, sosegada, asistida de buen juicio y buen sentido, lo miraba todo despacio y penetrante, reflexivamente, y empleaba cada rato libre en tocar, admirablemente, el piano. El piano que, como casi todos los instrumentos musicales, pertenece a esa tecnología de cultura que forma parte indivisible de una vida verdaderamente humana.

Al comenzar una nueva década tenemos que reaprender a vivir, y a volver a ser niños sí, pero no pueriles. Los artistas, los poetas y quienes asisten a su propia existencia y la narran, nos enseñarán a ello. Mas también tenemos que reaprender a legar a nuestros hijos la muerte que ellos *imaginan* que nos conviene, la que ellos presencien y no la que se nos fabrique por la industria clínica. Hace cuarenta años todo hombre de izquierda ponía su esperanza entera en la tecnología. La democracia, si de verdad ha de serlo, tiene ante sí un objetivo digno de ella: conseguir su buen empleo y el desarrollo de la tecnología que preserve, prolongue la vida y aleje la muerte cuanto se pueda, sí, pero sin escamotear ésta con embelecos. La muerte a la *antigua* sigue siendo una buena muerte.

JOSÉ LUIS L. ARANGUREN

MORIR EN CASA

Acabo de asistir a un curso sobre la asistencia a los ancianos. Allí he aprendido que, según dice la demografía, cada día es mayor la proporción de ancianos en nuestra sociedad europea. Considerando las personas de más

de 65 años, en España representan el 10 %, en Francia el 14 %. Nuestra sociedad es cada vez más vieja, no porque se alargue la duración de la vida sino sobre todo porque disminuyen los nacimientos.

Para mantener la población en situación estable se necesitaría que cada pareja humana tuviera, en promedio, 2,10 hijos. Ya se entiende que esto es un promedio. Ahora bien, parece que España, en su conjunto, es el único país europeo que alcanza este promedio, pero que Cataluña está por debajo: nuestra población envejece.

Más impresionante es todavía una cifra relativa a Francia: en los últimos 50 años se ha triplicado el número de ancianos de más de 80 años. No conozco cifras comparables a nuestro país.

En todo caso, el tema de la ancianidad se hace cada día más importante, más presente en nuestra vida real. Aunque *oficialmente* cada vez desaparecen más de la escena. Los ancianos solamente son noticia cuando se acercan las elecciones, porque entonces, como las flores se abren en primavera, cada partido político se deshace en promesas sobre pensiones de vejez, residencias, clubs, etc.

Pero no era éste el tema que quisiera comentar, con ser el de las pensiones de jubilación y vejez una permanente denuncia de nuestro egoísmo social. Quiero hablar ahora de algo muy particular, que me ha hecho pensar varios días: me refiero al *servicio hospitalario a domicilio*. En varios países de Europa se practica desde hace años este servicio que permite a una persona anciana que sufre una larga enfermedad, ser asistida médicamente sin abandonar su domicilio.

UN EJEMPLO FRANCÉS

Tal vez alguien pueda pensar que éste es un tema muy técnico para traerlo a estas columnas. Cuando yo oía al profesor de Gerontología hablar sobre este tema, pensaba en una amiga de la familia que murió no hace mucho en su casa, cerca de París, después de una larga enfermedad de más de un año. Pasó algunas semanas, al principio, en el hospital; después, ya hecho el diagnóstico, consiguió poder volver a su casa. Periódicamente recibía visita médica, con tratamientos a domicilio. Pudo convivir con su marido durante todo este tiempo hasta que murió. Murió en su casa, con su familia, con sus hijos y nietos.

Todo esto es imposible en un hospital. Padeecer una larga enfermedad y vivirla en un hospital cuando se tiene una edad avanzada, en régimen casi de cuartel, que mantiene alejados a los familiares, amigos y, en todo caso, a los niños, es enterrarse en vida. El marido, pocas semanas después de la muerte, me decía: todo el mundo debería tener derecho a esto. No comprendo por qué tiene que ser tan difícil. Esto es Francia. En España no existe esta posibilidad.

Yo le dije que la organización hospitalaria de nuestro país era muy complicada: que la Seguridad Social es una gran burocracia que no aceptaría pagar estos servicios a domicilio: que a los médicos tal vez no les gustaría trabajar de esta forma. Que los políticos no podrían dedicarse a un tema como éste, teniendo urgencias inmediatas que llenan las horas del Parlamento y las primeras páginas de los periódicos. Entonces, si la política no sirve para tratar un tema tan importante, me dijo, ¿para qué sirve?

La verdad es que no supe responder sobre la marcha,

misma; la muerte y la vida nunca coinciden, no llega aquella hasta que ésta se ha ido del todo; y cuando al fin llega, produce el despojo de toda *propiedad*. Pero sí que hay, puede haber, debe haber una muerte propia de quienes aman al moribundo, ya que no de él, de quienes se forjaron una *imagen* suya y esperan que la *representación* de esa muerte corresponda a aquella o que, al revés, descubra, desenmascare otra *imagen* más supuestamente verdadera. Los familiares, los amigos tienen derecho a que esta última imagen y, con ella, el final de la representación, no les sea arrebatada. Es sumamente dudoso que a los más de los hombres se les dé ocasión de asistir, bien despiertos, al venir y acercarse de su muerte. Pero en cambio, vicariamente, podemos asistir a la muerte de nuestros moribundos. Y ninguna muerte, como ninguna vida, es igual a otra muerte, a otra vida. En el caso concreto al que me estoy refiriendo, el médico de la familia, con tranquila decisión, guardó el grave espectáculo de esta muerte para aquellos a quienes estaba destinado.

Ver morir es tan importante como ver vivir. Tampoco nuestra muerte fue poseída nunca por ese *frenesí* de vida al que aludí. Se diría que la vida no le entusiasmaba, pero que la vivía y la veía pasar siempre con gusto y sonrisa alegre, una pizca burlona. En la muerte, como en la vida, nunca salió de su paso, nunca armó revuelo. No sabía conducir y como tampoco le iban las tarjetas de crédito, en América habría carecido de identidad. Pero tenía su propia identidad —la que a muchos de nosotros se diría que nos es negada— y serena, sosegada, asistida de buen juicio y buen sentido, lo miraba todo despacio y penetrante, reflexivamente, y empleaba cada rato libre en tocar, admirablemente, el piano. El piano que, como casi todos los instrumentos musicales, pertenece a esa tecnología de cultura que forma parte indivisible de una vida verdaderamente humana.

Al comenzar una nueva década tenemos que reaprender a vivir, y a volver a ser niños sí, pero no pueriles. Los artistas, los poetas y quienes asisten a su propia existencia y la narran, nos enseñarán a ello. Mas también tenemos que reaprender a legar a nuestros hijos la muerte que ellos *imaginan* que nos conviene, la que ellos presencien y no la que se nos fabrique por la industria clínica. Hace cuarenta años todo hombre de izquierda ponía su esperanza entera en la tecnología. La democracia, si de verdad ha de serlo, tiene ante sí un objetivo digno de ella: conseguir su buen empleo y el desarrollo de la tecnología que preserve, prolongue la vida y aleje la muerte cuanto se pueda, sí, pero sin escamotear ésta con embelecocos. La muerte a la *antigua* sigue siendo una buena muerte.

JOSÉ LUIS L. ARANGUREN

MORIR EN CASA

Acabo de asistir a un curso sobre la asistencia a los ancianos. Allí he aprendido que, según dice la demografía, cada día es mayor la proporción de ancianos en nuestra sociedad europea. Considerando las personas de más

de 65 años, en España representan el 10 %, en Francia el 14 %. Nuestra sociedad es cada vez más vieja, no porque se alargue la duración de la vida sino sobre todo porque disminuyen los nacimientos.

Para mantener la población en situación estable se necesitaría que cada pareja humana tuviera, en promedio, 2,10 hijos. Ya se entiende que esto es un promedio. Ahora bien, parece que España, en su conjunto, es el único país europeo que alcanza este promedio, pero que Cataluña está por debajo: nuestra población envejece.

Más impresionante es todavía una cifra relativa a Francia: en los últimos 50 años se ha triplicado el número de ancianos de más de 80 años. No conozco cifras comparables a nuestro país.

En todo caso, el tema de la ancianidad se hace cada día más importante, más presente en nuestra vida real. Aunque *oficialmente* cada vez desaparecen más de la escena. Los ancianos solamente son noticia cuando se acercan las elecciones, porque entonces, como las flores se abren en primavera, cada partido político se deshace en promesas sobre pensiones de vejez, residencias, clubs, etc.

Pero no era éste el tema que quisiera comentar, con ser el de las pensiones de jubilación y vejez una permanente denuncia de nuestro egoísmo social. Quiero hablar ahora de algo muy particular, que me ha hecho pensar varios días: me refiero al *servicio hospitalario a domicilio*. En varios países de Europa se practica desde hace años este servicio que permite a una persona anciana que sufre una larga enfermedad, ser asistida médicamente sin abandonar su domicilio.

UN EJEMPLO FRANCÉS

Tal vez alguien pueda pensar que éste es un tema muy técnico para traerlo a estas columnas. Cuando yo oía al profesor de Gerontología hablar sobre este tema, pensaba en una amiga de la familia que murió no hace mucho en su casa, cerca de París, después de una larga enfermedad de más de un año. Pasó algunas semanas, al principio, en el hospital; después, ya hecho el diagnóstico, consiguió poder volver a su casa. Periódicamente recibía visita médica, con tratamientos a domicilio. Pudo convivir con su marido durante todo este tiempo hasta que murió. Murió en su casa, con su familia, con sus hijos y nietos.

Todo esto es imposible en un hospital. Padeecer una larga enfermedad y vivirla en un hospital cuando se tiene una edad avanzada, en régimen casi de cuartel, que mantiene alejados a los familiares, amigos y, en todo caso, a los niños, es enterrarse en vida. El marido, pocas semanas después de la muerte, me decía: todo el mundo debería tener derecho a esto. No comprendo por qué tiene que ser tan difícil. Esto es Francia. En España no existe esta posibilidad.

Yo le dije que la organización hospitalaria de nuestro país era muy complicada: que la Seguridad Social es una gran burocracia que no aceptaría pagar estos servicios a domicilio: que a los médicos tal vez no les gustaría trabajar de esta forma. Que los políticos no podrían dedicarse a un tema como éste, teniendo urgencias inmediatas que llenan las horas del Parlamento y las primeras páginas de los periódicos. Entonces, si la política no sirve para tratar un tema tan importante, me dijo, ¿para qué sirve?

La verdad es que no supe responder sobre la marcha,

aunque el tema me hizo pensar. Hace pensar, por ejemplo, el hecho de que este tipo de servicio hospitalario a domicilio es más barato, mucho más barato, que el que se presta en el hospital. ¿Por qué entonces, si es más humano y más barato, no se pone en marcha?

También he pensado que en realidad, quienes deberían tener la iniciativa en el tema no deberían ser los políticos, sino los profesionales. ¿Qué pasaría si un hospital de Barcelona estudiara el tema, formara un equipo capaz de realizarlo y propusiera una operación piloto a la Seguridad Social? Se trataría simplemente de ensayar con algunos pacientes, que lo solicitaran, verificar si el resultado es correcto y preparar una normativa general para practicarlo en cualquier centro. ¿Qué pasaría si un grupo de profesionales de la medicina lo intentara?

Tal vez me dirá alguien que lo que pasaría es que la burocracia de la Seguridad Social no lo aceptaría. O tal vez que la propia burocracia del hospital pondría dificultades. Bien, entonces sí que podrían intervenir los políticos, interpelar, presionar, pedir explicaciones.

FALTA DE INICIATIVA

Lo que pasa ahora es que no pasa nada y esto es grave. Ni hay iniciativas ni la Administración las rechaza. Así, no se puede progresar, no se puede gobernar un país. Si cada sector profesional está simplemente a la defensiva, preocupado por su supervivencia diaria, perdemos oportunidades de hacer un país más próspero y más humano. Si antes de dar un paso, o plantear una iniciativa, ya estamos convencidos de que no se puede cambiar nada, que hay demasiados intereses creados, el porvenir será triste. Porque significa que hemos perdido la sensibilidad, que cerramos los ojos a la realidad, que nos llenamos la boca de discursos humanitarios mientras cerramos los ojos ante el vecino o el pariente que vive los últimos meses de su vida en una cama de hospital, separado de sus amigos, de sus parientes, de sus nietos. Y, además, con un coste mucho más caro que si estuviera en su casa.

No obstante, la realidad no es que seamos unos monstruos insensibles. Ni los parientes que aceptan con fatalismo la única solución que se les ofrece y que es el internamiento en el hospital, ya que no pueden ellos solos atender al paciente en su casa. Ni los médicos que funcionan dentro del hospital y que saben que en muchos casos sería posible este tipo de asistencia. Ni los administradores de la Seguridad Social, que bastantes problemas ya tienen con manejar este gran complejo burocrático. Ni los políticos, que, tal vez, temen que si intervienen por su cuenta a lo mejor lo estropean más todavía. Nadie es un monstruo y todos encajamos en un sistema monstruosamente insensible a las vivencias íntimas del individuo enfermo.

No se trata, pues, de buscar culpables, sino de analizar el sistema, de criticarlo convenientemente, de proponer fórmulas para mejorarlo y transformarlo. Sin violencias innecesarias, pero con decisión y solidaridad; todos tenemos pendiente un debate urgente, que no tiene espera. Nadie puede considerarse libre de responsabilidad.

SANTIAGO GUILLÉN
Ingeniero
El Noticiero Universal

LA DIFUSION DE UNA «GUIA DE AUTOELIMINACION»

«Si estás decidido a suicidarte, tienes derecho a saber cómo hacerlo sin sufrir, y con dignidad», dice la asociación británica *Exit*, que defiende la eutanasia voluntaria. De manera que, por mayoría abrumadora, decidieron publicar un panfleto en el que se describen minuciosamente cinco formas de suicidio.

La *Guía de la Autoeliminación* no intenta convencer a nadie de que se quite la vida. Todo lo contrario, veinte de sus treinta páginas están dedicadas a disuadir a suicidas potenciales. Ahora bien, el lector que no resulte convencido por esos consejos, encuentra al final cinco métodos, limpios y cómodos, de *autoeliminación*: Por asfixia, electrocución, tomando tales dosis de medicamentos. *Exit* no sólo se preocupa de que quien quiera pasar a mejor vida lo haga con el máximo de confort: también tiene en cuenta que dé el mínimo de lata a los demás. Así recomienda a los que vayan a suicidarse en un hotel, que dejen una carta pidiendo disculpas por las molestias que van a causar.

CRITICAS

Aun cuando la *Guía* no va a aparecer en los kioscos y su distribución se limitará a los socios que tengan tres meses de antigüedad y que se comprometan por escrito a no divulgarla, está provocando una polémica seria en Gran Bretaña. *Exit* alega que la gente tiene *derecho a la muerte*, respeto a la libertad de cada uno, incluso en esto, dicen. Hay personas para las que la vida se ha vuelto insoportable, es un acto de clemencia ayudarles a morir, dicen.

Al otro lado de la discusión están quienes argumentan que muchas personas piensan en quitarse la vida cuando están en medio de una depresión pasajera —según las estadísticas de la asociación *Los Samaritanos*, la inmensa mayoría de los suicidas frustrados están contentos de haber fallado— y con la guía en la mano es más fácil que consigan matarse. Como es más fácil que lleguen hasta el fin ese alto porcentaje que hace un intento de suicidio en plan grito de «hacerme caso, por favor». Dentro de *Exit*, la *Guía de autoeliminación* ha sido también un tema conflictivo. En agosto, la ejecutiva decidió no distribuirla en Inglaterra: temían dar con sus huesos en la cárcel. Las leyes inglesas no castigan a quienes intentan quitarse la vida, pero prevé penas de hasta catorce años de prisión a quienes les ayuden.

El número de afiliados de *Exit* se había multiplicado por siete desde el anuncio de que iba a imprimirse el panfleto, de modo que la base se rebeló. O. K. dijo la ejecutiva, haremos una asamblea en octubre para revisar el tema. Normalmente no van más de cincuenta socios a las asambleas: a ésta asistieron setecientos. Votaron a favor de cambiar la ejecutiva y de distribuir la *Guía*.

Nicholas Reed, secretario general de *Exit* piensa que, aun cuando corren el riesgo de ser procesados y encarcelados, «lo más probable es que se limiten a ponernos una multa». Tal vez el señor Reed está siendo demasiado optimista. De todos modos, si la autoridad no lo impide,

aunque el tema me hizo pensar. Hace pensar, por ejemplo, el hecho de que este tipo de servicio hospitalario a domicilio es más barato, mucho más barato, que el que se presta en el hospital. ¿Por qué entonces, si es más humano y más barato, no se pone en marcha?

También he pensado que en realidad, quienes deberían tener la iniciativa en el tema no deberían ser los políticos, sino los profesionales. ¿Qué pasaría si un hospital de Barcelona estudiara el tema, formara un equipo capaz de realizarlo y propusiera una operación piloto a la Seguridad Social? Se trataría simplemente de ensayar con algunos pacientes, que lo solicitaran, verificar si el resultado es correcto y preparar una normativa general para practicarlo en cualquier centro. ¿Qué pasaría si un grupo de profesionales de la medicina lo intentara?

Tal vez me dirá alguien que lo que pasaría es que la burocracia de la Seguridad Social no lo aceptaría. O tal vez que la propia burocracia del hospital pondría dificultades. Bien, entonces sí que podrían intervenir los políticos, interpelar, presionar, pedir explicaciones.

FALTA DE INICIATIVA

Lo que pasa ahora es que no pasa nada y esto es grave. Ni hay iniciativas ni la Administración las rechaza. Así, no se puede progresar, no se puede gobernar un país. Si cada sector profesional está simplemente a la defensiva, preocupado por su supervivencia diaria, perdemos oportunidades de hacer un país más próspero y más humano. Si antes de dar un paso, o plantear una iniciativa, ya estamos convencidos de que no se puede cambiar nada, que hay demasiados intereses creados, el porvenir será triste. Porque significa que hemos perdido la sensibilidad, que cerramos los ojos a la realidad, que nos llenamos la boca de discursos humanitarios mientras cerramos los ojos ante el vecino o el pariente que vive los últimos meses de su vida en una cama de hospital, separado de sus amigos, de sus parientes, de sus nietos. Y, además, con un coste mucho más caro que si estuviera en su casa.

No obstante, la realidad no es que seamos unos monstruos insensibles. Ni los parientes que aceptan con fatalismo la única solución que se les ofrece y que es el internamiento en el hospital, ya que no pueden ellos solos atender al paciente en su casa. Ni los médicos que funcionan dentro del hospital y que saben que en muchos casos sería posible este tipo de asistencia. Ni los administradores de la Seguridad Social, que bastantes problemas ya tienen con manejar este gran complejo burocrático. Ni los políticos, que, tal vez, temen que si intervienen por su cuenta a lo mejor lo estropean más todavía. Nadie es un monstruo y todos encajamos en un sistema monstruosamente insensible a las vivencias íntimas del individuo enfermo.

No se trata, pues, de buscar culpables, sino de analizar el sistema, de criticarlo convenientemente, de proponer fórmulas para mejorarlo y transformarlo. Sin violencias innecesarias, pero con decisión y solidaridad; todos tenemos pendiente un debate urgente, que no tiene espera. Nadie puede considerarse libre de responsabilidad.

SANTIAGO GUILLÉN
Ingeniero
El Noticiero Universal

LA DIFUSION DE UNA «GUIA DE AUTOELIMINACION»

«Si estás decidido a suicidarte, tienes derecho a saber cómo hacerlo sin sufrir, y con dignidad», dice la asociación británica *Exit*, que defiende la eutanasia voluntaria. De manera que, por mayoría abrumadora, decidieron publicar un panfleto en el que se describen minuciosamente cinco formas de suicidio.

La *Guía de la Autoeliminación* no intenta convencer a nadie de que se quite la vida. Todo lo contrario, veinte de sus treinta páginas están dedicadas a disuadir a suicidas potenciales. Ahora bien, el lector que no resulte convencido por esos consejos, encuentra al final cinco métodos, limpios y cómodos, de *autoeliminación*: Por asfixia, electrocución, tomando tales dosis de medicamentos. *Exit* no sólo se preocupa de que quien quiera pasar a mejor vida lo haga con el máximo de confort: también tiene en cuenta que dé el mínimo de lata a los demás. Así recomienda a los que vayan a suicidarse en un hotel, que dejen una carta pidiendo disculpas por las molestias que van a causar.

CRITICAS

Aun cuando la *Guía* no va a aparecer en los kioscos y su distribución se limitará a los socios que tengan tres meses de antigüedad y que se comprometan por escrito a no divulgarla, está provocando una polémica seria en Gran Bretaña. *Exit* alega que la gente tiene *derecho a la muerte*, respeto a la libertad de cada uno, incluso en esto, dicen. Hay personas para las que la vida se ha vuelto insostenible, es un acto de clemencia ayudarles a morir, dicen.

Al otro lado de la discusión están quienes argumentan que muchas personas piensan en quitarse la vida cuando están en medio de una depresión pasajera —según las estadísticas de la asociación *Los Samaritanos*, la inmensa mayoría de los suicidas frustrados están contentos de haber fallado— y con la guía en la mano es más fácil que consigan matarse. Como es más fácil que lleguen hasta el fin ese alto porcentaje que hace un intento de suicidio en plan grito de «hacerme caso, por favor». Dentro de *Exit*, la *Guía de autoeliminación* ha sido también un tema conflictivo. En agosto, la ejecutiva decidió no distribuirla en Inglaterra: temían dar con sus huesos en la cárcel. Las leyes inglesas no castigan a quienes intentan quitarse la vida, pero prevé penas de hasta catorce años de prisión a quienes les ayuden.

El número de afiliados de *Exit* se había multiplicado por siete desde el anuncio de que iba a imprimirse el panfleto, de modo que la base se rebeló. O. K. dijo la ejecutiva, haremos una asamblea en octubre para revisar el tema. Normalmente no van más de cincuenta socios a las asambleas: a ésta asistieron setecientos. Votaron a favor de cambiar la ejecutiva y de distribuir la *Guía*.

Nicholas Reed, secretario general de *Exit* piensa que, aun cuando corren el riesgo de ser procesados y encarcelados, «lo más probable es que se limiten a ponernos una multa». Tal vez el señor Reed está siendo demasiado optimista. De todos modos, si la autoridad no lo impide,

unos cuantos cientos o quizá miles de británicos van a recibir la *Guía de autoeliminación*, justo en los mismos días en que sus buzones empiezan a llenarse con tarjetas deseándoles felices navidades y un buen año nuevo.

BEATRIZ IRABURU
El Correo Español - El Pueblo Vasco
21 de octubre de 1980

LOS AVANCES SANITARIOS NO ALARGAN LA ESPERANZA DE VIDA

La sanidad en el Estado y en las autonomías, fue el tema de la conferencia que pronunció el ex consejero de Sanidad de la Generalitat, en el Colegio de Médicos de Vizcaya, dentro del curso *Análisis y perspectivas de la asistencia sanitaria*.

—Desde el análisis político y económico actual, ¿cómo cree que será el sistema de salud de este país?

—A mi modo de entender existen dos opciones claras: una propia de un sistema neoliberal, en la que el gasto público quedaría reducido, lo que significa que el presupuesto de la Seguridad Social se recortaría a favor de una privatización de la medicina; y otra posibilidad en función de un sistema socialdemócrata, en el que el Estado se compromete a mantener el bienestar de la población y por lo tanto a apoyar al sector público. Por el momento parece que la actual política económica del Gobierno ha abandonado los aspectos más duros de la primera opción, que representó durante su mandato Abril Martorell.

—¿Existe una correlación entre el gasto sanitario y el nivel de salud?

—Se ha demostrado que en los países desarrollados no es mejor la salud con un gasto mayor. Se sabe que el nivel de salud medio depende más de factores extrasanitarios, como son la educación, el nivel de ingresos y otros conceptos. En realidad cuando avanza la sanidad, lo que ocurre es que vivimos mejor la enfermedad, pero no hemos alargado la esperanza de vida. Sin embargo, el desarrollo de la sanidad ha influido muy directamente con la reducción de la mortalidad infantil. En definitiva, reducir hoy el gasto sanitario es casi imposible, pues la población ha conocido ya un mejor tratamiento a su enfermedad, al que ya no está dispuesta a renegar.

—¿Qué proyecto defiende la Generalitat para asumir el gobierno de la Seguridad Social?

—Nosotros partimos de la realidad de que la S. S. es una caja única y, por lo tanto, defendemos un sistema de entidades gestoras autónomas, pero formando parte del sistema del Estado. La fórmula sería calcular el presupuesto necesario a partir de distintos parámetros y establecer así la cantidad a pagar por el Estado. Pensamos que la fragmentación de la S. S. es irrealizable.

—Dado el gasto actual de la S. S., existen algunas corrientes que se inclinan por la privatización de la medicina como solución solvente. ¿Cuál es su opinión en este sentido?

—El retorno a la medicina privada es un claro retro-

ceso por muy diversos motivos. En primer lugar la medicina privada sólo se encarga de la asistencia médica y, por supuesto, la salud de la población es mucho más: los programas de educación sanitaria, la medicina preventiva... quedan olvidados en este sistema. Además, hay que tener en cuenta que todos los ciudadanos no tienen posibilidad de pagar los honorarios de un ilustre facultativo, y es ahí donde nace el primer problema humanitario que hay que solventar.

El doctor Espasa es uno de los políticos que más ha demostrado su preocupación por la educación sanitaria; durante su mandato en la Consejería desarrolló distintas campañas orientadas a la población escolar a través del carnet escolar, lo mismo que inició una campaña de planificación familiar.

TERESA DOUEIL
El Correo Español - El Pueblo Vasco
9 de octubre de 1980

DERECHOS DEL MORIBUNDO

— Tengo el derecho a ser tratado como una persona humana hasta que me muera.

— Tengo el derecho de conservar un sentimiento de esperanza, sea cual sea el cambio que pueda sobrevenir.

— Tengo el derecho de ser cuidado por aquéllos y aquéllas que son capaces de conservar ese sentimiento de confianza, sea cual sea el cambio que pueda llegar.

— Tengo el derecho de expresar, a mi manera, mis sentimientos y mis emociones frente a mi propia muerte.

— Tengo el derecho a participar en las decisiones referentes a mis cuidados.

— Tengo el derecho de esperar una atención médica continua y una continuidad de cuidados, incluso si los objetivos de curación deban ser cambiados por objetivos de soporte.

— Tengo el derecho de no morir solo.

— Tengo el derecho de ser aliviado en mi dolor.

— Tengo el derecho de que se me conteste honradamente a mis preguntas.

— Tengo el derecho de no ser engañado.

— Tengo el derecho, al aceptar mi muerte, de recibir la ayuda de mi familia y que ésta sea también ayudada.

— Tengo el derecho de morir en paz y con dignidad.

— Tengo el derecho de conservar mi individualidad y de no ser juzgado por mis decisiones, que pueden ser contrarias a las creencias de los demás.

— Tengo el derecho de discutir y profundizar mi experiencia religiosa y espiritual, sea cual sea su significación para los demás.

— Tengo el derecho de esperar que la dignidad de mi cuerpo sea respetada después de mi muerte.

— Tengo el derecho a ser cuidado por personas sensibles, motivadas, competentes, intentando comprender mis necesidades y sintiendo una satisfacción personal en la ayuda que me presten frente a la muerte.

[Traducción del texto de A. BARBUS, *The Dying Person's Bill of Rights* American Journal of Nursing, LXXV (Enero 1975).]

unos cuantos cientos o quizá miles de británicos van a recibir la *Guía de autoeliminación*, justo en los mismos días en que sus buzones empiezan a llenarse con tarjetas deseándoles felices navidades y un buen año nuevo.

BEATRIZ IRABURU
El Correo Español - El Pueblo Vasco
21 de octubre de 1980

LOS AVANCES SANITARIOS NO ALARGAN LA ESPERANZA DE VIDA

La sanidad en el Estado y en las autonomías, fue el tema de la conferencia que pronunció el ex consejero de Sanidad de la Generalitat, en el Colegio de Médicos de Vizcaya, dentro del curso *Análisis y perspectivas de la asistencia sanitaria*.

—Desde el análisis político y económico actual, ¿cómo cree que será el sistema de salud de este país?

—A mi modo de entender existen dos opciones claras: una propia de un sistema neoliberal, en la que el gasto público quedaría reducido, lo que significa que el presupuesto de la Seguridad Social se recortaría a favor de una privatización de la medicina; y otra posibilidad en función de un sistema socialdemócrata, en el que el Estado se compromete a mantener el bienestar de la población y por lo tanto a apoyar al sector público. Por el momento parece que la actual política económica del Gobierno ha abandonado los aspectos más duros de la primera opción, que representó durante su mandato Abril Martorell.

—¿Existe una correlación entre el gasto sanitario y el nivel de salud?

—Se ha demostrado que en los países desarrollados no es mejor la salud con un gasto mayor. Se sabe que el nivel de salud medio depende más de factores extrasanitarios, como son la educación, el nivel de ingresos y otros conceptos. En realidad cuando avanza la sanidad, lo que ocurre es que vivimos mejor la enfermedad, pero no hemos alargado la esperanza de vida. Sin embargo, el desarrollo de la sanidad ha influido muy directamente con la reducción de la mortalidad infantil. En definitiva, reducir hoy el gasto sanitario es casi imposible, pues la población ha conocido ya un mejor tratamiento a su enfermedad, al que ya no está dispuesta a renegar.

—¿Qué proyecto defiende la Generalitat para asumir el gobierno de la Seguridad Social?

—Nosotros partimos de la realidad de que la S. S. es una caja única y, por lo tanto, defendemos un sistema de entidades gestoras autónomas, pero formando parte del sistema del Estado. La fórmula sería calcular el presupuesto necesario a partir de distintos parámetros y establecer así la cantidad a pagar por el Estado. Pensamos que la fragmentación de la S. S. es irrealizable.

—Dado el gasto actual de la S. S., existen algunas corrientes que se inclinan por la privatización de la medicina como solución solvente. ¿Cuál es su opinión en este sentido?

—El retorno a la medicina privada es un claro retro-

ceso por muy diversos motivos. En primer lugar la medicina privada sólo se encarga de la asistencia médica y, por supuesto, la salud de la población es mucho más: los programas de educación sanitaria, la medicina preventiva... quedan olvidados en este sistema. Además, hay que tener en cuenta que todos los ciudadanos no tienen posibilidad de pagar los honorarios de un ilustre facultativo, y es ahí donde nace el primer problema humanitario que hay que solventar.

El doctor Espasa es uno de los políticos que más ha demostrado su preocupación por la educación sanitaria; durante su mandato en la Consejería desarrolló distintas campañas orientadas a la población escolar a través del carnet escolar, lo mismo que inició una campaña de planificación familiar.

TERESA DOUEIL
El Correo Español - El Pueblo Vasco
9 de octubre de 1980

DERECHOS DEL MORIBUNDO

— Tengo el derecho a ser tratado como una persona humana hasta que me muera.

— Tengo el derecho de conservar un sentimiento de esperanza, sea cual sea el cambio que pueda sobrevenir.

— Tengo el derecho de ser cuidado por aquéllos y aquéllas que son capaces de conservar ese sentimiento de confianza, sea cual sea el cambio que pueda llegar.

— Tengo el derecho de expresar, a mi manera, mis sentimientos y mis emociones frente a mi propia muerte.

— Tengo el derecho a participar en las decisiones referentes a mis cuidados.

— Tengo el derecho de esperar una atención médica continua y una continuidad de cuidados, incluso si los objetivos de curación deban ser cambiados por objetivos de soporte.

— Tengo el derecho de no morir solo.

— Tengo el derecho de ser aliviado en mi dolor.

— Tengo el derecho de que se me conteste honradamente a mis preguntas.

— Tengo el derecho de no ser engañado.

— Tengo el derecho, al aceptar mi muerte, de recibir la ayuda de mi familia y que ésta sea también ayudada.

— Tengo el derecho de morir en paz y con dignidad.

— Tengo el derecho de conservar mi individualidad y de no ser juzgado por mis decisiones, que pueden ser contrarias a las creencias de los demás.

— Tengo el derecho de discutir y profundizar mi experiencia religiosa y espiritual, sea cual sea su significación para los demás.

— Tengo el derecho de esperar que la dignidad de mi cuerpo sea respetada después de mi muerte.

— Tengo el derecho a ser cuidado por personas sensibles, motivadas, competentes, intentando comprender mis necesidades y sintiendo una satisfacción personal en la ayuda que me presten frente a la muerte.

[Traducción del texto de A. BARBUS, *The Dying Person's Bill of Rights* American Journal of Nursing, LXXV (Enero 1975).]

unos cuantos cientos o quizá miles de británicos van a recibir la *Guía de autoeliminación*, justo en los mismos días en que sus buzones empiezan a llenarse con tarjetas deseándoles felices navidades y un buen año nuevo.

BEATRIZ IRABURU
El Correo Español - El Pueblo Vasco
21 de octubre de 1980

LOS AVANCES SANITARIOS NO ALARGAN LA ESPERANZA DE VIDA

La sanidad en el Estado y en las autonomías, fue el tema de la conferencia que pronunció el ex consejero de Sanidad de la Generalitat, en el Colegio de Médicos de Vizcaya, dentro del curso *Análisis y perspectivas de la asistencia sanitaria*.

—Desde el análisis político y económico actual, ¿cómo cree que será el sistema de salud de este país?

—A mi modo de entender existen dos opciones claras: una propia de un sistema neoliberal, en la que el gasto público quedaría reducido, lo que significa que el presupuesto de la Seguridad Social se recortaría a favor de una privatización de la medicina; y otra posibilidad en función de un sistema socialdemócrata, en el que el Estado se compromete a mantener el bienestar de la población y por lo tanto a apoyar al sector público. Por el momento parece que la actual política económica del Gobierno ha abandonado los aspectos más duros de la primera opción, que representó durante su mandato Abril Martorell.

—¿Existe una correlación entre el gasto sanitario y el nivel de salud?

—Se ha demostrado que en los países desarrollados no es mejor la salud con un gasto mayor. Se sabe que el nivel de salud medio depende más de factores extrasanitarios, como son la educación, el nivel de ingresos y otros conceptos. En realidad cuando avanza la sanidad, lo que ocurre es que vivimos mejor la enfermedad, pero no hemos alargado la esperanza de vida. Sin embargo, el desarrollo de la sanidad ha influido muy directamente con la reducción de la mortalidad infantil. En definitiva, reducir hoy el gasto sanitario es casi imposible, pues la población ha conocido ya un mejor tratamiento a su enfermedad, al que ya no está dispuesta a renegar.

—¿Qué proyecto defiende la Generalitat para asumir el gobierno de la Seguridad Social?

—Nosotros partimos de la realidad de que la S. S. es una caja única y, por lo tanto, defendemos un sistema de entidades gestoras autónomas, pero formando parte del sistema del Estado. La fórmula sería calcular el presupuesto necesario a partir de distintos parámetros y establecer así la cantidad a pagar por el Estado. Pensamos que la fragmentación de la S. S. es irrealizable.

—Dado el gasto actual de la S. S., existen algunas corrientes que se inclinan por la privatización de la medicina como solución solvente. ¿Cuál es su opinión en este sentido?

—El retorno a la medicina privada es un claro retro-

ceso por muy diversos motivos. En primer lugar la medicina privada sólo se encarga de la asistencia médica y, por supuesto, la salud de la población es mucho más: los programas de educación sanitaria, la medicina preventiva... quedan olvidados en este sistema. Además, hay que tener en cuenta que todos los ciudadanos no tienen posibilidad de pagar los honorarios de un ilustre facultativo, y es ahí donde nace el primer problema humanitario que hay que solventar.

El doctor Espasa es uno de los políticos que más ha demostrado su preocupación por la educación sanitaria; durante su mandato en la Consejería desarrolló distintas campañas orientadas a la población escolar a través del carnet escolar, lo mismo que inició una campaña de planificación familiar.

TERESA DOUEIL
El Correo Español - El Pueblo Vasco
9 de octubre de 1980

DERECHOS DEL MORIBUNDO

— Tengo el derecho a ser tratado como una persona humana hasta que me muera.

— Tengo el derecho de conservar un sentimiento de esperanza, sea cual sea el cambio que pueda sobrevenir.

— Tengo el derecho de ser cuidado por aquéllos y aquéllas que son capaces de conservar ese sentimiento de confianza, sea cual sea el cambio que pueda llegar.

— Tengo el derecho de expresar, a mi manera, mis sentimientos y mis emociones frente a mi propia muerte.

— Tengo el derecho a participar en las decisiones referentes a mis cuidados.

— Tengo el derecho de esperar una atención médica continua y una continuidad de cuidados, incluso si los objetivos de curación deban ser cambiados por objetivos de soporte.

— Tengo el derecho de no morir solo.

— Tengo el derecho de ser aliviado en mi dolor.

— Tengo el derecho de que se me conteste honradamente a mis preguntas.

— Tengo el derecho de no ser engañado.

— Tengo el derecho, al aceptar mi muerte, de recibir la ayuda de mi familia y que ésta sea también ayudada.

— Tengo el derecho de morir en paz y con dignidad.

— Tengo el derecho de conservar mi individualidad y de no ser juzgado por mis decisiones, que pueden ser contrarias a las creencias de los demás.

— Tengo el derecho de discutir y profundizar mi experiencia religiosa y espiritual, sea cual sea su significación para los demás.

— Tengo el derecho de esperar que la dignidad de mi cuerpo sea respetada después de mi muerte.

— Tengo el derecho a ser cuidado por personas sensibles, motivadas, competentes, intentando comprender mis necesidades y sintiendo una satisfacción personal en la ayuda que me presten frente a la muerte.

[Traducción del texto de A. BARBUS, *The Dying Person's Bill of Rights* American Journal of Nursing, LXXV (Enero 1975).]

EXAMEN ESPECIAL DE LA HUELGA SANITARIA

Se entiende por *huelga* la cesación colectiva y concertada de trabajo por parte de los trabajadores con objeto de obtener determinadas condiciones de sus patronos y ejercer presión sobre los mismos.

La huelga se basa en el principio de la libertad de trabajo. La huelga lícita (admitida por el legislador) no disuelve o resuelve el contrato de trabajo; sólo suspende sus efectos. No es un *conflicto de trabajo*, sino una consecuencia de un conflicto de trabajo y que tiende, por tanto, a influir sobre el conflicto mismo.

La huelga se justifica como legítima defensa ante la defectuosa organización del trabajo por el empresario o ante el injusto tratamiento (social o económico) del trabajador.

La huelga puede ser *lícita* (si está admitida por el legislador) o *ilícita* (si está prohibida). La huelga lícita puede ser *legal* (si se ajusta en su tramitación y desarrollo a los requisitos dispuestos) o *ilegal* (si los vulnera).

En España, tras muchos años de prohibición y sanción de la huelga como delito, actualmente es lícita. El artículo 28,2 de la Constitución dice: «Se reconoce el derecho a la huelga de los trabajadores para la defensa de sus intereses». Y añade: «La ley que regule el ejercicio de este derecho establecerá las garantías precisas para asegurar el mantenimiento de los servicios esenciales de la comunidad». Es preciso subrayar:

1.º Que no se trata de un *hecho* tolerado, o simplemente reconocido y no sancionado, sino de un *derecho*.

2.º Que la huelga es un estado *anormal* en la relación de trabajo.

3.º Que la huelga *legal* comporta el aseguramiento de los servicios esenciales (es decir, indispensables) de la comunidad.

4.º Que todo ello debe estar desarrollado por ley inferior a la Constitución.

Como quiera que aún no se ha desarrollado la Constitución, continúa vigente la disposición que legalizó la huelga en España: real decreto-ley 17/77, de 4 de marzo.

En síntesis dispone que los trabajadores pueden decidir, sin necesidad de apurar otras instancias, el cuándo de la cesación concertada de trabajo, mediante preaviso; reconoce la posibilidad de huelga en las empresas encargadas de servicios públicos, y a los comités de huelga como órganos de representación de los trabajadores en conflicto, y legitima la huelga como acción de apoyo a reivindicaciones colectivas y al convenio como auténtico instrumento de paz social.

El derecho a la huelga sólo puede ejercerse en los términos del decreto-ley. La declaración de huelga exige adopción de acuerdo expreso en cada centro de trabajo por decisión mayoritaria, recogida en acta. El *acuerdo de declaración* deberá comunicarse por escrito al empresario y a la autoridad laboral por los representantes de los trabajadores con cinco días de antelación, al menos, a la fecha de iniciación, indicando objetivos, gestiones realizadas, fecha de inicio y composición del comité de huelga.

El ejercicio del derecho a la huelga no extingue la relación de trabajo *ni puede dar lugar a sanción alguna*, salvo

que el trabajador incurra en falta durante la misma.

El comité de huelga habrá de garantizar durante la misma la prestación de los servicios necesarios para la seguridad de las personas y las cosas.

Veamos ahora, particularmente, la *huelga sanitaria*. Hay dos coordenadas fundamentales: primera, que afecta a servicios públicos de primera necesidad; segunda, que por el alto sentido deontológico de la profesión, la tradición liberal del ejercicio médico y la primordial preocupación del médico por el enfermo, la huelga sanitaria se presenta como recurso extraordinario y extremo, y, únicamente, dentro de la prestación profesional asalariada.

A pesar de la continua degradación que algunos sistemas de Seguridad Social han operado sobre la profesión médica, las huelgas sanitarias son excepción. No obstante, no parece haber ninguna objeción seria, ética o jurídica a la huelga sanitaria, siempre que la huelga garantice, según los criterios de las Ordenes Médicas Europeas:

1) A los enfermos ya en tratamiento, la continuación de los cuidados *necesarios*.

2) A todos, la asistencia que el médico juzgue en conciencia *indispensable*.

Una huelga que implicare el abandono grave y total del ejercicio de la medicina no podría nunca estar justificada; sin embargo, la propia defensa de la mejor salud pública, de los principios esenciales de la deontología y de la dignidad de la profesión, en circunstancias especiales, pueden obligar a los médicos a una limitación parcial y temporal de la asistencia habitual.

Y los ciudadanos tienen que comprenderlo, porque los médicos son también trabajadores. De otro modo, se abre una brecha en los principios de igualdad, de sindicación y de unidad de los trabajadores.

En nuestro derecho no existe excepción alguna de legalidad para la huelga sanitaria; ni a nivel constitucional ni a nivel del decreto-ley antes citado. La huelga sanitaria es, en principio, lícita. Y será legal, si guarda los requisitos que la ley previene.

Respecto de los requisitos generales, únicamente le afectan particularmente que, por tratarse de *servicio público*, el preaviso del comienzo de la huelga habrá de ser de diez días (en vez de cinco, y, además de comunicarse al empresario y a la autoridad laboral, habrá de dársele la publicidad necesaria para que sea conocida por los usuarios; garantizando en todo caso durante la misma la prestación de los servicios necesarios.

Un real decreto (número 156/79, de 2 de febrero) acaba de interpretar el derecho a la huelga de los sanitarios (limitándola), al exigir la «normal prestación de los servicios» durante la huelga para considerarla legal. Esto es una aporía: la huelga es una situación anormal; si se condiciona la legalidad a la normalidad, se aborta el derecho a la huelga. Ni la Constitución ni el decreto ley 17/77 exigen *normalidad*, sino continuidad en los servicios *indispensables*, garantía de personas y cosas, seguridad de lo esencial. Quizás se trate de inercia de períodos legislativos anteriores. La declaración XI del Fuero del Trabajo decía: «Los actos individuales o colectivos que de algún modo turben la *normalidad* de la producción o atenten contra ella serán considerados como delitos de lesa patria». En el proyecto de decreto sobre Gobierno, Administración y garantías de los usuarios de hospitales, también figuraba

la normalidad como requisito de licitud y legalidad, aunque afortunadamente se eliminó tal condicionamiento (R. D. 2082/78, de 25-8). Es inevitable cuando se echa vino nuevo en odres viejos.

Según el principio de jerarquía normativa, no puede prevalecer un decreto contra un decreto ley, y menos frente a la Constitución, ley fundamental. Lo dice la propia Constitución (art. 9,3). Lo decían incluso las antiguas leyes fundamentales: «Los españoles tienen derecho a la seguridad jurídica; todos los órganos del Estado actuarán conforme a un orden jerárquico de normas preestablecidas, que no podrán arbitrariamente ser interpretadas ni alteradas» (art. 17, Fuero de los Españoles). Mucho menos podría prevalecer frente al derecho garantizado por la Constitución la interpretación de un Gobierno Civil.

El Instituto Nacional de Previsión, entidad gestora de la Seguridad Social, actúa como empresario del servicio público de la salud. En su actuación está sujeta, como sus trabajadores, a la ley. Y la Constitución (art. 105) garantiza la «audiencia de los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones y asociaciones reconocidas por la ley, en el procedimiento de elaboración de las disposiciones administrativas que les afecten». Si en verdad la permanente situación conflictiva con el personal —no funcionario— a su servicio creada por la empresa gestora de la Seguridad Social, con actuaciones unilaterales o arbitrarias, prescindiendo de convenio, obligase a su personal a la declaración de huelga, en justa defensa de la mejor ordenación de la salud pública, de los principios deontológicos y de los legítimos derechos e intereses de los trabajadores de la sanidad, la huelga será lícita. Además de lícita será legal, si se declara y tramita con arreglo al decreto-ley 17/77. Y, a mayor abundamiento, será ética si cuida de asegurar a los enfermos en tratamiento la continuidad de los cuidados necesarios y a todos los ciudadanos la asistencia que el médico juzgue en conciencia urgente o indispensable.

ANTONIO DE LORENZO
Abogado

REGULACION DE LAS HUELGAS DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

a) Publicidad

El comité de huelga dará la máxima publicidad a la declaración de la huelga con la necesaria antelación, a fin de que sea suficientemente reconocida por los usuarios de la asistencia sanitaria, para lo que se facilitará amplia información a los medios de comunicación social que cubran el ámbito correspondiente a la huelga.

b) Preaviso a enfermos y pacientes

A los enfermos cuya consulta estuviese programada se les deberá enviar por el comité de huelga comunicación

por el medio más idóneo en cada caso, en el plazo más breve posible.

A estos efectos la Dirección del centro facilitará los antecedentes necesarios y no se opondrá a que el Comité de Huelga use a estos efectos los medios materiales necesarios o recabe la colaboración del personal imprescindible.

En todo caso se mantienen los ingresos programados de enfermos que tengan su domicilio fuera de la provincia en que esté situado el Centro en conflicto.

c) Mínimos asistenciales

Los mínimos asistenciales a fijar en concreto por cada Centro deberán ajustarse a las siguientes bases:

1. Quedarán garantizadas las urgencias intra y extra-hospitalarias así como la asistencia de Neonatología, embarazo, parto y puerperio.

2. Quedarán igualmente garantizados los tratamientos y diagnósticos inaplazables, según los criterios de la subcomisión médica a que se refiere el apartado h), y de cuya omisión pudieran derivarse consecuencias desfavorables para los enfermos.

d) Determinación de mínimos funcionales

Los mínimos funcionales del centro se fijarán conjuntamente por una comisión formada por cuatro médicos y cuatro empleados de otras áreas funcionales designados todos por la Junta de Gobierno y otros ocho designados por el Comité de Huelga, de entre el personal del centro. Esta comisión se reunirá en la presencia del director de la Institución.

e) Determinación del porcentaje del personal para atención de mínimos

La determinación del porcentaje de la plantilla que ha de cubrir los mínimos asistenciales y funcionales se fijará por la comisión a que se refiere el apartado anterior.

f) Designación del personal para atención de mínimos

La comisión a que se refiere la instrucción d) determinará el personal que, dentro de los porcentajes que se señalan en el apartado anterior, ha de atender los servicios del centro para la cobertura de los mínimos asistenciales y funcionales.

g) Seguimiento de la huelga y vigilancia de los mínimos funcionales

El órgano a que se refiere el apartado d) efectuará el seguimiento de la huelga y la vigilancia del cumplimiento de los mínimos funcionales, pudiendo variar, si las circunstancias o duración de la huelga lo aconsejen, dichos mínimos y el porcentaje de la plantilla que ha de cubrirlos.

h) Determinación de mínimos asistenciales

La determinación de los mínimos asistenciales a que se refiere el apartado c) se efectuará por una subcomisión integrada exclusivamente por los médicos que formen parte de la comisión señalada en el apartado d).

la normalidad como requisito de licitud y legalidad, aunque afortunadamente se eliminó tal condicionamiento (R. D. 2082/78, de 25-8). Es inevitable cuando se echa vino nuevo en odres viejos.

Según el principio de jerarquía normativa, no puede prevalecer un decreto contra un decreto ley, y menos frente a la Constitución, ley fundamental. Lo dice la propia Constitución (art. 9,3). Lo decían incluso las antiguas leyes fundamentales: «Los españoles tienen derecho a la seguridad jurídica; todos los órganos del Estado actuarán conforme a un orden jerárquico de normas preestablecidas, que no podrán arbitrariamente ser interpretadas ni alteradas» (art. 17, Fuero de los Españoles). Mucho menos podría prevalecer frente al derecho garantizado por la Constitución la interpretación de un Gobierno Civil.

El Instituto Nacional de Previsión, entidad gestora de la Seguridad Social, actúa como empresario del servicio público de la salud. En su actuación está sujeta, como sus trabajadores, a la ley. Y la Constitución (art. 105) garantiza la «audiencia de los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones y asociaciones reconocidas por la ley, en el procedimiento de elaboración de las disposiciones administrativas que les afecten». Si en verdad la permanente situación conflictiva con el personal —no funcionario— a su servicio creada por la empresa gestora de la Seguridad Social, con actuaciones unilaterales o arbitrarias, prescindiendo de convenio, obligase a su personal a la declaración de huelga, en justa defensa de la mejor ordenación de la salud pública, de los principios deontológicos y de los legítimos derechos e intereses de los trabajadores de la sanidad, la huelga será lícita. Además de lícita será legal, si se declara y tramita con arreglo al decreto-ley 17/77. Y, a mayor abundamiento, será ética si cuida de asegurar a los enfermos en tratamiento la continuidad de los cuidados necesarios y a todos los ciudadanos la asistencia que el médico juzgue en conciencia urgente o indispensable.

ANTONIO DE LORENZO
Abogado

REGULACION DE LAS HUELGAS DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

a) Publicidad

El comité de huelga dará la máxima publicidad a la declaración de la huelga con la necesaria antelación, a fin de que sea suficientemente reconocida por los usuarios de la asistencia sanitaria, para lo que se facilitará amplia información a los medios de comunicación social que cubran el ámbito correspondiente a la huelga.

b) Preaviso a enfermos y pacientes

A los enfermos cuya consulta estuviese programada se les deberá enviar por el comité de huelga comunicación

por el medio más idóneo en cada caso, en el plazo más breve posible.

A estos efectos la Dirección del centro facilitará los antecedentes necesarios y no se opondrá a que el Comité de Huelga use a estos efectos los medios materiales necesarios o recabe la colaboración del personal imprescindible.

En todo caso se mantienen los ingresos programados de enfermos que tengan su domicilio fuera de la provincia en que esté situado el Centro en conflicto.

c) Mínimos asistenciales

Los mínimos asistenciales a fijar en concreto por cada Centro deberán ajustarse a las siguientes bases:

1. Quedarán garantizadas las urgencias intra y extrahospitalarias así como la asistencia de Neonatología, embarazo, parto y puerperio.

2. Quedarán igualmente garantizados los tratamientos y diagnósticos inaplazables, según los criterios de la subcomisión médica a que se refiere el apartado h), y de cuya omisión pudieran derivarse consecuencias desfavorables para los enfermos.

d) Determinación de mínimos funcionales

Los mínimos funcionales del centro se fijarán conjuntamente por una comisión formada por cuatro médicos y cuatro empleados de otras áreas funcionales designados todos por la Junta de Gobierno y otros ocho designados por el Comité de Huelga, de entre el personal del centro. Esta comisión se reunirá en la presencia del director de la Institución.

e) Determinación del porcentaje del personal para atención de mínimos

La determinación del porcentaje de la plantilla que ha de cubrir los mínimos asistenciales y funcionales se fijará por la comisión a que se refiere el apartado anterior.

f) Designación del personal para atención de mínimos

La comisión a que se refiere la instrucción d) determinará el personal que, dentro de los porcentajes que se señalan en el apartado anterior, ha de atender los servicios del centro para la cobertura de los mínimos asistenciales y funcionales.

g) Seguimiento de la huelga y vigilancia de los mínimos funcionales

El órgano a que se refiere el apartado d) efectuará el seguimiento de la huelga y la vigilancia del cumplimiento de los mínimos funcionales, pudiendo variar, si las circunstancias o duración de la huelga lo aconsejen, dichos mínimos y el porcentaje de la plantilla que ha de cubrirlos.

h) Determinación de mínimos asistenciales

La determinación de los mínimos asistenciales a que se refiere el apartado c) se efectuará por una subcomisión integrada exclusivamente por los médicos que formen parte de la comisión señalada en el apartado d).

Esta subcomisión se reunirá con la presencia del director de la Institución, basando su actuación en criterios técnico-asistenciales y durante el transcurso de la huelga será la única competente para la aplicación de los mínimos asistenciales y la alteración o modificación de los inicialmente fijados.

NORMATIVA GENERAL

— En los aspectos no recogidos en el presente acuerdo se aplicará por analogía lo dispuesto en la normativa general al respecto.

— A la vez, la Entidad Gestora acuerda con los firmantes que con carácter excepcional no se producirán descuentos derivados de las últimas huelgas iniciadas desde el día 30 de enero de 1979 hasta la fecha.

Se entiende por todas las partes firmantes de que la participación legal en la huelga no podrá implicar sanciones laborales sin perjuicio de que se dejen de percibir las retribuciones correspondientes a los servicios que hayan dejado de prestarse.

— La Entidad Gestora hace constar expresamente que la intervención de huelgas o anomalías con incumplimiento de las reglas que las regulen producirán la exigencia de las responsabilidades laborales que correspondan.

LA HUELGA EN CLINICAS Y HOSPITALES

Era de temer, tras un largo período en que el derecho a la huelga no pudo ser justamente ejercitado, que la ley del péndulo nos llevase a abusar de él hasta el perjuicio práctico de sus beneficiarios; perjuicio agravado, en nuestro caso, por la crisis económica circunstancial y por la inexperiencia de quienes deberían orientar su práctica. Solamente precisando conceptos y coartando explicables extralimitaciones evitaremos que el abuso desacredite el derecho a la huelga, por dar lugar a mayores males y por revelarse contrario a otros derechos más fundamentales en una sociedad democrática. La distinción se impone, además, cuando una misma palabra significa acciones muy diversas desde el punto de vista económico y ético. Este último preside la redacción de este artículo.

La huelga *en sentido estricto* es la suspensión del trabajo, realizada por un grupo de obreros, previo acuerdo común, con el fin de forzar los propios patronos al convenio apetecido, ya urjan en él condiciones de estricta justicia, ya aspiren a mejorar socialmente con condiciones de trabajo más humanas o con un reparto más equitativo de los beneficios. Como toda medida de fuerza y coacción, la huelga entraña peligros para el bien común y debe ser jurídicamente regulada, pero ha de ser reconocida estratégica y prácticamente necesaria para tutelar los derechos del individualmente más débil en los intereses encontrados del capital y del trabajo.

La huelga *en sentido estricto* es un arma económica, empleada en el campo económico, que interfiere exclusi-

vamente entre las partes involucradas, para establecer el equilibrio entre intereses opuestos, sólo parcialmente convergentes. Resultará económicamente beneficiosa, cuando consiga encauzar la negociación por el camino que marca la convergencia de intereses: suficiente aliciente para la inversión, cobertura estable y tan progresiva de las necesidades humanas, que mantiene vivo y creciente el interés por el rendimiento en el trabajo.

Vale la pena subrayar fuertemente que sólo el derecho a la huelga en sentido estricto posee aquella evidencia, que le ha merecido el pleno reconocimiento por parte de todas las autoridades religiosas y políticas, salvo cuando ejercen éstas dictatorialmente su poder en el Este o en el Oeste.

En sentido amplio se denomina también huelga la suspensión del trabajo por parte de los funcionarios. Sin negarles en absoluto el derecho a este recurso, ya que su situación se asemeja mucho a la de los obreros en la prosecución de unas condiciones y remuneración del trabajo cada vez más justas, es preciso reconocer que debemos atender a otros factores antes de concluir la honestidad de su ejercicio.

Cambia, en primer lugar, fundamentalmente la situación el hecho de que, en este tipo de huelgas, no es el responsable de las condiciones laborales, quien viene perjudicado por la suspensión del trabajo y por las consecuencias de un aumento en la retribución. Aquél, tanto puede prestar oídos sordos a las exigencias de justicia con perjuicio de empleados y usuarios, como ceder, por motivos políticos, a exigencias desmesuradas con perjuicio del bien común.

No está, por otra parte, al alcance de personas inexpertas en una visión macroeconómica de las finanzas decidir sobre la justicia del objetivo pretendido, pues ésta supone la participación adecuada del factor terciario en el producto nacional bruto, habida cuenta del valor económico de sus servicios. Ni basta —en una economía de mercado al menos— la simple comparación del funcionario con trabajadores de cualificación semejante en empresas no estatales, ya que el servicio público no corre el riesgo de éstas y se halla vinculado directamente al bien común.

En sentido aún más lato se denomina también huelga la negación de asistencia por parte del profesional libre. La obligada fidelidad por parte de éste y la necesaria confianza del cliente ponen estrechos límites al marco en que se puede emplear honestamente incluso en la actividad privada; mucho más, cuando el servicio profesional se ejerce en una entidad pública.

Particular gravedad reviste siempre el abandono del servicio profesional por parte del personal sanitario, aunque no deje éste de atender los casos considerados urgentes y pueda asegurar después que nadie ha muerto por culpa de la huelga. El derecho a la asistencia sanitaria ocupa un lugar privilegiado entre los de todo ciudadano, y la causa de la salud, en la que deben sentirse especialmente comprometidos los profesionales a que aludimos, implica mucho más que esquivar la responsabilidad de una muerte. Sólo a distancia del enfermo y parapetado tras las fichas de una historia clínica y de unas gráficas, pueden desconocer médicos y enfermeras el abuso de poder que supone abandonar al desvalido enfermo en la soledad y en la angustia de sus vivencias dolidas y deterioradas. Cuanto más coactivo es un medio, mayor delicadeza supone su honesto empleo. La coacción ejercida sobre el enfer-

Esta subcomisión se reunirá con la presencia del director de la Institución, basando su actuación en criterios técnico-asistenciales y durante el transcurso de la huelga será la única competente para la aplicación de los mínimos asistenciales y la alteración o modificación de los inicialmente fijados.

NORMATIVA GENERAL

— En los aspectos no recogidos en el presente acuerdo se aplicará por analogía lo dispuesto en la normativa general al respecto.

— A la vez, la Entidad Gestora acuerda con los firmantes que con carácter excepcional no se producirán descuentos derivados de las últimas huelgas iniciadas desde el día 30 de enero de 1979 hasta la fecha.

Se entiende por todas las partes firmantes de que la participación legal en la huelga no podrá implicar sanciones laborales sin perjuicio de que se dejen de percibir las retribuciones correspondientes a los servicios que hayan dejado de prestarse.

— La Entidad Gestora hace constar expresamente que la intervención de huelgas o anomalías con incumplimiento de las reglas que las regulen producirán la exigencia de las responsabilidades laborales que correspondan.

LA HUELGA EN CLINICAS Y HOSPITALES

Era de temer, tras un largo período en que el derecho a la huelga no pudo ser justamente ejercitado, que la ley del péndulo nos llevase a abusar de él hasta el perjuicio práctico de sus beneficiarios; perjuicio agravado, en nuestro caso, por la crisis económica circunstancial y por la inexperiencia de quienes deberían orientar su práctica. Solamente precisando conceptos y coartando explicables extralimitaciones evitaremos que el abuso desacredite el derecho a la huelga, por dar lugar a mayores males y por revelarse contrario a otros derechos más fundamentales en una sociedad democrática. La distinción se impone, además, cuando una misma palabra significa acciones muy diversas desde el punto de vista económico y ético. Este último preside la redacción de este artículo.

La huelga *en sentido estricto* es la suspensión del trabajo, realizada por un grupo de obreros, previo acuerdo común, con el fin de forzar los propios patronos al convenio apetecido, ya urjan en él condiciones de estricta justicia, ya aspiren a mejorar socialmente con condiciones de trabajo más humanas o con un reparto más equitativo de los beneficios. Como toda medida de fuerza y coacción, la huelga entraña peligros para el bien común y debe ser jurídicamente regulada, pero ha de ser reconocida estratégica y prácticamente necesaria para tutelar los derechos del individualmente más débil en los intereses encontrados del capital y del trabajo.

La huelga *en sentido estricto* es un arma económica, empleada en el campo económico, que interfiere exclusi-

vamente entre las partes involucradas, para establecer el equilibrio entre intereses opuestos, sólo parcialmente convergentes. Resultará económicamente beneficiosa, cuando consiga encauzar la negociación por el camino que marca la convergencia de intereses: suficiente aliciente para la inversión, cobertura estable y tan progresiva de las necesidades humanas, que mantiene vivo y creciente el interés por el rendimiento en el trabajo.

Vale la pena subrayar fuertemente que sólo el derecho a la huelga en sentido estricto posee aquella evidencia, que le ha merecido el pleno reconocimiento por parte de todas las autoridades religiosas y políticas, salvo cuando ejercen éstas dictatorialmente su poder en el Este o en el Oeste.

En sentido amplio se denomina también huelga la suspensión del trabajo por parte de los funcionarios. Sin negarles en absoluto el derecho a este recurso, ya que su situación se asemeja mucho a la de los obreros en la prosecución de unas condiciones y remuneración del trabajo cada vez más justas, es preciso reconocer que debemos atender a otros factores antes de concluir la honestidad de su ejercicio.

Cambia, en primer lugar, fundamentalmente la situación el hecho de que, en este tipo de huelgas, no es el responsable de las condiciones laborales, quien viene perjudicado por la suspensión del trabajo y por las consecuencias de un aumento en la retribución. Aquél, tanto puede prestar oídos sordos a las exigencias de justicia con perjuicio de empleados y usuarios, como ceder, por motivos políticos, a exigencias desmesuradas con perjuicio del bien común.

No está, por otra parte, al alcance de personas inexpertas en una visión macroeconómica de las finanzas decidir sobre la justicia del objetivo pretendido, pues ésta supone la participación adecuada del factor terciario en el producto nacional bruto, habida cuenta del valor económico de sus servicios. Ni basta —en una economía de mercado al menos— la simple comparación del funcionario con trabajadores de cualificación semejante en empresas no estatales, ya que el servicio público no corre el riesgo de éstas y se halla vinculado directamente al bien común.

En sentido aún más lato se denomina también huelga la negación de asistencia por parte del profesional libre. La obligada fidelidad por parte de éste y la necesaria confianza del cliente ponen estrechos límites al marco en que se puede emplear honestamente incluso en la actividad privada; mucho más, cuando el servicio profesional se ejerce en una entidad pública.

Particular gravedad reviste siempre el abandono del servicio profesional por parte del personal sanitario, aunque no deje éste de atender los casos considerados urgentes y pueda asegurar después que nadie ha muerto por culpa de la huelga. El derecho a la asistencia sanitaria ocupa un lugar privilegiado entre los de todo ciudadano, y la causa de la salud, en la que deben sentirse especialmente comprometidos los profesionales a que aludimos, implica mucho más que esquivar la responsabilidad de una muerte. Sólo a distancia del enfermo y parapetado tras las fichas de una historia clínica y de unas gráficas, pueden desconocer médicos y enfermeras el abuso de poder que supone abandonar al desvalido enfermo en la soledad y en la angustia de sus vivencias dolidas y deterioradas. Cuanto más coactivo es un medio, mayor delicadeza supone su honesto empleo. La coacción ejercida sobre el enfer-

mo es tanto más brutal, cuanto más débiles son sus posibilidades de ofrecer resistencia y menor es su responsabilidad en la situación laboral.

En los servicios de la Seguridad Social, en los hospitales de ésta, del Estado o del Municipio, y en las clínicas privadas que prestan, por delegación o contrato, asistencias semejantes, la licitud de una huelga añade a las dificultades que vimos para el caso de los funcionarios, las que acabamos de reseñar para el personal sanitario. No es fácil suponer que se dan todas las condiciones requeridas para su honestidad. ¿Dejamos así sin defensa al profesional de clínicas y hospitales? Salvo en casos de verdadera excepción, muy calculados y medidos, deben éstos recurrir a otros medios eficaces para la prosecución de sus propios derechos. Los Colegios de Médicos deberían jugar un papel decisivo. Y la pública opinión no se mostrará reacia en reconocer la justicia de su causa. Sería triste que el recurso noble a este medio se viese impedido, porque algunos colegas desean mantener ocultas las cifras y las verdaderas aspiraciones.

Sin entrar en el juicio ético de la denominada huelga política, que entraña siempre el uso de un instrumento económico fuera de su propio campo de acción, dejaría incompleto el argumento propuesto, si no denunciase aquí el peligro —demasiado manifiesto en alguna actuación reciente— de que se quiera emplear la huelga, en clínicas y servicios hospitalarios no estatales y privados, para hacer imposible ese tipo de asistencia sanitaria. Supondría un atentado contra el derecho de asociación, tan fundamental, al menos, como el de huelga en una sociedad democrática.

Corresponde al Estado —la democracia ofrece suficientes recursos para ello— y a la Corporación profesional médica regular la intervención privada en el servicio de la salud, de suerte que, por un lado, permanezca incólume el derecho de todo ciudadano a ella en condiciones médicas semejantes, y se impida, por otro, la explotación de la enfermedad por mero afán de lucro, o con remuneraciones superiores a la calificación profesional del médico, a la responsabilidad asumida, a un monto global que permita la debida y proporcionada participación de todos los grupos ciudadanos en el producto nacional.

Por su repercusión en la libertad de conciencia, las instituciones confesionales constituyen un caso particularmente delicado de asistencia sanitaria no estatal o privada. Dificultar su existencia implica una falta de respeto al pluralismo social democrático y la negación práctica del derecho de asociación en una de sus consecuencias más inmediatas.

Aunque teóricamente neutra, la ciencia médica se aplica, en la asistencia concreta de casos conflictivos, según una determinada escala de valores. Toda confesión o ideología, suficientemente compartida en la nación, tiene derecho a procurarse, en un Estado democrático, el servicio sanitario que brindará a sus adictos la asistencia apetecida de acuerdo con su propia concepción del mundo y de la vida.

Diversas entidades eclesiásticas fueron consecuentes con sus convicciones, cuando durante el pasado régimen brindaron sus locales a ideologías no compartidas, con el único fin de facilitarles el ejercicio del derecho natural de asociación. Comisiones Obreras nacieron entonces al amparo de una casa religiosa y salieron luego a la vida pública mejor organizadas que otros sindicatos de tradición más

antigua, gracias a haberse servido de locales privilegiados por su condición eclesial.

Es natural que la Iglesia —como pueden hacerlo otras confesiones e ideologías— urja, como consecuencia inmediata del derecho de asociación, el de institucionalizar el derecho autónomo —confesional o no— de la Medicina, dentro de una normativa general, que salvaguarde el derecho fundamental del ciudadano a la salud en condiciones médicamente homogéneas. Dificultar y hacer imposible el funcionamiento de tales instituciones, mediante la promoción de huelgas políticamente manipuladas, supondría, aparte las objeciones éticas indicadas, un atentado contra el derecho mismo de asociación. La autoridad deberá reaccionar con eficacia para mantener incólume el verdadero derecho de huelga, sin merma del derecho natural de todo ciudadano a la asociación, sobre todo, cuando el ejercicio de este derecho repercute incluso en el más fundamental de la libertad de conciencia.

MANUEL CUYAS, S. I.

La Vanguardia

15 de agosto de 1979

LA HUELGA DE HOSPITALES, CRUEL E INSUFRIBLE

«El derecho de los enfermos a ser cuidados tiene prioridad sobre el derecho a la huelga. El respeto por el sufrimiento humano es un principio absoluto que no puede ser violado, ni siquiera en la amargura de las controversias de los sindicatos» ha dicho el Cardenal Colombo, Arzobispo de Milán, en relación con la huelga de los 300.000 trabajadores italianos de hospitales. «Los pacientes —añadió— no deben sufrir las repercusiones de los conflictos laborales. La agravación del dolor de uno que ya está sufriendo no debe ser utilizado como medio de lucha; los derechos justos de los trabajadores han de ser defendidos buscando otros medios de presión». Y el Cardenal Colombo criticó «los grandes desequilibrios irracionales en las escalas de sueldos en Italia, que son la causa de situaciones de penuria que a todo ciudadano de pensamiento recto aparecen como crueles e insufribles, como la huelga de hospitales es sin duda cruel e insufrible». Pidió a los dirigentes del Estado «que se comprometan seriamente a proporcionar una mejor justicia distributiva que es esencial para una sociedad bien ordenada».

Los Cardenales Benelli de Florencia, y Ursi de Nápoles, tomaron actitudes similares a la del Cardenal Colombo frente a la huelga de trabajadores de los hospitales. También en Inglaterra el Cardenal de Londres Dr. Hume, Arzobispo de Westminster y los obispos de Liverpool —católico y anglicano—, hicieron referencia a las huelgas del personal sanitario pidiendo que *no sean los enfermos quienes pagen* la carencia de entendimiento entre los diversos sectores. El enfermo —pobre entre los más pobres— tiene unos derechos inalienables. Por favor, que lo paguen otros, aunque pensamos que valeroso caballero es don dinero, pero que no lo paguen los enfermos.

JOSÉ M.^a ALIMBAU
Full Dominical

mo es tanto más brutal, cuanto más débiles son sus posibilidades de ofrecer resistencia y menor es su responsabilidad en la situación laboral.

En los servicios de la Seguridad Social, en los hospitales de ésta, del Estado o del Municipio, y en las clínicas privadas que prestan, por delegación o contrato, asistencias semejantes, la licitud de una huelga añade a las dificultades que vimos para el caso de los funcionarios, las que acabamos de reseñar para el personal sanitario. No es fácil suponer que se dan todas las condiciones requeridas para su honestidad. ¿Dejamos así sin defensa al profesional de clínicas y hospitales? Salvo en casos de verdadera excepción, muy calculados y medidos, deben éstos recurrir a otros medios eficaces para la prosecución de sus propios derechos. Los Colegios de Médicos deberían jugar un papel decisivo. Y la pública opinión no se mostrará reacia en reconocer la justicia de su causa. Sería triste que el recurso noble a este medio se viese impedido, porque algunos colegas desean mantener ocultas las cifras y las verdaderas aspiraciones.

Sin entrar en el juicio ético de la denominada huelga política, que entraña siempre el uso de un instrumento económico fuera de su propio campo de acción, dejaría incompleto el argumento propuesto, si no denunciase aquí el peligro —demasiado manifiesto en alguna actuación reciente— de que se quiera emplear la huelga, en clínicas y servicios hospitalarios no estatales y privados, para hacer imposible ese tipo de asistencia sanitaria. Supondría un atentado contra el derecho de asociación, tan fundamental, al menos, como el de huelga en una sociedad democrática.

Corresponde al Estado —la democracia ofrece suficientes recursos para ello— y a la Corporación profesional médica regular la intervención privada en el servicio de la salud, de suerte que, por un lado, permanezca incólume el derecho de todo ciudadano a ella en condiciones médicas semejantes, y se impida, por otro, la explotación de la enfermedad por mero afán de lucro, o con remuneraciones superiores a la calificación profesional del médico, a la responsabilidad asumida, a un monto global que permita la debida y proporcionada participación de todos los grupos ciudadanos en el producto nacional.

Por su repercusión en la libertad de conciencia, las instituciones confesionales constituyen un caso particularmente delicado de asistencia sanitaria no estatal o privada. Dificultar su existencia implica una falta de respeto al pluralismo social democrático y la negación práctica del derecho de asociación en una de sus consecuencias más inmediatas.

Aunque teóricamente neutra, la ciencia médica se aplica, en la asistencia concreta de casos conflictivos, según una determinada escala de valores. Toda confesión o ideología, suficientemente compartida en la nación, tiene derecho a procurarse, en un Estado democrático, el servicio sanitario que brindará a sus adictos la asistencia apetecida de acuerdo con su propia concepción del mundo y de la vida.

Diversas entidades eclesiásticas fueron consecuentes con sus convicciones, cuando durante el pasado régimen brindaron sus locales a ideologías no compartidas, con el único fin de facilitarles el ejercicio del derecho natural de asociación. Comisiones Obreras nacieron entonces al amparo de una casa religiosa y salieron luego a la vida pública mejor organizadas que otros sindicatos de tradición más

antigua, gracias a haberse servido de locales privilegiados por su condición eclesial.

Es natural que la Iglesia —como pueden hacerlo otras confesiones e ideologías— urja, como consecuencia inmediata del derecho de asociación, el de institucionalizar el derecho autónomo —confesional o no— de la Medicina, dentro de una normativa general, que salvaguarde el derecho fundamental del ciudadano a la salud en condiciones médicamente homogéneas. Dificultar y hacer imposible el funcionamiento de tales instituciones, mediante la promoción de huelgas políticamente manipuladas, supondría, aparte las objeciones éticas indicadas, un atentado contra el derecho mismo de asociación. La autoridad deberá reaccionar con eficacia para mantener incólume el verdadero derecho de huelga, sin merma del derecho natural de todo ciudadano a la asociación, sobre todo, cuando el ejercicio de este derecho repercute incluso en el más fundamental de la libertad de conciencia.

MANUEL CUYAS, S. I.

La Vanguardia

15 de agosto de 1979

LA HUELGA DE HOSPITALES, CRUEL E INSUFRIBLE

«El derecho de los enfermos a ser cuidados tiene prioridad sobre el derecho a la huelga. El respeto por el sufrimiento humano es un principio absoluto que no puede ser violado, ni siquiera en la amargura de las controversias de los sindicatos» ha dicho el Cardenal Colombo, Arzobispo de Milán, en relación con la huelga de los 300.000 trabajadores italianos de hospitales. «Los pacientes —añadió— no deben sufrir las repercusiones de los conflictos laborales. La agravación del dolor de uno que ya está sufriendo no debe ser utilizado como medio de lucha; los derechos justos de los trabajadores han de ser defendidos buscando otros medios de presión». Y el Cardenal Colombo criticó «los grandes desequilibrios irracionales en las escalas de sueldos en Italia, que son la causa de situaciones de penuria que a todo ciudadano de pensamiento recto aparecen como crueles e insufribles, como la huelga de hospitales es sin duda cruel e insufrible». Pidió a los dirigentes del Estado «que se comprometan seriamente a proporcionar una mejor justicia distributiva que es esencial para una sociedad bien ordenada».

Los Cardenales Benelli de Florencia, y Ursi de Nápoles, tomaron actitudes similares a la del Cardenal Colombo frente a la huelga de trabajadores de los hospitales. También en Inglaterra el Cardenal de Londres Dr. Hume, Arzobispo de Westminster y los obispos de Liverpool —católico y anglicano—, hicieron referencia a las huelgas del personal sanitario pidiendo que *no sean los enfermos quienes pagen* la carencia de entendimiento entre los diversos sectores. El enfermo —pobre entre los más pobres— tiene unos derechos inalienables. Por favor, que lo paguen otros, aunque pensamos que valeroso caballero es don dinero, pero que no lo paguen los enfermos.

JOSÉ M.^a ALIMBAU
Full Dominical

LA DESASISTENCIA DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIA

La Comisión Deontológica del Colegio Médico de Madrid —ante la grave situación creada por algunos médicos al utilizar como recurso reivindicativo el abandono o desasistencia de los Servicios de Urgencia Hospitalaria o similares— se considera obligada a puntualizar:

1. Al margen de la valoración de los motivos que lleguen a justificar deontológicamente la huelga médica, precisamos que bajo ningún concepto el médico puede utilizar medios en defensa de sus derechos que por su carácter lleven consigo poner en peligro la vida del enfermo.

2. Que la desasistencia o abandono de los servicios de urgencia o similares no pueden ser nunca un medio ético de reivindicación, sino que, por el contrario, constituye un hecho gravísimo que afecta a la esencia misma de la medicina: el respeto y compromiso con la vida del paciente.

3. Este respeto y compromiso irrenunciables los contrae el médico —ante su conciencia, la sociedad y la ley— en el momento que recibe su título de licenciado y ejerce la Medicina. En concreto, que la responsabilidad asistencial dimana tan intrínsecamente de la profesión médica, que la hace independiente de circunstancias personales o colectivas.

4. Esta Comisión Deontológica, sin entrar en las consideraciones que hayan conducido a la huelga de los MIR, y en razón al hecho del abandono de los servicios de urgencia llevado a cabo por médicos, establecerá cuantas acciones estime necesarias a fin de clarificar el alcance de las responsabilidades deontológicas que hubieran podido contraerse.

Asimismo, esta Comisión Deontológica invita a reflexionar a los médicos sobre la necesidad de agotar todos los recursos profesionales y administrativos antes de recurrir al siempre traumatizante de la huelga y ello en razón del perjuicio que se pueda derivar para la atención y cuidados sanitarios.

LA DEONTOLOGIA MEDICA ANTE LA ADMINISTRACION

Partiendo del principio de que la deontología médica es ante todo una realidad que nace del compromiso personal del médico con el paciente, los Colegios de Médicos se ven obligados a exponer a la Administración —en su

calidad de legisladora, reguladora y patronal en el actual sistema sanitario— las siguientes puntualizaciones concernientes a principios deontológicos inamovibles, así como a la asignación y delimitación de responsabilidades en materia de ética médica dentro del marco de la sanidad, la Seguridad Social y otras instituciones sanitarias:

1. Las obligaciones deontológicas individuales del médico con el paciente confiado a su asistencia constituyen la parte más intrínseca y esencial de la profesión médica.

2. Como tales, estas obligaciones son ineludibles y nunca podrán ser objeto de negociación, restricciones ni regulaciones por parte de la Administración.

3. La Administración tiene que ajustarse a las bases y principios establecidos por el Código Deontológico Médico y responsabilizarse de su cumplimiento; debiendo a su vez recabar de los Colegios Médicos el correspondiente desempeño por parte de sus afiliados. Esta responsabilización implica la subordinación de su aparato administrativo y disciplinario, tanto en situaciones normales como conflictivas, a dichas normas deontológicas médicas.

4. En cuanto legisladora y patronal del médico, la Administración contrae la obligación de asegurar el cumplimiento de dichas normas procurando que los deberes y derechos contractuales de los médicos no lleguen bajo ninguna instancia ni circunstancia a provocar una situación conflictiva con la deontología profesional. La regulación y exigencia de obligaciones administrativas, técnicas o legales incompatibles con la deontología médica, constituiría no sólo una violación de sus principios, sino que obligaría a la organización médica colegial a proponer a sus miembros el abandono de su colaboración y servicio con la Administración o cualquier centro u organismo sanitario que incurriese en la transgresión de dichos principios.

5. Si a pesar de todo la Administración persistiese en su postura de imponer al médico leyes, obligaciones o normas contrarias a sus principios deontológicos, en este caso recaería sobre la misma toda la responsabilidad sobre la asistencia a los pacientes. El médico, por su parte, seguiría dirigido en su ejercicio profesional por los dictados de su conciencia y su deontología en el momento de verse obligado a tomar posición ante esa eventual situación conflictiva extrema.

6. Sentadas estas premisas mayores, la profesión médica considera que el Gobierno contrae una obligación de establecer un esquema operacional que sea capaz de prevenir o resolver todas aquellas controversias que pudiesen conducir a situaciones conflictivas en lo que a obligaciones en la relación médico-enfermo se refiere. Posiblemente, la estructura actual no es la adecuada para prevenir dichas situaciones, por lo que deben estudiarse conjuntamente por la organización médica colegial y la administración nuevos medios de regulación que permitan conciliar las posiciones de ambas partes.

7. Por consiguiente, los Colegios Médicos consideran que mientras las responsabilidades deontológicas del médico permanecen inamovibles e impermeables a toda presión, esta postura, situada frente a la comunidad enferma, constituye una responsabilidad común tanto a la Administración como a la profesión médica.

LA DESASISTENCIA DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIA

La Comisión Deontológica del Colegio Médico de Madrid —ante la grave situación creada por algunos médicos al utilizar como recurso reivindicativo el abandono o desasistencia de los Servicios de Urgencia Hospitalaria o similares— se considera obligada a puntualizar:

1. Al margen de la valoración de los motivos que lleguen a justificar deontológicamente la huelga médica, precisamos que bajo ningún concepto el médico puede utilizar medios en defensa de sus derechos que por su carácter lleven consigo poner en peligro la vida del enfermo.

2. Que la desasistencia o abandono de los servicios de urgencia o similares no pueden ser nunca un medio ético de reivindicación, sino que, por el contrario, constituye un hecho gravísimo que afecta a la esencia misma de la medicina: el respeto y compromiso con la vida del paciente.

3. Este respeto y compromiso irrenunciables los contrae el médico —ante su conciencia, la sociedad y la ley— en el momento que recibe su título de licenciado y ejerce la Medicina. En concreto, que la responsabilidad asistencial dimana tan intrínsecamente de la profesión médica, que la hace independiente de circunstancias personales o colectivas.

4. Esta Comisión Deontológica, sin entrar en las consideraciones que hayan conducido a la huelga de los MIR, y en razón al hecho del abandono de los servicios de urgencia llevado a cabo por médicos, establecerá cuantas acciones estime necesarias a fin de clarificar el alcance de las responsabilidades deontológicas que hubieran podido contraerse.

Asimismo, esta Comisión Deontológica invita a reflexionar a los médicos sobre la necesidad de agotar todos los recursos profesionales y administrativos antes de recurrir al siempre traumatizante de la huelga y ello en razón del perjuicio que se pueda derivar para la atención y cuidados sanitarios.

LA DEONTOLOGIA MEDICA ANTE LA ADMINISTRACION

Partiendo del principio de que la deontología médica es ante todo una realidad que nace del compromiso personal del médico con el paciente, los Colegios de Médicos se ven obligados a exponer a la Administración —en su

calidad de legisladora, reguladora y patronal en el actual sistema sanitario— las siguientes puntualizaciones concernientes a principios deontológicos inamovibles, así como a la asignación y delimitación de responsabilidades en materia de ética médica dentro del marco de la sanidad, la Seguridad Social y otras instituciones sanitarias:

1. Las obligaciones deontológicas individuales del médico con el paciente confiado a su asistencia constituyen la parte más intrínseca y esencial de la profesión médica.

2. Como tales, estas obligaciones son ineludibles y nunca podrán ser objeto de negociación, restricciones ni regulaciones por parte de la Administración.

3. La Administración tiene que ajustarse a las bases y principios establecidos por el Código Deontológico Médico y responsabilizarse de su cumplimiento; debiendo a su vez recabar de los Colegios Médicos el correspondiente desempeño por parte de sus afiliados. Esta responsabilización implica la subordinación de su aparato administrativo y disciplinario, tanto en situaciones normales como conflictivas, a dichas normas deontológicas médicas.

4. En cuanto legisladora y patronal del médico, la Administración contrae la obligación de asegurar el cumplimiento de dichas normas procurando que los deberes y derechos contractuales de los médicos no lleguen bajo ninguna instancia ni circunstancia a provocar una situación conflictiva con la deontología profesional. La regulación y exigencia de obligaciones administrativas, técnicas o legales incompatibles con la deontología médica, constituiría no sólo una violación de sus principios, sino que obligaría a la organización médica colegial a proponer a sus miembros el abandono de su colaboración y servicio con la Administración o cualquier centro u organismo sanitario que incurriese en la transgresión de dichos principios.

5. Si a pesar de todo la Administración persistiese en su postura de imponer al médico leyes, obligaciones o normas contrarias a sus principios deontológicos, en este caso recaería sobre la misma toda la responsabilidad sobre la asistencia a los pacientes. El médico, por su parte, seguiría dirigido en su ejercicio profesional por los dictados de su conciencia y su deontología en el momento de verse obligado a tomar posición ante esa eventual situación conflictiva extrema.

6. Sentadas estas premisas mayores, la profesión médica considera que el Gobierno contrae una obligación de establecer un esquema operacional que sea capaz de prevenir o resolver todas aquellas controversias que pudiesen conducir a situaciones conflictivas en lo que a obligaciones en la relación médico-enfermo se refiere. Posiblemente, la estructura actual no es la adecuada para prevenir dichas situaciones, por lo que deben estudiarse conjuntamente por la organización médica colegial y la administración nuevos medios de regulación que permitan conciliar las posiciones de ambas partes.

7. Por consiguiente, los Colegios Médicos consideran que mientras las responsabilidades deontológicas del médico permanecen inamovibles e impermeables a toda presión, esta postura, situada frente a la comunidad enferma, constituye una responsabilidad común tanto a la Administración como a la profesión médica.

PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS EN LOS EXPERIMENTOS MEDICOS*

En los experimentos médicos destinados al ensayo de medicamentos y en otras investigaciones clínicas realizadas en beneficio de toda la comunidad se utilizan con frecuencia seres humanos, entre los que figuran personas sanas, enfermos, sujetos hospitalizados o niños. La decisión de emprender un experimento de este género exige en cualquier caso la aplicación estricta de los principios de la ética médica, y la experiencia ha demostrado que no puede dejarse exclusivamente la decisión al juicio de cada investigador. La manera de proteger el bienestar de los seres humanos que son objeto de investigaciones médicas fue examinada por los delegados de 53 países, tanto desarrollados como en desarrollo, y de 46 organizaciones internacionales que asistieron a la conferencia recientemente organizada por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (COICM) y patrocinada por la Organización Mundial de la Salud.

Hoy día preocupa en todo el mundo la necesidad de vigilar las investigaciones médicas que afectan a seres humanos con el fin de proteger sus derechos y garantizar que el empleo de personas esté siempre justificado por los posibles beneficios de la experimentación para la comunidad. Este deseo de vigilancia ética es una actitud bastante reciente, que ha sido estimulada por la extensión de los trabajos de investigación clínica a casi todas las regiones del mundo y a colectividades en que se registra una gran variedad de actitudes culturales, circunstancias económicas y formas de morbilidad. Hasta la revisión hecha en Tokio, el año 1975, de la Declaración de la Asociación Médica Mundial en Helsinki, no se enunció explícitamente el principio de que «la preparación y la ejecución de cada experimento que afecta a seres humanos deben formularse claramente en un protocolo de experimentación que habrá de transmitirse a un comité independiente y especialmente designado al efecto para que lo examine, haga observaciones y dé asesoramiento al respecto». Se admite ampliamente, sin embargo, que los principios generales han de ser interpretados mediante normas concretas de vigilancia ética de las investigaciones médicas con seres humanos.

Esta vigilancia ética ofrece ventajas para el conjunto de las actividades de investigación, para el individuo sujeto del experimento, para el investigador y para el organismo que proporciona fondos. Sin esa vigilancia, se acusa a la ciencia de un menosprecio arrogante de los derechos humanos; con ella, la ciencia puede continuar haciendo progresos en biomedicina y aplicándolos a las investigaciones sobre el hombre. La supervisión ética de las inves-

tigaciones clínicas también protege al investigador, ya que cualquiera que efectúe investigaciones sin consultar a sus colegas (no sólo acerca de los propósitos y de los aspectos técnicos del proyecto, sino también de su enfoque ético y de su organización) puede ser objeto de acusaciones que podrían evitarse con el visto bueno obtenido en la consulta previa. También queda protegido el organismo que suministra fondos e interesa directamente a organizaciones como la OMS, las Naciones Unidas y otros organismos internacionales y nacionales que financian investigaciones clínicas.

Por último, el visto bueno ético es importante para la protección de un país. Muchos países en desarrollo sienten vivamente la necesidad de cerciorarse de que un proyecto de investigación atañe verdaderamente a sus principales problemas de salud, está preparado teniendo debidamente en cuenta consideraciones de orden social y cultural e implicará una participación local en cualquier trabajo dirigido por investigadores extranjeros. Mientras no se establezca un mecanismo con este fin, tales requisitos no podrán satisfacerse.

COMITES DE SUPERVISION

El mecanismo establecido para la supervisión ética en la mayoría de los países adopta la forma de una reglamentación obligatoria a cargo de organismos reguladores, particularmente en lo que hace a las investigaciones sobre medicamentos, o la forma de comités de inspección que pueden ser centrales o locales.

Un comité central de inspección puede establecerse como órgano oficial del Gobierno o depender de una entidad no gubernamental, por ejemplo una Academia de Ciencias. Tiene la ventaja de que posee una gran autoridad, de que es imparcial, a causa de la diversidad de sus miembros, y de que puede adoptar decisiones fundamentales de política transferibles después a los órganos locales. Los inconvenientes de un comité central es que puede estar alejado del lugar de investigación, que su posible politización lleve a seleccionar a los miembros con criterios ajenos al mérito y que sus deliberaciones pueden ser tan lentas que constituyan un obstáculo para la investigación.

Los comités locales también pueden ser de dos clases. La mayor parte de los comités locales de supervisión de los países industrializados están basados en hospitales. Algunos, sin embargo, se basan en la comunidad y su órbita de responsabilidades sobrepasa al hospital clínico para extenderse a toda la colectividad. Los comités de este género pueden resultar más eficaces al supervisar los aspectos médicos de los ensayos de medicamentos u otras investigaciones efectuadas por médicos como parte del ejercicio ordinario de su profesión. Los comités locales tienen la ventaja de estar más familiarizados con el personal local que realiza las investigaciones, de conocer los medios existentes y de poder actuar con rapidez. En cambio, se corre el riesgo de que no sean imparciales, ya que pueden verse más influidos por relaciones personales que desvirtúen su preocupación por cuestiones fundamentales.

La autoridad de los comités puede proceder de distintas fuentes. Cabe, como en los Estados Unidos de América, que provenga de una acción gubernamental o legislativa

* Basado en el discurso de apertura del Dr. T. A. Lambo, Director General Adjunto de la Organización Mundial de la Salud, y en el resumen de los debates de la reunión hecho por el Presidente, Profesor A. Gellhorn, Presidente del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (COICM), en la Conferencia sobre *Experimentación Médica y Protección de los Derechos Humanos* organizada por el COICM en Cascais, Portugal, del 30 de noviembre al 1 de diciembre de 1978. El COICM prepara la publicación de las actas de esa conferencia.

en virtud de la cual la existencia y el funcionamiento de esos comités sean obligatorios. Puede ser de origen internacional y ejercerse en el seno o en nombre de un organismo como la Organización Mundial de la Salud, la cual ha decidido ahora que cualquier investigación emprendida como parte de sus amplias actividades ha de ser objeto de una vigilancia ética. La autoridad puede perfectamente residir en el organismo que proporciona fondos, si éste exige que se lleve a cabo debidamente una supervisión ética. Cabe también la posibilidad de que las publicaciones científicas, antes de publicar los resultados de un trabajo de investigación, exijan pruebas de que este trabajo ha sido supervisado y aprobado por un órgano de supervisión ética constituido con las debidas garantías.

La autoridad de los comités de supervisión debe hacerse extensiva a todas las investigaciones, tanto si los fondos con que se costean provienen de un Gobierno, de fundaciones particulares o de enfermos agradecidos, como si proceden de la industria farmacéutica. Aunque la mayor parte de los experimentos en que se emplean seres humanos están relacionados con la farmacología clínica y los ensayos de medicamentos, no deben dejarse de supervisar los realizados en materia de terapéutica, diagnóstico y prevención, o incluso los relacionados con el comportamiento.

ELECCION DE INDIVIDUOS PARA LA EXPERIMENTACION

También suscita muchas dificultades la elección de las personas que han de tomar parte en experimentos médicos. ¿Cómo definir, por ejemplo, a una *persona sana*? Una de las definiciones que se han sugerido es la de «una persona mentalmente equilibrada, que ha pasado con éxito un examen físico completo, tiene una historia médica satisfactoria y, además, consiente en participar en la experiencia». Es evidente que no basta con que pretenda estar sano. También se ha señalado que los voluntarios, por tratarse de personas autoseleccionadas, no pueden considerarse como una muestra apropiada de la población.

Cuando se utilizan enfermos en los ensayos terapéuticos con medicamentos, surge una gran dificultad en lo que respecta al grupo de control. ¿Debe administrarse a los miembros de ese grupo un placebo o debe dárseles el mejor tratamiento existente en el momento de la experiencia? Es éste un asunto que los comités de supervisión deben zanjar en cada caso concreto.

En las investigaciones clínicas para las que se usan pacientes hospitalizados no parece haberse hallado una respuesta definitiva al problema de la idoneidad de pacientes hospitalizados en instituciones psiquiátricas, de personas mentalmente retrasadas o de sujetos aquejados de enfermedades crónicas. Un órgano compuesto de personas competentes y prudentes habrá de estudiar las condiciones de cada experimento antes de que se pueda llegar a una decisión. Sin embargo, se ha comprobado algunas veces que las medidas adoptadas con el fin de proteger a los individuos han constituido un impedimento para un trabajo de investigación que había de redundar en beneficio de los enfermos de algún tipo de institución.

Una de las ventajas que se derivarían de un mecanismo de supervisión ética, hoy ampliamente admitida tanto por la profesión médica como por la comunidad, es la posibilidad de reducir la frecuencia con que se adoptan reglamentos para controlar las investigaciones. La reglamentación tiene el inconveniente de que no sólo es coercitiva, sino que es también estática, cuando en materia de investigaciones es preferible una actitud dinámica.

EL SISTEMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hay investigadores que a veces pretenden eludir hasta cierto punto su responsabilidad proyectándola en posibles sujetos de experimentación por medio del sistema del consentimiento informado. No está exenta esa posición de una considerable ambigüedad. ¿Qué alcance tiene la protección conferida al sujeto del experimento gracias a este procedimiento? Todo depende del proceso en virtud del cual el sujeto que va a ser sometido al experimento se informa antes de firmar el formulario de consentimiento, es decir, de la calidad del consentimiento. Aunque se obtenga por medios apropiados, un documento en que consta el consentimiento informado no es más que la muestra de una transacción, pero tiene poco peso legal. Además, no cabe dar por sentado que un acuerdo entre un médico y un paciente, un profesor y un alumno o un patrono y un empleado está necesariamente a salvo de influencias sutiles, aunque sean indeliberadas, o que todos los sujetos poseen bastantes conocimientos y perspicacia para comprender todas las consecuencias de la información que se les da.

Estos problemas se complican aun más cuando se trata de una población de un país en desarrollo, pues en la mayor parte de los países de este tipo la población ha sido y continúa siendo víctima de prácticas inmorales y abusos con motivo de ensayos terapéuticos y otras actividades de investigación.

Si, como antes se ha sugerido, las publicaciones en que se reseñan investigaciones clínicas exigieran que los autores de estos trabajos hiciesen una descripción del proceso por el cual se ha obtenido un consentimiento informado de los sujetos utilizados, se facilitaría una experiencia educativa a los investigadores clínicos más jóvenes y sería posible a la vez destacar la importancia y el significado del proceso.

El Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (COICM) ha comunicado, por conducto de su Presidente, su propósito de recoger más información acerca de los mecanismos de supervisión ética en todo el mundo, con objeto de preparar más adelante, en colaboración con la OMS, normas generales que puedan adaptarse a las necesidades concretas de cada país. El Consejo confía asimismo en que podrá servir de catalizador en los intentos encaminados a establecer esos mecanismos de supervisión ética de las investigaciones en los lugares en donde todavía no existan.

Noticias Médicas

EL PACIENTE ACTIVO¹

En esta gravísima partida que se juega entre el médico y el paciente, quien más arriesga es este último; sobre él recaen las consecuencias de la acción médica y a ello obedece su interés tanto por la profesión como por el individuo que la ejerce. (J. L. SONDEREGGER, médico de St. Gall, Suiza, 1825-1896).

CONSIDERACIONES GENERALES

El paciente que aquí llamamos *activo*, y que también podríamos denominar *paciente participante*, no representa una categoría particular de enfermos ni siquiera es forzosamente un enfermo. Todo individuo, a consecuencia de la evolución de nuestra sociedad, de un subsistema medico-sanitario y de las características de la morbilidad, debe tener una participación activa en diversas formas, por su calidad de enfermo actual o potencial, en la prestación de asistencia sanitaria (tanto en provecho propio como en beneficio de la colectividad) y debe interesarse asimismo en las consecuencias que tienen para la salud los acontecimientos exteriores al sector sanitario. Por supuesto, el paciente activo existía ya en el pasado, pero su proliferación a escala relativamente grande y sus profesiones de fe en la plaza pública son un fenómeno reciente, apreciable sobre todo en los últimos diez años. Esta evolución se ha manifestado con singular claridad en los Estados Unidos de América, paralelamente al movimiento en pro de los derechos civiles y las crisis de conciencia que ese movimiento originó en diversos sectores a principios de los años sesenta. Reparando en la alienación social de una parte de sus conciudadanos, en particular los negros y otras minorías étnicas, diversos sectores de la población estadounidense —mujeres, estudiantes e incluso militares— se diagnosticaron alienaciones análogas a sí mismos. En el caso del sistema sanitario (cuyo elemento más influyente son los médicos, que, como es sabido, suelen tener tendencias conservadoras), cabía formular asimismo diversas críticas, sobre todo en lo que se refiere a su forma de concebir la prestación de asistencia. En realidad, ésta se prestaba ante todo en función de los intereses y a veces de las necesidades de los profesionales de la salud, es decir, con un *criterio de proveedor*. En esas condiciones no es difícil comprender que, a partir de otros aspectos de la vida social, la necesidad de independiencia y de autonomía del individuo con respecto a determinadas *servidumbres* se haya extendido como mancha de aceite hasta el sector medicosanitario (Rosen y cols., 1977).

La palabra-clave de esta evolución ha sido: *participación*. Por ejemplo, participación de la colectividad, en los barrios desfavorecidos en las grandes ciudades, en la elaboración, la ejecución y la evaluación de programas destinados a mejorar las condiciones de vida (National Commission on Community Health Services, 1967); participación de las mujeres en las *cosas serias* relacionadas

con la gestión de la vida socioeconómica; participación de los estudiantes en la definición de objetivos y modalidades de la enseñanza, etc. En la esfera de la medicina se ha producido una viva reacción contra el egocentrismo profesional de los médicos, que en ocasiones aparecen y actúan como si estuvieran investidos de una *legitimidad de derecho divino* y no tuviesen por qué tener en cuenta los sentimientos, opiniones o conocimientos de los demás (véase, por ejemplo, Harris, 1969).

En los Estados Unidos de América se consideraba hace unos diez años que la situación era particularmente insatisfactoria en lo que se refiere a la asistencia tocoginecológica. En este país la medicina era esencialmente una profesión masculina y en este aspecto de la vida de la colectividad, más aún que en otros, las mujeres apenas tenían intervención. Fácil es comprender que en este orden de ideas, el problema de la interrupción voluntaria del embarazo fue una de las cuestiones debatidas con mayor vehemencia. Después de poner en tela de juicio que, como había sido la regla hasta entonces, el médico (un varón) fuese considerado como la única persona apta y autorizada para dictaminar si un embarazo es o no indeseable, las mujeres, embarazadas o no embarazadas, lucharon por *recobrar la posesión* de su cuerpo (Boston Women's Health Book Collective, 1971; Newton, 1972).

En los últimos años se ha ido afirmando cada vez más la idea de que es indispensable una mayor participación de las personas en su propia asistencia sanitaria. Este principio fundamental rige las actuales actividades en materia de cooperación técnica y la OMS, en particular, lo ha encarecido de manera categórica (Mahler, 1975; Newell, 1975). Salvo en los Estados Unidos, en los países industrializados no predomina aún esa tendencia; sin embargo, cabe afirmar que la participación del paciente y de la colectividad llegará a ser una cuestión cada vez más decisiva, sobre todo con objeto de contrarrestar la *deshumanización* del ejercicio de la medicina (Chávez, 1977). La participación se debe desarrollar en varios planos:

- El puramente médico (participación del paciente en su propia asistencia médica).
- El de la educación y la modificación del comportamiento (hábitos de vida).
- El de la salud pública (organización de la atención de salud).
- El de lo político en su más amplio sentido (opciones que hayan de adoptarse).
- El de la economía (niveles micro y macroeconómico).

EL PACIENTE ACTIVO EN EL PLANO MEDICO

No suele haber obstáculos para aceptar y aprovechar cierto grado de colaboración del paciente en la asistencia médica que se le presta, en particular cuando es curativa. Desde hace mucho tiempo se sabe que esa colaboración es requisito importante para un tratamiento óptimo. La era de enfermedades crónicas en que hemos entrado ha multiplicado los ejemplos de tratamientos a largo plazo en los que el médico se ve obligado a fomentar la participación; así ocurre, por ejemplo, en la diabetes y las afecciones reumáticas y, más recientemente, en la rehabilitación de los enfermos cardiovasculares y en la diálisis

¹ Comunicación preparada a petición de la Sociedad Suiza de Política de la Salud para su reunión de otoño, que versó sobre el tema *El paciente en el sistema de salud* (Berna, 8 de noviembre de 1977).

renal autónoma. En la esfera de la psiquiatría se ha producido una evolución análoga.

Nadie pone en duda la conveniencia de esta evolución, en la medida en que no entre en conflicto con las prerrogativas y los usos establecidos de la profesión médica. Sin embargo, algunas de sus modalidades son probablemente más difíciles de aceptar. Así, en lo que respecta a la *integración del paciente como miembro de pleno derecho en el equipo de salud* que se ocupa de su tratamiento:

«El paciente espera que se le integre también en ese nivel de trabajo interdisciplinario que le concierne a él en primer lugar... lo cual sucede cada vez más, pero es necesario tratar de que esa orientación se generalice. Toda decisión que se adopte... sin discutir con él las diferentes posibilidades de solución tendrá más riesgo de fracasar que una decisión adoptada por el paciente tras una reflexión de carácter personal» (Stussi, 1973).

Es evidente que esta manera de proceder supone cambios importantes en relación con los usos actuales, particularmente en lo que se refiere a la comunicación o a lo que podría denominarse la *transparencia* en la relación médico-enfermo. Sin que se llegara hasta la afirmación de que el médico y los demás profesionales del equipo de salud no deben ocultar nada al paciente, es indudable que queda un margen amplio para introducir mejoras en la comunicación y el trabajo en equipo.

EL PACIENTE ACTIVO EN EL PLANO DE LA EDUCACION Y DE LA MODIFICACION DEL COMPORTAMIENTO

Lo que aquí se plantea es nada menos que todo el problema de la educación sanitaria tratada hasta la fecha como *pariente pobre*, pero cuya importancia es cada vez más evidente a causa de que, al menos en los países industrializados, las afecciones crónicas en las que las alteraciones fisiopatológicas suelen preceder diez o quince años los síntomas han experimentado un aumento considerable. Además, esas afecciones se producen o se agravan en parte por los hábitos de vida y el comportamiento de los individuos. Esta situación relativamente nueva en la historia de la medicina (nueva en el sentido de que se sabe que una parte de los trastornos obedecen a opciones deliberadas y que esos trastornos podrían evitarse evitando esas opciones) debe hacernos reconsiderar la prestación de la asistencia, dando mayor importancia a sus elementos de educación y de participación (Lalonde, 1974). Puede decirse que la *libre elección de la enfermedad* obliga a buscar una colaboración más activa con el paciente (Martín, 1977).

Los problemas que a ese respecto se plantean en los países llamados desarrollados son la sobrealimentación (o los malos hábitos de alimentación), el tabaquismo, el alcoholismo, las toxicomanías y el consumo indebido de medicamentos, la falta de ejercicio físico², el manejo imprudente de automóviles, algunos aspectos del actual modo de vida (la tensión psicofísica o *stress*, el ajeteo) y la contaminación (física, química, psicológica). En este grupo cabe también incluir algunos problemas vinculados a la

evolución social reciente que tienen repercusiones sobre la salud (trastornos mentales e interpersonales, enfermedades de transmisión sexual, etc.).

Por desgracia, no puede pretenderse que la educación sanitaria resuelva todos esos problemas; sin embargo, la experiencia muestra que los sistemas de asistencia médica que han predominado hasta la fecha tampoco los han resuelto. Es preciso que los *proveedores* de asistencia se presten a una función educativa mucho más amplia que la que han tenido hasta la fecha y que la aborden de manera distinta, fomentando el diálogo y tratando de reducir la dependencia del individuo respecto del sistema sanitario.

Un importante medio de «modificación del comportamiento» del paciente activo es la acción de los *grupos de ayuda mutua* del tipo de los alcohólicos anónimos o, más recientemente, la intervención de antiguos toxicómanos en el tratamiento de personas farmacodependientes. Se han organizado grupos similares para combatir el tabaquismo, la obesidad, la hipertensión, ciertos trastornos mentales, etcétera. En realidad, este enfoque del problema apenas está en sus comienzos y es probable que en el futuro cobre una importancia mucho mayor.

EL PACIENTE ACTIVO EN EL PLANO DE LA SALUD PUBLICA

Pasemos ahora a la participación de los pacientes (tanto actuales como potenciales, lo cual es tanto como decir el conjunto de la colectividad) en la organización de la acción medicosanitaria. Antes nos hemos referido a la manera de proceder *con criterio de proveedor* que durante mucho tiempo caracterizó al sector médico. En oposición a ese sistema se ha hablado y trabajado mucho, sobre todo en los Estados Unidos, en favor de un *enfoque de consumidor* en virtud del cual se organizan las cosas de modo que satisfagan (también) a los beneficiarios de la atención sanitaria (Simmons, 1975). La OMS insiste cada vez más en esta necesidad y fomenta vivamente la participación de las colectividades en los servicios de salud que se les prestan (Newell, 1975). Esto no significa que incumba al público tomar todas las decisiones relativas a la organización de un sistema sanitario; conviene, en efecto, evitar toda confusión a este respecto. No cabe duda de que el punto de vista de los *productores* de la asistencia sigue siendo esencial, como también es evidente que no pueden aplicarse las mismas modalidades en todos los países, sino que, por el contrario, hay que adaptarlas a las diversas situaciones económicas y socioculturales. Sin embargo, es necesario buscar y conseguir una acción conjunta con la colectividad en la planificación, la ejecución y la evaluación de la asistencia sanitaria (incluyendo en la evaluación el análisis de los servicios prestados en función de costes y beneficios). Antes de proceder a la construcción de un nuevo hospital, por ejemplo, no estará de más explorar los puntos de vista y los deseos de la población acerca de la asistencia domiciliaria; también convendrá tener presentes las repercusiones que una modificación de las leyes de previsión social pueden tener en las actitudes respecto a la hospitalización. Del mismo modo, al establecer una red de servicios ambulatorios importa estudiar cuidadosamente los hábitos de despla-

² No hay que olvidar que el *paciente activo* debe ser también físicamente activo.

miento de las personas y las horas en que les resultará más fácil acudir a consulta.

EL PACIENTE ACTIVO EN EL PLANO DE LA POLITICA³

El problema de la atención sanitaria, con sus modalidades de distribución, costo y rendimiento, atañe cada vez más a todo el mundo. Suiza, al igual que otros países de condiciones análogas, destina a la salud el 7 por 100 de su producto nacional bruto. El erario público costea aproximadamente la mitad de los gastos hospitalarios del país. Como estas proporciones tienden a aumentar con bastante rapidez, cada vez es más necesaria la participación política del individuo (que debe interesarse por la gestión de los fondos destinados a la salud como por cualquier otro uso que se haga de los fondos públicos). El aumento de los gastos del sector sanitario no podrá continuar durante mucho tiempo sin grave menoscabo de la proporción en que se reparten hoy en día los presupuestos, con el consiguiente riesgo de alterar un equilibrio que hasta ahora se ha mantenido mediante un esfuerzo considerable. Además, tanto los recursos públicos como los de la colectividad en su conjunto son, por definición, limitados, mientras son infinitas las necesidades medicosanitarias que, dentro de lo razonable, cabe aspirar a atender. Cada vez con más frecuencia habrá que optar entre distintas formas de utilizar los recursos disponibles: proporcionar determinados servicios a tal o cual categoría de pacientes, pero no proporcionar a otros todas las prestaciones que en teoría puede facilitar la tecnología biomédica; elegir quizá entre una campaña preventiva de gran envergadura y ciertos servicios curativos complejos de los que sólo obtiene provecho un número limitado de beneficiarios, etc.

Convendría tratar de definir de manera más precisa lo que debe considerarse como una *necesidad social legítima* (esto es, lo que puede justificar un derecho a la asistencia) y lo que debe considerarse como necesidades no indispensables (es decir, necesidades cuya atención puede dejarse a la cuenta del individuo sin que el Estado se haga cargo de ellas en principio ni las costee)⁴. Sin caer en extremos espartanos que podrían traducirse en una discriminación, consideramos que la colectividad no está obligada a atender todos los deseos posibles del paciente ni a proporcionarle una gama completa de servicios, entre ellos los que el paciente *compra* si lo desea, pero que, por no ser indispensable desde el punto de vista médico, no se facilitan de manera automática y gratuita. Un ejemplo de poca monta, pero que actualmente reviste un interés

³ En su más amplio sentido de *cosa pública*.

⁴ El presidente del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (COICM) hizo recientemente la sugerencia siguiente: «Convendría catalogar todos los nuevos procedimientos biomédicos y determinar los fines para los cuales se pueda fomentar, aprobar o permitir el uso de los mismos. También habría que definir los límites de aplicación de cada uno de ellos y precisar si la sociedad debe o no subvencionar la técnica de que se trate y ponerla al alcance de todos los que puedan necesitarla...»

Convendría asimismo hacer una evaluación crítica de todas las nuevas técnicas e intervenciones médicas para que la humanidad pudiera progresar hacia la libre elección de su propio destino, en lugar de someterse ciegamente a los progresos tecnológicos» (Gellhorn, 1977, pág. 217).

práctico en Suiza, es el grado de comodidad que han de poseer los hospitales públicos (nos referimos al mobiliario y a la decoración interior, así como a aspectos menos *frívolos* como son el número y la distribución de las instalaciones sanitarias)⁵. Así pues, el problema consiste en determinar hasta qué grados de comodidad resulta aceptable la utilización de los fondos públicos en diferentes sectores. En resumidas cuentas, es preciso que el paciente participe en la reflexión general sobre el *modelo* de sistema de salud que la colectividad considera necesario y suficiente.

Otro aspecto relacionado con esta faceta política está vinculado no al sistema de salud, sino a las decisiones que es necesario adoptar en los demás sectores de la sociedad ajenos a ese sistema que repercuten de manera importante en la salud del individuo y de la colectividad. Baste mencionar la reflexión actual sobre los perjuicios ecológicos, la contaminación, los riesgos comprobados o supuestos que encierran ciertos progresos industriales, las repercusiones de las transformaciones sociales sobre la higiene mental, nuestro estilo de vida y la manera en que consumimos los recursos materiales (así como el hecho de que el producto nacional bruto puede ser un indicador mediocre de la calidad de la vida, pues los gastos que provocan los fenómenos desfavorables antedichos contribuyen también a aumentarlo). Tanto el público como los *proveedores* de la asistencia sanitaria se van dando cuenta de la necesidad de interesarse por todos los factores, médicos o no médicos, que repercuten en la salud y la enfermedad. Ello conduce inevitablemente a formular recomendaciones y exigencias a los responsables de sectores de actividad socioeconómica que nunca habían considerado que los asuntos de salud fueran de su incumbencia ni habían sido preparados para aceptar la idea de que tienen cosas que aprender sobre esas cuestiones. Urge pues cambiar de mentalidad al respecto.

EL PACIENTE ACTIVO EN EL PLANO DE LA ECONOMIA

El aspecto económico está estrechamente relacionado con el político. En esencia, la intervención política consiste, en efecto, en decidir cómo deben distribuirse los fondos de que se dispone entre los diversos sectores que compiten por obtenerlos.

En el nivel microeconómico, el interés del individuo se limita a las consecuencias de los servicios que recibe (fomento de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación), tanto para él como para su familia, mientras que en un nivel más elevado debe extenderse a las modalidades y los mecanismos de financiación de la atención sanitaria (tipo y funcionamiento de los sistemas de seguros, participación de los poderes públicos, cláusulas de exención, etc.). El paciente activo, que suponemos adecuadamente informado e instruido, estará asimismo preparado

⁵ Este ejemplo pone de manifiesto hasta qué punto se confunden los planos de la política y de la salud pública a que se aludió anteriormente en relación con el *paciente activo*. Sin embargo, no son idénticos: el plano de la política se relaciona sobre todo con las decisiones generales que atañen a la política medicosanitaria, mientras que el de la salud pública trata de la organización de los servicios de atención sanitaria y de la gestión del sistema.

EL PACIENTE ACTIVO

Participación: punto de equilibrio entre diversos estados continuos

Estado de ignorancia satisfecha en que el individuo, aunque no lleva una vida sana, no se preocupa porque no lo sabe.	↔	Actitud responsable, sin temor excesivo, frente a los factores de riesgo que ofrecen la vida y el medio ambiente.	↔	Avidez de conocimientos médicos que no se asimilan adecuadamente y que originan una angustia crónica (y, por lo general, un consumo excesivo de asistencia médica).
Información limitada, filtrada con objeto de proteger prerrogativas y no con fines didácticos.	↔	Educación orientada hacia la adopción de medidas adecuadas según un espíritu de colaboración.	↔	Difusión desordenada de información <i>sensacionalista</i> , en la que se atribuyen grados de importancia que no corresponden a criterios objetivos.
Funciones tradicionales no modificadas del médico y el paciente en la relación asistencial.	↔	Mayor participación de los <i>consumidores</i> de asistencia sanitaria; actitud de apertura, pero sin confundir las funciones de manera que no se sepa quién debe o puede hacer esto o lo otro.	↔	<i>Igualitarismo</i> confuso entre las diferentes categorías de personas que intervienen en la asistencia, en virtud del cual se considera que cualquiera tiene la formación y la capacidad necesarias para hacer lo que sea.
Responsabilidad plena del individuo (solo) ante la salud y la enfermedad.	↔	Sentido de responsabilidad personal respecto del mantenimiento y fomento de la salud, dentro de un sistema que protege al individuo contra las principales consecuencias económicas y sociales de la enfermedad.	↔	Dependencia prácticamente completa del individuo respecto de las estructuras colectivas.

Fuente: J. Martín, Education pour la santé, politique de santé et développement, *Sozial-und Präventivmedizin* (Berna), 22, 1977 (en prensa).

para intervenir en la discusión de los problemas que se planteen en ese sector.

EL PROBLEMA DE LA «AUTOASISTENCIA»

Hasta ahora nos hemos limitado a examinar las actividades que parece importante que el paciente despliegue en el marco del sistema sanitario actual (teniendo presente que conviene introducir algunas modificaciones en este sistema). Sin embargo, hoy se están produciendo otros cambios en el comportamiento del individuo frente al sistema de salud, entre los cuales cabe destacar el movimiento de *autoasistencia* (*self-care*), consistente en una serie de iniciativas extramédicas que en su mayor parte han surgido en los Estados Unidos de América. La finalidad de la autoasistencia es aumentar la responsabilidad y el poder de decisión y de intervención del individuo en lo que atañe a su salud y a su asistencia sanitaria y, por supuesto, reducir la «omnipotencia» del médico (Levin y cols., 1976; Sehnert y Eisenberg, 1975). Como indicamos en la introducción del presente artículo, algunos grupos femeninos se han mostrado particularmente activos a este respecto.

En gran medida, estos movimientos siguen una orientación correcta, consistente en independizar al paciente de los proveedores tradicionales de atención sanitaria. Pero es innegable que esto encierra riesgos de exageración, de *contraeducación sanitaria*, de falsos *diagnósticos* y de falsas maniobras. Es de esperar que no se extienda la noción de un *igualitarismo* confuso entre los diferentes grupos de personas que intervienen en la asistencia sanitaria (médicos, personal paramédico, pacientes), basada en el supuesto

de que todo el mundo tiene capacidad y competencia para hacer cualquier cosa (véase el cuadro adjunto). La mayor participación de un grupo no debe oscurecer el hecho de que no todos tienen igual competencia. Como declaró recientemente un médico canadiense que se ocupa del alcoholismo, «nuestro ejercicio profesional debe estar muy *desespecializado*, pero nuestros conocimientos han de ser sumamente especializados» (Marcoux, 1977).

¿PUEDE TENER EFECTOS NEGATIVOS LA PARTICIPACION DEL PACIENTE?

Se ha expresado el temor de que el sistema sanitario llegue a emplear para sus propios fines (*recuperar*) la intervención cada vez más activa de los pacientes. A mi juicio, el riesgo más importante es que la participación o el movimiento de autoasistencia sean utilizados como *táctica de pacificación* para reducir la demanda pública de servicios sanitarios más completos y más acordes con las necesidades (Levin y cols., 1976, págs. 77 y 78).

Es posible que ciertos aspectos del proceso de *autonomización* del paciente, por los cambios de costumbres que exigen, reclamen transitoriamente una mayor dedicación del médico, sobre todo en tiempo. Quizá se invoquen esas dificultades para poner en entredicho la noción de participación o para explicar la persistencia de las deficiencias actuales. Hay también quienes temen que, tarde o temprano, la participación pase a depender de los proveedores de asistencia sanitaria.

Aunque de momento es difícil hacer previsiones precisas a ese respecto, no cabe duda de que conviene tener muy presentes esas posibilidades.

CONCLUSION

Cabe preguntarse si esta evolución hacia el paciente activo es lógica y conveniente o, por el contrario, constituye una mutación indeseable o una *malformación*. A nuestro juicio, aunque no es posible descartar extralimitaciones eventuales de este *activismo*, se trata de una evolución necesaria, más aún, ineluctable, sobre todo si se tienen en cuenta las consecuencias que conllevan algunos de los grandes problemas de nuestra época (véase Organización Mundial de la Salud, 1975, 1976), entre ellos los siguientes:

— La gran importancia adquirida por las enfermedades crónicas, que requieren una asistencia asidua y a largo plazo pero que en gran medida tiene un carácter rutinario.

— El aumento de la proporción de personas a cargo de la sociedad (envejecimiento de la población, mejoramiento de la asistencia de los inválidos, etc.).

— La limitación de los recursos (y *explosión* de los costos).

— En muchos países, la mala distribución de los servicios y del personal sanitario y, por consiguiente, las grandes desigualdades en el acceso a la asistencia.

— Ciertas transformaciones sociales y psicosociales, como el resquebrajamiento de las estructuras tradicionales, la alienación, la soledad, etc.

— La prevalencia de comportamientos contrarios a la salud, que, paradójicamente, suelen ser tolerados e incluso fomentados por la sociedad.

— El aumento en número y gravedad de los factores patógenos ambientales (deterioro del medio ambiente, problemas relacionados con la urbanización y la industrialización, contaminación, etc.).

No es fácil delimitar con exactitud la participación potencial del paciente, ya que no es un bloque indivisible y puede ejercerse con eficacia en numerosas direcciones, algunas de las cuales se alejan mucho del marco tradicional de la *condición de paciente*.

Una dimensión particular de este fenómeno es el movimiento de autoasistencia, en el que las personas, individualmente o en grupos, procuran atenderse en los aspectos médicosanitarios sin ayuda o con una ayuda mínima del sistema de salud establecido. Aunque esos esfuerzos presentan un interés innegable, no por ello deja de ser menos indispensable y probablemente más urgente que el paciente se muestre también más activo en el marco de los sistemas de asistencia sanitaria que ya existen⁶.

⁶ Conviene tener en cuenta otros sectores en los que el profano puede desarrollar una útil actividad. Entre ellos se cuentan los primeros auxilios y la enseñanza de medidas de urgencia para salvar vidas. En Suiza, además de las enseñanzas en materia de primeros auxilios que se imparten en la escuela (y que deberían generalizarse más), en la actualidad se exige a todo candidato a la obtención del permiso de conducir que asista a un cursillo de primeros auxilios de diez horas de duración. En lo que se refiere a las atenciones de urgencia (previas a la hospitalización) a las víctimas de infarto de miocardio, ciertos estudios recientes muestran que el uso de medios biomédicos sumamente complejos (v.g., ambulancias con equipo de cuidados intensivos, telemetría) presenta muy pocas ventajas. Al parecer, sería más útil mejorar la formación del público en materia de reanimación. En la ciudad de Seattle se ha dado adiestramiento en ese sentido a 90.000 personas, con excelentes resultados (Dalen, 1977).

BIBLIOGRAFIA

- Boston Women's Health Book Collective. *Our bodies, ourselves: A book by and for women*. New York, Simon & Schuster, 1971.
- CHÁVEZ, I.: Les progrès rapides de la médecine et la lente et implacable déshumanisation de son exercice. *Médecine et hygiène*, 35: 2278-2289 (1977).
- DALÉN, J. E.: Pre-hospital coronary care. *American journal of public health*, 67: 512-513 (1977).
- GELLHORN, Am: La OMS y la ética médica. *Crónica de la OMS*, 31: 217-218 (1977).
- HARRIS, R.: *A sacred trust (The story of organized medicine's multi-million dollar fight against public health legislation)*. Baltimore, Penguin Books, 1969.
- LALONDE, M.: *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ottawa, Gobierno del Canadá, abril 1974.
- LEVIN, L. S., KATZ, A. H. y HOLST, E.: *Self-care-lay initiatives in health*. Nueva York, Prodist, Neal Watson Academic Publications (en colaboración con el Instituto Sandoz, Ginebra), 1976.
- MAHLER, H., HEALT, A.: Demystification of medical technology. *Lancet*, 2: 829-833 (1975).
- MARCOUX, G.: *Exposé sur la prise en charge de l'alcoolisme* (comunicación presentada a la reunión del Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies, Vevey, 17 de junio de 1977), 1977.
- MARTIN, J.: Responsabilité personnelle et collective pour la santé. *Revue médicale de la Suisse romande*, 97: 131-143 (1977).
- National Commission on Community Health Services: *Health is a community affair*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1967.
- NEWELL, K. W., ed.: *La salud por el pueblo*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1975.
- NEWTON, N. A.: A woman's viewpoint on women's problems. En: NORRIS, N., comp. *Third International Congress Proceedings on Psychosomatic Medicine in Gynecology and Obstetrics*. Londres, S. Karger, 1972.
- Organización Mundial de la Salud. *Los factores psicosociales y la salud* (Informe del director general). Documento inédito en offset EB57/22, Ginebra, 22 de noviembre de 1975.
- Organización Mundial de la Salud. *Los factores psicosociales y la salud*. *Crónica de la OMS*, 30: 365-367 (1976).
- ROSEN, H. M., METSCH, J. M. y LEVEY, S.: *The consumer and the health care system: social and managerial perspectives*. Nueva York, Spectrum Publications, 1977.
- SIMMONS, J., ed.: Making health education work. *American journal of public health*, 65, Suplemento (1975).
- SEHNERT, K. W. y EISENBERG, H.: *How to be your own doctor (sometimes)*. Nueva York, Grosset y Dunlap, 1975.
- STUSSI, E.: *Le concept de l'équipe de santé* (comunicación presentada al XV Congreso cuatrienal del Consejo Internacional de Enfermeras, México, D. F., mayo de 1973).

JEAN F. MARTIN⁷

Crónica de la OMS, 32: 55-61 (1978)

Noticias Médicas

⁷ Médico Cantonal Adjunto, Servicio de Salud Pública, Lausana, Suiza. Ex profesor de Higiene Maternoinfantil, Universidad de Carolina del Norte, Chapel Hill, Estados Unidos de América.

Nota: El autor desea expresar su agradecimiento al profesor O. Jeanneret, a los doctores P. Gilliland y B. Junod, y a los señores P. Berlie y C. Kleiber, que tuvieron la amabilidad de leer el manuscrito y de comunicarle sus impresiones al respecto.

IV SEMANA DE PASTORAL SANITARIA EN LEON

León ha celebrado, del 9 al 13 de diciembre, la IV Semana de Pastoral Sanitaria que ha tenido como tema los «Derechos del enfermo y respuesta Humanética en el momento actual de la medicina».

Han sido los ponentes José L. Redrado y Fidel Delgado. La participación fue numerosa —unas 250 personas— y la prensa y la radio se hicieron eco, tanto del contenido como del desarrollo, como expone a continuación.

LA SALUD ES UN CONCEPTO ANTROPOLOGICO, INTEGRAL

De entre todas las definiciones de salud que don José Luis Redrado, miembro de la Orden Hospitalaria, propuso en la inauguración de la *IV Semana de Pastoral Sanitaria* nos quedamos con una sencilla en la expresión, pero amplia en el significado: «Aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y gozosa».

La Semana fue presentada por don Fernando Sebastián, obispo de la Diócesis y seguidamente el conferenciante disertó ante un público atento sobre *La salud como derecho*. Con anterioridad a la conferencia mantuvimos con don José Luis Redrado una breve entrevista en la que nos señaló los puntos más importantes de su conferencia. En primer lugar acudimos al lema de la Semana que se centra en una pregunta clave: *¿Está sano el hombre moderno?* «La sociedad moderna —nos dijo—, a este respecto, tiene más dificultades de proteger la salud en algún aspecto y, por otra parte, tiene más recursos para defenderla. Porque en ninguna época ha habido tantos recursos para defender la salud; aunque también es verdad que hoy día estamos en una sociedad explosiva donde las tendencias de cambio, etc., hacen que la salud esté mucho más condicionada. Hay enfermedades que han sido erradicadas pero también han surgido otras nuevas, esas llamadas *enfermedades de la civilización*, producidas por esta aceleración sin posibilidad de sedimentación que influyen grandemente en la salud del hombre. Entendiendo salud en su aspecto global como “estado de bienestar, físico y social” y no únicamente la mera ausencia de enfermedad». Todo un nuevo concepto de salud el que se vislumbra a través de estas palabras. Y de esta dimensión: «va a nacer esta promoción de la salud pública a través de los profesionales que de una forma decidida se van a dedicar a promocionar la salud y no sólo a restaurarla».

En definitiva, que no es tan fácil como parece *aprender a ser sano*. «Desde luego es muy difícil saber ser sano, pues para eso son necesarios unos comportamientos que deben efectuarse a través de una educación sanitaria. Y esto no debe hacerse cuando uno es adulto sino también en las escuelas. No hablo ya solamente de las campañas de vacunación que son preventivas sino campañas promo-

cionadoras de la salud hacia fuera, dando charlas a los niños, dándoles pautas y comportamientos de salud, y también charlas a los padres y los maestros. Esto es algo que ya se está comenzando a hacer en determinados centros. Son los maestros los que desde su puesto privilegiado deben dar una serie de comportamientos para que el niño los vaya asimilando en cuanto a su higiene física y a su higiene mental. Porque ya no se trata de que el niño esté limpio físicamente sino de que su mente esté *higiénica*, que es lo difícil». La responsabilidad del Estado en todos estos temas fue la siguiente cuestión que comentó don José Luis Redrado y lo hizo en los siguientes términos: «Si miramos el mapa sanitario español veremos que es un mapa muy descorazonador de contemplar. Es un mapa muy costoso, muy deshumanizado y muy disperso; pero lo chocante es que está desequilibrado. O sea, que el sistema sanitario español más que proteger y promocionar la salud lo que hace es *restaurar*; de ahí los centros hospitalarios y no los centros de salud. El sistema va a potenciar *lo agudo* eliminando *lo crónico*. En definitiva la necesidad estriba en llegar a plantearse seriamente lo que es el colofón de la conferencia: la organización sanitaria como mecanismo mantenedor de la salud. Es decir, hay un derecho a la salud, derecho que se basa en unos recursos pues sin ellos el derecho se queda en el aire. Entonces el Estado debe proteger, promocionar y restaurar la salud de los ciudadanos y habilitar un mecanismo que mantenga este *status* del derecho de la salud, pero un mecanismo práctico, que lo veamos».

Diario de León
10 de diciembre de 1980

«EL HOMBRE ENFERMO». DERECHO A UNA ASISTENCIA INTEGRAL

Dentro de la *IV Semana de Pastoral Sanitaria* el conferenciante, don José Luis Redrado, desarrolló el tema *Derecho a una asistencia integral*. Si la salud se ha definido «como el estado de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad», o también «aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y gozosa», la enfermedad será todo lo contrario: la situación de impotencia, la incapacidad de mantener el impulso vital. Ayer podía, hoy no puedo. Pero no se trata de la inflamación de tal o cual órgano, sino del mundo de reacciones que provoca la enfermedad.

Después de este preámbulo don José Luis Redrado expuso tres puntos fundamentales: Cómo se vive enfermo el hombre, cómo reacciona y qué tipo de asistencia requiere.

Realmente el hombre si vive enfermo y descubre esta situación al tomar conciencia de la limitación de su cuerpo, descubre su propia contingencia, percibe la enfermedad como una amenaza de su vida, por ello reacciona negándola o montando en cólera, así como deprimiéndose o angustiándose. Todas estas situaciones críticas para el hombre necesitan de apoyo, de ayuda, devolverle al enfer-

IV SEMANA DE PASTORAL SANITARIA EN LEON

León ha celebrado, del 9 al 13 de diciembre, la IV Semana de Pastoral Sanitaria que ha tenido como tema los «Derechos del enfermo y respuesta Humanética en el momento actual de la medicina».

Han sido los ponentes José L. Redrado y Fidel Delgado. La participación fue numerosa —unas 250 personas— y la prensa y la radio se hicieron eco, tanto del contenido como del desarrollo, como expone a continuación.

LA SALUD ES UN CONCEPTO ANTROPOLOGICO, INTEGRAL

De entre todas las definiciones de salud que don José Luis Redrado, miembro de la Orden Hospitalaria, propuso en la inauguración de la *IV Semana de Pastoral Sanitaria* nos quedamos con una sencilla en la expresión, pero amplia en el significado: «Aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y gozosa».

La Semana fue presentada por don Fernando Sebastián, obispo de la Diócesis y seguidamente el conferenciante disertó ante un público atento sobre *La salud como derecho*. Con anterioridad a la conferencia mantuvimos con don José Luis Redrado una breve entrevista en la que nos señaló los puntos más importantes de su conferencia. En primer lugar acudimos al lema de la Semana que se centra en una pregunta clave: *¿Está sano el hombre moderno?* «La sociedad moderna —nos dijo—, a este respecto, tiene más dificultades de proteger la salud en algún aspecto y, por otra parte, tiene más recursos para defenderla. Porque en ninguna época ha habido tantos recursos para defender la salud; aunque también es verdad que hoy día estamos en una sociedad explosiva donde las tendencias de cambio, etc., hacen que la salud esté mucho más condicionada. Hay enfermedades que han sido erradicadas pero también han surgido otras nuevas, esas llamadas *enfermedades de la civilización*, producidas por esta aceleración sin posibilidad de sedimentación que influyen grandemente en la salud del hombre. Entendiendo salud en su aspecto global como "estado de bienestar, físico y social" y no únicamente la mera ausencia de enfermedad». Todo un nuevo concepto de salud el que se vislumbra a través de estas palabras. Y de esta dimensión: «va a nacer esta promoción de la salud pública a través de los profesionales que de una forma decidida se van a dedicar a promocionar la salud y no sólo a restaurarla».

En definitiva, que no es tan fácil como parece *aprender a ser sano*. «Desde luego es muy difícil saber ser sano, pues para eso son necesarios unos comportamientos que deben efectuarse a través de una educación sanitaria. Y esto no debe hacerse cuando uno es adulto sino también en las escuelas. No hablo ya solamente de las campañas de vacunación que son preventivas sino campañas promo-

cionadoras de la salud hacia fuera, dando charlas a los niños, dándoles pautas y comportamientos de salud, y también charlas a los padres y los maestros. Esto es algo que ya se está comenzando a hacer en determinados centros. Son los maestros los que desde su puesto privilegiado deben dar una serie de comportamientos para que el niño los vaya asimilando en cuanto a su higiene física y a su higiene mental. Porque ya no se trata de que el niño esté limpio físicamente sino de que su mente esté *higiénica*, que es lo difícil». La responsabilidad del Estado en todos estos temas fue la siguiente cuestión que comentó don José Luis Redrado y lo hizo en los siguientes términos: «Si miramos el mapa sanitario español veremos que es un mapa muy descorazonador de contemplar. Es un mapa muy costoso, muy deshumanizado y muy disperso; pero lo chocante es que está desequilibrado. O sea, que el sistema sanitario español más que proteger y promocionar la salud lo que hace es *restaurar*; de ahí los centros hospitalarios y no los centros de salud. El sistema va a potenciar *lo agudo* eliminando *lo crónico*. En definitiva la necesidad estriba en llegar a plantearse seriamente lo que es el colofón de la conferencia: la organización sanitaria como mecanismo mantenedor de la salud. Es decir, hay un derecho a la salud, derecho que se basa en unos recursos pues sin ellos el derecho se queda en el aire. Entonces el Estado debe proteger, promocionar y restaurar la salud de los ciudadanos y habilitar un mecanismo que mantenga este *status* del derecho de la salud, pero un mecanismo práctico, que lo veamos».

Diario de León
10 de diciembre de 1980

«EL HOMBRE ENFERMO». DERECHO A UNA ASISTENCIA INTEGRAL

Dentro de la *IV Semana de Pastoral Sanitaria* el conferenciante, don José Luis Redrado, desarrolló el tema *Derecho a una asistencia integral*. Si la salud se ha definido «como el estado de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad», o también «aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y gozosa», la enfermedad será todo lo contrario: la situación de impotencia, la incapacidad de mantener el impulso vital. Ayer podía, hoy no puedo. Pero no se trata de la inflamación de tal o cual órgano, sino del mundo de reacciones que provoca la enfermedad.

Después de este preámbulo don José Luis Redrado expuso tres puntos fundamentales: Cómo se vive enfermo el hombre, cómo reacciona y qué tipo de asistencia requiere.

Realmente el hombre si vive enfermo y descubre esta situación al tomar conciencia de la limitación de su cuerpo, descubre su propia contingencia, percibe la enfermedad como una amenaza de su vida, por ello reacciona negándola o montando en cólera, así como deprimiéndose o angustiándose. Todas estas situaciones críticas para el hombre necesitan de apoyo, de ayuda, devolverle al enfer-

mo la seguridad perdida, y para ayudarle es preciso conocer sus necesidades —físicas, psicológicas, ambientales, religiosas— y dar respuesta *adecuada* a estas necesidades, difícil si no se tiene en cuenta que el que enferma es el hombre, del cual tendremos que conocer cuál es su historia y biografía, si queremos que la asistencia sea integral, comprensiva. De esta forma no nos limitaremos sólo a cuidar cuerpos y enfermedades, sino personas enfermas.

El enfermo necesita encontrarse con una autoridad más comprensiva, personal y cercana. El verdadero proceso curativo no se realiza en un encuentro superficial, sino en un intenso y repetido diálogo. Se ha dicho que «las manos del cirujano no sólo precisan poseer una técnica perfecta, también necesitan ser manos amorosas». Y un eminente médico del siglo XVI —Paracelso— escribió: «El más hondo fundamento de la medicina es el amor. Si nuestro amor es grande, grande será el fruto que de él obtenga la medicina; y si es menguado, menguado será también el fruto».

Este debe ser el talante, la actitud de quienes por profesión y por vocación están junto a los enfermos; amarles mucho para ser capaces de servirles.

La Hora leonesa
11 de diciembre de 1980

DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD

Dentro de la semana de reflexión sobre los derechos del enfermo que ha organizado la Delegación diocesana de Pastoral Sanitaria, se dictó la conferencia bajo el título *Derecho a morir con dignidad*. Al igual que los días anteriores, don José Luis Redrado, de la Orden de San Juan de Dios, ha expuesto ante un numeroso auditorio el sentido que tiene la muerte en el mundo moderno, el poder de la medicina y el poder de la muerte y, finalmente, cómo ayudar al moribundo a morir su propia muerte.

El conferenciante comenzó diciendo que dentro de la crisis de la cultura moderna debemos situar también la crisis de la muerte; se habla de desconocimiento social de la muerte, de rechazo social. La muerte aparece como el lado nocturno de la vida, como una amenaza a la misma sociedad; por ello el hombre moderno tiende a negarla, a no darle cabida, a reprimirla, pero no a vencerla. Incluso la medicina coloca al moribundo ante un nuevo estilo de morir: todo son consignas de engaño y de silencio; parece que el primer deber sea el ocultar. Mas la muerte, al ser trasladada al hospital, queda aislada y confiada a unas cuantas personas y el enfermo abandonado a la soledad.

La medicina puede atenuar el sufrimiento, incluso nos da la impresión de un cierto poder ante la muerte, pero a lo más puede retrasarla, nunca eliminarla.

«La muerte es de la vida, como el nacer» (Tagore), por eso hemos de darle cabida, hemos de madurarla desde

nuestro vivir diario; nos pertenece, nos acompaña, somos mortales.

Necesitamos una nueva pedagogía que suprima el concebir la muerte como algo extraño, exterior, tabú. Necesitamos que los profesionales sanitarios adquieran una mejor preparación para saber estar, acompañar al moribundo aunque no precise o aunque no sea oportuna la aplicación de cuidados técnicos. Es muy importante en estos momentos saber escuchar, comprender las emociones, calibrar la necesidad de compañía. A este respecto es de un gran valor el siguiente testimonio de una enfermera que está a punto de morir y escribió a sus compañeras lo siguiente:

«Entráis en mi habitación trayendo medicamentos, tomándome la tensión. No os marchéis, esperad. Todo lo que desearía es saber que alguien está a mi lado para darme la mano cuando tenga necesidad de ello. Tengo miedo. La muerte puede convertirse en una rutina para vosotras, pero es nueva para mí. Tal vez no me consideréis como un caso único. Pero yo es la primera vez que me muero, la única vez».

El conferenciante, don José Luis Redrado, terminó su exposición con estas frases lapidarias: «No olvidéis que el enfermo en soledad es más enfermo. Y que la muerte en compañía es menos muerte. Y que, al morir, te mueres menos, si te aman».

La Hora leonesa
12 de diciembre de 1980

«LA MUERTE NO ENCAJA EN NUESTRA SOCIEDAD»

Con la disertación sobre el tema *Derecho a morir con dignidad* dentro de la IV Semana de Pastoral Sanitaria, don José Luis Redrado, miembro de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, concluyó sus intervenciones que han sido seguidas con gran atención. Antes de su interlocución don José Luis Redrado explicó a nuestro periódico el objetivo de su conferencia: «Hoy día hay todo un cambio de estilo de morir. Puede hablarse de la *porno-grafía de la muerte* porque todo son consignas de silencio, todo se hace en privado, se rechaza la muerte y se la considera como un tabú. Existe un rechazo social de la muerte. Siendo la familia y los amigos los más adversos a afrontar esta realidad que ha de entenderse si observamos la línea de materialismo, confort, individualismo, etcétera, que lleva nuestra sociedad. En una sociedad así la muerte no encaja y, por eso, se tiende a reprimirla. Pero, claro, eso no quiere decir que vayamos a eliminarla...» Otra parte de la conferencia que el ponente nos adelantó se refería a la postura del enfermo ante la realidad de la muerte cercana, situación que comprende varias etapas: «En primer lugar tenemos la *negación* insistente del enfermo que se rebela ante la realidad de la muerte, simplemente, negando lo evidente. Y negándolo en base a la preocupación por no haber cumplido los objetivos que se había trazado en la vida o también rebelándose ante la impotencia de preguntas sobre el pasado y el fu-

mo la seguridad perdida, y para ayudarle es preciso conocer sus necesidades —físicas, psicológicas, ambientales, religiosas— y dar respuesta *adecuada* a estas necesidades, difícil si no se tiene en cuenta que el que enferma es el hombre, del cual tendremos que conocer cuál es su historia y biografía, si queremos que la asistencia sea integral, comprensiva. De esta forma no nos limitaremos sólo a cuidar cuerpos y enfermedades, sino personas enfermas.

El enfermo necesita encontrarse con una autoridad más comprensiva, personal y cercana. El verdadero proceso curativo no se realiza en un encuentro superficial, sino en un intenso y repetido diálogo. Se ha dicho que «las manos del cirujano no sólo precisan poseer una técnica perfecta, también necesitan ser manos amorosas». Y un eminente médico del siglo XVI —Paracelso— escribió: «El más hondo fundamento de la medicina es el amor. Si nuestro amor es grande, grande será el fruto que de él obtenga la medicina; y si es menguado, menguado será también el fruto».

Este debe ser el talante, la actitud de quienes por profesión y por vocación están junto a los enfermos; amarles mucho para ser capaces de servirles.

La Hora leonesa
11 de diciembre de 1980

DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD

Dentro de la semana de reflexión sobre los derechos del enfermo que ha organizado la Delegación diocesana de Pastoral Sanitaria, se dictó la conferencia bajo el título *Derecho a morir con dignidad*. Al igual que los días anteriores, don José Luis Redrado, de la Orden de San Juan de Dios, ha expuesto ante un numeroso auditorio el sentido que tiene la muerte en el mundo moderno, el poder de la medicina y el poder de la muerte y, finalmente, cómo ayudar al moribundo a morir su propia muerte.

El conferenciante comenzó diciendo que dentro de la crisis de la cultura moderna debemos situar también la crisis de la muerte; se habla de desconocimiento social de la muerte, de rechazo social. La muerte aparece como el lado nocturno de la vida, como una amenaza a la misma sociedad; por ello el hombre moderno tiende a negarla, a no darle cabida, a reprimirla, pero no a vencerla. Incluso la medicina coloca al moribundo ante un nuevo estilo de morir: todo son consignas de engaño y de silencio; parece que el primer deber sea el ocultar. Mas la muerte, al ser trasladada al hospital, queda aislada y confiada a unas cuantas personas y el enfermo abandonado a la soledad.

La medicina puede atenuar el sufrimiento, incluso nos da la impresión de un cierto poder ante la muerte, pero a lo más puede retrasarla, nunca eliminarla.

«La muerte es de la vida, como el nacer» (Tagore), por eso hemos de darle cabida, hemos de madurarla desde

nuestro vivir diario; nos pertenece, nos acompaña, somos mortales.

Necesitamos una nueva pedagogía que suprima el concebir la muerte como algo extraño, exterior, tabú. Necesitamos que los profesionales sanitarios adquieran una mejor preparación para saber estar, acompañar al moribundo aunque no precise o aunque no sea oportuna la aplicación de cuidados técnicos. Es muy importante en estos momentos saber escuchar, comprender las emociones, calibrar la necesidad de compañía. A este respecto es de un gran valor el siguiente testimonio de una enfermera que está a punto de morir y escribió a sus compañeras lo siguiente:

«Entráis en mi habitación trayendo medicamentos, tomándome la tensión. No os marchéis, esperad. Todo lo que desearía es saber que alguien está a mi lado para darme la mano cuando tenga necesidad de ello. Tengo miedo. La muerte puede convertirse en una rutina para vosotras, pero es nueva para mí. Tal vez no me consideréis como un caso único. Pero yo es la primera vez que me muero, la única vez».

El conferenciante, don José Luis Redrado, terminó su exposición con estas frases lapidarias: «No olvidéis que el enfermo en soledad es más enfermo. Y que la muerte en compañía es menos muerte. Y que, al morir, te mueres menos, si te aman».

La Hora leonesa
12 de diciembre de 1980

«LA MUERTE NO ENCAJA EN NUESTRA SOCIEDAD»

Con la disertación sobre el tema *Derecho a morir con dignidad* dentro de la IV Semana de Pastoral Sanitaria, don José Luis Redrado, miembro de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, concluyó sus intervenciones que han sido seguidas con gran atención. Antes de su interlocución don José Luis Redrado explicó a nuestro periódico el objetivo de su conferencia: «Hoy día hay todo un cambio de estilo de morir. Puede hablarse de la *porno-grafía de la muerte* porque todo son consignas de silencio, todo se hace en privado, se rechaza la muerte y se la considera como un tabú. Existe un rechazo social de la muerte. Siendo la familia y los amigos los más adversos a afrontar esta realidad que ha de entenderse si observamos la línea de materialismo, confort, individualismo, etcétera, que lleva nuestra sociedad. En una sociedad así la muerte no encaja y, por eso, se tiende a reprimirla. Pero, claro, eso no quiere decir que vayamos a eliminarla...» Otra parte de la conferencia que el ponente nos adelantó se refería a la postura del enfermo ante la realidad de la muerte cercana, situación que comprende varias etapas: «En primer lugar tenemos la *negación* insistente del enfermo que se rebela ante la realidad de la muerte, simplemente, negando lo evidente. Y negándolo en base a la preocupación por no haber cumplido los objetivos que se había trazado en la vida o también rebelándose ante la impotencia de preguntas sobre el pasado y el fu-

mo la seguridad perdida, y para ayudarle es preciso conocer sus necesidades —físicas, psicológicas, ambientales, religiosas— y dar respuesta *adecuada* a estas necesidades, difícil si no se tiene en cuenta que el que enferma es el hombre, del cual tendremos que conocer cuál es su historia y biografía, si queremos que la asistencia sea integral, comprensiva. De esta forma no nos limitaremos sólo a cuidar cuerpos y enfermedades, sino personas enfermas.

El enfermo necesita encontrarse con una autoridad más comprensiva, personal y cercana. El verdadero proceso curativo no se realiza en un encuentro superficial, sino en un intenso y repetido diálogo. Se ha dicho que «las manos del cirujano no sólo precisan poseer una técnica perfecta, también necesitan ser manos amorosas». Y un eminente médico del siglo XVI —Paracelso— escribió: «El más hondo fundamento de la medicina es el amor. Si nuestro amor es grande, grande será el fruto que de él obtenga la medicina; y si es menguado, menguado será también el fruto».

Este debe ser el talante, la actitud de quienes por profesión y por vocación están junto a los enfermos; amarles mucho para ser capaces de servirles.

La Hora leonesa
11 de diciembre de 1980

DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD

Dentro de la semana de reflexión sobre los derechos del enfermo que ha organizado la Delegación diocesana de Pastoral Sanitaria, se dictó la conferencia bajo el título *Derecho a morir con dignidad*. Al igual que los días anteriores, don José Luis Redrado, de la Orden de San Juan de Dios, ha expuesto ante un numeroso auditorio el sentido que tiene la muerte en el mundo moderno, el poder de la medicina y el poder de la muerte y, finalmente, cómo ayudar al moribundo a morir su propia muerte.

El conferenciante comenzó diciendo que dentro de la crisis de la cultura moderna debemos situar también la crisis de la muerte; se habla de desconocimiento social de la muerte, de rechazo social. La muerte aparece como el lado nocturno de la vida, como una amenaza a la misma sociedad; por ello el hombre moderno tiende a negarla, a no darle cabida, a reprimirla, pero no a vencerla. Incluso la medicina coloca al moribundo ante un nuevo estilo de morir: todo son consignas de engaño y de silencio; parece que el primer deber sea el ocultar. Mas la muerte, al ser trasladada al hospital, queda aislada y confiada a unas cuantas personas y el enfermo abandonado a la soledad.

La medicina puede atenuar el sufrimiento, incluso nos da la impresión de un cierto poder ante la muerte, pero a lo más puede retrasarla, nunca eliminarla.

«La muerte es de la vida, como el nacer» (Tagore), por eso hemos de darle cabida, hemos de madurarla desde

nuestro vivir diario; nos pertenece, nos acompaña, somos mortales.

Necesitamos una nueva pedagogía que suprima el concebir la muerte como algo extraño, exterior, tabú. Necesitamos que los profesionales sanitarios adquieran una mejor preparación para saber estar, acompañar al moribundo aunque no precise o aunque no sea oportuna la aplicación de cuidados técnicos. Es muy importante en estos momentos saber escuchar, comprender las emociones, calibrar la necesidad de compañía. A este respecto es de un gran valor el siguiente testimonio de una enfermera que está a punto de morir y escribió a sus compañeras lo siguiente:

«Entráis en mi habitación trayendo medicamentos, tomándome la tensión. No os marchéis, esperad. Todo lo que desearía es saber que alguien está a mi lado para darme la mano cuando tenga necesidad de ello. Tengo miedo. La muerte puede convertirse en una rutina para vosotras, pero es nueva para mí. Tal vez no me consideréis como un caso único. Pero yo es la primera vez que me muero, la única vez».

El conferenciante, don José Luis Redrado, terminó su exposición con estas frases lapidarias: «No olvidéis que el enfermo en soledad es más enfermo. Y que la muerte en compañía es menos muerte. Y que, al morir, te mueres menos, si te aman».

La Hora leonesa
12 de diciembre de 1980

«LA MUERTE NO ENCAJA EN NUESTRA SOCIEDAD»

Con la disertación sobre el tema *Derecho a morir con dignidad* dentro de la IV Semana de Pastoral Sanitaria, don José Luis Redrado, miembro de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, concluyó sus intervenciones que han sido seguidas con gran atención. Antes de su interlocución don José Luis Redrado explicó a nuestro periódico el objetivo de su conferencia: «Hoy día hay todo un cambio de estilo de morir. Puede hablarse de la *porno-grafía de la muerte* porque todo son consignas de silencio, todo se hace en privado, se rechaza la muerte y se la considera como un tabú. Existe un rechazo social de la muerte. Siendo la familia y los amigos los más adversos a afrontar esta realidad que ha de entenderse si observamos la línea de materialismo, confort, individualismo, etcétera, que lleva nuestra sociedad. En una sociedad así la muerte no encaja y, por eso, se tiende a reprimirla. Pero, claro, eso no quiere decir que vayamos a eliminarla...» Otra parte de la conferencia que el ponente nos adelantó se refería a la postura del enfermo ante la realidad de la muerte cercana, situación que comprende varias etapas: «En primer lugar tenemos la *negación* insistente del enfermo que se rebela ante la realidad de la muerte, simplemente, negando lo evidente. Y negándolo en base a la preocupación por no haber cumplido los objetivos que se había trazado en la vida o también rebelándose ante la impotencia de preguntas sobre el pasado y el fu-

turo: ¿Qué habrá después? Otra etapa es la *cólera* —la desesperación por no poder hacer nada—. Sigue después una tercera etapa —de *negociación*— en la que el enfermo comienza a conformarse con lo que ve venir y comienza a sopesar *pros y contras* —ahí juega un papel importante la personalidad del individuo y el desarrollo de su vida anterior—. Por último se descubren las dos últimas etapas, de *depresión* —angustia por dejar este mundo— y *aceptación* —una especie de resignación ante lo inevitable—.

«QUE ME PEGARAN UN TIRO...»

Pasando a otros puntos que iban a ser tratados en su disertación el conferenciante nos habló de la necesidad de una pedagogía valiente hacia esta realidad incontrovertible de la muerte de forma que, entre todos, ayudemos a morir a nuestros semejantes con la suficiente dignidad. «Es curioso —dijo—, que la inmensa mayoría de nuestros niños no han visto morir a nadie próximo y todo el conocimiento que tienen de la muerte es el que les viene a través de los medios de comunicación y que casi siempre se refieren a muertes violentas. Los niños no aparecen en los ritos funerarios, se los tiene siempre aparte, como si aquello no fuera con ellos, etc. No es extraño así que se encuentren respuestas como las que se obtuvieron recientemente en una encuesta realizada a niños de ocho a diez años sobre la base de *cómo te gustaría morir*. Decía uno de ellos: "Que me pegaran un tiro, cuando sea viejo, morir en la mili, en el trabajo, en el tren, en el circo..." Claro, que no todos respondieron así pues las reacciones de los niños son insospechadas. "Me gustaría —decía otro niño— morir en cama a los ochenta años, como mi abuelo José que era el padre de mi padre". Se ve el desconcierto de los niños ante la muerte, en aquella niña que responde: "Desearía que mi muerte fuera alegre, pero no puede ser nunca; siempre son tristes las muertes". O como esa otra niña de diez años: "En una cama, sin dolor ninguno. Cuando sea vieja, con flores en las manos. Quiero morir a los noventa años, que mis hijos estén casados y sepan defenderse por sí solos". También los hay optimistas: "Me gustaría morir en una cama durmiendo para no enterarme de nada; me gustaría morir a los 134 años..." Todas ellas respuestas que certifican la necesidad de una pedagogía decidida en este campo para lograr comunicarnos con el enfermo, para aprender a estar junto al que muere».

Diario de León
12 de diciembre de 1980

HAY QUE LLEGAR A UNA ATENCION ENFERMO-CENTRICA

En el Salón de Actos del Seminario Mayor, tuvo lugar la penúltima conferencia de la IV Semana de Pastoral Sanitaria que se desarrolló bajo la organización del Secre-

tariado de Pastoral Sanitaria de nuestra diócesis. El conferenciante fue, en esta ocasión, don Fidel Delgado, psicólogo de la Residencia Sanitaria «La Paz» de Madrid, quien disertó sobre el tema *Los profesionales sanitarios al servicio del hombre enfermo*. Momentos antes de su conferencia, don Fidel Delgado adelantó a nuestro periódico el contenido de su interlocución:

«En la conferencia, que he subtítulo para su mejor comprensión *Del deterioro a la realización personal en el servicio a la salud*, pretendo describir que el deterioro del servicio que prestamos a los pacientes no lo sufre únicamente el enfermo sino que también resulta deteriorado el que presta ese servicio; de tal forma que tiene una hipertrofia de su técnica, se *robotiza*, está casi solamente motivado por el tema económico, se vacía de sentimiento y se va deteriorando progresivamente. Y justo ocurre esto en una profesión de las pocas en que uno podría tratar *lo vital* muy de cerca. Entonces, desde todo este deterioro se podría llegar —y aquí llegamos a lo que sería la utopía— a una atención donde realmente el paciente esté en el centro de la atención, o sea, una atención *enfermo-céntrica* y no como ahora que es *médico-céntrica*. Se trata en resumidas cuentas de que el profesional de la medicina se realice en todos sus aspectos, dentro de un grupo abierto que colabora en la misma dirección. Para pasar de la situación actual a esta *utopía* existen unos escalones, el primero de los cuales es la toma de conciencia de nuestra propia responsabilidad, la necesidad de trabajar en grupo, el entrenamiento y el desarrollo de las capacidades de trabajo en grupo, de comunicación, etc., y por último, evaluar cada escalón que cada uno va subiendo para que la autoemulación sea positiva».

Diario de León
13 de diciembre de 1980

INFORMACION AL ENFERMO Y A LA FAMILIA DEL ENFERMO

La última conferencia que clausuró la IV Semana de Pastoral Sanitaria, organizada por el Secretariado Diocesano en colaboración con el Instituto de Cultura Religiosa Superior, se ha dedicado al tema de la *Información al enfermo y a su familia*.

El conferenciante, don Fidel Delgado, psicólogo en la Ciudad Sanitaria de la Paz de Madrid, situó la necesidad de *información al enfermo* como paralela o similar a otros elementos terapéuticos. El paciente y su familia necesitan, en el transcurso de la enfermedad, saber qué padecen, cuál es el diagnóstico, el pronóstico y la evolución de la enfermedad; sólo estando con suficiente información dejarán de ser objetos pasivos de manipulación y asumirán su responsabilidad en la tarea de recuperar la salud. Si no tiene la suficiente información es muy fácil que el enfermo se angustie temiéndose lo peor, desconfiando de quienes le cuidan e incluso de sus familiares que o callan o le dicen cosas contradictorias para consolarle.

La información es un elemento importantísimo y a la

turo: ¿Qué habrá después? Otra etapa es la *cólera* —la desesperación por no poder hacer nada—. Sigue después una tercera etapa —de *negociación*— en la que el enfermo comienza a conformarse con lo que ve venir y comienza a sopesar *pros y contras* —ahí juega un papel importante la personalidad del individuo y el desarrollo de su vida anterior—. Por último se descubren las dos últimas etapas, de *depresión* —angustia por dejar este mundo— y *aceptación* —una especie de resignación ante lo inevitable—.

«QUE ME PEGARAN UN TIRO...»

Pasando a otros puntos que iban a ser tratados en su disertación el conferenciante nos habló de la necesidad de una pedagogía valiente hacia esta realidad incontrovertible de la muerte de forma que, entre todos, ayudemos a morir a nuestros semejantes con la suficiente dignidad. «Es curioso —dijo—, que la inmensa mayoría de nuestros niños no han visto morir a nadie próximo y todo el conocimiento que tienen de la muerte es el que les viene a través de los medios de comunicación y que casi siempre se refieren a muertes violentas. Los niños no aparecen en los ritos funerarios, se los tiene siempre aparte, como si aquello no fuera con ellos, etc. No es extraño así que se encuentren respuestas como las que se obtuvieron recientemente en una encuesta realizada a niños de ocho a diez años sobre la base de *cómo te gustaría morir*. Decía uno de ellos: "Que me pegaran un tiro, cuando sea viejo, morir en la mili, en el trabajo, en el tren, en el circo..." Claro, que no todos respondieron así pues las reacciones de los niños son insospechadas. "Me gustaría —decía otro niño— morir en cama a los ochenta años, como mi abuelo José que era el padre de mi padre". Se ve el desconcierto de los niños ante la muerte, en aquella niña que responde: "Desearía que mi muerte fuera alegre, pero no puede ser nunca; siempre son tristes las muertes". O como esa otra niña de diez años: "En una cama, sin dolor ninguno. Cuando sea vieja, con flores en las manos. Quiero morir a los noventa años, que mis hijos estén casados y sepan defenderse por sí solos". También los hay optimistas: "Me gustaría morir en una cama durmiendo para no enterarme de nada; me gustaría morir a los 134 años..." Todas ellas respuestas que certifican la necesidad de una pedagogía decidida en este campo para lograr comunicarnos con el enfermo, para aprender a estar junto al que muere».

Diario de León
12 de diciembre de 1980

HAY QUE LLEGAR A UNA ATENCION ENFERMO-CENTRICA

En el Salón de Actos del Seminario Mayor, tuvo lugar la penúltima conferencia de la IV Semana de Pastoral Sanitaria que se desarrolló bajo la organización del Secre-

tariado de Pastoral Sanitaria de nuestra diócesis. El conferenciante fue, en esta ocasión, don Fidel Delgado, psicólogo de la Residencia Sanitaria «La Paz» de Madrid, quien disertó sobre el tema *Los profesionales sanitarios al servicio del hombre enfermo*. Momentos antes de su conferencia, don Fidel Delgado adelantó a nuestro periódico el contenido de su interlocución:

«En la conferencia, que he subtítulo para su mejor comprensión *Del deterioro a la realización personal en el servicio a la salud*, pretendo describir que el deterioro del servicio que prestamos a los pacientes no lo sufre únicamente el enfermo sino que también resulta deteriorado el que presta ese servicio; de tal forma que tiene una hipertrofia de su técnica, se *robotiza*, está casi solamente motivado por el tema económico, se vacía de sentimiento y se va deteriorando progresivamente. Y justo ocurre esto en una profesión de las pocas en que uno podría tratar *lo vital* muy de cerca. Entonces, desde todo este deterioro se podría llegar —y aquí llegamos a lo que sería la utopía— a una atención donde realmente el paciente esté en el centro de la atención, o sea, una atención *enfermo-céntrica* y no como ahora que es *médico-céntrica*. Se trata en resumidas cuentas de que el profesional de la medicina se realice en todos sus aspectos, dentro de un grupo abierto que colabora en la misma dirección. Para pasar de la situación actual a esta *utopía* existen unos escalones, el primero de los cuales es la toma de conciencia de nuestra propia responsabilidad, la necesidad de trabajar en grupo, el entrenamiento y el desarrollo de las capacidades de trabajo en grupo, de comunicación, etc., y por último, evaluar cada escalón que cada uno va subiendo para que la autoemulación sea positiva».

Diario de León
13 de diciembre de 1980

INFORMACION AL ENFERMO Y A LA FAMILIA DEL ENFERMO

La última conferencia que clausuró la IV Semana de Pastoral Sanitaria, organizada por el Secretariado Diocesano en colaboración con el Instituto de Cultura Religiosa Superior, se ha dedicado al tema de la *Información al enfermo y a su familia*.

El conferenciante, don Fidel Delgado, psicólogo en la Ciudad Sanitaria de la Paz de Madrid, situó la necesidad de *información al enfermo* como paralela o similar a otros elementos terapéuticos. El paciente y su familia necesitan, en el transcurso de la enfermedad, saber qué padecen, cuál es el diagnóstico, el pronóstico y la evolución de la enfermedad; sólo estando con suficiente información dejarán de ser objetos pasivos de manipulación y asumirán su responsabilidad en la tarea de recuperar la salud. Si no tiene la suficiente información es muy fácil que el enfermo se angustie temiéndose lo peor, desconfiando de quienes le cuidan e incluso de sus familiares que o callan o le dicen cosas contradictorias para consolarle.

La información es un elemento importantísimo y a la

turo: ¿Qué habrá después? Otra etapa es la *cólera* —la desesperación por no poder hacer nada—. Sigue después una tercera etapa —de *negociación*— en la que el enfermo comienza a conformarse con lo que ve venir y comienza a sopesar *pros y contras* —ahí juega un papel importante la personalidad del individuo y el desarrollo de su vida anterior—. Por último se descubren las dos últimas etapas, de *depresión* —angustia por dejar este mundo— y *aceptación* —una especie de resignación ante lo inevitable—.

«QUE ME PEGARAN UN TIRO...»

Pasando a otros puntos que iban a ser tratados en su disertación el conferenciante nos habló de la necesidad de una pedagogía valiente hacia esta realidad incontrovertible de la muerte de forma que, entre todos, ayudemos a morir a nuestros semejantes con la suficiente dignidad. «Es curioso —dijo—, que la inmensa mayoría de nuestros niños no han visto morir a nadie próximo y todo el conocimiento que tienen de la muerte es el que les viene a través de los medios de comunicación y que casi siempre se refieren a muertes violentas. Los niños no aparecen en los ritos funerarios, se los tiene siempre aparte, como si aquello no fuera con ellos, etc. No es extraño así que se encuentren respuestas como las que se obtuvieron recientemente en una encuesta realizada a niños de ocho a diez años sobre la base de *cómo te gustaría morir*. Decía uno de ellos: "Que me pegaran un tiro, cuando sea viejo, morir en la mili, en el trabajo, en el tren, en el circo..." Claro, que no todos respondieron así pues las reacciones de los niños son insospechadas. "Me gustaría —decía otro niño— morir en cama a los ochenta años, como mi abuelo José que era el padre de mi padre". Se ve el desconcierto de los niños ante la muerte, en aquella niña que responde: "Desearía que mi muerte fuera alegre, pero no puede ser nunca; siempre son tristes las muertes". O como esa otra niña de diez años: "En una cama, sin dolor ninguno. Cuando sea vieja, con flores en las manos. Quiero morir a los noventa años, que mis hijos estén casados y sepan defenderse por sí solos". También los hay optimistas: "Me gustaría morir en una cama durmiendo para no enterarme de nada; me gustaría morir a los 134 años..." Todas ellas respuestas que certifican la necesidad de una pedagogía decidida en este campo para lograr comunicarnos con el enfermo, para aprender a estar junto al que muere».

Diario de León
12 de diciembre de 1980

HAY QUE LLEGAR A UNA ATENCION ENFERMO-CENTRICA

En el Salón de Actos del Seminario Mayor, tuvo lugar la penúltima conferencia de la IV Semana de Pastoral Sanitaria que se desarrolló bajo la organización del Secre-

tariado de Pastoral Sanitaria de nuestra diócesis. El conferenciante fue, en esta ocasión, don Fidel Delgado, psicólogo de la Residencia Sanitaria «La Paz» de Madrid, quien disertó sobre el tema *Los profesionales sanitarios al servicio del hombre enfermo*. Momentos antes de su conferencia, don Fidel Delgado adelantó a nuestro periódico el contenido de su interlocución:

«En la conferencia, que he subtítulo para su mejor comprensión *Del deterioro a la realización personal en el servicio a la salud*, pretendo describir que el deterioro del servicio que prestamos a los pacientes no lo sufre únicamente el enfermo sino que también resulta deteriorado el que presta ese servicio; de tal forma que tiene una hipertrofia de su técnica, se *robotiza*, está casi solamente motivado por el tema económico, se vacía de sentimiento y se va deteriorando progresivamente. Y justo ocurre esto en una profesión de las pocas en que uno podría tratar *lo vital* muy de cerca. Entonces, desde todo este deterioro se podría llegar —y aquí llegamos a lo que sería la utopía— a una atención donde realmente el paciente esté en el centro de la atención, o sea, una atención *enfermo-céntrica* y no como ahora que es *médico-céntrica*. Se trata en resumidas cuentas de que el profesional de la medicina se realice en todos sus aspectos, dentro de un grupo abierto que colabora en la misma dirección. Para pasar de la situación actual a esta *utopía* existen unos escalones, el primero de los cuales es la toma de conciencia de nuestra propia responsabilidad, la necesidad de trabajar en grupo, el entrenamiento y el desarrollo de las capacidades de trabajo en grupo, de comunicación, etc., y por último, evaluar cada escalón que cada uno va subiendo para que la autoemulación sea positiva».

Diario de León
13 de diciembre de 1980

INFORMACION AL ENFERMO Y A LA FAMILIA DEL ENFERMO

La última conferencia que clausuró la IV Semana de Pastoral Sanitaria, organizada por el Secretariado Diocesano en colaboración con el Instituto de Cultura Religiosa Superior, se ha dedicado al tema de la *Información al enfermo y a su familia*.

El conferenciante, don Fidel Delgado, psicólogo en la Ciudad Sanitaria de la Paz de Madrid, situó la necesidad de *información al enfermo* como paralela o similar a otros elementos terapéuticos. El paciente y su familia necesitan, en el transcurso de la enfermedad, saber qué padecen, cuál es el diagnóstico, el pronóstico y la evolución de la enfermedad; sólo estando con suficiente información dejarán de ser objetos pasivos de manipulación y asumirán su responsabilidad en la tarea de recuperar la salud. Si no tiene la suficiente información es muy fácil que el enfermo se angustie temiéndose lo peor, desconfiando de quienes le cuidan e incluso de sus familiares que o callan o le dicen cosas contradictorias para consolarle.

La información es un elemento importantísimo y a la

vez delicado que exige ciertas habilidades en su dosificación y su manejo, estas habilidades para informar deben poseerlas todos los profesionales de la salud, dado que todos informan al paciente. Es cierto que el médico es el principal responsable de administrar la información adecuada, pero también es cierto que todas las personas que hay alrededor del enfermo le proporcionan información con sus palabras, con sus gestos, e incluso con sus silencios.

Facilitar al enfermo y a su familia una *adecuada información* debiera ser una obligación asumida por todos los profesionales de la salud y no sólo un favor que se hace en casos especiales o cuando a uno le sobra tiempo.

Este ciclo de ponencias sobre *Los derechos de los enfermos* fue clausurado por don Fernando Sebastián Aguilar, obispo de la diócesis que recalcó la importancia de esta faceta de la pastoral dentro de una cultura y una sociedad que trata de ocultar la enfermedad y la muerte y con ello oculta la visión de la gracia y la misericordia.

Otras muchas cosas y orientaciones nos dio el señor obispo. Terminó diciendo: «Cuando esté enfermo me gustaría ser tratado según mis derechos, pero sobre todo según la *Misericordia*».

JURAMENTO HIPOCRATICO 500 A. C.

Juro por Apolo médico, por Esculapio, Hygia y por Panacea, juro por todos los dioses y por todas las diosas, cumplir fielmente, según mi leal saber y entender, este juramento y compromiso: venerar como a mi padre a quien me enseñó este arte, cuidar de su vida y asistirle en sus necesidades; considerar a sus hijos como hermanos míos, enseñarles este arte gratuitamente si quieren estudiarlo, comunicar los preceptos vulgares y las enseñanzas secretas y todo lo demás de la doctrina a mis hijos, y a los hijos de mi maestro y a todos los alumnos matriculados y juramentados según costumbre, pero a nadie más.

En cuanto pueda y sepa, usaré de las reglas dietéticas en provecho de los enfermos y apartaré de ellos todo daño y maleficio.

Jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me soliciten; ni administraré abortivo a mujer alguna.

Conservaré pura y santa mi vida y mi arte.

No tallaré cálculos, sino que dejaré esto a los cirujanos especialistas.

En cuantas casas entrare, lo haré para bien de los enfermos, apartándome de toda injusticia voluntaria y de toda corrupción, y principalmente de todo comercio vergonzoso con hombres y mujeres, libres o esclavos.

Todo lo que viere y oyere en el ejercicio de mi profesión, y todo lo que supiere acerca de la vida de alguien, si es cosa que no deba ser divulgada, lo callaré y lo guardaré con secreto inviolable.

Si este juramento cumpliere íntegro, viva yo feliz y recoja los frutos de mi arte y sea honrado por todos los hombres y por la más remota posteridad. Pero si soy transgresor y perjuro, avengame lo contrario.

LOS DERECHOS HUMANOS Y EL DERECHO A LA SALUD

Declaración Americana

de los derechos y deberes del hombre (1948)

Art. 1.º Todo ser humano tiene derecho a la *vida*, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Art. 11.º Toda persona tiene derecho a que su *salud* sea preservada por *medidas sanitarias y sociales*, relativas a la alimentación, vestido, vivienda y *asistencia médica*.

Art. 16.º Toda persona tiene derecho a la *Seguridad Social*, que le proteja contra las consecuencias de la desocupación, de la vejez y de la incapacidad que, proveniente de cualquier otra causa ajena a su voluntad, la *imposibilite física o mentalmente* para obtener los medios de subsistencia.

Art. 35.º Toda persona *tiene el deber* de cooperar con el Estado y con la comunidad en la asistencia y seguridad sociales.

Declaración Universal de los Derechos Humanos

(ONU, 1948)

Art. 22.º Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la *Seguridad Social*.

Art. 25.º Punto 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure, así como a su familia, la *salud* y el bienestar, la *asistencia médica* y los servicios sociales necesarios. Tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, *enfermedad*, invalidez.

Convención del Consejo de Europa

para la salvaguardia de los Derechos del Hombre (1950)

Art. 2.º Punto 1. Toda persona tiene derecho a la *vida*.

Art. 3.º Punto 2. El ejercicio de estas libertades, por cuanto implica deberes y responsabilidad, puede estar sometido a ciertas formalidades, condiciones... para la seguridad nacional, la *protección de la salud* o de la moral.

Carta Social Europea (1961)

Derechos y principios

Art. 11.º Toda persona tiene derecho a beneficiarse de cuantas medidas le permitan gozar del *mejor estado de salud* que pueda alcanzar.

Art. 12.º Todos los trabajadores y sus herederos tienen derecho a la *Seguridad Social*.

Art. 15.º Toda persona inválida tiene derecho a la formación profesional y *readaptación profesional y social*, cualesquiera que sean el origen y la naturaleza de su invalidez.

Obligaciones asumidas

Art. 11.º Derecho a la protección de la salud: Eliminar las causas de salud deficiente. Prever servicios de consulta y de educación relativos a la mejora de salud y al desarrollo del sentido de responsabilidad individual en cuanto al cuidado de la salud. A prevenir en la medida de lo posible las enfermedades.

Art. 13.º Derecho a la asistencia social y médica: Cui-

vez delicado que exige ciertas habilidades en su dosificación y su manejo, estas habilidades para informar deben poseerlas todos los profesionales de la salud, dado que todos informan al paciente. Es cierto que el médico es el principal responsable de administrar la información adecuada, pero también es cierto que todas las personas que hay alrededor del enfermo le proporcionan información con sus palabras, con sus gestos, e incluso con sus silencios.

Facilitar al enfermo y a su familia una *adecuada información* debiera ser una obligación asumida por todos los profesionales de la salud y no sólo un favor que se hace en casos especiales o cuando a uno le sobra tiempo.

Este ciclo de ponencias sobre *Los derechos de los enfermos* fue clausurado por don Fernando Sebastián Aguilar, obispo de la diócesis que recalcó la importancia de esta faceta de la pastoral dentro de una cultura y una sociedad que trata de ocultar la enfermedad y la muerte y con ello oculta la visión de la gracia y la misericordia.

Otras muchas cosas y orientaciones nos dio el señor obispo. Terminó diciendo: «Cuando esté enfermo me gustaría ser tratado según mis derechos, pero sobre todo según la *Misericordia*».

JURAMENTO HIPOCRATICO 500 A. C.

Juro por Apolo médico, por Esculapio, Hygia y por Panacea, juro por todos los dioses y por todas las diosas, cumplir fielmente, según mi leal saber y entender, este juramento y compromiso: venerar como a mi padre a quien me enseñó este arte, cuidar de su vida y asistirle en sus necesidades; considerar a sus hijos como hermanos míos, enseñarles este arte gratuitamente si quieren estudiarlo, comunicar los preceptos vulgares y las enseñanzas secretas y todo lo demás de la doctrina a mis hijos, y a los hijos de mi maestro y a todos los alumnos matriculados y juramentados según costumbre, pero a nadie más.

En cuanto pueda y sepa, usaré de las reglas dietéticas en provecho de los enfermos y apartaré de ellos todo daño y maleficio.

Jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me soliciten; ni administraré abortivo a mujer alguna.

Conservaré pura y santa mi vida y mi arte.

No tallaré cálculos, sino que dejaré esto a los cirujanos especialistas.

En cuantas casas entrare, lo haré para bien de los enfermos, apartándome de toda injusticia voluntaria y de toda corrupción, y principalmente de todo comercio vergonzoso con hombres y mujeres, libres o esclavos.

Todo lo que viere y oyere en el ejercicio de mi profesión, y todo lo que supiere acerca de la vida de alguien, si es cosa que no deba ser divulgada, lo callaré y lo guardaré con secreto inviolable.

Si este juramento cumpliere íntegro, viva yo feliz y recoja los frutos de mi arte y sea honrado por todos los hombres y por la más remota posteridad. Pero si soy transgresor y perjuro, avengame lo contrario.

LOS DERECHOS HUMANOS Y EL DERECHO A LA SALUD

Declaración Americana

de los derechos y deberes del hombre (1948)

Art. 1.º Todo ser humano tiene derecho a la *vida*, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Art. 11.º Toda persona tiene derecho a que su *salud* sea preservada por *medidas sanitarias y sociales*, relativas a la alimentación, vestido, vivienda y *asistencia médica*.

Art. 16.º Toda persona tiene derecho a la *Seguridad Social*, que le proteja contra las consecuencias de la desocupación, de la vejez y de la incapacidad que, proveniente de cualquier otra causa ajena a su voluntad, la *imposibilite física o mentalmente* para obtener los medios de subsistencia.

Art. 35.º Toda persona *tiene el deber* de cooperar con el Estado y con la comunidad en la asistencia y seguridad sociales.

Declaración Universal de los Derechos Humanos

(ONU, 1948)

Art. 22.º Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la *Seguridad Social*.

Art. 25.º Punto 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure, así como a su familia, la *salud* y el bienestar, la *asistencia médica* y los servicios sociales necesarios. Tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, *enfermedad*, invalidez.

Convención del Consejo de Europa

para la salvaguardia de los Derechos del Hombre (1950)

Art. 2.º Punto 1. Toda persona tiene derecho a la *vida*.

Art. 3.º Punto 2. El ejercicio de estas libertades, por cuanto implica deberes y responsabilidad, puede estar sometido a ciertas formalidades, condiciones... para la seguridad nacional, la *protección de la salud* o de la moral.

Carta Social Europea (1961)

Derechos y principios

Art. 11.º Toda persona tiene derecho a beneficiarse de cuantas medidas le permitan gozar del *mejor estado de salud* que pueda alcanzar.

Art. 12.º Todos los trabajadores y sus herederos tienen derecho a la *Seguridad Social*.

Art. 15.º Toda persona inválida tiene derecho a la formación profesional y *readaptación profesional y social*, cualesquiera que sean el origen y la naturaleza de su invalidez.

Obligaciones asumidas

Art. 11.º Derecho a la protección de la salud: Eliminar las causas de salud deficiente. Prever servicios de consulta y de educación relativos a la mejora de salud y al desarrollo del sentido de responsabilidad individual en cuanto al cuidado de la salud. A prevenir en la medida de lo posible las enfermedades.

Art. 13.º Derecho a la asistencia social y médica: Cui-

vez delicado que exige ciertas habilidades en su dosificación y su manejo, estas habilidades para informar deben poseerlas todos los profesionales de la salud, dado que todos informan al paciente. Es cierto que el médico es el principal responsable de administrar la información adecuada, pero también es cierto que todas las personas que hay alrededor del enfermo le proporcionan información con sus palabras, con sus gestos, e incluso con sus silencios.

Facilitar al enfermo y a su familia una *adecuada información* debiera ser una obligación asumida por todos los profesionales de la salud y no sólo un favor que se hace en casos especiales o cuando a uno le sobra tiempo.

Este ciclo de ponencias sobre *Los derechos de los enfermos* fue clausurado por don Fernando Sebastián Aguilar, obispo de la diócesis que recalcó la importancia de esta faceta de la pastoral dentro de una cultura y una sociedad que trata de ocultar la enfermedad y la muerte y con ello oculta la visión de la gracia y la misericordia.

Otras muchas cosas y orientaciones nos dio el señor obispo. Terminó diciendo: «Cuando esté enfermo me gustaría ser tratado según mis derechos, pero sobre todo según la *Misericordia*».

JURAMENTO HIPOCRATICO 500 A. C.

Juro por Apolo médico, por Esculapio, Hygia y por Panacea, juro por todos los dioses y por todas las diosas, cumplir fielmente, según mi leal saber y entender, este juramento y compromiso: venerar como a mi padre a quien me enseñó este arte, cuidar de su vida y asistirle en sus necesidades; considerar a sus hijos como hermanos míos, enseñarles este arte gratuitamente si quieren estudiarlo, comunicar los preceptos vulgares y las enseñanzas secretas y todo lo demás de la doctrina a mis hijos, y a los hijos de mi maestro y a todos los alumnos matriculados y juramentados según costumbre, pero a nadie más.

En cuanto pueda y sepa, usaré de las reglas dietéticas en provecho de los enfermos y apartaré de ellos todo daño y maleficio.

Jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me soliciten; ni administraré abortivo a mujer alguna.

Conservaré pura y santa mi vida y mi arte.

No tallaré cálculos, sino que dejaré esto a los cirujanos especialistas.

En cuantas casas entrare, lo haré para bien de los enfermos, apartándome de toda injusticia voluntaria y de toda corrupción, y principalmente de todo comercio vergonzoso con hombres y mujeres, libres o esclavos.

Todo lo que viere y oyere en el ejercicio de mi profesión, y todo lo que supiere acerca de la vida de alguien, si es cosa que no deba ser divulgada, lo callaré y lo guardaré con secreto inviolable.

Si este juramento cumpliere íntegro, viva yo feliz y recoja los frutos de mi arte y sea honrado por todos los hombres y por la más remota posteridad. Pero si soy transgresor y perjuro, avengame lo contrario.

LOS DERECHOS HUMANOS Y EL DERECHO A LA SALUD

Declaración Americana

de los derechos y deberes del hombre (1948)

Art. 1.º Todo ser humano tiene derecho a la *vida*, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Art. 11.º Toda persona tiene derecho a que su *salud* sea preservada por *medidas sanitarias y sociales*, relativas a la alimentación, vestido, vivienda y *asistencia médica*.

Art. 16.º Toda persona tiene derecho a la *Seguridad Social*, que le proteja contra las consecuencias de la desocupación, de la vejez y de la incapacidad que, proveniente de cualquier otra causa ajena a su voluntad, la *imposibilite física o mentalmente* para obtener los medios de subsistencia.

Art. 35.º Toda persona *tiene el deber* de cooperar con el Estado y con la comunidad en la asistencia y seguridad sociales.

Declaración Universal de los Derechos Humanos

(ONU, 1948)

Art. 22.º Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la *Seguridad Social*.

Art. 25.º Punto 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure, así como a su familia, la *salud* y el bienestar, la *asistencia médica* y los servicios sociales necesarios. Tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, *enfermedad*, invalidez.

Convención del Consejo de Europa

para la salvaguardia de los Derechos del Hombre (1950)

Art. 2.º Punto 1. Toda persona tiene derecho a la *vida*.

Art. 3.º Punto 2. El ejercicio de estas libertades, por cuanto implica deberes y responsabilidad, puede estar sometido a ciertas formalidades, condiciones... para la seguridad nacional, la *protección de la salud* o de la moral.

Carta Social Europea (1961)

Derechos y principios

Art. 11.º Toda persona tiene derecho a beneficiarse de cuantas medidas le permitan gozar del *mejor estado de salud* que pueda alcanzar.

Art. 12.º Todos los trabajadores y sus herederos tienen derecho a la *Seguridad Social*.

Art. 15.º Toda persona inválida tiene derecho a la formación profesional y *readaptación profesional y social*, cualesquiera que sean el origen y la naturaleza de su invalidez.

Obligaciones asumidas

Art. 11.º Derecho a la protección de la salud: Eliminar las causas de salud deficiente. Prever servicios de consulta y de educación relativos a la mejora de salud y al desarrollo del sentido de responsabilidad individual en cuanto al cuidado de la salud. A prevenir en la medida de lo posible las enfermedades.

Art. 13.º Derecho a la asistencia social y médica: Cui-

dar de que toda persona que no disponga de recursos suficientes, pueda recibirlos de otras fuentes, especialmente de las prestaciones de la *Seguridad Social*. Cuidar de que las personas que se beneficien de una tal asistencia no sufran por ello una disminución de sus derechos políticos o sociales.

Art. 15.º Derecho de las personas física o mentalmente disminuidas a la formación profesional y a la *readaptación profesional y social*.

Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (1966)

Art. 19.º Encauzar las libertades en pro y como necesarias para la protección de la salud.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)

Art. 12.º Los Estados parte en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental: Prevención de enfermedades. Creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos.

CODIGO DE LA COMMONWEALTH

El siguiente Código Deontológico de la Asociación Médica de la Mancomunidad Británica Médica fue aprobado en Jamaica en 1974:

1. La lealtad primaria de un médico es su paciente.
2. Su vocación, conocimientos y talento deben ser destinados al alivio de los síntomas, la curación de la enfermedad y la promoción de la salud.
3. Respetará la vida humana y evitará escrupulosamente hacer daño o lesión.
4. Compartirá todos sus conocimientos adquiridos con sus colegas, sin ninguna reserva.
5. Respetará la confianza de su paciente como si fuese la suya propia.
6. Por principio y ejemplo, mantendrá la dignidad e ideales de su profesión, no permitiendo ninguna clase de prejuicio sobre la base de raza, credo o factor socio-económico en conexión con su ejercicio profesional.

N. B. El término *paciente* empleado en este Código incluye tanto a prisioneros como a otros enfermos cuya asistencia puede ser requerida por mandato.

JURAMENTO MEDICO SOVIETICO

Antes de que me sea otorgado el alto nombramiento de médico y entre en la práctica de la Medicina, yo, solemnemente prometo:

— Dedicar todo mi conocimiento y empeño en preservar y mejorar la salud de la humanidad y tratar y prevenir la enfermedad y trabajar con buen ánimo dondequiera que sea requerido por la sociedad.

— Estar siempre dispuesto a proporcionar cuidados médicos, hablar con el paciente atenta y cuidadosamente y silenciar sus confidencias médicas.

— Perfeccionar constantemente mis conocimientos médicos y destreza clínica y, en mi trabajo, ayudar y contribuir al desarrollo de la ciencia y práctica médicas.

— Recurrir, si el mejor interés del paciente lo requiere, al asesoramiento de mis compañeros médicos y nunca rehusar cualquier consejo o ayuda que yo pueda prestarles.

— Preservar y desarrollar la noble tradición de la medicina soviética, para conducirme siempre en todas mis acciones por los principios de la moral comunista y tener siempre el alto nombre del médico soviético donde corresponde, así como mi responsabilidad ante el pueblo y estado soviéticos. Prometo ser fiel a este Juramento durante toda mi vida.

DECLARACION DE HELSINKI

Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos. Adoptada por la XVIII Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, 1964, y revisada por la XXIX Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón 1975.

INTRODUCCION

La misión del médico es velar por la salud de la humanidad. Sus conocimientos y su conciencia deben dedicarse a la realización de esta misión.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial señala el deber del médico con las palabras «velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente», y en el Código Internacional de Ética Médica se declara que «todo procedimiento que pueda debilitar la resistencia física o mental de un ser humano está prohibido, a menos que pueda emplearse en beneficio del interés propio del individuo».

El propósito de la investigación biomédica en seres humanos debe ser el mejoramiento de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y la comprensión de la etiología y patogénesis de una enfermedad.

En la práctica actual de la medicina, la mayoría de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos envuelven riesgos: esto se aplica a *fortiori* a la investigación biomédica.

El progreso de la medicina se basa sobre la investigación que debe cimentarse por último en experimentación sobre seres humanos.

En el área de la investigación biomédica debe hacerse una distinción fundamental entre:

— la investigación médica cuyo fin es esencialmente diagnóstico o terapéutico para un paciente, y

— la investigación médica cuyo objetivo esencial es puramente científico, sin representar un beneficio diagnós-

dar de que toda persona que no disponga de recursos suficientes, pueda recibirlos de otras fuentes, especialmente de las prestaciones de la *Seguridad Social*. Cuidar de que las personas que se beneficien de una tal asistencia no sufran por ello una disminución de sus derechos políticos o sociales.

Art. 15.º Derecho de las personas física o mentalmente disminuidas a la formación profesional y a la *readaptación profesional y social*.

Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (1966)

Art. 19.º Encauzar las libertades en pro y como necesarias para la protección de la salud.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)

Art. 12.º Los Estados parte en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental: Prevención de enfermedades. Creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos.

CODIGO DE LA COMMONWEALTH

El siguiente Código Deontológico de la Asociación Médica de la Mancomunidad Británica Médica fue aprobado en Jamaica en 1974:

1. La lealtad primaria de un médico es su paciente.
2. Su vocación, conocimientos y talento deben ser destinados al alivio de los síntomas, la curación de la enfermedad y la promoción de la salud.
3. Respetará la vida humana y evitará escrupulosamente hacer daño o lesión.
4. Compartirá todos sus conocimientos adquiridos con sus colegas, sin ninguna reserva.
5. Respetará la confianza de su paciente como si fuese la suya propia.
6. Por principio y ejemplo, mantendrá la dignidad e ideales de su profesión, no permitiendo ninguna clase de prejuicio sobre la base de raza, credo o factor socio-económico en conexión con su ejercicio profesional.

N. B. El término *paciente* empleado en este Código incluye tanto a prisioneros como a otros enfermos cuya asistencia puede ser requerida por mandato.

JURAMENTO MEDICO SOVIETICO

Antes de que me sea otorgado el alto nombramiento de médico y entre en la práctica de la Medicina, yo, solemnemente prometo:

— Dedicar todo mi conocimiento y empeño en preservar y mejorar la salud de la humanidad y tratar y prevenir la enfermedad y trabajar con buen ánimo dondequiera que sea requerido por la sociedad.

— Estar siempre dispuesto a proporcionar cuidados médicos, hablar con el paciente atenta y cuidadosamente y silenciar sus confidencias médicas.

— Perfeccionar constantemente mis conocimientos médicos y destreza clínica y, en mi trabajo, ayudar y contribuir al desarrollo de la ciencia y práctica médicas.

— Recurrir, si el mejor interés del paciente lo requiere, al asesoramiento de mis compañeros médicos y nunca rehusar cualquier consejo o ayuda que yo pueda prestarles.

— Preservar y desarrollar la noble tradición de la medicina soviética, para conducirme siempre en todas mis acciones por los principios de la moral comunista y tener siempre el alto nombre del médico soviético donde corresponde, así como mi responsabilidad ante el pueblo y estado soviéticos. Prometo ser fiel a este Juramento durante toda mi vida.

DECLARACION DE HELSINKI

Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos. Adoptada por la XVIII Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, 1964, y revisada por la XXIX Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón 1975.

INTRODUCCION

La misión del médico es velar por la salud de la humanidad. Sus conocimientos y su conciencia deben dedicarse a la realización de esta misión.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial señala el deber del médico con las palabras «velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente», y en el Código Internacional de Ética Médica se declara que «todo procedimiento que pueda debilitar la resistencia física o mental de un ser humano está prohibido, a menos que pueda emplearse en beneficio del interés propio del individuo».

El propósito de la investigación biomédica en seres humanos debe ser el mejoramiento de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y la comprensión de la etiología y patogénesis de una enfermedad.

En la práctica actual de la medicina, la mayoría de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos envuelven riesgos: esto se aplica a *fortiori* a la investigación biomédica.

El progreso de la medicina se basa sobre la investigación que debe cimentarse por último en experimentación sobre seres humanos.

En el área de la investigación biomédica debe hacerse una distinción fundamental entre:

— la investigación médica cuyo fin es esencialmente diagnóstico o terapéutico para un paciente, y

— la investigación médica cuyo objetivo esencial es puramente científico, sin representar un beneficio diagnós-

dar de que toda persona que no disponga de recursos suficientes, pueda recibirlos de otras fuentes, especialmente de las prestaciones de la *Seguridad Social*. Cuidar de que las personas que se beneficien de una tal asistencia no sufran por ello una disminución de sus derechos políticos o sociales.

Art. 15.º Derecho de las personas física o mentalmente disminuidas a la formación profesional y a la *readaptación profesional y social*.

Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (1966)

Art. 19.º Encauzar las libertades en pro y como necesarias para la protección de la salud.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)

Art. 12.º Los Estados parte en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental: Prevención de enfermedades. Creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos.

CODIGO DE LA COMMONWEALTH

El siguiente Código Deontológico de la Asociación Médica de la Mancomunidad Británica Médica fue aprobado en Jamaica en 1974:

1. La lealtad primaria de un médico es su paciente.
2. Su vocación, conocimientos y talento deben ser destinados al alivio de los síntomas, la curación de la enfermedad y la promoción de la salud.
3. Respetará la vida humana y evitará escrupulosamente hacer daño o lesión.
4. Compartirá todos sus conocimientos adquiridos con sus colegas, sin ninguna reserva.
5. Respetará la confianza de su paciente como si fuese la suya propia.
6. Por principio y ejemplo, mantendrá la dignidad e ideales de su profesión, no permitiendo ninguna clase de prejuicio sobre la base de raza, credo o factor socio-económico en conexión con su ejercicio profesional.

N. B. El término *paciente* empleado en este Código incluye tanto a prisioneros como a otros enfermos cuya asistencia puede ser requerida por mandato.

JURAMENTO MEDICO SOVIETICO

Antes de que me sea otorgado el alto nombramiento de médico y entre en la práctica de la Medicina, yo, solemnemente prometo:

— Dedicar todo mi conocimiento y empeño en preservar y mejorar la salud de la humanidad y tratar y prevenir la enfermedad y trabajar con buen ánimo dondequiera que sea requerido por la sociedad.

— Estar siempre dispuesto a proporcionar cuidados médicos, hablar con el paciente atenta y cuidadosamente y silenciar sus confidencias médicas.

— Perfeccionar constantemente mis conocimientos médicos y destreza clínica y, en mi trabajo, ayudar y contribuir al desarrollo de la ciencia y práctica médicas.

— Recurrir, si el mejor interés del paciente lo requiere, al asesoramiento de mis compañeros médicos y nunca rehusar cualquier consejo o ayuda que yo pueda prestarles.

— Preservar y desarrollar la noble tradición de la medicina soviética, para conducirme siempre en todas mis acciones por los principios de la moral comunista y tener siempre el alto nombre del médico soviético donde corresponde, así como mi responsabilidad ante el pueblo y estado soviéticos. Prometo ser fiel a este Juramento durante toda mi vida.

DECLARACION DE HELSINKI

Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos. Adoptada por la XVIII Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, 1964, y revisada por la XXIX Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón 1975.

INTRODUCCION

La misión del médico es velar por la salud de la humanidad. Sus conocimientos y su conciencia deben dedicarse a la realización de esta misión.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial señala el deber del médico con las palabras «velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente», y en el Código Internacional de Ética Médica se declara que «todo procedimiento que pueda debilitar la resistencia física o mental de un ser humano está prohibido, a menos que pueda emplearse en beneficio del interés propio del individuo».

El propósito de la investigación biomédica en seres humanos debe ser el mejoramiento de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y la comprensión de la etiología y patogénesis de una enfermedad.

En la práctica actual de la medicina, la mayoría de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos envuelven riesgos: esto se aplica a *fortiori* a la investigación biomédica.

El progreso de la medicina se basa sobre la investigación que debe cimentarse por último en experimentación sobre seres humanos.

En el área de la investigación biomédica debe hacerse una distinción fundamental entre:

— la investigación médica cuyo fin es esencialmente diagnóstico o terapéutico para un paciente, y

— la investigación médica cuyo objetivo esencial es puramente científico, sin representar un beneficio diagnós-

dar de que toda persona que no disponga de recursos suficientes, pueda recibirlos de otras fuentes, especialmente de las prestaciones de la *Seguridad Social*. Cuidar de que las personas que se beneficien de una tal asistencia no sufran por ello una disminución de sus derechos políticos o sociales.

Art. 15.º Derecho de las personas física o mentalmente disminuidas a la formación profesional y a la *readaptación profesional y social*.

Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (1966)

Art. 19.º Encauzar las libertades en pro y como necesarias para la protección de la salud.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)

Art. 12.º Los Estados parte en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental: Prevención de enfermedades. Creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos.

CODIGO DE LA COMMONWEALTH

El siguiente Código Deontológico de la Asociación Médica de la Mancomunidad Británica Médica fue aprobado en Jamaica en 1974:

1. La lealtad primaria de un médico es su paciente.
2. Su vocación, conocimientos y talento deben ser destinados al alivio de los síntomas, la curación de la enfermedad y la promoción de la salud.
3. Respetará la vida humana y evitará escrupulosamente hacer daño o lesión.
4. Compartirá todos sus conocimientos adquiridos con sus colegas, sin ninguna reserva.
5. Respetará la confianza de su paciente como si fuese la suya propia.
6. Por principio y ejemplo, mantendrá la dignidad e ideales de su profesión, no permitiendo ninguna clase de prejuicio sobre la base de raza, credo o factor socio-económico en conexión con su ejercicio profesional.

N. B. El término *paciente* empleado en este Código incluye tanto a prisioneros como a otros enfermos cuya asistencia puede ser requerida por mandato.

JURAMENTO MEDICO SOVIETICO

Antes de que me sea otorgado el alto nombramiento de médico y entre en la práctica de la Medicina, yo, solemnemente prometo:

— Dedicar todo mi conocimiento y empeño en preservar y mejorar la salud de la humanidad y tratar y prevenir la enfermedad y trabajar con buen ánimo dondequiera que sea requerido por la sociedad.

— Estar siempre dispuesto a proporcionar cuidados médicos, hablar con el paciente atenta y cuidadosamente y silenciar sus confidencias médicas.

— Perfeccionar constantemente mis conocimientos médicos y destreza clínica y, en mi trabajo, ayudar y contribuir al desarrollo de la ciencia y práctica médicas.

— Recurrir, si el mejor interés del paciente lo requiere, al asesoramiento de mis compañeros médicos y nunca rehusar cualquier consejo o ayuda que yo pueda prestarles.

— Preservar y desarrollar la noble tradición de la medicina soviética, para conducirme siempre en todas mis acciones por los principios de la moral comunista y tener siempre el alto nombre del médico soviético donde corresponde, así como mi responsabilidad ante el pueblo y estado soviéticos. Prometo ser fiel a este Juramento durante toda mi vida.

DECLARACION DE HELSINKI

Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos. Adoptada por la XVIII Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, 1964, y revisada por la XXIX Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón 1975.

INTRODUCCION

La misión del médico es velar por la salud de la humanidad. Sus conocimientos y su conciencia deben dedicarse a la realización de esta misión.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial señala el deber del médico con las palabras «velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente», y en el Código Internacional de Ética Médica se declara que «todo procedimiento que pueda debilitar la resistencia física o mental de un ser humano está prohibido, a menos que pueda emplearse en beneficio del interés propio del individuo».

El propósito de la investigación biomédica en seres humanos debe ser el mejoramiento de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y la comprensión de la etiología y patogénesis de una enfermedad.

En la práctica actual de la medicina, la mayoría de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos envuelven riesgos: esto se aplica a *fortiori* a la investigación biomédica.

El progreso de la medicina se basa sobre la investigación que debe cimentarse por último en experimentación sobre seres humanos.

En el área de la investigación biomédica debe hacerse una distinción fundamental entre:

— la investigación médica cuyo fin es esencialmente diagnóstico o terapéutico para un paciente, y

— la investigación médica cuyo objetivo esencial es puramente científico, sin representar un beneficio diagnós-

tico o terapéutico *directo* para la persona sujeta a la investigación.

Durante el proceso de investigación debe darse especial atención a factores que puedan afectar el ambiente, y respeto al bienestar de los animales utilizados para tales estudios.

Siendo esencial que los resultados de experimentos de laboratorio sean aplicados sobre seres humanos a fin de ampliar el conocimiento científico y así aliviar el sufrimiento de la humanidad, la Asociación Médica Mundial ha redactado las siguientes recomendaciones para que sirvan de guía a cada médico dedicado a la investigación biomédica. Ellas debieran someterse a futuras reconsideraciones. Debe subrayarse que las normas aquí descritas son solamente de guía para los médicos de todo el mundo: ellos no están exentos de las responsabilidades criminales, civiles y éticas dictadas por las leyes de sus propios países.

PRINCIPIOS BASICOS

1. La investigación biomédica en seres humanos debe concordar con normas científicas generalmente aceptadas y debe basarse sobre experimentos de laboratorio y en animales y sobre un conocimiento amplio de la literatura científica pertinente.

2. El plan y la ejecución de cada etapa experimental sobre seres humanos debieran formularse claramente en un protocolo experimental que debiera remitirse a un comité independiente especialmente designado para su consideración, observaciones y consejos.

3. La investigación biomédica en seres humanos debiera ser realizada solamente por personas científicamente calificadas bajo la supervisión de una persona de competencia clínica. La responsabilidad por el individuo sujeta a la investigación debe siempre recaer sobre una persona de calificaciones médicas, nunca sobre el individuo, aunque él haya otorgado su consentimiento.

4. La investigación biomédica en seres humanos no puede legítimamente realizarse, a menos que la importancia de su objetivo mantenga una proporción con el riesgo inherente al individuo.

5. Cada proyecto de investigación biomédica en seres humanos debiera ser precedido por un cuidadoso estudio de los riesgos posibles en comparación con los beneficios posibles para el individuo o para otros individuos. Los intereses del individuo deben siempre prevalecer sobre aquellos de la ciencia y de la sociedad.

6. Siempre debe respetarse el derecho del ser humano sujeta a la investigación a proteger su integridad y toda clase de precauciones debieran adoptarse para resguardar la privacidad del individuo y disminuir al mínimo el efecto de la investigación sobre su integridad física y mental y sobre su personalidad.

7. Los médicos debieran abstenerse de realizar investigaciones en seres humanos si los riesgos inherentes son impronosticables. Debieran asimismo interrumpir cualquier experimento que señale que los riesgos son mayores que los posibles beneficios.

8. Al publicarse los resultados de su investigación, el médico tiene la obligación de vigilar la exactitud de los resultados. Informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no debieran ser aceptados para su publicación.

9. Cualquier investigación en seres humanos debe ser precedida por la información adecuada a cada voluntario de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el experimento puede implicar. El individuo debiera saber que él o ella tiene la libertad de no participar en el experimento y que tiene el privilegio de anular en cualquier momento su consentimiento. El médico debiera entonces obtener el consentimiento voluntario y consciente del individuo, preferiblemente por escrito.

10. Al obtener el permiso consciente del individuo, el médico debiera observar atentamente si en el individuo se ha formado una condición de dependencia hacia él, o si el consentimiento puede ser forzado. En tal caso, otro médico completamente ajeno al experimento e independiente de la relación médico-individuo debiera obtener el consentimiento.

11. El permiso consciente debiera obtenerse del tutor legal en caso de incapacidad legal, y de un pariente responsable en caso de incapacidad física o mental, o cuando el individuo es menor de edad, según las disposiciones legales nacionales en cada caso.

12. El protocolo de la investigación debiera siempre contener una mención de las consideraciones éticas dadas al caso y debiera indicar que se ha cumplido con los principales enunciados en esta Declaración.

INVESTIGACION MEDICA COMBINADA CON LA ATENCION MEDICA (Investigación Clínica)

1. Durante el tratamiento de un paciente, el médico debe contar con la libertad de utilizar un nuevo método diagnóstico y terapéutico si en su opinión da la esperanza de salvar la vida, restablecer la salud o mitigar el sufrimiento.

2. Los posibles beneficios, riesgos e incomodidades de un nuevo método debieran ser evaluados en relación a las ventajas de los mejores procedimientos diagnósticos disponibles.

3. En cualquier investigación médica, cada paciente—incluyendo aquellos de un grupo de control, si lo hay—debiera contar con los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos disponibles.

4. La negación de un paciente a participar en una investigación no debe jamás interferir en la relación médico-paciente.

5. Si el médico considera esencial no obtener el permiso consciente del individuo, él debiera expresar las razones específicas de su decisión en el protocolo que se transmitirá al comité independiente.

6. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica a fin de alcanzar nuevos conocimientos médicos, pero siempre que la investigación se justifique por su posible valor diagnóstico o terapéutico para el paciente.

INVESTIGACION BIOMEDICA NO TERAPEUTICA (Investigación Biomédica No Clínica)

1. En la aplicación puramente científica de la investigación médica en seres humanos, el deber del médico

es de permanecer en su rol de protector de la vida y la salud del individuo sujeto a la investigación biomédica.

2. Los individuos debieran ser voluntarios en buena salud o pacientes cuyas enfermedades no se relacionan con el plan experimental.

3. El investigador o el grupo investigador debiera interrumpir la investigación si, en su opinión, al continuarla, ésta puede ser perjudicial para el individuo.

4. En la investigación en seres humanos, jamás debiera darse preferencia a los intereses de la ciencia y de la sociedad antes que al bienestar del individuo.

ESTILOS Y CODIGOS

EN ENFERMERIA

(Para Diplomados, Personal Técnico y Auxiliar). Desde 1182 hasta nuestros días

La enfermería es tan antigua como la existencia misma del hombre, puesto que el arte de curar nació del deseo de protección y ayuda al débil, al enfermo, al desamparado; cualquier expresión de esta naturaleza está vinculada a la profesión de enfermera. La madre que atiende al niño enfermo y le prodiga sus mil cuidados es siempre la visión que acude a nuestros ojos al pensar en la primera enfermera de la humanidad.

ESTILOS

FRANCISCO DE ASIS

«...Donde haya desesperación, que yo ponga la esperanza. Donde haya nieblas, que yo ponga la luz... ¡Por esto, Señor!, haz que yo prefiera consolar a ser entendido, amar a ser amada. [consolada, Recuerde yo siempre que dando, se recibe; que olvidándose a sí misma, una se recupera; que perdonando, se queda perdonada, e inmolándose por los otros, se rescita a la vida eterna».

...Comenzó a servir a los leprosos. Comenzó a visitarlos no sólo para aliviarlos no sólo con su consuelo espiritual, sino para asistirlos materialmente.

JUAN DE DIOS

«...Porque has de saber, hermano mío, que son tantos los pobres que aquí vienen, que yo mismo muchas veces me asombro, cómo se pueden sustentar; mas Jesucristo lo prevé todo y los da de comer; ya que solamente de leña son necesarios siete u ocho reales cada día; porque, como la Ciudad es muy grande y muy fría, especialmente ahora en invierno, son muchos los pobres que vienen a esta Casa de Dios; porque entre todos, enfermos y sanos, gen-

tes de servicio y peregrinos, hay más de ciento diez. Siendo esta Casa general, se reciben en ella de todas las enfermedades y a toda clase de gentes; hay aquí tullidos, mancos, leprosos, mudos, locos, paralíticos, tiñosos y otros muy viejos y muchos niños; y además de estos, otros muchos peregrinos y viandantes que aquí vienen; les dan fuego, agua, sal y vasijas para guisar la comida; para todo esto no hay renta, mas Jesucristo lo prevé todo, porque no hay día que no sean necesarios, para la provisión de la Casa, cuatro ducados y medio, y aun a veces cinco; todo esto para pan, carne, gallinas y leña, sin las medicinas y los vestidos que es otro gasto aparte. El día que no se encuentran tanta limosna, que baste a proveer lo dicho, tómolos fiado y otras veces ayunan». (Cartas).

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

— El carisma propio de la Orden es la Caridad... En san Juan de Dios la Caridad tomó forma concreta de hospitalidad para alivio de los padecimientos físicos y espirituales de los enfermos, de los pobres y de los necesitados.

— Nuestras obras hospitalarias deben estar abiertas a todas las clases sociales, de modo que se haga siempre patente la universalidad de la caridad cristiana.

— Nuestra solicitud apostólica no sólo ha de dirigirse hacia los enfermos y al personal que colabora en nuestras casas; hemos de cuidarnos también de los parientes de nuestros hospitalizados, a los cuales, por razones de nuestra obra asistencial, tendremos ocasión de tratar, para alimentar la vida cristiana en los que por deuda de amistad y gratitud están unidos a nosotros.

— Que los Secretariados de Pastoral y Hospitales fomenten la creación y potenciación de Comités de Deontología y que marquen un ideario respecto a los principios éticos que deben sustentar nuestros hospitales.

— De forma especial, tendremos que poner atención en que, nuestra asistencia o nuestra intervención en la legislación sanitaria, vele por la defensa de los valores éticos y humanos de la sanidad.

— En las casas en las cuales lo consienta la estancia y las características de los hospitalizados, según la oportunidad y la posibilidad, organicense reuniones con sus familiares para ayudarles psicológica y religiosamente, procurando que sean útiles tanto a ellos como a los mismos enfermos.

— Donde quiera que se encuentren hombres que carecen de comida y de bebida, de vestido, de hogar, de medicina, o se hallen afligidos por la desgracia o por falta de salud, allí debe buscarlos el hermano de san Juan de Dios para llevarles ayuda y consuelo.

— Siempre que las circunstancias lo aconsejen, sobre todo donde el sostenimiento de nuestras obras está asegurado por la asistencia social o por las contribuciones de los particulares, procuraremos que nuestros hospitales tengan alguna obra asistencial gratuita para los pobres, pues así resplandece mejor la caridad de nuestro apostolado.

— Teniendo presente la validez de nuestro apostolado, confirmado por siglos de actividad, siguiendo los signos de los tiempos, nos esforzaremos por ponerlo al día y, si fuera necesario, lo extendaremos incluso a nuevas y prudentes iniciativas caritativo-asistenciales.

es de permanecer en su rol de protector de la vida y la salud del individuo sujeto a la investigación biomédica.

2. Los individuos debieran ser voluntarios en buena salud o pacientes cuyas enfermedades no se relacionan con el plan experimental.

3. El investigador o el grupo investigador debiera interrumpir la investigación si, en su opinión, al continuarla, ésta puede ser perjudicial para el individuo.

4. En la investigación en seres humanos, jamás debiera darse preferencia a los intereses de la ciencia y de la sociedad antes que al bienestar del individuo.

ESTILOS Y CODIGOS

EN ENFERMERIA

(Para Diplomados, Personal Técnico y Auxiliar). Desde 1182 hasta nuestros días

La enfermería es tan antigua como la existencia misma del hombre, puesto que el arte de curar nació del deseo de protección y ayuda al débil, al enfermo, al desamparado; cualquier expresión de esta naturaleza está vinculada a la profesión de enfermera. La madre que atiende al niño enfermo y le prodiga sus mil cuidados es siempre la visión que acude a nuestros ojos al pensar en la primera enfermera de la humanidad.

ESTILOS

FRANCISCO DE ASIS

«...Donde haya desesperación, que yo ponga la esperanza. Donde haya nieblas, que yo ponga la luz... ¡Por esto, Señor!, haz que yo prefiera consolar a ser entendido, amar a ser amada. [consolada, Recuerde yo siempre que dando, se recibe; que olvidándose a sí misma, una se recupera; que perdonando, se queda perdonada, e inmolándose por los otros, se resucita a la vida eterna».

...Comenzó a servir a los leprosos. Comenzó a visitarlos no sólo para aliviarlos no sólo con su consuelo espiritual, sino para asistirlos materialmente.

JUAN DE DIOS

«...Porque has de saber, hermano mío, que son tantos los pobres que aquí vienen, que yo mismo muchas veces me asombro, cómo se pueden sustentar; mas Jesucristo lo prevé todo y los da de comer; ya que solamente de leña son necesarios siete u ocho reales cada día; porque, como la Ciudad es muy grande y muy fría, especialmente ahora en invierno, son muchos los pobres que vienen a esta Casa de Dios; porque entre todos, enfermos y sanos, gen-

tes de servicio y peregrinos, hay más de ciento diez. Siendo esta Casa general, se reciben en ella de todas las enfermedades y a toda clase de gentes; hay aquí tullidos, mancos, leprosos, mudos, locos, paralíticos, tiñosos y otros muy viejos y muchos niños; y además de estos, otros muchos peregrinos y viandantes que aquí vienen; les dan fuego, agua, sal y vasijas para guisar la comida; para todo esto no hay renta, mas Jesucristo lo prevé todo, porque no hay día que no sean necesarios, para la provisión de la Casa, cuatro ducados y medio, y aun a veces cinco; todo esto para pan, carne, gallinas y leña, sin las medicinas y los vestidos que es otro gasto aparte. El día que no se encuentran tanta limosna, que baste a proveer lo dicho, tómolos fiado y otras veces ayunan». (Cartas).

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

— El carisma propio de la Orden es la Caridad... En san Juan de Dios la Caridad tomó forma concreta de hospitalidad para alivio de los padecimientos físicos y espirituales de los enfermos, de los pobres y de los necesitados.

— Nuestras obras hospitalarias deben estar abiertas a todas las clases sociales, de modo que se haga siempre patente la universalidad de la caridad cristiana.

— Nuestra solicitud apostólica no sólo ha de dirigirse hacia los enfermos y al personal que colabora en nuestras casas; hemos de cuidarnos también de los parientes de nuestros hospitalizados, a los cuales, por razones de nuestra obra asistencial, tendremos ocasión de tratar, para alimentar la vida cristiana en los que por deuda de amistad y gratitud están unidos a nosotros.

— Que los Secretariados de Pastoral y Hospitales fomenten la creación y potenciación de Comités de Deontología y que marquen un ideario respecto a los principios éticos que deben sustentar nuestros hospitales.

— De forma especial, tendremos que poner atención en que, nuestra asistencia o nuestra intervención en la legislación sanitaria, vele por la defensa de los valores éticos y humanos de la sanidad.

— En las casas en las cuales lo consienta la estancia y las características de los hospitalizados, según la oportunidad y la posibilidad, organicense reuniones con sus familiares para ayudarles psicológica y religiosamente, procurando que sean útiles tanto a ellos como a los mismos enfermos.

— Donde quiera que se encuentren hombres que carecen de comida y de bebida, de vestido, de hogar, de medicina, o se hallen afligidos por la desgracia o por falta de salud, allí debe buscarlos el hermano de san Juan de Dios para llevarles ayuda y consuelo.

— Siempre que las circunstancias lo aconsejen, sobre todo donde el sostenimiento de nuestras obras está asegurado por la asistencia social o por las contribuciones de los particulares, procuraremos que nuestros hospitales tengan alguna obra asistencial gratuita para los pobres, pues así resplandece mejor la caridad de nuestro apostolado.

— Teniendo presente la validez de nuestro apostolado, confirmado por siglos de actividad, siguiendo los signos de los tiempos, nos esforzaremos por ponerlo al día y, si fuera necesario, lo extendaremos incluso a nuevas y prudentes iniciativas caritativo-asistenciales.

— En nuestras obras hospitalarias trataremos de usar todos los medios que nos proporciona la ciencia, el progreso y la técnica, de modo que pueda apreciarse claramente el interés y la particular urgencia cristiana de la Orden por actualizar la caridad de siempre con los medios más modernos.

— Los hospitales de la Provincia pondrán un interés especial en la formación permanente de su personal. Para ello programará durante el curso conferencias, cursillos y otras actividades adecuadas, dando facilidad para que el personal del hospital asista a las mismas.

— El cuerpo sanitario de nuestras casas debe ser seleccionado con ponderación y amplia apertura de ideas, adaptándonos a las disposiciones legislativas de los respectivos países, y procurando ayudarles en el desenvolvimiento de su acción científica y poniendo a su disposición los medios exigidos por el progreso según las distintas posibilidades de la casa.

Cuidaremos además de la formación y de la periódica puesta al día del personal auxiliar y técnico de nuestros hospitales.

— Las casas pueden desarrollar actividades específicas, como formas nuevas de pobreza colectiva:

a) Estableciendo que por lo menos un porcentaje de las camas se dedique a beneficencia total o que se destine un equivalente a protección parcial (pago reducido de servicios).

b) Llevando a cabo una política en favor del personal, con cumplimiento generoso de las obligaciones retributivas, promoción profesional y otras formas de mejora social.

c) Fijando en el presupuesto anual de gastos, una cantidad adecuada al volumen total, para obras benéfico-sociales no propias.

— Cúmplanse solícitamente en nuestras casas las obligaciones de justicia para con todos, no sea que se pretenda ofrecer como don de caridad lo que es debido a título de justicia.

— Con el fin de conseguir una mejor asistencia, se procurará la colaboración con otros hospitales e instituciones asistenciales de la localidad, en lo que se refiere a la búsqueda y difusión de la salud y de la higiene. En caso de necesidad prestarán su personal, locales o utillaje y organizarán reuniones científicas y de divulgación.

— En todos los hospitales de la Provincia, propios o encomendados a la misma, la asistencia estará basada en el hombre considerado integralmente, es decir, teniendo en cuenta sus necesidades somáticas, psíquicas, sociales y espirituales.

— En todas nuestras acciones buscaremos el *bien común*, haciéndolas con mayor diligencia y prontitud que si las hiciéramos para nosotros mismos.

VICENTE DE PAUL

— «Dar dinero es bueno, pero no comenzaremos a salvar a los pobres hasta que no los visitemos».

— «Vuestro convento debe ser la casa del enfermo; vuestro albergue la casa del que sufre, vuestra capilla la parroquia; vuestro claustro las calles de la ciudad y las salas del hospital; en lugar de las reglas a que están sujetas las monjas de clausura, vosotras tendréis el voto de

obediencia; el modo con que tratéis a vuestro prójimo será el del temor a Dios; el velo que os cubra será vuestra modestia y por oficio tendréis el rosario».

(Palabras a las Hijas de la Caridad)

CAMILO DE LELIS

Era tal el hacinamiento, que en la mayor parte de las casas compartían la misma cama la madre, el padre, los hijos y cuantos integraban el grupo familiar, mezclados todos en promiscuidad tal, que el que no moría de hambre moría por la peste, no encontrándose entre ellos una sola persona sana que los pudiera atender.

Ante este panorama Camilo con su mejor voluntad llegó a todas partes, limpiando las horribles llagas de aquellos infelices acostados en lechos sucios. Hizo las camas, lavó las sábanas, barrió las habitaciones de los enfermos y los alimentó con solícito cuidado, sosteniendo sus cuerpos doloridos y proporcionándoles toda clase de atención.

TH. FLIEDNER Y SU ESPOSA FED. MÜNSTER Y C. BERTHEAU

Personajes claves de la enfermería en Alemania (1822-1882).

Flidner redactó para las enfermeras (diaconesas) el cuestionario que transcribimos:

— ¿Me preocupo por ventilar la sala?

— ¿Me preocupo de disponer todo en debida forma?

— ¿He escuchado con atención todo cuanto me ha dicho el médico?

— ¿He acatado sus instrucciones al pie de la letra?

— ¿He evitado el uso de medicamentos y tratamientos que no han sido indicados por el médico?

— ¿He tenido cuidado de informar al médico sobre el estado de mi paciente y sobre el efecto que le ha hecho el tratamiento?

— ¿He sido cortés, suave, delicada y bondadosa con mi paciente?

— ¿He sido prudente y económica con las provisiones y el equipo del hospital?

— ¿He sido siempre servicial, optimista, paciente y atenta?

— ¿He puesto atención en la ropa del paciente y en su dieta?

FLORENCE NIGHTINGALE (1820-1910) Gaviota de la Enfermería

Su juventud fue un largo y penoso conflicto interior en busca de su vocación y la manera de satisfacerla.

¿Por qué se hizo enfermera? Me decido al cuidado de los enfermos porque no basta la habilidad del médico para salvar a los enfermos; es necesaria la acción activa e inteligente de la enfermera.

Relatando su presencia en los servicios hospitalarios de la guerra de Crimea: «Tuvimos mucha suerte con los médicos; dos son verdaderos brutos y cuatro verdaderos asnos, porque éste es un trabajo que transforma: o los hace demonios o asnos».

Actualmente tenemos cuatro mil camas, unas junto a otras, separadas apenas para que una persona pueda pasar entre ellas; los heridos se hallan hasta junto a la puerta de nuestro cuarto y están desembarcando más de 500. Las mujeres inglesas bajo mis órdenes son más difíciles de gobernar que 4.000 hombres.

Cada diez minutos nos llaman para detener una hemorragia con los pocos medios a nuestro alcance hasta encontrar un cirujano.

En nuestra galería no se encuentra un solo herido a quien no le falte un miembro. Es enorme la mortalidad entre los operados, y las operaciones se realizan en la misma enfermería. Dispuse un biombo para separar el lugar donde se efectúan las amputaciones, pues cuando un pobre soldado que debe ser operado ve morir a su compañero en el acto operatorio, se impresiona, y esto disminuye las probabilidades de éxito».

JURAMENTO DE FLORENCE NIGHTINGALE

«Juro solemnemente ante Dios y en presencia de esta asamblea llevar una vida pura y ejercer mi profesión con devoción y fidelidad. Me abstendré de todo lo que sea perjudicial o maligno y de tomar o administrar a sabiendas ninguna droga que pueda ser nociva a la salud. Haré cuanto esté en mi poder por elevar el buen nombre de mi profesión y guardar inviolable el secreto de todas las cuestiones que se me confíen y asuntos de familia que me entere en el desempeño de mi cometido. Con lealtad, procuraré auxiliar al facultativo en su obra y me dedicaré al bienestar de los que están encomendados a mi cuidado».

J. H. DUNANT

Creador de la Cruz Roja (1828-1910)

«El enemigo herido deja de serlo al estar sufriendo».

CODIGOS

Código para enfermeras

Son cuatro los aspectos que reviste la responsabilidad de la enfermera: mantener y restaurar la salud, evitar las enfermedades y aliviar el sufrimiento.

La necesidad de los cuidados de enfermería es universal. El respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones esenciales de la enfermería. No se hará distinción alguna fundada en consideraciones de nacionalidad, raza, religión, color, edad, sexo, opinión política o condición social.

La enfermera asegura los servicios de enfermería al individuo, a la familia y a la comunidad y coordina sus actividades con otros grupos de profesionales de la salud.

La enfermera y el individuo

La enfermera debe atender en primer término a aquellas personas que necesiten de sus servicios profesionales.

La enfermera, en el ejercicio de su profesión, crea un medio ambiente en el cual los valores, costumbres y creencias del individuo son respetados.

La enfermera mantendrá reserva sobre la información personal que reciba y utilizará la mayor discreción para compartirla con alguien cuando sea necesario.

La enfermera y el ejercicio de la enfermería

La enfermera es personalmente responsable de su actuación profesional y de mantener válida su competencia por medio de una educación permanente.

Adaptada a la realidad de una situación específica, la calidad del trabajo de la enfermera será en cada caso lo más elevada posible.

La enfermera evaluará con espíritu crítico profesional la competencia de los individuos siempre que tenga que aceptar y delegar responsabilidades.

En el ejercicio de su profesión, la enfermera debe mantener una conducta irreprochable que dé crédito a su profesión.

La enfermera y la sociedad

La enfermera comparte con otros ciudadanos la responsabilidad por iniciativas y acción tendentes a satisfacer las exigencias sanitarias y sociales de la colectividad.

La enfermera y sus colegas

La enfermera coopera con las personas con las que trabaja en el campo de la enfermería o en otras áreas.

Cuando los cuidados que recibe un paciente son puestos en peligro por un colega u otra persona, la enfermera debe tomar la decisión más adecuada y actuar en consecuencia.

La enfermera y la profesión

Cabe a la enfermera la definición y aplicación de las normas deseables relativas al ejercicio y la enseñanza de la enfermería.

La enfermera contribuye activamente al desarrollo del acervo de conocimientos propios a la enfermería.

Por medio de su asociación profesional, la enfermera participará en el establecimiento y el mantenimiento de condiciones de trabajo en enfermería que sean económica y socialmente justas.

Elaborado por el Comité de derechos profesionales

Código de deontología de las enfermeras católicas

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

Organizada como está cada vez con más exigencia la profesión de enfermera, cobra ésta una importancia y

Actualmente tenemos cuatro mil camas, unas junto a otras, separadas apenas para que una persona pueda pasar entre ellas; los heridos se hallan hasta junto a la puerta de nuestro cuarto y están desembarcando más de 500. Las mujeres inglesas bajo mis órdenes son más difíciles de gobernar que 4.000 hombres.

Cada diez minutos nos llaman para detener una hemorragia con los pocos medios a nuestro alcance hasta encontrar un cirujano.

En nuestra galería no se encuentra un solo herido a quien no le falte un miembro. Es enorme la mortalidad entre los operados, y las operaciones se realizan en la misma enfermería. Dispuse un biombo para separar el lugar donde se efectúan las amputaciones, pues cuando un pobre soldado que debe ser operado ve morir a su compañero en el acto operatorio, se impresiona, y esto disminuye las probabilidades de éxito».

JURAMENTO DE FLORENCE NIGHTINGALE

«Juro solemnemente ante Dios y en presencia de esta asamblea llevar una vida pura y ejercer mi profesión con devoción y fidelidad. Me abstendré de todo lo que sea perjudicial o maligno y de tomar o administrar a sabiendas ninguna droga que pueda ser nociva a la salud. Haré cuanto esté en mi poder por elevar el buen nombre de mi profesión y guardar inviolable el secreto de todas las cuestiones que se me confíen y asuntos de familia que me entere en el desempeño de mi cometido. Con lealtad, procuraré auxiliar al facultativo en su obra y me dedicaré al bienestar de los que están encomendados a mi cuidado».

J. H. DUNANT

Creador de la Cruz Roja (1828-1910)

«El enemigo herido deja de serlo al estar sufriendo».

CODIGOS

Código para enfermeras

Son cuatro los aspectos que reviste la responsabilidad de la enfermera: mantener y restaurar la salud, evitar las enfermedades y aliviar el sufrimiento.

La necesidad de los cuidados de enfermería es universal. El respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones esenciales de la enfermería. No se hará distinción alguna fundada en consideraciones de nacionalidad, raza, religión, color, edad, sexo, opinión política o condición social.

La enfermera asegura los servicios de enfermería al individuo, a la familia y a la comunidad y coordina sus actividades con otros grupos de profesionales de la salud.

La enfermera y el individuo

La enfermera debe atender en primer término a aquellas personas que necesiten de sus servicios profesionales.

La enfermera, en el ejercicio de su profesión, crea un medio ambiente en el cual los valores, costumbres y creencias del individuo son respetados.

La enfermera mantendrá reserva sobre la información personal que reciba y utilizará la mayor discreción para compartirla con alguien cuando sea necesario.

La enfermera y el ejercicio de la enfermería

La enfermera es personalmente responsable de su actuación profesional y de mantener válida su competencia por medio de una educación permanente.

Adaptada a la realidad de una situación específica, la calidad del trabajo de la enfermera será en cada caso lo más elevada posible.

La enfermera evaluará con espíritu crítico profesional la competencia de los individuos siempre que tenga que aceptar y delegar responsabilidades.

En el ejercicio de su profesión, la enfermera debe mantener una conducta irreprochable que dé crédito a su profesión.

La enfermera y la sociedad

La enfermera comparte con otros ciudadanos la responsabilidad por iniciativas y acción tendentes a satisfacer las exigencias sanitarias y sociales de la colectividad.

La enfermera y sus colegas

La enfermera coopera con las personas con las que trabaja en el campo de la enfermería o en otras áreas.

Cuando los cuidados que recibe un paciente son puestos en peligro por un colega u otra persona, la enfermera debe tomar la decisión más adecuada y actuar en consecuencia.

La enfermera y la profesión

Cabe a la enfermera la definición y aplicación de las normas deseables relativas al ejercicio y la enseñanza de la enfermería.

La enfermera contribuye activamente al desarrollo del acervo de conocimientos propios a la enfermería.

Por medio de su asociación profesional, la enfermera participará en el establecimiento y el mantenimiento de condiciones de trabajo en enfermería que sean económica y socialmente justas.

Elaborado por el Comité de derechos profesionales

Código de deontología de las enfermeras católicas

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

Organizada como está cada vez con más exigencia la profesión de enfermera, cobra ésta una importancia y

valor crecientes en el campo de las ciencias, de la salud y cumple un papel de importancia cada vez mayor en los intentos y aspiraciones de la sanidad de hacer progresar y perfeccionar el equilibrio y la salud del hombre.

Como miembro del equipo sanitario para la prevención, las curaciones y la educación, la enfermera encargada de la ejecución de las prescripciones médicas, seguirá conservando, no obstante, la responsabilidad propia de sus actos.

Por lo tanto, la enfermera tiene el deber de aportar tanta competencia como conciencia (o responsabilidad profesional) en el ejercicio de sus funciones. Suministrará y facilitará su leal colaboración en las investigaciones y en las realizaciones sanitarias que contribuyen al bien de las personas y al bien común de la sociedad, en el plano local, nacional e internacional.

De lo que antecede podemos deducir las siguientes conclusiones:

La responsabilidad esencial de la enfermera, radica y reside en el hecho de que colabora:

- en la protección de la vida
- en el alivio del sufrimiento
- en la promoción de la salud.

Deberá cumplir, pues, esta tarea, con la fidelidad de sus convicciones morales y religiosas.

VALORES MORALES BASICOS

1. La enfermera está al servicio de la persona humana. En ningún caso dejará, por consiguiente, a un enfermo sin haberse asegurado previamente de la continuidad de los cuidados y de la vigilancia que le son precisos.

2. La enfermera respetará la vida humana en todo momento, desde su principio hasta la muerte.

No dará su aprobación, ni cooperará de forma inmediata y directa a ningún acto contrario a la moral, en particular a un acto que redunde en perjuicio voluntario de la vida humana, o que esté dirigido a disminuir o destruir la integridad física o psíquica de la persona del enfermo, directamente.

3. La enfermera cuidará de sus enfermos con plena conciencia y con igual sentido de servicio, cualesquiera que sean la raza, la nacionalidad o el partido, la clase social o la religión de los que se le confían. Respetará en todos la legítima libertad de conciencia.

4. La enfermera deberá tener el mayor respeto a los derechos de la persona humana, de la familia y del bien común nacional e internacional, de la sociedad. Deberá observar las medidas moralmente aceptables, adoptadas por los Estados y por las instituciones jurídicas internacionales.

5. La enfermera deberá estar al corriente de sus derechos y deberes, en caso de conflictos armados o bélicos internacionales y en los conflictos bélicos internos tales como resultan:

- a) de los principios y acuerdos de la Cruz Roja;
- b) de los convenios o convenciones de Ginebra y de las declaraciones internacionales sobre los derechos del hombre.

6. El *secreto profesional* deberá ser considerado por la enfermera como un estricto deber moral. Cualesquiera que sean las aplicaciones diversas de este deber, según las

leyes vigentes de cada país, la enfermera dará siempre pruebas de la mayor discreción.

7. La enfermera deberá ser una colaboradora leal dentro del equipo de sanidad. Deberá reconocer, no sólo su propia responsabilidad, sino también los límites de su competencia.

No puede, pues, ejecutar terapéutica alguna sin la prescripción médica, salvo en caso de *urgencia*: en este caso informará lo antes posible al médico responsable.

8. La enfermera deberá respetar las prescripciones médicas, salvo en el caso en que fuesen contrarias a la moral.

9. Animará o sostendrá entre los enfermos la confianza en el médico y en los restantes miembros del equipo sanitario: los casos de incompetencia o los actos contrarios a la ética profesional sólo podrán ser denunciados ante las autoridades competentes.

10. La enfermera mantendrá buenas relaciones con sus colegas, así como con los miembros de los restantes grupos profesionales con los que está en contacto. En caso de necesidad les prestará siempre asistencia moral y profesional.

11. La enfermera deberá hacerse honrar y respetar, logrando así que se respete y se honre su profesión. La dignidad moral de toda su vida contribuirá a ello de un modo eficaz.

12. La enfermera deberá cuidar y proseguir sin interrupción el desarrollo de su cultura general y de sus conocimientos profesionales, contribuyendo de esa manera a la elevación cultural, moral y social de su profesión.

DEBERES APOSTOLICOS DE LA ENFERMERA CATOLICA

1. La enfermera católica debe ejercer siempre su profesión en conformidad con los valores fundamentales cristianos. Procurará completar y perfeccionar su formación doctrinal y moral; muy especialmente tiene el deber de formar, ilustrar e iluminar su conciencia sobre los problemas morales planteados por la evolución médica y social.

2. La enfermera católica no podrá olvidar nunca que la persona humana a la que debe servir está creada por Dios a su imagen y semejanza y llamada a un destino sobrenatural.

3. La enfermera católica frente a cualquier sufrimiento físico y moral se inspirará en una concepción cristiana del sacrificio y del dolor situada en la perspectiva del misterio pascual de Cristo Salvador.

4. Dará testimonio de sus convicciones religiosas con el ejemplo de su vida, de su capacidad profesional y el ejercicio de su caridad abierta a todos sus enfermos. Esto será posible cuanto mejor inspire su caridad en una vida interior profunda.

5. Frente a las injusticias sociales y frente a las miserias de los pueblos insuficientemente desarrollados, la enfermera católica tendrá la responsabilidad, no sólo en el campo de las estructuras sociales y económicas: deberá procurar el desarrollo íntegro de todos los hombres.

6. Al mismo tiempo que procurará evitar todo lo que pueda ser un perjuicio a la legítima libertad de la conciencia de sus enfermos y teniendo en cuenta la religión que profesan, la enfermera católica deberá cuidar con la

prudencia más delicada, proporcionarle el beneficio irremplazable de la ayuda o alivio espiritual.

7. Respecto de los enfermos católicos, la enfermera se impondrá como un deber facilitarles la presencia de un sacerdote y procurar y estimular su vida sacramental, especialmente la recepción del sacramento de la Penitencia y del *Sacramento de los enfermos*.

8. Cuando un niño se encuentre en peligro de muerte hay obligación de bautizarle. A ser posible es preciso pedir el consentimiento, por lo menos, de uno de los padres.

En lo referente al Bautismo de urgencia, la enfermera católica se atenderá a las prescripciones de las Jerarquías locales competentes.

9. La enfermera católica en su acción sanitaria y social mantendrá siempre un gran respeto a la familia y no olvidará las enseñanzas de la Iglesia sobre el Matrimonio.

10. En razón de las particulares condiciones sociológicas e ideológicas del mundo de hoy, procurará adquirir una singular formación acerca de los problemas relativos a la experimentación humana e intervenciones quirúrgicas

especiales: control de la natalidad, abortos, eutanasia, esterilización, fecundación artificial, drogas, estupefacientes, etcétera.

11. Teniendo en cuenta el estado psicológico del enfermo, la enfermera católica, en colaboración con el médico y el consejero espiritual, deberá preparar al enfermo y a su familia para el momento de la muerte... La enfermera católica deberá preocuparse de impregnar de espíritu cristiano todo el cuerpo profesional y el conjunto de los medios sanitarios y sociales, solicitando a su vez toda clase de facilidades para el cumplimiento de sus deberes religiosos.

De este modo responderá adecuadamente a la llamada dirigida por el Concilio, no sólo en lo referente a la *presencia* en el mundo, sino también al Apostolado organizado, adhiriéndose a la Asociación Católica Profesional de enfermeras de cada país y participando por la misma en la acción mundial de la Organización Católica Internacional, que es el CICIAMS.

BIBLIOGRAFIA

TEMAS SANITARIOS Y ORGANIZATIVOS

MOLINA: *Historia de la enfermería*. Intermédica.

ESEVERRI, C.: *Organización y dirección de enfermería*. JIMS.

MONTESINOS: *La enfermera y el trabajo hospitalario*. Ed. Científico-Médica.

LABOR HOSPITALARIA (Hermanos san Juan de Dios, Barcelona), los números siguientes tratan problemas diversos de la enfermera, 130, 132, 135, 144, 145, 148, 149, 152, 153, 154, 155, 156, 160, 161.

ARAGÓ: *La integración hospitalaria y sanitaria*. Ariel.

PATRONATO DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA: *Bases para una organización de los servicios sanitarios*.

ACARIN, ESPASA: *La salud, exigencia popular*. Laia.

ACARIN, ESPASA: *Servicio Nacional de Salud*. Laia.

CABALLERO, O.: *Autopsia, chequeo a la medicina española*. Nauta.

VARIOS: *Planificación y reforma sanitaria*. Centro de Investigaciones sociológicas. Madrid (amplia bibliografía).

YUSTE, JAVIER: *La educación sanitaria*. Ed. Marsiega. Madrid.

LABOR HOSPITALARIA: N.º 130, 131, 133, 135, 159, 161, 166, 178 tratan temas de organización, gobierno, etc.

HUMANIZACION Y ASISTENCIA INTEGRAL

LAIN ENTRALGO, P.: *La relación médico enfermo*. Ed. Revista de Occidente.

LAIN ENTRALGO, P.: *Enfermedad y pecado*. Ed. Toray.

LAIN ENTRALGO, P.: *Teoría y realidad del otro* (dos tomos). Ed. Revista Occidente.

COTINAUD: *Elementos de Psicología para enfermeras*. Ed. Sígueme. Salamanca.

VAN DEN BERG: *Psicología del enfermo postrado en cama*. Ed. Carlos Lohlé. Buenos Aires.

ISRAEL, LUCIEN: *El médico frente al enfermo*. Ed. Los libros de la Frontera.

MOOR: *Elementos de psicología médica*. Ed. Toray.

JORES: *El hombre y su enfermedad*. Ed. Labor.

BARNES, E.: *Les relations humaines a l'hôpital*. Privat, éditeur.

SCHRAML: *Pour un hôpital plus humain*. Ed. Salvator-Mulhouse. Paris.

LABOR HOSPITALARIA: N.º 130, 132, 135, 146, 147, 149, 151 (en estos números se tratan aspectos psicológicos, humanos y de relación con el enfermo).

Audiovisuales: *El enfermo en el hospital. El enfermo minusválido a domicilio. Y nosotros, ¿qué?* — *Sobre los derechos del enfermo*. (Publicados por el Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria. C. Alfonso XI, 4, 2.º). Madrid.

SOBRE LA MUERTE Y LOS MORIBUNDOS

HARING: *Moral y medicina*. Ed. Perpetuo Socorro.

SPORKEN: *Medicina y ética en discusión*. Ed. Verbo Divino.

AUER, CONGAR, RAHNER: *Ética y medicina*. Ed. Guadarrama.

VARIOS: *La muerte y el hombre del siglo XX*. Ed. Fax.

CONCILIUM: N.º 94, abril 1974 (La muerte y el cristiano).

RAHNER: *Sentido teológico de la muerte*. Herder.

ORTEMAN: *El sacramento de los enfermos*. Ed. Marova.

LABOR HOSPITALARIA: *Unción de los enfermos*. N.º 143 al 151.

LEPP: *Psicoanálisis de la muerte*. Ed. Carlos Lohlé.

HINTON: *Experiencias sobre el morir*. Ed. Ariel.

KUBLER-ROSS: *Sobre la muerte*. Ed. Grijalbo.

DANIEL C. MAGUIRE: *La muerte libremente elegida*. Sal Terrae.

SOLER: *Existencialismo y esperanza en la teología de la muerte*. Ed. PS.

FARGUES: *El niño ante el misterio de la muerte*. Estela.

RAIMBAULT: *L'enfant et la mort*. Ed. Privat.

SPORKEN: *Le droit de mourir*. Ed. DDB.

prudencia más delicada, proporcionarle el beneficio irremplazable de la ayuda o alivio espiritual.

7. Respecto de los enfermos católicos, la enfermera se impondrá como un deber facilitarles la presencia de un sacerdote y procurar y estimular su vida sacramental, especialmente la recepción del sacramento de la Penitencia y del *Sacramento de los enfermos*.

8. Cuando un niño se encuentre en peligro de muerte hay obligación de bautizarle. A ser posible es preciso pedir el consentimiento, por lo menos, de uno de los padres.

En lo referente al Bautismo de urgencia, la enfermera católica se atenderá a las prescripciones de las Jerarquías locales competentes.

9. La enfermera católica en su acción sanitaria y social mantendrá siempre un gran respeto a la familia y no olvidará las enseñanzas de la Iglesia sobre el Matrimonio.

10. En razón de las particulares condiciones sociológicas e ideológicas del mundo de hoy, procurará adquirir una singular formación acerca de los problemas relativos a la experimentación humana e intervenciones quirúrgicas

especiales: control de la natalidad, abortos, eutanasia, esterilización, fecundación artificial, drogas, estupefacientes, etcétera.

11. Teniendo en cuenta el estado psicológico del enfermo, la enfermera católica, en colaboración con el médico y el consejero espiritual, deberá preparar al enfermo y a su familia para el momento de la muerte... La enfermera católica deberá preocuparse de impregnar de espíritu cristiano todo el cuerpo profesional y el conjunto de los medios sanitarios y sociales, solicitando a su vez toda clase de facilidades para el cumplimiento de sus deberes religiosos.

De este modo responderá adecuadamente a la llamada dirigida por el Concilio, no sólo en lo referente a la *presencia* en el mundo, sino también al Apostolado organizado, adhiriéndose a la Asociación Católica Profesional de enfermeras de cada país y participando por la misma en la acción mundial de la Organización Católica Internacional, que es el CICIAMS.

BIBLIOGRAFIA

TEMAS SANITARIOS Y ORGANIZATIVOS

MOLINA: *Historia de la enfermería*. Intermédica.

ESEVERRI, C.: *Organización y dirección de enfermería*. JIMS.

MONTESINOS: *La enfermera y el trabajo hospitalario*. Ed. Científico-Médica.

LABOR HOSPITALARIA (Hermanos san Juan de Dios, Barcelona), los números siguientes tratan problemas diversos de la enfermera, 130, 132, 135, 144, 145, 148, 149, 152, 153, 154, 155, 156, 160, 161.

ARAGÓ: *La integración hospitalaria y sanitaria*. Ariel.

PATRONATO DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA: *Bases para una organización de los servicios sanitarios*.

ACARIN, ESPASA: *La salud, exigencia popular*. Laia.

ACARIN, ESPASA: *Servicio Nacional de Salud*. Laia.

CABALLERO, O.: *Autopsia, chequeo a la medicina española*. Nauta.

VARIOS: *Planificación y reforma sanitaria*. Centro de Investigaciones sociológicas. Madrid (amplia bibliografía).

YUSTE, JAVIER: *La educación sanitaria*. Ed. Marsiega. Madrid.

LABOR HOSPITALARIA: N.º 130, 131, 133, 135, 159, 161, 166, 178 tratan temas de organización, gobierno, etc.

HUMANIZACION Y ASISTENCIA INTEGRAL

LAIN ENTRALGO, P.: *La relación médico enfermo*. Ed. Revista de Occidente.

LAIN ENTRALGO, P.: *Enfermedad y pecado*. Ed. Toray.

LAIN ENTRALGO, P.: *Teoría y realidad del otro* (dos tomos). Ed. Revista Occidente.

COTINAUD: *Elementos de Psicología para enfermeras*. Ed. Sígueme. Salamanca.

VAN DEN BERG: *Psicología del enfermo postrado en cama*. Ed. Carlos Lohlé. Buenos Aires.

ISRAEL, LUCIEN: *El médico frente al enfermo*. Ed. Los libros de la Frontera.

MOOR: *Elementos de psicología médica*. Ed. Toray.

JORES: *El hombre y su enfermedad*. Ed. Labor.

BARNES, E.: *Les relations humaines a l'hôpital*. Privat, éditeur.

SCHRAML: *Pour un hôpital plus humain*. Ed. Salvator-Mulhouse. Paris.

LABOR HOSPITALARIA: N.º 130, 132, 135, 146, 147, 149, 151 (en estos números se tratan aspectos psicológicos, humanos y de relación con el enfermo).

Audiovisuales: *El enfermo en el hospital. El enfermo minusválido a domicilio. Y nosotros, ¿qué?* — *Sobre los derechos del enfermo*. (Publicados por el Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria. C. Alfonso XI, 4, 2.º). Madrid.

SOBRE LA MUERTE Y LOS MORIBUNDOS

HARING: *Moral y medicina*. Ed. Perpetuo Socorro.

SPORKEN: *Medicina y ética en discusión*. Ed. Verbo Divino.

AUER, CONGAR, RAHNER: *Ética y medicina*. Ed. Guadarrama.

VARIOS: *La muerte y el hombre del siglo XX*. Ed. Fax.

CONCILIUM: N.º 94, abril 1974 (La muerte y el cristiano).

RAHNER: *Sentido teológico de la muerte*. Herder.

ORTEMAN: *El sacramento de los enfermos*. Ed. Marova.

LABOR HOSPITALARIA: *Unción de los enfermos*. N.º 143 al 151.

LEPP: *Psicoanálisis de la muerte*. Ed. Carlos Lohlé.

HINTON: *Experiencias sobre el morir*. Ed. Ariel.

KUBLER-ROSS: *Sobre la muerte*. Ed. Grijalbo.

DANIEL C. MAGUIRE: *La muerte libremente elegida*. Sal Terrae.

SOLER: *Existencialismo y esperanza en la teología de la muerte*. Ed. PS.

FARGUES: *El niño ante el misterio de la muerte*. Estela.

RAIMBAULT: *L'enfant et la mort*. Ed. Privat.

SPORKEN: *Le droit de mourir*. Ed. DDB.

- BERGER-HORTALA: *Mourir à l'hôpital*. Ed. Le Centurion.
- SUDNOW: *La organización social de la muerte*. Ed. Tiempo Contemporáneo.
- PROYECCIÓN: *Teología de la muerte*. N.º 65.
- IGLESIA VIVA: *La muerte en el pensamiento contemporáneo*. N.º 62.
- MISIÓN ABIERTA: *El futuro cristiano del hombre*. Octubre 1976.
- LABOR HOSPITALARIA: *Derecho a la vida y derecho a la muerte*. N.º 156.
- LABOR HOSPITALARIA: *El médico, la enfermera y el enfermo ante la muerte*. N.º 155.
- THOMAS: *Anthropologie de la mort*. Ed. Payot.
- ZIEGLER, J.: *Les vivants et la mort*. Ed. du Seuil.
- TOYNBEE-KOESTLER: *La vida después de la muerte*. EDHASA.
- NILS-OLOF JACOBSON: *¿Vida después de la muerte?* AYMA. S. A. Editora.
- MOODY: *Vida después de la vida* (dos tomos). Ed. LEDAF.
- SANTO DOMINGO CARRASCO, J.: *Psicosociología de la muerte*. Castellote, editor.
- ABADI, M. y otros: *La fascinación de la muerte*. Paidós.
- DELGADO, FIDEL: *Sufrir y morir en los grandes hospitales*. Sal Terrae, octubre 1977.
- VARIOS: *Morir con dignidad*. Marova.
- SPORKEN, P.: *Ayudando a morir*. Sal Terrae.
- VARIOS: *Sociología de la muerte*. Ed. Sala.
- PASTORAL DE ENFERMOS**
- VARIOS: *La Iglesia y los hospitales*. Ed. Ariel. Barcelona.
- REDRADO, J. L.: *Presencia cristiana en clínicas y hospitales*. Ed. PPC.
- PEINADO: *Pastoral de enfermos en la comunidad cristiana*. Ed. PPC. Madrid.
- GALDEANO: *Pastoral de los enfermos*. Ed. Perpetuo Socorro. Madrid.
- VARIOS: *Pastoral Sanitaria*. Ed. PPC. Madrid.
- ORTEMAN: *El sacramento de los enfermos*. Ed. Marova.
- EVELY: *El sufrimiento*. Ed. Sígueme. Salamanca.
- LAÍN ENTRALGO, P.: *Enfermedad y pecado*. Ed. Toray. Barcelona.
- VARIOS: *Evangelización y sacramento*. Ed. PPC. Madrid.
- ALMENDRES, G.: *Pastoral y evangelización de los marginados*. Ed. PS.
- LARRABE: *La Iglesia y el sacramento de la Unción de los enfermos*. Ed. Sígueme. Salamanca.
- VARIOS: *Los sacramentos de los enfermos*. Ed. PPC. Madrid.
- Pleins d'espoir*. Ed. CERF.
- PONTAIS: *Pour que l'home vive*. Ed. Ouvrières.
- LABOR HOSPITALARIA: (Todos los números tratan el tema pastoral, así como aspectos teológicos y éticos).

Nuestros lectores han recibido dos números seguidos, 179 y 180, de «Labor Hospitalaria», dedicados a los derechos del enfermo.

Este mismo material lo ofrecemos en un solo volumen y tapas diferentes, bajo el título

DERECHOS DEL ENFERMO

Creemos que es un buen servicio para los amigos e interesados en el tema.

Pueden pedirlo a la dirección de la Revista.



**UN SISTEMA FUNCIONAL
QUE SUPERA TODAS LAS LIMITACIONES,
INCLUSO LAS ECONOMICAS**

SISTEMA VASCULAR "S"

Una unidad de trabajo que pone en sus manos la posibilidad de incluir, en su gabinete radiológico, un área hasta ahora excesivamente costosa, cuyo mayor obstáculo no era otro que el económico. Póngase en contacto con General Eléctrica Española, y verá cómo este problema lo ve de distinta forma que hasta ahora.



Tecnología Española al Servicio de la Salud

Ahora es fácil ahorrar el primer millón

Cuenta Millonaria

**Por sólo 5.337 ptas.
al mes,
obtenga un millón.**

La Cuenta Millonaria introduce la novedad de que a partir de ahora tenga sentido el ahorrar pequeñas cantidades mensuales.

Este pequeño ahorro le convertirá en millonario, sin necesidad de tener Vd. que participar o intervenir en sorteo alguno, pues ahorrar un millón es cuestión de proponerselo.

Puede conseguirlo con sólo ahorrar 5.337 ptas. mensuales.

Óptima rentabilidad.

Banca Jover, mediante esta nueva Cuenta, ofrece una óptima rentabilidad al pequeño ahorro, igualándola a rentabilidades que, hasta ahora, sólo se conseguían con grandes capitales.

Ahorro programado para la familia.

Para ahorrar con efectividad, es necesario seguir un sistema. Banca Jover, a través de su Cuenta Millonaria, le propone un método cómodo y efectivo.

La Cuenta Millonaria permite programar un ahorro mensual para cuantas personas desee de su familia.



Para los hijos, supone estimular su propensión al ahorro, al mismo tiempo que se les va constituyendo un capital para el día de mañana que les permita hacer frente a necesidades futuras (estudios, vivienda, gastos primer establecimiento, matrimonio, etc.).

Es muy atractivo también para personas de mediana edad, puesto que les brinda la tranquilidad de contar en su momento, con una importante cantidad de dinero, o convertirse en rentistas millonarios.

La Cuenta Millonaria es el mejor regalo con que puede obsequiar a los suyos.

Otras ventajas.

Banca Jover le ofrece además con su Cuenta Millonaria B.J. los siguientes beneficios:

- Autocheques Carburante SB.
- Créditos Personales.
- Todo el resto de nuestros servicios: Cuentas Corrientes, Libretas de Ahorro ordinarias, Imposiciones a Plazo Fijo, Certificados de Depósito, Transferencias, Pago-Cobro de Recibos, Pago de Nóminas, Servicio Internacional, Bolsa Valores, Servicios para el Comercio y la Industria, Servicios Especiales para el Agricultor, etc. etc.

Solicítenos más información en cualquiera de nuestras 86 Oficinas.



BANCA JOVER
Banqueros desde 1737

Ahorro programado para la familia.

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. 309 08 48

Barcelona - 5

COMO TU, PAPA

Quieres ser alto como papá, fuerte como papá, y saber tantas cosas como papá. Porque papá es el más alto, el más fuerte y el que más cosas sabe. En Nestlé nos gusta el lenguaje de los niños. Nos gustan los niños, porque ellos son los hombres altos, fuertes y sabios de mañana. Por eso en Nestlé tenemos tantos productos para niños. Y por eso nos esforzamos en que sean productos mejores, más nutritivos, más sanos. Porque son para niños y porque sus padres de pequeños ya conocían Nestlé.

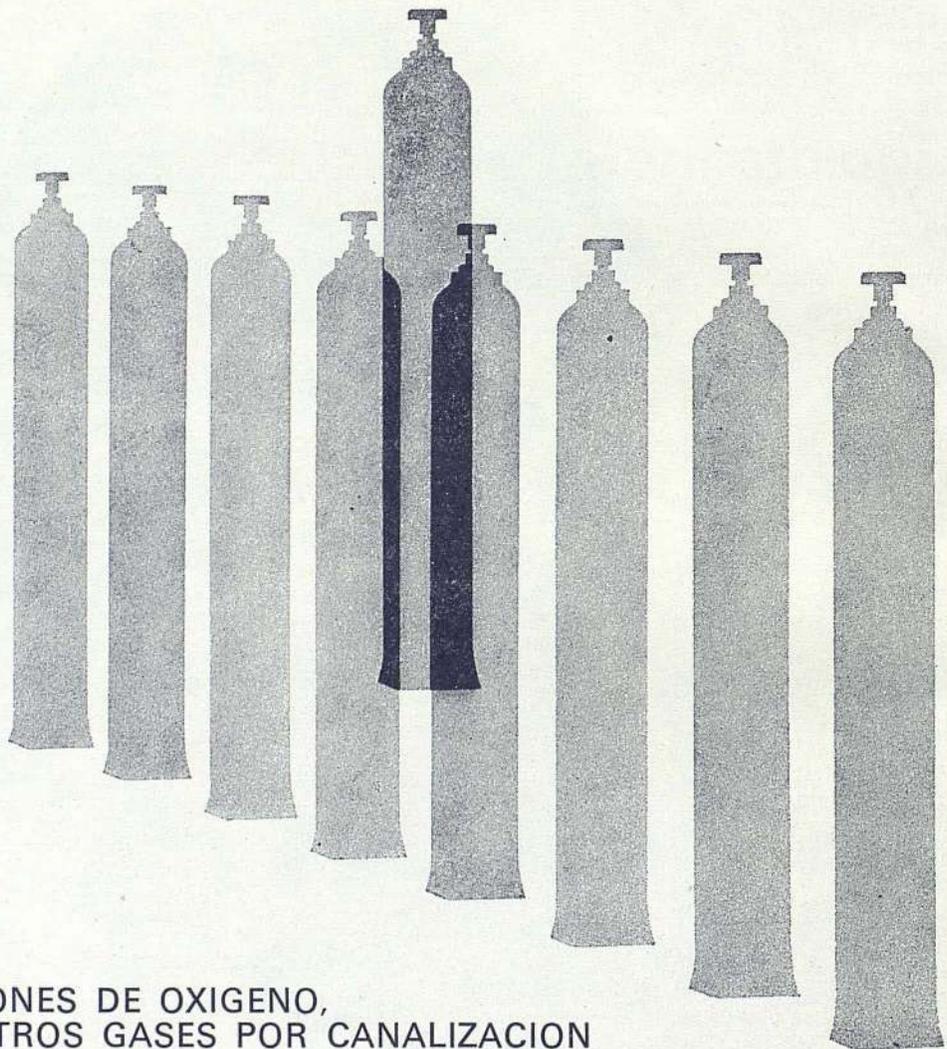
Nestlé *más que una marca*





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»

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)

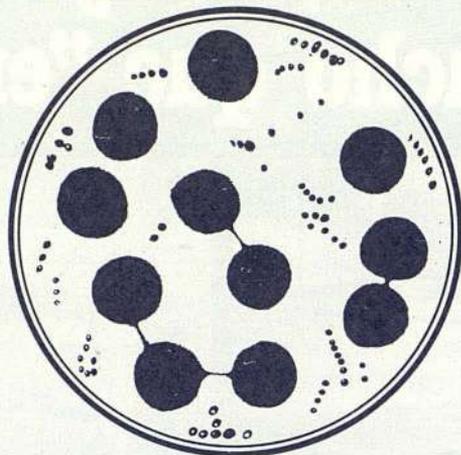


FAGOR INDUSTRIAL

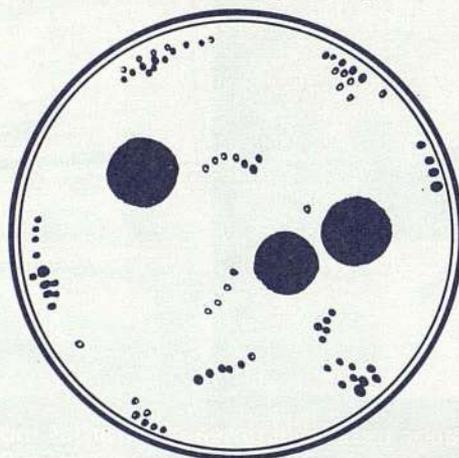
La más completa gama de aparatos para cocinas,
lavado de vajillas, frío y lavandería.

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 Entretenimiento
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

ASCENSORES PAGMO, S.A.

- FABRICACION
- INSTALACION
- CONSERVACION
- REPARACION

Delegaciones en:

Tarragona
Gerona
Palma de Mallorca

Domicilio Social y Fábrica en.

Ct.ª C. 155, Km. 11 - Teléf. 843 93 96
LLISSÀ DE VALL

Oficinas

Villarroel, 144 - Teléf 254 14 07
BARCELONA 11

PIHERNZ FERMAX

- 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

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



ALQUILER Y VENTA

- * SISTEMAS COMPLETOS
- * MONITORES, CAMARAS
- * MAGNETOSCOPIOS
- * GRABACION PROGRAMAS EN ESTUDIO Y UNIDADES MOVILES

Omina ELECTRONICA

VIA AUGUSTA, 99
Tel. 228 47 45

Barcelona - 6
Telex 52216 - OMEL

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.

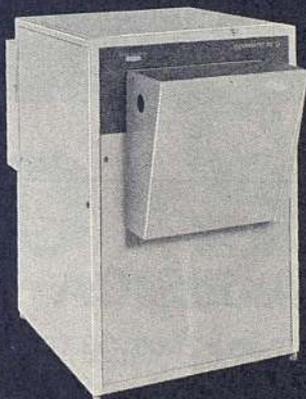
GEVAMATIC 401: Capacidad 360 películas/hora. Duración del tratamiento 90 seg. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.

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.

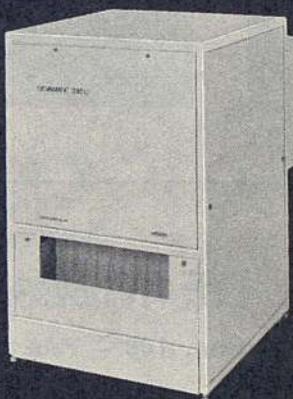
GEVAMATIC 60: Modelo de mesa. Capacidad 60 películas/hora. Dispositivo economizador.

AGFA-GEVAERT, S.A.
Paseo de Gracia, 111
Barcelona-8

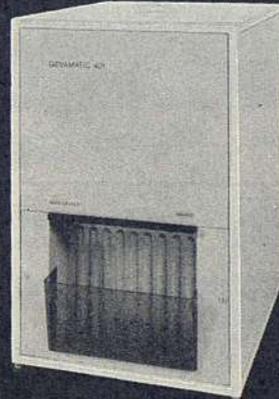
GEVAMATIC 110 U



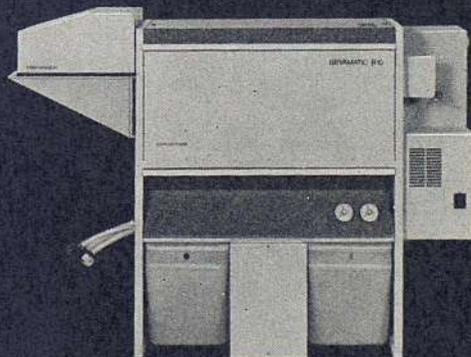
GEVAMATIC 240 U



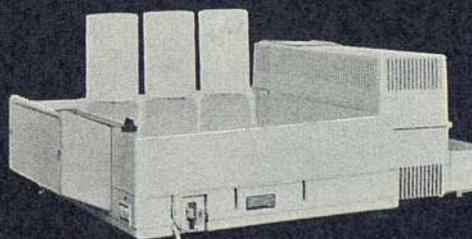
GEVAMATIC 401



GEVAMATIC R 10



GEVAMATIC 60

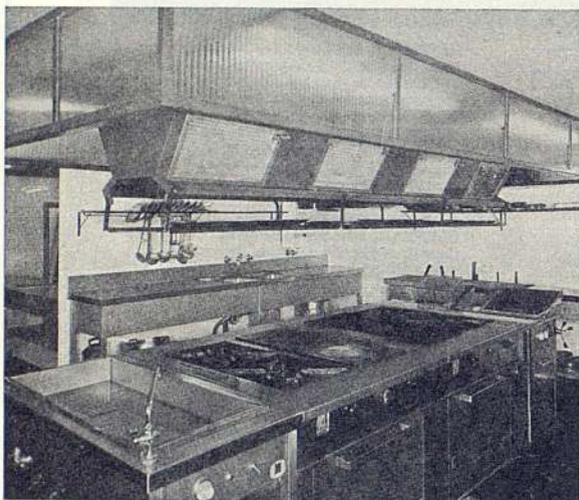


HOSTELERIA

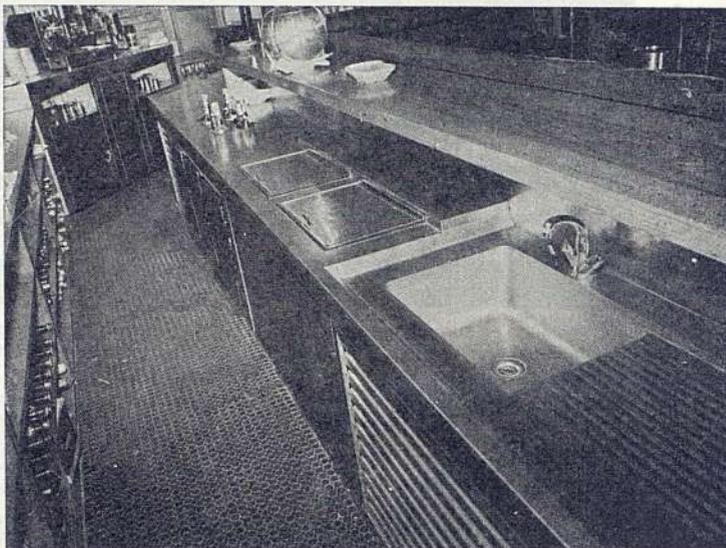
Cafeterías • Autoservicios • Cocinas Industriales

Estudiamos las obras a realizar y estructuramos, en colaboración con el cliente, los planos adecuados para lograr una instalación práctica y de calidad.

Servicio cocinas



Servicio cafetería



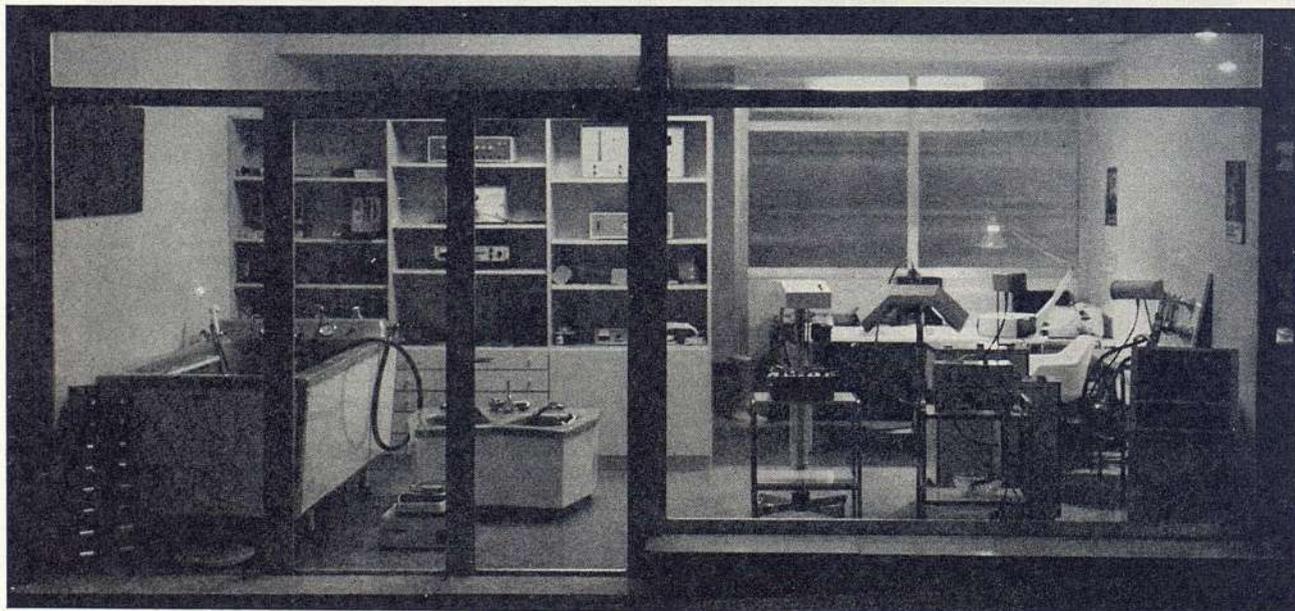
Antonio Matachana, s.a.

VIA AUGUSTA, 11 - TELEFONOS 2278949 - 2279935 - BARCELONA-6



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**



Op-Site®

CAMPO QUIRURGICO PARA CIRUGIA ORTOPEDICA

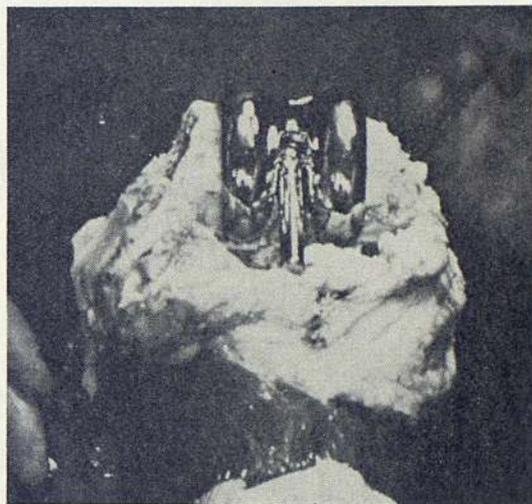
Es una lámina que por sus cualidades de alta permeabilidad al vapor de agua y al oxígeno, es particularmente valioso en Cirugía Ortopédica, ya que **permanece adherido firmemente** a los bordes de la incisión y en toda su superficie, **por más prolongada que sea la intervención.**

Su flexibilidad, elasticidad y conformabilidad, hacen que permanezca en su lugar durante manipulaciones prolongadas y complejas.

Las extremidades del cuerpo, normalmente son difíciles de cubrir con tallas, pero, con Op-Site se hace fácil su cobertura.

MEDIDAS: 30 x 28 cms. EMBALAJE: 10 unidades

» 45 x 28 »	» 10 »
» 45 x 56 »	» 10 »
» 84 x 56 »	» 5 »
» 42 x 40 »	» 10 »



Op-Site®

SKIN CLOSURE

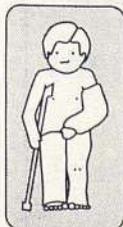
NOVEDAD

SUTURA DE PIEL

UN AVANCE IMPORTANTE EN LA TECNICA DE SUTURAR LA PIEL

- Elimina la perforación de la piel producida por la suturación convencional (técnica no traumática).
 - Mejor resultado estético.
 - Distribución uniforme de la tensión en la herida.
 - Riesgo reducido de infección.
 - No impide el drenaje de la herida.
 - Extracción fácil e indolora.
 - Más comodidad y tranquilidad para el paciente.
 - En el supuesto de tener que enyesar una zona suturada, el Op-Site SKIN CLOSURE se puede dejar colocado hasta la retirada del yeso.
- Op-Site SKIN CLOSURE se aplica fácil y rápidamente, lo que supone un ahorro de tiempo para el cirujano.

MEDIDAS: 14 x 10 cms. EMBALAJE: 20 unidades.



OTROS PRODUCTOS

GYPSONA

Venda de yeso de gran calidad

TENSOPLAST

Venda elástica adhesiva porosa

CRYSTONA

Venda sintética para traumatología



Smith & Nephew Ibérica, S. A.

Infanta Carlota, 61 - Tel. 250 79 25
TELEX 97488 SNIB-E BARCELONA-29

SOLICITE MANUALES DE "GYPSONA" Y "TENSOPLAST"



construcciones

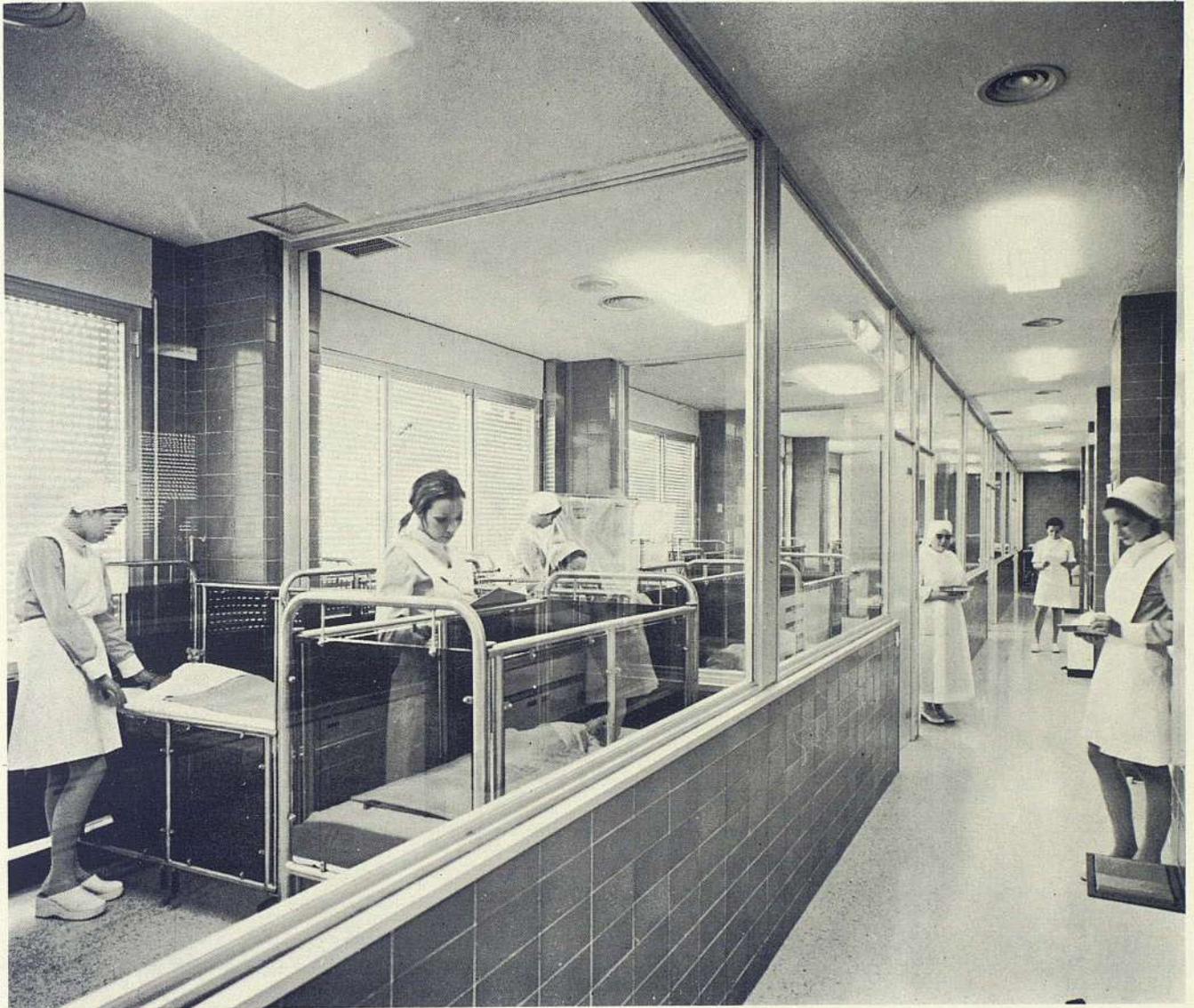
Guipúzcoa, 62, 11.º 2.ª - BARCELONA 20

Teléfonos 236 97 49 / 303 07 34



BANCO GARRIGA NOGUES

OFICINA PRINCIPAL: Ramblas, 140 - Barcelona

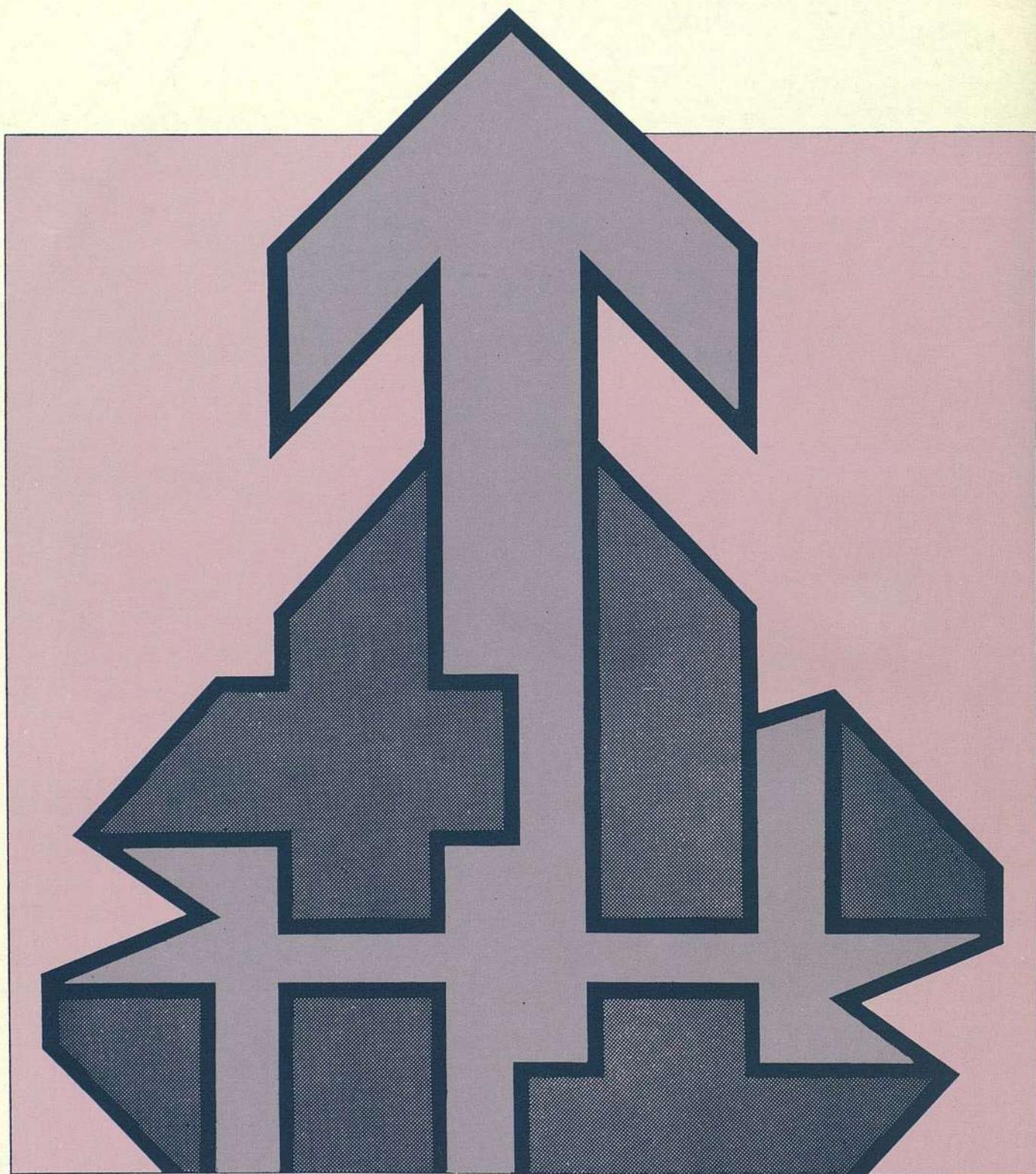


SERVICIO DE LACTANTES INSTALADO EN EL NUEVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. BARCELONA

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**