

LABOR HOSPITALARIA

ORGANIZACION
Y PASTORAL SANITARIAS

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 38. Segunda época. Abril-Mayo-Junio 1986
Número 200. Volumen XVIII

CONSEJO DE REDACCIÓN

Director

Miguel Martín

Redactores

Cecilio Eserverri
Mariano Galve
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
Llibori 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. 2998-61
EGS - Rosario, 2 - Barcelona

Sumario

LH OPINA

- 72 «SUCESIÓN DE HECHOS...» Pascual Piles
74 «ADIÓS. ¡HASTA SIEMPRE...!» José L. Redrado

ORGANIZACIÓN SANITARIA

- 75 UN NIÑO EN LA UCI Y SU FAMILIA
Doctores Martín, García-Tornel, Tobeña, Plaza
79 LA HIGIENE Y LA EPIDEMIOLOGÍA HOSPITALARIA
EN LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA
Cecilio Eserverri Chaverri

POR UN HOSPITAL MÁS HUMANO

- 86 «LA LOCURA COMO AMENAZA» Dr. José L. Lillo

PASTORAL SANITARIA

- 96 EL MUNDO DE LA SALUD EN EL CONGRESO
«EVANGELIZACIÓN Y HOMBRE DE HOY»

BIOÉTICA

- 106 DOCUMENTO EPISCOPAL SOBRE LA EUTANASIA
110 INFORME DE LA COMISIÓN ESPECIAL DE ESTUDIO
DE LA FECUNDACIÓN *IN VITRO*
Y DE LA INSEMINACIÓN ARTIFICIAL HUMANAS

INFORMACIONES

- 112 REVISTA DE REVISTAS Miguel Martín

CURIA PROVINCIAL
HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS

Carretera de Esplugues, s/n
08034 BARCELONA

Teléfono 203 40 00

SUCESION DE HECHOS...

Fundamentalmente, tres datos quisiéramos tener presentes en este momento y sobre todo los que queremos dar nuestra opinión. Son datos muy nuestros, muy de la revista, muy de sus lectores y que demuestran en el ser de cada día nuestra realidad existencial.

El primero de ellos es que nos encontramos en el número 200. La revista, como en otras ocasiones hemos apuntado, ha tenido dos etapas muy características: la primera orientada como órgano informativo de la Orden Hospitalaria y que recogía también algunos artículos científicos, históricos y pastorales, y la segunda orientada, como todos sabéis, expresamente a la reflexión en la Organización y Pastoral Sanitaria. Actualmente salen 4 números al año; anteriormente alguno más. Pero doscientos números a razón de cuatro o cinco números por año le dan muchos años de existencia. Desde que se inició en 1948 hasta hoy, han pasado casi 40 años y éso denota entrega, tesón, sensibilidad, evolución, actualización y otros muchos elementos que no hace falta reseñar.

El segundo es que el Hno. Angel Ramírez ha fallecido. Posiblemente sepáis ya la noticia. A lo mejor, muchos de los lectores no.

Muchos le conocíais personalmente porque con el cambio de etapa la mayoría de las suscripciones las realizó a través de visitas personales. Hace dos años, cuando se presentaba al Hno. José Luis Redrado como Director de la Revista, afirmábamos que durante muchos años el Hno. Angel había sido el alma de la misma. Había estado llevada la revista por un Secretario de Redacción hasta 1966 en que él asumió las riendas de la Dirección. Fue en 1968 cuando se hizo el cambio. Se sentía con demasiado trabajo, quiso dejar paso abierto. Desde la revista, su revista, nuestra agradecimiento a todo su esfuerzo y dedicación. Sabemos que el Señor lo tiene participando de su Resurrección, tenemos la certeza de que seguirá disfrutando de la alegría del Señor.

En nuestro número anterior anunciábamos el nombramiento del Hno. José Luis Redrado como Secretario de la Pontificia Comisión de los Agentes Sanitarios. Eso lleva consigo el que su residencia tenga que estar en Roma. La dedicación del Hno. Redrado a la revista, en esta última etapa, ha sido grande. Muy grande. Como en todas las cosas en que se le hace responsable. Aunque siga estando presente en la revista, sentimos el que se marche. No obstante, nos encontramos satisfechos de su nombramiento y sabemos que hará una formidable labor de Iglesia dentro del campo de la Pastoral de la Salud. Su sucesor será el Hno. Miguel Martín que se encontraba ya dedicado a la revista como Redactor. A él también le auguramos un buen trabajo.

Las Instituciones permanecen, las personas pasan. Pero las Instituciones permanecen porque existen personas dedicadas a ellas. En la medida que lo hacemos con entrega e ilusión, las hacemos fértiles. LABOR HOSPITALARIA, permanece y la consideramos fértil porque el grupo que se dedica a ella lo hace con altura, pero sobre todo con ilusión.

Pascual Piles,

Hno. Pascual Piles
Provincial

¡ADIÓS! HASTA SIEMPRE

A los lectores de LABOR HOSPITALARIA:

La noticia se os dió ya en el número anterior de LABOR HOSPITALARIA: me marchó a Roma, a mi nuevo trabajo de Secretario de la Comisión Pontificia para la Pastoral de los Agentes Sanitarios.

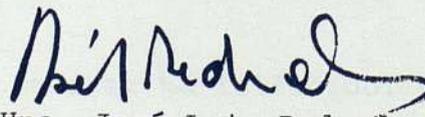
Cuando estéis leyendo esta carta, yo ya llevaré varios días en mi nuevo destino; os lo comunico como "buena noticia" para el mundo de los enfermos y para los profesionales sanitarios. Por ello, este ¡adiós! es un hasta siempre, porque llevamos entre manos la misma tarea, las mismas ilusiones, idénticas búsquedas... A todos nos anima el mismo campo: la salud, los hombres enfermos, los profesionales -tantos y tan dedicados a la tarea.

LABOR HOSPITALARIA ha sido durante muchos años "vanguardia" de ideas, plasmación de práctica, animadora en este quehacer del mundo de la vida, la salud, la enfermedad, la muerte; algo que tiene mucho que ver con cada uno de nosotros.

LABOR HOSPITALARIA ha sido para mí, primero como redactor y después como director, lugar de encuentro, de ilusión y de comunicación.

LABOR HOSPITALARIA queda en manos de un director joven y con ilusión.

Aprovecho estas líneas para agradecer a todos los numerosos testimonios de felicitación con motivo de mi nombramiento. Espero no defraudar tantas expectativas como están puestas en la reciente Comisión Pontificia y me anima el apoyo y adhesión que muchos de vosotros me habéis manifestado.



Hno. José Luis Redrado

UN NIÑO EN LA UCI Y SU FAMILIA

Drs. J. M. MARTÍN RODRIGO - S. GARCÍA-TORNEL FLORENSA
y L. TOBEÑA BOADA

U.C.I. Hospital San Juan de Dios. Barcelona

Dr. J. PLAZA MONTERO

(Transcribe y coordina)

La Unidad de Cuidados Intensivos... algo técnicamente muy sofisticado y a la que se ha colgado el sambenito de frialdad, inhumanización y alejamiento. Puede que sean realidad algunas problemáticas en este sentido.

Sin embargo en nuestra ya muy larga vida hospitalaria no hemos encontrado otro tipo de unidades de Enfermería donde se superen los estados de ánimo favorables a la humanización por parte de todo el personal asistencial. Los sentimientos, por parte de todos, a flor de piel. Las tendencias a la ayuda al paciente y su familia son manifiestos... y sin embargo sigue flotando en el ambiente una sensación de inseguridad, de incredibilidad...

Creo que nada mejor para hacer surgir las problemáticas y sus causas que este escrito espontáneo, simple y por ello sincero, veraz y real de este equipo de pediatras internistas del Hospital San Juan de Dios de Barcelona. Lo encontramos como un riquísimo acercamiento a las problemáticas, con párrafos llenos de sugerencias, precisamente porque no pretende sentar cátedra ni dogmatizar.

El lector sabrá sacar los mejores resultados de su lectura.

J. P. M.

Juanito tiene tres años. Es el menor de los hermanos que, con los padres, componen la familia. Revoltoso y movidillo utiliza cualquier mueble para practicar la escalada.

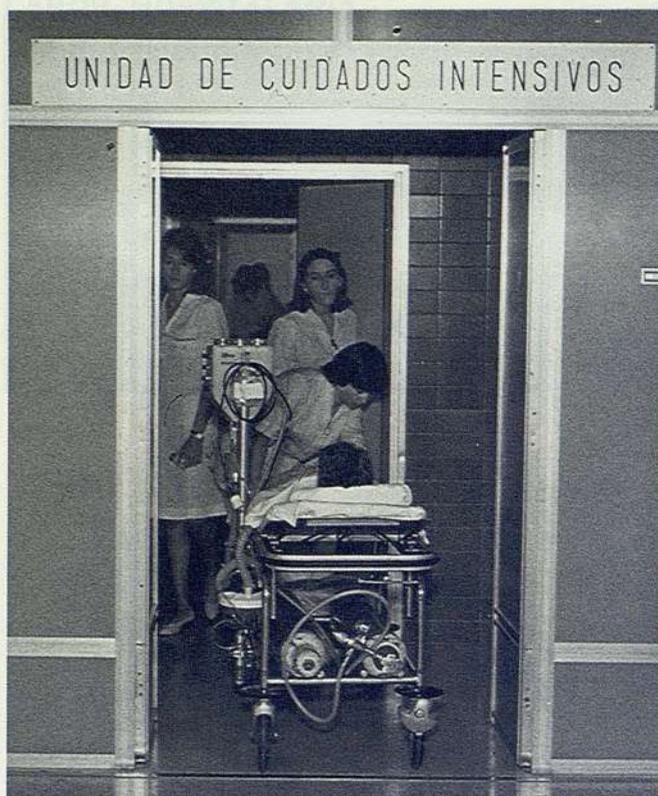
En un lugar del Pirineo, en donde la familia está pasando las vacaciones, el niño ha subido a una roca resbalando y cayendo, aproximadamente desde unos tres metros. El niño ha llorado, los padres le intentan calmar a la vez que le reprochan suavemente por haberse marchado de su lado.

Le llevan al médico del pueblo quien, después de reconocerle cree que el golpe no tendrá importancia; mas, para mayor tranquilidad, prefiere que se le practiquen unas radiografías de cráneo.

Cerca hay un pequeño hospital al cual acuden. Mientras se le hacen las radiografías, el niño va quedando dormido. Por ello el médico de guardia cree conveniente remitirlo al Hospital Comarcal en donde, al existir un servicio de Pediatría podrán vigilarlo más adecuadamente.

En la exploración que se le efectúa, advierte ciertas alteraciones neurológicas, motivo por el que se reclama una ambulancia y se envía urgentemente a la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital de mayor nivel... y los padres detrás.

En el Gran Hospital después de un somero reconocimiento del niño en el departamento de Urgencias lo ingresan rápidamente en la Unidad de Cuidados Intensivos. Allí le desnudan, lo examinan, le extraen sangre



«Adiós, hijo. Aquí te esperamos...». Y se cerró la puerta.

para análisis, le hacen otras radiografías, le ponen sueros, etc.

Al cabo de media hora llegan los padres, se identifican, preguntan por su hijo. Se les toma unos datos, y luego les acompañan por largos pasillos, escaleras y más pasillos hasta un lugar en donde encima de la puerta se lee U.C.I. Espérense aquí y ya se les llamará. (Solos frente a una puerta).

Poco tiempo después, un médico habla con ellos, toma notas de lo que le ha ocurrido al niño hasta su ingreso y les explica el diagnóstico y lo que conviene hacer:

«Juanito, como consecuencia del traumatismo, tiene un hematoma subdural. En el escáner se demuestra que esta hemorragia está localizada en la región parieto-temporal derecha, y provoca un desplazamiento de los ventrículos. Lógicamente hay también un edema cerebral que comprime las estructuras medias y también el troncoencéfalo. Esto es muy peligroso. De inmediato el neurocirujano efectuará un trepano para extraer la sangre. Se espera que todo puede ir bien pero por ahora la situación es muy grave».

Los padres ni se enteran...

La historia la podemos acabar con final feliz. Se realiza la intervención con éxito. El paciente vuelve a la Unidad de Cuidados Intensivos, intubado, con un respirador artificial, un monitor que controla sus constantes vitales, el suero que le mantiene la hidratación y a través del cual se le administrarán los diversos medicamentos que son necesarios. En los dos primeros días su situación es todavía inestable pero poco a poco es capaz de respirar por sí mismo, tolera la alimentación y le desaparecen los síntomas neurológicos que mostró el primer día. La recuperación

la realiza en otra habitación de otro Servicio del Hospital, y a los 20 días es dado de alta con la recomendación de volver a control en fecha ya fijada.

UN COMENTARIO

La historia anterior, con algunas variaciones de tiempo, lugar, enfermedad, se suele repetir continuamente. Personas que, casi siempre de forma brusca, presentan síntomas de gravedad (o se intensifican los síntomas que ya tenían) y que precisan ingresar (para su mejor vigilancia y tratamiento) en las U.C.I.

Las Unidades de Cuidados Intensivos se han creado en gran número en los últimos diez años (se acumulan un elevado número de personas, médicos, enfermeras, auxiliares...) y de recursos materiales (respiradores, marcapasos, bombas de infusión..., etc.) que posibilitan la aplicación de gran cantidad de técnicas, diagnósticas y terapéuticas, para atender en mejores condiciones a los pacientes en estado grave (la mortalidad es más elevada que en otras salas del hospital. Cuando el enfermo no está en riesgo vital, pasa a otra zona de hospitalización).

En estas Unidades debe estar todo preparado para atender correcta y rápidamente cuantos problemas puedan ocurrir en el enfermo:

- Costosos aparatos. Materiales delicados. Numerosas conexiones y cables y tubos. Ruidos y prisas.
- Médicos bien instruidos en los temas de la medicina y avezados para realizar el diagnóstico rápidamente, instaurar tratamientos complejos y cambiantes y utilizar técnicas que se van renovando con frecuencia.
- Enfermeras especializadas y entrenadas en cuidados y técnicas sofisticadas y con el ánimo dispuesto para trabajar durante muchas horas junto al enfermo.

PROTAGONISTAS

En este lugar de trabajo concurren tres tipos de personas:

- **El enfermo:** principal elemento de la atención.
- **El personal sanitario:** sometido a un cúmulo de tensiones superior al que sufren quienes trabajan en otras salas de internamiento. Será bueno recordar algunas de estas tensiones:
 1. Ambiente sumamente angustioso por la gravedad que presentan los pacientes y por las múltiples técnicas, a menudo agresivas, que necesariamente han de utilizarse.
 2. Sus posibles errores pueden tener consecuencias desastrosas para el enfermo.
 3. Los familiares quizás aumentan su agobio por las múltiples circunstancias negativas en que se encuentran (incertidumbre, separación, incomodidad, desenlace...).
- **Los padres:** desde luego importantes y, con gran frecuencia, algo marginados. Para ayudarles en este triste momento de sus vidas, es adecuado reconocer los problemas en que se pueden encontrar y cuáles serían las soluciones.

CONSECUENCIAS

Con las lógicas variaciones, sobre todo en las manifestaciones externas, los padres de los niños ingresados en la U.C.I. suelen reaccionar de forma parecida: Ansiedad, confusión, búsqueda de culpabilidades, incompreensión e impotencia. El ingreso en la U.C.I. constituye una urgencia no planeada. Un accidente, una descompensación metabólica, una infección grave..., son situaciones que, en minutos o en horas, determinan la gravedad que hace necesario el ingreso. Esta rapidez no da tiempo a los padres para su preparación emocional. Además, encontrándose en un lugar extraño, lejos de su casa, en presencia de personas ajenas a su propia familia, incómodos, cansados, con sueño, los padres se muestran incrédulos por lo que está pasando, en situación de total desamparado, y, seguramente, buscando culpables para esta desgracia (ellos mismos que podían haber traído al niño antes, el médico que no ha visto lo que tenía el niño, el colegio).

Es notable también la inquietud y malestar que sienten los padres por la forzada separación del hijo, sin poder hacer nada más por él, ni tocarle siquiera, ni aun poderle decir una frase cariñosa. En muchos hospitales las visitas se realizan a través de cristales y por tiempo limitado; la familia ve de lejos al niño y advierte fugazmente que está rodeado de múltiples instrumentos y aparatos. Con frecuencia estas visitas no hacen más que aumentar la inquietud.

Cuando vuelvan a la sala de espera (si la hay) se encontrarán de nuevo solos y la información que reciban no será suficiente para ellos. Desearían preguntar muchas cosas: ¿sufre mi hijo?, ¿morirá?, ¿quedará bien?, ¿cuál es aquel aparato que de vez en cuando pita?, ¿no estará fallando?, ¿ha comido bien el niño...? pero hay mucho trabajo y, además, ni el diagnóstico ni la situación son seguras, depende de cómo transcurran las primeras horas, el pronóstico será mejor o peor. Cuando pasa por delante un médico o enfermera o el mecánico se le volverá a preguntar. Contestará con la mejor buena voluntad; pero aunque sólo sea por la forma distinta de enfocar la información hará ésta más confusa.

En las horas de espera (el tiempo parece que no pasa) se vuelve a pensar en el inicio de todo, en los otros hijos, en el trabajo y, sobre todo, se dan vueltas y vueltas a la cabeza para encontrar explicación y soluciones (¿no sería posible trasladarle a otro hospital en donde hacen trasplantes?, en América hay un medicamento que cura algo parecido).

Para aliviar estos problemas se deben intentar soluciones, algunas fáciles, otras más complejas pero que todas ellas requieren tiempo y dedicación hacia los padres que están sufriendo en la espera (aunque, naturalmente, ya se llevan a la práctica, no es ocioso incidir en ello).

- Información frecuente y adecuada a las posibilidades receptoras de las personas a las que va destinada, sin caer en exageraciones inusitadas, ni tampoco ofrecer falsas mentiras piadosas en espera de que el tiempo u otra persona tenga que dar más tarde noticias más adversas. Hay que señalar los posibles diagnósticos, qué es lo que se puede esperar que ocurra en las horas o días

siguientes, cuáles son las técnicas y aparatos que se van a utilizar, etc. Y ello dicho siempre por la misma persona para evitar desigualdades de expresión y malentendidos; los otros miembros del equipo deben conocer la información suministrada por si en algún momento han de ser ellos los que informen. Además, los padres deben conocer el teléfono al cual pueden llamar en cualquier momento y también los nombres del médico y la enfermera, todos ellos pequeños detalles que pueden tranquilizar a la familia.

- Escuchar a los padres. En principio para elaborar la historia clínica, pero también oír sus puntos de vista, sus dudas y sus temores y poder dialogar con ellos evitándoles sentimientos de culpabilidad y ofreciéndoles apoyo.
- Espacio físico adecuado. Sala de espera cercana y cómoda. Darles otras salidas, a la cafetería, a la capilla, al vestíbulo, etc., lugares donde no se encuentren solos, al menos en algunas ocasiones, ya que en otras querrán precisamente estar solos para exteriorizar con mayor libertad sus sentimientos de tristeza. Es conveniente pasadas las primeras horas ofrecerles la posibilidad de irse a su casa para descansar o asearse, en la seguridad de que serán avisados si algo nuevo ocurre.
- Apoyo. Mediante otros miembros de la familia (que sin embargo a veces representan un inconveniente), el servicio religioso, el servicio social, los voluntarios y los propios médicos y enfermeras.
- Visitas frecuentes a la Unidad, siempre que no impidan o dificulten el desarrollo de la actividad asistencial. Si es posible deben entrar en el recinto de la Unidad para acariciar al niño, hablarle y, cuando sea factible, ayudar a darle de comer, a bañarle, a cambiarle, etc.

Aun poniendo la mejor voluntad por parte de unos y otros son frecuentemente advertidos algunos conflictos entre los padres y el personal que trabaja en U.C.I.:

- Actitud negativa de las familias al recibir noticias desagradables para ellos.
- Rechazo de ciertos tratamientos (transfusiones de sangre por parte de los miembros de alguna confesión religiosa, traqueotomía, amputaciones, etc.).
- Indicación de otras posibilidades terapéuticas (¿no lo podrían tratar mejor en aquel otro hospital?, ¿sería posible un trasplante?).
- Sensación de no recibir información suficiente. Los padres suelen buscar un conocido dentro o fuera del hospital para que les ayude. O preguntan a cualquier persona que entra o sale de Intensivos para decirle que lleva horas allí y no le han explicado nada, aun cuando el médico le ha informado minutos antes.
- Animadversión hacia los padres si el personal les considera culpables, sobre todo en caso de malos tratos, abandono de medicación, etc.

REFLEXIONES

Después de expresar nuestra experiencia adquirida en los bastantes años de ejercicio en una U.C.I. pediátrica,

pensamos que todos estos problemas que se repiten diariamente (pues son cada día otros los enfermos y sus padres) se van limando con el conocimiento de ellos y con la dedicación en tiempo y en comprensión de todos los que trabajamos en estos sitios.

Al final de nuestro trabajo nos sorprenden aún dos hechos en los cuales se debería profundizar:

- Los padres de los enfermos que han estado en la U.C.I. dos, tres o más días y se están recuperando, piensan que todavía es demasiado pronto para salir de allí. Manifiestan su temor ante el diferente trato asistencial que, presumiblemente recibirán en otra sala (y esto a pesar de la angustia, de la separación, etc.).
- Un tanto por ciento muy elevado de pacientes que han sido atendidos en la U.C.I. y después han tenido su convalecencia en otras plantas no volverán nunca a la Unidad para saludar ni despedirse (¿temor?, ¿malos recuerdos?).

Los Cuidados Intensivos se han de dedicar fundamentalmente a la atención del niño ingresado, pero implican de alguna forma también la ayuda a los otros miembros

de la familia, mediante el esfuerzo conjunto de todas las personas relacionadas con la U.C.I. así como existen continuos intentos para mejorar la capacidad diagnóstica y terapéutica, también se debe ofrecer igual atención a encontrar recursos para proporcionar apoyo a la familia, sobre todo sabiendo hablar y escuchar a los familiares. Hay que adecuar a los hospitales y Unidades de Cuidados Intensivos para que sean receptivos a las necesidades especiales de la familia durante esta época crítica.

Esto es una U.C.I. Puesto fronterizo entre la esperanza y la desesperación, entre la confianza y el recelo, entre el abandono y la culpabilidad... entre la vida y la muerte.

Un niño dentro, unos padres fuera y los profesionales en el medio. Situación delicada para todos ellos. Y por ello, siempre necesitada de tiempo y lugares de humanización donde el contacto personal, tan sincero como cercano, está llamado a lubricar un mundo de por sí duro y tenso.

¡Ha nacido una revista:

DOLENTIUM HOMINUM!

- Órgano informativo de la Comisión Pontificia para la Pastoral de los Agentes Sanitarios.
- De carácter cuatrimestral.
- Editada en cinco idiomas (español, italiano, francés, inglés, alemán).
- Precio de suscripción:
España: 3.000 ptas.
América: 25 \$

■ *Dirigirse a:*

DOLENTIUM HOMINUM

Comisión Pontificia para la Pastoral de los Agentes Sanitarios
Via della Conciliazione, 3
00193 ROMA

LA HIGIENE Y LA EPIDEMIOLOGÍA HOSPITALARIA EN LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA

C. ESEVERRI CHAVERRI

La Higiene y la ciencia básica en la que se apoya, la Epidemiología, constituyen hoy uno de los puntales de la Calidad Hospitalaria.

La Enfermería no puede quedar al margen de esta inquietud precisamente por su posición clave en las normativas de la Higiene y sobre todo en el campo de su aplicación.

Ya en 1974 el profesor ERNEST JAWETZ, trataba de la importancia de la creación de Comités de Infecciones en los hospitales, de la necesidad de educación sanitaria a nivel de médicos, enfermeras, administradores hospitalarios... de la codificación de normativas de asepsia y desinfección, de la puesta en marcha de programas educativos para formar especialistas en Higiene Hospitalaria y Epidemiología Infecciosa, etc., con la finalidad de contrarrestar la problemática en cuestión. De lo contrario, los economistas, los abogados y la sociedad en pleno intensificarán sus justas demandas para conseguir una medicina más efectiva, segura y económica, como corresponde a nuestro tiempo.

INTRODUCCIÓN

En España su historia, los datos históricos, no son muy antiguos. Si de los datos históricos generales, además, descendemos a interesarnos por unos en concreto, es posible que no encontremos referencias. Este puede ser el caso, la circunstancia que nos interesa. La higiene, desde el punto de vista médico, la epidemiología es en nuestro país un tema, al parecer, poco recogido por los historiadores. Si de las ciencias médicas pasamos a lo que podemos llamar, también, ciencias de la Enfermería, los datos se nos presentan, obviamente, más recortados. Pero aun así, no debemos desanimarnos, pues sabemos que los buenos resultados aparecen siempre acompañando a los esfuerzos.

Con el único deseo de centrar nuestro tema, vamos a tratar aquí de la historia de Enfermería en relación con la higiene y epidemiología hospitalaria. Y nos centramos en Enfermería por la simple razón de que es este tema el que se nos ha pedido que tratemos. Y, también, otra razón no tan simple, como es que en nuestro caso la Enfermería y la Historia son elementos profundamente introjectados en nuestro ser. Estos temas son mi yo.

ORÍGENES MEDIEVALES

Posiblemente los primeros datos realmente serios nos los aporte san Isidoro de Sevilla. Ciertamente, andaban por ahí, desperdigadas, muchas referencias. Pero nadie precisaba en letras, podríamos decir de molde, las ciencias del saber antiguo. Nuestros viejos reyes visigodos no estaban para muchos números ni para entretenerse con las letras

ni las literaturas. Las ciencias tampoco eran su fuerte. En la formación política tenían muy alto nivel. A la sazón reinaba el energético Leovigildo y corría el año 580.

«El único testimonio que tenemos de una institución asistencial estable en favor de los pobres es el hospital de la Iglesia de Mérida»¹. García-Villoslada, citando a J. Orlandis del libro *la Iglesia visigótica y medieval* (Pamplona, 1976), precisa: «La atención del hospital se hallaba encomendada a una plantilla de médicos y enfermeros, los cuales no tan sólo habían de recibir a los pacientes que acudían allí en demanda de asistencia, sino que debían recorrer la ciudad para hacerse cargo de las personas dolientes y llevarlas a la institución benéfica»¹. Este hospital era fruto de los éxitos del médico-cirujano y obispo de Mérida, Paulo, de su sobrino y sucesor en la sede meritense Fidel y, especialmente, del obispo Masona que invirtió en la erección del hospital las posesiones conseguidas por sus dos ilustres predecesores en el obispado de Mérida, además de sus bienes propios.

Amigo de Masona era por los mismos años, 590, Leandro y su hermano Isidoro, obispos de Toledo y Sevilla, respectivamente. Estos ilustres varones lograron elevar la cultura visigoda a las más altas posibilidades. Tal vez Isidoro, inspirándose en el pragmático Masona, en su hospital meritense, recopilara las ciencias médicas de su época y las plasmara en el libro de las Etimologías.

Isidoro en su enciclopedia titulada *Etimologías*², precisa, ya al principio del libro IV, que trata «Acerca de la Medicina», y distingue dos funciones profesionales o dos líneas médicas: «A ella, a medicina,

le incumben no sólo los remedios que procura el arte de quienes con toda propiedad se llaman médicos, sino, además, la comida, la bebida, el vestido y el abrigo; todo aquello, en fin, que sirve de defensa y protección, gracias a lo cual nuestro cuerpo encuentra salvaguarda frente a los ataques y peligros externos».

Es decir, que Isidoro distingue, insistimos, entre los «remedios que procura el arte de quienes con toda propiedad se llaman médicos» y *quienes prestan cuidados*, que ya en el hospital de Mazona eran denominados enfermeros¹. En el texto isidoriano la partícula SINO es una conjunción adversativa y, por tanto, la segunda idea o proposición modifica o cambia el contenido de la primera. Así nos lo ratifican autores tan fuera de cualquier interés profesional, como Ricardo García Villalobos, José Oroz Reta, Pedro Laín Entralgo, entre otros.

Metiéndonos ya en el campo que nos motiva sobre higiene y epidemiología nos centramos en el capítulo o apartado 12 que trata sobre los perfumes y ungüentos. Este tratado sobre perfumes es el origen de los sahumeros, largamente utilizados en nuestras enfermerías hasta bien entrado el siglo XX. Los perfumes se utilizaban como purificadores del ambiente o del aire inficionado. Tema éste siempre muy preocupante para los profesionales de la sanidad de todos los tiempos.

Sin salirnos del mundo visigótico nos vemos en la obligación de volver al hospital de Mérida, provincia de Badajoz. Aquí la higiene era una exigencia. Aquellos médicos y aquellos enfermeros tenían obligación de controlar la limpieza de todo y en todo. Las reglas de san Benito, llegadas a nuestro país a través de sus monjes; el viejo obispo Mazona, 580, las reglas de trabajo isidoras nos apuntan unos primeros avances, unas iluminadas ideas. Eran aquellas gentes pragmáticas. Investigaban, deducían la *regula vitae*, muy ligada al principio vital más elemental: «Comer bien y con limpieza»³. O en otro lugar: «Que los enfermos tomen viandas delicadas y limpias». El pozo monacal o el hospitalario, en medio del claustro, era la unidad de medida que tomaban para referenciar la importancia que daban a la higiene. Pobres pero limpios, parece que querían transmitirnos a las generaciones venideras.

Estas medidas higiénicas y epidemiológicas se mantuvieron durante siglos. La evolución científica no resultaba muy acentuada. La medicina y la enfermería no se disociaron profesionalmente de una manera ostensible. «En general, la primera parte de la Alta Edad Media se caracterizó por una desaparición casi general de cualquier tipo de enseñanza organizada»⁴. Hacia la mitad del Medievo en las enfermerías monacales como en los hospitales que podríamos llamar civiles se procedía más o menos igual. En el hospital de Sahagún, por los años 1065, con 70 camas, disponía de personal permanente en sus enfermerías con la presencia de dos monjes: «Para hospedar y recibir a los pobres, hacerles las camas, lavarlos, darles baños, cortarles las uñas y las barbas y curarles cuando caían enfermos»⁵.

Saltando fechas y recorriendo lugares, nos encontramos ahora en Pamplona y corren los años 1084. Aquí, junto a la Catedral funciona desde hace mucho tiempo el Hos-

pital de San Miguel. Nos lo recuerda el *Libro Redondo*, actualmente conservado en los archivos de la Catedral. Los canónigos Hospitalero y el Enfermero tiene la obligación de servir a los enfermos, cada día: «Pan de libra con carne cocida y legumbres».

Siguiendo en Navarra, nos desplazaremos ahora al Norte, a los Pirineos, a Roncesvalles. Reina a la sazón Alfonso el Batallador y corren los años de 1127. Este es uno de los cuatro mejores hospitales de la humanidad.

Está influenciada su gestión por el espíritu monacal, las migraciones jacobeanas y la técnica de los Hospitalarios de San Juan de Jerusalén. Aquí un Monje-canónigo «daba la limosna y comida cotidiana, tanto a los sanos como a los enfermos; otro administraba los sacramentos y tenía a su cargo los asuntos espirituales; un tercero cuidaba de la ropa, camas y limpieza del centro»⁶. Pasado un siglo, a mediados del siglo XIII, este hospital disponía de dos salas: una para hombres y otra para mujeres, atendida esta última por personal femenino. «A cuantos llegaban se les lavaban los pies, se les arreglaba el cabello y la barba e, incluso, se preparaban baños»⁷.

Simultáneamente, lo mismo que en Navarra, acontecía en Cataluña, en Barcelona. Por tanto, corrían los últimos años del siglo X. Desde 992 hasta 1018 gobierna estas tierras el conde Ramón Borrell. Este conde manda reconstruir el hospital que había sobre las murallas de la ciudad, frente a la actual calle Tapinería, en la calle Bajada de la Canonja. Lo mismo hace Ramón Berenguer y su mujer Isabel, actualizan el hospital y lo ponen bajo la advocación de la Santa Cruz y Santa Eulalia. En este hospital, en las enfermerías cuyas galerías daban a los claustros de la antigua Catedral, a los enfermos se les servía «una vez al día un pan de harina de trigo candeal, pasada la harina por el cedazo, de dieciocho onzas, bien cocido; una sexta parte de un *quarter de vi* de Barcelona, fuerte, sin aguar; una quinta parte de una libra carnicera de carne de cordero o la cuarta parte de carne de ternera o de buey. En los días de abstinencia una comida de pescado o de queso o de huevos y una ración de guisado, bien y decentemente cocido y eso último tanto en días de carne como en días de pescado»⁸. La referencia higiénica es bien precisa.

Aquí, al llegar a la altura de los siglos X y XI, podemos ver la gran preocupación que motivaba a aquellos sanitarios españoles en cualquiera de sus regiones. El paralelismo es sorprendente y aleccionador.

Se nos insiste en 580, en Mérida, que las «viandas sean delicadas y limpias»; en Pamplona que se sirvan las comidas «pulcra y decentemente»; en Cataluña, en Barcelona, que sean los alimentos «bien y decentemente cocidos». La preocupación, la obsesión higiénica es, resulta, en los sanitarios españoles, a lo largo de la primera mitad del medioevo, constante, continuada, precisa. Por las mismas fechas tenemos documentación que se preocupaban grandemente de la higiene en general y que *limpiaban* las camas de los «pediculos corporis»⁸.

Otro elemento importante en la historia de la higiene y de la enfermería española era el hecho de disponer en los hospitales españoles de camas individuales. Raros son los casos en que aparece la cama colectiva. Tal vez apenas si se llegó a utilizar este sistema, ni sabemos dónde. Uno de los testimonios plásticos que conocemos y disponemos está en un capitel del Claustro del Monasterio de Poblet, en donde, por cierto, en estas fechas disponía de las enfermerías y farmacopea, si así podemos denominar, más modernas de estos siglos. Incluso, la suma de complementos para componer las camas eran ya en aquellas fechas clásicos o estandarizados. En un inventario del Hospital Desvilar, en Barcelona, 1405, se precisa, según datos recogidos del Archivo del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo: «Seis camas, cada una con seis tableros y dos patas nuevas de madera de Castellón de Burriana, con seis jergones nuevos llenos de paja y seis colchones con sus cubiertas y bajos de cáñamo y seis traveseros rayados. También seis pares de sábanas de cáñamo, esto es, cada cama un par de sábanas. También doce frazadas, esto es, seis nuevas y seis viejas, en cada cama una nueva y una vieja».

La separación de enfermos, según sus patologías, también se tenía muy en cuenta. Igualmente podríamos decir de la decoración y buen aspecto en las enfermerías, complemento de la higiene. A mediados del siglo XIII en Barcelona, en el Hospital de Pere Vilar o de Sant Maçia, en el día de la fiesta patronal, «se adornaban las enfermerías con cerezas y rosas, y ponían lirios junto a las camas de los enfermos»⁸.

La higiene mental, incluso, parece que les preocupaba a aquellas gentes duras y sensibles, tal vez incluso emocionadas. Es el caso del Hospital Nuestra Señora de Gracia, en Zaragoza, por los años 1425. Sus Constituciones indicaban: «Todos los enfermos, así hombres como mujeres, de cualquier nación que sean, que vinieren a esta Santa Casa, y las mujeres que estuvieran cercanas al parto, tiñosos y locos, sean todos recibidos para curarles y regirles, con mucha caridad y piedad...». Y añaden, a guisa de colofón higiénico-mental: «En llegando los recibirá el portero con alegría»⁵.

EL RENACIMIENTO EN LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA

La enfermería española también tiene su proceso renacentista. Y, dentro de este renacimiento enfermerístico, la higiene sanitaria y hospitalaria. El punto *cero* que bipolariza el diseño de la enfermería española es, a nuestro juicio, el año 1417. Esta fecha precisa el *antes* y el *después* del proceso profesional de la enfermería española. Estamos en Barcelona, en el Hospital de la Santa Cruz. Sólo hace 17 años que lo fundara y comenzara a construir el rey Martín el Humano, junto con el obispo de la ciudad y los miembros del Ayuntamiento. En estas fechas de 1417, en las Constituciones de Régimen Interior, se mandó que en el Centro haya un Enfermero Jefe. Este, además de un gran número de funciones y tareas en general, en cuanto a su relación con la Higiene hospitalaria, se le precisa:

- «En primer lugar que los lave o les haga lavar a los enfermos los pies y limpiarse dónde y en la forma que correspondan».
- «En segundo lugar que prepare a cada uno su cama limpia».
- «Conserve el enfermero la ropa que el paciente llevare encima, en la guardarropía del propio hospital, poniéndola en orden; es decir, que la ropa de los difuntos no sea mezclada con las demás, sino que sea atada y empaquetada separadamente la una de la otra».
- «El enfermero no permitirá que ningún pobre enfermo, de los que están en el hospital, salga del mismo sin estar perfectamente curado de su enfermedad; a fin de que, como ocurre muchas veces, cuando se van sin estar del todo curados, por su propio descuido recaen y luego han de volver al hospital».
- «Visitará las enfermerías por la mañana dos veces y después de las comidas otras dos y, sobre todo, sin ninguna excepción, en las horas de las comidas, a fin de que pueda observar su forma de comer y si la comida que les ha sido preparada, probando y comiendo de ella, es buena y suficiente».
- Y durante la noche, es decir, antes de media noche, otra vez visitará las enfermerías. Y después de media noche, otra vez, para que pueda ver la situación de cada enfermo, ordenando y solicitando continuamente a los servidores que estén dispuestos a servir a los enfermos, que estén junto a ellos y que sean solícitos en darles comida y medicinas en las horas que hayan sido previstas por los médicos, y que les haga mantener limpios, así en la comida como en las demás necesidades».
- «Facilitará a las sirvientas destinadas a servir a las personas todas las cosas necesarias y las mantengan limpias, tanto de parásitos como de suciedad».
- «El Enfermero Jefe deberá tener a disposición la ropa, tanto de las camas como toda la demás, para el uso y servicio de las enfermas». Lo mismo dice respecto de las personas que cuidan de los niños⁸.

No pudiéndonos entretener con multitud de datos, simples e interesantísimos, vamos a ir progresando en la historia. Estamos en pleno siglo de Oro. El año que corre es el de 1524. Carlos I de España quiere poner orden en los hospitales reales, fundados muchos de ellos por sus abuelos los Reyes Católicos. Y la única manera de poner orden es, precisamente, desarrollando un reglamento de régimen interior. Fue este año, exactamente, 1524, cuando sale a la luz un reglamento para el Hospital Real de Santiago de Compostela y que servirá de base para el resto de hospitales reales⁹.

En estos cursos que programa el Hospital San Juan de Dios sobre Higiene hospitalaria, los directivos de los mismos recomiendan la asistencia a ellos a los administradores hospitalarios. El emperador Carlos fue, tal vez, el primer interesado en recomendar la presencia de dichos administradores.

Las razones de todo esto resultan obvias. Son de simple lógica. En las constituciones precisa: «Para todo esto el administrador haga tener los instrumentos necesarios». «En todas las visitas diarias a los enfermos se ponga gran diligencia y recaudo y esté presente en ellas al administra-

dor o mayordomo para que se haga todo cumplidamente con cada enfermo, como se haría con el mismo administrador (si estuviera enfermo) pues de aquellos pobres es la casa y la hacienda y para este solo fin se fundó»⁹.

El rito de repartir las comidas resulta apasionante, mas no podemos entretenernos. Pero manda que: «acabado de comer limpien luego las enfermerías, y aderecen las camas y la misma orden mandamos que se guarde en la cena»⁹.

Las camas han de ser de buena calidad y bien acondicionadas. Cómodas, por tanto, e higiénicas. «Mandamos que los lechos de los enfermos sean de buena madera de castaño o de nogal, y el techo de madera de candel; y cada cama tenga un jergón de pajas, y encima un colchón, o dos según la ropa que hubiere en la casa, y en cada cama un par de sábanas y un par de almohadas, y encima un covertedor o colcha, lo que mejor pudiere haber. Y delante de la cama una cortina que corra con presillas, y en cada cama una campanilla con una cadena para que pueda el enfermo llamar con ella»⁹.

El complemento a todo este documento sobre la cama, importantísimo por cuanto significa en favor de la higiene personal de los enfermos y de las enfermerías, aparece el asunto del tratamiento seguido con el proceso del traslado de los difuntos y de las deyecciones de los enfermos. «En la parte donde están las camas ha de estar el callejón para sacar los cuerpos difuntos y haya una puerta por donde puedan los enfermos ir al servidor, el cual esté en una caja de madera con su lienzo, el cual se cambie y lave y limpie las veces que sea menester»⁹.

«Tengan también algunas pieles de carnero bien sobadas o fieltros para que los pongan a los que tuvieren flujos»⁹. «Item que haya dos bacinias grandes para lavar los pies a los enfermos, y siempre en las cocinas haya agua de buenas hierbas para ello»⁹. «Item mandamos que en cada enfermería haya dos lámparas que ardan de noche, para que siempre haya luz en las enfermerías»⁹. Tampoco aquí podremos entretenernos en temas que siempre resultan interesantes, pero nos vemos en la obligación de seguir nuestro relato.

Ahora nos desplazaremos a Granada. Aquí tenemos en pleno funcionamiento el Hospital Real fundado por los Reyes Católicos. En este centro estuvo hospitalizado y después trabajó como voluntario san Juan de Dios. Tal vez con cuanto aquí aprendiera más algo que pudo sacar de su estancia en el hospital de Guadalupe, Cáceres, en donde también trabajó una corta temporada como voluntario, sumado todo esto a su mucha intuición, consecuencia natural de su despierta inteligencia, Juan de Dios hacía poco que había fundado su propio hospital. Ahora corren los años 1550 y, Juan de Dios, abrumado por el trabajo y las responsabilidades, escribe una carta a su amigo y bienhechor Gutierre Lasso de la Vega. En el texto hace una descripción y separación de diagnósticos: «Aquí hay de todas enfermedades y suerte de gentes: Así que hay tullidos, mancos, leprosos, mudos, locos, paráliticos, tiñosos y otros muy viejos y muchos más... y también crianza de

niños que aquí echan»¹⁰. Y escribiendo a la Duquesa de Sesa, precisa que está: «cargado de deudas como de pobres, que vienen muchos desnudos y descalzos y llegados y llenos de piojos que he menester un hombre o dos que no hagan más que escaldar piojos en una caldera hirviendo y este trabajo será en adelante todo el invierno hasta el mes de mayo»¹⁰.

Siguiendo en Granada, en el hospital que fundará el enfermero insigne Juan de Dios, al llegar al año 1585, en sus Constituciones, encontramos una serie de hitos higiénicos dignos de mención. En primer lugar, se procedía como en todos los centros desde que tenemos datos históricos: «Los enfermeros tendrán cuidado de cuando se recibe al enfermo, antes que lo acuesten en la cama si fuere posible lavarle la cara y manos, cortarle el cabello y las uñas y si no perjudicare a su salud, lavarles las piernas de suerte que esté con mucha limpieza y después de todo esto lo acostarán en la cama bien aderezada con sábanas y ropa limpia, almohadas, escopietas, y camisa del hospital si el enfermo no la trajere; todo lo cual se mudará cada ocho días»¹¹.

«Tendrán cuidado de perfumar cada día tres veces las salas, por las mañanas y a mediodía y a la noche, y más veces si fuere necesario; y será con romero si no hubiere otra cosa mejor»¹¹.

Saltando también aquí gran cantidad de documentos sobre la higiene en las enfermerías, precisaremos algunos puntos novedosos hasta la fecha. En primer lugar el uso de las servilletas. Es la primera vez en la historia hospitalaria que detectamos la existencia y uso de este elemento sumamente relacionado con nuestro tema. «Tendrá cuidado el Enfermero Mayor de proveer de servilletas, para que los dichos enfermos coman en ellas y se limpien, así por lo que toca a su limpieza, como por lo que la ropa, las cuales sean grandecillas de suerte que se puedan poner en ellas el plato y limpiarse. Serán de lienzo bastillo y mudarse han cada semana»¹¹.

La limpieza es en este hospital algo que preocupa obsesionalmente. «Tendrán cuidado en acabando de comer los enfermos, los hermanos y sirvientes, de fregar con ceniza y agua caliente las ollas, sartenes, cazuelas, asadores, y todo lo demás que estuviere a su cargo, de suerte que haya en todo ello mucha limpieza; y así mismo tendrán cuidado de barrer la cocina por la mañana y después de comer»¹¹. «La ceniza que se recogiere cada día, la juntarán cada noche en algún lugar que se señalare para que se la entreguen a las lavanderas»¹¹. Dos años después, 1587, se insistía al Enfermero Mayor: «Tendrá cuidado de hacer lavar la ropa y que por su negligencia no se pudra o pierda alguna. Que cada ocho días o antes si conviene haga se mude la ropa sucia de las enfermerías y otras partes de la casa. Que haga renovar los colchones, sacudir la lana y hacer otros nuevos»¹¹. Tampoco aquí podremos detenernos con profusión de temas. El material es inmenso, el tiempo corto, el interés grande... pero hay que seguir. ¡Adelante!

LA HIGIENE EN LA ENFERMERÍA DEL BARROCO

Nuestra historia enfermera nos ofrece, en 1664, una obra publicada por el enfermero hermano Andrés Fernández, de la Congregación de los Obregones. Aporta un profundo material sobre la higiene. Por cambiar el giro hacia una faceta científica, pondremos una de sus recetas para el cuidado y curación de los enfermos tiñosos.

El siguiente unguento magistral aplicaban aquellos enfermeros en el Hospital General de la Villa y Corte de Madrid, por los años 1660, según fórmula, cita el autor, original del médico de dicho centro, doctor Rayado: «Una libra de cohombros amargos, las raíces de ellas ralladas, se cuezen con un azumbre de vino tinto, y con una libra de aceite, todo junto, hasta que se gaste toda la humedad del vino y del cohombro, de modo que se quede sólo el aceite. Y colado se le echa cuatro onzas de cera y otras cuatro de sebo de velas, y otras cuatro de manteca de vaca, zumo de cuatro limones agrios, media onza de pimienta, todo molido, una onza de azufre, cocido en fuego blando, se haga unguento, meneándolo siempre, hasta que se incorpore»¹².

Siguiendo con los Obregones, en sus Constituciones, que generalmente regían en los hospitales oficiales del reino, se recomendaba por los años 1624: «Los enfermeros tendrán cuidado de dar una vuelta de cuando en cuando por las enfermerías para refrescar las bocas y lavárselas a los enfermos, particularmente a los que tienen calenturas malignas, que crían sarro sobre la lengua... y es experimentado serles de gran provecho este cuidado»¹³. «En el aparador, prosigue, en que la comida se ha de repartir, habrá una mesa cubierta con manteles limpios sobre que se parta la comida, y allí estarán delantales y manguitos que se han de poner los que sirven, y una toalla en que se limpian, y con agua manil con que se laven y sírvase con limpieza»¹³. Insiste en la clásica limpieza de las enfermerías, las camas, «poniéndolas, porque no pudran las ropas, pellejos y sábabas, y por la mañana se vaciarán los servicios para evitar el mal olor y más veces si fuere menester»¹³.

Volvamos otra vez a Granada, al Hospital Real. Las Constituciones de Carlos I, aplicadas después por Felipe II y ahora, 1671, por Felipe IV, van degenerando su contenido. En primer lugar la figura de los Enfermeros Jefes es reducida, por falta de dinero para pagarles, a enfermeros de base, aunque les exigen rindan como antes. «Mandamos que de ahí adelante no haya en el dicho hospital Enfermera Mayor, y que cese el salario que se le daba. Y que sólo haya un enfermero y una enfermera, los cuales han de ser marido y mujer, para que curen y regalen a los enfermos; el marido a los hombres y la mujer a las mujeres, sirviéndoles con mucho cuidado, amor, caridad y limpieza, con el salario y ración que hasta aquí han tenido»¹⁴. Estas normativas tan drásticas y poco remunerativas, generaron degradación y ya en 1593 y, después, el 24 de noviembre de 1632 los visitantes oficiales, una especie de auditoría hospitalaria externa, se vieron en la necesidad de indicar, según consta en el folio 24, n.º 7: «Mando que en la galería del Hospital no haya gallinas, ni palomas, como lo dejó ya escrito el visitador anterior»; se refiere a la visita del 25 de agosto de 1593.

Si seguimos con los hospitales reales pero ahora en Madrid, 1760, el rey Carlos III manda a los Enfermeros Mayores que exijan de los «Practicantes no omitan el más puntual cumplimiento en sus respectivas obligaciones, y que la limpieza se haga a su debido tiempo, y con cuidado y aseo que se requiere»¹⁵. Carlos III fue el hombre español más preocupado por los aspectos higiénicos tanto hospitalarios como urbanos y públicos. En España, al llegar a estos años, la higiene ofrecía un panorama ciertamente lastimoso. El rey estableció que se embaldosaran los entornos de las casas y de todos los edificios; también mandó que se establecieran desagües de los servicios domésticos. Las resistencias a estas medidas, tanto de los nobles como de la ciudadanía en general, resultaron fuertemente violentas. A tal punto se llegó que el mismo rey decía de los españoles que «eran como chiquillos, que rabian si se les limpian los mocos»¹⁶. Es sorprendente que por estas mismas fechas, 7 de abril de 1764, en que el rey de España Carlos III prohibía, bajo duras penas, «que no se arrojen los desperdicios e inmundicias por las ventanas a la calle o las dejen en las plazas y mercados»¹⁶, su paisano de nacimiento, el abate Spallanzani «veía la posibilidad de exterminar los infusorios y otros protozoos hídricos con una simple ebullición del agua»¹⁷.

En Barcelona, en el Hospital de la Santa Cruz, cuando llegamos a 1756, se recomienda al Enfermero Mayor que «deberá, siempre que lo juzgue conveniente, entrar en la cocina, a ver si en todo lo que se hace para los enfermos se pone el cuidado debido». «Es de la obligación del Enfermero Mayor cuidar y providenciar que en la carnicería se reserve y aparte la mejor carne para los enfermos». «Así como es preciso determinar las horas de almorzar y cenar, lo es también que los enfermos tengan después tiempo para la quietud y el reposo...». «Mandaré que en las salas se guarde todo el silencio posible, pues no es justo que los unos den molestias a los otros si pueden evitarlo». «Cuiden de que las camas de los enfermos estén bien, que de este modo estarán presentables, abrigados y no arrastrarán las sábanas y la ropa». «No permitan que las visitas y familiares lleven nada de comer a los enfermos, ni introduzcan tabaco, cigarros, ni cualquier otra cosa»¹⁸.

Con el inicio de siglo aparece un nuevo libro de Enfermería, aunque de autor francés, publicado en castellano; era el *Manual para el servicio de los enfermos*, de Ms. Carrere¹⁹. No nos detendremos en comentar el tema de la higiene que aporta esta obra, sino que:

Procederemos a introducirnos en el siglo unos cuantos años, 1833, y a traer a consideración el mejor libro de Enfermería de la época. Su autor es José Bueno y González, Enfermero Jefe del Hospital San Juan de Dios de Cádiz. Este autor, introduciéndose en las nuevas tendencias del enciclopedismo y la razón, define la Enfermería y dice que «debe constituir una ciencia particular, enseñada por principios»²⁰. Esta fecha de la publicación del libro es menester tenerla en cuenta por cuanto aún faltaban 30 años para que apareciera la primera obra de Florence Nightingale o, también, aún faltaban los mismos años para que Pasteur, 1860-1865, descubriera

los gérmenes patógenos. También faltaban los mismos años para que Alois Bednar, siguiendo los descubrimientos de Ignaz Philipp Semmelweis, 1846, instaurara la «desinfección de las manos con agua de cloro antes de curar el ombligo del recién nacido»¹⁷.

A grandes rasgos, pues, vamos a ver qué nos recomienda Bueno y González, hermano de san Juan de Dios, respecto a la higiene. Nos habla del aire respirable, su composición, del ácido carbónico, del nivel calórico medido por el termómetro de Reamur; del calor lumínico, de la electricidad y sequedad del aire, del aire húmedo y cálido o húmedo y muy frío y de su utilidad a la hora de cuidar o atender a los enfermos en el hospital. Para debilitar la mala influencia de aire viciado «en los hospitales se usan los desinfectantes tales como juncia, sauce, populo, mejorana, romero, ruda, jara, lentisco y retama; de las cuales se echan las que más fácilmente se encuentren, en una olla con vinagre fuerte, puesta al fuego para que hierva colocándola en medio de una sala y cuidando de renovar el vinagre y yerbas cuando se consuman. Otros más poderosos hay que se usan en tiempos de epidemias y son los siguientes:

Método de Quiton de Morbeau:

Sal común (cloruro sódico)	7 onzas
Manganeso (peróxido de manganeso)	1 onza
Agua común (proto-óxido de hidrógeno)	4 onzas

Esto se mezcla en una cazuela sin vidriar, añadiendo cuatro onzas de aceite de vitriolo o ácido sulfúrico, se agita la mezcla con una espátula y se pone a un fuego lento, para que ayudado de una temperatura poco elevada se descomponga antes la mezcla y se produzca el cloro o gas; se ha de tener cuidado de cerrar las puertas y ventanas por el espacio de media hora lo menos, saliendo fuera los habitantes».

Método de Smilh:

Ácido sulfúrico	8 onzas
Agua común	4 onzas

Se mezclan en una cazuela como la anterior y poniéndola sobre cenizas calientes, se añade poco a poco vitro (deuto nitrato de potasio) ocho onzas, no echando nueva porción sin que primero haya concluido de evaporarse el gas que se desprende».

«En el día, prosigue, se ha adoptado otro método en varios hospitales, no tanto por ser más sencillo y económico, sino por sus más felices resultados, tal es el uso del cloruro de calcio. Para preparar esta fumigación se toman cuatro onzas de cloruro de calcio y se mezclan con trece libras de agua y con esta mezcla se riegan las paredes y suelos de las salas»²⁰. Bueno sería traer aquí todo un cúmulo de documentación que nos aporta este autor sobre los sahumeros, pero la verdad es que resultaría prolijo y farragoso, aunque ciertamente interesante, curioso e, incluso, entre-

tenido. Pero no puede ser, sigamos adelante. No obstante, vamos a traer someramente unos datos sobre las camas, tema siempre tratado en cualquier estudio sobre higiene y epidemiología infecciosa. «Las camas, nos dice Bueno y González, deberán ser preferidas las de banquillos de yerro y tablas, a toda otra por ser menos susceptibles de criar chinches y más fáciles de limpiarse». Continúa sobre la composición y ropas que completan las camas y concluye, diciendo: «En las enfermerías de gran número de enfermos serán excluidas las camas colgantes por impedir éstas la libre circulación del aire, y por lo fáciles que son de emporcarse y criar miseria»²⁰.

HIGIENE Y EPIDEMIOLOGÍA EN LA ENFERMERÍA ACTUAL

Cuando llegamos a la mitad del siglo XIX la enfermería española, al igual que otras ciencias, sufre un estado letárgico que parece difícil salir de él y que se prolongará hasta muy metido en el siglo XX. Si hemos de apoyarnos en alguien al asegurar esto que acabamos de decir, lo haremos citando a Laín Entralgo, quien asegura: «Nuestra vida y nuestra cultura comenzaron a *ser actuales* a raíz de la Primera Guerra Mundial, por tanto, en el decenio de 1920 a 1930; desde entonces hasta hoy se extiende para los hombres occidentales *nuestro tiempo*»²¹.

Aunque la enfermería española consigue un ligero despertar con la llegada al año 1915, gracias a la reestructuración de la profesión por una Real Orden del mes de mayo, no logra una cierta prestancia y reconocimiento social. La verdadera y por ahora última estimulación técnica y profesional arranca de los años 1974 y que culmina con el Real Decreto del 23 de julio de 1977, BOE del 22 de agosto del mismo año, en que es reconocida la profesión de rango universitario. Pero aún no está todo hecho, pues quedan por reconocerse los grados de licenciatura y doctorado dentro del proceso natural y desarrollo lógico de la Ley de Estudios Universitarios.

En este proceso *actual* o *de nuestro tiempo*, por citar a Laín Entralgo, las asignaturas sobre higiene y epidemiología comienzan a ser imprescindibles en el currículum académico y en la praxis profesional. Esperamos que estos cursos que venimos impartiendo y que en la génesis de los primeros la división de enfermería de nuestro hospital tuvo gran parte animadora y aportadora de recursos, ideas y métodos, servirán para enriquecer el acervo técnico necesario en el campo sanitario en general y de la enfermería en concreto. El reto es fuerte, pues la carga histórica pesa sobre nuestra trayectoria profesional. ¡Ánimo, pues, y ADELANTE!

BIBLIOGRAFÍA

1. GARCÍA VILLOSLADA, R.: *Historia de la Iglesia en España*. Tomo I. Ed. Biblioteca de Autores Cristianos. Madrid, 1979.
2. OROZ RETA, J.: *Etimologías*. Ed. Biblioteca de Autores Cristianos. Madrid, 1982.
3. LAÍN ENTRALGO, P.: *Historia de la Medicina*. Salvat Editores, S.A. Barcelona, 1975.

4. LAÍN ENTRALGO, P.: *Historia Universal de la Medicina*. Tomo III. Salvat Editores, S.A. Barcelona, 1978.
5. BALTASAR DOMÍNGUEZ, R.: *Datos del Acta del XV Congreso Internacional de la Historia de la Medicina*. Tomo II. Ed. Instituto Arnaldo de Vilanova. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid, 1956.
6. NÚÑEZ DE CEPEDA ORTEGA, M.: *La beneficencia en Navarra a través de los siglos*. Ed. Escuelas Profesionales Salesianas. Pamplona, 1945.
7. JIMENO JURÍO, J. M.: *La hospitalidad del camino de Santiago*. Ed. Diputación Foral de Navarra. Pamplona, 1979.
8. ROCA, J. M.: *Ordinacions del Hospital General de la Santa Creu*. Impreso por Fidel Giró. Barcelona, 1910.
9. Constituciones del Gran Hospital Real de Santiago de Galicia, hechas por el Señor Emperador Carlos Quinto de Gloriosa Memoria. Encuéntrase este libro en la Biblioteca Nacional. Sección de Libros Raros. Madrid, 1524.
10. LETRA VIVA: *Cartas y escritos de San Juan de Dios*. Ed. Hermanos de San Juan de Dios. Madrid, 1945.
11. *Constituciones del Hospital de Juan de Dios*. Editado en la Cala de Juan de Mena. Granada, 1585.
12. FERNÁNDEZ, A.: *Instrucción de Enfermeros y modo de aplicar los remedios a todo género de enfermedades*. Cuarta edición. Imprenta de Bernardo Peralta. Madrid, 1728.
13. OBREGÓN, B.: *Constituciones y Reglas de la Mínima Congregación de los Enfermeros Pobres*. Impreso por Francisco Ocampo. Segunda edición. Madrid, 1689.
14. *Constituciones del Hospital General de Granada*. Mandadas guardar por los Señores Don Felipe II y don Felipe IV. Segunda impresión. Imprenta Real de Francisco Sánchez. Granada, 1671.
15. *Constituciones y Ordenanzas para el Gobierno de los Reales Hospitales Generales*. Aprobados por el Rey Nuestro Señor Don Carlos Tercero. Imprenta de Antonio Marín. Madrid, 1760.
16. ULLOA CISNEROS, L. y otros autores: *Historia de España*. Tomo V. Ed. Instituto Gallach. Barcelona, 1937.
17. DURÁN, M. y AGUILAR, D.: *V Curso Nacional de Higiene Hospitalaria y Epidemiología Infecciosa*. Ed. Hospital San Juan de Dios. Barcelona, 1982.
18. *Constituciones que dehen observarse en la Iglesia y Hospital General de la Santa Creu*. Impresas en la Estampa de Francisco Suriá. Barcelona, 1756.
19. MS. CARRERE: *Manual para el Servicio de los enfermos*. Impreso por la Vda. Pifarré. Barcelona, 1800.
20. BUENO Y GONZÁLEZ, J.: *Arte de la Enfermería*. Editado por Juan Nepomuceno Ruiz. Madrid, 1833.
21. LAÍN ENTRALGO, P.: *Historia Universal de la Medicina*. Tomo 7.º Salvat Editores, S.A. Barcelona, 1978.



ÚLTIMA HORA

El hermano Pascual Piles Ferrando ha sido reelegido Provincial de los Hermanos de San Juan de Dios, en el Capítulo Interprovincial celebrado del 1 al 11 de mayo en Ciempozuelos (Madrid).

Como Provincial, el hermano Pascual Piles es el Presidente del Consejo de Dirección de LABOR HOSPITALARIA.

Reciba nuestra más sincera felicitación y el deseo de que continúe sirviendo a la familia hospitalaria con el mismo entusiasmo y dedicación como ha venido haciéndolo hasta la fecha.

Por un Hospital más humano

LA LOCURA COMO AMENAZA

Un espacio abierto, entre cómodas dicotomías, para lo emocional y lo subjetivo.

Dr. JOSÉ LUIS LILLO ESPINOSA

Coordinador de la Unidad Terapéutica de Hospitalización.
Hospital Psiquiátrico Ntra. Sra. de Montserrat.
Sant Boi de Llobregat

El debate psiquiátrico es tan viejo como la misma historia humana y tan repetitivo como la herramienta freudiana del *instinto de muerte*. Por eso, es algo tan cotidiano como el gozo y el dolor y tan sorprendente que puede irrumpir en cada Primavera.

Así lo vimos emerger, violentamente, por una Editorial del periódico *El País*, aunque era un compañero habitual de nuestra historia y de nuestra sociedad.

Cartas al Director, del mismo periódico, centraban los sesgados intereses de pacientes, familiares y psiquiatras alrededor de los dos polos del debate al que la Editorial, con su ambigüedad, había dado aliento.

LABOR HOSPITALARIA quiso desmarcarse de esta dicotomía obsesiva y buscó un observador cualificado.

Lo encontró en el doctor Lillo que, durante muchos años, se encuentra batallando en las duras trincheras de la locura. LABOR HOSPITALARIA invita, con gusto, a la lectura de sus reflexiones. Y lo hace porque son lúcidas, nacen de la experiencia y están avaladas por una serena ponderación; pero, sobre todo, porque el doctor Lillo no ha creado defensas ni proyectado sus propios conflictos, sino que ha abierto un espacio a lo emocional y lo subjetivo.

ENCUADRE

La psiquiatría vuelve a estar de nuevo de actualidad. La publicación de una editorial en el diario *El País* (sábado, 29 de junio de 1985) sobre el tema ha despertado de nuevo un interés siempre vigente. El título de la editorial: «*La locura como amenaza*» es, de por sí, hartamente significativa. La locura es siempre vivida como amenaza, lo ha sido con anterioridad y seguramente lo será siempre en la historia de la humanidad.

La locura despierta y moviliza la locura interior de todos y cada uno de los seres humanos, desencadenando reacciones emocionales complejas, pero que

tienen el común denominador de que tienden a alejarla de nuestra presencia, a tomar distancia, a evitar el contacto con ella.

La locura amenaza nuestra sensación y necesidad de seguridad, despertando temores y peligros, nos hace reconocer lo frágiles e indefensos que nos encontramos, frente a las ansiedades y sufrimientos, frente al dolor mental que supone la maduración y el crecimiento, con la consiguiente frustración y sentimiento de pérdida que conlleva.

Es el temor a la sinrazón, a la irracionalidad que todos albergamos en nuestro interior, en los recovecos de nuestra alma.

Temores, amenazas y peligros que hay que alejar para que podamos sentirnos seguros y fuertes.

La Sociedad ha instrumentado diversos medios para conseguirlo. Si además el *loco* no produce económicamente, no es rentable desde la lógica económica y del dinero que rige en nuestras comunidades, su locura se hace no sólo intolerable, sino que además se hace imperdonable. La lógica económica genera un actitud y unos principios de ordenamiento social peculiares: *la rentabilidad social*. Este concepto supone que la sociedad discrimina sobre y de los que puede ocuparse en función de criterios de eficacia, productividad, coste y beneficio económico. No atenderá a aquellas situaciones o grupos humanos que no son rentables o productivos, o que al hacerlo suponga un gasto de energías sociales superior al beneficio social que pueda aportar. Es clásico ya el ejemplo de cómo socialmente se escogerá el construir un hospital, al pie de un acantilado por donde caen seres humanos, para atenderlos, si esto resulta más rentable y barato socialmente que el esfuerzo de impedir que vayan cayendo. Las soluciones nazis no están tan alejadas doctrinalmente de estas posturas y criterios como aparentemente pudiera suponerse.

¿Qué hacer con los enfermos mentales? Su mera existencia o presencia moviliza y despierta tantos temores, ansiedades y fantasmas, y, sumado a todos ellos, la poca rentabilidad social que suponen, la respuesta es clara: *la marginación y aislamiento en unos Centros o Instituciones* para ello, que permitan tranquilizar conciencias, calmar y aliviar espíritus agitados y facilitar que el cuerpo social, libre ya de esa carga, pueda ocuparse de otras cuestiones y tareas. El ámbito de la marginación se amplía

constantemente a los ancianos, deficientes, delincuentes, toxicomanías, homosexualidad y un largo etcétera.

La sociedad margina aquello de lo que no se puede ocupar, atender, entender y tolerar. Desearía que no existiera, pero ya que eso es imposible pues que no molesten, no perturben, y se crean para ellos Instituciones que los cuiden y atiendan, pero que lleven implícita esa contradicción: sirven también para defender a la sociedad de sus amenazas. Las Instituciones como productos sociales expresan esa misma contradicción, mediante dos funciones:

- a) Una explícita es la de ocuparse del estudio, diagnóstico, tratamiento y curación de las enfermedades y enfermos mentales.
- b) Otra implícita es la de mantener alejados, marginados y encerrados a los enfermos.

Se niega, así, en su propio seno la enfermedad mental de la que tenían que ocuparse. Esta contradicción explicaría el devenir de las Instituciones Psiquiátricas, en los últimos años de una forma más manifiesta: Entre desempeñar esa función asistencial o la de reproducir en su seno las actitudes marginadoras imperantes en la sociedad.

Esta oposición, estos dipolos entre los aspectos de tolerancia, acercamiento y aceptación de la enfermedad mental, y aquellos aspectos de rechazo, marginación, aislamiento y negación de la misma, es un marco teórico conceptual, suficientemente amplio, como para permitirnos comprender la situación de la Psiquiatría, de la Psicología y de las ciencias del espíritu (DILTHEY), a la vez que nos permite evaluar el grado de maduración y crecimiento de nuestra sociedad. La situación actual de la Psiquiatría dependerá de qué aspectos son los que predominen, y cómo son usados unos medios e instrumentos técnicos. Cualquier medio terapéutico, independientemente de su valor teóri-

DOCUMENTACIÓN

LA LOCURA COMO AMENAZA

Esta sociedad no sabe qué hacer con sus enfermos mentales. El suceso de Alcalá de Henares (Madrid) —ver El País de 28 de junio—, donde un diagnosticado de oligofrenia ha matado a tres personas de su familia, es la muestra aguda de una carencia que sobrepasa la de los medios materiales y entra en el terreno de una filosofía social confusa. Se ha salido de una etapa en la que los manicomios eran casas de terror y se practicaba una medicina punitiva, en la que el internamiento, en muchos casos, era injustificado, para entrar en otra en la que se abusa del concepto de libertad y respeto a la conciencia del otro. A partir de la gran oleada de la antipsiquiatría de los años sesenta y de la difusión de terapias blandas —los grupos, el psicoanálisis—, una corriente de pensamiento se ha manifestado en el sentido de que la acusación

de la locura es una forma de represión política y social sobre formas libres de pensamiento ajeno a las instituciones; la práctica psiquiátrica que se ha denunciado en la Unión Soviética ha ayudado a esta concepción.

Hoy, en España, predomina la teoría del tratamiento en régimen abierto y el derecho a la libertad del enfermo mental. Falta una verdadera definición de lo que es el enfermo mental y una raya que determine hasta qué punto la enfermedad es peligrosa para quien la tiene y para sus próximos, y hasta qué otro es una manifestación exagerada de criterios inusuales. En muchos establecimientos se aplican tratamientos a enfermos con horarios de salida, los cuales pueden mezclar perfectamente ese tratamiento con el uso de alcohol, aun en pequeñas cantidades, con resultados que la farmacología y la medicina consideran imprevisibles. Hay casos en los que enfermos recuperables carecen de tratamiento neces-

sario porque los rechazan, y médicos y familiares respetan su voluntad. Los jueces vacilan hoy mucho en determinar un internamiento, e incluso en privar de derechos civiles a los enfermos, aun con diagnósticos claros, precisamente como reacción a épocas anteriores en las que estas medidas se tomaban como castigo a una conducta reprobable por la sociedad o al escamoteo de bienes y propiedades. La policía no suele intervenir si no hay sangre; muchas veces incluso defiende la libertad del enfermo frente al deseo de retención expresado por las familias.

La Seguridad Social no suele reconocer los trastornos mentales como verdaderas enfermedades, y lo mismo pasa con entidades privadas de seguros médicos. Una tendencia a abaratar los gastos influye en estas medidas. Por otra parte, muchos sanitarios tienden a cargar la conciencia de los familiares acerca de la necesidad de mantener consigo al enfermo mental, lo

co y científico puede ser usado para otras finalidades espurias como pueden ser alejar, negar, rechazar o castigar a los enfermos mentales, y la enfermedad mental. Argumentar criterios de asepsia y de independencia científica, siempre es discutible, pero en Psiquiatría mucho más, si cabe, en la medida en que son vehículos y concreción de actitudes emocionales.

Las concepciones teóricas, los fundamentos científicos de las diversas modalidades terapéuticas, hacen referencia en general a modelos del funcionamiento mental, a maneras de entender su perturbación, y lo que hay que tratar y cómo hacerlo. Las diferencias no sólo son lógicas dentro de un contexto de ciencias aplicadas al ser humano, sino que suponen además un enriquecimiento para poder acercarnos a la compleja y plurifactorial, polimorfa realidad del ser humano.

Lo peculiar y diferencial de la psiquiatría es que su objeto de estudio, el ser humano, es una pantalla que refleja, más o menos deformada o intensificada, la propia imagen del que lo estudia, generándose así todo un compromiso emocional del científico tendente a perfilar, delimitar o excluir aspectos dolorosos de la imagen reflejada.

Las diversas aproximaciones al ser humano, concretadas en diversas maneras de entender el funcionamiento mental y su perturbación, despiertan encarnizados debates, exclusiones y descalificaciones, luchas por el poder académico, con su corolario económico-asistencial. Expresan con claridad la implicación emocional de sus protagonistas, y cómo se puede usar y abusar de unos determinados avances y descubrimientos científicos-asistenciales para po-

nerlos al servicio de una defensa o actitud emocional que facilite la distancia, la marginación, el rechazo y la exclusión de aspectos de la enfermedad mental, y la reclusión del enfermo. Estas actitudes han llegado al extremo en determinadas concepciones teóricas conduciéndolas a negar la enfermedad mental, o bien ha proporcionado escuelas que atribuyen la enfermedad mental y el padecimiento mental a causas realmente variopintas, cuando se rigidifican y se hacen excluyentes: sociológicas, bioquímicas, intrapsíquicas... Este reduccionismo tiene que ver más con una actitud emocional defensiva de implicaciones movilizadoras y dolorosas, que con experiencias e investigaciones científicas.

Estas divergencias y la aparente ausencia de una política sanitaria dan la sensación de una *filosofía* social confusa. Pero después de lo que hemos comentado, creemos que expresan miedo, rechazo, intolerancia y la necesidad urgente de evacuar y descargarse de aquellas circunstancias que llenan de inquietud al cuerpo social. Cuando la sociedad se encuentra con la impresión de no tener recursos, medios suficientes para afrontar las ansiedades que despierta la locura, procura desembarazarse de aquello que la perturba, busca y encuentra en algunas técnicas la justificación pseudo-científica que avale las decisiones evasivas adoptadas.

De ello se deduce una función social importante para los trabajadores en Salud Mental: ayudar a la sociedad en la búsqueda de nuevos recursos, ayudar a pensar sobre estos problemas en lugar de rechazarlos, de articular actitudes de tolerancia; es decir, de ampliar la capacidad social para ocuparse de aquello que le es tan genuino: la locura. Ayudar a no disociar o escotomizar la capacidad de pensar.

cual puede bloquear familias y hogares con una vigilancia para la que no están preparados, y obligarles a suspender tratamientos que son imprescindibles. Es lógico que en torno a esta situación crezca una picaresca de supuestos psiquiatras, de prácticas dudosas, y de enfermeros y sanitarios a los que no se puede confundir con los especialistas de conciencia limpia.

Una mezcla de ideologías libertarias, pasados aterradores, burocracia sanitaria, pudores sociales, intereses, miedo a la toma de decisiones, mezcla de ideas mal divulgadas en torno a la droga o al alcohol, juicios políticos y de la sociedad con respecto a comportamientos atípicos, está falsando la situación. Como en tantas cosas, el paso de una sociedad represiva a una sociedad tolerante y abierta, tan deseable, está creando equívocos que se convierten en peligrosos. La triple muerte de Alcalá de Henares, en la que parece mezclarse un tratamiento, un internamiento terminado prematuramente y el uso del alcohol, llama la atención sobre la necesidad de que psiquiatras, legisladores, autoridades sanitarias y familiares de enfermos mentales lleguen a

unas definiciones suficientes y a la adopción de unas medidas de protección de los enfermos y de la sociedad.

(Editorial de *El País*, sábado, 29 de junio de 1985)

CARTAS AL DIRECTOR

(Familias de enfermos)

1

LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN ESPAÑA

Ruego la publicación de las siguientes reflexiones como madre de un enfermo mental diagnosticado de psicosis.

1. Su editorial del día 29 de junio me parece plausible, de una exposición dramática y real de cómo está la asistencia psiquiátrica en España.

2. Prueba de esta *filosofía social confusa* es que a efectos militares es excluido total por estar diagnosticado por un tribu-

nal militar, mientras que a efectos de cobrar algún tipo de ayuda me la deniegan, pues dicen que es apto para el trabajo. Mientras que existen centros de régimen de internado para minusválidos físicos, ¿por qué no para psíquicos, cuando *ambos* necesitan asistencia continua en sus necesidades elementales de la vida diaria? ¿Por qué nadie protesta porque estén privados de libertad los primeros? Si esto no es *confuso*, señor Francisco Muñoz de Escalona, ¿dónde está la *claridad*?

3. ¿Para cuándo en España la creación de centros de modificación de conducta?

4. Prefiero que mi hijo esté falto de *libertad* y que no le falte el tratamiento, comida, terapia ocupacional, televisión, compañeros, pues en casa no quiere tomar tratamiento, rompe la televisión y la ropa...

5. Porque se abusara del internamiento en otras épocas o porque en otros países se interne a disidentes políticos no se justifica el que no se interne a estos enfermos.

6. Únicamente la familia es quien *vive* lo que es un enfermo mental. Las demás personas que no *viven* esta situación deberían abstenerse de emitir juicios al respec-

OBSERVACIONES

Veamos ahora, haciendo un repaso, cómo se consideran una serie de conceptos, y cómo esa ambivalencia emocional influye en la comprensión de los mismos.

Sobre la Enfermedad Mental

La sociedad tiene necesidad de respuestas claras, definidas y permanentes sobre lo que es y de lo que se trata la enfermedad mental. Se echan de menos *verdaderas* definiciones, que la permitan diferenciar de la normalidad, porque si no es así, tampoco se puede definir la normalidad dando lugar al temor a la pérdida de la seguridad y de la identidad social. La indefinición de la enfermedad mental supone dejar sin definir la normalidad, o bien limitarla a un criterio estadístico: lo que hace y siente la mayoría.

- ¡Cuánta seguridad proporciona estigmatizar, definir, acotar al otro!
- ¡Cuánta necesidad de reaseguramiento se plantean en las definiciones!

La historia del pensamiento humano está llena de estas dicotomías: bueno-malo; sano-enfermo; cuerpo-alma; psique-soma. Pero la realidad es siempre más compleja y sus límites nunca son tan claros, con una tonalidad de variedades de un extremo al otro. Si bien en la historia del pensamiento, en una etapa primaria, era necesaria esta dicotomía, el pensamiento maduro debe superar estas exclusiones, y comprender que la complejidad no supone confundir, que límites poco precisos no significan ignorancia profesional.

to; así, por ejemplo, un «trastorno de la afectividad para una persona ajena es simplemente un síntoma, mientras que la familia lo *padece* consistente en recibir un beso de tu hijo y a los cinco minutos un golpe.

7. El hecho acaecido de Alcalá de Henares debería ser el detonante para que dimitiera el Ministro de Sanidad y cayera todo el sistema psiquiátrico y se instaurara otro más *humano*, menos libertario para el propio enfermo, menos *punitivo* para la familia.

8. ¿Por qué se da de alta a estos enfermos y se les quiere *reinsertar socialmente* en un mismo ambiente patológico familiar que muchas veces es el causante o favorecedor de la enfermedad? ¿Por qué no la creación de chalés-granjas-residencias que no sean manicomios-cárceles, donde viven enfermos en libertad pero vigilados? ¿Por qué algunos partidarios de la reinsertión social cuando tienen algún familiar de este tipo en lugar de reinsertarlos en la familia lo ingresan en centros de pago?

9. El que se interne a estos enfermos no corresponde al símil que dice el señor Fran-

cisco Muñoz de Escalona de «atar los síntomas en vez de la causa», sino el de proporcionar a estos enfermos mentales unos cuidados especiales en un medio adecuado. Ojalá se supiera la causa de las enfermedades mentales.

Estas y muchas más reflexiones sobre la situación *caótica* de la psiquiatría, sobre el concepto de enfermedad mental, sobre la *culpabilidad* que nos crean a la familia los responsables de esta nueva política psiquiátrica, etc., darían pie para —desde el punto de vista de un familiar— aclarar muchos prejuicios, pues el actual sistema no protege ni al enfermo mental ni a la familia; lo prueban los hechos de Alcalá de Henares. — *Trinidad Molina. Granada.*

(*El País*,
19 de julio de 1985)

2

LA LOCURA COMO AMENAZA

En relación con la editorial de su periódico, *La locura como amenaza*, de fecha 29 de junio de 1985, no puedo menos que con-

Las definiciones operativas que pudieran darse tampoco son permanentes, vemos, más bien al contrario, cómo las ideas, concepciones y actitudes sociales se han ido modificando a lo largo de la historia, sufriendo variaciones en la escala de valores y consideraciones morales, en la manera de valorar y en los medios de medida. La locura también ha ido variando, así como los criterios sobre lo que es y no es. Un contexto político-ideológico concreto determinará unos medios y concepciones asistenciales concretos. Esta relatividad histórica también despierta temores.

- ¡Cuántas necesidades tenemos de valores y conceptos inmutables!
- ¡Cuánta necesidad de disponer de unos marcos de referencia ahistóricos!

Es por ello que si nos empeñamos y empecinamos en buscar definiciones «verdaderas, claras, permanentes», ese empeño tiene que ver con una actitud emocional de defensa ante la inseguridad que produce la complejidad de la realidad.

La sociedad se comporta como un niño pequeño asustado, inseguro y atemorizado de verse solo frente a sí mismo y necesita creencias más que ciencia, necesita absolutos e inmutables más que complejidades, realidades y evoluciones, cambios y modificaciones. Se enfrenta con temor a la vida y necesita acotarla y constreñirla haciéndola inmutable e inmodificable, cuando la vida se caracteriza por sus cambios continuos, por sus modificaciones.

gratularme porque al fin un medio de comunicación de difusión nacional, sin duda uno de los más importantes, haya puesto al descubierto un problema que estamos sufriendo un numeroso grupo de ciudadanos que, tal vez por miedo, hasta ahora no nos hemos atrevido a exponer.

Que sin duda «esta sociedad no sabe qué hacer con sus enfermos mentales» (*sic*) es algo que por desgracia forma parte de mi experiencia personal, dado que tengo un hermano de 30 años que habiendo estado ingresado en el Sanatorio Psiquiátrico Provincial de Alicante el año 1977 ha sido dado de alta en mayo de este año 1985, tras experimentar no una mejoría en su estado clínico sino más bien un estancamiento en la mayor parte del cuadro que motivó su ingreso. Las razones aducidas para aconsejar su alta por el actual director de dicho hospital son:

1. Que nunca debió ingresar en el mismo, al considerar como *casi normales* los hechos que motivaron dicho ingreso, que en síntesis fueron: violencia consigo mismo, agresiones físicas a personas de edad avanzada como a adultos de diferentes edades,

Esta necesidad de constreñir y reducir la propia riqueza y variabilidad de la vida, ha llevado a considerar la enfermedad mental bajo varias connotaciones:

- a) Como algo *peligroso* socialmente.
- b) *Incurable*.
- c) Que se manifiesta mediante *alteraciones conductuales*.
- d) Y que *incapacita* a quien la padece.

a) La imagen de *peligrosidad* asociada a la enfermedad mental está presente desde tiempo inmemorial. Las páginas de sucesos recogen con profusión en número y detalles esta asociación.

La violencia, el consumo de sustancias psicoactivas y la delincuencia, son aspectos que se han ido emparentando con la enfermedad mental, haciendo de ella una secuencia de trágicos claro-oscuros.

Refuerza la idea de peligrosidad emocional cuando se le suma esta peligrosidad factual, o mejor dicho esta idea de peligrosidad factual da expresión al temor por su peligrosidad emocional, encarnándola. Este explicaría la premura con la que se dictaminan medidas, llamadas terapéuticas, encaminadas fundamentalmente al aislamiento y custodia del *loco peligroso*, para defender a la sociedad de su amenaza. Las medidas tienen un carácter de encierro, de evacuación-depósito de aquello que se hace a su vez depositario de tantos y tantos peligros.

b) Otro aspecto que está implícito en la imagen que socialmente se tiene sobre el enfermo mental y en relación con el anterior es que éste se expresa y manifiesta mediante una *perturbación conductual*. La enfermedad mental se hace evidente por una conducta alterada.

La enfermedad se hace sinónimo de conducta desviada de la norma, y de ahí se deduce una primera *definición* de la enfermedad: conducta desviada o manifestación exagerada de conductas y comportamientos alterados.

Esta imagen limita y reduce la posibilidad de aproximarnos a la realidad de la enfermedad mental, percibiéndola por un sesgo que muchas veces no es el más sobresaliente, ni el fundamental para comprender el sufrimiento y el dolor mental. Esta definición, imagen o modelo del enfermar supone también para los técnicos una disposición restrictiva para poder *mentalizar* los conflictos o ansiedades humanas con toda la carga de dolor que implica.

Supone de hecho una negación de la emoción y afecto, aspectos fundamentales mentales, para transformarlo en algo que, con cierta frecuencia, se convierte en un epifenómeno, perdiéndose así el significado y sentido que tiene toda conducta humana.

c) A esa imagen de la enfermedad como conducta desviada y peligrosa, se le suma además la idea de que se trata de un *proceso incurable* e intratable, de que pocas o ninguna cosa se puede hacer, y frente a lo que sólo cabe disponer de asilos con muros muy altos.

Este es también frecuentemente el sentimiento que nos transmiten los propios enfermos, de que nada se puede hacer, que no vale la pena ningún esfuerzo.

sumisión repentina en estados de inconsciencia, transición de estados de insomnio prolongado con ruptura de la tranquilidad nocturna de la familia a profundos decaimientos con postración continua en el lecho, aparentes pérdidas de memoria, problemas en el control de sus esfínteres, etc.

2. Que, como según él, todo enfermo mental en estado crítico es susceptible de conseguir en 15 días tal recuperación como para poder ser dado de alta hospitalaria, como ocurre con los intervenidos quirúrgicamente, al haber permanecido mi hermano internado en su última etapa por encima de dichos días se había creado en él un hospitalismo crónico.

3. Y, finalmente, que para él, mi hermano era plenamente responsable de sus actos, hasta el punto de que en caso de un delito él estaba dispuesto a testificar en favor de dicha responsabilidad. Sin embargo, seguidamente, me instó a hacerme cargo de su cuidado, pues en caso contrario podría recabar de los tribunales una orden por la que se me declararía tutora legal por la falta de responsabilidad del enfermo, todo lo cual no consigo entender.

Tengo que decir, igualmente, en descargo de algunos facultativos y personal diverso de dicho sanatorio, que la doctora y el equipo que lo atendió:

1. Que buscó la manera de atrasar dicha alta, ante, por un lado, el estado del enfermo y por otro los problemas que sabían plantearía la familia, pues es una manifiesta realidad lo que ustedes dicen que puede llegar a bloquear a familias y hogares.

2. Que intentaron, tras darle de alta de internamiento, la solución del llamado *hospital de día*. Sin embargo, no dio resultado, al no lograr ni la familia ni el personal del centro que acudiera más de una vez en 20 días. Tengo que añadir al respecto que los asistentes sociales y el personal sanitario del antedicho equipo encuentran insalvables trabas burocráticas y financieras para poder desempeñar su función, junto a un manifiesto escepticismo cuando no falta de apoyo de algunos de sus colegas de hospital.

Todo lo cual, y ante el deterioro constante de la salud de mi hermano, hizo que solicitara su ingreso en una entidad privada, que si bien no tiene como finalidad específica su tratamiento, ha conseguido en

el mes que lleva internado que se desbloquee la situación, tanto del enfermo, con una perceptible mejoría, como de la familia, pues tengo que añadir a lo dicho que mis hijos de cuatro y ocho años, desde prácticamente su nacimiento, han tenido que vivir, sin comerlo ni beberlo, situaciones de alta tensión.

Desearía que en el tratamiento de enfermos mentales se evitasen equívocos y falsos snobismos que en ocasiones pueden resultar peligrosos. — *María Luisa R. Lloret. Alicante.*

(Cartas al Director, *El País*, 16 de julio de 1985)

CARTAS AL DIRECTOR

(*Enfermos*)

1

LA OPINIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES

Todos los días compro *El País* y últimamente leo en la sección Cartas al Director,

Esforzarse significa confrontar el dolor y aprender de la experiencia. La actitud social y de los propios enfermos es coincidente: *nada se puede hacer*. Enfrentar el dolor mental es intolerable. Aprender de la experiencia y madurar es costoso emocionalmente. Pensar aumenta el dolor, mejor es olvidar. Muchos profesionales se hacen cómplices de estos sentimientos y actitudes, preconizan especializaciones asistenciales con criterios poco rigurosos: los agudos deben ser tratados en Hospital General, y los crónicos, después de una 2.^a o 3.^a descompensación todos lo son, al *manicomio* porque ya no se puede hacer nada.

Se produce así una paradoja trágica: se crean las Instituciones Psiquiátricas para la mejor atención de los enfermos, pero no se espera nada de ellas, porque nada se puede hacer, o si se puede hacer algo es en el Hospital General, como si fuera un problema de localización institucional.

Se organizan planes asistenciales para atender y tratar algo que se considera intratable e incurable, pero ¡ay! de aquel enfermo o de aquellos profesionales que expresen esa paradoja enloquecedora.

d) No sólo se considera la enfermedad mental como intratable o incurable, sino que, además, como algo que destruye y perturba las capacidades mentales, que *incapacitan* para cuidar y valerse por sí mismo, generándose toda la amplia gama de suplencias y sustituciones de esas capacidades perdidas y de las tomas de decisiones que afectan al mismo paciente.

y hoy en Tribuna Libre, las opiniones de diferentes personas sobre los enfermos mentales y la psiquiatría. Se habla, por ejemplo, del internamiento voluntario o involuntario. A este respecto tengo que decir que un internamiento voluntario es prácticamente imposible ya que los facultativos prefieren que el paciente haga vida social aun a costa de lo que esto pudiera suponer para el mismo enfermo, para la familia y para la sociedad con la que convive. Recientemente tenemos un ejemplo de lo que ha llevado esta postura con un enfermo al que, por lo visto, se le pidió mandamiento judicial de ingreso para ser internado en determinado centro psiquiátrico de Madrid. No se le dio ingreso, como creo que debería haberse hecho, y terminó con tres miembros de su familia a cuchillo limpio. Ahora, eso sí, en libertad, conviviendo con los demás. Ingresar en un centro psiquiátrico hoy es algo tan imposible como encontrar trabajo habiendo cumplido 50 años. Eso por una parte.

Si se consigue ingresar, hoy, tal como está planificada la asistencia psiquiátrica en España, es un trauma que sumar al enfermo

el tratamiento en los centros psiquiátricos: pastillas, inyecciones, medios mecánicos de contención, días y días deambulando por los pasillos esperando simplemente la hora de comer, cenar y acostarse. O días y días acostado bajo los efectos de los tranquilizantes, sedantes, etc. Se trata de acabar con la personalidad atípica del enfermo, de anular sus impulsos, de terminar con él por la vía rápida. Aislamiento, farmacoterapia y todas las técnicas que puedan contribuir a socializar al paciente. Buscar salida a sus problemas, tratar de encontrar el origen de su posible psicosis o delirio, enfocar al enfermo hacia terapias que respetando su personalidad lo devuelvan a la plenitud de su existencia, es algo que se desconoce todavía en España. Los centros de internamiento son guetos que contribuyen a marginar más si cabe al enfermo; no existe una política sociosanitaria que ayude a la reinserción social del enfermo.

Parece que revivimos la doctrina medieval del poseso, del enfermo que es necesario apartar de la sociedad por su evidente peligrosidad. De modo que si bien es difícil ingresar, como decía al principio, no es

menos cierto que una vez dentro sólo se consigue pasar unos días a la bartola mientras intentan por todos los medios a su alcance hacer un hombre nuevo a imagen y semejanza del canon que tengan prefijado los médicos del centro: si son de meollo conservador habrás de salir un san Luis, aunque para ello tengan que medicinarte, atarte o lo que sea. Depende de la tendencia o la escuela del psiquiatra de turno. Sobre todo aborregar, que es de lo que se trata. A esto lo llaman tratamiento.

No se me oculta, señor director, que usted no publicará esta carta, aunque no estaría de más hacerlo. Pero es muy higiénico que se oiga la opinión sincera e imparcial de los enfermos. Y como yo lo doy y tengo muchos ingresos a mis espaldas, por eso lo digo tal cual lo pienso. ¿No cree que tiene más valor la opinión del enfermo que la del médico? El enfermo sufre en su ser la enfermedad y sus consecuencias; el médico trata de remediarla. Nosotros nos sabemos marginados, y en mi caso esto me da lo mismo. Lo que ya me parece el colmo es que encima de que se nos margine se nos quiera meter en el redil como borregos. Pocas,

La locura es destructiva. Limita, restringe capacidades y funciones mentales, de carácter sectorial o por zonas.

Si a ello se añade que al paciente se le sule en aquellas que están todavía conservadas, que se le sustituye porque se le considera globalmente incapacitado, esta incapacitación funcional se hará extensa y real. Si no se puede a su vez limitar y temporalizar el alcance de la suplencia, mientras se estimulan capacidades perdidas, se amplían otras... la suplencia como tal se convierte en un mecanismo de destrucción mental. Y esto es una práctica asistencial actual y cotidiana.

Sobre los tratamientos

Los comentarios precedentes creo que señalan suficientemente *el marco ideológico* en que socialmente se consideran los tratamientos de la enfermedad mental. En general podríamos decir que no se espera mucho de ellos, máxime cuando se valora la locura como intratable e inmodificable. Suscitan desconfianza en cuanto a su eficacia y su utilidad, y las propuestas terapéuticas son vividas como desatinadas por la población en su conjunto. ¿Qué es lo que se pide? ¿Qué tratamiento demanda la comunidad?

Se podría resumir y concretar en la demanda de Internamiento.

En muchas ocasiones se limitan a ello, no aceptándose cualquier otro programa o diseño terapéutico que no pase

por el internamiento. El internamiento se vive como necesario para la resolución de las ansiedades psicóticas que la locura despierta. Se convierte así en el lugar idóneo para la marginación, aislamiento y encierro de la locura.

Si el loco es considerado peligroso, de conducta desviada, intratable e incapacitado, el internamiento se convierte en un lugar de custodia en vez de un lugar de tratamiento.

Asilo quizá de *arte y ensayo*, pero un asilo al fin y al cabo, donde se recogen y *almacenan* los pacientes.

Se pide a las Instituciones de internamiento vigilancia en lugar de tratamiento, y si ésta se produce después de lo primero, será algo sobreañadido.

Las Instituciones no son aceptadas o comprendidas socialmente cuando se ofrecen como un espacio donde se puede dramatizar las vinculaciones del paciente, su modelo de relaciones objetales y sus relaciones con su medio socio-familiar. No sólo es el lugar donde se pueden expresar, observar y analizar las expectativas, deseos, fantasías y conflictos de los pacientes, sino que además es el lugar donde se puede representar, y pueden comprenderse mejor.

Todos los esfuerzos de las Instituciones de no facilitar una degradación de las relaciones del paciente con el medio que le rodea y consigo mismo, de que no se deterioren o pierdan esas vinculaciones, y si están así, intentar restaurarlas, caen en muchas ocasiones en contradicción con las actitudes emocionales sociales.

Entre las demandas que se hacen a las Instituciones Psiquiátricas se encuentran aquellas que hacen referencia a su obligación de hacerse cargo de los pacientes peligrosos y con severos trastornos de conducta para obtener su modificación. El tratamiento sólo es contemplado desde la *dimensión correctiva*, de que la conducta alterada se adapte o se ajuste a la norma, a la normalidad estadística y su trasunto de valores, a lo que estamos acostumbrados, a lo que nos es familiar y cotidiano, que refuerza y reafirma nuestra identidad.

El síntoma también es entendido, habitualmente, como otra expresión de lo desviado, sobre el que planea la dimensión correctiva del tratamiento. El síntoma es vivido como expresión psicopatológica perturbadora en sí misma, que hay que corregir y yugular, en lugar de comprenderlo como expresión de un sufrimiento que nos remite a un modelo de funcionamiento mental (conflictos, ansiedades, defensas, relaciones de objeto y su configuración). Las teorías y enfoques doctrinales en Psiquiatría son tan escotomizadas que hay algunas que ni siquiera contemplan el fenómeno del sufrimiento y dolor mental como algo relevante. De ahí que sea en esas escuelas donde más se puede evidenciar esa alianza y colusión con los aspectos negadores, minimizadores o distanciadores hacia la enfermedad mental, mediante el reduccionismo teórico que suponen los modelos organicistas, farmacológicos, sociológicos y en muchos casos los propios psicológicos.

La actitud hacia el síntoma es de hacerlo desaparecer, anular o yugular, como algo perturbador en sí mismo, perdiéndose así la significación del síntoma, que hace referencia a un ser humano doliente, que encuentra en el síntoma la transacción entre impul-

si no ninguna, son las esperanzas que tengo de que publique esta carta y siento no ser todo lo sincero que quisiera, porque de sobra sé que ni un diario como *El País* es capaz de publicar las verdades que, como puños, le podría contar. Conforme me sentiría con que se escribiese lo que aquí digo sin extracto ni deformación alguna. A la espera quedo. — *Antonio Utrera Tabares. Madrid.*

(Cartas al Director, *El País*,
lunes, 29 de julio de 1985)

2

LA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Hoy se habla de la reforma psiquiátrica por parte de los propios psiquiatras con un cinismo inaudito. Efectivamente: mientras ellos recurren a frases tan manidas, pero falsas, como reinserción social, regímenes abiertos, comprensión del *enfermo*, rehabilitación, elección por parte del paciente de especialista y de método terapéutico, es-

tán practicando todo lo contrario, es decir, siguen utilizando la camisa de fuerza, el electrochoque, las drogas obnubilantes, la represión, la reclusión ilegal y el internamiento violento, y, sobre todo, ellos mismos, con sus psicofármacos mal utilizados, provocan las yatrogenias, esto es, las enfermedades psíquicas producidas por los mismos medicamentos que pretenden curarlas.

Hace unos días, una señora se preguntaba: ¿cuáles son las verdaderas causas de las enfermedades mentales? La respuesta, para mí, es tan sencilla como terrible: un 80 % ó 90 % de tales sufrimientos o depresiones es una consecuencia de la claustrofobia y desesperación que producen clínicas y hospitales (hospitalismo), o bien depresión y sufrimiento inenarrable que dejan como secuela los tratamientos incompetentes y gratuitos (yatrogenia).

Trataré de describir cómo se originan las enfermedades mentales y nerviosas. Todas ellas deberían tener un tratamiento psicológico, no bioquímico. Si un hombre lucha por un puesto de trabajo y fracasa reiteradamente sin ánimo para seguir sobreviviendo, ya que tales fármacos anulan por com-

pleto la voluntad. Lo que no puedo explicar es el proceso a través del cual la quimioterapia, al ser introducida gratuita y canallescamente en el organismo de la persona, acaba por hundirle. Es frecuente ingresar en un psiquiátrico totalmente cuerdo y normal, y salir de él con una paranoia múltiple o con una depresión colosal. En contrapartida, si ese hombre continúa en la brecha, prescindiendo lúcidamente del psiquiatra, conseguirá realizar su objetivo vital. Porque sin ácido ni pastillitas en el cuerpo, el hombre funciona naturalmente.

Los psiquiatras viven prácticamente de las comisiones por fármaco recetado. Es su fuente fundamental de ingresos. No pueden dejar de percibir las por *sentimentalismo*. Prácticamente otra cosa no saben hacer, fracasando rotundamente cuando tratan de hacer psicoterapia (cosa propia de psicólogos y psicoanalistas). En definitiva, erradicar los psiquiatras es reducir benéficamente un porcentaje muy grande de neuropatas y enfermos de la psiquis. — *Juan Manuel Pendas. La Rocica (Avilés).*

(Cartas al Director, *El País*,
sábado, 27 de julio de 1985)

...sos, deseos, intolerancias y rechazos internos, etc..., es decir, como la punta del iceberg de la compleja realidad interna.

La propia realidad interna se niega, o se minimiza con el calificativo de que es subjetivo, como si lo subjetivo no tuviera la menor importancia en la vida humana, o con el calificativo de ilógico como si nuestra vida emocional estuviera regida por la lógica.

De modo que podemos concluir por ahora *dos dimensiones*, con las que es contemplado el tratamiento; la punitiva y la correctiva-anuladora. Pero creo que podríamos incluir *otra dimensión* que suele caracterizar al tratamiento: la exclusiva. El tratamiento excluye de entre sus objetivos la atención a la constelación deficitaria o a los aspectos y funciones mentales perdidas o muy destruidas.

Es decir, hacia los aspectos de déficit y de deterioro mental. Bien es verdad que en todos los manuales se contempla la prevención terciaria, pero en la práctica se evidencia las actitudes y consideraciones sociales, y su predominio en la ideología de los tratamientos: si la locura es destructiva para el mismo que la padece, y es irrecuperable e incurable, se excluyen pues la atención a lo perdido o afectado por el deterioro.

No se considera la posibilidad de que el tratamiento contenga la posibilidad de atender y recuperar aspectos sanos de la personalidad, de ampliar capacidades, deseos e impulsos para situarlos al servicio del crecimiento y desarrollo del paciente. No se conside-

ra la capacidad de atender a las funciones psíquicas y capacidades perturbadas del paciente para limitar su alcance y posteriormente recuperarlas en la medida en que ello sea posible.

Hablar pues del tratamiento supone considerar esas 3 dimensiones bajo las que se le puede enmarcar:

- Lo punitivo de lo peligroso.
- Lo correctivo de los desviado.
- La exclusión de lo deficitario.

Y supone, también, plantearse los *recursos* de los que se dispone para ello. Uno de los que más se subrayan, independientemente de los financieros-administrativos, en las sucesivas contestaciones a la referida editorial, es el tema de las familias.

La familia es el marco de referencia inmediato donde emerge la enfermedad mental, que se concreta en uno de sus miembros que enferma. El padecimiento mental no sólo se limita al sujeto que lo padece sino que recae también sobre la familia que lo acoge. El padecimiento de la familia que tiene que hacerse cargo de su familiar enfermo también es algo que hay que tener en cuenta, en dos vertientes:

- a) Tanto desde la comprensión de la dinámica familiar que con sus actitudes y defensas emocionales suponen un favorecimiento de pautas relacionales y comunicacionales patológicas.
- b) Como del sufrimiento que inunda a cada uno de sus miembros que quedan sin ayuda terapéutica para ha-

Le ruego publique mi carta en la sección correspondiente, si así lo estima conveniente. Por si así fuera, se lo agradezco ya desde ahora. Considerada como enferma mental desde hace 20 años —tengo ahora 35—, he sido diagnosticada como ciclotímica, he recibido primero, en periodos quinquenales y más tarde anuales, tratamientos de diversa índole. Unos cuantos, demasiado creo yo, chalecos químicos y algún que otro encierro, por supuesto contra mi voluntad.

Hoy, viernes 19, al leer en su diario las cartas de Trinidad Molina y Ferrán Salsas y Roig, deseo expresar mi opinión al respecto, ya que siempre la manifiestan doctores y familiares de los enfermos, y casi nunca nosotros.

A mi modo de ver, la familia se ve desbordada por la situación; el supuesto paciente origina problemas en la casa. Solución:

1. Psiquiatría, tratamiento, chaleco químico, atontamiento total del paciente.
2. Internamiento, se libran de la carga: los doctores tienen la droga de la normalidad en sus manos y el consentimiento de

los familiares para que ésta sea administrada. La reacción en ambos casos es funesta para nosotros, al menos yo veo que así lo ha sido para mí. Drogados con haloperidol y otros fármacos, bastante comunes por desgracia entre nosotros, nos sentimos unos zombis. El cuerpo no lo domina y la mente está atontada. Es una sensación horrosa que sólo comprenden los que la hayan experimentado.

Mi psiquiatra describe mis fases de este modo: «... la paciente presenta un cuadro con síntomas de hipersensibilidad, hiperactividad, labilidad emocional, verborrea e insomnio pertinaz...». Puedo adjuntar fotocopia de un certificado médico.

Ahora me dirijo a los que se identifiquen conmigo. He querido no sentirme enferma y lo he conseguido.

Este año me he botado la crisis de turno; se me anunció como importante por coincidir además el quinquenio. Pensé que si la causa de mis males eran «trastornos de la afectividad» había que buscar nuevos afectos. Huir del falso afecto familiar. Pensé que aceptaba todos mis síntomas como rasgos de mi personalidad. Disfruté de ver

cómo día a día y sin haloperidol ni otros fármacos semejantes, huyendo de gente ruidosa y refugiándome mucho en la convicción interior de no enfermedad y la fe, confianza y ayuda de no más de dos amigos —A. y S.—, logré sentirme más viva que nunca y ver todo lo que de bello nos rodea con nuevos ojos. Tengo esperanza de que algún día la libertad de expresión también nos llegue a los locos. — *Francesca Vives i Ortí. Valencia.*

(Cartas al Director, *El País*, lunes, 29 de julio de 1985)

CARTAS AL DIRECTOR (Psiquiatras)

1

En mi opinión, su editorial «*La locura como amenaza*» tiene la virtud de tratar un

cer frente a esa situación que supone la existencia de un familiar enloquecido.

Vemos en la práctica cómo los profesionales de la Salud Mental entran en un juego de alianzas, ya con el paciente, ya con los restantes miembros de la familia, tomando partido por uno o por otros, y lo que es más grave, entrando en unas secuencias de inculpaciones, muchas veces inconscientes, que dificultan, aún más si cabe, las posibilidades de tratamiento y solución realista.

La familia, intentando asegurar su funcionamiento homeostático, puede favorecer con sus actitudes la consolidación de la enfermedad del familiar perturbado, pero también necesita ayuda para abordar todo lo que eso mismo genera. Las familias solicitan a menudo que se les alivie de la carga y responsabilidad que supone el tener un miembro afectado por la enfermedad mediante su depósito en la Institución.

El tratamiento conlleva la atención de estos aspectos, encaminado fundamentalmente a proporcionar a la familia los medios necesarios para aumentar su capacidad y recursos mentales para hacerse cargo, y constituirse en el soporte necesario para el paciente.

Asimismo, debe intentar modificar, dentro de lo posible, las actitudes y pautas relacionales y comunicacionales en su seno para así procurar un medio más higiénico que favorezca los elementos más sanos del núcleo familiar. Se habla de la inserción y rehabilitación social de los

enfermos mentales, pero si no se abordan las dificultades a nivel del primer marco referencial, como es la familia, si no se intenta aumentar su capacidad y recursos de contención; si no se estimulan sus aspectos y elementos más sanos de su funcionamiento grupal, será muy difícil que se pueda realizar a otros niveles de funcionamiento social.

Sobre el marco jurídico y legislativo en materia psiquiátrica

La publicación y aprobación de la Ley/13/1983 de 24 de octubre de 1983 de Reforma del Código Civil en materia de Tutela, producía un hecho de gran trascendencia:

La derogación del Decreto del 3 de julio de 1931, que regulaba legalmente el internamiento psiquiátrico en nuestro país.

Este Decreto/Ley del 1931 generaba dudas sobre su constitucionalidad en la medida en que carecía, en su articulado, de las garantías necesarias para aquellas personas privadas de su libertad y de sus derechos civiles. Las vicisitudes de la legislación en materia psiquiátrica respondían históricamente a la necesidad de proteger a los enfermos mentales de los abusos de los supuestamente sanos, recogidos en casas particulares o bien engrosando las filas de los marginados y vagabundos.

Podemos cifrar la aparición y aprobación de la Ley 13/1983 de Reforma del Código Civil en materia de tutela en el contexto de:

1. Las denuncias de las corrientes denominadas antipsiquiátricas sobre las funciones espúreas de las Instituciones Psiquiátricas.

tema complejo de una forma arbitraria y precipitada. Nadie que esté medianamente atento a lo que ha venido ocurriendo con la atención a los enfermos mentales puede afirmar, como se dice, que esta sociedad «no sabe qué hacer con sus enfermos mentales», «que se ha salido de la etapa de los manicomios, (...) que predomina el tratamiento en régimen abierto y el derecho a la libertad del enfermo mental». Afirmaciones tan inexactas revelan un desconocimiento inexcusable o una malevolencia inexplicable.

Mientras que en los años sesenta y setenta disminuía ostensiblemente en la mayoría de los países europeos la población ingresada en los hospitales psiquiátricos, en nuestro país crecía, y apenas ha habido una acción sostenida dirigida a disminuir la población de los internados en dichos hospitales.

El tratamiento en régimen abierto, como dice el editorial, no es algo de lo que haya que lamentarse; es algo que hay que conseguir porque las necesidades de los usuarios así lo reclaman. La mayoría de los problemas psiquiátricos se debe y se puede re-

solver con formas de tratamiento que no requieren del internamiento. La hospitalización es un instrumento técnico que tiene sus indicaciones y que ha de contemplarse dentro del conjunto de medidas que comprende el proceso terapéutico. Y ahí es donde se sitúa hoy el problema en nuestro país: en la carencia de una red de servicios ordenados e integrados, descentralizados y diversificados, de tal manera que puedan ofrecer respuestas adecuadas a las diversas necesidades que en su evolución presentan los enfermos psíquicos. No es un problema, como quiere apuntar el editorialista, de filosofía social confusa, sino de falta de directrices claras, de un ordenamiento racional de las medidas, de un aprovechamiento y dotación de recursos.

Este fenómeno es, si se quiere, más grave en una comunidad como la madrileña, en la que diversas personas, con conocimiento del tema, coinciden en afirmar que existen recursos humanos suficientes para asegurar una asistencia de alto nivel; pero las dificultades de coordinación, el mal entendimiento de las diversas áreas administrativas, la incapacidad para modificar com-

portamientos estancos y para ordenar con arreglo a unos criterios actuales generan situaciones de desamparo o de oferta solapada e ineficiente.

Me parece muy difícil de seguir la pirueta lógica que hace el editorialista para explicar, a partir de un hecho doloroso, que no se contextualiza adecuadamente, los males de nuestra asistencia psiquiátrica. Su lamento porque no haya una definición de lo que es un enfermo mental o porque no se puede reducir la conducta humana, que difícilmente va a tener una formulación en términos geométricos es comprensible, pero no podemos imputar esta deficiencia a nuestro patrimonio intelectual. Son lagunas ligadas a los límites de ciertos conocimientos, a la complejidad de la conducta humana, que difícilmente va a tener una formulación matemática como parece de-sear el cronista.

Sin embargo, con ese afán por anticipar con exactitud y rigor la potencial peligrosidad de los enfermos psíquicos resurge uno de los viejos prejuicios que han servido para la exclusión y estigmatización del enfermo psíquico, para entorpecer su mejor conoci-

2. El cambio socio-político ocurrido en nuestro país y el esfuerzo de homogeneización legislativa para nuestra adecuación a la Comunidad Económica Europea.
3. Los movimientos en defensa de los derechos humanos en la confrontación entre los dos bloques, y el uso, y abuso, consiguiente de las Instituciones Psiquiátricas para finalidades políticas y económicas, con el esfuerzo para impedir la utilización fraudulenta del tratamiento psiquiátrico.

A la vista de todo ello, y del redactado de dicha Ley, nos sugiere una serie de cuestiones que expondremos a continuación:

1. *Sobre las Instituciones Psiquiátricas:* Las Instituciones generadas por nuestra sociedad, no parecen gozar de confianza sobre su funcionamiento, apareciendo asociadas a imágenes de encierro, represión y castigo de personas consideradas enfermas o, como mucho, peligrosas socialmente en un amplio abanico de situaciones. La Ley intenta abordar este hecho, pero salvaguardando los derechos personales, individualizando los derechos civiles y las libertades de las personas asistidas en su ámbito, pero no contempla el marco jurídico de dichas Instituciones que siguen siendo consideradas legalmente como Centros Cerrados. Se desconfía de las Instituciones Psiquiátricas pero se respeta su marco jurídico sin modificarlo, sin prestar atención a sus estructuras, su ordenamiento, su funcionamiento, y persistiendo, lo que es más grave aún si cabe, su colaboración como auxiliadora y utilizada para resolver problemas legales mediante el internamiento como sustitutivo de los depósitos municipales, etc. No se contempla la labor asistencial, la libertad de movimiento de los pacientes, comunicación con el exterior...
2. *Sobre el internamiento:* Se plantea el internamiento

como una medida sometida al control y autorización judicial, a fin de evitar la pérdida de los derechos civiles, pero destacándose como una medida tutelar, *no reconociéndose su función terapéutica*. Parte del convencimiento de proteger de los abusos que pueden cometerse, pero no lo contempla como algo necesario y útil terapéuticamente. Se vela por los derechos del ciudadano, pero no se recogen sus necesidades de atención y cuidados terapéuticos que requiere como persona enferma.

3. *Sobre el enfermar y el enfermo:* La falta de diferenciación entre enfermedad e incapacidad, e incluso su confusión, lleva a que *no se contemple la condición del enfermo como tal*, sino que se habla de él como presunto incapaz y en algunos casos pasa a ser considerado como inculgado, produciéndose un cambio en la consideración de su status, con la interferencia que tales consideraciones suponen para la relación terapéutica y las funciones asistenciales. Se solicita del personal de la Institución su custodia y no su tratamiento, ya que queda implícito que el enfermar es algo incurable, definitivo e incapacitante, y no como algo que puede ser tratado o algo que presenta evolución y cambios.
4. *Sobre el personal terapéutico:* En la medida en que el internamiento de un presunto incapaz sólo supone su tutela y custodia, se exige de los técnicos que asuman sus funciones custodiales aumentando su responsabilidad sobre los movimientos del paciente, viéndose obligado a asumir funciones restrictivas y no terapéuticas. Todo ello supone paradójicamente el aumento de las medidas de vigilancia y de cautela, un aumento de las medidas asistenciales defensivas, y en definitiva el aumento de las medidas de encierro, de *eleva aún más las tapas de las Instituciones*, que va en contra del espíritu inicial de la Ley y de las reiteradas denuncias de los movimientos antipsiquiátricos.

miento y para contribuir a que muchas veces se cumpla aquello que dice temerse. Uno no puede dejar de leer en su argumentación una propuesta de recuperación de la Ley de peligrosidad Social para los enfermos mentales.

El problema de nuestra asistencia psiquiátrica no radica en que no se hagan los internamientos debidos, porque de esta forma de intervención aún se abusa; tampoco se debe a filosofías sociales extravagantes ni a discursos antipsiquiátricos que identifiquen la locura con la disidencia, porque esta ideología no ha tenido ni ha tenido ni tiene relevancia en los medios profesionales de la salud mental.

El problema tiene que ver con la modernización de formas de intervención y estructuras asistenciales desfasadas y arcaicas, impropias de un Estado que se esfuerza por renovarse y reformarse. — José García González, Oviedo.

(Cartas al Director, *El País*,
16 de julio de 1985)

2

Nos hemos quedado perplejos al leer el editorial de este diario del sábado 29 de junio titulado *La locura como amenaza*.

Después de bastantes años de trabajar en el campo de la psiquiatría y de la salud mental, no sabemos a qué país se refiere cuando dice que «se ha entrado en una etapa de abuso del concepto de libertad y de respeto a la conciencia del otro, donde predomina una teoría del tratamiento en régimen abierto y el derecho a la libertad del enfermo mental». Este país no es España, y lo lamentamos.

Maneja usted conceptos difíciles (antipsiquiatría, psicoterapias blandas, psicoanálisis) que ha hecho correr ríos de tinta con una ligereza y gratuidad estremecedoras, tanto para promover un cambio en el actual sistema de la salud mental como para quienes sufren los ingresos.

Hasta el momento no hemos visto la reforma psiquiátrica, pero esperamos que la

que se acaba de presentar cumpla efectivamente con los criterios de respeto que se propone. Olvidan que *la locura* (que no es un concepto científico) es sufrimiento para el que la padece y para otros, y puede suponer, eso sí, una amenaza para el otro: familia, médico, institución, medios de comunicación, en la medida que les pone cara a una angustia difícil de resolver, amenaza que no tiene por qué pasar por problemas de orden público como el que motiva el editorial.

Si queremos decir antes de acabar que nos adherimos a cualquier abordaje que tenga en cuenta la libertad y el respeto a la conciencia del otro, antes que a cualquier otro que prime el sometimiento por el encierro, el *chaleco* químico o el medio que fuere, con los riesgos que esto pudiera suponer. — Ferrán Salsas i Roig, Director del Centro de Orientación Sanitaria Municipal de Rubí, Barcelona.

(Cartas al Director, *El País*,
viernes, 19 de julio de 1985)

EL MUNDO DE LA SALUD EN EL CONGRESO «EVANGELIZACIÓN Y HOMBRE DE HOY»

La Iglesia española quería y necesitaba reunirse como tal para reflexionar su identidad, su presencia en la sociedad, sus signos, sus rasgos positivos y negativos, los sectores pastorales necesitados de una opción preferencial... Era una demanda que surgía de la misma realidad como una interpelación hacia su intrínseca vocación misionera: «¿Qué dices de ti misma, Iglesia? ¿Qué aportas a la construcción de la ciudad secular en camino hacia la nueva Jerusalén?». Para dar respuesta a todo ello, se convocó y desarrolló del 9 al 14 de septiembre del pasado año, en Madrid, el Congreso «Evangelización y Hombre de Hoy», como una acción concreta dentro del Programa Pastoral de la Conferencia Episcopal Española, y en el que participaron 1.425 personas.

En él estuvo presente, como un sector más de trabajo, dentro de los nueve existentes, el Mundo de la Salud. Diciendo su palabra, analizando sus carencias y posibilidades, formalizando sus propuestas y elaborando sus conclusiones.

LABOR HOSPITALARIA, que se goza en el reconocimiento eclesial de lo que significa hoy la pastoral de la salud —y reconoce su parte de «culpa» en ello—, no podía callar la voz de quienes han llevado a la Iglesia de Jesús la voz de los enfermos, sus más íntimos amigos. Hemos creído conveniente añadir las conclusiones del sector «Mundo de la Marginación» por cuanto estimamos que el mismo se sitúa próximo al concepto de la enfermedad en el nuevo marco de la salud.

Con nuestra aportación queremos contribuir a la misión de «sembrar la buena semilla del Congreso para que sea trabajada con discernimiento en nuestras comunidades», tal como pedía Mons. D. Gabino Díaz Merchán, Presidente de la Conferencia Episcopal Española.

I

COMUNICADO FINAL DEL SECTOR

El sector *Mundo de la Salud* ha estado presente en el Congreso de Evangelización con 130 participantes. Todos ellos con una rica experiencia en el mundo de los enfermos: el grupo ha contado con varios médicos, profesionales de la enfermería, sacerdotes —capellanes de hospital o de parroquia—, miembros de la Frater con una larga e intensa experiencia de enfermedad, etc.

Todos hemos trabajado duro, saliendo al paso de las nuevas exigencias y retos que presenta la medicina, intentando definir más ampliamente la salud y abriendo nue-

vos horizontes a la presencia de la Iglesia en este campo.

Hemos constatado desde la reflexión, en nuestros grupos de trabajo «que los enfermos no ocupan hoy en la Iglesia el lugar que ocuparon en la vida de Jesús o en otras etapas históricas». También «el rechazo de nuestra sociedad a todo cuanto significa dolor, enfermedad, muerte».

Con frecuencia, clamorosamente se ha dicho que el hombre de hoy no está preparado para estar enfermo. Estas constataciones, junto con la progresiva deshumanización, nos impulsan a un compromiso que va en la línea de:

- Defensa de la salud integral para todo hombre.
- Lucha por los derechos humanos de la persona enferma.
- Denuncia de las situaciones de injusticia que sufren los enfermos más desasistidos (crónicos, enfermos mentales, ancianos...)

Nuestro sector «mundo de la salud» no reivindica nada, sólo pide insistentemente, con humildad, pero con firmeza, que la Iglesia, toda ella, esté a favor de la vida —calidad de la vida humana en todas sus etapas y circunstancias. Pide a los profesionales de la salud competencia, cerca-

nía ante el enfermo y gran respeto a sus derechos aun en los momentos de conflicto en defensa de sus legítimos intereses profesionales. A los teólogos y pastoralistas les pedimos que intensifiquen más su reflexión en orden a un diálogo entre la fe y las realidades del mundo de la salud, igualmente una iluminación acerca de cuestiones sobre la vida, la salud y la muerte.

Somos conscientes de la ardua tarea evangelizadora que se nos presenta en este campo. El Congreso no sólo nos lo ha puesto de relieve, sino que nos abre horizontes, nos urge a una puesta en marcha; nos recuerda las palabras y los gestos de Jesús: los pobres, los enfermos no evangelizados...

II

SÍNTEISIS DEL TRABAJO DE LOS GRUPOS DEL SECTOR

1. El hombre a evangelizar en el Mundo de la Salud

ENFERMO/FAMILIA

Aspectos positivos

- El hombre de nuestra sociedad valora, más que en otros tiempos, la salud y la calidad de vida, es más sensible respecto al derecho a la salud, viéndolo como una exigencia social.
- La situación de enfermedad hace al hombre sentirse débil, pobre, inseguro, necesitado y dependiente; también más sensible ante las injusticias y más consciente de su dignidad y sus derechos.
- La enfermedad plantea, tanto al enfermo como a la familia, grandes interrogantes y les hace relativizar valores de la vida.
- La situación de enfermedad puede hacer al hombre más abierto y disponible, más solidario y agradecido.

Aspectos negativos

- No se encuentran preparados para aceptar y vivir la enfermedad, el sufrimiento y la muerte.
- Los enfermos, sobre todo, suelen vivir su situación con un sentimiento de inutilidad y en una gran soledad.
- La familia, en ocasiones, superprotege al enfermo, en otras lo abandona, se cansa de él, especialmente del crónico; educada para el bienestar, no se ve preparada para afrontar la situación de enfermedad.

PERSONAL SANITARIO

Aspectos positivos

- El personal sanitario ha alcanzado un gran nivel técnico y profesional. Igualmente, las condiciones laborales hoy son mejores.
- Muchos profesionales viven su profesión con un talante vocacional muy positivo y con un gran testimonio.
- El campo de trabajo es también un lugar privilegiado que ofrece al profesional la oportunidad de relativizar muchos valores y problemas de la vida y le da la ocasión de entregarse generosamente a los más necesitados.

Aspectos negativos

- En ocasiones existe en los profesionales un predominio de los intereses económicos, científicos y técnicos. En el ejercicio de la asistencia sanitaria percibimos, asimismo, una comercialización y una excesiva reclamación de sus derechos.
- El dualismo, es decir, la falta de una síntesis fe-profesión.
- El poco tiempo dedicado al enfermo.
- El «paternalismo» en la relación con el enfermo.
- La inseguridad e inestabilidad de su situación en estos momentos.
- Hemos constatado también que el mundo de la salud pone de manifiesto, de modo particular, la actual indiferencia y deficiente formación religiosa, y la nueva sensibilidad a los valores morales de la actual sociedad.

PRINCIPALES PROBLEMAS Y NECESIDADES

Estructurales

- La falta de planificación y coordinación de los servicios sanitarios.
- La falta de centros para enfermos crónicos y la deficiente atención en la asistencia a domicilio, especialmente en los fines de semana y en las zonas rurales.
- La deshumanización de la asistencia.
- El «peloteo» de enfermos del hospital a casa, de un hospital a otro...

Del enfermo y su familia

- Falta de preparación para afrontar la enfermedad.
- Encontrarse en un mundo nuevo.
- La angustia e inseguridad con que viven su situación.
- No estar informado, no poder expresarse, no poder tener intimidad.
- Soledad y aislamiento para vivir la enfermedad y la misma muerte.
- Falta de respuestas inteligibles y válidas a las realidades del dolor, la enfermedad y la muerte.

Del Personal Sanitario

- El stress con que, en ocasiones, ha de trabajar.
- Masificación de la asistencia.
- Falta de preparación para una asistencia integral.
- Indiferencia religiosa.
- Falta de formación ética.

POSTURAS ANTE TALES PROBLEMAS Y NECESIDADES

Enfermo/Familia

- Nerviosismo y angustia ante lo que les sucede.
- Confianza en la técnica como un «dios».
- Rebeldía y agresividad.
- Valor y coraje.
- Impotencia y resignación.

Personal Sanitario

- Endurecimiento e insensibilidad en sus relaciones con el enfermo.
- Refugio en los aspectos técnicos y científicos.
- En los problemas conflictivos, postura de defensa de intereses propios.

ASPIRACIONES

Enfermo/Familia

- Curarse.
- No sufrir.
- Ser tratado como persona y no como número.
- Ser escuchado y comprendido...

Personal Sanitario

- Mejorar su status profesional y económico.
- Ser competente y formarse.
- Tener éxito.
- Curar al enfermo.

Síntesis

- El enfermo y la familia están en un mundo nuevo que tiene ambivalencias; de ahí los distintos comportamientos, reacciones, valores y contravalores que provoca la situación de enfermedad.
- El personal sanitario se ve impotente ante tanta demanda de necesidades, ante lo complejo del curar; al mismo tiempo que descubre el camino para la solidaridad, siente también la tentación de evadirse en la técnica o en una visión materializada de la vida.

2. ¿Qué es evangelizar en el mundo de la salud?

PROBLEMAS

Sociedad	Enfermo/Familia	Iglesia	Evangelizador
<ul style="list-style-type: none"> • La supervaloración de la belleza, de la fuerza física, la eficacia y productividad. • El materialismo. • La masificación de la asistencia sanitaria con la consiguiente deshumanización. • La politización del tema sanitario. • El fenómeno de la increencia que se presenta con gran intensidad en determinados ambientes de la Sanidad. • El rechazo de lo religioso y de la ética cristiana. • La falta de un diálogo fecunda en este campo. 	<ul style="list-style-type: none"> • La nula o deficiente preparación para vivir la enfermedad y la muerte. • La indiferencia y/o deformación religiosa de muchos. • El temor a expresar sus creencias. • Su polarización exclusiva en el deseo de curación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Su olvido de este mundo de los enfermos y de los textos evangélicos sobre ellos, aplicándolos a otros campos y problemas. • Su deficiente organización. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se cree ya evangelizado. • Le falta la experiencia de Dios. • Tiene, a veces, miedo a presentar el mensaje, a hablar de Dios. • Tiene, a veces, ideas confusas sobre la evangelización. • Su visión sacramentalista. • Le falta una preparación. • Se deja llevar del activismo y de las prisas, etc. • Le falta lenguaje para comunicar su fe.

POSIBILIDADES

<ul style="list-style-type: none"> • El Evangelio —Jesús— es por sí mismo Buena Noticia para el que sufre. • La fuerza del Espíritu. • La nueva situación democrática permite hoy el anuncio libre de la Buena Nueva. • La situación del enfermo puede ser ocasión de apertura al Evangelio: su deseo de vivir, su radical necesidad, su estado de limitación y pobreza, su capacidad de amistad, la disponibilidad de tiempo. • La mayor sensibilidad de las comunidades cristianas con el resurgir de grupos de pastoral de enfermos. • El testimonio de entrega y dedicación al enfermo de tantos hermanos —religiosos, religiosas, sacerdotes y seglares— asociados unos, individualmente otros.
--

ACTITUDES

Comunes a la evangelización	Propias a la participación de la Salud
<ul style="list-style-type: none"> • La fidelidad a Dios y a la persona enferma. • La preferencia por los más necesitados. • La coherencia y autenticidad de vida. • La conversión constante. • La audacia confiada. 	<ul style="list-style-type: none"> • La cercanía al enfermo y la sintonía con él. • La escucha y comprensión. • El estar a su disposición haciéndose solidario de todas sus necesidades. • La gratuidad. • El respeto exquisito a su persona. • El sentirse pobre con él y dejarse evangelizar por él. • La alegría. • El ver a Cristo en el enfermo. • La paciencia.

CÓMO REALIZARLO HOY

Con el enfermo

- Ayuda al enfermo a vivir con sentido su enfermedad: aceptando sus límites, luchando, abriéndose a los demás...
- Liberarle de sus angustias y miedos y compartir sus preocupaciones y sus dolencias.
- Atenderle en todas sus necesidades con responsabilidad y competencia.
- Llevarles paz, serenidad, consuelo, ánimo.
- Ayudarles a madurar en su fe y celebrarla en los sacramentos.
- Integrarles en la comunidad cristiana y en la sociedad como miembros útiles y activos.
- Defender la vida en todas las etapas.
- Promocionar y defender los derechos de la persona enferma.
- Iluminar desde el Evangelio las realidades y problemas del campo sanitario.

Desde unas estructuras

- Formación de agentes de pastoral.
- Actualizar la pastoral sanitaria en las parroquias.
- Suscitar equipos de profesionales sanitarios, de movimientos de enfermos, de voluntariado, etc., para un mejor servicio al enfermo.
- Dar participación a los seglares.
- Compromiso de participación en las comisiones de humanización, en las asociaciones y en los comités de ética.

3. La Iglesia que evangeliza y que debe ser evangelizada en este campo

PRESENCIA EVANGELIZADORA DE LA IGLESIA

Aspectos positivos

- La presencia de la Iglesia en el campo de la salud, en opinión de muchos, se ha dado siempre; se trata, pues, de una larga tradición. Otros la consideran adquisición de tiempos más recientes.
- Las grandes figuras de la Iglesia en el campo de la salud.
- Se ha dado muchas veces la presencia permanente y silenciosa, incluso heroica en ocasiones, junto al enfermo.
- Instituciones y grupos eclesiales se han ocupado con frecuencia de aquellos campos y grupos humanos a los que nadie atendía, y que podríamos decir que eran y son «menos rentables».
- Dedicación de instituciones religiosas, así como de grupos y de voluntariados, al campo de la salud.
- Actitud de renovación de grupos de enfermos militantes, que ofrecen comunidades de referencia (Fraternidad Cristiana de Enfermos y Minusválidos...).
- Existencia de la Delegación Nacional de Pastoral Sanitaria, de las Delegaciones Diocesanas, de la FERS, de los grupos parroquiales, etc.
- Mayor inserción de religiosos y seglares en la pastoral sanitaria.
- Esfuerzo por ir pasando de una mera sacramentalización, a una acción y presencia más evangelizadora e integral.
- Existencia de documentos y realizaciones: Carta pastoral del Papa Juan Pablo II sobre el sentido cristiano del sufrimiento humano; creación de la Comisión Pontificia para los trabajadores sanitarios; acuerdo sobre el servicio religioso en los hospitales; Ritual de la Unción y de la Pastoral de Enfermos; Día del Enfermo. Diversas publicaciones sobre pastoral sanitaria.
- Esfuerzo en la formación de agentes de pastoral (cursos, etc.).
- Considerar al enfermo como miembro activo en la evangelización.

Aspectos negativos

- Los planes pastorales de la Conferencia Episcopal y de muchas diócesis no subrayan suficientemente la atención al mundo de la salud, aunque se nota actualmente en la jerarquía una mayor sensibilidad y preocupación por este sector.
- Poca presencia en el sector domiciliario y en el de minusválidos (mucho en hospitales).
- Escasa toma de conciencia y poca presencia del seglar en la pastoral sanitaria.
- Falta de coordinación de los distintos sectores de la pastoral sanitaria.
- Pastoral muy polarizada aún en lo sacramental.
- No todos los capellanes de centros hospitalarios están vocacionados para esta tarea, ni tienen una preparación actualizada.
- No está suficientemente desarrollada una teología del dolor.
- En general, deficiente formación de los agentes de pastoral.
- Hay una mayor preocupación por los aspectos somáticos, psicológicos, sociales... que por la misma evangelización. Miedo a evangelizar.
- Falta más voz profética de la Iglesia en este campo.
- Escasa participación en lo referente a los temas de salud: Ley de Sanidad, Reforma Hospitalaria, y en grandes interrogantes que presenta la medicina hoy.

NECESIDAD DE LA CONVERSIÓN DE LA IGLESIA

Signos positivos

- Autocrítica, reconocimiento de errores, aceptación de la crítica.
- Vuelta al núcleo del Evangelio, adquisición de actitudes más evangélicas, aunque esto se da, más bien, en pequeños grupos implicados en la pastoral sanitaria, o a nivel individual.
- Esfuerzo para que la Iglesia recobre el signo mesiánico de curar a los enfermos y colocarlos en el sitio que les corresponde.
- Esfuerzo de las congregaciones religiosas por ponerse al día en pastoral sanitaria.
- Incorporación de seglares a la misma.
- Movimientos apostólicos de enfermos y minusválidos. Aparición de grupos de pastoral de enfermos en las parroquias.
- La Iglesia sigue prestando hoy atención a los enfermos más necesitados y marginados, dedicándose a ellos y creando instituciones para asistirlos.
- Sectores de la Iglesia más concienciados realizan gestos de denuncia de injusticias, salen en defensa de los derechos del enfermo y promueven la dignidad y el valor de toda persona humana.

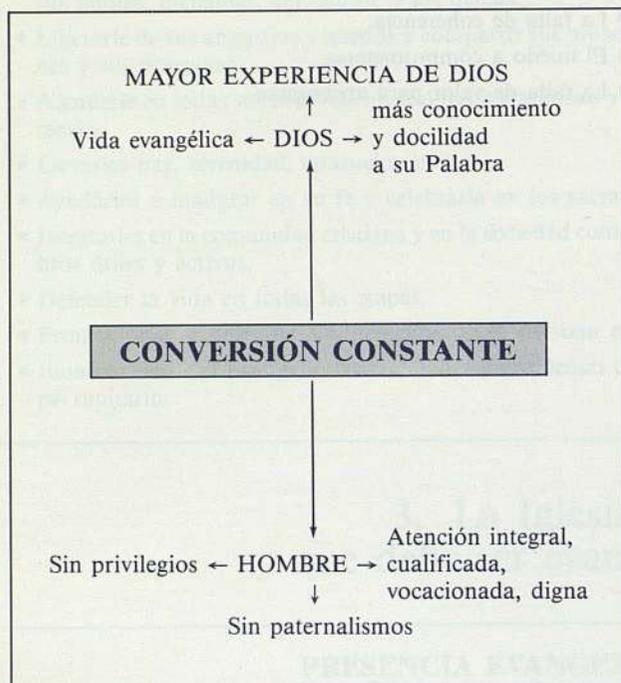
Signos negativos

- La falta de coherencia.
- El miedo a comprometerse.
- La falta de valor para arriesgarse.

INTERPELACIONES A LA IGLESIA

- El mundo de la salud, en general, pide mayor preocupación y atención respecto a este campo por parte de la jerarquía y de los profesionales cristianos. Esta interpelación, sobre todo, viene de los sectores marginados: minusválidos, ancianos, enfermos mentales, enfermos crónicos, del área rural, etc.
- La deshumanización de la sanidad en la sociedad actual.
- Las situaciones de injusticia que exigen denuncia y riesgo.
- Toda la problemática de la defensa de la vida humana, que se refleja con mucha fuerza en este campo.
- La insuficiente iluminación teológica de los problemas humanos relacionados con la vida, la salud, la enfermedad y la muerte, así como los nuevos avances de la ciencia.
- La urgencia del diálogo fe-cultura.
- La necesidad de una formación adecuada de los agentes de pastoral y de una catequesis del dolor y de la muerte, para todos los cristianos.
- La necesidad del enfermo de ser reconocido como miembro activo. Al mismo tiempo, la necesidad de la comunidad cristiana de dejarse evangelizar por el enfermo en quien tantas veces se hace presente la acción del Espíritu y la fuerza liberadora de Jesús.
- La deformación de la imagen de Dios en muchos enfermos que no le ven como Padre, y consideran la enfermedad como un castigo.
- La falta de razones en muchos hombres de hoy, para vivir con sentido: la vida, la enfermedad, la muerte.
- La falta de cauces de encuentro y comunicación para los profesionales seglares cristianos en el mundo de la salud, que les ayuden a asumir y vivir su misión.

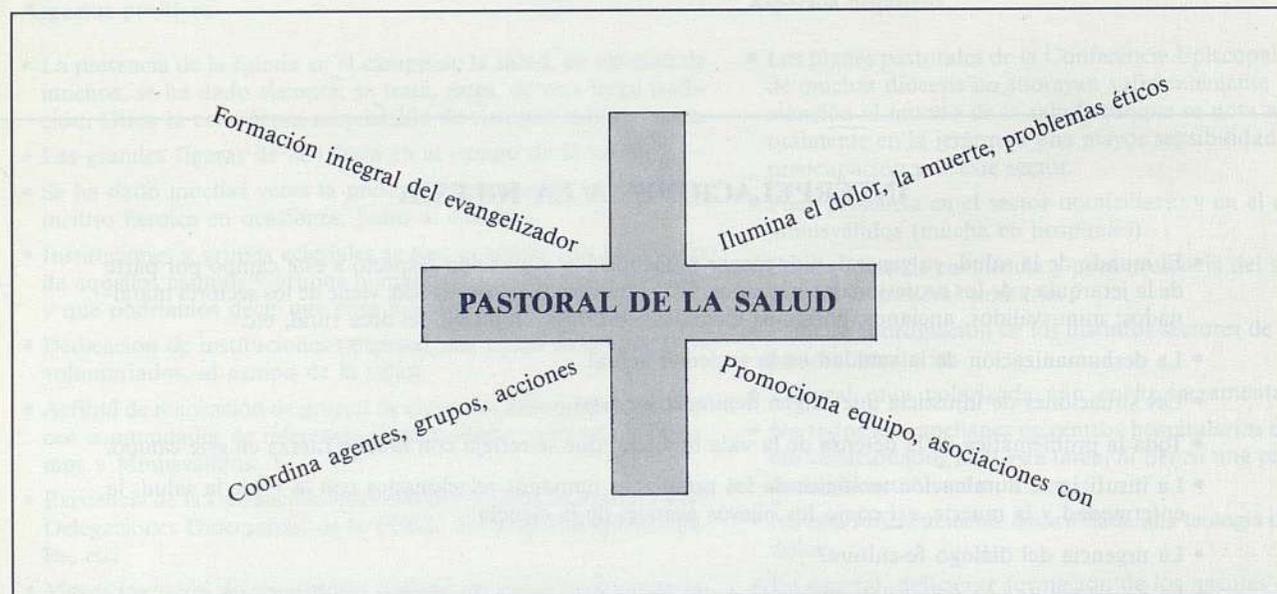
4. Exigencias y compromisos que conlleva la evangelización en este campo



CRITERIOS DE UNA PASTORAL SANITARIA ACTUAL

Evolución que se exige a la Pastoral Sanitaria

Pastoral ocasional	→	Pastoral de acompañamiento
Pastoral parcial y aislada	→	Pastoral integral e integrada
Pastoral clericalizada	→	Pastoral del Pueblo de Dios
Pastoral enfermo-receptor	→	Pastoral de enfermo-miembro activo
Pastoral sacramentalista	→	Pastoral evangelizadora
Pastoral individualista	→	Pastoral comunitaria
Pastoral de conservación	→	Pastoral misionera



III

CONCLUSIONES DEL SECTOR «MUNDO DE LA SALUD»

Los congresistas del sector «mundo de la salud» aprobaron por práctica unanimidad las siguientes conclusiones:

HEMOS CONSTATADO

- 1.^a Que los enfermos no ocupan hoy en nuestra comunidad eclesial el lugar central que tuvieron tanto en la vida de Jesús y de las primeras comunidades cristianas, como a lo largo de otras etapas de la vida de la Iglesia.
- 2.^a Que la actual sociedad del bienestar exalta el valor de la salud física y mental, el vigor y belleza corporal, hasta tal punto que margina y quiere ignorar la realidad humana de la enfermedad, el dolor y la muerte.
- 3.^a Que la enfermedad es una realidad inherente a la condición humana y está presente en todas las etapas de la vida (infancia, adolescencia, juventud, edad adulta, ancianidad), y en todos los estratos y grupos sociales.
- 4.^a Que el hombre de hoy, también el creyente, en la mayoría de los casos no está preparado para asumir la enfermedad, el dolor y la muerte en su propia vida o en la de los suyos.
- 5.^a Que el paso por la enfermedad puede ser, y ha sido de hecho para muchos, ocasión de evangelización.
- 6.^a Que no pocos enfermos viven con esperanza, fortaleza, alegría, abiertos a los demás en actitud de servicio... En ellos descubrimos la fuerza liberadora de Jesús.
- 7.^a Que existen en nuestra sociedad enfermos especialmente desasistidos: enfermos crónicos, enfermos mentales, ancianos, minusválidos, enfermos terminales.
- 8.^a Que las familias sufren cuando uno de los suyos enferma, y ven profundamente alterado el ritmo de su vida. Unas sacrifican gran parte de su vida social y profesional por acompañar al familiar enfermo, otras lo abandonan o lo soportan como una carga.
- 9.^a Que los profesionales sanitarios han desarrollado un elevado nivel de competencia técnica, pero en muchos casos su relación humana con el enfermo no tiene la calidad apropiada.
- 10.^a Que la deshumanización de nuestra sociedad se ve acentuada en el mundo de la salud y repercute

negativamente, sobre todo en el enfermo y la familia, pero también en el personal sanitario, especialmente por la burocratización y masificación de la sanidad.

- 11.^a Que las comunidades cristianas «delegan» en los agentes de pastoral sanitaria su responsabilidad en este campo, eludiendo al menos parcialmente su compromiso evangelizador en el mundo de la salud, sin integrar al enfermo como miembro activo de la propia comunidad.
- 12.^a Que la atención pastoral a los enfermos se reduce en muchos casos a la administración de sacramentos.
- 13.^a Que estos últimos años, grupos eclesiales (Delegación de Pastoral Sanitaria, Congregaciones Religiosas, FERS, Movimientos de Enfermos...) están desarrollando un serio esfuerzo por llevar a cabo una evangelización integral en el mundo de la salud. Junto a ello descubrimos una creciente incorporación de laicos a esta misión.
- 14.^a Que numerosas comunidades religiosas dedican su vida al servicio de los enfermos más abandonados. También movimientos cristianos de enfermos asumen activamente su responsabilidad evangelizadora en el mundo de la salud.

NOS SENTIMOS INTERPELADOS POR

- 15.^a La situación de abandono que sufren diversos sectores de enfermos: crónicos, mentales, terminales, minusválidos, ancianos...
- 16.^a La deshumanización de la sanidad en la sociedad de nuestro tiempo.
- 17.^a La insuficiente iluminación teológica de los problemas humanos relacionados con la vida, la salud, la enfermedad y la muerte.
- 18.^a La deformación de la imagen de Dios en muchos enfermos que le ven más como «castigador» que como «Padre».
- 19.^a La marginación que el enfermo sufre en la comunidad cristiana, sin poder sentirse miembro activo de la misma.
- 20.^a La acción del Espíritu y la fuerza liberadora de Jesús, presentes en la vida de muchos hermanos nuestros enfermos.

NOS PROPONEMOS

- 21.^a Ser testigos elocuentes del Dios que Jesús nos manifestó como vida, salud y esperanza, mediante nuestra presencia acogedora, solidaria, cercana, profundamente respetuosa, humilde y pobre junto a los enfermos, y apoyada en la oración y en la fuerza del Espíritu.
- 22.^a Asumir la realidad del ser humano en su integridad, atendiendo al enfermo en todas sus dimensiones y necesidades.
- 23.^a Defender con audacia y constancia los derechos humanos de la persona enferma.
- 24.^a Integrarnos en las instituciones civiles que sean cauce de participación ciudadana en la planificación, gestión y control de la asistencia sanitaria.
- 25.^a Denunciar las situaciones de injusticia que sufren los enfermos, especialmente los más desasistidos.
- 26.^a Colaborar con cuantos combaten las causas biológicas, ambientales y sociales de las enfermedades y promueven una salud integral.
- 27.^a Prestar nuestro apoyo y esfuerzo a la transformación de las estructuras sanitarias para que lleguen a estar verdaderamente al servicio del ser humano enfermo o enfermable.
- 28.^a Participar en la creación o el funcionamiento de comisiones de humanización de la asistencia sanitaria y en las de esclarecimiento ético de los problemas y conflictos propios del mundo de la salud.
- 29.^a Interpelar a nuestras Iglesias particulares y a toda la Iglesia para que vuelva a vivir con la intensidad de los primeros tiempos la llamada de Jesús a servirle en los enfermos.
- 30.^a Dejarnos evangelizar por los más radicalmente pobres, los enfermos.
- 31.^a Promover que los enfermos se integren en la comunidad eclesial, posibilitándoles su servicio y ejercer su propio carisma.

PEDIMOS

32.^a A toda la Iglesia

- a) Que defienda la integridad y calidad de la vida humana en todas sus etapas y circunstancias.
- b) Que asuma la tarea de educar para vivir con sentido la enfermedad y el morir, de la misma manera que se ocupa de educar para la paz, el amor y otras realidades de la vida.
- c) Que se deje evangelizar por los miembros enfermos.

33.^a A los enfermos cristianos

Que sean testigos del Misterio Pascual: del Cristo que surge vivo del fondo de la debilidad.

34.^a A las familias cristianas

Que sepan ser la Iglesia doméstica que acoge, consuela y alivia en el nombre del Señor.

35.^a A los profesionales y trabajadores cristianos del mundo sanitario

- a) Que unan a la competencia y honradez en el trabajo, su cercanía y entrega al enfermo, según el modelo de Jesús.
- b) Que en la defensa de sus legítimos intereses, garanticen siempre el pleno respeto a los derechos del enfermo.

36.^a A los Pastores de la Iglesia

- a) Que se hagan más visibles entre los enfermos.
- b) Que promuevan y apoyen la pastoral sanitaria.
- c) Que dediquen a desarrollarla, en todos sus ámbitos, a personas vocacionadas y capacitadas.
- d) Que animen especialmente al laicado y a los formadores de los futuros presbíteros a interesarse por este campo.

37.^a A los teólogos y pastoralistas

Que aporten cada vez más su reflexión:

- a) Al diálogo entre la fe y las realidades del mundo de la salud.
- b) A la iluminación y al desarrollo de la praxis evangelizadora acerca de las cuestiones sobre la vida, la salud, la enfermedad y la muerte.
- c) Y a la comprensión y celebración adecuada del Sacramento de la Unción de Enfermos.

38.^a A las religiosas y religiosos sanitarios

- a) Que continúen y acrecienten la vivencia del espíritu de las Bienaventuranzas en el servicio a los pobres, los que sufren y necesitan consuelo.
- b) Y en la dedicación, como siempre hicieron, a los desechados por todos.

39.^a A las comunidades parroquiales

- a) Que asistan a sus fieles enfermos en los domicilios y en los hospitales, así como a sus familias.
- b) Que apoyen a quienes envían a cumplir este servicio.
- c) Y que den ejemplo de acogida a los enfermos y minusválidos, eliminando las barreras arquitectónicas de los lugares de reunión comunitaria, así como las mentales y afectivas.

Somos conscientes de la ardua tarea evangelizadora que se nos presenta en este mundo de la salud. El Congreso nos lo ha puesto de relieve, nos ha abierto horizontes, nos ha urgido a una puesta en marcha y, sobre todo, nos ha recordado con fuerza los gestos de Jesús y sus palabras: «*Los pobres (los enfermos) son evangelizados*» (Lc. 7,22).

IV

CONCLUSIONES DEL SECTOR «MUNDO DE LA MARGINACIÓN»

Creemos que sólo una Iglesia solidaria con los marginados es capaz de entender y vivir el Evangelio; porque sólo cuando se comparte la situación de los desesperados se puede comprender y aceptar al Dios que «derriba del trono a los poderosos y enaltece a los humildes, sacia a los hambrientos y despide vacíos a los ricos» (Lc. 1, 52-53).

1.^a **Constatamos** que la marginación tiene su raíz fundamentalmente en las estructuras sociales, y para descubrir sus causas concretas es necesario realizar constantemente un análisis de la realidad, desde los pobres, para que así la acción sea liberadora.

Los colectivos y situaciones personales que se encuentran en el mundo de la marginación coinciden en que están fuera de los modelos considerados normales y dominantes en la sociedad actual, con formas de vida específicas. El rechazo social produce en ellos una personalidad rota y carente.

2.^a **Queremos** convertirnos en una Iglesia que acepte el desafío de volver a pensarse y organizarse desde el Jesús pobre y desde los pobres y marginados de nuestro mundo, recuperando el genuino significado de la «fracción del pan» en la primitiva Iglesia, y sus consecuencias.

Por tanto, queremos ser Iglesia:

- En actitud de pedir perdón.
- Que reconozca que está distante de la marginación.
- Que sea fraterna y sencilla.
- Que no cree marginación en su interior.
- Que sea la voz de los sin voz.
- Que desde la escucha de los marginados haga suya su causa.
- Que su actitud no sea de «repartir» sino de «compartir».
- Que no sea ni hable desde el poder, sino desde la encarnación, humildad y sencillez (Cfr. Flp. 2).

3.^a **Vemos como urgencias** concretas de la evangelización:

- La opción prioritaria de los marginados.

- La formación de conciencia y promoción de militantes cristianos en función de la liberación integral del hombre.
- La animación, estimulación, potenciación y coordinación de las acciones de los creyentes que trabajan en este campo.
- La distribución más justa y evangélica de sus bienes materiales y recursos humanos.
- El estudio serio de la actuación de la Iglesia en el mundo de la marginación y lo que debe hacerse.
- Evangelizar desde la propia personalidad de los diversos colectivos marginados.
- Que la preocupación por el marginado sea el punto de referencia que dé sentido, verifique y dé autenticidad a la liturgia y la catequesis en nuestra Iglesia.
- Que nuestras celebraciones sean una llamada urgente a la conversión de los ricos, porque en ellas han encontrado su hogar los que viven en el desamor.
- La denuncia de las nuevas «situaciones de pecado»: salario injusto, ingresos excesivos, acumulación, gastos inútiles, desigualdades, la no inversión, hambre, economía de guerra, etc.
- Que sea solidaria con los pueblos empobrecidos de la tierra.

4.^a Desde nuestra identificación con la causa de Jesús, *nos ofrecemos* a todos los hombres que luchan en favor de los marginados, porque *creemos* que es posible su total liberación.

5.^a Porque somos hombres de esperanza *nos comprometemos* gozosamente a vivir, sufrir, padecer y caminar con los marginados, porque desde aquí descubrimos más claramente los valores evangélicos y la cercanía de Jesús.

En medio de tanta marginación, sufrimiento e inhumanidad, descubrimos signos de esperanza que nos demuestran que el Reino de Dios se está haciendo presente ya entre los marginados.

Comisión Episcopal para la Doctrina de la Fe

DOCUMENTO SOBRE LA EUTANASIA

La Comisión Episcopal para la Doctrina de la Fe hizo público el pasado 23 de abril un Documento sobre la Eutanasia.

Fue presentado el mismo por Mons. Antonio Palenzuela, Presidente de la citada Comisión, y por el Dr. Javier Gafo, profesor de Bioética de la Universidad Pontificia Comillas.

El Episcopado español sale con ello al paso de una problemática terriblemente actual que exigía una clarificación de ideas, conceptos y terminología.

El Documento ha ido más allá, adentrándose en el trasfondo del problema: la angustia del hombre de hoy ante la muerte que le incapacita para ayudar al enfermo terminal, el peligro creciente de deshumanización del mundo sanitario, «donde gran número de personas se inclinan diariamente sobre el lecho del paciente, sin que ninguna de ellas se relacione personal y humanamente con aquél»... «la depreciación de la vida humana, la asistencia religiosa limitada a una atención ritual o sacramental, pero sin aspirar a crear un clima de diálogo y acompañamiento a la persona enferma»...

Ya se había manifestado con anterioridad sobre este mismo tema la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe (5-V-1980), así como las Conferencias Episcopales de Francia, Alemania y Gran Bretaña.

Mons. Palenzuela anunció, asimismo, la próxima publicación de otro Documento sobre la Fecundación Artificial, elaborado por la Comisión que él preside.

Cuando el autor del libro del «Eclesiastés» escribía hace veintitrés siglos su bello poema «Todo tiene su tiempo..., tiempo de nacer y tiempo de morir» (3, 1-2), vivía en una época muy distante de la nuestra, en la que el nacer y el morir se comprendían como acontecimientos naturales que tenían «su tiempo» y que apenas admitían intervención o modificación. El rápido y acelerado progreso de las ciencias biomédicas están alterando crecientemente estos acontecimientos, primero y último de la existencia humana. La ciencia biomédica interviene en el origen de la vida humana desde intereses contrapuestos. Por una parte, algunas de las técnicas destruyen la vida humana ya concebida; por otra parte, una tecnología aún más sofisticada y costosa hace posible que un número importante y creciente de personas puedan ver realizado su deseo de paternidad y maternidad.

En el otro extremo de la vida, el morir está siendo también alterado en su «tiempo». El niño o la niña, que vienen hoy al mundo en los países técnicamente desarrollados, tie-

nen una esperanza de vida que duplica la de no hace muchos años. Los avances de la medicina permiten disponer de terapias con las que se pueda luchar eficazmente contra muchísimas enfermedades, y hacen posible su curación y la prolongación de la vida de numerosos pacientes.

Pero, como todo progreso humano, también el avance en la lucha contra las enfermedades y la muerte tiene sus contrapartidas. En la literatura reciente se ha acuñado el término de «encarnizamiento terapéutico» para referirse a una acción médica, centrada en prolongar la vida del enfermo, pero que puede ser extraordinariamente cruel para el mismo paciente, ya que significa la prolongación de un proceso irreversible, acompañado de graves dolores y angustias. Se suelen citar ejemplos de personalidades famosas, cuya muerte levantó la sospecha en la opinión pública de si no se había incurrido en el citado «encarnizamiento terapéutico».

La muerte está dejando de tener «su tiempo», porque nuestra cultura no sabe cómo integrarla en nuestra concepción

de la vida. La literatura reciente en torno a la muerte señala que sobre ésta pesa un importante tabú y que nuestra sociedad la margina y la oculta. Se escribe mucho sobre la dificultad del hombre de nuestro tiempo para integrar el hecho de la muerte. La perspectiva de la muerte crea en muchos de nuestros contemporáneos una inmensa angustia, que dificulta extraordinariamente nuestra relación con el enfermo grave: no sabemos acercarnos a él, acompañarle en sus temores y esperanzas, proporcionarle el apoyo y calor humano que tanto necesita.

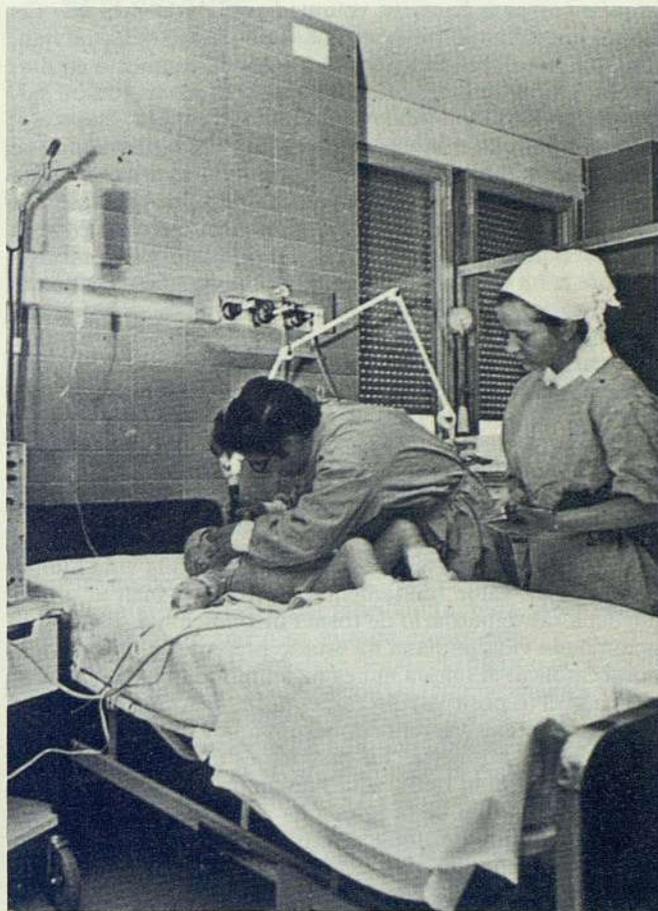
Un número cada vez mayor muere en los grandes hospitales, donde los niveles de asistencia técnica son muy elevados, mientras que la *existencia* humana de acompañamiento al enfermo o al moribundo es extraordinariamente pobre. Se subraya que no sólo es el personal sanitario el que tiene dificultades para entablar una relación personalizada con el paciente, sino que aun la misma familia no sabe hacerlo convenientemente, creando con frecuencia una situación de falta de información o de mentiras en torno al enfermo, que bloquean su comunicación con los seres más queridos. Dentro de esta crítica general se incluye también a veces a los capellanes de las distintas religiones, que asimismo tienen el peligro de limitarse a una atención ritual o sacramental, pero sin aspirar a crear un clima de diálogo y de acompañamiento a la persona enferma.

1. LA ACTUAL POLÉMICA EN TORNO A LA EUTANASIA

El debate actual sobre la eutanasia es inseparable de este modo de vivir nuestra cultura la muerte. La palabra «eutanasia» es de origen griego y significa inicialmente «buena muerte», sin dolores, en plenitud de conciencia. Desde el siglo XVI tiene su significado actual: la aceleración o provocación de la muerte de un enfermo, realizada por otra persona, con el fin de acabar con sufrimientos intolerables e inútiles. La polémica sobre la legitimidad de la eutanasia, que se había apagado con la difusión del cristianismo en nuestra cultura, reaparece en el siglo XIX al crearse los primeros movimientos y asociaciones en favor de esa práctica.

Hoy vuelve a ser aguda la discusión sobre la eutanasia. En este hecho incluyen una serie de factores: el proceso de secularización, la crisis de los valores religiosos en el mundo occidental, la absolutización de la libertad de la persona, que lleva a afirmar que el paciente terminal tiene el derecho de disponer de su propia vida, si así lo desea. Es también indiscutible que la permisión legal respecto al aborto tiene también su repercusión en el asunto de la eutanasia. Cuando la ley admite que la vida en gestación puede ser suprimida, se está en el plano inclinado para admitir igualmente la supresión de otras vidas humanas.

En nuestro país ya se oyen voces que favorecen la aceptación de la eutanasia. Es un asunto que preocupa actualmente a toda la Iglesia y en el que nuestra responsabilidad de pastores nos exige decir una palabra iluminadora, dirigida tanto a los creyentes como a los hombres y mujeres de buena voluntad, que se sienten preocupados por la eventual legalización de la eutanasia. Hace pocos años, la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe hizo público un documento sobre la eutanasia, al que también se ha referido en algunas ocasiones el Papa Juan Pablo II. Varias conferencias episcopales han abordado también este tema en los últimos años. En comunión con la Iglesia católica la Comisión Episcopal para la Doctrina de la Fe se dirige ahora a los católicos y a la sociedad española con esta nota.



2. EL MENSAJE CRISTIANO SOBRE LA MUERTE Y LA VIDA

Ni el Antiguo ni el Nuevo Testamento abordan directa y explícitamente la eutanasia. La Biblia, sin embargo, contiene una afirmación fundamental: Dios es el Señor de la vida y de la muerte; Él es el creador, el que ha llamado al hombre a la existencia y le ha dado la vida como un don, como una bendición que el hombre debe cuidar y favorecer, pero nunca suprimir. En la tradición bíblica hay una línea de avance y progreso que subraya crecientemente el valor de toda vida humana y su indisponibilidad. El «no matarás» adquiere un ámbito de aplicación cada vez más amplio, de tal forma que el principio de la inviolabilidad de la vida humana se ve extendido a toda persona. Jesús le da una especial fuerza a la exigencia de respeto a toda vida humana. La Iglesia, ahondando en este principio, enseña explícitamente que la inviolabilidad de la vida humana se extiende a cualquier fase de la vida del hombre.

Para Jesús, sin embargo, la vida biológica y temporal del hombre, aun siendo un valor fundamental, no es el valor absoluto y supremo. Para Él el único absoluto es Dios y su reino. En consecuencia, en el servicio de Dios, al prójimo y a la comunidad, el hombre puede entregar su vida, gastarla y hasta acortarla, mientras no atente directamente contra ella.

Jesús afirma que quien quiera salvar su vida, la perderá; pero quien la dé por su causa, la encontrará; que nadie tiene más amor que el que da la vida por sus amigos. Para quien cree en Jesús, Él es su modelo, tanto en la vida como en la muerte. Jesús experimenta su muerte como el acto final de abandono en las manos del Padre, como entrega definitiva a la misión recibida. La vida de Jesús, configurada por el

«aquí estoy para hacer tu voluntad», acaba con el «en tus manos encomiendo mi espíritu». Jesús no se quita la vida, sino que la entrega libre, confiada y generosamente en manos del Padre «por nosotros los hombres y por nuestra salvación».

El cristiano, llamado por su fe a seguir a Jesús cuando se entrega, debe también participar, cercano a la muerte, de los mismos sentimientos del Señor. Para el seguidor de Jesús, la muerte no es un sinsentido, sino el momento en que entrega su vida en manos de un Dios que le ha llamado a la existencia, que le ha cuidado providentemente y al que finalmente se entrega con confianza. Su muerte no es un sacrificio inútil; es como el grano de trigo caído en tierra, que necesita morir para dar fruto abundante. De esta forma, en el vivir y en el morir somos del Señor.

3. DISTINTAS SITUACIONES EN TORNO A LA EUTANASIA

Antes indicábamos que para la fe cristiana la vida humana es un valor fundamental, pero no el bien absoluto que deba salvaguardarlo de forma incondicional. Esta valoración de la vida humana ha estado presente en la tradición moral católica: la Iglesia nunca ha admitido la llamada eutanasia activa (o positiva) directa, es decir, la acción con la que se pretende exclusivamente poner fin a la vida de un paciente o acelerar su muerte. Tal práctica es un atentado contra la indisponibilidad de la vida humana.

Pero la tradición de la Iglesia ha admitido, basándose en el principio moral del doble efecto, la legitimidad del recurso a calmantes (por ejemplo, ciertos derivados de la morfina), aunque su administración pudiese ocasionar indirectamente una acortamiento de la vida. La misma moral católica, basándose en la distinción entre medios ordinarios y extraordinarios o, mejor, proporcionados y no proporcionados, afirma también que la Medicina no está siempre obligada a hacer todo lo posible para prolongar la vida de un paciente. Existen situaciones en las que es legítimo, e incluso hasta obligatorio, abstenerse de aplicar terapias no proporcionadas y no habituales, que únicamente sirven para prolongar abusivamente el proceso irreversible de morir.

Así se expresaba el mencionado documento «Declaración sobre la eutanasia» de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe: «Nadie puede autorizar la muerte de un ser humano inocente, aunque se trate de un enfermo incurable o agonizante. Nadie puede pedir esta acción homicida para sí o para otros, confiados a su responsabilidad. Ninguna autoridad puede legitimarlo o permitirlo. Es una violación de la ley divina, una ofensa a la dignidad humana, un crimen contra la vida y un atentado contra la humanidad». Dicha declaración rechaza, consiguientemente, la eutanasia positiva directa.

Pero la «Declaración sobre la eutanasia afirma, a la vez, que siempre es lícito contentarse con los medios normales y habituales que la medicina ofrece. Hay, sin embargo, terapias en uso que conllevan serios peligros o incluyen gastos exagerados, cuya aplicación no puede imponerse como obligatoria. El no utilizar tales terapias no equivaldría al suicidio: significaría más bien «o simple aceptación de la condición humana, o deseo de evitar la puesta en práctica de un dispositivo médico desproporcionado a los resultados que se podrían esperar, o bien una voluntad de no imponer gastos excesivamente pesados a la familia o a la colectividad. Ante la inminencia de una muerte inevitable... es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa

■ «La muerte está dejando de tener "su tiempo" porque nuestra cultura no sabe cómo integrarla en nuestra comprensión de la vida».

■ «Un número cada vez mayor muere en los grandes hospitales, donde los niveles de asistencia técnica son muy elevados, mientras que la asistencia humana de acompañamiento al enfermo o al moribundo es extraordinariamente pobre».

■ «La Iglesia nunca ha admitido la llamada eutanasia activa (o positiva) directa».

de la existencia, sin interrumpir, sin embargo, las curas normales debidas al enfermo en casos similares».

En consecuencia con los principios anteriores, la declaración reconoce como legítimo «el derecho a morir con serenidad, con dignidad humana y cristiana». También prefiere hablar de medios «proporcionados y desproporcionados» en lugar de «ordinarios y extraordinarios»: a la hora de valorar el carácter desproporcionado de una terapia no sólo deben tenerse en cuenta sus costes y complejidad, sino que hay que ponderar sus dificultades y riesgos, las probabilidades de éxito, las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales.

Todo ello significa que debe valorarse positivamente lo que algunos llaman «ortotanasia», es decir, la muerte «a su tiempo», respetando la dignidad humana del paciente y evitando abusivas prolongaciones de su vida. Comprendemos que no es fácil aplicar estos principios a las complejas situaciones concretas que pueden presentarse, y, sobre todo, es muy comprensible que el personal sanitario —por el hecho de su profesión y por su formación al servicio de la vida del enfermo— no renuncie a la aplicación de cuantas terapias tenga en sus manos. Pero también se ha de afirmar claramente que ni la medicina ni la enfermería están obligadas a hacer todo lo posible siempre para prolongar la existencia, a veces meramente biológica, del paciente; que hay situaciones en las que lo más humano y lo más cristiano es permitir que el paciente pueda morir —contando con su propia opción o la de sus familiares— en paz y con dignidad.

Un caso específico —donde hoy más agudamente se plantea el problema de la eutanasia— es el nacimiento de niños con anomalías o malformaciones congénitas. Es un campo en el que la aceptación legal y social del aborto puede tener mayores repercusiones; si hasta las 22 semanas, o incluso más adelante, se admite el aborto, cuando existe probabilidad de que el feto sea portador de anomalías se está en el plano inclinado para admitir la eutanasia eugénica. En este problema tienen también su aplicación los principios generales antes expuestos. Sin poder abordar ahora los casos complejos que puedan presentarse y poniendo como ejemplo dos casos extremos, afirmamos que es legítimo no prolongar con medios ordinarios, que en este caso serían no proporcionados —nunca atentando directamente contra ella—, la vida de un niño anencefálico, que por carecer de un cerebro estructurado no va a poder desarrollar un mínimo de personalidad y está irremisiblemente abocado a una muerte temprana. Por el contrario, consideramos éticamente inaceptable que se niegue la atención médica o una intervención quirúrgica a un niño con el síndrome de Down (mongolismo), que se le habrían proporcionado si no estuviese afectado por tal enfermedad. Se trata de verdaderos seres humanos, que, a pesar de su déficit intelectual, tienen grandes posibilidades de desarrollo de su vida afectiva y de relación interpersonal. Es una grave falta de humanidad el negar a estos niños las atenciones que merecen y que no se les habría rehusado si no estuviesen afectados por su enfermedad.

4. EL PROBLEMA DE LA LEGALIZACIÓN DE LA EUTANASIA

Son bastantes las voces en diferentes países que solicitan la despenalización de la eutanasia positiva directa. Pero la aceptación legal de la eutanasia constituiría un gravísimo riesgo contra un valor básico y fundante del orden social que el legislador tiene que proteger, el respeto a la vida humana, ya puesto en grave peligro por la admisión legal del aborto, y un gravísimo deterioro de la conciencia moral y humana.

Por otra parte, son bastantes los estudios que subrayan que, con mucha frecuencia, detrás de la petición de eutanasia por parte del enfermo hay una llamada en clave por la que solicita la atención y el calor humanos que no sabemos darle. También insisten estos estudios en que el paciente terminal atraviesa por una serie de fases psicológicas características, en algunas de las cuales puede solicitar que se ponga fin a su vida sin que éste sea su auténtico y definitivo deseo.

Frecuentemente, quien va a morir se da cuenta de ello, de modo más o menos confuso. La angustia que experimenta repercute en su dolor físico y la aviva. Es necesario, pues, tratar a la vez la angustia y el dolor antes de que la angustia domine al enfermo; pero esto no es posible si quienes cuidan al enfermo se dejan vencer por su propia angustia. Por desgracia, en nuestra sociedad la angustia ante la muerte puede ser tan grande y tan poco reconocida que ni la familia ni el personal hospitalario quieren encontrarse con la muerte del otro, ni establecer una real comunicación con quien está muriéndose, ni acompañarle durante esta última etapa de su vida, cuando el hombre tiene más necesidad de una presencia de otro para morir humanamente. Por otra parte, los éxitos conseguidos en determinadas instituciones, en las que se da un gran relieve a la relación interpersonal con el paciente y al alivio de los dolores, indican el camino por donde se debería avanzar. Además, la medicina y la enfermería tienen ante sí el reto de una utilización idónea y racional de los calmantes, que pueden aminorar o suprimir los dolores de los enfermos, que frecuentemente son la causa de su petición.

Puede ser también preocupante el deterioro de la imagen social del médico, que podría convertirse, en el caso de admitirse la eutanasia, en un agente de muerte, dificultándose de esta forma la creación de una relación de confianza con el enfermo. La aceptación de la eutanasia podría prestarse a importantes abusos, como consecuencia de los intereses económicos que derivan de la muerte de bastantes personas.

Finalmente, la legalización de la eutanasia constituiría un grave paso adelante en el deterioro del respeto hacia la vida humana; significaría seguir avanzando por ese plano inclinado que podría llevar a gravísimas consecuencias. En el contexto de sociedades envejecidas, en las que las personas de edad avanzada ven negado su derecho a ocupar un sitio en el entramado social, en las que se tiende a valorar a la persona por su capacidad de rendimiento o de producción, se darían pasos para avanzar, desde la eutanasia solicitada por el enfermo a la misma práctica aplicada a personas inconscientes e incluso en contra de su voluntad.

■ «Hay situaciones en las que lo más humano y lo más cristiano es permitir que el paciente pueda morir —contando con su propia opción o la de sus familiares— en paz y con dignidad».

■ «La legalización de la eutanasia constituiría un grave paso adelante en el deterioro del respeto hacia la vida humana».

■ «Es necesario reintroducir la muerte en nuestros esquemas mentales, sin negarla ni reprimirla».

5. REFLEXIONES Y EXHORTACIONES FINALES

Como indicábamos anteriormente, el problema de la eutanasia es inseparable de las actitudes vigentes en nuestras sociedades ante el hecho de la muerte. Es necesario reintroducir la muerte en nuestros esquemas mentales, sin negarla ni reprimirla. La muerte forma inevitablemente parte de la vida y su represión origina en nosotros sentimientos de angustia y bloquea nuestra relación con las personas que están próximas al fin de su existencia. Es necesario aclarar nuestra compasión por el enfermo terminal para saber descubrir en ella nuestro propio miedo a la muerte, que nos impide una relación humana adecuada con quien se está muriendo.

La fe cristiana debe ser una gran ayuda para saber integrar el hecho de la muerte. Ésta no es el término sin más de la vida, sino el camino hacia una vida definitiva junto a Dios. Quien cree en Jesús debe aspirar a mirar cara a cara a la muerte como tránsito hacia los brazos de un Padre que cumplirá el deseo de perpetuidad y de felicidad grabado en el corazón del ser humano. Es necesaria una actitud más sana ante la muerte como condición imprescindible para saber estar cerca del enfermo grave o del moribundo, para saber sostener con cariño su mano o su mirada angustiada.

Se ha de crear la conciencia de que el enfermo necesita muchas cosas más que la aplicación de terapias médicas sofisticadas. Nuestros grandes hospitales tienen el peligro de convertirse en instituciones deshumanizadas, en las que un gran número de personas se inclinan diariamente sobre el lecho del paciente, sin que ninguna de ellas se relacione personal y humanamente con aquél. Pero esta relación interpersonal es decisiva para la atención del enfermo, incluso desde el mismo punto de vista terapéutico. La necesidad de humanizar los hospitales es un gran reto y una necesidad imperiosa que debería urgir a los profesionales de la medicina y de la enfermería. El personal sanitario creyente tiene ante sí un maravilloso campo de acción en que plasmar las consecuencias y las exigencias de su fe.

Tanto los capellanes como los religiosos y religiosas que trabajan en las instituciones sanitarias se encuentran, en este orden de cosas, ante unas tareas y unas exigencias ineludibles; por ello, junto al cultivo de su pericia médica deben esforzarse por incrementar sus conocimientos de psicología y sociología para relacionarse mejor con la persona enferma y, sobre todo, aportar un gran testimonio de caridad y de humanidad en unos centros donde los niveles de respeto y de afecto hacia la persona enferma son seriamente deficitarios.

La Iglesia se siente enviada especialmente a predicar la buena noticia a los más pobres y desheredados. Entre éstos ocupan un lugar privilegiado los enfermos y los moribundos, los que sienten en su propia carne el dolor, la angustia y la desesperanza. Los enfermos estuvieron muy cerca de ese Señor, que pasó por la vida haciendo el bien y curándolos. En el atardecer de la vida nos podrán decir «venid, benditos de mi Padre, porque estuve enfermo y me visitasteis». Ésta debe ser la actitud de los cristianos ante su hermano o hermana enfermos. «Visitar» significa mucho: saber estar cerca, intentar dar calor humano, compartir los miedos y las esperanzas de aquel que, precisamente porque sufre, es sacramento del Hijo de Dios, que se anonadó a sí mismo, compartiendo nuestro destino y nuestra muerte.

En Madrid, a 15 de abril de 1986

Comisión Episcopal para la Doctrina de la Fe
Obispo presidente: Don Antonio Palenzuela

Obispos vocales: Don Ángel Temiño, Don Antonio Briva,
Don Eduardo Poveda, Don Antonio Vilaplana

Secretario: Don Antonio Cañizares

INFORME DE LA COMISIÓN ESPECIAL DE ESTUDIO DE LA FECUNDACIÓN *IN VITRO* Y LA INSEMINACIÓN ARTIFICIAL HUMANAS

Pocos días antes de que S. M. el Rey disolviera las Cámaras, el Congreso de los Diputados hacía público su *Informe* elaborado por la Comisión Especial de Estudio de la Fecundación *in vitro* y la Inseminación Artificial Humanas.

Se trata de un serio y reflexivo esfuerzo sobre una serie de problemas éticos que el progreso de la biología y la medicina han puesto sobre la mesa. Idéntico esfuerzo han desarrollado con anterioridad otros países intentando responder a los mismos problemas (cfr. Informe Warnock).

LABOR HOSPITALARIA, dada la importancia del hecho, ha querido recoger en sus páginas tanto el índice de los temas que dicho Informe aborda, como los componentes de la Comisión del Congreso encargada de elaborarlo, así como los asesores que, desde las diferentes disciplinas implicadas, han sido consultados al respecto. Creemos que, desde la sencillez de nuestra opción, aportamos a nuestros lectores un poco de luz sobre el hecho en cuestión.

Quede claro, eso sí que, con la publicación de estos datos, nuestra revista en modo alguno toma postura, a favor o en contra, sobre el contenido del Informe. Tal vez más adelante, con tiempo suficiente para su adecuada reflexión, LABOR HOSPITALARIA diga su palabra.

ÍNDICE DE MATERIAS

1. Introducción.
2. La Comisión Especial de Estudio de la Fecundación *In vitro* y la Inseminación Artificial Humana.
3. Personas convocadas por la Comisión.
4. Plan de trabajo.

Primera Parte

Capítulo I. El embarazo normal, la Inseminación Artificial, la Fecundación *in vitro*, la transferencia de embriones y otras técnicas.

Capítulo II. El proceso biológico humano. El desarrollo. Factores genéticos y ambientales.

Capítulo III. La familia. Maternidad y paternidad desde la perspectiva actual. La filiación.

Capítulo IV. La esterilidad humana. Aspectos psicológicos y sociales.

Segunda Parte

Capítulo V

1. La transformación de los valores sociales y culturales. Ética y Constitución.
2. Los principios que la Constitución reconoce.
3. La Inseminación Artificial y la Fecundación «*in vitro*» y técnicas afines.
4. Gametos y embriones humanos.
5. Los donantes de gametos y embriones.
6. Los embriones sobrantes (o de reserva) de la FIV
7. La congelación de gametos y embriones.
8. La manipulación de gametos y embriones.
9. Los Centros o Servicios Sanitarios de Reproducción Humana. Los equipos responsables.
10. La gestación de sustitución.
11. La gestación en la mujer sola.

12. El ordenamiento jurídico actual en relación a estas técnicas.

13. La Comisión Nacional de Fecundación Asistida.

Capítulo VI. Descripción de las técnicas de Reproducción Humana.

Capítulo VII. Posibilidades de actuación con estas técnicas:

a) Indicaciones clínicas o terapéuticas generales: La Inseminación artificial - Indicaciones. Resultados - La fecundación «*in vitro*» - Indicaciones. Resultados.

b) Indicaciones clínicas o terapéuticas especiales: La gestación en la mujer sola - La gestación de sustitución.

c) La manipulación de gametos y embriones: La manipulación simple - Investigación y experimentación - La terapia génica.

Tercera Parte

1. Las *Recomendaciones del Informe*.
2. Cuadro de datos.
3. Glosario.
4. Documentación recibida.

Agradecimientos.

Sugerencias de distintos Grupos Parlamentarios a determinados aspectos del *Informe*.

PARLAMENTARIOS MIEMBROS DE LA COMISIÓN

Presidente

D. Marcelo Palacios Alonso
Grupo Parlamentario Socialista

Vicepresidente

D. Isaías Zarazaga Burillo
Grupo Parlamentario Popular

Secretario

D. Joaquín Xicoy i Bassegoda
Grupo Parlamentario Minoría Catalana

Vocales

- Doña Ana Gorroño Arrizabalaga
Grupo Parlamentario Partido Nacionalista Vasco
- D. Manuel Nuñez Pérez
Grupo Parlamentario Centrista
- D. Agustín Rodríguez Sahagún
Grupo Parlamentario Mixto (CDS)

PERSONAS DESIGNADAS POR LOS GRUPOS PARLAMENTARIOS Y CONVOCADAS A LA COMISIÓN ESPECIAL

Biólogos

- Dr. D. Esteban Domingo Solans
Investigador Científico del Consejo Superior de Investigaciones Científicas
- Dr. D. Josep Egozcue Cuixart
Catedrático de Biología Celular de la Universidad Autónoma de Barcelona
- Dr. D. Juan Ramón Lacadena Calero
Catedrático de Genética de la Universidad Complutense de Madrid y de la Universidad de La Laguna.
- Dr. D. Julián Rubio Cardiel
Catedrático de Genética de la Universidad de Oviedo

Ginecólogos

- Dr. D. Pedro Barri Rague
Jefe del Servicio de Fertilización Humana del Instituto Dexeus de Barcelona
- Dr. D. Jon Ander Bilbao Beotegui
Médico
- Dr. D. José Botella Llusia
Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Complutense de Madrid
- Dr. D. Pedro Caballero Peregrín
Médico Adjunto del Servicio de Ginecología del Centro Especial «Ramón y Cajal»
- Dr. D. Joaquim Calaf Alsina
Tocólogo del Hospital San Pablo de Barcelona
- Dr. D. Santiago Dexeus Trías de Bes
Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona
Director del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Instituto Dexeus de Barcelona
- Dr. D. José María Guerra Flecha
Jefe Clínico del Instituto Provincial de Obstetricia y Ginecología de Madrid
Especialista en Ginecología y Obstetricia
- Dr. D. Xavier Iglesias Guui
Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Barcelona
- Doña Carmen Ochoa Marieta
Médica. Hospital de Cruces de Bilbao
- Dr. D. Sixto Pereda González
Médico. Servicio de Esterilidad e Infertilidad del Hospital «La Paz» (Madrid)
- Dr. D. Antonio Piga Rivero
Profesor Titular de Medicina Legal de la Universidad de Alcalá de Henares (Madrid)

- Dr. D. José A. Usandizaga Beguiristáin
Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Salamanca
Director de la Maternidad «La Paz»
- Dr. D. Juan Antonio Vanrell Díaz
Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Central de Barcelona

Juristas

- Dr. D. Manuel Albadalejo García
Catedrático de Derecho Civil de la Universidad Complutense de Madrid
- Dr. D. Rodrigo Bercovitz Rodríguez-Cano
Catedrático de Derecho Civil de la Universidad Autónoma de Madrid
- D. Fernando Castedo Álvarez
Abogado
- Dr. D. Enrique Gimbernat Orteig
Catedrático de Derecho Penal de la Universidad de Alcalá de Henares (Madrid)
- Dr. D. José Luis Lacruz Berdejo
Catedrático de Derecho Civil de la Universidad de Zaragoza
- Dr. D. Francisco Lledó Yagüe
Profesor Titular de Derecho Civil de la Universidad de Deusto
- Dr. D. Vicente Montes Penades
Catedrático de Derecho Civil de la Universidad de Valencia
- Dr. D. Andrés de la Oliva Santos
Catedrático de Derecho Procesal de la Universidad Complutense de Madrid
- Doña María Dolores Pelayo Duque
Abogada
- Dr. D. Gonzalo Quintero Olivares
Catedrático de Derecho Penal de la Universidad Central de Barcelona
- Dr. D. Francisco Sancho Rebullida
Catedrático de Derecho Civil de la Universidad de Navarra
- ### Filósofos - Moralistas
- Dr. D. Francisco Abel Fabre
Director y Profesor del Instituto Borja de Bioética
Doctor en Medicina y Especialista en Obstetricia y Ginecología
- Dr. D. Javier Gafo Fernández
Profesor Agregado de Teología Moral de la Universidad Pontificia de Comillas (Madrid)
- Dr. D. Xavier Hervada Xiberta
Catedrático de Derecho Eclesiástico de la Universidad de Navarra
- Dr. D. Gonzalo Higuera Udiás
Catedrático de Ética/Moral, Social, Política y Económica de la Universidad Pontificia de Comillas
- Dr. D. Augusto Hortal Alonso
Catedrático de Ética de la Universidad Pontificia de Comillas
- Dr. D. Xavier Rubert de Ventós
Catedrático de Estética de la Universidad de Barcelona
- Dr. D. José Antonio Souto
Catedrático de Derecho Canónico
- Dr. D. Mariano Vidal García
Catedrático de Teología Moral de la Universidad Pontificia de Comillas

REVISTA DE REVISTAS**AÑO 1985**

MIGUEL MARTÍN

LABOR HOSPITALARIA, cumpliendo el compromiso que se marcó el pasado año con sus lectores, ofrece un panorama bibliográfico del año 1985 sobre aquellos temas que consideramos de interés para los mismos.

Creemos que es la forma más correcta de utilizar el importante número de publicaciones con las que nuestra revista mantiene intercambio. Es una riqueza de datos indiscutible que ponemos gustosamente al alcance de todos ustedes. Al margen del uso que cada cual pueda hacer de los mismos, estimamos que su simple lectura puede indicar el esfuerzo importante de reflexión que hoy se mueve en torno a la salud, vista desde todas sus coordenadas.

TECNICA OSPEDALIERA

(Via Moscova, 46/9. 20121 Milano)

- El robot entra en el laboratorio (n.º 2).
- Técnica de la comunicación y de la transmisión de datos en el hospital (n.º 4).
- La política hospitalaria francesa y la utilización de la nueva tecnología (n.º 5).

ARIS SANITA

(Via Cardinal Mistrangelo, 28. 00167 Roma)

- ¿Es necesario una ley para humanizar la medicina? (n.º 1).
- Alcohol-hombre: una relación siempre problemática (n.ºs 1-2).
- Comercio de fetos para productos de belleza (n.º 2).
- La selección del sexo (n.º 2).
- Ecología y moral en la óptica de la salud (n.º 3).
- Microética en materia de eutanasia (n.ºs 4-5).
- Los profesionales de la salud en África (n.ºs 4-5).
- El dominio del hombre que sufre sobre la estrategia de la sanidad (n.ºs 6-7).
- Un Centro de Bioética en la Universidad Católica (números 6-7).
- ¿Qué es la eutanasia social y el aborto en farmacia? (números 8-9).
- Hacia una Federación de los Servicios Sanitarios Católicos (n.ºs 10-11).
- El trasplante de corazón: cardiocirugía y cardioética (números 10-11).

TODO HOSPITAL

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

- Monográfico sobre el V Congreso Nacional de Hospitales (n.º 13).
- Monográfico sobre Enfermería Hospitalaria (n.º 14).
- La Democracia y el mundo de la salud (n.º 15).
- Alternativas a la institucionalización. El Hospital de Día Geriátrico (n.º 15).
- Monográfico sobre los trasplantes y el Hospital (n.º 16).
- Monográfico sobre Cocina y Dietética Hospitalaria (n.º 18).
- Monográfico sobre Acreditación y Control de Calidad (n.º 19).
- Monográfico sobre el Mantenimiento en los Hospitales (n.º 20).
- Monográfico sobre Psiquiatría Intra y Extrahospitalaria (n.º 21).

L'HOPITAL A PARIS

(7, rue des Minimes. 75003 Paris)

- ¿Cómo evoluciona la combinación de la mano de obra y del capital técnico en el hospital? (n.º 85).
- Monográfico sobre el Plan General de la Asistencia Pública de París 1985-1989 (n.º 86).
- La autopsia en el hospital: problemas médicos, filosóficos y éticos (n.º 88).
- Monográfico sobre Informática Hospitalaria (n.º 89).
- El Servicio Público y la Gestión de los recursos humanos (n.º 90).

REVISTA DE ENFERMERÍA «ROL»

(S. Elías, 31-33. 08006 Barcelona)

- Educación sexual para la salud (n.º 78).
- Salud y Sociedad (n.ºs 79-80).
- Rol de Enfermería en los programas de control de las enfermedades de transmisión sexual (n.º 81).
- Las enfermeras frente a las nuevas técnicas (n.º 82).
- Dossier: «Ser Enfermera hoy» (n.º 83).
- Reflexión acerca de la Enfermería hospitalaria y su salud (n.º 83).
- ¿Identidad profesional? (n.ºs 84-85).
- Dossier: Trasplantes (n.ºs 86-87).
- Plan de estudios de Enfermería (n.º 87).
- ¿Cómo es y cómo piensa el estudiante de Enfermería? (n.º 88).

REVISTA DE TREBALL SOCIAL - RTS

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

- Trabajo multidisciplinario en un equipo de salud (n.º 97).
- Trabajo social en un equipo interdisciplinario en el campo de la salud mental (n.º 97).
- La reforma de la Seguridad Social en España (n.º 99).

PARTIRE

(Via della Nocetta, 263. 00164 Roma)

- Una ley contra el mercado de niños (n.º 1).

RECHERCHES

(53, rue de Babylone. 75007 Paris)

- Tu fe te ha salvado (n.º 42).
- La salud en cuestión (n.º 42).

HOSPITALIDADE

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

- ¿Cómo reconocer una vida religiosa en estado patológico? (n.º 192).
- Aspectos psicológicos en el contacto con pacientes graves (n.º 192).
- Medicina popular y eficacia de lo simbólico (n.º 193).

O MUNDO DA SAUDE

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

- Cuando un bebé muere (n.º 33).
- Comprender el luto (n.º 33).
- Vida y Ética (n.º 34).
- Visión teológica del aborto inducido por motivos genéticos (n.º 34).
- Suicidio: un desafío para la pastoral (n.º 34).
- Secularización en el mundo de la salud (n.º 35).
- Papel de los movimientos laicos en el mundo de la salud (n.º 36).
- Evangelización y Psicología en el ciclo vital: infancia, adolescencia, adultez y vejez (n.º 36).

PRESENCES ET PERSPECTIVES EN SANTE MENTALE

(15, rue St. Georges. 35000 Rennes)

- El niño psicótico (n.º 96. Monográfico).
- Creencias mágicas y mensaje evangélico (n.º 98).
- Liturgia y Fiesta (n.º 99).

CORINTIOS XIII

(San Bernardo, 99 bis. 28008 Madrid)

- Caridad y Justicia. Dimensión social de la caridad (n.º 33).
- Lectura creyente de la realidad juvenil (n.º 34).
- «Situación de pecado» y «Pecado Social» (n.º 35).

ANIME E CORPI

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

- El hijo: ¿Producto de la técnica o fruto del don? (n.º 117).
- Formación pastoral clínica con supervisión (n.º 117).
- Ayuda al enfermo grave y a los moribundos (n.º 118. Monográfico).
- Grupos de apoyo: una pastoral nueva (n.º 119).
- Los Comités Éticos en medicina (n.º 119).
- Efectos psíquicos sobre la mujer a causa del aborto provocado (n.º 120).
- Reconciliación y comunidad humana en el mundo socio-sanitario (n.º 120).
- La decisión moral (n.º 120).
- El informe Warnock (n.º 120).
- La bioética: horizontes y principios fundamentales (n.º 121).
- ¿Cómo proyectar hoy una presencia cristiana en el hospital y en la estructura sanitaria (n.º 121).
- Evaluación de la realidad religiosa en el mundo socio-sanitario (n.º 122).
- Hombres de frontera en lugares de frontera (n.º 122).
- Cuestiones éticas, médicas y jurídicas de la prolongación artificial de la vida (n.º 122).

PROYECCIÓN

(Apartado 2.002. 18011 Granada)

- Job y Teilhard de Chardin sobre el problema del mal (n.º 136).
- Problemas éticos en torno a la muerte. I: El derecho a morir con dignidad (n.º 136).
- Id. II: Los cuidados al moribundo (n.º 137).
- Id. III: La verdad al enfermo (n.º 138).
- Moral autónoma y exigencia de la Revelación (n.º 137).
- Los lazos de la carne. Apuntes sobre sexualidad y evangelios (n.º 139).

SELARE

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

- El sacramento de la Unción de los Enfermos (n.º 20).
- El poder curativo de la fe (n.º 20).
- La moral y el trasplante de cerebro (n.º 20).
- Pastoral de la Salud en Latinoamérica: Argentina, Chile, Bolivia (n.º 21).
- Id.: Brasil, Colombia, Venezuela (n.º 22).
- Id.: Perú (n.º 23).
- Id.: México (n.º 24).
- Postura de la religiosa frente a situaciones de conflicto en el campo de la salud (n.º 24).

MEDICINA E MORALE

(Largo Francesco Vito, 1. 00168 Roma)

- El sentido del sufrimiento (n.º 1).
- Problemas morales acerca de algunas intervenciones sobre los fetos: embriones humanos (n.º 1).
- Aspectos éticos de la rehabilitación (n.º 1).
- Los ancianos hoy: aspectos éticos (n.º 2).
- Problemas médicos legales y deontológicos de la hospitalización de anciano (n.º 2).

- Genética, ética y manipulación (n.º 3).
- Los derechos del embrión (n.º 3).
- Por una filosofía de la medicina (n.º 3).

SELECCIONES DE TEOLOGÍA

(Rosellón, 233. 08008 Barcelona)

- Teología de la belleza (n.º 93).
- Controversia sobre la energía nuclear: un reto a la ética católica (n.º 94).
- ¿Puede uno regirse por el Sermón de la Montaña? (n.º 94).
- Experimentación humana (n.º 94).
- Los obispos y sus documentos sobre la guerra y la paz (n.º 95).
- Inseminación artificial y trasplante de embrión (n.º 96).

MORALIA

(Félix Boix, 13. 28036 Madrid)

- La pena de muerte. - Lectura bíblica del pensamiento de Santo Tomás (n.º 25).
- El «pesimismo integral» y «otras inmoralidades» de la civilización actual (n.º 26).
- La bioética (n.º 26).
- Fecundación artificial y ética. ¿Cómo formular un juicio ético con validez científica? (n.º 26).
- Panorama bibliográfico de moral en 1984 (n.ºs 27-28).

CENTRO DE INFORMACIÓN CAMILIANA

(Sector Escultores 11-1. Tres Cantos - Madrid)

- La oración en el contexto pastoral (n.ºs 182-184).
- El cuidado de los moribundos (n.ºs 185-186).
- MacMillan Service: Atención al enfermo terminal en casa (n.ºs 187-189).
- El capellán hospitalario en el Código de Derecho Canónico (n.ºs 187-189).

AUMONERIE DES HOPITAUX — A.H.

(106, rue du Bac. 75341 Paris)

- El capellán hospitalario en un mundo secularizado (n.º 105).
- Enfermos y enfermedades (Testimonios) (n.º 106. Monográfico).
- El capellán hospitalario frente a su futuro (n.º 107. Congreso Nacional).

RELIGIEUSES

DANS LES PROFESSIONS DE SANTE

(106, rue du Bac. 75341 Paris)

- Problemas de la salud a través de los cinco continentes (n.ºs 307-308).
- El servicio al hombre según las nuevas Constituciones de los Institutos religiosos femeninos de vida apostólica (n.º 309).
- Iglesia y Salud en Francia (n.º 310).

SOCIEDAD / FAMILIA

(Francos Rodríguez, 51 - Chalet 44. 28039 Madrid)

- El enfermo mental no nace, se hace (n.º 86).
- La familia: punto de partida y de llegada del trastorno psíquico (n.º 86).
- Un drogadicto en la familia (n.º 87).
- Informe especial: Jóvenes de los 80 (n.º 88).

TESTIMONIO

(Dieciocho 146, Casilla 9501. Santiago - Chile)

- La madurez y los conflictos de la afectividad en la Vida Religiosa (n.ºs 87-88. Monográfico).
- La inserción de la vida religiosa: un desafío revitalizador (n.º 90).

VIDA RELIGIOSA

(Buen Suceso, 22. 28008 Madrid)

- Presencia de los religiosos, según su carisma específico, en la Pastoral de la Iglesia universal y de las Iglesias particulares (n.º 2).
- Ecos de una Asamblea General de la FERS (n.º 4).
- La religiosa en el mundo de la salud. ¿Cómo debe estar presente en este campo? (n.º 5).
- Psicología de la tercera edad (n.º 6).

SAL TERRAE

(Apartado 77. 39080 Santander)

- La figura del laico en la Iglesia (n.º 3).
- El «ethos» juvenil del Evangelio (n.ºs 7-8).
- Aportaciones de la ética evangélica a la ética civil (n.º 11).
- Situados/Marginados en la España actual (n.º 12).

REVIEW FOR RELIGIOUS

(P.O. Box 6070. Duluth, MN 55806)

- Una teología de la muerte y del dolor (n.º 6).

LABOR HOSPITALARIA

(Hermanos de San Juan de Dios.

Carretera de Esplugues s/n. 08034 Barcelona)

N.º 195

- Conclusiones del V Congreso Nacional de Hospitales.
- La Enfermería Española en el Anteproyecto de Reforma Hospitalaria.
- Antropología de una cultura.
- Un año de la Carta Apostólica Salvifici Doloris.
- El ethos del acto médico ante el desafío de los nuevos condicionamientos de cultura.

N.º 196

- Informática en el ámbito hospitalario.
- Necesidades de personal de enfermería en un servicio de cuidados intensivos.
- Hablando con el Profesor Laín Entralgo (entrevista).
- Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios.
- Secretariado General de Pastoral Sanitaria (programación 1984-1988).
- Bioética: un nuevo concepto y una nueva responsabilidad.
- Revista de revistas (año 1984).

N.º 197

- La gestión profesional en la empresa hospitalaria.
- Creación de un banco de leche materna en el Hospital San Juan de Dios de Barcelona.
- Confesiones de un enfermo.
- Un bienhechor de la humanidad (el P. Benito Menni).
- Las religiosas sanitarias de España: misión y compromiso.
- El Servicio de Orientación y Planificación Familiar del Hospital San Juan de Dios de Barcelona desde sus comienzos.

N.º 198

Monográfico sobre «El Voluntariado en el Hospital».

PRÓXIMAS REUNIONES NACIONALES E INTERNACIONALES SOBRE ORGANIZACIÓN SANITARIA

1 al 6 de Junio. Londres (Gran Bretaña)

Lugar:

Barbican Centre

11th Conference of the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA).

Tema:

Participación comunitaria - Salud Materno Infantil - Educación Sanitaria - Nutrición.

Dirección:

Dr. David A. Game, Australien.

Información:

Conference Associated WONCA, 27A
Medway Street, London SW1P 2 BD
Gran Bretaña - Tel. 1/222 94 93, Tx. (051) 934346
o WONCA, 70 Jolimont Street, 4th Floor
Jolimont/Victoria 3002, Australia
Tel. 3/654 30 00, Tx. (071) 33532

Junio. Lion (Francia)

Tema:

La Tercera Edad - Modo de vida y Cuidados. Nivel I
(Mayo-Octubre 1986)

Información:

INFIPP, Direction Generale, Postbox
F-69203 Lion Cedex 01, Francia, Tel. 7/839 67 67
o Prof. R. Hugonot, C.P.D.G., Pavillon Elise Chatin
CHR de Grenoble, F-38700 La Tronche, Francia
Tel. 16 (76) 42 81 21

Junio. Lion (Francia)

Tema:

La Tercera Edad: Modo de vida y Cuidados. Nivel II
(Febrero-Diciembre 1986)

Información:

INFIPP, Direction Generale, Posbox
F-69203 Lion Cedex 01, Francia Tel. (0033) 7/839 67 67
o Prof. R. Hugonot, C.P.D.G.
Pavillon Elise Chatin, CHR de Grenoble, F-38700
La Tronche, Francia, Tel. 16 (76) 42 81 21

8 al 10 de Junio. Smoljan (Bulgaria)

IST. NATIONAL CONGRESS ON GERONTOLOGY
AND GERIATRICS
(con participación internacional)

Tema:

Longevidad - Aspectos medios, sociales, psicológicos
y ecológicos

Dirección:

Prof. G. Stoynen.

Información:

Inst. of Endocrinology, Gerontology and Geriatrics
Medical Academy; Prof. Dr. E. Bozadjieva
H. Mihailov Str. 6, Sofia 1303 Bulgaria. Tel. 2/87 14 97

28 de Mayo al 28 de Junio. Madrid

VI CURSO DE CAPACITACIÓN PARA OPERADORES
DE INSTALACIONES RADIATIVAS

Colaborador:

Escuela Universitaria de Enfermería,
Cátedra Física Médica Facultad de Medicina,
Instituto de Estudios Nucleares

Inscripciones:

Escuela Universitaria de Enfermería
Tel. 91/243 66 04 ó 449 18 08

Octubre. Madrid

VI JORNADAS DE ENFERMERÍA
HOSPITAL 1.º DE OCTUBRE

Tema:

Documentación en Enfermería: un camino a recorrer.

Secretaría

(para inscripciones e información):

Formación Continuada de Enfermería
Hospital «1.º de Octubre» (Planta 8.ª de MI)
Carretera de Andalucía, km. 5,400
Madrid

23 al 25 de Mayo de 1986. Milán (Italia)

SIMPOSIUM INTERNACIONAL:
«LOS COMITÉS DE ÉTICA
EN LOS HOSPITALES»

Organizado por:

Fundación Internacional «Fatebenefratelli» y Centro Interna-
cional de Estudios sobre la Familia

Lugar:

Auditorium «Familia Cristiana»
Via Giotto, 36
Milán

MENSAJE DE LOS OBISPOS DE LA COMISIÓN EPISCOPAL DE PASTORAL CON MOTIVO DEL DÍA DEL ENFERMO

LOS ENFERMOS NOS EVANGELIZAN

■ Hoy la Iglesia vive, como gracia especial de Dios, una insistente llamada a lo que es su razón de ser más íntima, su identidad más profunda y su misión esencial, la evangelización.

El reciente Congreso de Evangelización, de septiembre de 1985, ha sido una expresión viva de esta vocación y urgencia evangelizadoras de la Iglesia: sólo una Iglesia que es evangelizada puede evangelizar al mundo. Esta afirmación fue una constante en el Congreso y una de sus conclusiones. Y, dentro de él, el Sector «Mundo de la Salud» nos dejó la consigna: «Que la Iglesia se deje evangelizar por los enfermos».

■ Los enfermos, desde su enfermedad, pueden evangelizarnos: no es sólo evangelizador el creyente en Jesús que, lleno de vitalidad, contagia la fe, la esperanza y la vida nueva que Cristo nos ha traído.

Jesús evangelizaba cuando recorría incansablemente los pueblos y ciudades proclamando la buena noticia del Reino de Dios y curando todo achaque y enfermedad, pero nos dio el más sublime anuncio evangelizador desde el dolor, la agonía, la soledad de la pasión y la muerte en cruz.

El apóstol Pablo recuerda con agradecimiento, en su carta a los cristianos de Galacia, la acogida que le prestaron cuando, con motivo de una enfermedad suya, les anunció por primera vez el evangelio: «No me despreciasteis —les dice— ni me hicisteis ningún desaire, aunque mi estado físico os debió tentar a ello; al contrario, me recibisteis como a un mensajero de Dios, como a Cristo Jesús» (Gal. 4, 13-14).

■ Los enfermos nos evangelizan porque, desde su propia situación, nos ayudan a relativizar algunos de los valores y formas de vida de la sociedad actual y, también, de nuestras comunidades: la eficacia a toda costa, la competitividad, la ambición de dinero, de poder, de éxito y de prestigio, el ansia de tener y el afán de consumir.

Los enfermos, con su actitud, nos ayudan a vivir y recuperar los valores fundamentales del Evangelio: la gratuidad, la fuerza del amor, la esperanza, la entereza en la hora de la prueba.

Los enfermos, desde su postración, nos llaman a la solidaridad humana, al amor servicial y sacrificado y a la reivindicación de sus derechos.

Los enfermos nos ayudan a ser realistas en un mundo que vive de apariencias, de espaldas a la enfermedad, al sufrimiento y a la muerte, porque nos hacen reconocer que somos frágiles, limitados,

mortales, pero con un caudal de energías ocultas muy considerable.

Los enfermos nos muestran el rostro de Cristo y lo más original y llamativo del Dios cristiano: un Dios que, por amor, se anonada y comparte hasta el fondo el dolor del hombre, y así nos salva.

Los enfermos que viven con sentido cristiano cada una de las etapas de su enfermedad, son un testimonio vivo de que es posible mantener el vigor de la esperanza, la paz serena e incluso la alegría; ser fieles al Dios que siempre es fiel; luchar con la enfermedad, asumirla con amor, y madurar humana y cristianamente.

■ Los enfermos nos evangelizan:

- Cuando nos acercamos a ellos no como maestros y consejeros que van a dar lecciones, sino como discípulos que desean escuchar y aprender.
- Cuando les acompañamos estando a su lado incondicionalmente, solidarios con sus necesidades, y sintonizando con lo que ellos viven, sienten y experimentan.
- Cuando oramos por ellos y con ellos, si lo desean.
- Cuando entablamos un diálogo entre enfermos y comunidad cristiana que permita el mutuo conocimiento y brinde la posibilidad de transmitir sus vivencias y testimonio.

■ Que este «Día del Enfermo» renueve en nuestras comunidades de Iglesia su vocación a ser evangelizadas y, al celebrarlo, encuentren en los enfermos una fuente riquísima de donde brota a raudales el evangelio de Jesús.

Y María, salud de los enfermos, que acogió en su corazón y en su seno el Verbo de Dios para entregarlo al mundo, nos enseñe a ser evangelizados para evangelizar.

JAVIER OSÉS FLAMARIQUE
Obispo de Huesca.

Presidente de la Comisión Episcopal de Pastoral

TEODORO ÚBEDA GRAMAJE
Obispo de Mallorca

JOSÉ GEA ESCOLANO
Obispo de Ibiza

ANTONIO DEIG CLOTET
Obispo de Menorca

ROSENDO ÁLVAREZ GASTÓN
Obispo de Jaca

TRASPASO DE PODERES EN LA DIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BARCELONA

EL DR. AMAT PALOU SANROMÁ nuevo Director Médico

El Hospital San Juan de Dios de Barcelona ha visto renovado fundamentalmente su cuadro directivo. El Dr. J. Plaza Montero, Director Médico del Hospital durante 20 años, ha dejado sus funciones directivas para ocupar un puesto de Asesoría General de Dirección y la Curia Provincial ha nombrado para el puesto de Director Médico al Dr. A. Palou Sanromá.

El Dr. Palou ocupaba desde 1978 la plaza de Subdirector Médi-

co y Jefe de la División Médica en íntima y estrecha colaboración con el Dr. Plaza.

El Dr. Palou nacido el 27 de enero de 1938 en San Quintín de Mediona (Barcelona), es Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona desde 1962. Su formación científica post-graduada comenzó con la especialización en Pediatría, avanzando después hacia la Endocrinología Pediátrica, especialización que compartió con una formación profunda en el campo de la Pediatría Social y en el de la Organización Sanitaria y Hospitalaria.

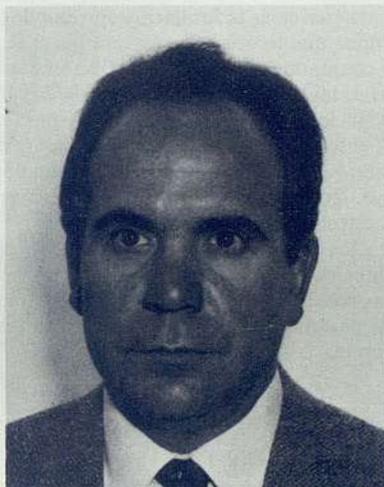
De 1962 a 1969 es médico de Guardia de la Clínica Universitaria de Pediatría. En el año 1969 entra a formar parte del Servicio

de Pediatría del Hospital San Juan de Dios del que era Jefe el Dr. Plaza.

En 1971-72 hizo un curso de permanencia en el Hospital Eduard Herriot de Lyon dedicado a Endocrinología Pediátrica.

Ha tenido también una rica y abundante dedicación a la docencia tanto de la Medicina y Pediatría Social en la Escuela Católica de Enseñanza Social como en la Escuela de ATS de San Juan de Dios, de Barcelona, de la que fue Director, Profesor ayudante de clases prácticas en la Facultad de Medicina, es Profesor encargado de Curso rotatorio de Pediatría desde hace 8 años y en los 3 últimos cursos ha impartido las clases de Endocrinología Pediátrica en el período de pregrado en el Hospital San Juan de Dios (Universidad Docente de Bellvitge).

Ha presentado múltiples comunicaciones a Congresos Nacionales y Extranjeros así como ha publicado trabajos sobre los diversos campos de su actividad profesional.



Dr. Amat Palou Sanromá

El rejuvenecimiento del cargo directivo en el Hospital de Barcelona es un motivo de esperanza y fe en el futuro, sobre todo teniendo en cuenta que en el nombramiento del Dr. Palou no se ve una ruptura en la trayectoria del Hospital, sino un seguro enriquecimiento con nuevos impulsos y nuevas energías de adaptación a las difíciles circunstancias que toca vivir al mundo sanitario.

El Dr. J. Plaza Montero, como Director Médico Honorario, pasa a ocupar el puesto de *Asesor General de Dirección*.

La Curia Provincial, como Entidad Rectora del Hospital San Juan de Dios de Barcelona, ha aceptado la solicitud de relevo del Dr. Plaza en su puesto de Director Médico después de haberlo desempeñado durante 20 años.

La experiencia adquirida por el Dr. Plaza, su labor en la gestión, organización y Dirección del Hospital y su entusiasmo y dedicación a la labor encomendada han decidido a la Curia Provincial a proponer su permanencia en el Centro. Aunque retirado totalmente de la línea ejecutiva, el Dr. Plaza ha aceptado la oferta de poder asesorar a la Junta de Gobierno y a cada uno de sus miembros, en especial a los Directores Médico y de Enfermería, cuando sea requerido para ello.

Por otra parte el Dr. Plaza ha aceptado también la oferta de asesor científico al Servicio de Pediatría, de coordinar la Docencia e Investigación a todos los niveles en el Hospital así como el Control de Calidad y de coordinar también el Plan de Humanización de la Asistencia y también la imagen externa del Hospital frente a profesionales, usuarios y autoridades sanitarias.

Tanto el Dr. Plaza, Director saliente, como el Dr. Palou, nuevo Director Médico, pertenecen al Consejo de Redacción de LABOR HOSPITALARIA; el Dr. Plaza como redactor y el Dr. Palou como asesor.

EL DR. ASENJO, PROFESOR TITULAR DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE BARCELONA

El Dr. D. Miguel A. Asenjo, Director Técnico del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona y miembro del Consejo Asesor de LABOR HOSPITALARIA, ha obtenido tras brillantes ejercicios de oposición y por unanimidad del Tribunal, la plaza de Profesor Titular de la asignatura «Planificación y Gestión Hospitalaria», del período de Doctorado en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Barcelona.

No queremos, en este momento, destacar los méritos bien reconocidos en todo el ámbito nacional del Prof. Asenjo en el campo de la organización hospitalaria después de más de 20 años dedicado de forma exclusiva al ejercicio y docencia de la materia, habiendo contribuido decisivamente a la profesionalización directiva hospitalaria española. Pero no podemos por menos de manifestar la satisfacción de LABOR HOSPITALARIA así como el orgullo de todo su Consejo de Redacción al comprobar cómo se reconoce toda una trayectoria de trabajo, iniciativas y empeño en el campo de la asistencia sanitaria a uno de sus íntimos colaboradores.

Nuestra cordial enhorabuena al Prof. Asenjo y también a la Universidad de Barcelona.

II DEBATE DE LA UNIÓN CATALANA D'HOSPITALS

El pasado 21 de marzo se celebró en el Auditorium de ESADE, en Barcelona, este *II Debate* organizado por la *Unió Catalana d'Hospitals* bajo el título: «Una Sanidad responsable» (Aspectos sociales, económicos y culturales).

Dicha reunión se compuso de una conferencia inaugural a cargo de Esperança Martí, Presidente de la *Unió*, bajo el título «Planificación del Desarrollo de la Sanidad y utilización óptima de los recursos».

A continuación se moderaron 2 mesas redondas por la mañana y una por la tarde, terminando dicho acto con la presentación de las conclusiones a cargo de los tres moderadores bajo el lema «El horizonte de la salud para el año 2001».

La primera mesa redonda bajo el título «Una Sanidad responsable desde un punto de vista social» fue moderada por Ramón Llibre, y en ella intervinieron como ponentes Lluïsa González, Lluïsa Farré, Pilar Malla, Eduardo Mardarás y Antoni Subies. El tema se trató ampliamente y bajo diversos puntos de vista, pero podemos destacar la denuncia social hecha con datos aportados por Cáritas Diocesana, de que sólo en Barcelona viven 32.000 personas ancianas que no tienen derecho a prestación por parte de la Seguridad Social, de ellas 11.250 están enfermas, 11.200 no pueden valerse por sí mismas y 6.450 viven solas.

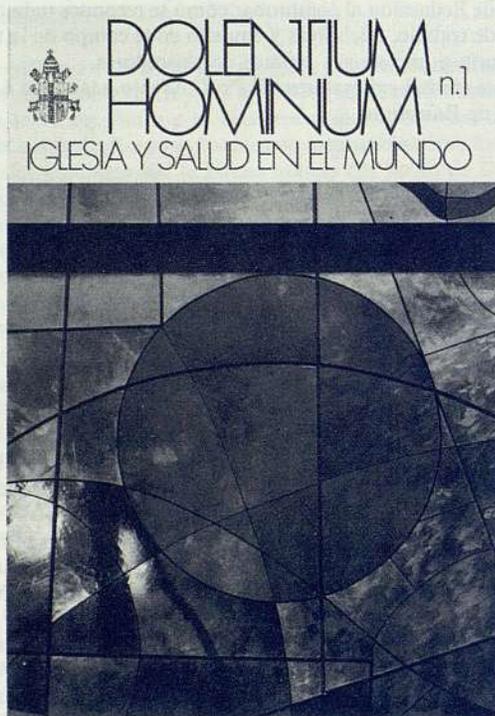
La segunda mesa «Una Sanidad responsable desde un punto de vista económico» fue moderada por Agustí Trullà, interviniendo como ponentes Joan Cornet, Carmen Domínguez, Francisco Martínez y Vicente Ortín. Aparte de aportaciones interesantísimas de variados aspectos, se aprovechó la citación de la mesa anterior para demostrar cómo existen sectores de población no abarcados económicamente por el sistema actual. Es decir, que se siguen produciendo situaciones graves de marginación en las sociedades avanzadas. Se vio cómo garantizar la prestación del producto no presupone la desaparición de las desigualdades ante la muerte, el dolor y la enfermedad. Se criticó a la Administración que no define claramente qué producto final quiere, de qué forma lo va a alcanzar y con qué preferencias.

En la tercera mesa «Una Sanidad responsable desde un punto de vista cultural» actuó de moderador Ramón Villega, y como ponentes Francisco Abel, Salvador Giner, Jaume Lorés, Antonio Marzal y Fernando Savater. Se resaltó el hecho de la enfermedad como «una creación cultural» con su connotación de salud como salvación y la consecuente actuación del Estado, así como de la medicalización

universal de la sociedad. También se acusó a la ideología de legitimar modernamente una discriminación a la hora de prestar asistencia a unos y a otros, sin que se distinga suficientemente el sistema de financiar y la organización que atiende a la salud con esos medios. Esa confusión abona el campo para que no sea posible la libertad de elección de médico.

Finalmente se vio y analizó cómo el mundo de la Sanidad deviene cada vez más complejo. Cómo en los Hospitales transformados en templos tecnológicos, los problemas legales y éticos aumentan constantemente. Y cómo la financiación de la Sanidad, el consumismo sanitario y la humanización de los Hospitales, son cada vez problemas más preocupantes.

Se llegó a la conclusión de que estos problemas han de ser analizados bajo el punto de vista interdisciplinar, y el conjunto se mostró partidario de la necesidad de definir una propuesta para cambiar la actual estructura sanitaria de España.



NUEVA REVISTA EN EL MUNDO DE LA PASTORAL SANITARIA

LABOR HOSPITALARIA ha recibido ilusionada el primer número de la revista *Dolentium Hominum*. Es el órgano informativo de la Comisión Pontificia para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, y tiene como finalidad difundir, explicar y defender las enseñanzas de la Iglesia en materia de salud. Para ello desarrolla temas teológico-pastorales, Magisterio de la Iglesia y experiencias y testimonios en el campo de la salud.

Una muy cuidadosa presentación y un sumario sugerente, parecen garantizar un futuro prometedor a la nueva publicación.

LABOR HOSPITALARIA acoge con cariño a esta nueva compañera de camino en el esfuerzo por iluminar, sensibilizar y formar a quienes hoy se debaten en el complejo mundo de la salud.

BARCELONA

COMISIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS ENFERMOS

Dentro de la Delegación Diocesana de Pastoral de la Salud de Barcelona, se ha constituido una Comisión para la Promoción de los Derechos Humanos de los Enfermos. En ella trabajan un grupo de profesionales coordinados por el Dr. Francisco Moreno.

Los objetivos que se ha propuesto la misma son los siguientes:

1. Favorecer la actitud evangélica del profesional cristiano con el fin de que la relación con el enfermo y sus familiares se base en la comprensión, el respeto y la solidaridad, rechazando todo tipo de paternalismo y manipulación.
2. Influir en los centros universitarios, escuelas de dirección y administración hospitalaria, escuelas de formación profesional, parroquias, etc., para conseguir la formación correcta de personas, movimientos y grupos que tienen relación con los enfermos.
3. Trabajar conjuntamente con las asociaciones que promueven el conocimiento de los derechos humanos y su aplicación en el campo cívico y social, incidiendo particularmente en el campo de los derechos de los enfermos. Para ello se utilizarán los medios de comunicación social y el folleto sobre el tema editado por la Generalitat de Catalunya. Conviene que este proyecto de humanización se encarne en las estructuras sanitarias.
4. Interesar a los religiosos/as y capellanes de los diferentes centros, a los movimientos y asociaciones de enfermos y para los enfermos, y todas las comunidades de la Iglesia, para que en el centro de su actuación pastoral y profesional promuevan los derechos de la persona enferma.

CURSO DE RELACIÓN DE AYUDA PASTORAL

Del 7 al 12 del mes de abril ha tenido lugar en Madrid un Curso sobre la Relación de Ayuda Pastoral dirigido al personal dedicado a la Pastoral Sanitaria.

Organizado por el Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria y dirigido por el P. Arnaldo Pangrazzi, Consultor General de los Camilos, han participado en el mismo 40 personas procedentes de toda la geografía nacional.

El curso perseguía los siguientes objetivos: Mayor conocimiento de uno mismo. Mayor comprensión de las personas que se encuentran en dificultad. Desarrollo de métodos pastorales para una eficaz relación de ayuda. Integración de la teoría en la praxis pastoral.

Desde tales objetivos ha desarrollado dicha relación de ayuda desde el precepto bíblico: «Amarás al Señor, tu Dios, con todo tu corazón, con toda tu alma, con toda tu mente y con todas tus fuerzas». Es decir, vivencia de ese mandamiento:

- A nivel emotivo.
- A nivel espiritual.
- A nivel intelectual.
- A nivel físico.
- A nivel social.

Todo ello en una dinámica metodológica ágil basada en breves exposiciones, análisis de entrevistas pastorales con enfermos y diversas dinámicas de grupos con todos los asistentes.

Gelodrox[®]

COMPRIMIDOS Y POLVO

Antiácido de acción rápida, intensa y prolongada

Reúne las ventajas de los mejores antiácidos tomados aisladamente y supera a las mezclas antiácidas de acción prolongada



FORMULA

Trisilicato de magnesio sintético
Hidróxido de aluminio, gel desecado
Carbonato cálcico
Carbonato magnésico
Excipiente
Sacarosa

Comprimidos (1 comp.)	Polvo (1 gr)
300 mg	300 mg
200 mg	200 mg
220 mg	220 mg
130 mg	130 mg
c. s.	-
-	150 mg

(Los comprimidos actúan inmediatamente, debido a que se desintegran con rapidez. La adición de sacarosa en el polvo, hace que sea más agradable de tomar).

INDICACIONES: Hiperacidez gástrica, úlceras pépticas, gastritis medicamentosas, pirosis del embarazo.

POSOLOGIA. Via oral: **En la hiperacidez gástrica,** la dosis usual es de 3 a 6 comprimidos tragados con agua, ó 1 ó 2 cucharaditas colmadas de polvo, desleído en un $\frac{1}{4}$ ó $\frac{1}{2}$ vaso de agua, media hora después de las 3 ó más tomas de alimento diarias.

En la úlcera péptica, la dosis es de 3 a 6 comprimidos tragados con agua, ó 1 ó 2 cucharaditas colmadas de polvo, desleído en un $\frac{1}{4}$ ó $\frac{1}{2}$ vaso de agua, tomadas en el intermedio de las 3 ó más tomas de alimento diarias, es decir, aproximadamente a la mitad del tiempo que transcurre entre ellas.

CONTRAINDICACIONES: No se han descrito.

PRECAUCIONES: Puede originar en tratamientos prolongados y en pacientes con insuficiencia renal, hipermagnesemia. De no existir insuficiencia renal, el riñón elimina rápidamente los iones magnesio absorbidos.

INCOMPATIBILIDADES: El hidróxido de aluminio disminuye la absorción de las tetraciclinas administradas por vía oral.

EFFECTOS SECUNDARIOS: No se han descrito.

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO: Carece de toxicidad aún a dosis elevadas.

PRESENTACION Y P.V.P.: Caja con 50 comprimidos, 212 ptas. Caja con 100 gramos polvo, 170 ptas.

3 comprimidos
equivalen a 1
cucharadita bien
colmada de polvo



LABORATORIO GELOS, S. A.
Monistrol, 22-24 - 08012 Barcelona



LIMPIEZA PROFILACTICA

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

- 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:

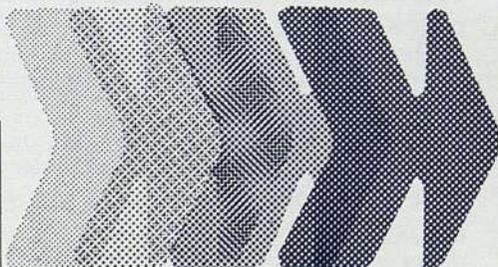
Por escrito a nuestras oficinas de Barcelona desde donde informaremos y asesoraremos gustosamente en fase de previsión anterior a la de contratación.

- 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