

LABOR HOSPITALARIA

ORGANIZACION
Y PASTORAL SANITARIAS

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 36. Segunda época. Abril-Mayo-Junio 1985
Número 196. Volumen XVII

CONSEJO DE REDACCIÓN

Director

José L. Redrado

Redactores

Cecilio Eserverri
Mariano Galve
Miguel Martín
Joaquín Plaza
José Sarrió

Secretario y Administración

José L. García Imas

CONSEJO ASESOR

Francisco Abel
Juan Luis Alabern
Felipe Aláez
Miguel A. Asenjo
Jordi Carulla
Libori Casadella
Rudesindo Delgado
Pilar Malla
María Dolores Muntané
Amado Palou
Francisco Sola
José M.ª Sostres
María Dolores Vázquez

DIRECCIÓN

Curia Provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Carretera Esplugas s/n
Teléfono 203 40 00
08034 Barcelona

Publicación autorizada por el Ministerio de Sa-
nidad como Soporte Válido. Ref. SVR n.º 401.

ISSN 0211-8262

Depósito Legal: B. 2998-81

EGS - Rosario, 2 - Barcelona

Sumario

LH OPINA

72 SALUD Y ÉTICA

ORGANIZACIÓN SANITARIA

74 INFORMÁTICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
Por Luis Sánchez

79 NECESIDADES DE PERSONAL DE ENFERMERÍA
EN UN SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS
Por Ernesto Argilaga Molero

POR UN HOSPITAL MÁS HUMANO

87 HABLANDO CON EL PROFESOR PEDRO LAÍN ENTRALGO
Por Miguel Martín

PASTORAL SANITARIA

92 EL ROMANO PONTÍFICE INSTITUYE LA PONTIFICIA COMISIÓN
PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES SANITARIOS
Carta Apostólica *Dolentium hominum* en forma de *Motu proprio*

97 SECRETARIADO GENERAL DE PASTORAL SANITARIA
Programación 1984-1988

101 BIOÉTICA:
UN NUEVO CONCEPTO Y UNA NUEVA RESPONSABILIDAD
Por Francisco Abel, S.J.

INFORMACIONES

112 REVISTA DE REVISTAS
Por José Luis Redrado

SALUD Y ÉTICA

Parece evidente que nos hallamos en un «boom» de la ética, que no es necesariamente lo mismo que un «boom» ético.

La cosa no viene de lejos, sino que es un fenómeno relativamente cercano en nuestro país. Por situarlo temporalmente, podríamos ubicarlo en la campaña electoral de las últimas elecciones legislativas de octubre de 1982.

El partido actualmente en el Gobierno la traía bajo el brazo, fundamentalmente, como una promesa de «limpiar, fijar y dar esplendor» a un pasado que se presumía sucio, ilegítimamente fijado y nada esplendoroso. Mala cosa cuando se utiliza la ética como hacha de guerra y peligrosa descendencia la que se le prevé cuando se le hace contraer nupcias a dama tan exigente con quien detenta el poder. El sujeto de la ética no es el Gobierno, ni tan siquiera el Estado, sino toda la sociedad, democráticamente estructurada.

El hecho es que cuajó el reclamo y hoy no se está al día si no se pronuncia un par de veces cada jornada dicho vocablo.

Pero tal aterrizaje ¿es del todo casual o meramente coyuntural?

LABOR HOSPITALARIA cree que no. Celebrados los funerales del nacionalcatolicismo, nos habíamos acostumbrado a vivir en un sistema sin valores —o con valores de dudosa fundamentación— donde todo el monte era orégano. El tiempo, una vez más, va dejando las cosas en su sitio. Y un sitio principal en la existencia individual y social del hombre tiene la ética.

Función principal que se constituye en incuestionable en el campo de la salud, donde el hombre es, a la vez, sujeto y objeto.

LABOR HOSPITALARIA quiere aportar algunas matizaciones:

- Urge profundizar la formación ética de quienes prestan sus servicios, o se preparan para prestarlos, en el mundo sanitario. La ética ni se compra ni se vende; nace en el «hondón» del hombre confrontado con los demás hombres y con la realidad. Por ello hay que crear valores auténticos y propiciar un sólido, por fundamentado, aparato crítico capaz de entrar en diálogo con lo otro, los otros y, para el creyente, con el «Otro».
- En el mundo de la salud existe el riesgo de arrinconar la ética a las «situaciones límite» y al mundo de lo, de alguna forma, exótico: eutanasia, reproducción artificial, ingeniería genética, trasplantes... Teniendo mucho que decir en tales situaciones, la ética no se circunscribe únicamente a ellas. Planificación sanitaria, organización, administración de recursos, actualización profesional, relación terapeuta-paciente... son lugares necesitados, como cualquier otra actividad sanitaria, de su correspondiente iluminación ética. Quienes acusábamos a la moral católica de un excesiva inflación del sexto mandamiento en detrimento de los nueve restantes, podríamos tropezar en idéntica piedra. Y ya empezarían a ser demasiados tropezones.
- Hacer ética implica ser ético. Es decir, poseer la suficiente coherencia personal para asumir los compromisos que desde esa reflexión se deriven. Caiga quien caiga. Lo contrario sería adquirir unos cuantos boletos para participar en el «tenderete ético» actualmente instalado en la Gran Feria de nuestro mundo.

I. CONCURSO DE RELATOS SOBRE ENFERMERÍA Y VALORES HUMANOS

No deje de participar. SOLICITE BASES

Información: Hospital San Rafael
Calle Serrano 199
28016 MADRID - Tel. (91) 259 64 05

INFORMÁTICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

LUIS SÁNCHEZ

Coordinador Informático

Hospitales San Juan de Dios. Provincia Aragón

No hay duda de que la informática está en primer plano de la actualidad.

Sin apenas darnos cuenta ha irrumpido con fuerza en nuestra sociedad, introduciéndose en la industria, los servicios y bien pronto en nuestros hogares.

Se afirma que estamos en el umbral de una nueva era en la que se operarán profundos cambios sociales, comparables, en magnitud, a los producidos a partir de la segunda mitad del siglo XVIII, con la revolución industrial.

Si entonces fueron la máquina de vapor y la tecnología del acero las que vinieron a multiplicar la fuerza muscular, ahora es la tecnología del silicio y el microprocesador los que, incorporados en todo tipo de máquinas y concretamente en los ordenadores, vienen a incrementar, cuantitativa y cualitativamente, nuestra potencia de cálculo, memoria y tratamiento de información.

La actividad desarrollada en los hospitales no podía quedar ajena al fenómeno informático, puesto que tanto en la vertiente estrictamente asistencial como en la de gestión de recursos y también en la de investigación, el ordenador es un instrumento que presenta múltiples aplicaciones.

En este artículo veremos, de forma general, algunos aspectos relacionados con la implantación del ordenador en el sistema hospitalario con la intención de clarificar algunos conceptos que nos permitan una utilización satisfactoria de la herramienta informática.

En primer lugar repasaremos la situación en nuestro país, pasaremos a continuación a tratar de la planificación como uno de los métodos de trabajo más extendidos y para finalizar intentaremos asomarnos un poco al futuro que esperamos y deseamos.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA INFORMÁTICA HOSPITALARIA

Es seguro que todos nos pondríamos de acuerdo en afirmar que si queremos mejorar nuestro sistema sanitario, al mismo tiempo que contenemos los costes que estas mejoras comportan, uno de los factores a considerar como de la mayor importancia es la gestión adecuada de los recursos existentes.

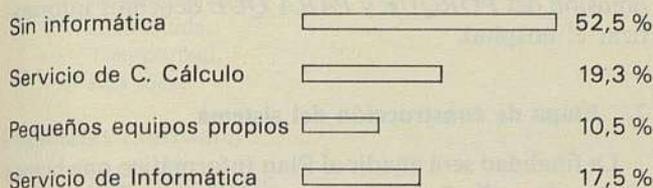
Asimismo, se admite que los sistemas mecanizados son los que permiten de forma más eficaz proporcionar la in-

formación que necesita el sistema de gestión, para la toma de decisiones.

Pese a ello, contemplamos el panorama de nuestros hospitales y vemos que la utilización de la informática no está en los niveles que cabría esperar.

En el estudio realizado por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya, en

Gráfico 1
Nivel de utilización de la informática



julio de 1984, sobre una encuesta distribuida a todos los Centros Sanitarios censados en Catalunya (193) y a la que contestaron 181, se llega a las siguientes conclusiones: (gráficos 1 y 2).

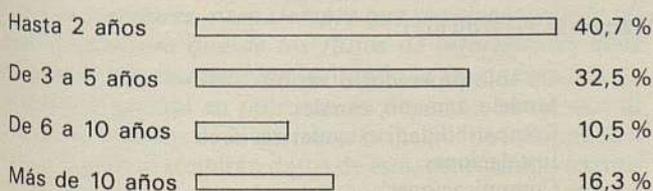
«Sin entrar en una valoración cualitativa, los resultados generales presentan un panorama cuantitativamente muy pobre de la utilización de la informática por parte de nuestras instituciones, de las cuales se puede afirmar que llevan un atraso de años en relación a la implantación de técnicas informáticas, tanto si comparamos con el uso que hacen otros sectores de la actividad como en relación a las instituciones sanitarias de otros países. Aunque no se dispone de estudios similares referidos al conjunto del Estado, las informaciones disponibles hacen prever (exceptuando importantes experiencias aisladas) una situación similar y quizás inferior a la existente en Catalunya».

Este estudio se basa en datos referidos a la situación tal como estaba al finalizar 1983, llegando a la conclusión final de que «el uso de la informática en nuestros hospitales es todavía muy pobre e incipiente», pero con «el convencimiento de que el panorama evolucionará tan rápidamente en un período relativamente corto. *No es arriesgado pensar que dentro de los próximos años un 70 u 80 % de nuestros hospitales utilizarán medios informáticos y que antes de un período de 4-5 años lo hagan el 100 %. Paralelamente irá incrementándose la utilización de la informática en el interior del hospital.*».

Estos datos nos presentan una realidad actual, pero también nos ponen ante un horizonte de desarrollo que representa un reto a nuestra capacidad de evolución y adaptación ante las nuevas tecnologías.

En este estudio ya citado se apunta como colofón final una orientación que no me resisto a citar, puesto que creo contiene uno de los componentes básicos de lo que debe ser la informatización de las organizaciones hospitalarias:

Gráfico 2
Antigüedad de utilización de la informática



«Es deseable que esta rápida informatización pueda ser hecha integrándola en la dinámica de las instituciones no únicamente como un elemento instrumental para la mejora de aspectos administrativos, sino como un todo coherente que lleve a una mejor gestión integrada de nuestros hospitales y a importantes mejoras de la asistencia dispensada».

Dentro del «Plan Electrónico e Informático Nacional» (PEIN) recientemente aprobado, que representa el plan de actuación del Gobierno Central en materia de electrónica e informática hasta el año 1986, se dedica el apartado 3.8 de 12 párrafos a las acciones específicas del subsector de electromedicina y en el párrafo 3.5.5 se menciona la voluntad del Gobierno de empleo de la informática en las aplicaciones hospitalarias.

El Plan Informático de la Salud ha puesto en marcha un ambicioso proyecto para el que se destinarán 5.000 millones de pesetas en los próximos cuatro años, y mediante el cual se espera obtener una mejora en la gestión que repercutirá en el 20 % del gasto, lo que podría suponer 100.000 millones de pesetas anuales.

PLANIFICACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN Y DEL DESARROLLO DE LA INFORMÁTICA

El cambio constante, las transformaciones de toda índole, es uno de los vectores, que tanto a nivel personal como de organizaciones, componen nuestro cuadro general de actividad.

Ante el cambio podemos tomar diversas actitudes:

- Dejarnos arrastrar por ser lo más fácil e inevitable.
- Pretender ignorarlo, pensando que no nos va a afectar.
- Oponernos activamente, en la creencia que cualquier evolución es nefasta.
- Anticiparnos a él y situarnos en la posición más favorable para nuestras intenciones.

La introducción de la informatización en la organización hospitalaria, conllevará indudablemente cambios en los sistemas establecidos. Pienso que, además, la informatización puede y debe ser un agente muy activo en la evolución y desarrollo organizacional que permita a nuestras instituciones una adaptación al cambio.

Ahora bien, para llevar a buen puerto nuestro proyecto de informatización, deberemos preparar cuidadosamente

Gráfico 3
Etapas de un proyecto informático

CONCEPCIÓN Y ORIENTACIÓN	CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA	IMPLANTACIÓN	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN
--------------------------	--------------------------	--------------	--------------------------

- | | | | |
|--------------------------|-----------------|---------------|----------------|
| — Plan estratég. | — Calendario | — Instrucción | — Adaptaciones |
| — Objetivos | — Aplicaciones | — Documentac. | — Control |
| — Políticas | — Planificación | — Seguridad | |
| — Estudio de oportunidad | — Análisis | | |
| | — Programación | | |

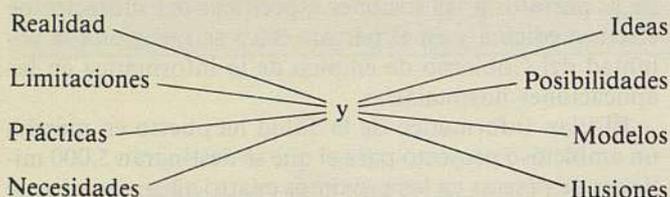
una planificación que tenga en cuenta los distintos componentes y fuerzas entre los que se mueve la actividad hospitalaria.

El proyecto deberá desarrollarse progresivamente siguiendo unas etapas reflejadas en el gráfico 3.

Analícemos algo de cada una de ellas.

1. Etapa de concepción y orientación

En esta primera fase deben ponerse de manifiesto los contrastes existentes entre:



Cuanto más acentuados sean, de hecho, estos contrastes y exista al mismo tiempo la voluntad decidida de mejorar la situación existente o previsible en el futuro, tanto más fácil será el desarrollo de un plan de oportunidad que marque el camino a seguir.

En esta fase es imprescindible que la alta dirección tome conciencia de la problemática existente y opte decididamente por impulsar el cambio. Sin el concurso de la dirección no llegaremos a ningún sitio.

En esta etapa deberá constituirse el llamado Comité de Mecanización, presidido por el Director o Gerente del Hospital y constituido por miembros de las áreas de asistencia médica, enfermería y administración.

Este Comité será el encargado de establecer:

- OBJETIVOS DEL PLAN
- POLÍTICAS
- PRIORIDAD DE APLICACIONES
- PLANIFICACIÓN DE RECURSOS
- PLAN DE CONTROL Y SEGUIMIENTO

Habrá que considerar en esta primera etapa la conveniencia de buscar la ayuda de algún consultor que pueda proporcionar nuevas ideas de dirección, organización, sistemas informáticos, etc., y por otro lado efectúe un análisis de la realidad que nos permita comprender mejor el sistema actual.

El método aconsejable sería:

- Trabajo conjunto de consultor y responsables actuales.
- Asistencia a seminarios y cursillos donde se expongan experiencias de otros hospitales.
- Exploración de nuevas tecnologías disponibles.
- Análisis de las interrelaciones y dependencias de los distintos departamentos del hospital.
- Análisis de la eficacia de los sistemas de información establecidos, buscando la fortaleza o debilidad de los mismos.

Podemos hallar distintos métodos y listas que nos ayudarán a culminar esta primera etapa con una mayor comprensión del *PORQUÉ* y *PARA QUÉ* debemos informatizar el hospital.

2. Etapa de construcción del sistema

La finalidad será añadir al Plan Informático que hemos empezado a diseñar, respuestas a:

QUÉ Aplicaciones concretas.
CÓMO Políticas y planificación de recursos.

En cuanto a las aplicaciones, una de las tareas más delicadas y que deben ser resueltas en el seno del Comité de Mecanización es la determinación de prioridad de las mismas, teniendo en cuenta las múltiples interrelaciones existentes.

Estas aplicaciones podríamos clasificarlas en tres grandes grupos:

a) Las que de una forma directa están relacionadas con instrumental de diagnóstico y laboratorio, por ejemplo:

- Tratamiento automático de señales, monitores, etc.
- Automatización de analizadores.
- Bioingeniería.
- Sistemas de Tomografía Axial (TAC).
- Etc.

b) Las que hacen referencia al tratamiento informatizado de los principales flujos de información de un hospital concreto:

- Gestión de personal.
- Gestión administrativa y financiera.
- Estadísticas de actividad.
- Historias clínicas.
- Etc.

c) Las relacionadas con la actividad investigadora y docente desarrollada en el hospital, por ejemplo:

- Documentación y bibliografía.
- Educación sanitaria.
- Ayudas en el diagnóstico y tratamiento.
- Modelización biomédica.
- Etc.

Respecto a las políticas y planificación podemos apuntar la necesidad de definirse en los siguientes apartados:

Máquinas (Hardware)

- Un solo proveedor o varios.
- Modelo, tamaño, canales.
- Compatibilidad, estandarización.
- Instalaciones.
- Comunicaciones.

Tipo de informática

- Descentralizada.
- Distribuida.
- Tiempo real.
- Red local.

Programas (Software)

- Desarrollo propio.
- Paquetes «llave en mano».
- Base de datos.
- Facilidades de desarrollo.

Personal

- Plantilla.
- Eventual.

Formación

- Dirección.
- Usuarios.
- Informáticos.

Al definir las políticas y al planificar los recursos, se nos hará patente la fuerte relación que existe entre cada uno de los aspectos reseñados. Dichas políticas determinarán de qué forma se va a proceder, con el fin de cumplir con los objetivos señalados a la informática en una organización concreta. Es decir, que cada hospital deberá reflexionar sobre su problema. A pesar de ello creo que es oportuno hacer unas consideraciones de índole general.

Máquinas

La tecnología informática está en evolución rápida y constante. En dos años el material adquirido puede quedar superado por otro más potente y con mejor precio.

Existe una controversia, desde hace algún tiempo, entre la macro y la microinformática. Pienso que cada vez perderá más fuerza debido a las posibilidades que se van abriendo de coexistencia de un ordenador central al que se le conectan microordenadores, que pueden trabajar de forma autónoma y también como un terminal más del ordenador central.

Tipo de informática

Desde luego interactiva, es decir, que el propio usuario maneja su aplicación, desde un terminal situado en el lugar más cercano donde se produce la información. El enfoque deberá incluir el tiempo real, o sea, que la información esté disponible para los usuarios al mismo tiempo que se ha producido cualquier modificación de la misma.

Deberá contarse con las posibilidades que ofrecen los microordenadores, pero siempre que se salvaguarde la visión integradora que de los flujos de información debe aportar la informatización, evitando la fragmentación de la política general en políticas de departamentos, que al quedar desligados de la corriente principal de información no aportarán ni recibirán datos de ésta, provocando a corto plazo duplicidades y empobrecimiento general.

Programas

Según Alan Kay: «Los ordenadores son a la informática lo que los instrumentos a la música. Los programas son las partituras, cuya interpretación potencia nuestros sentidos...»

Al adquirir un ordenador deberemos elegir entre las ofertas existentes en el mercado; en cambio, las partituras, los programas, podemos hacerlos a nuestro gusto, según nuestras necesidades o bien adaptarnos a los desarrollados en otros hospitales.

En la definición de esta política, hay que conjugar los factores:

- Rapidez en la disponibilidad de aplicaciones.
- Seguridad en la obtención de un producto que se adapte a las características de nuestra organización hospitalaria.
- Coste de ambas alternativas.

Diversos constructores comercializan programas y paquetes de aplicación bajo las siglas SIH (Sistemas Informáticos Hospitalarios), PCS (Patient Care System), etc., que pueden y deben ser examinados para ver hasta qué punto se adaptan a nuestra problemática. Algunos de ellos son presentados como herramientas muy flexibles que podemos adoptar sin necesidad de ajustar nuestra organización al programa. En cualquier caso deberemos cerciorarnos de que realmente nos van a ser útiles. Si llegamos a una conclusión positiva, felicidades, puesto que tendremos un gran bagaje en nuestro haber.

Personal

Pese a que cierta publicidad puede llevar a la creencia de que un ordenador funciona sin ningún tipo de personal especializado, hay que afirmar que para un hospital esto no es así y que bien sea personal propio o subcontratado, *necesitamos fijar una política teniendo en cuenta nuestras necesidades de análisis, programación y operación del ordenador.*

Formación

Es de todo punto indispensable fijar una política de formación permanente que abarque a todo el personal que directamente esté relacionado con el proyecto informático.

Conjuntamente a la formación hay que mantener un plan de información para toda la organización. Sin información no generaremos el entusiasmo que se precisa para que la mentalidad de cambio permanente se implante en la organización.

Una vez fijadas las políticas, se establecerá una planificación con un panorama de medio plazo (3 a 5 años) y otro a corto plazo (1 año). Cada año el Comité de Mecanización revisará la situación y añadirá un año al plan móvil a medio plazo.

3. Etapa de implantación

Por fin llegamos al punto en que nuestros planes y los nuevos sistemas cuidadosamente preparados van a empezar a hacerse realidad. Es un punto crucial. Seguramente

que a muchas personas les supondrá un cambio importante en los métodos que seguían hasta la mecanización.

Debemos estar seguros que los usuarios asuman estas modificaciones, puesto que sin colaboración y entusiasmo esta etapa puede generar rechazos inesperados.

Para suscitar la cooperación necesaria, hay que insistir en el tema de la información y formación, que deberá ser una tarea permanente que forme parte del estilo participativo a introducir en nuestros hospitales.

Para facilitar la implantación utilizamos:

- Manuales de operación.
- Sesiones de entrenamiento e información.

A partir de la etapa de implantación, entraremos en el ciclo normal de:

- Ejecución.
- Evaluación.
- Revisión del plan.

APROXIMACIÓN AL FUTURO

Sin necesidad de ser futurólogos, podemos asegurar que se va a producir un desarrollo acelerado en la informatización de nuestros hospitales. Este es el camino que están siguiendo otros países a los cuales pretendemos homologarnos.

La informatización representará un esfuerzo de tipo económico-financiero y organizacional. Pero, si la hemos implantado correctamente, pronto recogeremos sus frutos y lo que es más importante, estaremos en disposición de enfrentarnos a los cambios y exigencias que en el futuro irán apareciendo.

Es de suma importancia, y lo debemos situar como el primer objetivo de la informatización, el conseguir una mejora real en la calidad de la asistencia al paciente. Hasta ahora, una gran parte de las aplicaciones, hacen referencia a aspectos puramente administrativos. A partir de ahora tomarán incremento las aplicaciones que directamente ayuden al médico y al personal de enfermería, en su trabajo cotidiano y en su relación con los pacientes, poniendo a su disposición más y mejor información y liberándole de muchas de las tediosas tareas administrativas que ahora realiza.

Es de prever un incremento en la utilización de los ban-

cos de datos, que sobre bibliografía médica existen y están disponibles con unos costes realmente accesibles. En el cuadro adjunto se recogen datos sobre algunos de ellos.

Los incrementos de capacidad de registro de datos están avanzando a pasos agigantados, con lo que *no está lejos el día en que de una manera práctica y económica, podamos almacenar en el ordenador la ingente masa de datos, que hoy en día tenemos en nuestros archivos de historias clínicas.*

Debemos actuar con sumo tacto en lo concerniente a la salvaguardia de la confidencialidad de los datos, para evitar que puedan plantearse problemas en este terreno, que si bien han sido resueltos en países como Francia y Suecia, han representado escollos importantes al no haberse tenido en cuenta en el momento de diseñar las aplicaciones.

POR UNA INFORMATIZACIÓN AL SERVICIO DEL HOMBRE

Si la introducción de la informática en cualquier campo de la actividad humana, empresarial, científica, etc., comporta unas ventajas innegables en la mejora de costes, métodos, control y gestión, *en la actividad hospitalaria debe además aportar mejoras que aumenten y humanicen las relaciones Institución-Paciente.*

Estas mejoras se contabilizarán entre los beneficios intangibles, que no por serlo, son menos reales. Una informática enfocada bajo esta óptica, *incluirá en sus aplicaciones los aspectos que tiendan a promover el mayor grado de satisfacción del usuario,* por ejemplo:

- Minimizar desplazamientos de pacientes.
- Personalizar documentos.
- Facilitar gestión de asistencia social y religiosa.
- Agilizar colas de espera.
- Mantener contactos pre y post asistenciales.
- Individualizar menús.
- Etc.

Si estamos abiertos a la problemática humana que diariamente podemos detectar en nuestra labor, seremos capaces de convertir el ordenador en un instrumento al servicio de las relaciones humanas, contrarrestando las connotaciones de frialdad y automatismo impersonal que no sin razón, algunas veces, se le han atribuido.

Gráfico 4
Algunas bases de datos consultables

Nombre B.D.	Tema	Referencias	Δ Anual	Propietario
BIOSIS	Biología y Medicina	3.000.000	300.000	Philadelphia (USA)
CANCERLIT	Oncología	320.000	16.000	Bethesda (USA)
CANCERPROS	Investigación en curso en Oncología	27.000	3.000	N.C.I. (USA)
EXCERPTA MEDICA	Medicina	2.500.000	250.000	Amsterdam (Holanda)
MEDLINE	Medicina	4.300.000	250.000	Bethesda (USA)
MENTAL HEALTH	Salud Mental	470.000	31.000	Rockville (USA)
PSYCHOLOGICAL ABSTRACTS	Psicología	385.000	23.000	Washington (USA)

NECESIDADES DE PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UN SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS

ERNESTO ARGILAGA MOLERO

Supervisor Hospital «Príncipes de España».
Hospitalet de Llobregat. Barcelona

Una de las grandes preocupaciones, y tal vez sea un reto que tienen los directivos de la empresa hospitalaria y asistencial en general es, sin duda alguna, sus plantillas de personal. Pero la verdad es que, aunque siendo esta preocupación en los directivos constante, sería y difícil, muy pocos centros se lo han tomado con criterios científicos y, por tanto, con profundidad. Ni tampoco, muchas veces, consideran el asunto o problema con perspectiva global.

Por desgracia, cuando en la mayor parte de los hospitales o centros de salud se cuestionan la necesidad o la magnitud de sus plantillas de personal, generalmente declinan sus miradas al estamento de enfermería. ¡Como si únicamente este estamento tuviera necesidad de ser estudiado, analizado!

Es verdad que el sector o división de enfermería es siempre grande y, por tanto, muy costoso.

Pero las direcciones de centros sanitarios deberían ser más equitativas al pretender reducir costos.

Analizar todas las posibles variables es o resulta método científico; considerar sólo algunas variables del problema resulta método partidista, impreciso, nada serio o demostrativo de carencia de conocimientos suficientes para ocupar ciertos cargos.

Por nuestra parte, conscientes de estas verdades, nos disponemos, desde enfermería, a ofrecer herramientas de trabajo para uso de todos. Estos asuntos hay que mirarlos con visión panorámica. Sabemos que gestionar con seriedad y, por tanto, científicamente es analizar con espíritu de globalidad.

Las parcialidades nunca precisan una obra.

Ernesto Argilaga Molero ha hecho un buen trabajo en este sentido. Conocemos su seriedad humana y buen hacer en su trabajo diario. Lo cierto es que sus estudios sobre gestión de enfermería seguidos en nuestro Centro del Hospital San Juan de Dios de Barcelona, los saldó con Matrícula de Honor.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio se ha realizado por dos motivos esenciales:

- En primer lugar, por los grandes requerimientos de personal de Enfermería, altamente especializado, que precisa la terapia intensiva.
- En segundo lugar por la falta, actualmente en nuestro país, de un estudio de las cargas de trabajo y horas de atención de Enfermería que requieren los pacientes ingresados en un Servicio de Cuidados Intensivos.

Los *objetivos* planteados para la realización de este trabajo ha sido:

- Racionalizar los requerimientos de personal de Enfermería en un Servicio de Cuidados Intensivos.
- Estudiar las demandas de personal de Enfermería en un Servicio de Cuidados Intensivos, en los distintos turnos de trabajo.

Este estudio se ha realizado en un centro hospitalario de nivel III, en el que se compaginan la labor asistencial con la investigación y la docencia, impartándose en él clases teóricas y prácticas a estudiantes de Medicina, Enfermería y Especialidades Médicas.

La asistencia médica se distribuye en las siguientes especialidades:

Anestesia y reanimación
Alergia
Cardiología
Dermatología
Endocrinología

Psiquiatría
Reumatología
Cirugía cardíaca
Cirugía general
Cirugía maxilofacial

Gastroenterología
Hematología clínica
Medicina interna
Medicina intensiva
Nefrología y hemodiálisis
Neumología
Neurología
Pediatria
Angiología

Cirugía plástica
Cirugía torácica
Ginecología
Neurocirugía
Oftalmología
Otorrinolaringología
Traumatología
Urología
Cirugía vascular

Este centro dispone de 1.018 camas y de los siguientes servicios auxiliares y de diagnóstico y tratamiento:

Análisis clínicos
Anatomía patológica
Angiorradiología
Bacteriología
Bioquímica
Neurofisiología
Endoscopia digestiva
Fisiopatología respiratoria
Hematología y hemoterapia
Laboratorio de hemodinámica

Laboratorio vascular
Medicina nuclear
Neurorradiología
Radiodiagnóstico
Radioterapia
Rehabilitación
Bioestadística
Farmacia
Dietética
Medicina preventiva

Como dato fundamental para este estudio, debemos definir qué se entiende por *Unidad de Cuidados Intensivos*, de Tratamiento Intensivo, o de Medicina Intensiva, términos todos ellos sinónimos. Aceptando la definición que da Peter Lawin: «*Servicio con camas para enfermos en peligro de muerte*», cuya misión es el mantenimiento o restauración de las funciones vitales: respiración, circulación, equilibrio hidroelectrico, función renal, S.N.C., grandes trasplantes, etc.

Otro dato importante a tener en cuenta son las características principales del Servicio de Medicina Intensiva en el que se ha

realizado este trabajo. Se trata de un servicio compuesto por 36 camas, distribuidas en 3 unidades con 12 camas cada una de ellas.

Los pacientes ingresan en este Servicio según el siguiente criterio de selección:

Unidad 1. Ingresan en esta unidad los pacientes afectados de un problema respiratorio, como principal afección, sin cuadro séptico atribuible a gérmenes Gram negativos.

Unidad 2. Ingresan en esta unidad aquellos pacientes que, precisando Cuidados Intensivos, no presentan como principal complicación insuficiencia respiratoria, ni cuadro séptico alguno.

Unidad 3. Ingresan en esta unidad todos los pacientes que presentan un cuadro séptico debido a gérmenes Gram negativos, sea cual fuere su patología y sus complicaciones y que precisan de cuidados intensivos.

Debido a la gran cantidad de pacientes afectados de cardiopatías, nos vemos obligados, en muchas ocasiones, a ingresar este tipo de pacientes en la *Unidad 1*, cuando por sus características deberían permanecer en la *Unidad 2*.

Para llevar a cabo este estudio se han investigado las siguientes variables:

1. NIVEL DE OCUPACIÓN Y ESTANCIAS
2. TASA DE MORTALIDAD
3. PATOLOGÍA MÁS COMÚN EN CADA UNIDAD
4. PERSONAL MÉDICO EN PERÍODO DE FORMACIÓN
5. TURNOS LABORALES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
6. DESCRIPCIÓN DE LAS CARGAS DE TRABAJO
7. RELACIÓN ENTRE CARGAS DE TRABAJO Y HORAS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El nivel de ocupación y estancias, la tasa de mortalidad, la patología más común en cada unidad y la existencia de personal médico en período de formación, nos ayudarán a comprender mejor las características del Servicio que sometemos a estudio y, al mismo tiempo, nos permitirá tener una información complementaria que, en caso de no poder investigar las cargas de trabajo, podemos utilizar de manera orientativa para determinar las necesidades del personal de Enfermería aunque no sea de una forma tan rigurosa como al utilizar la toma de cargas de trabajo.

El período de observación y recogida de datos ha sido de octubre de 1982 a febrero de 1983.

NIVEL DE OCUPACIÓN Y ESTANCIAS

MOTIVO DE SU ESTUDIO

La importancia de investigar el nivel de ocupación se centra en que siempre es preciso multiplicar la carga media de trabajo de la unidad por la ocupación para saber el total de horas de atención de Enfermería que demanda cada unidad.

El estudio de las estancias nos dará como resultado la información sobre el porcentaje de pacientes agudos (con permanencias inferiores a 5 días) y el de pacientes con gran cantidad de complicaciones (permanencias superiores a 25 días) y todos los estadios intermedios.

RESULTADOS

Unidad 1

La ocupación de esta unidad, en el período observado, es del 90,909 %, siendo desde el 24 de diciembre del 100 %.

El 82 % de los pacientes permanecen entre 1 y 15 días en la unidad y de estos el 40 % entre 6 y 10 días.

El promedio de ingresos es de 0,736 pacientes día, es decir, 2 ingresos cada 72 horas, aproximadamente.

Unidad 2

La ocupación es del 91,666 % entre los meses de octubre de 1982 y febrero de 1983, aunque desde el 22 de noviembre es del 100 %.

El 73,75 % de los pacientes de esta unidad permanece menos de 10 días en ella, y el 90,25 % menos de 15 días.

La media de ingresos es de 0,8722 enfermos día, es decir, 6 pacientes por semana, aproximadamente.

Unidad 3

La ocupación de esta unidad es del 82,269 %.

El 74,80 % de los pacientes permanecen ingresados menos de 15 días, pero a diferencia de las otras unidades, el 16,20 % de enfermos permanecen más de 25 días. Una incidencia importante en esta unidad es la relación entre estancias y mortalidad, ya que los pacientes que están entre 1 y 15 días (36,65 %) presentan una mortalidad del 81,48 %.

La media de ingresos es de 0,6388 pacientes día, es decir, 2 ingresos cada 72 horas aproximadamente.

RESUMEN

1. La ocupación de las tres unidades es del 100 % aproximadamente.
2. El 62,45 % de los enfermos de este Servicio permanece ingresado menos de 10 días.
3. La *Unidad 2* presenta gran cantidad de pacientes agudos (73,75 %).
4. La *Unidad 3* tiene un 16,20 % de enfermos ingresados más de 25 días.
5. La mortalidad de los pacientes de la *Unidad 3* que permanecen menos de 5 días es del 81,48 %.
6. La media de ingresos oscila entre 0,6388 y 0,8722 pacientes día, según la unidad.

TASA DE MORTALIDAD

MOTIVO DE SU ESTUDIO

La tasa de mortalidad en un Servicio de Medicina Intensiva es, a priori, significativamente superior a la de un servicio de cuidados medios o mínimos. Así, pues, dado que la cifra es alta y que cada fallecimiento supone una sobrecarga puntual de trabajo por cuanto conlleva una o varias situaciones de emergencia, localización de familiares, cumplimentación de documentación adicional y limpieza tanto del fallecido como del material, instrumental, etc., que utilizaba, todo lo cual representa un cierto tiempo a cuantificar y tener presente en el momento de adjudicar una determinada plantilla de personal de Enfermería.

La tasa de mortalidad varía sensiblemente en función de las siguientes variables:

1. Nivel asistencial del centro hospitalario.
2. Criterios de selección de enfermos.
3. Existencia de Unidades de Vigilancia Intensiva.
4. Existencia de Unidades de Reanimación Postquirúrgica.
5. Existencia de Unidades de Cuidados Intermedios.

Así vemos que no es posible la comparación de dos tasas de mortalidad sin tener en cuenta las variables antes mencionadas.

RESULTADOS

El porcentaje de fallecimientos en el Servicio de Medicina Intensiva investigada, es:

Unidad 1	17,91 %
Unidad 2	14,65 %
Unidad 3	46,95 %

El alto porcentaje de fallecimientos en la *Unidad 3* es debido a las características mismas de los pacientes que en ella ingresan que, como ya se mencionó, deben estar afectados de un cuadro séptico que comprometa sus funciones vitales, por lo que el número de complicaciones fatales es ciertamente importante.

RESUMEN

1. La mortalidad es moderadamente elevada en las unidades 1 y 2 (17,91 % y 14,65 % respectivamente).
2. La mortalidad es muy elevada en la *Unidad 3* (46,95 %).

PATOLOGÍA MÁS COMÚN EN CADA UNIDAD

MOTIVO DE SU ESTUDIO

La investigación de esta variable nos dará una idea aproximada de las estancias, de las complicaciones y, en suma, de los factores que marcan las horas de atención de Enfermería que requiere cada paciente.

Así, por ejemplo, podemos aceptar que un paciente afecto de una miocardiopatía isquémica precisará de vigilancia intensiva, pero un enfermo con un coma metabólico o un shock séptico precisará de tratamiento intensivo, que comprende una vigilancia intensiva y, además, unos cuidados intensivos, por lo que éstos demandarán un mayor número de horas de atención de Enfermería que aquellos que sólo precisarán vigilancia intensiva.

RESULTADOS

Unidad 1

1. Insuficiencia respiratoria aguda	28,90 % = 39 casos
2. Infarto agudo de miocardio	28,90 % = 39 casos
3. Angor pectoris	9,40 % = 13 casos
4. Politraumatismo	7,80 % = 11 casos
5. Insuficiencia cardiaca	5,50 % = 7 casos
6. Meningitis	4,70 % = 6 casos
7. Intoxicaciones medicamentosas	3,90 % = 5 casos
8. Cirugía abdominal diversa	2,35 % = 3 casos
9. Coma metabólico	2,35 % = 3 casos
10. Otros	6,20 % = 8 casos
Total	100 % = 134 casos

De acuerdo con lo comentado anteriormente, aceptaremos que el 55,50 % de pacientes de esta unidad precisa de Terapia Intensiva y el 38,30 % son subsidiarios de Vigilancia Intensiva.

Unidad 2

1. Infarto de miocardio	31,85 % = 50 casos
2. Angor pectoris	14,65 % = 23 casos
3. Intoxicación medicamentosa	10,15 % = 16 casos
4. Insuficiencia respiratoria aguda	8,30 % = 13 casos
5. Politraumatismo	7 % = 11 casos
6. Crisis asmática	5,75 % = 9 casos
7. Insuficiencia cardiaca	4,45 % = 7 casos
8. Varices esofágicas	3,80 % = 6 casos
9. Bloqueo aurículo ventricular	3,15 % = 5 casos
10. Otros	10,90 % = 17 casos
Total	100 % = 157 casos

En esta unidad vemos que la distribución de enfermos es inversa a la de la *Unidad 1*, ya que el 49,65 % precisa de la Vigi-

lancia Intensiva, mientras que sólo el 39,45 % necesita Tratamiento Intensivo.

Unidad 3

1. Cirugía abdominal diversa	15,80 % = 18 casos
2. Neumonía	15,80 % = 18 casos
3. Shock séptico	14,75 % = 17 casos
4. Pancreatitis	10,50 % = 12 casos
5. Politraumatismo	10,50 % = 12 casos
6. Insuficiencia respiratoria aguda	5,25 % = 6 casos
7. Intoxicación por cáusticos	5,25 % = 6 casos
8. Miocardiopatías	4,20 % = 5 casos
9. Meningitis	4,20 % = 5 casos
10. Otros	13,75 % = 16 casos
Total	100 % = 115 casos

En esta unidad todos los pacientes precisan de tratamiento intensivo ya que, aunque hay un 4,20 % de enfermos con miocardiopatías, sólo ingresan en esta unidad aquellos pacientes con un cuadro séptico como principal problema, por lo que no sólo precisarán vigilancia sino, también, cuidados intensivos.

RESUMEN

1. Precisan de mayor número de horas de atención de Enfermería los pacientes subsidiarios de tratamiento intensivo que aquellos que precisan sólo de vigilancia intensiva.
2. La distribución de pacientes que precisan de tratamiento intensivo es:

Unidad 1	55,50 %
Unidad 2	39,45 %
Unidad 3	100 %

PERSONAL MÉDICO EN PERÍODO DE FORMACIÓN

MOTIVO DE SU ESTUDIO

La existencia o no de personal médico en período de formación (MIR) marca de manera considerable la dinámica y la carga de trabajo del personal de Enfermería. Ello se debe a los siguientes motivos:

En primer lugar la falta de experiencia del MIR y su falta de seguridad conllevan la exigencia de un mayor número de exploraciones complementarias, en especial si el médico residente actúa sin la supervisión directa de un médico staff.

En segundo lugar, la colocación de catéteres es mucho más laboriosa por su ya mencionada falta de experiencia y práctica.

En tercer lugar, la existencia del MIR permite al médico adjunto dedicar parte de su tiempo en la investigación, lo que si bien es positivo e incentivador, aumenta de nuevo las horas de atención de Enfermería, tanto por la mayor cantidad de pruebas que se practican al enfermo, como por el aumento del número de catéteres que se colocan y que precisarán de un cuidado a cargo de Enfermería.

Otro punto que, aunque subjetivo, no menos real. Me refiero a la falta de confianza de muchos MIR hacia el personal de Enfermería, reflejo de la propia falta de confianza en sí mismos y que se traduce en una mayor demanda de controles, tanto analíticos como de constantes.

RESULTADOS

En el hospital en que se ha realizado el estudio y durante el período investigado no hay ningún médico en período de formación, por lo que la sobrecarga por este motivo es nula.

RESUMEN

1. La existencia de personal médico en período de formación constituye una sobrecarga de trabajo para el personal de Enfermería.
2. Los motivos de esta sobrecarga de trabajo son:
 - a) Inexperiencia
 - b) Incremento de controles
 - c) Aumento en el número de colocación de catéteres
 - d) Incremento del tiempo de colocación de catéteres
 - e) Estudios y controles para la investigación
 - f) Desconfianza en sí mismos y en el personal de Enfermería.
3. Durante el tiempo investigado no hubo, en este Servicio, personal médico en período de formación.

TURNOS LABORALES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

MOTIVO DE ESTUDIO

Los turnos laborales del personal de Enfermería nos marcan la pauta a seguir a la hora de estudiar la distribución de las cargas de trabajo, ya que si los turnos son de 12 horas (día y noche), con sólo tomar dos muestras de cargas de trabajo por paciente cada 24 horas será suficiente, no siendo así si los turnos están repartidos entre mañana, tarde y noche, siendo preciso, en este caso, tomar tres muestras de carga de trabajo en cada paciente, una por turno.

DESCRIPCIÓN DE LAS CARGAS DE TRABAJO

MOTIVO DE SU ESTUDIO

La descripción de las cargas de trabajo constituye el instrumento principal de este estudio, pues mediante las cargas de trabajo podremos delimitar el total de horas de atención de Enfermería de cada unidad y, en función de Enfermería de los pacientes ingresados en la UCI (ver anexos 1 y 2 sobre funciones del personal de Enfermería).

Para la medición de las cargas de trabajo se ha utilizado como base el retrato robot de un paciente tipo por cada carga de trabajo, siendo la escala utilizada del 1 al 4. Hemos de tener en cuenta que las cargas mantienen una relación matemática, es decir, una carga de 4 es igual, aproximadamente, a 2 de 2, a 4 de 1, etc.

Lógicamente los enfermos tipo no son idénticos a los distintos pacientes que han presentado las diferentes cargas de trabajo, pero en todo momento se acercan de manera considerable a su total de horas de atención de Enfermería que es, en definitiva, el objetivo que pretende dicha descripción.

ENFERMO TIPO — CARGA 1

- Paciente de 45 años de edad que ingresó hace 5 días en la UCI; durante estos días no ha presentado complicaciones (arritmias, insuficiencia cardiaca, etc.), por lo que al día siguiente será trasladado al Servicio de Cardiología (cuidados medios) para continuar su atención y tratamiento.

- Es autosuficiente en sus necesidades básicas, puede deambular por la habitación, con la limitación que conlleva el estar conectado al monitor de ECG.
- Atención de Enfermería:
 - Aseo general en cama.
 - Alimentación normal asódica.
 - Permanencia fuera de la cama el máximo tiempo posible.
 - Deambulación alrededor de la cama.
- Control de la TA, pulso, temperatura y frecuencia respiratoria cada 4 horas.
 - Control de diuresis con glucosurias y cetonurias en cada micción.
 - Control deposiciones; si tiene dificultad, administrar laxante suave.
 - Retirar catéter sueroterapia, hacer cultivo punta catéter.
- Vigilar ECG.
 - Balance hídrico cada 24 horas.
 - Medicación: Isosorbide 1 comprimido cada 4 horas. Diazepan 5 mg cada 12 horas.
 - Electrocardiograma cada 24 horas.
 - Observaciones: Comunicarle el traslado a otra unidad, calmar sus temores, explicar las características de la atención de Enfermería de una planta.

ENFERMO TIPO — CARGA 2

- Paciente de 60 años de edad que ingresó en la pasada noche en la UCI con el diagnóstico médico de EPOC descompensada.
- En este momento su estado ha mejorado considerablemente precisando los siguientes cuidados de Enfermería:
 - Aseo general en cama.
 - Inmovilización en cama.
 - Control de sonda vesical.
 - Control de TA, pulso, PVC, T.^a, FR, diuresis, glucosuria, y cetonuria cada 2 horas.
 - Control de deposiciones.
 - Vigilar cambios de conducta, obnubilación, etc.
 - Fisioterapia respiratoria: Clapping cada 4 horas. EPAP 10' cada 2 horas. Sesiones de Bird 10' cada 4 horas. Respetar sueño nocturno 4-6 horas.
 - Si no expectora, aspirar secreciones con sonda nasal.
 - Realizar cambios posturales.
 - Alimentación: Dieta blanda y sin sal.
 - Sueroterapia: Glucosado 5% para PVC. Glucosado 5% + 5 OmEq Clk cada 12 horas. Glucosado 5% en microgotero para medicación.
 - Medicación: Aminofilina 1 amp EV disuelto en 100 ml de glucosado al 5% cada 6 horas. Heparina cálcica 0,2 ml subcutánea cada 12 horas. Penicilina G. sódica 2 millones e.v. cada 4 horas.
 - Oxigenoterapia: Ventimask al 28%.
 - Balance hídrico cada 24 horas.
 - Exploraciones: Radiología de tórax cada 12 horas. Hemograma cada 24 horas. Gasometría arterial cada 6 horas. Ionograma en plasma cada 12 horas. Glucemia, uremia, cloremia y osmolaridad cada 24 horas. Hematocrito cada 12 horas. Iones, urea, glucosa y sedimento en orina cada 24 horas.

ENFERMO TIPO — CARGA 3

- Paciente de 50 años de edad, que ingresa en el Servicio con el diagnóstico de colecistitis y coleditiásis, intervenido quirúrgicamente, presentando durante la intervención una hipotensión severa que no cede con la terapia habitual.

- A su ingreso se evidencia obesidad marcada, siendo de especial mención sus antecedentes de hipertensión arterial.
- A la exploración presenta signo de bajo gasto cardíaco, hiperglucemia y shock, instaurándose el siguiente tratamiento:
 - Aseo general de la paciente.
 - Cuidados habituales de enferma encamada.
 - Control de TA, pulso, T^a, FR, PVC, presión pulmonar, presión Wedge (cuña), diuresis, glucosuria y cetonuria cada hora.
 - Control de glucemia de dedo cada 2 horas.
 - Colocación de catéter de Swan-Ganz.
 - Colocación de catéter arterial.
 - Colocación de catéter de PVC.
 - Cuidados respiratorios: Intubación orotraqueal. Mantener sedada y relajada. Conectada a respirador Bennet MA-1. Cambio de mordedor cada 8 horas. Cambio equipo respirador cada 24 horas. Aspiración de secreciones bronquiales.
 - Cuidados Digestivos: Sonda nasogástrica conectada a bolsa elevada. Hidróxido aluminico + agua cada 4 horas. pH gástrico cada 4 horas. Control contenido gástrico.
 - Sueroterapia: Glucosa 5 % para PVC. Glucosado 5 % + 50 mEq ClK cada 24 horas. Glucosado 5 % para medicación (en microgotero). Glucosado 5 % + 20 ampollas Dopamina. Fisiológico a presión para catéter Swan-Ganz. Fisiológico a presión para catéter arterial. Bicarbonato 1 Molar según pH arterial.
 - Medicación: Sedación ½ Dolantina + ½ Prometazina. Relajación: 1 ampolla Fazadinio. Penicilina G. sódica 2 millones cada 4 horas EV. Tobramicina 80 mg disueltos en 50 ml. Gl. 5 %. Digoxina 0,125 mg cada 8 horas si PR < 20. Heparina cálcica 0,2 ml subcutánea cada 12 horas. Dopamina disuelta en 500 ml gl 5 % según TA. Cimetidina 200 mg disuelto en 100 ml gl 5 % c/6 H.
 - Control habitual de drenajes.
 - Balance hídrico cada 12 horas.
 - Cambio de apósitos cada 8 horas.
 - Exploraciones: Radiografía de tórax cada 8 horas. Radiografía de abdomen cada 24 horas. Electrocardiograma cada 24 horas. Hemograma y pruebas de coagulación cada 12 horas. Hematocrito, Iones y gasometría arterial cada 4 horas. Cloro y osmolaridad en sangre cada 12 horas. Iones, urea, glucosa y sedimento en orina cada 24 horas. Iones en contenido gástrico cada 24 horas. Aclaramiento de creatinina cada 24 horas. Digoxinemia cada 24 horas. Enzimas (GOT, GPT, LDH, CK-MB, amilasas) cada 24 horas.

ENFERMO TIPO — CARGA 4

- Paciente de 35 años de edad, afecto de una pancreatitis necrohemorrágica, intervenido quirúrgicamente con resección de la cabeza del páncreas, que ingresó hace 5 días en el Servicio de Medicina Intensiva, presentando las siguientes complicaciones:
 - Shock séptico.
 - Bajo gasto cardíaco.
 - Fracaso renal agudo.
 - Hipoxia.
 - Anemia.
 - Ulcus de stress.
- Pauta de atención de Enfermería:
 - Cuidados habituales de un enfermo encamado.
 - Higiene y aseo del paciente.
 - Control de TA, PVC, pulso, T^a, FR, P. Pulm., P. W., diuresis, glucosuria y cetonuria cada hora.
 - Control de la glucemia de dedo cada 4 horas.
 - Cuidados habituales catéter Swan-Ganz.

- Cuidados habituales catéter arterial.
- Cuidados habituales catéter PVC.
- Cuidados habituales sonda uretral.
- Cuidados habituales sonda nasogástrica.
- Cuidados habituales tubo orotraqueal.
- Cuidados habituales catéter diálisis peritoneal.
- Cuidados habituales catéter para nutrición parenteral.
- Cuidados respiratorios: Mantener sedado y relajado. Conectado a Bennet MA-1. PEEP = +10 cm. Cambio de mordedor cada 8 horas. Cambio de equipo respirador cada 24 horas. Aspiración de secreciones bronquiales.
- Cuidados digestivos: Aspiración continua de contenido gástrico. Hidróxido aluminico + agua cada 4 horas. pH gástrico cada 4 horas. Control del aspirado gástrico.
- Sueroterapia: Glucosado 5 % para PVC. Glucosado 5 % + ClK según ionograma cada 6 horas. Fisiológico a presión para catéter de Swan-Ganz. Fisiológico a presión para catéter arterial. Glucosado 5 % en microgotero para medicación. Glucosado 5 % + 20 ampollas Dopamina según TA. Bicarbonato 1 Molar según pH arterial. Sobrecargas de glucosado 5 % según PW.
- Nutrición parenteral: Fórmula especial enfermos renales: Hipoproteica.
- Medicación: Sedación con ½ Dolantina + ½ Prometazina. Relajación con 1 amp. Fazadinio. Penicilina G. sódica 2 millones EV cada 4 horas. Tobramicina 80 mg cada 12 horas disuelta en 50 ml. Carbenicilina 5 g cada 8 horas EV. Cimetidina 200 mg cada 8 horas disuelto en 100 ml. Digoxina 0,125 mg EV cada 12 horas si PR < 20. Heparina cálcica 0,2 ml subc. cada 12 horas. Dopamina según TA.
- Diálisis peritoneal: 1.000 ml Peritofundina 1,5 + 1.000 ml Per. k cada 7 pases: 1.000 ml Peritof. 1,5 + 1.000 ml. Perit. 7. En cada pase 1 ml heparina sódica al 1 % y Tobramicina 8 mg. Efectuar balance por cada pase y acumulativo.
- Control habitual drenajes.
- Suero fisiológico continuo en saratoga, conectado a aspiración.
- Balance hídrico cada 8 horas.
- Cambio de apósitos para 8 horas.
- Exploraciones: Radiografía de tórax cada 12 horas. Radiografía de abdomen cada 12 horas. Electrocardiograma cada 24 horas. Analítica sanguínea: [Test Etanol cada 24 horas. Hemograma + pruebas coagulación cada 12 horas. Hematocrito, iones y gases cada 4 horas. Cloro y osmolaridad cada 12 horas. Digoxinemia cada 24 horas. Amilasemia cada 12 horas. GOT, GPD, LDH, CK-MB cada 24 horas]. Analítica orina: [Iones, urea, glucosa cada 12 horas. Sedimento cada 24 horas. Amilasuria cada 12 horas]. Ionograma de contenido gástrico cada 24 horas. Analítica líquido peritoneal: Iones, urea, proteínas cada 24 horas.

RESUMEN

1. No hay diferencias significativas entre las cargas de trabajo de los distintos turnos.
2. Las cargas medias de cada unidad son:

Unidad 1	2,0858
Unidad 2	1,9475
Unidad 3	2,4860

3. La Unidad 3 precisará más personal de Enfermería que la Unidad 1 y ésta más que la Unidad 2.
4. La media de cada unidad es superada en múltiples ocasiones, por lo que deberemos tener en cuenta estas sobrecargas en el momento de calcular la plantilla necesaria.

RELACIÓN ENTRE CARGAS DE TRABAJO Y HORAS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

MOTIVO DE SU ESTUDIO

La necesidad de establecer la relación entre las cargas de trabajo y horas de atención de Enfermería es obvia, ya que de su resultado depende el número de personal de Enfermería necesario para cubrir satisfactoriamente los niveles de atención de Enfermería en un Servicio de Cuidados Intensivos.

Para establecer una correcta relación entre los parámetros del enunciado, debemos cumplir con un mínimo de dos requisitos: en primer lugar, realizar una observación directa, de forma objetiva, con planteamiento científico y con objetivos bien definidos; en segundo lugar, es necesario recurrir al cronometraje de técnicas. Este segundo requisito ha sido satisfecho, en esta ocasión, por la extensión misma del presente estudio, pero a pesar de esta carencia entendemos que sienta las bases suficientes para poder ser ampliado en otro momento y al mismo tiempo puede ser considerado como válido, pues la observación ha sido planificada para que el resultado no apareciera distorsionado.

RESULTADOS

El resultado de horas de atención de Enfermería se ha calculado tomando como modelo de Enfermera/o a aquella que posee unos conocimientos y adiestramiento suficiente para una UCI, considerando que su experiencia en el servicio es de un mínimo de un año. En cuanto a la Auxiliar de Enfermería se ha considerado suficiente un adiestramiento y experiencia en el Servicio de 6 meses.

ENFERMO TIPO CARGA 1

Total horas ATS / 24 horas = 4-5 horas
Total horas AE / 24 horas = 1-1 ¼ horas

ENFERMO TIPO CARGA 2

Total horas ATS / 24 horas = 9-10 horas
Total horas AE / 24 horas = 2-2 ½ horas

ENFERMO TIPO CARGA 3

Total horas ATS / 24 horas = 14-15 horas
Total horas AE / 24 horas = 3-3 ½ horas

ENFERMO TIPO CARGA 4

Total horas ATS / 24 horas = 19-20 horas
Total horas AE / 24 horas = 4-4 ¼ horas

A la vista de estos resultados podemos aceptar que un ATS podrá atender una carga máxima de 5 y una Auxiliar de Enfermería una carga máxima de 20.

Extrapolando las medias resultantes de las cargas de trabajo de cada unidad, multiplicando por el número de camas de la unidad y dividiendo el resultado por la carga máxima aceptada para el ATS y para la AE, obtendremos el número de personal de Enfermería necesario para cubrir las necesidades habituales de atención de Enfermería de los pacientes ingresados en esta unidad.

CARGAS MEDIAS DE TRABAJO

Unidad 1	2,0858
Unidad 2	1,9475
Unidad 3	2,4860

NECESIDADES DE PERSONAL

Unidad 1

$$\text{ATS} \quad \frac{2,0858 \times 12}{5} = 5,00592$$

$$\text{AE} \quad \frac{2,0858 \times 12}{20} = 1,25148$$

Unidad 2

$$\text{ATS} \quad \frac{1,9475 \times 12}{5} = 4,674$$

$$\text{AE} \quad \frac{1,9475 \times 12}{20} = 1,1685$$

Unidad 3

$$\text{ATS} \quad \frac{2,4860 \times 12}{5} = 5,9664$$

$$\text{AE} \quad \frac{2,4860 \times 12}{20} = 1,4916$$

RESUMEN

— Unidad 1	5 ATS 2 AE
— Unidad 2	5 ATS 2 AE
— Unidad 3	6 ATS 2 AE

Estos resultados son válidos para cubrir la carga media de trabajo, pero dado que en las tres unidades se superan, en múltiples ocasiones, estas medias, debemos tener previstas situaciones de sobrecargas puntuales en los que precisaremos un mayor número de personal.

En el caso de las Auxiliares de Enfermería no será necesario aumentar el número de dos por unidad, ya que si bien una sería insuficiente, como se ve en los resultados obtenidos, las cifras se acercan más al 1 que al 2. Aceptamos, pues, que dos Auxiliares de Enfermería pueden cubrir todas las necesidades del servicio incluidas las emergencias y demás sobrecargas puntuales de trabajo.

El caso de los ATS/DE es distinto, ya que variaciones importantes en las cargas de trabajo, como han ocurrido y han sido descritas anteriormente, harán insuficiente la dotación resultante del cálculo en función de las cargas medias. Para solucionar este problema podemos aumentar la plantilla de ATS/DE de cada unidad, adjudicando un ATS/DE por unidad para cubrir las sobrecargas puntuales o, lo que considero más eficaz y rentable, tener un único ATS/DE para las tres unidades en cada turno, debiendo en este caso, ser la supervisora del servicio la que ubique este ATS/DE en la unidad donde sea más preciso.

RESUMEN

1. El paciente con carga 1 comporta entre 4 y 5 horas de atención de Enfermería para el ATS/DE y entre 1 y 1¼ horas para la AE.
2. El paciente con carga 2 comporta entre 9 y 10 horas de atención de Enfermería para el ATS/DE y entre 2 y 2½ horas para la AE.
3. El paciente con carga 3 comporta entre 14 y 15 horas de atención de Enfermería para el ATS/DE y entre 3 y 3½ horas para la AE.
4. El paciente con carga 4 comporta entre 19 y 20 horas de atención de Enfermería para el ATS/DE y entre 4 y 4½ horas para la AE.
5. La carga máxima que puede atender un ATS/DE es de 5.
6. La carga máxima que puede atender una AE es de 20.
7. Los requerimientos de personal de Enfermería en un Servicio de Cuidados Intensivos generales, con un total de 36 camas repartidas en tres unidades, para cada turno son:

Unidad 1	5 ATS/DE y 2 AE
Unidad 2	5 ATS/DE y 2 AE
Unidad 3	6 ATS/DE y 2 AE
Refuerzo	1 ATS/DE
Total	17 ATS/DE y 6 AE

CONCLUSIONES

1. La ocupación del Servicio de Medicina Intensiva investigado es del 100 % aproximadamente.
2. La atención de Enfermería de la UCI hace más hincapié en sus aspectos técnicos que en los psicosociales.
3. No hay diferencias, estadísticamente significativas, entre las cargas de trabajo de los distintos turnos.
4. Los requerimientos de personal de Enfermería en un Servicio de Cuidados Intensivos con un total de 36 camas, en cada turno de trabajo son:

Unidad 1	5 ATS/DE y 2 AE
Unidad 2	5 ATS/DE y 2 AE
Unidad 3	6 ATS/DE y 2 AE
Refuerzo	1 ATS/DE
Total	17 ATS/DE y 6 AE

Anexo 1

FUNCIONES DEL ATS O DIPLOMADO DE ENFERMERÍA

DESCRIPCIÓN DE LAS TAREAS DEL ATS O DIPLOMADO DE ENFERMERÍA DE UCI

MOTIVO DE SU ESTUDIO

Es obvio que, según las funciones y, consecuentemente, las tareas que tiene encomendadas el ATS o Diplomado de Enfermería, variarán sus cargas de trabajo, ya que es totalmente distinta la atención de Enfermería que presta, por ejemplo, una enfermera/o en un país donde no le está permitida la colocación de catéteres o la administración de medicación endovenosa, a la de aquella que, como es el caso, tiene como función propia las mencionadas tareas. De este modo podremos, posteriormente, analizar la relación entre tareas a realizar, cargas de trabajo y el tiempo medio necesario para llevar a cabo dichas tareas.

1 FUNCIÓN

PROVEER ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
A PACIENTES CON PROBLEMAS QUE INTERFIEREN
SUS NECESIDADES BIOLÓGICAS O PSICOSOCIALES

Actividades y tareas

Planificar, ejecutar y evaluar las acciones de Enfermería que mejoran o restablecen las funciones biológicas o psicosociales.

- 1.1 Identificar las respuestas psicológicas y compensatorias del paciente a situaciones clínicas específicas.
- 1.2 Prevenir alteraciones biológicas y psicosociales.
 - 1.2.1 Observación directa del paciente.
 - 1.2.2 Toma de constantes vitales.
 - 1.2.3 Cambios posturales.
 - 1.2.4 Levantar y hacer deambular al paciente.
 - 1.2.5 Observación del monitor de E.C.G.
- 1.3 Identificar signos y síntomas de alteraciones de las funciones biológicas y psicosociales.
- 1.4 Asistir al paciente con alteraciones de las funciones biológicas y psicosociales.
 - 1.4.1 Lavado e higiene del paciente.
 - 1.4.2 Cambio de la ropa de la cama.
 - 1.4.3 Fisioterapia respiratoria.
 - 1.4.4 Fisioterapia pasiva de extremidades.
 - 1.4.5 Aspiración de las secreciones bronquiales.
 - 1.4.6 Realización de sesiones de Ambú y/o respirador manométrico.
 - 1.4.7 Colocación de la sonda nasogástrica (SNG).
 - 1.4.8 Cambio de la sonda nasogástrica.
 - 1.4.9 Administración y control de la alimentación por SNG.
 - 1.4.10 Colocación y control de la nutrición parenteral.
 - 1.4.11 Control de la alimentación oral.
 - 1.4.12 Colocación y control catéteres.
 - 1.4.13 Cambio de apósitos.
 - 1.4.14 Colocación y cuidados sonda uretral.
 - 1.4.15 Control oxigenoterapia.
 - 1.4.16 Control ventiloterapia.
 - 1.4.17 Cambio de equipos respirador.
 - 1.4.18 Preparación y control carro de paros.
 - 1.4.19 Preparación y control carro de intubación.
 - 1.4.20 Control de estupefacientes.
 - 1.4.21 Cambio de equipos de sueroterapia.
 - 1.4.22 Control diuresis.
- 1.5 Enseñar al paciente y a su familiar acerca de la prevención, mantenimiento y restauración de las funciones biológicas y psicosociales.
- 1.6 Determinar los requerimientos de atención de enfermería o de otras disciplinas del paciente.
 - 1.6.1 Realización de anamnesis.
 - 1.6.2 Realización hoja de trabajo de Enfermería.
 - 1.6.3 Cumplimentación hoja de observaciones de Enfermería.
 - 1.6.4 Lectura y discusión de la Historia Clínica.
 - 1.6.5 Cumplimentación hoja de registros de Enfermería.
- 1.7 Asignar actividades de cuidados de Enfermería al personal auxiliar.
- 1.8 Orientar al personal auxiliar acerca de sus actividades de cuidado al paciente.
- 1.9 Analizar el desarrollo de los planes del cuidado de enfermería.
 - 1.9.1 Cambio de turno.
- 1.10 Supervisar al personal auxiliar de Enfermería en relación con sus actividades de cuidado al paciente.
- 1.11 Evaluar el cuidado de Enfermería al paciente.
 - 1.11.1 Reuniones del equipo de Enfermería.
 - 1.11.2 Reuniones de la comisión técnica del Servicio.
 - 1.11.3 Reuniones multidisciplinarias.
- 1.12 Corregir los fallos en el cuidado de Enfermería.
- 1.13 Informar al Supervisor acerca de los cuidados realizados y de los resultados obtenidos.

2 FUNCIÓN

PARTICIPAR EN LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
Y EN LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS AL PACIENTE

Actividades y tareas

- Contribuir en la realización de procedimientos diagnósticos y tratamiento.
- 2.1 Preparar al paciente para procedimientos diagnósticos y tratamiento.
 - 2.2 Asistir al paciente durante la realización de procedimientos diagnósticos y tratamiento.
 - 2.2.1 Acompañar y asistir al paciente, en sus desplazamientos a radiodiagnóstico y radioterapia, quirófano, etc.
 - 2.2.2 Realización de Electrocardiogramas.

- 2.2.3 Realización del balance hídrico.
- 2.2.4 Realización de pruebas complementarias.
- 2.2.5 Colaborar en la realización de radiografías.
- 2.3 Colaborar con el personal facultativo que realiza los procedimientos diagnósticos y tratamiento.
 - 2.3.1 Pase de visita con el médico del servicio.
 - 2.3.2 Pase de visita con el médico consultor.
 - 2.3.3 Colocación de catéter arterial.
 - 2.3.4 Colocación de catéter de Swan-Ganz.
 - 2.3.5 Colocación de catéter torácico.
 - 2.3.6 Colocación de catéter de diálisis peritoneal.
 - 2.3.7 Colocación de tubo traqueal.
 - 2.3.8 Realización de maniobras de resucitación.
 - 2.3.9 Realización de cardioversión.
- 2.4 Disponer el personal auxiliar para la realización de procedimientos diagnósticos y tratamiento.
- 2.5 Asistir al paciente después de los procedimientos diagnósticos y tratamiento.
 - 2.5.1 Control y cuidados catéter arterial.
 - 2.5.2 Control y cuidados catéter Swan-Ganz.
 - 2.5.3 Control y cuidados catéter diálisis peritoneal.
 - 2.5.4 Control y cuidados catéter hemodiálisis.
 - 2.5.5 Control y cuidados cánulas traqueales.
 - 2.5.6 Control y cuidados drenajes.
 - 2.5.7 Control y cuidados traqueostomía.
 - 2.5.8 Preparación del paciente para su alta.
- 2.6 Integrar en el plan de cuidados de Enfermería las acciones delegadas por el personal facultativo.
- 2.7 Ejecución de las prescripciones y procedimientos delegados por el personal facultativo.
 - 2.7.1 Administración de medicación por vía oral.
 - 2.7.2 Administración de medicación por vía intramuscular.
 - 2.7.3 Administración de medicación por vía subcutánea.
 - 2.7.4 Administración de medicación por vía endovenosa.
 - 2.7.5 Administración de medicación por vía intraperitoneal.
 - 2.7.6 Administración de medicación por SNG.
 - 2.7.7 Administración de sueroterapia.
 - 2.7.8 Realización de sobrecargas de líquidos.
 - 2.7.9 Realización de diálisis peritoneal.
 - 2.7.10 Realización de analíticas en sangre y orina.
 - 2.7.11 Extracción de sangre para analíticas.
 - 2.7.12 Extracción de muestras varias para su análisis.
- 2.8 Información acerca de las prescripciones y procedimientos realizados y de los resultados obtenidos.

Resumen

- La atención de Enfermería, en el Servicio de Cuidados Intensivos, abarca todos los aspectos de la asistencia que precisa el paciente.
- La atención de Enfermería de UCI hace más hincapié en sus aspectos técnicos que en los psicosociales.
- La enfermera/o de UCI participa activamente en todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento de los enfermos.

Anexo 2

RELACIÓN DE LAS TAREAS DE LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA

MOTIVO DE SU ESTUDIO

El motivo de incluir la descripción de tareas delegadas de la Auxiliar de Enfermería en el presente estudio es para saber, en función de éstas, la cantidad de auxiliares necesarias para la atención de los pacientes de UCI.

Aunque las tareas de la Auxiliar de Enfermería varían poco de un servicio a otro, será preciso constatar si éstas se desplazan fuera del servicio o, por el contrario, esto lo hacen los celadores; si la esterilización del material y el instrumental corre a su cargo o está centralizado, etc.

1

Función

PARTICIPA EN LA PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA BAJO LA RESPONSABILIDAD DEL ATS/DE

Actividades y tareas

- 1.1 Observar, analizar, registrar y comunicar a la enfermera/o o supervisor/a de aquellos datos de interés que puedan incidir en los cuidados de enfermería.
- 1.2 Por delegación del Supervisor/a, ATS o Diplomado en Enfermería, efectuará aquellas tareas para las que tenga capacidad legal, conocimientos y experiencia.
- 1.3 Participar y colaborar en la revisión del plan de cuidados de Enfermería de acuerdo con los resultados obtenidos en la evaluación.
 - 1.3.1 Observar y transmitir los signos que considera de interés relacionados con la condición clínica del paciente.
 - 1.3.2 Colaborar en la administración de la medicación por vía oral y rectal (enemas de limpieza).
 - 1.3.3 Medición de la diuresis, drenajes y deposiciones.
 - 1.3.4 Recolectar muestra de laboratorio (orina, coprocultivos, esputo, etc.).
- 1.4 Proveer al paciente de un ambiente confortable y de seguridad.
 - 1.4.1 Mantener el orden y limpieza de las habitaciones.
 - 1.4.2 Efectuar las camas, responsabilizándose de la higiene del paciente, colaborando de forma activa en ello, cuando las condiciones o el estado del mismo lo requieran.
 - 1.4.3 Administrar las dietas a los enfermos, controlando sean las adecuadas, e informando a la enfermera de las anomalías (especificidad, cantidad, temperatura, aspecto e higiene).
- 1.5 Mantener, conservar y utilizar apropiadamente las dependencias y el material de la unidad.
 - 1.5.1 Mantener el orden de la lencería y colocar la ropa limpia; asimismo, se responsabiliza de la recogida de ropa sucia.
 - 1.5.2 Mantener el orden y limpieza del office, neveras, armarios, etc.
 - 1.5.3 Reponer el material y la medicación del control de Enfermería.
 - 1.5.4 Seguir los protocolos establecidos, limpiar y ordenar botellas y aspiradores, etc.

Es de tener en cuenta que la Auxiliar de Enfermería de UCI está encargada de limpiar, ordenar y precintar el instrumental y material una vez utilizado, para su posterior esterilización en el autoclave del servicio. Asimismo, debemos tener presente que no realiza, por regla general, desplazamientos, ya que éstos corren a cargo del celador que tiene encargadas las siguientes tareas:

- Recogida y entrega de radiografías.
- Recogida y entrega de análisis.
- Recogida y entrega de medicación.
- Recogida y entrega del material.
- Colaborar con el personal de Enfermería a realizar cambios posturales.
- Trasladar los pacientes a otros servicios.

Resumen

- Las tareas de la Auxiliar de Enfermería son delegadas del ATS o DE o de la Supervisora del Servicio.
- La Auxiliar de Enfermería colabora en la atención de Enfermería de los pacientes, a requerimiento de la enfermera responsable del enfermo.
- No realiza desplazamientos fuera del servicio, salvo en casos de extrema necesidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. ESEVERRI, C.: *Enfermería Hospitalaria. Planificación, dirección y control*. Ed. Médica y Científica. Barcelona 1981.
2. BARQUIN, M.: *Dirección de hospitales*. Ed. Interamericana. México 1982.
3. ASENJO, J. M.: *Estructura hospitalaria y control de calidad asistencial*. Ed. Escuela de Dirección y Administración Hospitalaria. Madrid.
4. LAWIN, P.: *Cuidados intensivos*. Ed. Salvat. Barcelona 1974.
5. BERTOLASI, C. A. y TRONQUE, J. A.: *Unidad coronaria-Rol de la enfermera*. Ed. Interamericana. México 1972.
6. *Rol de Enfermería*. Revistas Nos. 7, 24 y 27. Ed. Rol. Barcelona.
7. BUSHNELL, L., REICHEL, SKILLMAN, I.: *Respiratory Intensive Care Nursing*. Ed. Little, Brown and Company. Boston 1973.
8. ESEVERRI y cols.: *Diseño Funcional de una División de Enfermería*. Ed. Taller de Enfermería S.J.D./82. Hospital San Juan de Dios. Barcelona 1984.

Por un Hospital más humano

HABLANDO CON EL PROFESOR PEDRO LAÍN ENTRALGO

La salud, la enfermedad, los profesionales, los problemas humanos y éticos de la medicina..., por ahí va el diálogo.

Introduce el tema Mariano Galve; Miguel Martín entrevista al Profesor Laín Entralgo; ambos, miembros de la redacción de la Revista.



Pedro Laín Entralgo y nuestro redactor Miguel Martín.

Confieso me ha sido terriblemente difícil construir esta Introducción a la entrevista de don Pedro Laín Entralgo; pero, también, que estoy satisfecho de este esfuerzo. No hace mucho, y desde este espacio de humanización de la Revista LABOR HOSPITALARIA, en el primer número de este año, me enfrentaba a los fantasmas de mi recuerdo con el fin de recuperar lo que, para mí, era vitalmente importante retener: el suelo antropológico de mi generación. Allí, con sumo agrado, recomendaba la lectura de la *Antropología Médica*, de don Pedro Laín Entralgo. No me equivocaba en el caluroso empeño de la recomendación. Y, puesto que se trata de confesiones sinceras, debo decir que al leer la entrevista recibí un fuerte impacto, como una especie de puñetazo seco. *El entrevistador, Miguel Martín, un hábil paisano de don Pedro*, le iba llevando a los problemas, y preguntas, que nuestro vivir actual

plantea a la medicina y al médico; también, con acierto, le interrogaba como Profesor, Estudiosos y Sabio; incluso le interpelaba como simple ser humano que tiene un suelo y unas raíces.

Pues bien, a primera vista, las respuestas de don Pedro se me hacían secas, casi pobres y encontraba mayor brillantez y riqueza en las preguntas. Esto me obligó a indagar en su vida y en su obra. Y descubrí que me eran desconocidas una y otra; pero que también lo eran para la mayoría a quienes nos inquietan los azares de la práctica médica. Ciertamente que sus libros, desde *Medicina e historia* (1941) hasta *Antropología Médica* (1984) ocupaban un puesto en nuestras bibliotecas; que su nombre era conocido por Universidades e Intelectuales y que una cita suya era una señal de acreditación para cualquier trabajo; pero yo descubría, con asombro, que me era difícil hacer una introducción al personaje y que sus respuestas no me ayudaban mucho a ello.

Me enfrenté, pues, con personaje y obra; traté de seguir su trayectoria biográfica y científica; establecí correlaciones entre una y otra; leí, con atención, las introducciones de sus libros; poco a poco, persona y obra se me hicieron apasionadamente interesantes. Y al final, comprendí lo suficiente como para que me fuera entrañable y me dejó amplias lagunas como para promover en mí una curiosidad estimulante.

Supe, por ejemplo, que sus contestaciones parcas —casi pobres— eran fruto de un ejercicio disciplinado del científico, pero también que hundían sus raíces en el estilo de su admirado maestro Zubiri —enemigo de la retórica y apasionado por lo concreto— y que, incluso, iban más lejos, a la raíz que le dejó su padre, médico rural, adiestrado para la eficacia y la sobriedad.

Me fue iluminador el dato de su curso en Viena, que llenaba la inquietud intelectual nacida en las camas del manicomio de Valencia, y me acordé de S. Freud, que confesaba haber llegado a la filosofía por medio de la medicina. Así, algo me pude explicar sobre su afición a la Filosofía y a la Historia; en él, que también era médico.

Una vez cogido el hilo, no me extrañó su libro *Teoría y realidad del otro*¹, como tampoco el que fuera largamente larvado. Él nos dice: «Fui derecha e insospechadamente conducido al problema del "otro" durante el invierno de 1940 a 1941»²; sin embargo, su libro fue editado 20 años más tarde, en 1961. Una crisis intelectual, tan ponderada y medida —casi oculta, o por lo menos desapercibida—, como la de don Pedro Laín necesitaba un período de larga incubación. Sabiendo esto, a nadie puede sorprenderle que tres años más tarde, rápidamente, editara *La relación médico-enfermo*³.

Ambos libros no eran más que una doble, y matizada, respuesta a una sola pregunta sobre el porqué y el cómo del juicio médico: «Este hombre está enfermo» y «Este hombre está sano»⁴.

Pero también es verdad que don Pedro Laín Entralgo nunca ha sido transparente; que, bajo su austera mente de investigador y su estilo zubiriano de concebir «la historia como sistema y visión de ella como una asunción intelectual del pasado, por igual autoafirmadora y autoproyectiva», está latiendo, como en las entrañas del ópalo, el fuego de un corazón apasionado. Y, así, todas mis certezas sobre las motivaciones de sus libros, se inquietan ante algo que se me escapa, que no entra en la amplia —pero al fin de cuentas limitativa— cuadrícula en la cual quiero encuadrar su pensamiento.

Sé, por ejemplo, que los dos libros citados nacieron de una crisis, pero sospecho que las motivaciones de ellas hay que buscarlas en sus ensayos *La espera y la esperanza* (1957) y *La sorpresa de ser hombre* (1958).

Mucho creo saber, ahora, sobre personaje y obra; también sé que desconozco mucho más sobre uno y otra. No quisiera, sin embargo, acabar esta introducción sin una aclaración, un aplauso y un ruego. Debo aclarar que estas notas introductorias no rozan siquiera la compleja personalidad de don Pedro Laín Entralgo; son, sólo, un intento de aproximación a su persona y su obra.

Me impresiona, además —y de ahí mi aplauso— su investigación y obra sobre algo que, para mí y esta Revista es entrañable: el mundo de la enfermedad y de la medicina. Como homenaje podemos presentar lo que él mismo puso como pórtico en su libro *La relación médico-enfermo*: las citas de Séneca y Paracelso⁵; sólo añadir lo que el mismo Laín Entralgo escribió sobre el difícil existir humano, su estudio *Sobre la amistad* (1972).

Por último, la afirmación, calurosa afirmación, de que es necesario volver a retomar su obra, leer sus libros y, desde ellos, saborear, por ejemplo, esta entrevista.

1. LAÍN ENTRALGO, P.: *Teoría y realidad del otro*. Selecta de Revista de Occidente, 1961.

2. LAÍN ENTRALGO, P.: *Teoría y realidad del otro*. Op. cit., pág. 13.

3. LAÍN ENTRALGO, P.: *La Relación Médico-Enfermo*. Historia y Teoría, Madrid, Revista de Occidente, 1964.

4. LAÍN ENTRALGO, P.: *Teoría y realidad del otro*. Op. cit. pág. 13.

5. LAÍN ENTRALGO, P.: *La Relación Médico-Enfermo*. Op. cit.

Un estudio detallado del pensamiento de Laín puede encontrarse en SOLER PUIGORIOL, Pedro: *El hombre ser indigente. El pensamiento antropológico de Pedro Laín Entralgo* (Madrid, 1966) y en el estudio de CARPINTERO, Helio: *Cinco aventuras españolas* (Madrid, 1967). El número homenaje a Laín, al cumplir sus bodas de plata con la cátedra, de *Asclepio, XVIII-XIX* (1967), contiene varios trabajos referentes a su persona y a su obra. De especial interés es el libro autobiográfico *Descargo de conciencia (1930-1960)*, Barcelona, 1976.

—Don Pedro, como somos paisanos, voy a empezar con una pregunta que arranca de nuestros recuerdos comunes de Urrea de Gaén (Teruel). Su padre, don Pedro Lain, fue médico en nuestro pueblo; desde el médico rural hasta el actual médico super-técnico de los grandes hospitales y clínicas se ha recorrido un largo camino, ¿pero se ha avanzado también o se ha retrocedido en el sentido humano de la asistencia al enfermo?

—Muy de veras le agradezco, amigo Miguel, el recuerdo de mi padre, durante tantos años médico de nuestro pueblo natal. Casi cincuenta después de su muerte, muchos de nuestros paisanos recordarán la competencia y la abnegación con que en Urrea de Gaén fue médico rural. Pero estoy seguro de que muchísimos médicos rurales, en nuestro pueblo y en otros, están atendiendo a sus enfermos sin merma alguna en el *sentido humano* de la asistencia que les prestan.

La relación médico-enfermo es alcanzable, y debe procurarse que sea alcanzada.

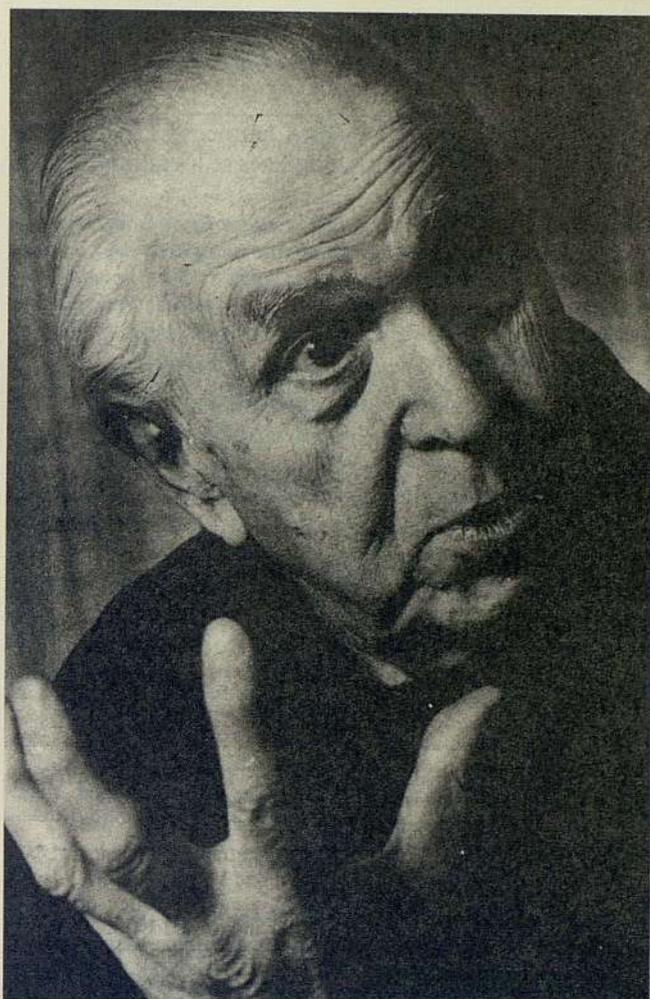
—¿Habría, entonces, que volver a la figura del «médico de cabecera», esa figura entrañable que formaba casi parte de la familia, que era un amigo además de médico? Pero ¿cómo se compaginaría esto con los insoslayables adelantos técnicos? La despersonalización ¿es el tributo que inevitablemente tenemos que pagar para tener una medicina más técnica?

—Si el médico sabe serlo de veras, esto es, si en su práctica sabe reunir de manera constante la competencia técnica y la estimación del enfermo como lo que realmente éste es, una persona, un hombre, el sentido humano de la práctica de la medicina a que usted se ha referido no desaparecerá, aunque necesariamente habrá de tomar otras formas. Vengamos al caso más alejado del ejercicio rural de la medicina, consideremos lo que la asistencia médica puede y debe ser en cualquiera de los grandes hospitales modernos. Si el enfermo confía en el equipo médico que le atiende, si éste se hace merecedor de tal confianza y si la institución a que pertenece cuida eficazmente de que así sea, la medicina no caerá en despersonalización. La relación personal entre el médico y el enfermo subsistirá, pero realizada en forma nueva. Y puesto que tal meta es alcanzable, debe procurarse que sea alcanzada.

—¿Y cómo habría que formar esa figura de médico más humana, más cercana? ¿Piensa usted que en nuestras actuales Facultades de Medicina se prepara bien a los alumnos en estos aspectos humanistas o más bien se insiste casi exclusivamente en lo científico y en lo técnico?

—La formación integral del médico se halla integrada por tres componentes: la adquisición de conocimientos científicos y técnicos, el ejemplo de los que en las Facultades de Medicina ejercen el magisterio y la introducción de las disciplinas que hoy reciben el nombre de «humanidades médicas» en los planes de estudio; introducción, cla-

La masificación de las Facultades de Medicina impide la adquisición de los conocimientos científicos y técnicos satisfactorios.



Lain Entralgo, un gesto de profesor.

Nuestros planes de estudios se hallan lejos de contener las humanidades médicas que el ejercicio de la medicina exigen.

ro está, en la adecuada proporción, dentro del conjunto de dichos planes. La desmesurada masificación de las actuales Facultades de Medicina impide que la adquisición de aquellos conocimientos sea satisfactoria. Y, por otra parte, nuestros planes de estudios se hallan lejos de contener las humanidades médicas que el saber médico y el actual ejercicio de la medicina tan imperiosamente exigen.

—En estos últimos años hay corrientes de pensamiento que quieren ir hacia una medicina naturista, menos sofisticada, ¿es esto una pura utopía o hay algo aprovechable en estas tendencias?

—Creo que la llamada medicina naturista encierra una orientación muy aprovechable. No porque el médico actual haya de curar con hierbas y prescindir de los poderosos recursos que ofrecen la farmacología, la cirugía y la fisioterapia de nuestro tiempo, sino porque muchas veces se abusa, y no para el bien del enfermo, de tales recursos. Frente a los llamados «remedios heroicos» solía decir don

Los verdaderos héroes son los enfermos.

Gregorio Marañón: «¿Remedios heroicos? Los verdaderos héroes son los enfermos a quienes se les administran».

—Sin entrar en un juicio sobre la nueva Ley de Reforma Sanitaria, quisiéramos destacar solamente el aspecto del que ahora estamos hablando: ¿piensa usted que la nueva Ley va a favorecer en su conjunto una Medicina y una asistencia más humana o acentuará aún más la despersonalización de la Medicina?

—No conozco el proyecto de la Ley de Reforma Sanitaria, hoy tan debatido, y por tanto no puedo opinar acerca de él. En cualquier caso, debo decir que, por muy buenas que las leyes sean, de poco valdrán si no hay buena voluntad por parte de quienes tienen que cumplirlas, y que toda ley de contenido discutible puede dar resultados satisfactorios si se trata de cumplirla con esa buena voluntad. Son necesarias, por supuesto, las buenas leyes. En modo alguno soy un anarquista de la vida ética y política. Pero más importantes que las leyes son, respecto de la bondad y la eficacia de la vida social, la calidad de los hombres que han de darles realidad efectiva.

Más importante que las leyes es la calidad de los hombres que han de darles efectividad.

—Como *Hermanos de San Juan de Dios*, con una larguísima experiencia en el campo asistencial, estamos preocupados por el deterioro de algunos valores éticos y personales en este terreno. ¿Coincide usted con nosotros en esta preocupación o quizá somos demasiado pesimistas?

—Más de una vez he leído y oído denuncias en este sentido. Por mi parte, no tengo experiencia personal ni documental suficiente para dar a su pregunta una respuesta solvente. Pero como historiador de la medicina creo poder decirle que, examinada en su conjunto, la asistencia hospitalaria al enfermo es mejor, aparte, claro está, los progresos técnicos de ella, que hace unos decenios. Hay que leer lo que la vida del enfermo era a comienzos de siglo en los llamados hospitales «de beneficencia». En mi librito *La medicina actual* he recogido algunos datos espeluznantes, que, por lo demás, coinciden con los que describen la vida hospitalaria del enfermo en el *Hôtel-Dieu* de París o en el *Allgemeines Krankenhaus* de Viena.

—La tecnificación de la medicina ha empobrecido las relaciones humanas en el hospital. Hoy el enfermo está muy atendido clínicamente pero tal vez sufre una mayor soledad y muere más abandonado. ¿Hay que ir cada vez más hacia grandes hospitales, tipo americano, o se debería tender a centros más pequeños —aunque fuesen más caros?

—No poseo competencia especial en lo tocante a la técnica de construcción de hospitales. Lo que sobre ella ten-

La asistencia hospitalaria al enfermo es hoy mejor que hace unos decenios.

go oído y leído me permite afirmar, sin embargo, que desde muchos puntos de vista son preferibles los hospitales de tamaño medio.

Al médico actual hay que enseñarle no sólo a curar la enfermedad y a prevenirla; también a asistir debidamente al moribundo.

—Se habla del derecho a la vida, ¿no habría que hablar también del derecho a la muerte? ¿No es más humano morir en casa, rodeado de los suyos que en una UVI cercado de tubos, sondas, Scanner, marcapasos, etc? ¿Hasta qué punto es humano prolongar estas larguísimas agonías, dado que la técnica actual hace cada día más posible el mantenimiento «vegetal» de la vida?

—Es cierto lo que usted dice. La prolongación puramente vegetativa de la vida del enfermo, sólo porque la técnica actual permita conseguirla, puede conducir a situaciones realmente inhumanas, incluso crueles, aunque no sea ésta la intención del médico que las sostiene. Creo que el derecho a una muerte digna debe figurar entre los llamados «derechos del hombre», y a tal fin se encaminan hoy, en los más diversos países, numerosas asociaciones. En mi reciente libro *Antropología médica* he tratado con algún detenimiento este problema. Al médico actual hay que enseñarle no sólo a curar la enfermedad y a prevenirla; también a asistir, debidamente al moribundo.

—¿Qué piensa usted de la presencia religiosa en el mundo sanitario? ¿No contribuye a hacer más humana la estancia del enfermo el estar rodeado de personas que han asumido su tarea por vocación específica y desinteresada?

—Considero muy valiosa y, por supuesto, muy digna, la orientación de la vocación religiosa hacia la asistencia al enfermo. El problema consiste en que la caridad y la técnica se combinen acertada y eficazmente entre sí. La adecuada formación técnica del religioso volcado a la asistencia al enfermo y el exquisito respeto a la conciencia religiosa del paciente deben ser las dos reglas principales de ese enlace entre la técnica y la caridad.

Caridad y técnica deben combinarse acertada y eficazmente entre sí.

—Don Pedro, usted es un especialista en Historia de la Medicina, y nos gustaría que hiciera usted hoy un poco de profeta: ¿Hacia dónde va la Medicina del futuro? ¿Qué puesto va a ocupar el médico en ese conjunto, cada vez más pluralista y complejo, de asistentes, colaboradores, ATS y todo el personal que hoy compone ya los centros sanitarios? ¿Qué significado tendrá la salud y la enfermedad en la sociedad de un próximo futuro?

—Pienso que la medicina, progresivamente socializada desde que las consecuencias de la revolución industrial hicieron patente, hace siglo y medio, la penosa situación del obrero pobre y enfermo, va entrando en una etapa que pide un planteamiento estrictamente planetario. La curación de la enfermedad y el cuidado de la salud exigen medidas que trascienden los límites de los Estados nacionales, y así lo hace patente la historia de la Organización Mundial de la

**El médico, si quiere ser verdaderamente eficaz,
debe integrarse con otros grupos humanos:
sociólogos, economistas, educadores, arquitectos...**

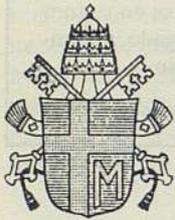
Salud. El médico debe ser, por supuesto, el protagonista de la lucha contra la enfermedad y por la salud; pero su acción debe integrarse, si ha de ser verdaderamente eficaz, con multitud de otros grupos humanos: sociólogos, economistas, educadores, ingenieros, arquitectos. Dentro de ese conjunto debe ser integrada la acción de todos los que en la atención al enfermo y en la procura de la salud tienen su profesión y su vocación.

«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, menguados también serán nuestros frutos. Pues el amor es el que nos hace aprender el arte, y fuera de él, no nacerá ningún médico».

Paracelso, *Spitalbuch*, I. Teil.

«¿Por qué al médico y al preceptor les soy deudor de algo más, por qué no cumplo con ellos con el simple salario? Porque el médico y el preceptor se convierten en amigos nuestros, y no nos obligan por el oficio que venden, sino por su benigna y familiar buena voluntad. Así, al médico que no pasa de tocarme la mano y me pone entre aquellos a quienes apresuradamente visita, prescribiéndoles sin el menor afecto lo que deben hacer y lo que deben evitar, nada más le debo, porque no ve en mí al amigo, sino al cliente... ¿Por qué, pues, debemos mucho a estos hombres? No porque lo que nos vendieron valga más de lo que les pagamos, sino porque hicieron algo por nosotros mismos. Aquél dio más de lo necesario en un médico: temió por mí, no por el prestigio de su arte; no se contentó con indicarme los remedios, sino que me los administró; se sentó entre los más solícitos para conmigo, y acudió en los momentos de peligro; ningún quehacer le fue oneroso, ninguno enojoso; le conmovían mis gemidos; entre la multitud de quienes como enfermos le requerían, fui para él primerísima preocupación; atendió a los otros en cuanto mi salud lo permitió. Para con ése estoy obligado, no tanto porque es médico, como porque es amigo».

Séneca, *De beneficiis*, VI, 16.



EL ROMANO PONTÍFICE INSTITUYE LA PONTIFICIA COMISIÓN PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES SANITARIOS

Carta Apostólica *Dolentium hominum* en forma de *Motu proprio*

1

Hacia los hombres que sufren la Iglesia ha demostrado siempre el más vivo interés; con lo que no hace otra cosa que seguir el preclaro ejemplo de su Fundador y Maestro. También en la Carta Apostólica, que publiqué este mismo día hace un año, con el título *Salvifici doloris*, puse de relieve claramente esto mismo: «En su actividad mesiánica en medio de Israel, Cristo se acercó incesantemente al mundo del sufrimiento humano. 'Pasó haciendo el bien', y este obrar suyo se dirigía, ante todo, a los enfermos y a quienes esperaban ayuda» (n. 16).

De hecho, en el correr de los siglos, la Iglesia ha sido muy sensible al ministerio para con los enfermos y los que sufren, como parte integrante de su misión, y no sólo ha favorecido entre los cristianos la floración de diversas obras de misericordia, sino que ha hecho surgir de su seno muchas instituciones religiosas con la finalidad específica de promover, organizar, perfeccionar y extender la asistencia a los enfermos y a los débiles. A su vez, los misioneros, al realizar la tarea de evangelización, asociaron constantemente la predicación de la Buena Nueva con la asistencia y el cuidado a los enfermos.

Interés de la Iglesia
por el mundo del dolor

La enfermedad afecta a toda la persona

2

La Iglesia al acercarse a los hombres que sufren y al misterio del dolor, se guía por una precisa concepción de la persona humana y de su destino según los designios de Dios. Considera la medicina y los cuidados terapéuticos no sólo como algo que se refiere únicamente al bien y a la salud del cuerpo, sino que afecta a la persona como tal, a la que el mal ataca en el cuerpo. Efectivamente, la enfermedad y el dolor no son experiencias que afectan exclusivamente a la condición corporal del hombre, sino a todo el hombre en su integridad y unidad de cuerpo y alma. Por lo demás, es evidente que a veces la enfermedad, que se manifiesta en el cuerpo, tiene su origen y verdadera causa en lo más íntimo del alma humana.

La enfermedad y el dolor son fenómenos que, si se profundiza en ellos, siempre plantean interrogantes que trascienden el campo de la medicina y afectan a la esencia de la condición humana en este mundo (cf. *Gaudium et spes*, 10). Por lo cual, fácilmente se entiende la importancia que tiene en los mismos servicios sociales a los enfermos, no sólo la presencia de los Pastores de almas, sino también la de los agentes sanitarios, que deben guiarse por una visión integralmente humana de la enfermedad y, por lo mismo, ha de saber entablar una relación plenamente humana con el hombre enfermo y que sufre. En la visión cristiana, la redención de Cristo y su gracia salvífica llegan a todo el hombre en su condición humana y, por lo tanto, también en la enfermedad, en el dolor y en la muerte.

3

Progreso de la sociedad hacia la salud y reconocimiento de este derecho por parte de los Estados

En estos últimos años ha progresado mucho y muy significativamente en la sociedad civil todo lo que se refiere a la salud de los hombres. Por otra parte, el mismo acceso a la asistencia y a las atenciones sanitarias, que ya está reconocido como un derecho propio de los ciudadanos, se ha generalizado; lo que ha supuesto la ampliación de las estructuras y de diversas instituciones sanitarias. Por otra parte, los Estados mismos, para poder hacer frente de forma eficaz a estas necesidades, han establecido Ministerios adecuados para ello, han promulgado leyes aptas y han adaptado una política con finalidades específicas en el orden de la sanidad pública. Además, las Naciones Unidas han dado vida a la Organización Mundial de la Salud.

Este amplio y complejo sector atañe directamente al bien de la persona humana y de la sociedad. Por esto precisamente plantea cuestiones ineludibles y delicadas, que afectan no sólo al aspecto social e institucional, sino también a la índole ética y religiosa, ya que se ven implicados fundamentales sucesos «humanos», como son el dolor mismo y la enfermedad, así como la muerte unida a los interrogantes sobre la función de la medicina y la misión del médico en relación con los enfermos. Las nuevas metas, pues, que ha abierto el progreso de las ciencias y sus posibles aplicaciones técnicas y terapéuticas, tocan los ámbitos más delicados de la vida en sus mismas fuentes y en su significado más profundo.

4

Necesidad de una Coordinación de todos los Organismos que se dedican a la medicina y a la sanidad

En primer lugar, parece muy importante para la Iglesia llevar a cabo una obra de profundización más orgánica en la problemática cada vez más compleja que deben afrontar los agentes sanitarios, en el contexto de un compromiso mayor de colaboración entre los varios grupos y actividades correspondientes. Hoy existen múltiples organismos que comprometen directamente a los cristianos en el sector de la sanidad: además y al lado de las mismas congregaciones e instituciones religiosas, con sus estructuras socio-sanitarias, hay colegios y asociaciones de médicos católicos y también de los llamados paramédicos, así como de enfermeros, farmacéuticos, voluntarios, y organismos diocesanos

**Coordinación inteligente,
programada, constante
y generosa**

e interdiocesanos, nacionales e internacionales, que han surgido para seguir los problemas de la medicina y de la sanidad. Se impone una coordinación mejor de todos estos Organismos. En la alocución que tuve el 3 de octubre de 1982, a los médicos católicos, ya aludí a esta necesidad: «Para hacerlo no basta la acción individual. Se requiere una obra de conjunto inteligente, programada, constante y generosa, y esto no sólo dentro de cada país, sino a escala internacional. Pues la coordinación a nivel mundial podría consentir un anuncio mejor y una defensa más eficaz de vuestra fe, cultura y compromiso cristiano en la investigación científica y la profesión» («L'Osservatore Romano», Edición en Lengua Española, 17 de octubre 1982, pág. 16).

5

**Unión y coordinación
para un mejor servicio
a los problemas específicos
del campo sanitario**

Esta oportuna unión y coordinación debe tender en primer lugar a favorecer y difundir una mejor formación ético-religiosa de los agentes sanitarios cristianos en el mundo, teniendo en cuenta tanto las diversas situaciones de la vida, como los problemas específicos que deben afrontar en el desempeño de su profesión. Luego, debe tender a sostener mejor, a promover e intensificar las necesarias actividades de estudio, profundización e iniciativas en relación con los mencionados problemas específicos del servicio sanitario, en el contexto de la visión cristiana del verdadero bien del hombre. En este sector se plantean hoy delicados y graves problemas de naturaleza ética, en los cuales la Iglesia y los cristianos deben intervenir decididamente con valentía y clarividencia para salvaguardar valores y derechos esenciales vinculados con la dignidad y el destino supremo de la persona humana.

6

Funciones de la Comisión:

A la luz de estas consideraciones, y apoyado por la opinión de expertos, sacerdotes, religiosos y laicos, he decidido «*Motu proprio*» instituir la *Pontificia Comisión para la Pastoral de los agentes sanitarios*, que tenga como función coordinar todas las instituciones católicas, religiosas y laicas, dedicadas a la pastoral de los enfermos. Hemos querido vincular esta Comisión al Pontificio Consejo para los Laicos, del que formará parte orgánica, aunque manteniendo su propia naturaleza e índole organizativa y operativa.

Las funciones de esta Comisión serán las siguientes:

estimular y promover,

— estimular y promover la obra de formación, de estudio y de acción que las diversas Asociaciones Internacionales Católicas desarrollan ya en el sector de la sanidad, así como la de los otros grupos e instituciones que, a diversos niveles de la sociedad y de varios modos, actúan en este campo;

coordinar actividades,

— coordinar oportunamente las actividades desarrolladas por los diversos dicasterios de la Curia Romana en relación con el mundo de la sanidad y con sus problemas;

explicar, defender y difundir

— explicar, defender y difundir las enseñanzas de la Iglesia en materia de sanidad, y fomentar su penetración en la práctica por parte de los agentes sanitarios;

**conectar con las comisiones
episcopales,**

— actuar en conexión con las Iglesias particulares y especialmente con las comisiones episcopales para la pastoral sanitaria;

**estudiar orientaciones,
en todo cuanto se refiere
a la sanidad, asociaciones
y pastoral de la Iglesia**

— seguir con atención y estudiar orientaciones programáticas e iniciativas concretas en el sector de la sanidad, a nivel tanto internacional como nacional, con el fin de evaluar su importancia y sus implicaciones en la actividad pastoral de la Iglesia.

**Composición y competencias
de la Comisión**

Esta Comisión será presidida por el mismo cardenal Presidente del Pontificio Consejo para los Laicos y estará animada por un grupo de coordinación, al frente del cual estará un arzobispo como Pro-Presidente, y un secretario sin carácter episcopal.

Corresponde al Presidente dirigir las asambleas plenarios de los miembros y consultores. Además, el Presidente será informado tempestivamente con anterioridad de los asuntos de mayor importancia a tratar y se le tendrá siempre al corriente de la actividad ordinaria de la Comisión.

Compete al Pro-Presidente promover, animar, dirigir y coordinar las actividades organizativas y operativas de la Pontificia Comisión, según lo establecido por este documento fundacional.

Los miembros y consultores, nombrados por el Sumo Pontífice, representarán:

A) a algunos dicasterios y organismos de la Curia Romana (Secretaría de Estado; Congregaciones para la Doctrina de la Fe, para las Iglesias Orientales, para los Religiosos e Institutos Seculares, para la Evangelización de los Pueblos y para la Educación Católica; Pontificios Consejos *Cor Unum* y para la Familia; Pontificia Academia de las Ciencias);

B) a todo el Episcopado (comisiones episcopales para la pastoral de la sanidad);

C) a las familias religiosas hospitalarias;

D) a los laicos (asociaciones internacionales católicas y también otras instituciones y grupos que actúan en el sector de la salud y en el mundo del dolor humano).

Para realizar sus funciones, la Pontificia Comisión podrá solicitar la colaboración de expertos y formar grupos de estudio «ad hoc» sobre algunas cuestiones determinadas y concretas.

Así pues, lo que hemos establecido en esta Carta Apostólica, dada en forma de «Motu proprio», todas y cada una de las disposiciones, queremos que sean firmes y eficaces, sin que nada obste en contrario.

Dado en Roma, junto a San Pedro, el día 11 de febrero de 1985, VII año de nuestro pontificado.

Nombramientos

- El Papa ha nombrado Presidente de la Pontificia Comisión para la Pastoral de los agentes sanitarios al cardenal Eduardo Pironio, Presidente del Pontificio Consejo para los Laicos.
- El Santo Padre ha nombrado Pro-Presidente de la Pontificia Comisión para la Pastoral de los agentes sanitarios a monseñor Fiorenzo Angelini, haciéndolo al mismo tiempo arzobispo titular de Messene.



Mons. Angelini, P. General y miembros del Secretariado General de Pastoral Sanitaria.

MONSEÑOR FIORENZO ANGELINI, PRO-PRESIDENTE DE LA COMISIÓN PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES SANITARIOS, CON LOS MIEMBROS DEL SECRETARIADO GENERAL DE PASTORAL SANITARIA DE LOS HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS

Mons. Angelini se hizo presente el día 22 de febrero en nuestro Centro Internacional de Roma dentro de la jornada de trabajo del Secretariado de Pastoral y departimos con él, en un trato amistoso, cuánto significaba la nueva Comisión.

El P. General, Pierluigi Marchesi, presentó a Mons. Angelini los componentes del Secretariado, así como el trabajo que viene desarrollando. Mons. Angelini agradeció este gesto de cercanía, ya que él mismo, dijo, se siente próximo a San Juan de Dios y su Instituto. Luego hizo un breve comentario acerca del significado de esta nueva Comisión pontificia, indicando que el apostolado hacia el enfermo madura la vocación y que el nuevo organismo era necesario para conocer, profundizar y coordinar tareas pastorales en el campo de la salud.

A continuación siguió un diálogo en el que se subrayaron las siguientes ideas:

- La Comisión lleva el título «para la pastoral de los agentes sanitarios» y no de la salud o de los enfermos, porque haciendo hincapié sobre estos agentes y motivándolos, su relación con los enfermos y con la problemática de la salud será más fuerte, comprometida y positiva.
- La Comisión ha de ir formándose, tal como aparece en el Documento, y debe realizar un trabajo de conocimiento de lo que existe; también un trabajo de coordinación y unión entre los distintos grupos; igualmente de información de cuanto el Magisterio de la Iglesia ofrezca en este campo.

Se terminó el diálogo indicando que se quería hacer un servicio a la Iglesia en este mundo de la salud.



ORDINE OSPEDALIERO
DI S. GIOVANNI DI DIO
FATEBENEFRATELLI

Curia Generalizia
Pastorale Ospedaliera

SECRETARIADO GENERAL DE PASTORAL SANITARIA

Programación 1984-1988

- El Secretariado de Pastoral viene reflexionando y haciendo camino desde finales de 1978.
- En el año 1984 ha iniciado una segunda fase de su trabajo e intenta llevarla a cabo hasta el próximo Capítulo General de 1988.
- Esta fase quiere ser motivadora, por lo que el Secretariado tiene conciencia de su rol de «agente de cambio». El trabajo base ya realizado, con todo lo que ha supuesto de esfuerzo y con los logros alcanzados, las nuevas Constituciones como síntesis doctrinal, el nuevo equipo, el reciente curso de noviembre para los Coordinadores de las provincias, todo ello quiere ser la expresión de un nuevo impulso.
- Para que vayamos progresando de forma real y práctica, intentamos trabajar en una línea que nos permita conseguir lo que se desea. El trabajo por objetivos que nos proponemos define, sobre todo, los campos importantes de nuestra labor; realidades como la sensibilización y la formación de agentes, la integración y la práctica pastoral.
- En nuestro programa señalamos primero los cinco objetivos y los desarrollamos después en estas tres líneas:
 1. PARTIMOS DE LA *REALIDAD*
 2. QUEREMOS LLEGAR A LA *META*
 3. PARA LO CUAL NOS PROPONEMOS UNOS COMPROMISOS O *ACTIVIDADES* EN EL SECRETARIADO.
- Esta programación general será objeto de programaciones parciales, evaluando al mismo tiempo el trabajo correspondiente.

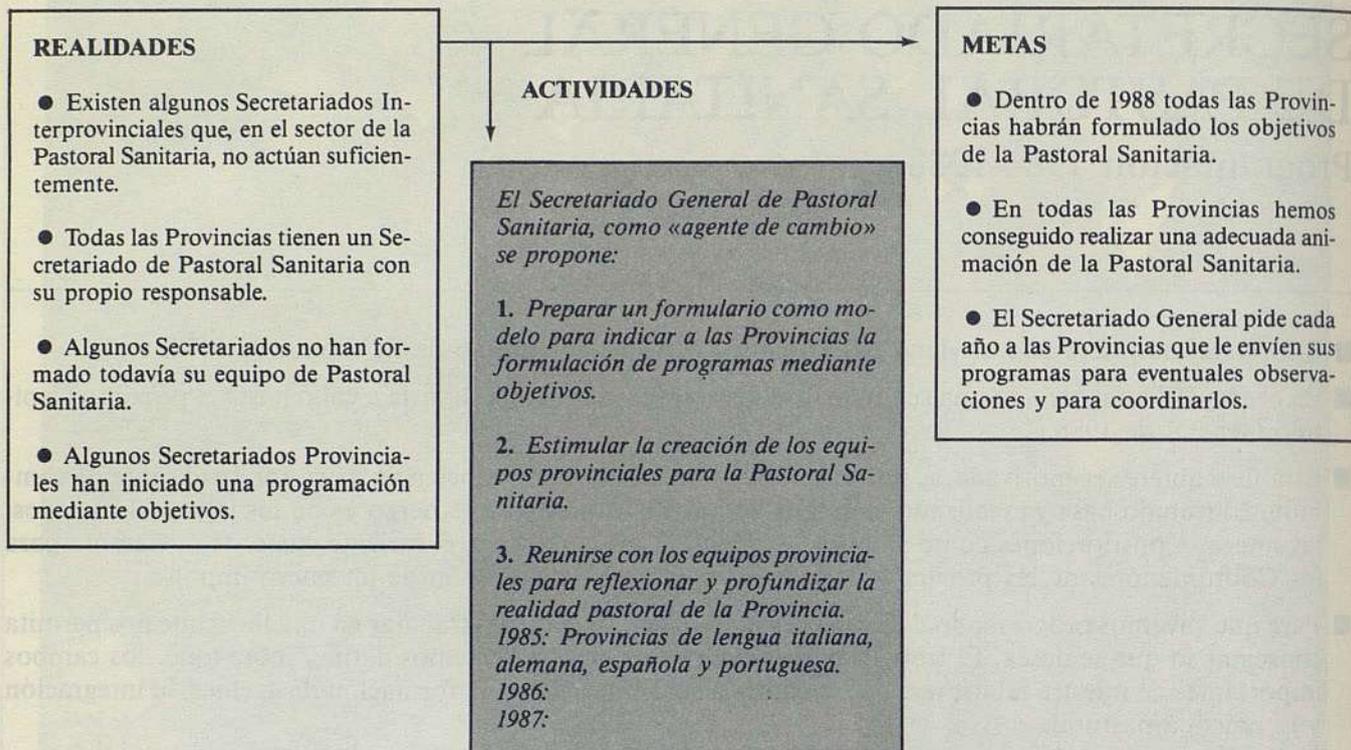
OBJETIVOS DEL SECRETARIADO

- Objetivo I** Animar y coordinar los diferentes Secretariados provinciales e interprovinciales de Pastoral Sanitaria de las Provincias, a fin de impulsar la Pastoral en las mismas y llegar a formular programas mediante objetivos y actividades propias.
- Objetivo II** Proseguir la sensibilización de los hermanos en la humanización y en la Pastoral Sanitaria, universalizando, profundizando y multiplicando los signos.
- Objetivo III** Intensificar la formación de los agentes de Pastoral para que se conviertan a su vez en agentes de cambio.
- Objetivo IV** Prestar atención y desarrollar prácticamente la Pastoral en campos específicos: enfermos mentales, disminuidos físicos y mentales, ancianos, enfermos terminales, etc.
- Objetivo V** Potenciar nuestra integración y colaboración en la Iglesia local y en organismos de Pastoral Sanitaria, social y afines.

Descripción y programación de cada objetivo

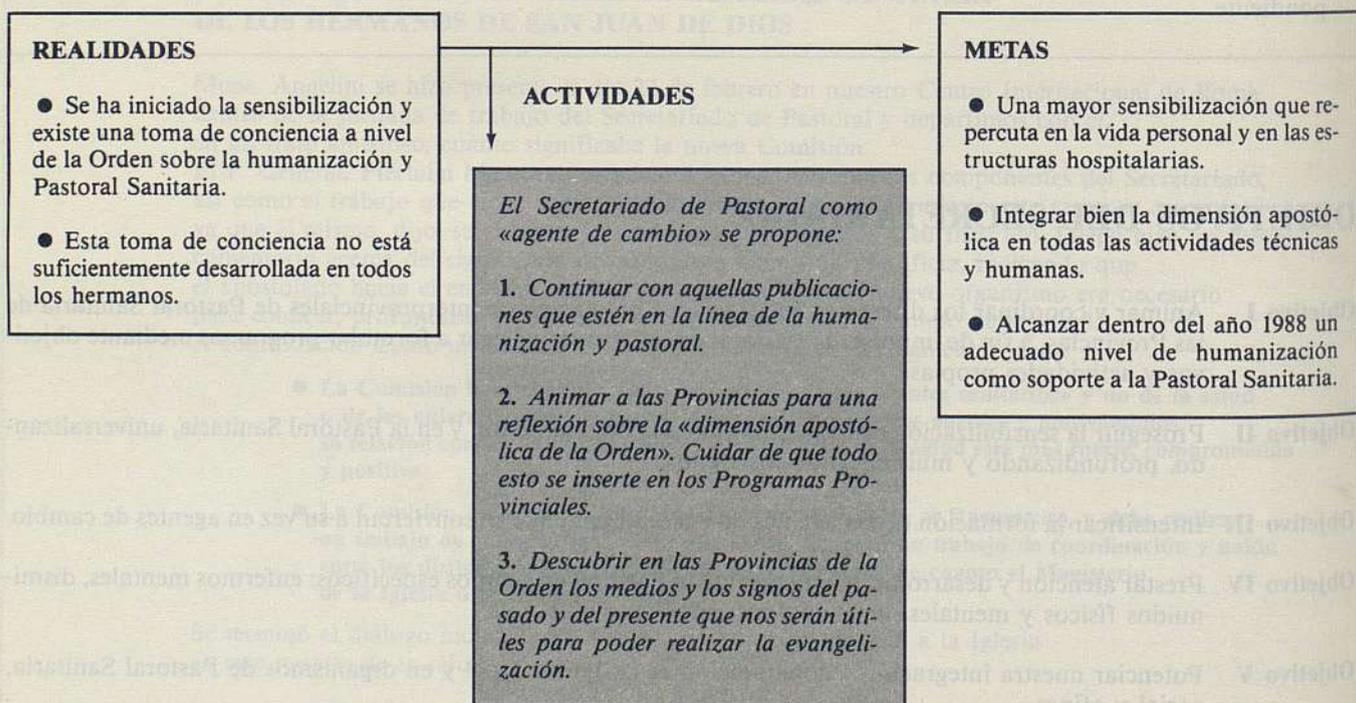
Objetivo I

Animar y coordinar los diferentes Secretariados Provinciales e Interprovinciales de Pastoral Sanitaria de las Provincias, a fin de impulsar la Pastoral en las mismas y llegar a formular programas mediante objetivos y actividades propios.



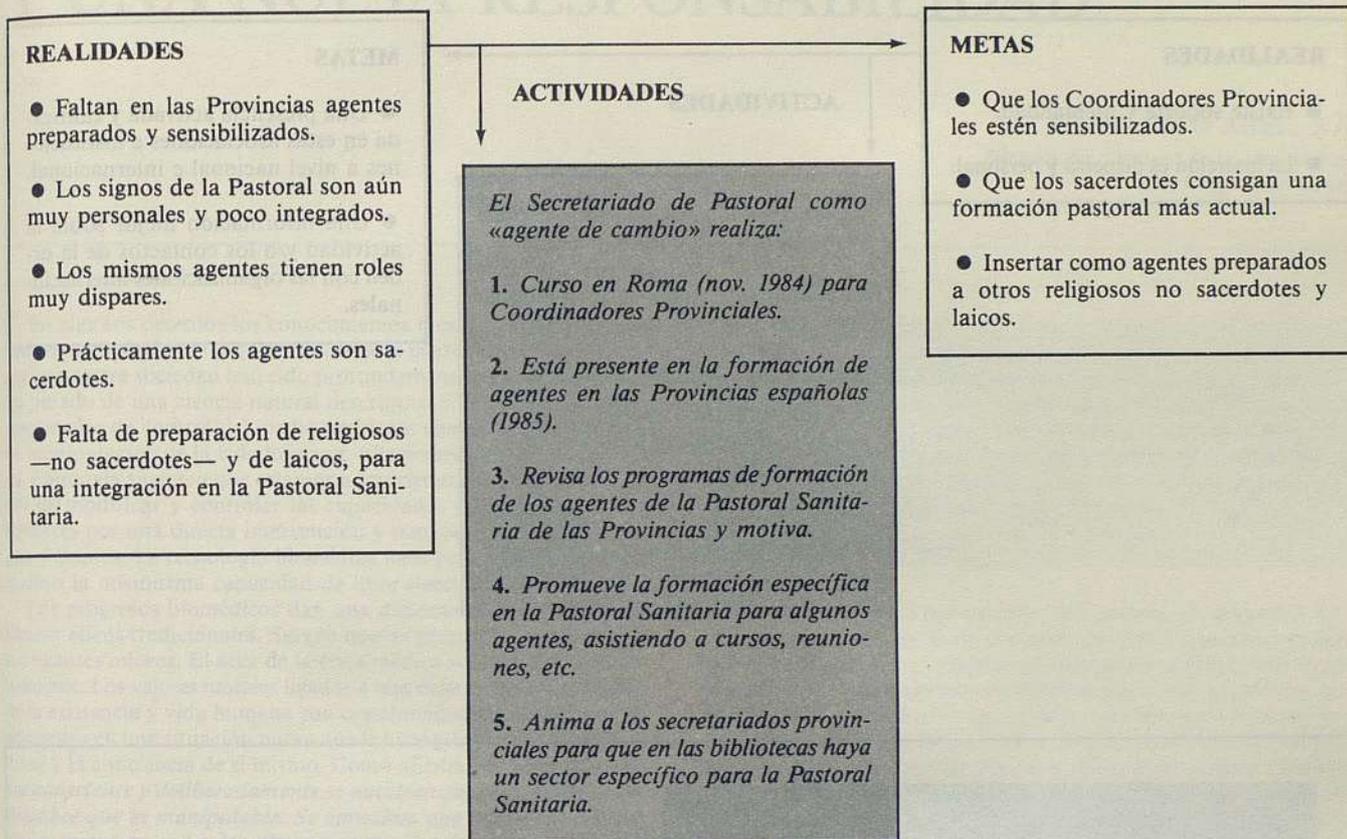
Objetivo II

Proseguir la sensibilización de los hermanos en la humanización y en la Pastoral Sanitaria, universalizando, profundizando y multiplicando los signos.



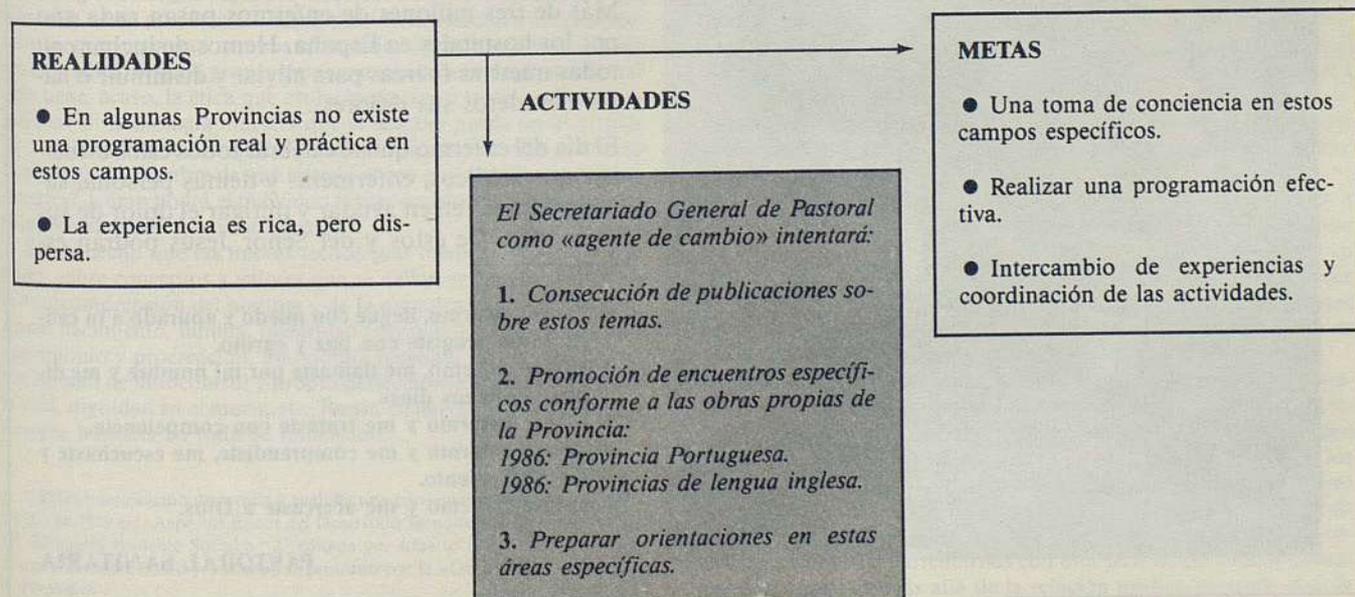
Objetivo III

Intensificar la formación de agentes de Pastoral para que se conviertan a su vez en «agentes de cambio».



Objetivo IV

Prestar atención y desarrollar prácticamente la Pastoral en campos específicos: enfermos mentales, disminuidos físicos y mentales, ancianos, enfermos terminales, etc.



Objetivo V

Potenciar nuestra inserción y colaboración en la Iglesia local
y en organismos de Pastoral Sanitaria, social y afines.

REALIDADES

- Existe soporte y mentalidad.
- La inserción es dispersa y personal.

ACTIVIDADES

El Secretariado General de Pastoral como «agente de cambio» establece:

1. *Hacer una lista de estos organismos principales con todos los detalles.*
2. *Dialogar con algunos organismos:*
 - Nueva Comisión Pontificia para la Pastoral de los Operadores Sanitarios.
 - Cor Unum.
 - Caritas...
3. *Adecuada utilización de las personas y de los Foros.*

METAS

- Una presencia activada y calificada en estas asociaciones e instituciones a nivel nacional e internacional.
- Una información mejor sobre la actividad y/o los contactos de la orden con las organizaciones internacionales.



DÍA DEL ENFERMO 1985

Más de tres millones de enfermos pasan cada año por los hospitales en España. Hemos de luchar con todas nuestras fuerzas para aliviar y disminuir o hacer llevaderos sus dolores.

El día del enfermo quiere celebrar todos estos esfuerzos que médicos, enfermeras y demás personal sanitario invierten en ayudar y mitigar el dolor de sus hermanos. De éstos y del Señor Jesús podrán escuchar:

- Estuve enfermo, llegué con miedo y apurado a tu centro y me acogiste con paz y cariño.
- Estuve enfermo, me llamaste por mi nombre y me dijiste: «Buenos días».
- Estuve enfermo y me trataste con competencia.
- Estuve enfermo y me comprendiste, me escuchaste y me diste aliento.
- Estuve enfermo y me acercaste a Dios.

PASTORAL SANITARIA

BIOÉTICA: UN NUEVO CONCEPTO Y UNA NUEVA RESPONSABILIDAD*

FRANCISCO ABEL, S.J.

Director del Instituto Borja de Bioética
Sant Cugat (Barcelona)

En algunos decenios los conocimientos biomédicos han progresado a una velocidad tal que el status de la medicina y el de la biología en nuestra sociedad han sido profundamente transformados. Se ha pasado de una ciencia natural descriptiva y curativa a un poderoso medio de control del medio ambiente vital y de posibilidades de manipulación de la vida humana. «Recientes avances en medicina y biología sugieren que estamos adquiriendo rápidamente el poder de modificar y controlar las capacidades y actividades de los hombres por una directa intervención y manipulación de sus cuerpos y mentes. La tecnología biomédica hace posible que se cambie incluso la mismísima capacidad de libre elección»¹.

Los progresos biomédicos dan una dimensión nueva a los problemas éticos tradicionales. Surgen nuevas preguntas y se abren interrogantes nuevos. El área de la ética médica se amplía considerablemente. Los valores morales ligados a una determinada concepción de la existencia y vida humana son cuestionados. El ser humano se encuentra en una situación nueva que le hace preguntar por su identidad y la conciencia de sí mismo. Como afirma Rahner: «*El hombre consciente y deliberadamente se autotransforma*». «*El hombre descubre que es manipulable. Se aproxima una nueva era radicalmente nueva en todas las dimensiones*». En efecto, se calcula que el 90 % de los científicos que han vivido en todos los tiempos a través de los tiempos, son científicos que viven actualmente, ahora, en nuestro tiempo, trabajando con instrumentos de investigación y medios de comunicación que no tienen precedente alguno. No es utópico prever que exista un progreso de conocimientos cuantitativa y cualitativamente nuevos.

Ante los progresos recientes y esta perspectiva de futuro ¿quién puede formular las verdaderas preguntas y dar las respuestas adecuadas? ¿los biólogos cuyas afirmaciones no pueden ignorarse y que disponen de un potencial de manipulación extraordinario? ¿los moralistas, que se apoyan en unos contenidos éticos que tienen sus raíces en tradiciones que precisamente cuestiona la biología moderna? ¿No tiene, acaso, la ética que evolucionar como la vida misma evoluciona? Si la biología muestra que el hombre puede ser el artífice de su propia evolución ¿quién decidirá el ritmo y la orientación de la misma? ¿en nombre de qué criterios? ¿en qué estructuras institucionales? ¿cómo podrá el individuo tomar decisiones autónomas que comprometen su vida y su muerte? ².

Es un hecho que las nuevas tecnologías médicas inciden, a menudo, sobre conceptos y valores que se hallan en la base misma de la autocomprensión del hombre y de la organización de la vida humana: nacimiento, familia, integridad corporal, identidad personal, matrimonio y procreación, autonomía personal y responsabilidad, posibilidad de autocontrol y propio perfeccionamiento, respeto por la vida, dignidad en el morir, etc. Tocan, en definitiva, la misma naturaleza humana en toda su dimensión.

Podemos afirmar que estamos en un momento crucial. La historia de la *humanidad se encuentra en un punto clave donde se juega su evolución o su destrucción*. Proyectados hacia un futuro mucho más rápidamente de lo que podríamos desear, percibimos que sólo la elección de valores plenamente humanos puede asegurar la supervivencia de la humanidad en un proceso ascendente hacia la plena y más perfecta realización de sí misma.

La actitud ante las perspectivas que abren estos progresos biomédicos es una mezcla de entusiasmo y de temor. Algunos creen que estas tecnologías harán posible la erradicación de enfermedades genéticas, el reemplazamiento de aquellas partes del organismo que ya se hubieran «gastado» y que se mejore la naturaleza humana gracias a las nuevas aportaciones de la genética y de la psicobiología. Otros se inclinan a pensar que estas tecnologías pueden conducir a una mayor manipulación de los individuos por parte de una pequeña elite tecnológica o por un régimen totalitario, a un mayor abuso de las drogas; a la pérdida de libertad y dignidad personales como resultado de técnicas asexuadas y despersonalizadas de reproducción y a la erosión de valores fundamentales del individuo y de la sociedad.

Lentamente se despierta, en diferentes partes del mundo, la conciencia de peligro ante la tentación de sucumbir al automatismo tecnológico, es decir, a pensar que todo aquello que puede hacerse técnicamente se hará forzosamente si resulta factible desde un punto de vista económico. Una mayor preocupación por la participación pública en los órganos de decisión evidencia el creciente interés de la población ante estos problemas cuando está suficientemente informada. Citaremos como ejemplo la creación del «Ethical Advisory Committee» por el Secretariado de «H.E.W.» (Health, Education and Welfare) de los Estados Unidos, compuesto por miembros de la comunidad científica, representantes de los intereses de la comunidad y miembros del cuerpo jurídico. Esta comisión, después de escuchar a prestigiosos representantes del campo de las ciencias, de la ética, de pulsar la opinión pública, etc., impuso una moratoria en los trabajos sobre fertilización humana «in vitro». La función de esta comisión no es la de frenar la investigación científica sino la de evitar caer en el error de convertir la tecnología como fin, en vez de instrumento para un fin, que sirva los intereses y necesidades más amplios que los de un reducido grupo. *Además, la tecnología en proceso de desarrollo ha de poder controlarse en cada etapa de su desarrollo y aplicación.*

La fertilización humana «in vitro», como ejemplo de una tecnología que puede aplicarse con fines eugenésicos y el abuso de la tecnología médica aplicada en el proceso de morir (distanasia) pueden servirnos de ejemplos en los que se concentran la mayoría de los problemas que los progresos biomédicos plantean a la ética. Estas tecnologías, aplicadas casi siempre con una intención de conseguir un mejoramiento de la humanidad o un bienestar individual o social, nos obligan a enfrentarnos con una serie de cuestiones fundamentales que van más allá de la relación médico-paciente. Así, la

* Esta comunicación desarrolla y engloba una previa conferencia del autor publicada en 1979 en «Aspectos Éticos del Desarrollo Tecnológico», Ed. Mensajero, col. Biblioteca Fomento Social n.º 27 editada por Alberto DDU. Presentada en el Symposium sobre Salud y Sociedad organizado por la «Obra Social de la Caixa de Pensions».

fertilización humana «in vitro» nos obliga a reflexionar sobre lo que es específicamente humano y a intentar perfilar qué es lo inviolable del individuo. Las decisiones sobre prolongar una vida nos cuestionan sobre el concepto de calidad de vida y cómo podemos medir esta calidad de vida que consideraríamos como mínimamente aceptable.

Las tecnologías aplicadas a la reproducción y en el curso de la enfermedad participan del carácter de estar administradas por unos pocos, con un poder no cuestionado hasta época muy reciente y con una formación académica de tipo reduccionista que impide una visión integral del hombre.

La bioética aparece en el horizonte científico como el estudio interdisciplinar de los problemas creados por el progreso biomédico —a nivel de la relación médico-paciente; a nivel institucional y a nivel inter-institucional— y a su repercusión en la sociedad y su sistema de valores. También puede definirse como «mecanismo de coordinación e instrumento de reflexión para orientar el saber biomédico y tecnológico en función de una protección cada vez más responsable de la vida humana»³.

Expondremos brevemente el momento actual de la tecnología médica y el problema de la formación reduccionista del médico antes de explicitar mejor las características del diálogo bioético y el desarrollo de los Institutos de Bioética. Finalizaremos con una breve consideración sobre Bioética y legislación.

MOMENTO ACTUAL DE LA TECNOLOGÍA MÉDICA

Llamamos tecnología médica al conjunto de conocimientos de las ciencias de la salud y otras ciencias afines que se aplican sistemáticamente para la solución de tareas prácticas. Más específicamente «conjunto de actividades, cada una de las cuales se basa en una combinación de métodos, procedimientos y técnicas que se sirven de ciertos instrumentos de equipo, de sustancias profilácticas, de diagnóstico y terapéuticas, así como de otros elementos necesarios para alcanzar un objetivo concreto⁴. Podríamos clasificar estas tecnologías en: *Tecnologías de primer orden; tecnologías de segundo orden y tecnologías de tercer orden. Finalmente, interpretando ampliamente el concepto, podríamos hablar de tecnologías de soporte.*

1. Tecnologías de primer orden

Las tecnologías de primer orden o alta tecnología son el resultado de una clara comprensión de la enfermedad, de su etiología, y de los mecanismos que hacen posible la prevención o el tratamiento causal. Resultan relativamente sencillas de aplicar, relativamente baratas y relativamente fáciles de conseguir. El público, en general, las da por garantizadas olvidando, a menudo, que son precisamente un conjunto de grandes descubrimientos médicos que se hallan en la base de la salud que disfruta hoy la humanidad. Sirvan de ejemplo: los métodos que disponemos de inmunización de la difteria, la tos ferina, el uso de antibióticos y quimioterápicos en las infecciones bacterianas, la capa-

cidad de combatir la sífilis y la tuberculosis, el tratamiento de desórdenes endocrinos con hormonas adecuadas, el tratamiento y prevención de desórdenes nutricionales, la prevención de la enfermedad hemolítica del recién nacido, etc.

2. Tecnologías de segundo orden

Llamamos tecnologías de segundo orden a una serie de tecnologías que se encuentran en distintas fases de desarrollo y que son altamente prometedoras en el curso de muy breve tiempo. Algunas de estas tecnologías tienen ya claras aplicaciones; otras se hallan en estadio experimental. Todas ellas plantean problemas a la ética. Estos problemas se extienden desde la distribución de fondos públicos a una investigación determinada (por ejemplo: la puesta al día de un corazón artificial) en detrimento de otras (investigaciones inmunitarias, pongamos por caso) hasta la selección de pacientes en casos de recursos limitados (hemodiálisis, unidades coronarias, trasplantes riñón o corazón) y la experimentación con seres humanos, sea con fines terapéuticos o para ayudar al progreso científico en general.

Por su importancia destacamos las tecnologías inmunológicas, las genéticas, las psicofarmacológicas y el conjunto de tecnologías que, si bien son irrenunciables en el momento actual, tienen una función de mero reemplazo o de parche. Consiguen una adaptación a la situación creada por la enfermedad o simplemente posponer la muerte. Sirvan de ejemplo los trasplantes de vísceras nobles como el riñón, el corazón, el páncreas, el hígado o los pulmones.

a) *Tecnologías inmunológicas*

Las posibilidades de acción médica sobre el sistema inmunitario han progresado enormemente en nuestro siglo y se está progresando en el esclarecimiento de problemas como pueden ser: la base genética a partir de la cual un individuo es capaz de formar una multitud de distintas moléculas de anticuerpos o el problema de respuesta selectiva de los linfocitos seleccionados por los antígenos. Los descubrimientos relacionados con los antígenos del complejo mayor de histocompatibilidad, el sistema H.L.A. (Human Leucocyte Antigene) y que valieron el Premio Nobel 1980 a los doctores Dausset, Snell y Benacerraf, son los más revolucionarios en el terreno de la inmunología. Su aplicación inmediata está en el trasplante de órganos. Si receptor y dador no tienen un sistema H.L.A. compatible, el órgano será rechazado. Los genes del sistema H.L.A. además de codificar los antígenos de superficie determinan de modo específico e individual las respuestas e interacciones del sistema inmunitario. Es muy posible que determinadas enfermedades se presenten de maneras diferentes según los diferentes grupos inmunitarios y, a la inversa, la pertenencia a un mismo grupo H.L.A. puede permitir reagrupar afecciones cuyos síntomas son diferentes, pero que obedecen a mecanismos inmunológicos comunes.

A caballo entre estas tecnologías y las genéticas hemos de mencionar los hibridomas, conseguidos por Milstein y Kohler, origen de una auténtica revolución científica e industrial. Los hibridomas son quimeras celulares consigui-

das a base de fusionar, gracias a un agente químico o vírico células productoras de anticuerpos con células de características tumorales (mielomas). La construcción de estas células híbridas da lugar a una única especie molecular de anticuerpos, llamados monoclonales puesto que proceden de una única línea celular o clon. Los híbridos pueden ser mantenidos indefinidamente en animales de experimentación o cultivos celulares. Esto hace posible obtener anticuerpos de pureza absoluta, estrictamente específicos para un antígeno determinado en cantidades ilimitadas. El campo de aplicación de los anticuerpos monoclonales es inmenso: determinación de grupos sanguíneos y tisulares; diagnóstico de afecciones bacterianas, virales y parasitarias; dosificación de medicamentos en sangre; pueden revolucionar la seroterapia tradicional y ofrecer posibilidades insospechadas en el tratamiento de células tumorales.

b) *Tecnologías genéticas*

La transferencia manipulada de genes, también llamada ingeniería genética, clonaje de genes o recombinación de DNA (ácido desoxirribonucleico) ha abierto enormes posibilidades para la medicina, la agricultura, la producción de alimentos, la producción de productos de importancia industrial, etc. En el campo médico la tecnología genética permite producir la hormona del crecimiento humana en grandes cantidades gracias a la bacteria *E. coli* a la que se ha transferido la información genética de esta hormona. Esta misma bacteria puede producir insulina humana mediante la adecuada transferencia de información genética. El campo de aplicación de las tecnologías genéticas no se limita a las posibilidades que se abren gracias a la transferencia de DNA a bacterias, para la producción masiva de agentes biológicos como las hormonas y los interferones humanos (proteínas que pueden obtenerse en cantidades ínfimas a partir de los leucocitos que tienen la potencialidad de producir en las células una resistencia al ataque por virus. Además los interferones pueden inhibir la proliferación celular y modular la respuesta inmune). Hoy, es posible también la transferencia de DNA a células de organismos superiores. Esto abre las puertas a progresos en la terapéutica virogenética que supone la introducción de segmentos seleccionados de DNA en cepas cultivadas de virus, las cuales servirán posteriormente para vacunar a pacientes que carecerían de una función metabólica importante, para restablecerla mediante el aporte externo de DNA.

c) *Terapéutica psicofarmacológica*

El nacimiento de la psicofarmacología con los neurolépticos antidepresivos, ansiolíticos, el litio, etc., y la psicobiología que permite analizar bajo el ángulo bioquímico el funcionamiento del cerebro normal y patológico, constituye una revolución y un reto a los planteamientos dinámicos en el enfoque de las psicosis. Si sumamos a la psicofarmacología los progresos realizados en el campo de la psicocirugía, no parece aventurado afirmar que está al

alcanse del hombre modificar el comportamiento humano y la misma capacidad de elección mediante la bioquímica y la cirugía, con todos sus riesgos y beneficios.

d) *Tecnologías de la reproducción*

Muchos son los problemas planteados y resueltos parcialmente en el dominio de los procesos de la fecundidad. La investigación sobre la contracepción hormonal femenina y masculina ha conseguido importantes mejoras sin lograr todavía el contraceptivo perfecto. Los progresos de la contracepción hormonal masculina han sido menores que los realizados en la contracepción hormonal femenina. En la lucha contra la esterilidad se han conseguido franquear la mayoría de dificultades técnicas que existían para la inseminación artificial en la fertilización «in vitro» y subsecuente transferencia embrionaria.

Las posibilidades de utilización más obvias y que hay que prever, en una evaluación ética son: 1) Fertilización «in vitro» y transferencia embrionaria en: pareja en la que los dos aporten sus correspondientes gametos; 2) Fertilización «in vitro» con un óvulo donado e implantación en una mujer distinta de la donante; 3) Alquiler del útero como mera incubadora y devolución del fruto de la gestación a los padres genéticos después del parto; 4) Control eugenésico. Podrían desarrollarse embriones a partir de óvulos o espermatozoides obtenidos de donantes eugénicamente seleccionados sea por una orientación eugénica positiva, sea por una eugenesia de tipo negativo, suprimir genes deletéreos de padres prospectivos.

Ha de pasar tiempo para que puedan solventarse los problemas y reservas morales que plantean estas tecnologías.

Las dificultades mayores ante valores tradicionales pueden agruparse en estos capítulos: 1) Tecnologización del matrimonio y deshumanización del mismo al desbiologizarlo; 2) Aborto y desecho de embriones; 3) Degradación de la vida misma por el desprecio en sus orígenes; 4) Daños irreversibles al futuro niño. Entre estos daños hay que tener en cuenta no sólo los de tipo genético sino los que representa la inserción familiar de un niño aceptado condicionalmente; 5) La utilización de las tecnologías fuera del matrimonio que puede minar los fundamentos mismos de la familia y del matrimonio.

Digamos también una palabra sobre el problema de la *renucleación* o «cloning». Desde los trabajos de Briggs y King⁵ y de Gurdon⁶, sabemos que un huevo activado puede ser renucleado con un núcleo obtenido de una célula somática de una rana viva. Desde el punto de vista genético, el embrión resultante es una copia genética exacta del animal del que se extrajo el núcleo. Se trata de una reproducción asexual con el genotipo del macho o hembra que aportó el núcleo. A nivel humano todavía no se ha conseguido la reproducción clonal pese a las noticias sensacionalistas de la prensa como resultado de la publicación del libro de David Rorvik «At his image: The clo-

ning of a man» y vendido como si se tratara de ciencia y no ciencia-ficción. Aunque no tiene un interés inmediato podría decirse que el clonaje a nivel humano posibilitaría a una pareja estéril la oportunidad de ser padres con una reproducción asexual. El hijo tendría el mismo genotipo del dador(a) del núcleo. Una mujer con ciclos anovulatorios podría utilizar un óvulo de otra mujer, reemplazarlo con un núcleo propio o del marido, procedente de una célula somática y trasladarlo al útero debidamente preparado para la nidación.

e) *Tecnologías de sustitución y adaptación*

Como hemos indicado ya, estas tecnologías pretenden adaptarse a la situación creada por la enfermedad o sustituir un órgano o una función imprescindible para la vida y que se encuentran gravemente deteriorados. La aparición de estas tecnologías resultan caras y conllevan una cotidiana expansión de los servicios y personal sanitario. Entre ellas hay que clasificar el tratamiento de un conjunto de «enfermedades privilegiadas» por la atención que se les concede y por los recursos económicos que movilizan: unidades coronarias, hemodiálisis, trasplantes de riñón, médula ósea, corazón, etc. Dentro de este grupo cabría incluir también a buena parte de las tecnologías que se movilizan en el tratamiento del cáncer por medio de la cirugía, irradiación y quimioterapia.

3. *Tecnologías de tercer orden*

Hay una ausencia de tecnología eficaz para el tratamiento de una veintena de enfermedades, sin contar con el capítulo de las enfermedades mentales, ni con la mayoría de las enfermedades cancerosas. Entre estas enfermedades podrían calificarse la artritis reumatoide, la esclerosis múltiple, la cirrosis avanzada, la apoplejía, etc. La función más importante del médico aquí es la del alivio y consuelo. Lamentablemente, en situaciones terminales de algunas de las enfermedades incluidas en este grupo, se incurre en ocasiones en un indebido encarnizamiento que no admite la adjetivación de terapéutico.

FORMACIÓN MÉDICA

El énfasis en fisiología molecular y en tecnología en medicina ha reducido el elemento humano en la formación médica y ha contribuido a la deterioración de la relación médico-paciente. La actitud del médico, que reduce las diferencias individuales a un cálculo estadístico, proyecta sobre el paciente una imagen deshumanizada. El paciente, a menudo falsamente informado del momento de las posibilidades médicas, con la ilusión de que la tecnología puede repararlo todo, percibe esta relación como la de un sabio fontanero con un cliente.

La imagen que se observa con más frecuencia en la relación médico-paciente es con mucha frecuencia la de tipo paternalista. El paciente no puede llegar a comprender las «complejas» cuestiones que preocupan al médico en el es-

tudio del «caso». El médico se arroga la decisión porque trabaja para el bien del paciente que no necesita mayor información que la de comprender que su médico está muy ocupado. Un lenguaje críptico rodea la enfermedad de una aureola mágico-sacral.

El médico como colaborador voluntario de pacientes a quienes trata como individuos autónomos es todavía una excepción. Digamos, de paso, que esta colaboración es la única que aparece como relación específicamente humana y adulta en la relación médico-paciente.

El médico que ayer confiaba en la interacción con el paciente y con una terapéutica individualizada como poderosa ayuda terapéutica confía hoy, y a veces exclusivamente, en los datos de laboratorio, sucumbiendo a la tentación de rechazar toda dolencia o molestia que no pueda comprobar con una imagen radiológica, o un dato de laboratorio.

La tecnología sanitaria moderna ha cambiado el ejercicio de la medicina en muchos aspectos y el nuevo poder que tiene el médico ha creado una atmósfera de elitismo y arrogancia en torno a una profesión que debiera ser esencialmente de servicio.

La importancia de una técnica que se separa del arte de la medicina se inicia en el siglo XVII y alcanza un máximo distanciamiento en nuestros días. La medicina científica —término ambiguo— y la especialización y subespecialización que irónicamente algunos llaman superespecialización ha hecho surgir un tipo de médico que conoce más de menos cosas del complejo hombre. Ello contribuye a distanciar las relaciones de amistad entre el médico y el paciente.

Respecto al médico meramente científico, el que fue gran maestro de la medicina española, Gregorio Marañón, tiene unas palabras que no resisto a reproducir:

«Un hombre de ciencia que sólo es hombre de ciencia, como un profesional que sólo conoce su profesión, puede ser infinitamente útil en su disciplina; pero, ¡cuidado con él! Si no tiene ideas generales más allá de su disciplina, se convertirá irremediamente en un monstruo de engreimiento y de susceptibilidad. Creará que su obra es el centro del Universo y perderá el contacto generoso con la verdad ajena; y, más aún, con el ajeno error, que es el que más enseña si lo sabemos escoger con gesto de humanidad. Como estas máquinas perforadoras que tienen que trabajar bajo un chorro de agua fría para no arder e inutilizarse, el pensamiento humano, localizado en una actividad única, por noble que esa actividad sea, acaba abrasándose en vanidad y petulancia. Y para que no ocurra así, ha menester el alivio de una vena permanente de fresca preocupación universal».

(MARAÑÓN, G.: *La medicina y los médicos*. Espasa-Calpe, Madrid 1962, p. 54).

Es en las Facultades de Medicina del mundo occidental donde tiene lugar en el proceso de socialización del médico un enfoque científico que da una visión reduccionista del hombre. La enseñanza de la medicina está centrada en

la enfermedad y el concepto de enfermedad se basa en condiciones científicas determinables y cuantificables dentro de un mundo concebido como un sistema cerrado y del que el hombre forma parte. Es necesario complementar esta orientación con un enfoque integral que incluya la persona sana y el individuo en programas de medicina preventiva.

Para un enfoque integral de la persona humana, algunos críticos de la medicina consideran la conveniencia de integrar en los programas cursos de humanidades, sociología y psicología de la medicina. En algunos centros se ha comenzado. El problema de «humanizar» la formación del médico persiste si humanidades, psicología y sociología que se introducen en el currículum están orientadas por la misma filosofía positivista que domina en las ciencias naturales.

No creo que podamos humanizar la formación médica a base de controles extracientíficos o extraños a la medicina sin un profundo cambio desde dentro. *El cambio más importante sería que la comunidad científica aceptara que la comprensión científica del universo no es el único medio legítimo de comprenderlo.* No aceptarlo puede llevar a la conclusión de que todo en el mundo es computarizable. Weizenbaum nos ofrece un par de ejemplos de esta última y extrema posición:

«Hace algunos años escribí un programa que simulaba la conducta verbal de un psiquiatra en el curso de una entrevista psiquiátrica (Weizenbaum, 1966). El Dr. K. M. Colby, psicoanalista de la Universidad de Stanford, escribió el siguiente comentario: "Si el método resulta beneficioso, podría ser un instrumento terapéutico ampliamente utilizable en hospitales psiquiátricos y centros psiquiátricos con carencia de psicoterapeutas..., varios centenares de pacientes podrían ser tratados por una computadora designada para este fin"».

(COLBY y cols., 1966)

«Para poder escribir buena música de verdad o pintar telas de gran calidad significativa por medio de programas de computadora requeriría, por supuesto, mejores modelos semánticos en estas áreas. No se hallan a nuestro alcance no tanto como reflejo de las posibilidades de programas eurísticos sino por la tradicional lamentable condición de la crítica analítica del arte, consecuencia cultural de la indignada reacción de la mayoría de los críticos de estética cuando se les sugiere que nos sería posible comprender lo que ellos tratan de comprender».

(MINSKY, 1968)

¿Es posible, pregunta, que la concepción psicoanalítica de Colby le permita permanecer en una actitud de terapia (1) como si se limitara a una maniobra de proceso de datos? ¿No se da cuenta Minsky que lo que él llama comprensión serían las reglas que generarían los aspectos más formales de la obra de arte en cuestión? Equivaldría a igualar el majestuoso vuelo del águila, un poema que lo cantara, etc., a las reglas de aerodinámica que permiten explicarlo. Vuelo, poema y leyes, todo uno⁷.

Weizenbaum confía, al igual que nosotros, en que pocos científicos y en especial los especialistas en computadoras no profesen estos tres principios de unos pocos: 1) La ciencia es el único camino para el conocimiento del mundo; 2) El cerebro no es más que una máquina de carne; 3) Las computadoras abarcarán pronto el pensamiento humano, en su totalidad.

PROGRESO BIOMÉDICO Y PROGRESO ÉTICO EN DIÁLOGO

Hoy la tecnología médica pone en manos del hombre el poder de remodelarse o recrearse, de ser arquitecto de su futuro diseñando su propia imagen, eligiendo o rechazando aquellas características que desee promover o suprimir. La técnica ocupa un papel tan central en la vida del hombre contemporáneo que adquiere una auténtica significación ética. El hombre comprimido en su dimensión de «homo faber» tiene la posibilidad de configurarse a sí mismo. Este poder lo adquiere, a menudo, a costa de su dimensión más trascendente. El hombre cambiado por el hombre puede devenir la víctima de un proceso que escapa a su control. Polarizado en su dimensión de arquitecto del futuro corre el peligro de perder su dimensión de hombre-capaz-de respuesta y quedar aplastado por el determinismo que él mismo crea con su tecnología.

Líricamente podríamos decir que nos encontramos ante un Aladino que frota la lámpara maravillosa. Según el modo como la frota saldrán genios buenos o malos. Aladino impresionado por el juguete se dispone a frotar antes de enterarse del mecanismo que va a dar la orientación del futuro. Aladino, ignorante del futuro, se lanza a la aventura... o espera a saber qué tipo de genio va a salir. Lo importante es que estos genios no regresarán a la lámpara. El poder del hombre (Aladino = elite de investigadores) tiene de hecho poder sobre los hombres. Todo poder del Hombre es poder sobre el hombre. De aquí surge la conciencia de: 1) conocer lo más aproximadamente posible dónde va a llevarnos la aplicación de la tecnología médica o la investigación sobre algún punto que encerrado en el misterio espera la ayuda económica para comenzar los trabajos de desvelamiento; 2) necesidad de diálogo entre la biología y la ética para confrontar metodologías, valores y lealtades institucionales.

Los médicos, investigadores y biólogos más sensibles perciben con claridad que nuestro mundo se ha convertido «en un laboratorio donde el hombre se esfuerza denodadamente en descubrir algo, pero teme que una vez descubierto hubiera sido mucho mejor no haber comenzado el trabajo»⁸.

Médicos, biólogos, abogados, moralistas, legisladores y organismos internacionales han comenzado a preocuparse seriamente de los problemas que para el presente y sobre todo para el futuro se perciben en casos de una utilización masiva de determinadas tecnologías.

Ética y biología en diálogo

Ética y biología han de dialogar para ayudar al hombre a ser dueño de su destino y en conformidad con su dignidad de hombre. Pueden hacerlo de manera constructiva, profundizando en su propia lógica, rechazando soluciones acomodaticias.

Hasta época muy reciente, todo sistema ético normativo —deontológico o teleológico— tenía unas premisas, que no necesitaban explicitación por ser compartidas por el alcance de la responsabilidad humana y que podríamos llamar de cercanías, ya que éstas eran el ámbito de las posibilidades de acción humana. Estas premisas eran: la naturaleza humana viene dada una vez por todas; el bien y la responsabilidad del individuo resultan determinables fácilmente. Hoy, esto no es así. Los nuevos poderes que el hombre tiene, hacen que el indefinido futuro sea el ámbito de la responsabilidad humana.

Acuerdos importantes entre moralistas y científicos

Hoy, moralistas y científicos son plenamente conscientes de que una serie de normas sobre guerra justa, pena capital, el ámbito de la reproducción humana, etc., no resultan tan evidentes como antaño. Se perciben, en cambio, las consecuencias reales, graves y relativamente previsibles, que puede tener el uso o el abuso del poder tecnológico médico. No es de extrañar, pues, que antiguas posiciones estrictamente deontológicas o utilitaristas busquen, en un mayor acento en las consecuencias de los actos humanos o en la necesidad de unas normas que valoren algo más que las consecuencias, un enfoque a la valoración ética que responda mejor a los nuevos problemas que plantea una nueva medicina y una nueva biología.

Los teólogos intentan adaptarse a los nuevos problemas según un doble modelo

El que podríamos llamar modelo adaptativo-fisiológico y otro que llamaremos darwiniano. El primero de estos modelos trata de profundizar en los principios tradicionales que se han utilizado en moral para resolver situaciones en conflicto en las que sólo es posible evitar un mal o conseguir un bien, causando un mal que no se desea. El principio más debatido y aplicado es el llamado principio del doble efecto. Ramsey, Grisez y también los teólogos que fundan la moral en la ley natural, abundan en esta línea. Al igual que el modelo de adaptación fisiológica descrito por Barnard reaccionan a los cambios del inmediato ambiente externo, con cambios correctivos de su propio medio interno, conservando así sus condiciones internas y funcionamiento inalteradas. En el caso que nos ocupa podría formularse así: existen cambios, pero no problemas nuevos que no puedan ser abordados con la doctrina tradicional y una mayor profundización de los principios mo-

rales. Otros teólogos, que llamaremos revisionistas (Knauer, McCormick, Curran Schiller) reaccionan, en general, de manera distinta: los nuevos problemas exigen respuestas nuevas y análisis nuevos y para ser abordados requieren la aplicación de principios distintos: el principio de la razón proporcionada, por ejemplo. Este principio puede mostrarse de gran utilidad en la resolución de los conflictos de valores. Aceptar este modelo, que hemos llamado darwiniano, supone el coraje de ver qué cambios hay que hacer para que la adaptación resulte más ventajosa. O, en otras palabras, abandonar posturas deontológicas estrictas acercándose más a posiciones que podríamos llamar consecuencialismo mixto o teologismo mixto afirmando los tres puntos siguientes: 1) la obligación moral se basa en elementos distintos de las consecuencias; 2) el bien no puede ser separado de lo recto; 3) el modo como el bien o el mal es conseguido por el agente, entra en la consideración moral.

Creo firmemente en la necesidad de encontrar un nuevo camino en un diálogo abierto a la ciencia, respetuoso con la tradición, pero sin ser esclavizado por ella. Y creo muy importante una adecuada ponderación de las consecuencias que pueden seguirse de la aplicación de una nueva tecnología médica.

Los Institutos de Bioética tienen una importante misión que cumplir favoreciendo las condiciones de posibilidad de un diálogo interdisciplinar.

BIOÉTICA, HISTORIA DE LOS DOS PRIMEROS INSTITUTOS

Van Renselaer Potter, investigador del cáncer, es el primero que utiliza el término «bioética» y reclama la paternidad de una nueva disciplina llamada «Bioética» escribiendo un libro con este título en el año 1971. Potter pensó que los biólogos serían los protagonistas de esta nueva disciplina.

«Necesitamos biólogos que nos digan lo que podemos y debemos hacer para sobrevivir y lo que no podemos ni debemos hacer si esperamos mantener y mejorar la calidad de vida en las próximas tres décadas. El destino del mundo depende de la integración, preservación y extensión del conocimiento que poseen un reducido número de hombres que sólo ahora comienzan a darse cuenta de cuán desproporcionado es su poder y cuán enorme es la tarea a realizar»⁹

No han sido, sin embargo, los biólogos quienes han comenzado la reflexión en el terreno de la bioética. Willard Gayling, que con Daniel Callahan fundaron el «Hastings Center», y André Hellegers, que fundó el «Kennedy Institute» son médicos, psiquiatra el primero y obstetra el segundo —especializado en fisiología fetal—. Gayling y Hellegers consideraron que un Instituto de Bioética debería congrega a los principales especialistas en ética. Daniel Callahan, James Gustafson; Richard McCormick; John

Connelly; Charles Curran; Paul Ramsey; Arthur Dyck; Frederick Carney; Roy Branson; LaRoy Walters; Gene Outka; William Reich; Stanley Hauerwas; Leon Kass; Tristram Engelhardt; Robert Veatch; Joseph Fletcher y otros comenzaron a colaborar en los principales centros de investigación bioética: el «Hastings Center»; el «Kennedy Institute»; La Universidad de Harvard y la Universidad de Texas. Diré algunas palabras de los dos primeros centros que consideramos pioneros y en cuya imagen se han inspirado otros institutos. Entre ellos el nuestro.

Hastings Center. En el año 1969, el filósofo Daniel Callahan y el psiquiatra Willard Gayling comenzaron a reunirse con un grupo de científicos, investigadores, filósofos y otros con un interés profesional en las ciencias biomédicas. Esto dio origen a la fundación del «Institute of Society, Ethics and the Life Sciences» en Hastings — on — the Hudson (New York) también conocido con el nombre de «Hastings Center». La preocupación común de los primeros participantes en las reuniones puede resumirse así: «qué debe hacer la sociedad en general y las profesiones en particular ante los notables avances de las ciencias biomédicas»¹⁰. El primer Comité de Dirección constó de 18 miembros entre científicos, abogados, médicos y especialistas en ética. Aunque no se dispuso de importantes ayudas financieras al principio, pronto se consiguieron fondos de diferente procedencia: John D. Rockefeller III y Sra. Elisabeth K. Dollard; Rockefeller Foundation; National Endowment for the Humanities; Rockefeller Brothers Fund.; Ford Foundation; Robert Wood Johnson Foundation; New York Foundation; Commonwealth Fund.; National Institutes of Health y la National Science Foundation. Esto permitió al Instituto iniciar proyectos y programas.

Los objetivos son:

- 1) Procurar elevar el nivel de investigación y competencia profesional en el análisis de los problemas éticos y sociales derivados de los progresos biomédicos.
- 2) Colaborar con las Universidades y Facultades de Medicina en la elaboración de programas de ética para integrarlos en el proceso educativo.
- 3) Despertar la atención de los problemas biomédicos a los cuerpos y estructuras políticas y legislativas. Ofrecer la ayuda técnica y consejo cuando se solicite poniendo a la disposición los resultados del análisis, estudio o investigación.

Daniel Callahan piensa que el «Hastings Center» ha de ser ante todo un cuerpo consultivo. La problemática que el Centro ha de abordar ha de ser de interés para los médicos e investigadores. La misión del bioeticista la concibe como algo que se va articulando y definiendo en la medida en que se está trabajando y progresando en: 1) la definición y elucidación de los problemas de interés; 2) en la búsqueda de estrategias metodológicas para el análisis; 3) procedimientos para llegar a una decisión.

Para Callahan, la bioética no es todavía «una disciplina en sentido pleno... su status todavía resulta indefinido

y problemático dentro de la filosofía y la teología, y más aún dentro de las ciencias biomédicas». Considera que por no estar plenamente reconocida, aceptada, y sin unos criterios claros de evaluación y pedagogía «tiene ventajas singulares ya que como disciplina no sufre el peso agobiante de una tradición que puede anquilosar, ni padece la presencia de figuras prominentes autoritarias». Señala como mayor atractivo la posibilidad de tener un amplio margen de creatividad que obliga a una constante redefinición¹¹.

Callahan da como nota característica de la bioética su carácter de interdisciplinariedad. En la discusión de los problemas el bioeticista ha de procurar evitar el reduccionismo disciplinar «esta tendencia de los eticistas a extraer de un complejo problema ético particular un argumento trascendente» que resulta ser un problema familiar y clásico en el campo de la filosofía o de la teología. Con ello el científico ve diluido su problema en el marco de referencia y lenguaje propios de otra disciplina¹².

La metodología para analizar los casos ha de ser distinta de las requeridas por la filosofía, manteniendo el rigor lógico y el análisis detallado de los términos, sin encasillar el problema en cuestión dentro de un molde rígido. La dimensión bioética ha de tomar en consideración los aspectos sociales, políticos, psicológicos y legales. La metodología ha de permitir una razonable decisión específica y clara en una situación determinada.

La postura de Callahan define la del «Hastings Center» como la de un centro de bioética destinado principalmente a ser un cuerpo de referencia para la resolución de casos e identificación de problemas bioéticos.

Las publicaciones del «Hastings Center» son: «Hastings Center Studies», actualmente de aparición bimensual, que anexionó otra publicación más informal el «Hastings Center Report», y una publicación anual «Annual Bibliography of Bioethics».

Kennedy Institute. «The Joseph and Rose Kennedy Institute for Study of Human Reproduction and Bioethics» fue creado en octubre de 1971, bajo la iniciativa del Dr. André Hellegers, contando con la ayuda económica de la «Joseph Kennedy Jr. Foundation, en Georgetown University, Washington D.C.»

Este Instituto ha recibido ayuda económica adicional del «National Endowment for the Humanities», los «National Institutes of Health», «Mental Health Services y Mental Health Administration», la «Ford Foundation» y la «Raskob Foundation».

El proyecto del Instituto es decisivamente interdisciplinar integrando a profesionales de diferentes disciplinas como: biólogos, médicos, moralistas, abogados, etc.

El «Kennedy Institute» consta de tres secciones diferentes: a) «Laboratories for Reproduction Biology»; b) «Center for Population Research»; c) «Center for Bioethics». El foco primordial de los Laboratorios de Biología de la Reproducción es el de incidencia, detección y prevención de defectos congénitos; seguridad y efectividad de las diferentes técnicas contraceptivas; causas sociales y consecuencias, nacionales e internacionales, de los cambios en las tasas de fecundidad, colaborando estrechamente con el Centro de Investigación sobre Población.

El Centro de Bioética estudia los problemas en relación a recién nacidos con graves alteraciones genéticas; experimentación humana; trasplantes de órganos y órganos artificiales; manipulación genética; control de conducta; aborto; derecho a la salud; muerte y moribundos, etc.

Desde sus comienzos, el «Kennedy Institute» trató de evitar el convertirse en un centro que se especializara en la consulta de casos concretos e inmediatos que requerían una solución a corto plazo. Ésta era una característica diferencial del enfoque del «Kennedy Institute», comparado con el «Hastings Center». Sin embargo, la localización del «Kennedy Institute» en Washington D.C. le obliga a realizar la función de ayuda y consejo en las Comisiones que el Congreso nombra, cuando se trata de estudiar un problema biomédico que requiere una revisión o una nueva legislación.

Con el paso del tiempo, los métodos, objetivos y propósitos de ambos centros, el «Hastings Center» y el «Kennedy Institute» se han aproximado, intentando evitar dos extremos: el de ser una profesión de consultores al servicio de médicos y otros profesionales de la salud, y una disciplina meramente académica que define sus propios problemas y metodología para el análisis de los aspectos institucionales y sociales de la asistencia sanitaria.

Por otra parte, el «Kennedy Institute» no ha acabado de lograr la integración y desarrollo de los Laboratorios de Biología de la Reproducción. El sueño dorado de André Hellegers, muerto prematuramente en el año 1979, no ha visto todavía su cumplimiento.

Hoy, el «Kennedy Institute» cuenta esencialmente con el «Center for Population Research» y el «Institute of Ethics» con una amplia participación docente en Georgetown University, en sus Facultades de Derecho, Medicina, y proyectos de programas conjuntos con las Facultades de Administración y Dirección de Empresas y Servicio Diplomático (Foreign Service).

Numerosos Institutos de Bioética han comenzado a florecer en distintas partes del mundo: España (Sant Cugat), Noruega, Holanda, Bélgica, Gran Bretaña...

Mención aparte merece la creación del *Grupo Internacional de Estudios de Bioética*, en cuya creación hemos participado. Tras un año de laboriosas gestiones, este grupo quedó constituido el 19 de abril de 1982 bajo los auspicios de la Federación Internacional de Universidades Católicas (FIUC). Su objetivo es «organizar y mantener estudios de investigación interdisciplinar de las ciencias Bio-Médicas, de la Filosofía y de la Teología con objeto de afrontar el desarrollo originado por el rápido desarrollo de los conocimientos en Biología y Medicina y su impacto sobre el modo que el hombre tiene de verse a sí mismo y al mundo».

BIOÉTICA E INTERDISCIPLINARIEDAD

Después de explicar las características del «Hastings Center» y del «Kennedy Institute», indicando las posicio-

nes de sus componentes, creo que puede ser conveniente volver de nuevo a la definición que dábamos de Bioética:

La Bioética es el estudio interdisciplinar de los problemas creados por el progreso biomédico (sea a nivel de relación individual, sea a nivel institucional, interinstitucional o de estructura social) y su repercusión en la sociedad y su sistema de valores.

David Roy, que comenzó en 1976 un Centro de Bioética en Montreal, define la nueva disciplina como:

- «Preocupación sistémica e interdisciplinar del conjunto de condiciones necesarias para realizar un servicio responsable a la vida y a la vida humana».
- «Aceptación de la responsabilidad de proteger la vida humana en un mundo caracterizado cada vez más por el desarrollo acelerado y complejo de las ciencias biomédicas»¹³.

Resaltamos como características de la Bioética los siguientes elementos:

- 1) Carácter interdisciplinar.
- 2) El diálogo como metodología.
- 3) Compartir valores, filosofías, y responsabilidades en la elección de los valores que han de guiar la evolución de la humanidad.

Para el diálogo bioético es imprescindible una actitud interna de humildad, reconocimiento de que nadie puede arrogarse el derecho de monopolizar la verdad y que todos hemos de hacer un esfuerzo de receptividad, exponiéndonos al riesgo de cambiar, procurando reconciliar diferencias, respetándolas.

El bioeticista profesional ha de tener entreno científico; capacidad de análisis ético; comprensión sociológica de la comunidad médica y científica; comprensión de las necesidades experimentadas por científicos, médicos, investigadores, y pacientes con la variedad de presiones a las que todos ellos se sienten sujetos.

Siguiendo ahora a Gustafson, *enumeraré nuevas posiciones antagónicas*, en realidad pares o ternas de proposiciones, como ejemplos de cuestiones básicas que pueden estimularnos a un trabajo de análisis, reflexión e intercambio de pareceres en un diálogo bioético¹⁴.

- | | |
|---------------------|---|
| Confianza | 1. a) Hay sólidas bases para tener esperanza y confianza en los nuevos descubrimientos de las ciencias biomédicas. Hay que confiar en la capacidad del hombre para conocer lo que conviene a la humanidad. |
| Desconfianza | b) Hay que desconfiar de las actuales posibilidades que ofrecen los conocimientos biomédicos. La vida humana corre el riesgo de ser cambiada radicalmente e incluso de ser aniquilada. Hay que desconfiar en la capacidad del hombre para discernir lo que más conviene a la humanidad. |
| Neutralidad | 2. a) La investigación médica y biológica así como la adquisición de conocimientos son moralmente neutrales. El científico, en cuanto científico, no tiene responsabilidad moral por su trabajo. |

- No neutralidad**
- b) Los problemas morales se encuentran tan entremezclados en la investigación y en los usos que se hacen de los conocimientos científicos que no puede considerarse neutral moralmente ni la investigación ni los métodos. El científico, en cuanto científico, tiene la responsabilidad moral por su trabajo.
- Responsables sólo del trabajo**
3. a) Los científicos biomédicos y técnicos son responsables solamente ante las organizaciones que los emplean (gobierno, industria privada, universidad, hospital, etc.) y sólo son responsables de cumplir el trabajo de investigación por el que han sido contratados.
- b) Son responsables, además, ante la comunidad humana tanto por el modo como se lleva a cabo la investigación, como por sus potenciales consecuencias sociales y personales.
- También en cómo se realiza**
- c) Son responsables también ante Dios por la manera como se lleva a cabo la investigación y por las consecuencias sociales y personales.
- Responsables sólo del bienestar presente**
4. a) Los científicos biomédicos son moralmente responsables por el bienestar de la generación presente y no por el bienestar de futuras generaciones.
- b) Los científicos biomédicos tienen una obligación moral con respecto al bienestar de futuras generaciones.
- También futuro**
- Intervención total del científico**
5. a) El científico ha de seguir el «imperativo categórico» de hacer todo lo que es posible en investigación. El conocimiento tiene un valor intrínseco independientemente de los medios empleados para conseguirlo.
- b) El científico no tiene ningún derecho a intervenir en el proceso natural de la vida humana, porque toda vida humana es sagrada.
- Limitación de la intervención**
- c) El científico no tiene derecho a intervenir en los procesos naturales de tal modo que altere lo que el hombre considera como específicamente humano.
- Las decisiones dependen de las circunstancias**
6. a) Las decisiones acerca de procedimientos y utilización de la investigación biomédica dependen de las circunstancias. Es inútil aplicar principios y reglas sobre lo que es normativamente humano.
- b) Los principios morales generales y las normas morales deben guiar las intervenciones moralmente lícitas en los procesos que afectan a la vida.
- Los principios morales deben guiar las intervenciones**
- Sin norma indicadora del derecho**
7. a) No existe un concepto normativo, universalmente aceptable, que indique qué derechos individuales son inviolables y qué valores determinados contribuyen al bienestar personal y social. Tampoco es posible formular tal principio aunque sería conveniente poder hacerlo.
- b) Ciertos derechos y valores humanos pueden considerarse como normativos para ayudar al razonamiento moral sobre los desarrollos científicos. Aceptado que resulta difícil dar una norma universalmente aceptable, es necesario intentarlo por el bien de la humanidad.
- Ciertos derechos pueden considerarse normativos**

- Los derechos de los individuos son sagrados**
8. a) Los derechos de los individuos son sagrados y primarios. Por lo tanto, bajo ninguna circunstancia pueden ser violados en favor de los beneficios que otros puedan obtener como resultado de esa violación.
- b) Las consecuencias son las que han de determinar una política y una acción. Deben balancearse los bienes que pueden conseguirse y los males que pueden evitarse, al margen de los derechos individuales.
- Actuación al margen**
- c) Las decisiones requieren la consideración de los derechos individuales y de los beneficios que otros pueden conseguir.
- Restricción de la experimentación**
9. a) Para preservar los derechos humanos y valores tal como ahora los conocemos, es mejor restringir la experimentación que podría permitirse con unas reglas morales claramente definidas y regulares por medio de legislación civil.
- b) Es mejor asegurar la mayor libertad posible en la investigación y para potenciar las capacidades humanas de autodesarrollo, a pesar de los riesgos que se corran.
- Libertad de la experimentación**
- c) Es mejor mantener la mayor libertad posible en la investigación, pero al mismo tiempo hay que formular los principios y valores que sirvan de guías para la investigación y la utilización de los nuevos descubrimientos.

BIOÉTICA Y LEGISLACIÓN

Es indudable que no todo aquello que es éticamente aceptable ha de ser regulado por ley y, viceversa, no todo lo que es legal necesariamente es aceptable éticamente por todos. No pretendemos, en este momento, profundizar en el diálogo entre ley y ética sino subrayar que el análisis de los problemas éticos en una perspectiva de diálogo ha producido un «corpus» legislativo en el cual se recogen dimensiones éticas mínimamente aceptables en sociedades pluralistas. Corresponde, sin duda alguna, a los Estados Unidos el mérito de haber movilizadofondos y ayudas para que el diálogo bioético saliera de las fronteras de la ética individual o colectiva para adquirir formulaciones jurídicas que garantizaran derechos humanos, amenazados sin esta protección, velaran por valores que la sociedad, en cuanto tal, desea preservar y ayudaran a refinar posiciones desde perspectivas jurídicas y morales.

Hay que incluir en este capítulo las legislaciones sobre la definición de muerte con el problema que se planteó al diagnosticarse el coma sobrepasado; las investigaciones con fetos, gestantes, moribundos, prisioneros, niños, débiles mentales, etc.; la compensación de los voluntarios que participan a nivel de experimentación y que son víctimas de accidentes imprevistos; la creación de los comités de ética en los hospitales; la protección de los derechos de los pacientes, etc.

En las tareas previas a la formulación jurídica de principios de ámbito estadounidense, han intervenido miembros de los Institutos de Bioética, representantes cualificados, médicos e investigadores, filósofos y se ha sondeado la opinión pública debidamente informada.

Han sido Comités de Ética, a nivel nacional y con amplia participación los que aconsejaron moratorias en investigación fetal, psicocirugía y recombinación de DNA. La prudencia y sabiduría de los no-expertos ayudó a la impaciencia de los técnicos expertos a revisar controles, garantías, seguimiento de casos, etc.

La abundante legislación americana en materia médica ha inspirado la actualización de códigos de ética médica y a su vez esta actualización ha de ayudar a perfilar contenidos éticos a nivel de los profesionales interesados en el diálogo bioético.

La misma OMS se da cuenta de que los problemas planteados por la biomedicina van más allá de lo que podríamos denominar una micro-ética, limitado a la relación médico-paciente y que desborda las doctrinas de la virtud y de los deberes que han de ser integrados en el contexto más amplio de la justicia social. La OMS se ve obligada a reaccionar ante los «acuciantes problemas deontológicos que plantean los adelantos en los conocimientos biomédicos, las diferencias que en cuanto a la salud existen entre ricos y pobres, el crecimiento de la población mundial frente a la limitación de recursos actualmente utilizables y, por último, el hecho secular y persistente del proceso inhumano del hombre para con el hombre»¹⁵.

La OMS estudia las recomendaciones elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (COICM) para ver qué tipo de actividades ha de emprender para salvaguardar los derechos de los investigadores y de los pacientes. Entre ellas figuran las siguientes:

- 1) La catalogación de todos los nuevos procedimientos biomédicos y la determinación de los usos para los cuales se pueden fomentar, aprobar o permitir. Debieran estudiarse los límites de aplicación de cada procedimiento y la conveniencia de que la sociedad los subvencione o no, poniéndolo, en igualdad de condiciones, a la disposición de todos los que puedan necesitarlo.
- 2) La protección de los derechos humanos frente a los progresos de la biología y la medicina... consagrando una mayor atención a las siguientes cuestiones:
 - a) La formación de médicos, investigadores y estudiantes en cuanto a los problemas éticos y psicológicos de las investigaciones en seres humanos.
 - b) El fomento de normas médico-legales y éticas aceptables, con inclusión de los mecanismos necesarios para la reforma periódica de las mismas, si ésta fuese aconsejable. A este respecto, debe señalarse que el COICM, en colaboración con la OMS, está llevando a cabo una encuesta internacional sobre el funcionamiento de comités de examen ético u otros organismos creados en varios países para la protección de los seres humanos en las investigaciones clínicas. En su XV Conferencia, celebrada en Manila, del 13 al 16 de septiembre de 1981, el COICM adoptó una serie de normas internacionales para proponer su aplicación en la investigación biomédica practicada en seres humanos¹⁶.
- 3) El establecimiento de un organismo internacional no gubernamental patrocinado por la OMS y la UNESCO, encargado de explorar y estudiar los problemas morales, sociales y deontológicos planteados por los nuevos y futuros

adelantos en materia de biología y medicina, y de dar amplia publicidad al resultado de sus observaciones.

- 4) La adopción de medidas en relación con la participación de profesionales de la salud en la tortura de prisioneros políticos y de otra clase.

CONCLUSIONES

- Prudencia
- Humanización de la medicina
- Importancia de los Institutos de Bioética
- Ayuda de la legislación
- Revisión códigos de ética profesional

1. La ignorancia del resultado del desarrollo y aplicación de nuevas tecnologías, que comprometen el futuro, *exige la prudencia*. Es necesario preguntarse sobre el futuro que queremos construir para ayudarnos en las decisiones del presente.
2. El énfasis en los aspectos científicos de la enfermedad y en la tecnología médica han reducido el elemento humano en la formación médica y ha contribuido a la deteriorización de la relación médico-paciente. *La humanización de la medicina aparece como una tarea necesaria* y no ha de realizarse a base de controles extracientíficos, extraños a la medicina. Ha de realizarse desde la misma medicina dándole un enfoque integral que incluya la persona sana. El científico ha de recuperar al amigo del enfermo, según el ejemplo de los grandes maestros.
3. *Los Institutos de Bioética* por su carácter de interdisciplinariedad, metodología de diálogo y respeto a los valores de los interlocutores *pueden favorecer las condiciones de posibilidad para el estudio* de los problemas creados por el progreso biomédico y su repercusión en la sociedad y su sistema de valores.
4. *La abundante legislación*, que ha surgido sobre todo en Estados Unidos en estos últimos diez años, en materia de biomedicina e investigación, *ha estimulado la revisión de los códigos de ética médica*, excesivamente centrados en la relación individual médico-paciente. Esta legislación va orientada esencialmente a proteger los derechos de los pacientes. Queda por ver si un exceso de leyes y regulaciones llega a ahogar la necesaria libertad de investigación. La OMS puede cumplir una importante función como instancia internacional reguladora, a través de sus recomendaciones.
5. *La revisión de los códigos de ética profesional* y la profundización ética de los nuevos problemas planteados por los progresos de la biomedicina, han influido decisivamente en las formulaciones jurídicas que afectan a la biomedicina, a la investigación y a la asistencia sanitaria. No podemos olvidar que la tutela de unas normas por la ley, en una sociedad pluralista, responde a unos mínimos éticos que pueden ser más o menos ampliamente compartidos. La legislación no puede substituir a la ética en la configuración de una sociedad que aspira a una mayor plenitud humana.

REFERENCIAS

1. KASS, LEON R.: *The New Biology: What Price Relieving Man's Estate?* Science 174, pág. 779, 1971.
2. Prospective: *Conférence Internationale. Biologie et Ethique*. No publicado. 2-4 septiembre 1976.
3. ROY, DAVID: *La Bioéthique. Une responsabilité nouvelle pour le contrôle d'un nouveau pouvoir*. Relations 36, pág. 310, 1976.
4. PARKER, A. y cols.: *Instrumentos apropiados de asistencia sanitaria*. Crónica de la OMS, 31 (1977), 48-154, pág. 150.
5. BRIGGS, R. y KING, T. J.: *Transplantation of living nuclei from blastula cells into enucleated frog eggs*. Proc. Nat. Acad. Sci. (Washington), 38 (1952), 455-463.
6. GURDON, J. B.: *Transplanted nuclei and cell differentiation*. Science, 219 (1968), 24-36.
7. WEIZENBAUM, J.: *Limits in the use of computer technology*. En *Toward a Man-centered medical science*. SCHAEFER, K. E. y cols. (eds.): Futura Publishing Co., N. Y. 1977, 83-97, págs. 91, 93.
8. JONAS, H.: *Freedom of Scientific Inquiry and the Public Interest*. The Hastings Center Report, 6, (1976) 4, 15-18, pág. 17.
9. POTTER, VAN RENSSLAER: *Bioethics fro whom?* and «*General discussion II*». Annals of the New York Academy of Science 196, págs. 200-205, 243-246, 1972. ex BRANSON, ROY: *Bioethics as individual and social*. The scope of a consulting profession and academic discipline. The Journal of Religious Ethics, 3, 1975, pág. 121.
10. PECK, SUSAN L.: *Institute of Society, Ethics and the Life Sciences*. The Hastings Center. Zygon 9, pág. 183, 1974.
11. CALLAHAN, DANIEL: *Bioethics as a discipline*. The Hastings Center Studies 1, pág. 68, 1973.
12. Ib. pág. 69.
RAMSEY, PAUL: *The Patients as Person. Exploration in Medical Ethics*. New Haven, Yale University Press, 1970. Cfr., cita 4.
JONSEN, ALBERT R.: *The totally implantable artificial heart*. Hastings Center Report 3/5 (November), págs. 1-4.
JONSEN, ALBERT y HELLEGERS, ANDRÉ: *Conceptual foundations for an ethics of medical care*. En TONCREDI, L. R. (ed.): *Ethics of Health Care*. Washington, National Academy of Sciences, 1974, págs. 3-20.
13. ROY, DAVID: Cfr., cita 3.
14. GUSTAFSON, JAMES: *Basic ethical insssues in the biomedical field*. Soundings 53, 1970, págs. 151-180.
15. GELLHORN, ALFRED: *La OMS y la Ética Médica*. Crónica de la OMS, 31, 1977, págs. 217 s.
16. GUTTERIDGE, FRANK: *Experimentación con seres humanos y ética médica*. Crónica de la OMS, 35, 1981, págs. 233-236.

REVISTA DE REVISTAS

AÑO 1984

JOSÉ LUIS REDRADO

Recogemos en esta sección temas de interés que van en relación con los contenidos y objetivos de nuestra revista **LABOR HOSPITALARIA**. Nos servimos sólo de algunas revistas que llegan a nuestra Redacción. Con esta aportación queremos acercar a nuestros lectores una abundante bibliografía; es un servicio que nos hemos propuesto; esperamos que sea útil y del agrado de todos. Al final ponemos los enunciados de los temas que en el año 1984 desarrolló también nuestra revista **LABOR HOSPITALARIA**.

TECNICA OSPEDALIERA

(Via Moscova 46/9. 20121 Milano)

- Los peligros de incendio en el hospital (n.º 5).
- Aspectos médico-sociales de la alimentación en el hospital (n.º 5).
- Epidemiología hospitalaria (n.ºs 6, 7, 8, 9, 10).
- La enfermera profesional y la cardiología hospitalaria (n.º 11).

ARIS SANITÀ

(Via Cardinal Mistrangelo 28. 00167 Roma)

- Sobre la Reforma Sanitaria en Italia (n.ºs 1, 2, 4).
- El derecho a morir con dignidad (n.ºs 7, 8).
- Hospitales más humanos ¿cómo? (n.ºs 9, 10).

L'HÔPITAL A PARIS

(7 rue des Mímines. 75003 Paris)

- ¿Existe una sustitución capital-trabajo en el hospital? (n.º 79).
- Especialización y evolución de las tareas (n.º 79).
- Le National Health Service: ¿un ejemplo para Francia? (n.º 80).
- Informática médica (n.º 83).

ADMINISTRATION HOSPITALIÈRE ET SOCIALE

(C. P. 117 Leunoxville - Québec)

- Por una mejor planificación socio-sanitaria en Québec (n.ºs 3, 4).

— Gestionar... más humano (n.º 4).

— La Eutanasia (n.º 5).

TODO HOSPITAL

(Mare de Déu del Coll, 14. 08023 Barcelona)

- Economía de la salud (n.º 7).
- Arquitectura hospitalaria (n.º 9).
- Investigación (n.º 10).
- Seguridad hospitalaria (n.º 11).
- Informática hospitalaria (n.º 12).
- Los hospitales en Cataluña (n.º 12).

REVISTA DE ENFERMERÍA «ROL»

(San Elías, 31-33. 08006 Barcelona)

- Funciones de enfermería (n.ºs 65, 66).
- Investigación y enfermería (n.º 67).
- Enfermería, medicina y sociedad en 1984 (n.º 68).
- Psicología y Oncología (n.ºs 69, 70).
- Tiempos de enfermería en UCI (n.º 71).
- El enfermo terminal (n.ºs 72, 73).
- Enfermería en el medio rural (n.º 74).
- Actividades de supervisores y enfermeras en unidades de cuidados (n.º 75).

REVISTA DE TREBALL SOCIAL — RTS

(Portaferrisa 18, 1.º, 1.ª. 08002 Barcelona)

- Planificación familiar (n.º 93. Monográfico).
- Consideraciones sobre el paro en los jóvenes (n.º 95).

PARTIRE

(Via della Nocetta 263. 00164 Roma)

- Una ley para el voluntariado (n.º 3).
- Por una salud sin fronteras (n.º 3).

RECHERCHES

(53, rue de Babylone. 75007 Paris)

- Integración (n.º 39).
- El envejecimiento de las personas subnormales (n.º 40).

HOSPITALIDADE

(Casa de Saúde do Telhal 2725 Mem-Martins - Portugal)

- Ética y salud (n.º 184).
- Humanización y pastoral de la salud (n.º 184).
- Asistencia religiosa a los enfermos (n.º 188).

O MUNDO DA SAÚDE

(Rua Barão do Bananal 1111 CEP. 05024 São Paulo)

- Estudio sobre la motivación humana en el trabajo (n.º 30).
- Gerencia de Marketing, instrumento para enfrentarse a la crisis del hospital (n.º 30).
- Prever, un problema gerencial (n.º 31).
- La influencia del estilo gerencial en el desenvolvimiento organizacional hospitalario (n.º 31).
- Decisiones gerenciales (n.º 32).
- Médicos y sacerdotes (n.º 32).

PRÉSENCES ET PERSPECTIVES

EN SANTÉ MENTALE

(15, rue St-Georges, 35000 Rennes)

- Castigar, educar, reintegrar, acompañar, curar y ayudar a vivir (n.º 93).
- Evolución psiquiátrica y contratos económicos (n.º 94).
- Alcoholismo (n.º 95. Monográfico).

CORINTIOS XIII

(San Bernardo, 99 bis. 28008 Madrid)

- La pastoral de la caridad sanitaria, hoy (n.º 29. Monografía sobre la sanidad española, la Iglesia y la asistencia a los enfermos, misión del enfermo, experiencias, etc.).
- Cáritas. Quiénes somos y qué pretendemos (n.º 30).
- La civilización del amor. ¿Proyecto utópico? (n.º 30).
- La acción caritativo-social en el mundo (n.º 30).
- Nuestra respuesta ante los desafíos que plantea la realidad actual de la marginación: elementos clave (n.ºs 31, 32).
- Jesús y los marginados (n.ºs 31, 32).
- Seminarios sobre temas de marginación, droga, delincuencia, paro... (n.ºs 31, 32).

ANIME E CORPI

(Canonica 4. 21010 Brezzo di Bedero [Varese - Italia])

- Por una espiritualidad del Voluntariado (n.º 111).
- Fetus humanos y experimentación biomédica (n.º 111).
- Ética y evolución tecnológica en la medicina contemporánea (n.º 112).
- Trabajar juntos para servir mejor: motivaciones y técnica socio-psico-pedagógica para el voluntariado socio-sanitario (n.º 113).
- Sobre el sentido del dolor humano (n.º 114. Comentarios a la «Salvifici doloris»).
- Pastoral del sufrimiento (n.º 115).
- Ética para los profesionales sanitarios (n.º 115).

- Eutanasia: ¿Licencia para matar o apropiarse la vida terminal? (n.º 116).
- Formación pastoral clínica con supervisión (n.º 116).

PROYECCIÓN

(Apartado 2.002. 18011 Granada)

- Moralidad de los anticonceptivos (n.º 134).
- Ética de la fecundación artificial (n.º 135).
- Asociaciones privadas en la Iglesia (n.º 135).

IMPEGNO OSPEDALIERO

(Via A. Franzoi, 20. 00147 Roma)

- Fecundación in vitro - entrevista (n.º 3).
- Reanimación materno-fetal: aspectos científicos y morales (n.º 3).

REVISTA SELARE

(Carrera 8.ª, n.º 17-45 Sur Bogotá, D. E. - Colombia)

- Urgencia de una pastoral especial de la penitencia para los enfermos (n.º 18).
- El profesional en la pastoral de servicio (n.º 18).
- Misterio del enfermar (n.º 18).
- La reconciliación en el mundo de la salud (n.º 19).
- El sacramento de la Unción de los enfermos (n.º 20).
- El poder curativo de la fe (n.º 20).

MEDICINE E MORALE

(Largo Francesco Vito 1. 00168 Roma)

- Ética y evolución tecnológica de la medicina (n.º 1).
- La bioética. Fundamentos y contenidos (n.º 3).
- Humanización de la medicina (n.º 3).
- Del juramento de Hipócrates a los códigos deontológicos modernos (n.º 3).
- Diagnóstico prenatal: aspectos genéticos, quirúrgicos y éticos (n.º 4).

SELECCIONES DE TEOLOGÍA

(Rosellón, 233. 08008 Barcelona)

- ¿Hacia una nueva ética? (n.º 91).
- Conlleaos mutuamente. Teología de la solidaridad cristiana (n.º 91).
- Dolor del hombre e imagen de Dios (n.º 91).

MORALIA

(Félix Boix, 13. 28036 Madrid)

- La ética profética: frente a la pobreza desde la justicia (n.ºs 21, 22).
- Panorama bibliográfico de moral en 1983 (n.º 23).
- Teoría general de sistemas y ética de los sistemas (n.º 23).
- Americanismo y moral católica (n.º 24).

CENTRO DE INFORMACIÓN CAMILIANA

(Padres Camilos. Sector Escultores 11-1. *Tres Cantos* - Madrid).

- Los enfermos, centro de amor de Cristo y de la actividad pastoral de la Iglesia (n.ºs 172-173).
- La humanización del hospital en la perspectiva camiliana (n.ºs 174-177).
- El dolor que salva (n.ºs 174-177).

AUMÔNERIE DES HÔPITAUX — A.H.

(106, rue du Bac. 75341 Paris)

- Formación inicial y continua: necesidad y realizaciones (n.º 102. Monográfico).

- Las diferentes religiones en los hospitales (n.º 103. Monográfico).
- Acompañar la vida frente a la muerte: testimonios, sesiones pastorales... (n.º 104. Monográfico).

RELIGIEUSES DANS LES PROFESSIONS DE SANTÉ

(106, rue du Bac. 75341 Paris)

- Religiosas apostólicas en profesiones de salud (n.º 299).
- Esterilización: ¿una contracepción aceptable? (n.º 300).
- Reflexiones sobre la misión de los comités de ética (n.º 300).
- Humanizar el hospital. ¿Por qué? ¿Para qué? (n.ºs 301, 302).
- Ética y decisión (n.º 304).
- Conciencia y decisión ética (n.º 304).

LABOR HOSPITALARIA

(Hermanos de San Juan de Dios.

Carretera de Esplugas s/n. 08034 Barcelona)

N.º 191:

- El departamento como equipo en la actividad hospitalaria.
- Enfermería: dirección por objetivos.
- Humanización: la utopía posible.
- El agente de pastoral sanitaria: presencia y compromiso.
- Los peligros de la manipulación genética.

N.º 192:

- Relaciones entre la pediatría hospitalaria y la atención primaria a los pacientes pediátricos.
- Gestión de la división de enfermería.
- Orwell y las patologías de la humanización.
- Antropología de la enfermedad.
- Pasado y presente de la ética médica.

N.º 193:

- Educación sanitaria en marcha.
- Reglamento de la Escuela Universitaria de Enfermería. San Juan de Dios.
- El voluntariado, soporte de humanización en el hospital.
- Secretariado Internacional de Pastoral Sanitaria (contenidos, criterios, objetivos).
- La medicina en las nuevas dimensiones éticas.

N.º 194: (Monográfico sobre los trasplantes).

- Aspectos legales, médicos, enfermería, humanos y psicológicos, iluminación teológica y ética, voz de la Iglesia y asociaciones.

II CONGRESO ESTATAL DE ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA

Días 9 al 12 mayo 1985

Información: Calle Alcoy 21. 08022 BARCELONA

Tel. (93) 212 81 08

XXIV CONGRESO INTERNACIONAL DE HOSPITALES

Días 26 al 31 mayo 1985 — SAN JUAN (Puerto Rico)

Información: Ultramar Exprés. Ramblas 109. 08002 BARCELONA

Tel. (93) 301 12 12

VII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

Días 5 al 8 junio 1985

Información: Hospital Ortiz de Zárata. VITORIA (Álava)

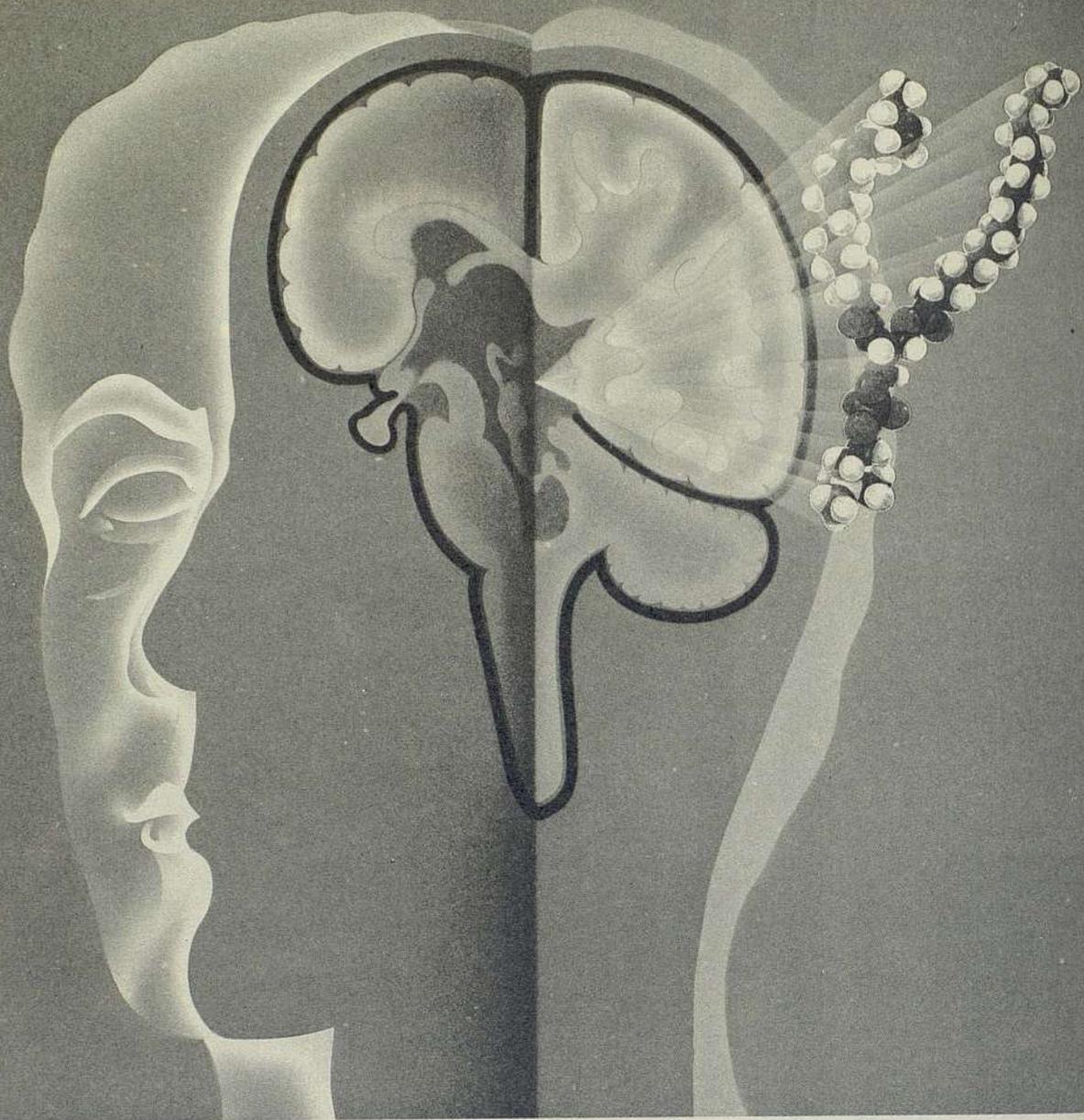
Tel. (945) 24 56 66

XVIII CONGRESO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA

Días 15 al 20 junio 1985 — TEL AVIV (Israel)

Información: San Bernardo 19. 28015 MADRID

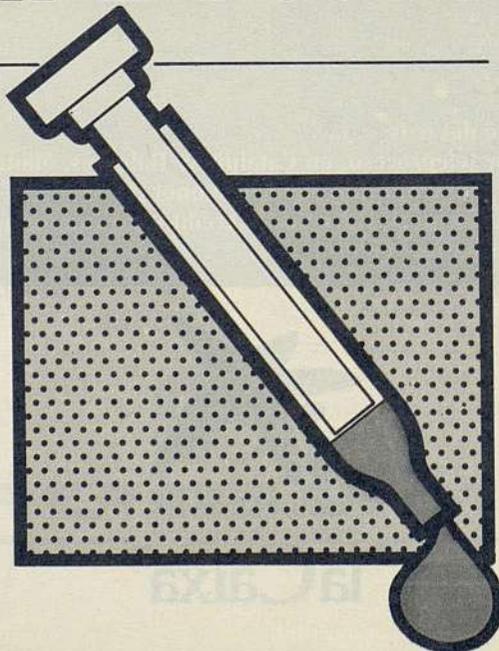
Tel. (91) 479 74 61



SOMAZINA[®] GOTAS

CITICOLINA

**En las alteraciones
nerológicas de la
insuficiencia
cerebrovascular
crónica.**



Composición: Cada 100 ml. contienen: Citicolina (citicolina) 10 g.; Sacarina sódica (sacarina sódica) 0,05 g. c.s. **Indicaciones:** Como tratamiento complementario en las manifestaciones de la insuficiencia vascular cerebral y de sus secuelas, tanto neurológicas como aquellas referidas a disminución de los rendimientos de tipo intelectual o psíquico. **Posología:** Adultos: 1-2 ml, 2-3 veces al día. Niños: 1 ml, 2-3 veces al día. **Presentación y P.V.P.:** SOMAZINA Solución a Gotas. Envase con 30 ml. (P.V.P. i.i. 2.207,- Ptas.) **Otras presentaciones:** SOMAZINA 200 mg. (Cajas con 10 y 5 inyectables) P.V.P. 1.838,- y 940,- Ptas. Envase clínico, cajas con 100 inyectables de 200 mg. SOMAZINA 500 mg. (Cajas con 10 y 5 inyectables) P.V.P. i.i. 4.519,- y 2.272,- Ptas. Envase clínico, cajas con 50 inyectables de 500 mg. SOMAZINA 1000 mg. (Caja con 3 inyectables) P.V.P. i.i. 2.726,- Ptas. Envase clínico, cajas con 30 inyectables de 1000 mg. **Contraindicaciones. Efectos secundarios. Incompatibilidades:** No se conocen. **Intoxicación y pos-tratamiento:** No se prevé intoxicación ni aun a dosis muy superiores a las normales.



FERRER INTERNACIONAL
GRAN VIA CARLOS III, 94 (EDIFICIOS TRADE) BARCELONA



S. A. *construccions*

GUIPUSCOA, 62, 11^e Tel. 303 07 34 BARCELONA - 20

VIVE CADA DIA CON YOGHOURT



Cada día lo natural. El yoghurt que hace DANONE puro y fresco todos los días, desde siempre. Para que alimentarse sea una cosa natural y buena. ¡Vive la vida de todos los días! Vivila con yoghurt



Alimentos frescos y naturales

SISTEMAS INTEGRADOS PARA HOSPITALES

La solución más versátil y eficaz para cualquier programa de instalación y equipamiento -desde los más sencillos a los más sofisticados- en:

- UNIDADES DE HOSPITALIZACION
- CUIDADOS INTENSIVOS
- QUIROFANOS
- LABORATORIOS



CONSULTENOS!

TECNOCONTROL

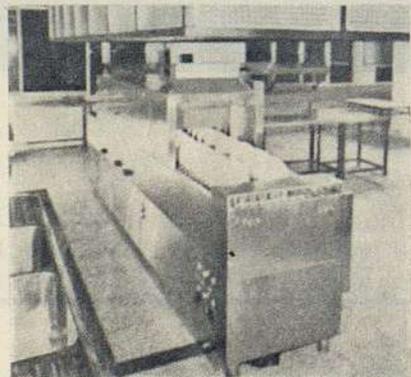
TECNOCONTROL, S.A. C/ MARIA AUXILIADORA, 9 TELEF. *203 91 50 SUM: MENSAFONO
CTNE N.º 20772 SERVICE MENSAFONO CTNE N.º 10349-TELEX 59154-E 08017 BARCELONA

Fagor Industrial

la marca que está renovando el mundo de la hostelería.

La garantía de una buena instalación de hostelería, la da la marca, por eso FAGOR INDUSTRIAL firma todas sus instalaciones. Estos son los argumentos que avalan nuestra marca:

- Estudio previo, proyecto y realización de la totalidad de la instalación
- Experiencia avalada por más de 100.000 instalaciones en funcionamiento.
- La más amplia gama del mercado en maquinaria de HOSTELERIA, LAVADO DE VAJILLA y LAVANDERIA
- Alta calidad de nuestros productos, homologados en Francia, Inglaterra, Alemania,...
- Un servicio de asistencia técnica rápido y eficaz.
- Un cualificado equipo humano que aporta innovaciones, creando y mejorando la calidad de nuestros fabricados.



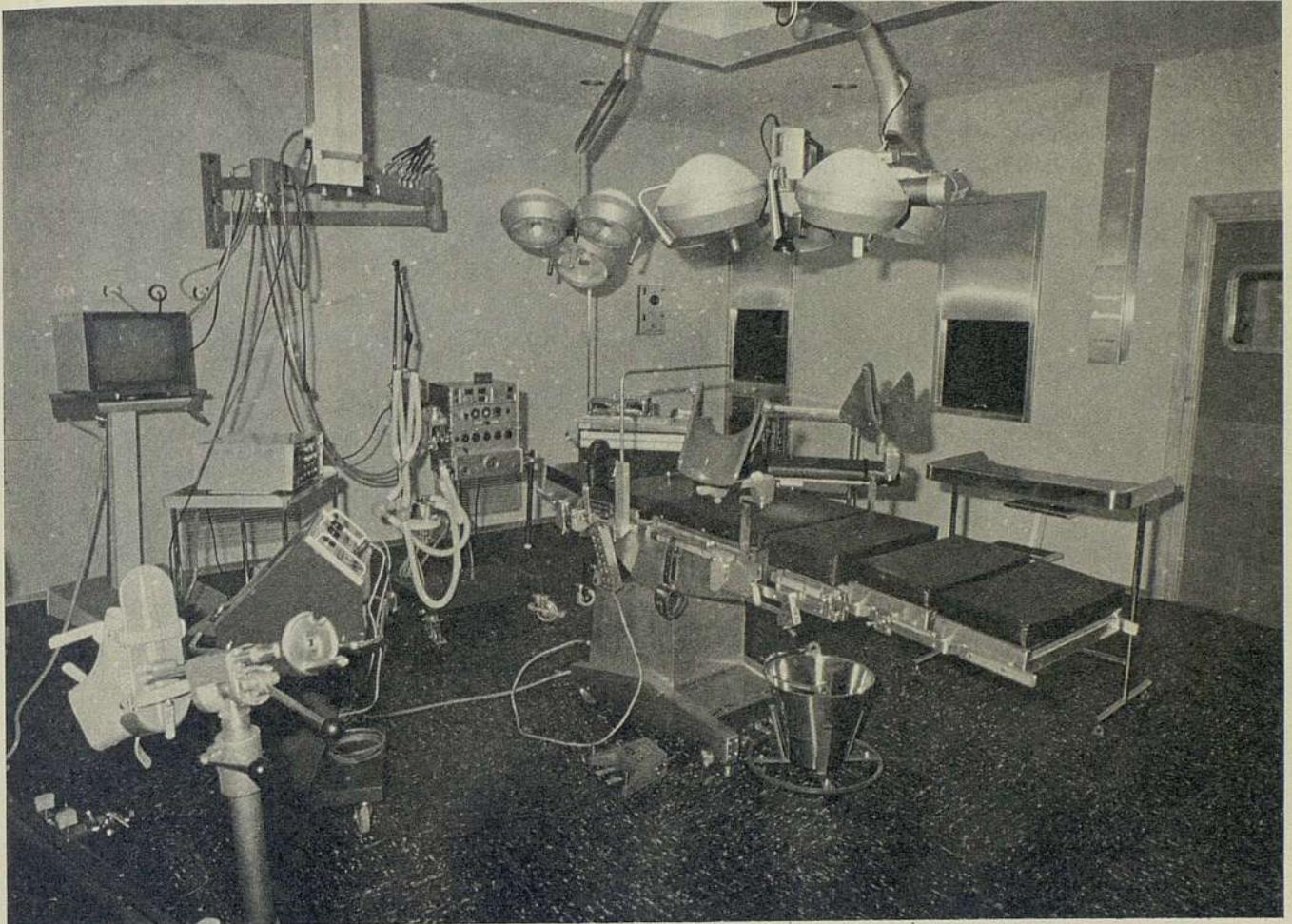
FAGOR INDUSTRIAL

GRUPO ULARCO

Barrio Sancholopetegi, s/n - Apdo. 17
Tfno. 78 01 51 - Telex: 36030 FAGI-E
OÑATE (Guipuzcoa)



Nuevos quirófanos del Hospital San Juan de Dios Granada



®

dimetronika s.a.

DISTRIBUIDORA MEDICO ELECTRONICA

CENTRAL / HEAD OFFICE

San Gervasio de Cassolas, 34. Tel. (93) 212 35 04

Télex: 53994 DIKA E - BARCELONA-22

DELEGACION CENTRO / BRANCH OFFICE

Ponzano, 74 - Tels. (91) 234 42 30 / 40 - 234 45 24

MADRID-3

CANARIAS:

Luis Doreste Silva, 60. Telf: 23 39 73. LAS PALMAS DE GRAN CANARIAS

y Delegados en toda España para un mejor servicio

ESPECIALISTAS EN INSTALACIONES QUIRURGICAS

LIMPIEZA PROFILACTICA

SERVICIO DE LIMPIEZA ESPECIALIZADA PARA HOSPITALES, CONTRATADA, REALIZADA Y VERIFICADA MEDIANTE CONTROL BACTERIOLOGICO.

- RESULTADOS PROFILACTICOS:

Eliminación real del microbismo contaminante según niveles de tolerancia fijados por la Dirección Médica del Hospital o los standards recomendados por «Committee on Microbial Contamination of Surfaces of the Laboratory Section of the American Public Helth Association».

- AREA DE PRESTACION:

Barcelona y su comarca solamente.

- CONSULTAS Y PEDIDOS:

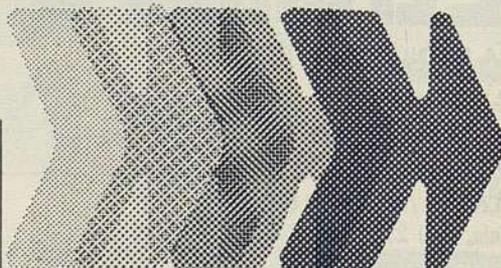
Por escrito a nuestras oficinas de Barcelona desde donde informaremos y asesoraremos gustosamente en fase de previsión anterior a la de contratación.

- REFERENCIAS:

Nuestro servicio de limpieza se realiza en 14 países.



Dinamarca	Holanda
Alemania	Inglaterra
Austria	Noruega
Bélgica	Suecia
España	Suiza
Finlandia	Australia
Francia	Brasil



SAEL

S.A. de Entretenimiento
y Limpieza.

Ramón Turró, 157 - Tel. 309 25 16*
Barcelona - 5



Nuevo Sistema Sediplast® LP Labclinics 22039

compuesto de:

- Pipeta graduada para ESV.
- Tubo con 0,2 ml. de Na-Citrato para 0,8 ml. de sangre; tapon de color rosa.
- Etiqueta autoadhesiva.
- Cajas de 1.000 unidades.



labclinics

Ofrezca la oportunidad
de suscribirse a

LABOR HOSPITALARIA

Si entre sus amistades hay alguien interesado en Hospitales, su gestión, su problemática humana, pastoral y ética, no dude en ofrecerle la oportunidad de suscribirse.

LABOR HOSPITALARIA

Es una revista útil para:

EL MÉDICO ■ LA ENFERMERA ■ EL ADMINISTRADOR ■ EL GERENTE ■ EL CAPELLÁN
LA RELIGIOSA ■ PARA TODO AQUEL QUE SE OCUPA DEL ENFERMO

Suscripción anual: cuatro números

España	1.000	ptas.
Extranjero: correo ordinario	10	\$
» aéreo	14	\$

Aviso a nuestros suscriptores

- Repase sus cuentas con nosotros.
- Si no ha pagado este año 1985, hágalo rápidamente.
- Es el segundo número que le mandamos y las suscripciones deben ser pagadas el primer trimestre.
- Ponga siempre LABOR HOSPITALARIA.

FACILÍTENOS EL TRABAJO

Números monográficos de Labor Hospitalaria

- LA ORACIÓN DEL CRISTIANO EN LA ENFERMEDAD N.º 137 (1971)
- EL ABORTO (1977) (agotado)
- ACERCAMIENTO AL MORIBUNDO, EUTANASIA, DISTANASIA Y MUERTE N.º 171 (1979)
- PLANIFICACIÓN FAMILIAR (1980) (agotado)
- DERECHOS DEL ENFERMO N.ºs 179-180 (1981)
- PASTORAL SANITARIA (Todos responsables) N.º 185 (1982)
- EL HOSPITAL CATÓLICO N.º 188 (1983)
- LOS TRASPLANTES N.º 194 (1984)



PLANIFICACION FAMILIAR

ENFERMERIA MEDICA, SOCIOLOGICA, PSICOLOGICA Y ETICA



DERECHOS DEL ENFERMO



Pídalos a la dirección de la Revista

Otros pedidos que pueden hacer a la Dirección de la Revista

(Envíos contrarreembolso)

BIOGRAFÍAS E HISTORIA

- San Juan de Dios — Una Aventura Iluminada. (Premio Aedos de biografía)
- Historia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios
- El libro azul (sobre el hospital de Barcelona)
- Dimensión apostólica de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios

PUBLICACIONES DE LA DIVISIÓN DE ENFERMERÍA Y ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA

(Textos ciclostilados y encuadernados)

- Diseño funcional de la División de Enfermería
- Historia de la enfermería española e hispanoamericana
- Nutrición y dietética
- Asistencia integral en enfermería pediátrica
- Enfermería y cambio social
- Enfermería, profesión con futuro
- Higiene y epidemiología infecciosa para enfermería hospitalaria
- Códigos éticos y declaraciones en medicina y enfermería.

HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS
SECRETARIADO INTERNACIONAL DE PASTORAL SANITARIA

Qué es la Pastoral Sanitaria

Pastoral de enfermos
en el Hospital y en la Parroquia

Dimensión apostólica
de la Orden Hospitalaria
de San Juan de Dios

Tres libros prácticos, concretos y claros
que le pueden ayudar en su ministerio pastoral con los enfermos

PIDALOS A LA DIRECCION DE LA REVISTA

LIDER EN EL DIAGNOSTICO MEDICO POR IMAGEN

Este es el compromiso de General Electric
- Medical Systems en el mundo.
En España, General Electric ha construido
uno de los más importantes centros de
desarrollo y producción de equipos para
electromedicina.



Buenas ideas para una vida mejor

GENERAL  ELECTRIC

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

KLIMACAL, S.A.

Asociada a Bergeon-Geoffroy France

- Instalaciones de aire acondicionado para Centros Hospitalarios, Clínicas, Consultorios.
- Tratamientos especializados para quirófanos y zonas estériles.
- Ventilación - Extracción - Filtración.

Mejía Lequerica, 34, Bajos Dcha.
Tel. (93) 339 44 54

08028 BARCELONA

Collabora



BANC DE SABADELL

LIMPIEZA INDUSTRIAL

Teléfono de orientación técnica

(93) 231 51 62

(4 líneas)

Si usted tiene algún problema de limpieza en su almacén, local comercial, taller, nave industrial, oficina, despacho, etc., llámenos y le informaremos gratuitamente y sin compromiso, sobre cuál es la mejor solución.

Es una cortesía de **MAUT, S. A. - JNV**

GRATIS

CONFECCIONES

BH S. A.

Una empresa al servicio
de las empresas hospitalarias

- PRENDAS LABORALES Y PROFESIONALES
- CONFECCIONES
- SASTRERIA A MEDIDA
- TRAJES DE UNIFORME

Riera Blanca, 19-21 / Tel. 240 50 06
BARCELONA-28



APLICACIONES ELÉCTRICAS

ene s. a.

EQUIPAMIENTOS ESPECIALES PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES

- SEÑALIZACIÓN - TELEFONÍA -
- INTERCOMUNICACIÓN -
- MEGAFONÍA - BUSCA-PERSONAS -
- CIRCUITOS CERRADOS TV -
- RELOJES CONTROL HORARIO Y QUIRÓFANOS -
- COMUNICACIÓN PACIENTE-VISITANTE PARA U.C.I. -

Aribau, 146, Pral. - Tels. 218 17 80 - 218 17 86 -
BARCELONA-

ControlDiet

Dieta para controlar el peso y la salud

TRATAMIENTO DIETETICO DE LA OBESIDAD Y DE OTRAS SITUACIONES CLINICAS CAPACES DE SER CONTROLADAS POR LA DIETOTERAPIA (TRIGLICERIDEMIA, COLESTERINEMIA, GLUCEMIA, HIPERTENSION ARTERIAL, ETC.)

ControlDiet ES EL PREPARADO MAS CIENTIFICO EN SUS APORTES Y CANTIDADES DE NUTRIENTES ESENCIALES

ControlDiet CONTIENE 60 g DE PROTEINAS DE ALTO VALOR BIOLÓGICO, CANTIDAD INDISPENSABLE PARA ESTE TIPO DE TRATAMIENTOS. CUALQUIER DISMINUCION EN LA INGESTA DIARIA DE ESTA CANTIDAD ES ALTAMENTE PELIGROSA



Clinical Nutrition

LOS ESPECIALISTAS EN NUTRICION

Cl. Agudes, 1 - MATARO - Tel. (93) 799 02 52

Linitul

Primera compresa de gasa engrasada del mundo



Unitul

Primera compresa de gasa engrasada en sobres unidosis

CUADRO SINOPTICO

Nombre	Contenido por caja	Medidas en cm por compresa	Total cm ² por: compresa/envase		Tejido	P.V.P. i.i.	Código nacional
LINITUL pequeño	10 sobres unidosis	5'5 × 8	44	440	algodón	251	959791
LINITUL grande	20 compresas	8'5 × 10	85	1.700	tergal	241	780544
*LINITUL ANTIBIOTICO standard	20 compresas	8'5 × 10	85	1.700	tergal	291	780502
*LINITUL ANTIBIOTICO hospital	20 compresas	15 × 25	375	7.500	tergal	656	780494
LINITUL SOBRES standard	20 sobres unidosis	9 × 15	135	2.700	algodón	534	959445
**UNITUL COMPLEX standard	10 sobres unidosis	8'5 × 10	85	850	algodón	240	946004

* Polimixina + Bacitracina + Neomicina + Ac. Acexámico

** Sulfadiazina argéntica + Ac. Acexámico

Laboratorios Bama-Geve, S.A.

Servicio de Información Médica
Bailén, 95-97 - Tl. 257 15 03-08009 Barcelona
Montera, 13 - Tl. 221 62 17 - 28014 Madrid

Materiales Aparatos para Cirugía y Especialidades

Representante exclusivo de:

- JAQUET FRERES. GENEVE. Fijador Externo. OSTEOTAXIS del Dr. R. HOFFMANN
- LEPINE á LYON. Instrumental de Ortopedia para Escoliosis del Dr. STAGNARA y para cirugía de la rodilla Dr. TRILLAT
- ETS TASSERIT. FRANCIA. Mesas quirúrgicas modelo Prof. JUDET
- ETS TORNIER. Grenoble. Placas-grapas-prótesis sin cemento del Prof. JUDET
- I.P.A.S. Jeringas hipodérmicas. Cristal y uso único

JEAN MACE

Bertrán, 119 bajos - Teléfono (93) 247 32 22
BARCELONA - 6



H. ICO, s.a.
Puerto Príncipe, 68
BARCELONA-27/Spain
Tel. (93) 349 12 12
Telex: 97788 ICOH E
Telegramas: Hispaico



FABRICA DE MATERIAL MEDICO Y DE PUERICULTURA

- Jeringas de Vidrio
- Jeringas para Dosis Unitarias
- Agujas Hipodérmicas
- Termómetros Clínicos
- Jeringas y Aguja Estériles
- Esfigmomanómetros
- Vendas Elásticas
- Biberones, Tetinas y Chupetes...
- Esterilizadores y Calentadores biberones
- Humidificador-Vaporizador
- Línea de Puericultura e Higiene
- Juegos Didácticos
- Calzado Formativo Infantil

Calidad * Confianza * Servicio

LABORATORIO		
Sig. Din.	Edad	
FECHA		
HT %	Basilares %	
Tartratos %		
Caeritos %		
Depositos %		
Lefitos %		
Mucosa %		
Ph. total g %		
Serum		
Coagulacion		
Pro. 1		
Pro. 2		
V.G. / h. min.		
Urea mg %	Creatin. S.G	
Glicemia mg %	PTT	
Ac. úrico mg %	Prot. % (Gust)	
Ugoten mg %	Hemograma	
Glicemia mg %		
Triglic. mg %		
Cholester. mg %		

LABORATORIO DE ANALISIS QUIMICOS		
Glucosa mg/100ml	1	
Urea mg/100ml	2	
Ac. Úrico mg/100ml	3	
Creatinina mg/100ml	4	
Calcio mg/100ml	5	
Fosforo mg/100ml	6	
Bilirrubina T. mg/100ml	7	
Proteinas T. g/L	8	
Albumina g/L	9	
Bilirrubina D. mg/100ml	10	
Carotenos mg/100ml	11	
Triglicéridos mg/100ml	12	
Forfidoles A	13	
B-Lipoproteinas A	14	
	15	
SOD-T mEq/ml	16	
SGP-T mEq/ml	17	
LDL mEq/ml	18	
LDL mEq/ml	19	
CMV mEq/ml	20	
LAP mEq/ml	21	
F. albitales mEq/ml	22	
F. azúcares mEq/ml	23	
Amilasa U/ml	24	
Mioma mg/100ml	25	
Transferrina mg/100ml	26	
	27	
Magnesio mg/100ml	28	
Acidimetria mg/100ml	29	
Cloruros mEq/L	30	
Fermytecho LABORATORIO		

LAB. AUTOMATICO PERFIL BIOQUIMICO	
RESULTADOS	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	

FORMULARIOS PARA ANALISIS CLINICOS Y EQUIPOS DE GRAN PRECISION

Nuestra Compañía esta especializada en la confección de impresos de gran precisión para todo tipo de ORDENADORES ELECTRONICOS

Para más información. dirijanse a:

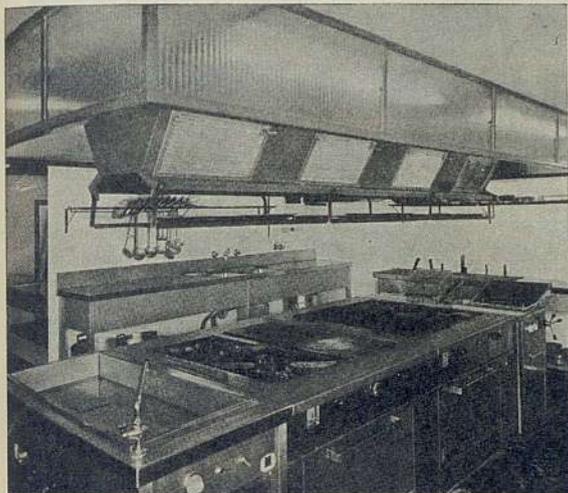
BLOCFORMS
Avenida Vullpallera, 1 y 3
Apartado de Correos 271
SANT CUGAT DEL VALLES (Barcelona)
Tel. (93) 674 43 16

HOSTELERIA

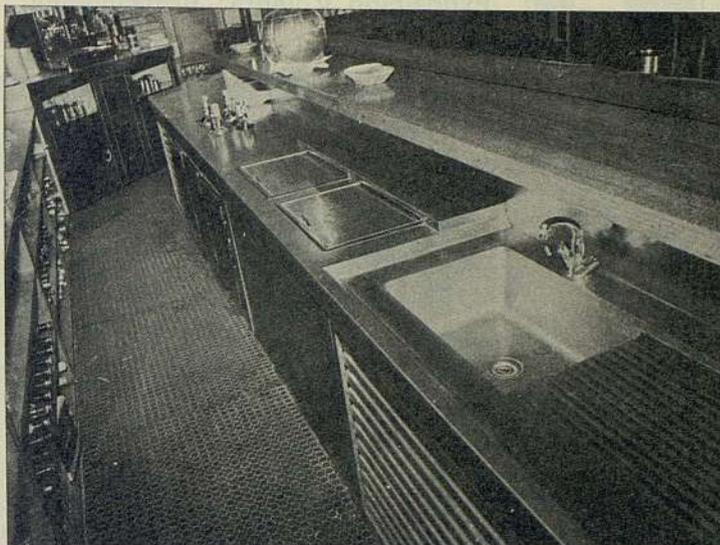
Cafeterías • Autoservicios • Cocinas Industriales

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



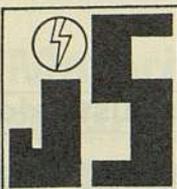
Antonio Matachana, s.a.

VIA AUGUSTA, 11 - TELEFONOS 2278949 - 2279935 - BARCELONA-6



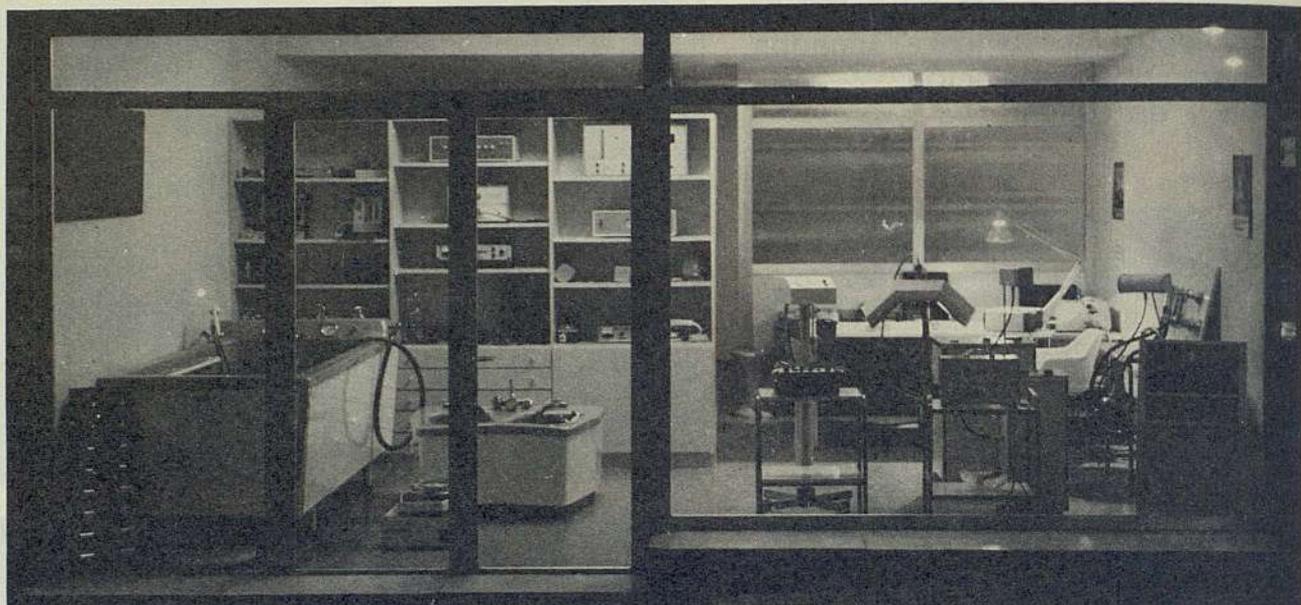
BANCO GARRIGA NOGUES

OFICINA PRINCIPAL: Ramblas, 140 - Barcelona



APARATOS DE MEDICINA FISICA

Exposición y venta: Bertrán, 109 - Tels. 212 81 93 - 212 28 05 - BARCELONA-6



INSTALACIONES COMPLETAS DE CENTROS DE REHABILITACION
ADIESTRAMIENTO DE PERSONAL

REPRESX médic, s. a.

Travesera de Gracia, 435, entlo., 2.^a
Tel. 256 49 05
08025 BARCELONA

APARATOS PARA DIAGNOSTICO.
CARDIOLOGIA. ASPIRADORES.
COLCHONES ANTIESCARA.
MOBILIARIO CLINICO.
INSTALACIONES DE CONSULTORIOS
Y CLINICAS DE EMPRESA.

- * SONDAS DE FOLEY (LATEX, NEOPLEX O SILICONA)
- * SONDAS DUFOUR
- * SONDAS DE TRES VIAS CON BALON
- * SONDAS PARA PROSTATECTOMIA
- * SONDAS PARA NEFROSTOMIA Y URETEROSTOMIA
- * DISPOSITIVO PARA PUNCION SUPRAPUBICA
- * SONDAS URETERALES
- * SONDAS URETERALES DE CHEVASSU
- * SONDAS COUVELAIRE
- * SONDAS NELATON, TIEMANN, MERCIER
- * SONDAS DE MALECOT Y PEZZER
- * BUJIAS Y SONDAS PHILIPS
- * BUJIAS FILIFORMES
- * BUJIAS DILATADORAS Y EXPLORADORAS
- * EXTRACTOR DE CALCULOS PROF. DORMIA
- * SONDAS DE LASSO
- * EXTRACTOR CALCULOS, MOD. DORMIA, PARA FIBROSCOPIOS
- * SONDAS PARA VIAS BILIARES
- * SONDAS DRS. MOUSSEAU Y BARBIN
- * SONDAS PROFESOR ARHAN PARA MANOMETRIAS ANO-RECTALES
- * SONDAS DE LINTON
- * SONDAS DE SENGSTAKEN
- * HISTEROMETROS DE DALSACE
- * TUBOS DE KEHR
- * DRENAJES
- * EQUIPOS PARA NEFROSTOMIA PROF. J. M. GIL VERNET
- * EQUIPOS PARA NEFRO - URETEROSTOMIA PROF. J. M. GIL VERNET
- * TUBO DE P.V.C., LATEX Y SILICONA

CelPA/España, S.L.

Higiene para colectividades

Poeta Emilio Baró, 24
Teléfono 360 39 58
VALENCIA - 20

Trajano, 18
Teléfono 331 20 95
BARCELONA - 4

Venecia, 42
Teléfono 38 65 12
ZARAGOZA - 7

Roselló, 2
Teléfono 45 01 87
PALMA DE MALLORCA

FILTROS ZANDER

...para aire y gases
comprimidos
TECNICAMENTE 100%
exento de aceite
e impurezas

FILTROS ESTERILIZANTES
Y PARA VAPOR

peiro, s.a.

ESPECIALIDADES PARA LA INDUSTRIA
ESPRONCEDA. 287-295
APARTADO 27282 08018 BARCELONA
TELEFONOS (93) 307 47 50-54-58 TELEX 52720 PEIRO E



Si aún no usa Fixomull es porque no conoce sus muchas ventajas

BDF
programa
medical

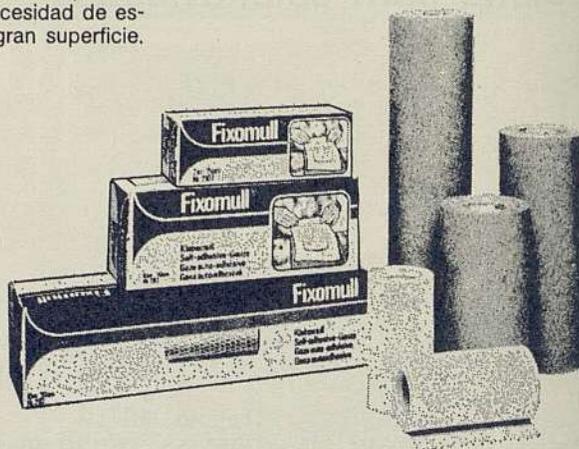
Fixomull es una gasa autoadhesiva, porosa e hipoalérgica. Disponible en distintos anchos para cubrir de una sola vez, y sin necesidad de esparadrapo, los apósitos post-operatorios de heridas de gran superficie.

Fixomull cubre grandes zonas post-operatorias permitiendo la transpiración y el paso de las secreciones a través de sus grandes poros.

Fixomull, gracias a su masa adhesiva acrílica no deja residuos, y se retira sin dolor incluso de pieles delicadas, sensibles, o con vello.

Fixomull®

simplifica el vendaje



Pida folleto informativo, con más amplia información, a

BDF tesa s.a. • Pizarro, 95 Tel. (93) 798 33 00 Mataró (Barcelona)

Revista SELARE

- Al servicio de los Agentes de Pastoral de la Salud.
- Publicación trimestral de los Hermanos de San Juan de Dios, destinada a compartir experiencias, inquietudes y comentarios con los agentes de Pastoral de la Salud a nivel de América Latina.

Dirección: Carrera 8.ª. N.º 17-45 SUR
Apartado 40097
BOGOTÁ, D. E. (Colombia)



técnica suiza

JOYAS - RELOJES - OBJETOS DE REGALO

Reparaciones garantizadas en joyas y relojes.
Grabaciones en cualquier metal.

Paseo Manuel Girona, 44 - Tel. 203 64 39
BARCELONA-34