

Hermanos de
San Juan de Dios
Barcelona

Año 39. Segunda época. Abril - Mayo - Junio 1987
Número 204. Volumen XIX

CONSEJO DE REDACCIÓN

Director

Miguel Martín

Redactores

Joaquín Plaza
Pilar Torres
Mariano Galve
Francisco Sola

Secretario y Administración

Benjamín Pamplona

CONSEJO ASESOR

Francisco Abel
Felipe Aláez
Ramiro José Alloza
Miguel A. Asenjo
José Buj
Ángel Calvo
Jesús Conde
Rudesindo Delgado
Francisco de Llanos
Joaquín Erra
Rafael Herrera
Fernando Jordán
Pilar Malla
Antonio Marset
Amat Palou
Inmaculada Roig
M.^a 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 Sanidad como Soporte Válido. Ref.
SVR n.º 401.

ISSN 0211-8262

Depósito Legal: B. 2998-61

EGS - Rosario, 2 - Barcelona

Sumario

1 EDITORIAL	78
<i>La huelga en el mundo de la salud</i>	
2 CENTROS DE INTERNAMIENTO PARA LA TERCERA EDAD	81
<i>Ramiro J. Alloza Berdejo</i>	
3 ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA	85
<i>Carmen Domínguez Alcón</i>	
4 LA PASTORAL DE LA SALUD EN LA PARROQUIA	89
<i>Mn. Joan Colldecarrera, Párroco; Mn. Enric Cabré, Diácono permanente; M.^a Carmen Delas, Visitadora parroquial; Beatriz Besoglio, Visitadora parroquial; Antonio Arias, Visitador parroquial; Josefa Argemí, Asistente social; Luisa M.^a Pomerol, Psicóloga; Teodora Tomé, Enfermera, y Joan Bertrán, Médico</i>	
5 UN TRATO MÁS HUMANO	95
<i>Marcel·lí Carreras i Oliveras</i>	
6 LH HABLA CON J. FARBER Y J. TESTART	98
<i>Miguel Martín Rodrigo</i>	
7 REVISTA DE REVISTAS	106
8 INFORMACIONES	109

1. EDITORIAL

La huelga en el mundo de la salud

La presente situación de la sanidad española ha puesto de relieve, entre otros, un problema que afecta la sensibilidad de no pocos ciudadanos; cuando menos la de quienes componemos el Consejo de Redacción de LABOR HOSPITALARIA. Dicho problema no es otro que el de la huelga sanitaria.

La confluencia en ella de dos derechos humanos inalienables, el de la salud y el de la defensa de las legítimas aspiraciones, le otorgan, a la misma, una especial dificultad que impide realizar un juicio rotundo en uno u otro sentido. Situarse en un lado, olvidando el otro, facilitaría mucho más las cosas, aun cuando creemos que de forma incorrecta.

Por incómodo que resulte, LABOR HOSPITALARIA cree que sólo situándose en esa estrecha franja que ambos derechos dibujan, se responde a un planteamiento ético de la huelga sanitaria.

Conscientes, pues, de la dificultad que en sí conlleva el asunto, quisiéramos aportar unos puntos de reflexión a un diálogo social que consideramos necesario para colocar en sus justos límites lo que tanto incomoda a la sensibilidad humana.

En primer lugar hay que subrayar la dimensión social que toma el derecho a la salud. Como cualquiera otro de los derechos humanos, el de la salud se despliega al unísono con la implícita sociabilidad del ser humano. Ello crea un ámbito de realidad, y consecuentemente de diálogo, en el mundo de la salud.

Por otro lado, nos parece evidente que el derecho a la salud se sitúa entre los otros derechos con un perfil de relevancia indiscutible. De ahí que, cuando pudiera llegarse a una conflictividad, como es el caso de la huelga, nunca podrá olvidarse esta premisa.

Sentadas estas bases, LABOR HOSPITALARIA quiere aportar unos puntos que iluminen el hecho en sí, a saber:

- Consideramos incorrecta la apelación que, con cierta frecuencia, se hace a la misión cuasi-sacerdotal del médico, y de alguna manera de las demás profesiones sanitarias, para impedirles ejercer el derecho a la defensa de sus legítimos intereses que cualquier otro trabajador posee.

Respetando la enorme relevancia y dignidad de la profesión médica, así como su deontología, creemos que es sobre el derecho a la salud del enfermo donde debe de articularse la cuestión.

- Dada la importancia del aspecto social en el que, como hemos indicado anteriormente, se sitúa el derecho, creemos que la solución al problema de la salud ha de pasar irremisiblemente por un consenso social fruto de un diálogo entre todas las fuerzas sociales.

Es por ello importante que todo el cuerpo legislativo que desarrolla el derecho a la salud que recoge la Constitución, pase por el consenso social mayor posible.

Mas, siendo importante el mismo, dicho diálogo social ha de propiciar un basamento ético, lógicamente estructurado en torno a una ética civil, capaz de convocar a todos en la empresa.

- Nos cuesta admitir que el cumplimiento de unos mínimos sea una salida adecuada al problema que analizamos. Frente a ello mantenemos una doble objeción: de fondo y de forma.

Entendida la salud como un «estado de bienestar físico, psíquico y social» y convencidos de la dimensión integral que comporta el cuidado de la salud, tenemos serias dudas de cómo es posible conjugar estos conceptos con la existencia de los mínimos.

En otro sentido, la experiencia repetida nos da suficientes muestras de los niveles de deterioro a los que llega la asistencia sujeta a esas coordenadas. Experiencia de la que la prensa se ha hecho eco últimamente.

- En todo caso, hay que dejar bien claro que, siendo la huelga un derecho del trabajador en la defensa de sus intereses, siempre es un medio a utilizar cuando verdaderamente se han agotado todos los otros mecanismos existentes para lograr el objetivo.

Ni que decir tiene que nos parece totalmente deplorable toda huelga, y más en el mundo de la salud, que responda más a los intereses ideológicos y/o políticos de un determinado sindicato o clase social que a la verdadera defensa de los trabajadores.

Así las cosas, LABOR HOSPITALARIA no cree tener la receta de solución, pero se atreve a proponer un marco en el que piensa que debiera darse ésta. Marco que quedaría limitado por los siguientes puntos:

- Urge estimular y crear un diálogo de todas las fuerzas sociales respecto a la situación del mundo de la salud. Diálogo en búsqueda de un consenso social, que no sólo político. La significación del problema así lo pide, amén de que restringirlo a este último plano sería hacerlo de forma partidista, dada la implicación del Gobierno como sujeto del debate en cuanto gestor, en gran medida, del mundo sanitario.
- Habría que luchar, al menos como horizonte utópico, por la consecución, mediante el consenso social anteriormente solicitado, de una total invulnerabilidad del mundo de la salud por las medidas de huelga.
De la misma forma que el derecho a la libertad de expresión queda limitado ante determinados casos, dado su gran valor simbólico, el enfermo debiera ser acogido igualmente en idéntica situación de privilegio. Y no sólo por su valor simbólico...
- La salvaguardia de los trabajadores de la salud y sus legítimos derechos implicarían unos planteamientos éticos, y consecuentemente nítidos, por todas las partes implicadas. Deberían limarse, con cuidado, todas las adherencias que desvirtuasen la limpieza del procedimiento. Aquí, patronal —en su caso, Gobierno—, sindicatos, comités..., tienen un amplio campo a trabajar.

- Cuando el acuerdo no se llegase a dar, habría que buscar fórmulas adecuadas —y ahí queda el reto a la creatividad de una civilización que se dice humana— de un arbitraje social, en línea con el consenso repetido con anterioridad.

Somos conscientes de la carga de idealismo que encarna nuestra propuesta. Pero ante el dolor de tanto enfermo atendido —o desatendido— «bajo mínimos», nos negamos a no permitirnos soñar con una nueva realidad donde la debilidad humana sea convocatoria obligada de la solidaridad humana.

En todo caso, estamos convencidos que la huelga en el mundo de la salud es diferente a cualquier otra.

Si el problema es diferente, es casi seguro que la decisión debe ser diferente.

LABOR HOSPITALARIA

Revista

LABOR HOSPITALARIA

Boletín de suscripción

Año 1987

Suscripción anual: cuatro números

España	Ptas. 1.500
Extranjero (correo ordinario) \$	14
(correo aéreo) \$	19

Apellidos

Nombre

Calle

Número Piso Puerta

Código Postal Población

Provincia o país

Teléfono

Profesión

FORMA DE PAGO

(indique con una X la forma de pago que le interese)

- Por Giro Postal
(indicando, por favor: Cta. 353.271 Banc Català de Crèdit, Agencia Cervantes)
- Por Caja o Banco
(avisando por escrito a la respectiva Entidad)
- Por cheque nominativo
a favor de LABOR HOSPITALARIA

Firma: _____

Enviar esta hoja debidamente cumplimentada a:

LABOR HOSPITALARIA

Hermanos de San Juan de Dios
Carretera de Esplugas s/n
08034 BARCELONA (Tel. 203 40 00)

2. CENTROS DE INTERNAMIENTO PARA LA TERCERA EDAD

Ramiro J. Alloza Berdejo *

En un escrito lleno de sentido humano el autor pasa revista a una serie de condiciones de la asistencia al anciano en un momento de cambio profundo en la estructura de la población.

Plantea el concepto de la Geriátrica como especialidad médica y más aún social, con una meta fundamental: llenar de amor y de interés los últimos años de la vida del hombre.

No soslaya los comentarios sobre el riesgo de la inclinación a la eutanasia en una Sociedad donde los recursos para la asistencia no son sobrados y subraya el prudente equilibrio que debe procurar el respeto del derecho del hombre a una muerte digna dentro de la más ortodoxa Bioética.

En una segunda parte esboza la realidad, con sus inconvenientes y ventajas, de las Residencias para ancianos y esquematiza sus tipos y las características básicas de su estructura y organización y recursos humanos para cada uno de ellos.

Unas citas bibliográficas seleccionadas pueden proporcionar al lector interesado una guía para la profundización en el tema.

En España representan el 11,8 % de la población total lo que es decir que **sobrepasan los cuatro millones**. Por otra parte, es que además un 60 % de dichos ancianos requiere de asistencia médica permanente.

En las zonas de nivel económico de vida más elevado, la población anciana supera el promedio establecido para toda la nación. En Cataluña la inmigración en las décadas de los cincuenta y sesenta rejuveneció la edad media de la población, lo cual ha supuesto un alivio en nuestros días. No obstante, el beneficio que puede suponer el contar con más medios disponibles para atender a la tercera edad viene contrarrestado en dichas zonas de más posibilidades por el hecho connatural de una mayor tendencia al dispendio en gastos meramente superfluos y en consumismos de naturaleza hedonística.

El aumento de la población senil se irá incrementando en los años venideros y es más que posible que lleguen a representar el 14 % de la población. Ante el coste progresivamente ascendente que la asistencia médica de dichos ancianos va a comportar, tanto por el aumento de su número como por la aparición de nuevas técnicas y nuevos fármacos que contribuyen a encarecer la tal asistencia, no puede dejar de tenerse en cuenta dicho factor al diseñar el tipo de asistencia médica que debe prestarse, establecer las características y peculiaridades de los centros destinados a su eventual ingreso y la naturaleza y composición de los cuadros asistenciales tanto en lo que se refiere a su composición como a las características individuales, personales, de los diversos componentes de dichos cuadros.

Por lo que a las características del médico concierne, éste ha de estar de conformidad con la idea de que la condición fundamental para realizar en forma adecuada la tarea que tiene asignada es la de que sólo puede ser útil a través de tres quehaceres: el estudio continuado, dejar hablar al paciente y proceder a una exploración debida, es decir: completa, sistemática y detenida.

El médico que va a tener que hacerse cargo de la asistencia de un anciano tiene que tener una formación análoga a la de un médico generalista pero con el recuerdo de pequeños matices diferenciales que afectan tanto al diag-

Reflexiones sobre el tema

Es un hecho notorio el aumento en la duración de la probabilidad media de alcance de edad en la vida de los seres humanos desde mediados del siglo actual. Se admite que la edad probable que puede alcanzar un hombre es la de 72 años, y la de una mujer, 76.

Ello conlleva el incremento de la población de ancianos, entendiendo por tales los que sobrepasan la edad de sesenta y cinco años.

* Director Médico del Centro Geriátrico Municipal.

nóstico como a la terapéutica. Procesos que en el hombre joven o maduro se acompañan de un protagonismo semiológico o sintomatológico evidentes, pueden hacerlo en el anciano de forma cuasi silente. No son muchos, pero deben estar presentes, siempre, en la mente del clínico a fin de que no puedan pasarle por alto. *Recordar siempre que sólo se diagnostican las enfermedades en las que se piensa.* Esto en el anciano resulta ser ley de oro.

En lo que se refiere al tratamiento preciso, no se deben olvidar algunas precauciones a fin de no dejar incumplido el principio del *Primum non nocere*. Son un conjunto de conocimientos que con una base firme de medicina interna autorizan a cualquier médico internista para ejercer una acertada labor geriátrica.

Lo que, en cambio, ya no resulta tan extendido, al margen del saber doctrinal, es la forma de atender al anciano en cuanto persona. Hay que tener siempre presente que el viejo no es un niño, sino un niño con historia; es por ello más humano y necesita más humanidad.

Tener siempre presente que bien nos puede decir: «como te ves, me vi; como me ves, te verás», lo que nos obliga, y aún resulta interesado, a que seamos con ellos más humanos, que no es sentir compasión sino un respetuoso afecto.

Cuanto antecede nos hace preguntarnos: *¿es que la Geriatria es o no una especialidad?* Vista en su aspecto meramente clínico, posiblemente no. Tal disciplina no se limita a la patología de un sistema del organismo, ni posee una técnica propia de exploración. Las características de su terapéutica son indistinguibles de la propia a aplicar a cualquier paciente sito en otro momento de la vida, salvo en pequeños matices que podían muy bien ser recopilados en una muy, pero que muy breve monografía.

Pero si en la vertiente meramente zoológica del hombre ello es así, en cambio en la vertiente biológica (vertiente en la que confluyen lo neurológico, la etológico y lo psicológico), la Geriatria sí puede considerarse una especialidad.

La postura inicial del clínico, la actividad del personal que colabora con el médico, y la continua apelación a nuestra conciencia de que mantenemos una lucha en pos de un objetivo fútil cual es la conservación de un ser, en principio (postura materialista) definitivamente inútil para la sociedad, confiere tal peculiaridad a la Geriatria que también permiten considerarla como una especialidad.

Ello alcanza su máxima expresión cuando de lo estrictamente médico-terapéutico nos trasladamos a la consideración de las atenciones que la persona precisa y que va desde el cuidado de su piel, las características y peculiaridades de su dieta alimenticia, el intento de penetrar en el ámbito familiar del anciano residente, la reducción de su torpeza locomotriz, el evitar la caída en el pozo del ensi-

mismamiento y, finalmente, en el ayudarle al bien morir. En ésta órbita de actuación no sólo se salta de la zoológico a lo biológico, sino más allá: el ámbito de lo religioso.

Toda nuestra actuación perseguirá más que un alargamiento, enfocado desde un punto de vista meramente competitivo, del momento final de su ser humano: el ver de alcanzar una satisfactoria calidad de vida en los años finales.

La vejez no es una enfermedad: es en principio una crisis por cambio de la perspectiva vital. Con el transcurso de los años el proyecto de vida se anula al tener en un momento dado (paso de la madurez a la ancianidad) conciencia de que no queda ya tiempo para ultimar los proyectos formulados como destino personal. Ello conlleva desde una atenuación a una anulación del deseo y comporta una paralización de nuestra actividad y caída en una depresión reactiva. Se ha pasado de una fase de la vida (juventud y madurez) en estado de esperanza de que ocurra lo inesperado a otra en la que no se espera más que el fin de una monótona repetición de los días.

El poeta Antonio Machado recogía esta postura, este sentimiento final, en una bella frase: «Sé que voy a morir, por que no amo ya nada».

El anciano, en lo que respecta al tratamiento que necesita instaurarse, resulta tratarse de un ser muy sensible a los más diversos fármacos. Como norma general las dosis de los mismos deben ser la mitad o las dos terceras partes de lo indicado en los adultos. En las situaciones de urgencia debe regir el mismo principio de moderación. Pero en lo que concierne a algunos tipos de terapéuticas y en más de una ocasión, especialmente en el caso de los ancianos, el médico puede tener que ir más allá en su cometido y no puede limitarse exclusivamente al cuidado en sí de su paciente, sino que debe atender a las circunstancias, meramente sociales, en las que su labor está inmersa. Los intereses individuales pueden entrar en colisión con los de la sociedad. Inclinar, sin más, por el interés individual puede afectar al interés de la colectividad y por un efecto de rebote llegar a una situación lesiva para el interés individual; prescindir de la atención individual y pensar sólo en los intereses sociales, como efecto *boomerang*, dirigido en este caso en sentido contrario, llegaría a afectar a la sociedad que tendría que pechar con las consecuencias de un egoísmo no justificable y fuente de complejos de culpabilidad.

Viene todo ello porque en el ánimo de las gentes está flotando desde hace unos pocos años el espectro de un vocablo: la eutanasia. Resulta muy oportuno y de agradecer que mentes documentadas sobre el conjunto de la problemática nos den su opinión. Una postura ante un problema en que no se peque ni de seudohumanitarismo, ni de seudomodernismo o seudoprogresismo. Una postura que puede ser asimilada por cualquier Ética, al margen de su apellido, sea la del cristiano, del hipocrático o del que invoca los derechos humanos. Sea aquí, pues, la transcripción de la nota publicada en *L'Osservatore Romano* que puntualiza: «Si según la ciencia y en conciencia, resultase que la inversión de instrumentos y de personal es desproporcionada para los resultados previsibles, y que las técnicas utilizadas

producen al paciente sufrimientos y molestias mayores que los beneficios que se pueden obtener, no existe una verdadera y propia obligación de recurrir a curas desproporcionadas para el caso, o de continuar las ya iniciadas». El Editorial señala también: «en cualquier caso permanece la obligación de no interrumpir nunca las curas normales».

Tipos de Residencias para ancianos

Decir un anciano, no pasa más allá de ser un dato personal, cronológico. Pero la situación en que se encuentra ese anciano puede ser y es muy diferente. El ambiente especial en que se encuentra inmerso, la biopatología del mismo, la intensidad y naturaleza de las diversas dolencias que puede presentar crean un sinfín de posibilidades y ello comporta que sea muy distinta la naturaleza del centro donde resulte más oportuno el ingreso.

Tema de discusión es la conveniencia de proceder al ingreso de los viejos en Centros Geriátricos. Se aduce que parece vivir más años si restan junto a sus familiares que al separarlos de los mismos. Pero no se debe olvidar, y no siempre se tiene en cuenta, que suelen ser los ancianos con mayor carga patológica cuyas familias fuerzan su ingreso.

A mi entender el anciano que necesita atención médica permanente y continuada, que crea problemas por su conducta en el ámbito familiar y aún más si vive solo y con pocos medios económicos, experimenta una mejoría al tiempo de haber sido ingresado y su vida se hace mucho más llevadera.

Desde ese punto de vista se nos aparecen tres tipos de Residencia posible:

- a) La Residencia, sin más, para personas viejas que, por motivos no médicos sino más bien de índole social (carencia de familiares, o desavenencia con los que podría convivir) prefieren vivir solos aunque en una comunidad de seres con análogos edad y problemática.
- b) La Residencia Asistida en la que vendrían a recalar ancianos que, por problemas de convivencia familiar, condicionadas en gran parte por ser portadores de alteraciones en el ámbito conductual que perturban la vida de una familia (hijos, nietos) y que se encuentran mejor asistidos gracias a un control médico periódico y más próximo y de diversas medidas terapéuticas tanto en el orden físico como mental, a cargo de un servicio de Enfermería y de la sección de Terapéutica Ocupacional.
- c) Residencia Hospitalaria donde tienen cabida personas de los dos grupos hasta aquí mencionados pero en el que un porcentaje importante (no menor de un 60 %) está afecto de una patología que requiere de estrecha y continuada vigilancia médica y de una muy importante asistencia por parte del servicio de Enfermería (úlceras, incontinencia de esfínteres, medicación que precise de rígido y exacto control). Igualmente con un servicio de Psicogeriatría y de recuperación y fisioterapia. Un 65 % de los pacientes ingresados en este tipo de Residencia que se comenta presenta problemas causados por insuficiencias vasculares periféricas importantes, insuficiencia cardíaca, alteraciones respiratorias

importantes, diabetes, procesos articulares crónicos, tanto inflamatorios como degenerativos, osteoporosis, procesos todos que precisan de atención especial y exigen un servicio médico adecuado y con conocimiento de la naturaleza y peculiaridades del anciano.

Para la mejor comprensión de *Cuál debe ser la estructura de una Residencia Hospitalaria* creemos previamente necesario percatarse de cuáles son las necesidades reales de una población anciana, tanto en el orden asistencial como terapéutico, analizando las problemáticas existentes y aún las previsibles.

Cuando nos detenemos en la consideración del tipo de convivencia de las personas de más de 65 años constatamos que aproximadamente un 17 % vive solo, un 43 % con su cónyuge, con la familia un 24 % y ya en una Residencia el 16 %. Podemos calcular que el 60 % que viven en su domicilio más tarde o temprano se verán obligados, así como la mitad de los que viven con la familia, a ingresar en un centro adecuado.

En cuanto al número de pacientes-residentes que debe albergar el centro, varía según se trate de una simple Residencia, de una Residencia Asistida o de una Residencia Hospitalaria.

Creemos que una Residencia debe tener un máximo de capacidad para cincuenta internos y un mínimo de veinte. Una Residencia Asistida, un máximo de cien y un mínimo de cuarenta. Una Residencia Hospitalaria, un mínimo de doscientos y un máximo de cuatrocientos.

En una simple Residencia no tiene por qué haber servicio médico fijo y sí tan sólo una enfermera. En cuanto a personal auxiliar, una persona por cada veinte residentes (al margen del personal de limpieza, lavado y cocina). Por las tardes y noches bastará una auxiliar.

En una Residencia Asistida será suficiente un médico que cada mañana controle, visite, reajuste tratamientos, compruebe personalmente y en forma periódica las constantes vitales, lo que puede hacer dedicándole 5-6 horas al día, y fuera de esas horas pueda acudir con presteza a cualquier llamada de urgencia, urgencias que suelen ser frecuentes dada la mentalidad y el temor de los afectos. Cabe la posibilidad de montar un servicio nocturno, fijo, de diez horas. Es preciso contar con una enfermera por cada 50 enfermos y una auxiliar por cada veinte. Por las tardes y noches bastará con una enfermera y dos auxiliares. Precisa que dicho centro cuente con una persona para ocuparse del soporte psicológico de los internados y de una sala para la práctica de gimnasia y ejercicios adecuados para mantener el tono y agilidad de movimientos corporales. Este servicio ha de estar atendido por persona capacitada, sea con título o sin él.

Una Residencia Hospitalaria deberá contar con un servicio médico permanente responsable del curso clínico y de la visita asidua y periódica así como de las agudizaciones que puedan presentarse del proceso patológico en cur-

so. Al menos debe contar con un médico por cada sesenta pacientes, que deberá dedicar seis horas diarias a cumplir su cometido. El resto de las horas, y dado que en este tipo de internamiento son frecuentes las llamadas de urgencia, existirá un médico de guardia las dieciocho horas restantes del día. Se precisa de una enfermera por cada treinta pacientes y dos auxiliares. Por las tardes y noches bastará una enfermera por cada cien internados y una auxiliar por cada treinta (cincuenta por la noche). Además de los servicios generales citados, una Residencia Hospitalaria debe contar con un Servicio de Rehabilitación, a cargo de un titulado en la materia, con su personal auxiliar; de un psicólogo-psiquiatra con su equipo de Psicogerontología y sección de Terapéutica Ocupacional; de un Laboratorio clínico donde se determinan las constantes de más frecuente petición; y de un departamento de Rayos X para la práctica de radiografías, las más elementales si se quiere, tales como radiografías de tórax, articulaciones y óseas.

Así como es fácil decidir quiénes deben ingresar en una simple Residencia, el hacerlo con los que deberán ingresar en una Residencia Asistida o en una Residencia Hospitalaria resulta la mayoría de veces difícil, pues, aparte el mayor o menor grado de control y seguimiento, dependerá del estado de autonomía o independencia del enfermo. Tanto el proceso patológico en curso y la necesidad de control como el grado de independencia experimentan fluctuaciones a lo largo de la estancia del paciente, tanto en un sentido como en el otro. Por dicha razón parece oportuno que una Residencia Asistida disponga de un 25 % de camas que puedan funcionar como si se tratase de una residencia Hospitalaria, y la Residencia Hospitalaria con un 10 % de camas con posibilidad de actuar en fase de ciertas agudizaciones y para pacientes con enfermedad crónica que obligan al encamamiento, funciones en cierto modo correspondientes a la función de un Hospital General, pero que en casos determinados pueden ser asumidos en una Residencia Hospitalaria. Consecuencia de ello es el reajuste de personal en atención a los datos antes señalados.

Pero un punto que debe en todo momento operar en la mente de quien proyecta un centro para ancianos, sea

de cualquiera de los tipos señalados, es que no se puede ser cicatero con el personal preciso.

La atención al viejo no es cómoda, suele ser ingrata porque con el médico no colabora la Naturaleza que tiende a resolver por sí sola los procesos de cualquier índole cuando de un no viejo se trata, es penosa para las enfermeras y personal auxiliar aun en mayor grado que para el médico. Cualquier sobrecarga de trabajo, exigencia de mayor agilidad en el trabajo, multiplicación de atenciones conlleva un estado de agresividad latente que se vierte sobre el paciente: el que paga las deficiencias de planificación es el anciano, a través de una baja calidad asistencial, ya en el orden meramente técnico pero sobre todo y ante todo en el tono de afecto, entrega y comprensión para con el mismo.

Bibliografía

- BRITO-PAVIA, E. DE; GARAY BURDEOS, M. y SILVESTRE ALBEROLA, A.: *L'Organisation Hospitalière et extra-hospitalière des Institutions gènoises de Gèriatrie*. Geriatrika, 1:43, 1984.
- DUOCASTELLA, R.: *Informe sobre la Tercera Edad*. Ed. Fontanella, Barcelona, 1976.
- GEIST, H.: *Psicología y Psicopatología del envejecimiento*. Biblioteca de psicología evolutiva, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1977.
- GOICOEHEA, J.: *Módulos y unidades asistidas en residencias de ancianos. Experiencia inicial en la Casa de Misericordia de Bilbao*. Rev. Esp. de Geriatr. y Gerontol. 20:433, 1985.
- PADILLA TOLEDANO, M.^a DEL ROSARIO: *Consideraciones sobre una residencia asistida*. Rev. Esp. de Geriatr. y Gerontol. 19:299, 1984.
- RUIPÉREZ CANTERA; RUIZ PEÑALBA; MARTÍN, M.^a PILAR; MARTÍN MARTÍNEZ, V. y ALGUACIL GARCÍA, G.: *Medicamentos en Residencias de ancianos: uso y abusos*. Rev. Esp. de Geriatr. y Gerontol. 19:225, 1984.
- SIPOS, I.: *Le medecin et son équipe en service de long séjour*. Rev. de Geriatr. 37:221, 1982.
- VERA, J. J.; DELGADO, A. y FERNÁNDEZ FLORENCIO, C.: *Enfermedades incapacitantes en las residencias de «válidos» de la provincia de Sevilla*. Rev. Esp. de Geriatr. y Gerontol. 19:89, 1984.

3. ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

*Carmen Domínguez Alcón**

Las perspectivas de vida de nuestra sociedad han aumentado; y con ello aparecen unos nuevos problemas a los cuales debemos buscar soluciones.

La población geriátrica, con todas las características específicas que ello conlleva, tienen derecho a una mejor calidad de vida y por tanto a un óptimo nivel de salud.

En el artículo se hace referencia a la distribución y número de población mayor de 65 años en nuestra área de actuación. Igualmente se citan las consideraciones de la OMS en cuanto al papel de los profesionales de Enfermería en este campo.

Por todo esto debemos plantearnos el conocimiento real de las necesidades de la población anciana, para poder ofrecer unos cuidados de Enfermería adecuados a la satisfacción de las mismas.

En los diferentes países se observa, en general, un incremento de la población de más de 60 años; ello se relaciona con la mejora de las condiciones de vida, con la reducción de la mortalidad, y también de la natalidad. La esperanza de vida se ha incrementado en las últimas décadas, tanto en las regiones más desarrolladas, como en las que están en vías de desarrollo.

En la tabla 1 podemos observar algunos datos al respecto, que corresponden a principios de la década de los años ochenta, y a las previsiones para el año 2000.

España está entre los países con esperanza de vida más

TABLA 1

Esperanza de vida al nacer, población (en millones de habitantes) en 1982, porcentaje de personas de 60 años y más en 1980, y en el año 2000.

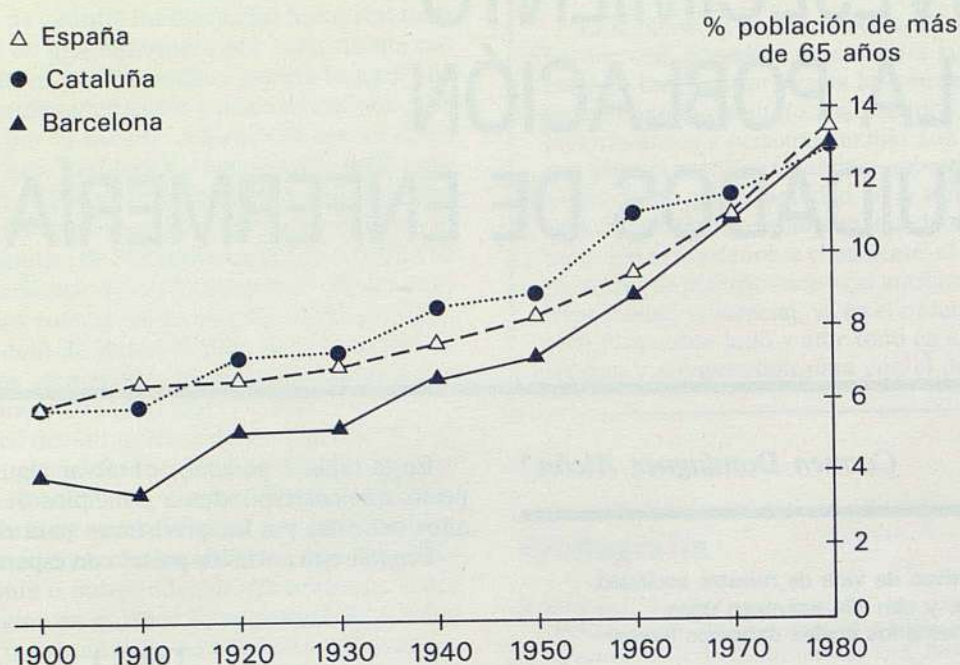
	Esperanza de vida	Población en millones	1980 % 60 años y +	2000 % 60 años y +
Alemania R.F.	73	61,4	18,2	22,6
Argelia	60	19,9	5,7	5,1
Austria	73	7,5	19,2	20,2
Dinamarca	75	5,1	19,4	19,6
Egipto	57	43,4	6,2	7,2
España	74	38,1	15,0	18,7
Finlandia	73	4,8	16,0	18,0
Francia	74	54,1	17,0	18,7
Grecia	74	9,4	17,7	21,6
Holanda	76	14,3	15,6	17,7
Hungría	71	10,8	17,6	19,7
Irán	60	41,2	4,9	4,6
Iraq	59	14,2	5,6	4,9
Irlanda	73	3,5	15,4	13,0
Israel	74	4,0	11,3	11,0
Noruega	76	4,1	20,1	18,5
Polonia	72	36,5	13,1	16,6
Reino Unido	74	55,6	19,9	19,9
Suecia	76	8,3	21,9	20,8
Suiza	76	6,3	18,3	21,5
Túnez	60	6,7	6,0	7,6

UNICEF: Unicef 1985, Skeet 1983, Mac Fayden 1984, Carre y Fay 1984, citados por M. J. Hirschfeld «The who's regions of Easter Mediterranean and Europe: faacing of the population and nursing care». J.A.N. (1987): 151-158.

* Doctora en Sociología. Enfermera. Profesora de la EUE de San Juan de Dios, y de la EUE del IMAS.

GRÁFICO 1

Población de más de 65 años en Barcelona, Cataluña y España (años 1900 a 1980).



alta; sin embargo, conviene tener presente cómo ha evolucionado la población de más de 65 años en España, Cataluña y Barcelona, para tener un punto de referencia preciso y cercano a nosotros. En el gráfico 1 puede observarse dicha evolución desde el año 1900 a 1980. El hecho de que el grupo de población de más de 65 años vaya aumentando en nuestra sociedad tiene diferentes consecuencias e influencia en la estructura social en su conjunto, y en los procesos de cambio social.

En el presente artículo nuestro interés se centra en algunos aspectos precisos de la salud y de los cuidados de enfermería para el grupo de población de más de 65 años¹.

Independientemente de la edad, hay que señalar que las personas de más de 60 ó 65 años no forman un grupo homogéneo, y que su relación con los servicios de salud varían mucho, aun teniendo en cuenta un mismo grupo de edad.

La salud es precisamente uno de los principales objetivos de las políticas sociales, y actualmente en diferentes países la mitad del presupuesto de salud se destina a la atención de las personas de más de 65 años.

La mayor utilización de los servicios de salud por parte de las personas de más de 65 años es un dato que puede constatar fácilmente. Por ejemplo, en España el número de estancias causadas por personas de más de 65 años ha pasado de ser de casi la cuarta parte (24 %) en 1978, a ser casi la tercera parte (30,2 %) del total de estancias en 1983.

Éste no es el único dato en ese sentido, además de los estudios de morbilidad, cada vez más, en los estudios globales de salud de la población se tiene en cuenta la *evaluación subjetiva del estado de salud*, que se considera como un indicador básico, tanto en el estado de salud, como en el de las prestaciones necesarias. En ese sentido existen datos² que permiten constatar que a ese nivel de la percepción individual el número de personas que definen su estado de salud como *malo* o *muy malo* aumenta con la edad, siendo el 31 % en el grupo de población de 65 a 74 años, y del 38 % para los mayores de 75 años. Otros datos a considerar serían, por ejemplo, ver la *actividad restringida*, o la *incidencia de trastorno crónico*, o *días que ha permanecido en cama* (en un período determinado). Datos todo ellos que permitirían una aproximación precisa para un grupo de población determinada, y en un área concreta.

Hay que tener en cuenta que la *disminución de la movilidad* es uno de los principales obstáculos para la autonomía de las personas mayores, y los estudiosos del tema no han observado grandes diferencias considerando seis países occidentales, lo cual hace pensar que esa disminución de la capacidad funcional es independiente del medio cultural³.

La *forma de vida* de las personas ha cambiado en las sociedades avanzadas, ha sufrido, en general, transformaciones que han modificado las condiciones de vida, sin embargo las dificultades que las personas mayores encuentran para adaptarse a la vida moderna no son demasiado bien conocidas, aunque sí puede decirse que hay algunos elementos que se manifiestan claramente como: la soledad, la dependencia, la pérdida de rol social, la depresión, entre

otras. La forma de vida, la calidad de vida, el nivel de vida, son conceptos muy ligados entre ellos, que convendría poder analizar en profundidad, en relación con la población de más de 65 años.

En general, la investigación que se refiere a las cuestiones de salud de las personas de más de 65 años ha considerado temas concretos, consumo de tabaco, alcohol, ejercicio físico, entre otras pero quizá no se ha profundizado suficientemente para responder a las necesidades de ese grupo de edad, que impidan una dependencia prematura, o el ingreso en una institución.

Probablemente son *los y las Enfermeras*, los profesionales de salud que pueden desempeñar un papel relevante en la atención de salud de las personas de más de 65 años.

En ese sentido ya en 1981, en la Conferencia de la OMS sobre el papel de los cuidados de enfermería en las personas ancianas, se concretaban unas responsabilidades de los y las Enfermeras que pueden resumirse en los puntos siguientes:

- Crear un ambiente de ayuda a las personas ancianas que permitan preservar al máximo su facultad de elección, su autonomía, y su movilidad.
- Ayudar a aplicar los tratamientos prescritos de acuerdo con las indicaciones formuladas por los organismos profesionales de cada país.
- Crear un entorno seguro que permita a los individuos vivir y satisfacer las necesidades de la vida cotidiana, recibiendo los tratamientos prescritos⁴.

La cobertura de las *necesidades en cuidados de enfermería* para las personas de más de 65 años (al igual que para otros grupos de población) requiere que los y las Enfermeras tengan en cuenta precisamente esa noción de *necesidad* que diferentes autores, Enfermeras o no, han clasificado. En una publicación reciente que reúne los datos franceses de un estudio multinacional de la OMS, Dechaunoz lo explica con precisión:

- Henderson reconoce catorce necesidades básicas.
- Orem privilegia las necesidades de autocuidado, agrupadas en tres áreas: autocuidados que responden a las necesidades universales; asociadas al proceso de desarrollo humano; y las asociadas a las desviaciones de la salud.
- Roper, que las aborda desde la perspectiva de las actividades de la vida cotidiana.
- Erickson, que define ocho estados de desarrollo para el individuo y concreta las necesidades específicas predominantes en cada etapa de la vida.
- Maslow, que presenta las necesidades en un orden jerárquico, desde las fisiológicas y de supervivencia, a las de estima y autorrealización.

En definitiva, considerar las *necesidades en cuidados de enfermería* de manera que mientras el individuo se halla

en estado de salud y es independiente para satisfacer sus necesidades éstas están más o menos cubiertas, sin que tenga que recurrir al sistema de salud. Cuando ocurre alguna alteración a un nivel cualquiera de una necesidad, o bien la persona no está en condiciones de identificar su problema de salud, o habiéndolo identificado, no sabe, ni tiene la fuerza, o la voluntad de proveer a esa necesidad, entonces es cuando recurre al profesional de salud que tiene la función de ayuda y/o suplencia, y se determina así una *necesidad en cuidados de enfermería* que se deriva de una necesidad humana. Dicha necesidad no es necesariamente cubierta en su totalidad ya que cada persona, aún enferma o minusválida, posee un cierto número de recursos y capacidades que le permiten alcanzar *su* máximo de independencia y reducir sus limitaciones. La *responsabilidad de los y las Enfermeras es precisamente movilizar y utilizar al máximo tales recursos*.

Las *necesidades en cuidados de enfermería* son la consecuencia de un problema de cuidados y las acciones que un colectivo profesional (en nuestro caso Enfermeras y Enfermeros) realicen como servicio a un grupo determinado de población, pueden estar o no enmarcadas dentro de una política o programa específico.

En el tema que nos ocupa, los cuidados de enfermería a los ancianos, conviene tener en cuenta algunas directrices generales, por ejemplo:

- La Resolución adoptada por la 35.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1982, como Séptimo Programa General de Trabajo para el período 1984-89, que dedica un apartado específico a la «salud de las personas de edad», dentro del «fomento y desarrollo de investigaciones incluidas en las investigaciones sobre formas de comportamiento favorables para la salud». Precizando que las actividades de este programa tendrán por objeto fomentar la acción nacional e internacional.
- En 1985 la OMS ha establecido órganos consultivos encargados de identificar los problemas de salud prioritarios de las personas de edad y de fomentar políticas y programas pertinentes y humanos en relación con su salud y bienestar social.
- En 1987 los países que hayan identificado la asistencia a las personas de edad como asunto de importancia, hayan formulado sus políticas y programas y
- En 1989 se hayan preparado, en colaboración con los demás programas interesados, pautas técnicas relativas específicamente a los ancianos, sobre los siguientes sectores: estilo de vida, nutrición, prevención de accidentes, prevención y tratamiento de trastornos mentales, medicamentos esenciales y vacunas, rehabilitación, enfermedades cardiovasculares y ceguera.

Tener en cuenta tales metas y algunos de los 38 objetivos de la OMS⁵ en su enunciado de condiciones fundamentales que deben darse para que las personas estén en buena salud, parecen cuestiones básicas en el tema de los ancianos. Precisamente de los 38 objetivos a que hacíamos referencia, por ejemplo el *objetivo 2*, en su enunciado de valorar el potencial de salud, incluye la meta de «añadir vida a los años», y hace especial mención a las personas ancianas. Los *objetivos 3 y 4*, al tratar de la mejora de con-

diciones de las personas inválidas, y de reducir la morbilidad e incapacidad, incluyen el «añadir salud a la vida», y recordemos que las incapacidades afectan muy especialmente a los ancianos. El *objetivo 6*, en su enunciado general respecto a la esperanza de vida, incluye la meta de «añadir años a la vida».

Ya para terminar, conviene tener presente que en Cataluña existe el programa *Vida als Anys* creado por el *Departament de Sanitat i Seguretat Social* mediante Orden de 29 de mayo de 1986, destinado precisamente a la atención socio-sanitaria a los ancianos con larga enfermedad. Dicho programa surgió siguiendo la conveniencia de impulsar actuaciones desde la creación del programa sectorial al enfermo crónico (Orden de 7 de septiembre de 1983).

La reflexión sobre los diferentes programas de trabajo, o sobre cada uno de los 38 objetivos de la OMS que puedan tener relación con los cuidados de enfermería a los ancianos, sobrepasa la finalidad del presente artículo; sin embargo, es necesario conocer su existencia y ser conscientes de que los y las Enfermeras pueden promover acciones en el seno del grupo profesional, que permitan ir incorporando nuevas formas de aproximación a la atención de

salud de los ancianos, que tengan en cuenta tales metas, la persona en su globalidad, su calidad de vida, y la respuesta esperable de los profesionales de salud, proporcionando unos cuidados adecuados, adaptados y de calidad.

Notas

1. En algunas encuestas, la vejez se considera a partir de los 60 años, y en otras a partir de los 65. Hay que tener incluso en cuenta la problemática que se presenta, cada vez más, en personas a partir de los 55 años, por otras situaciones, como por ejemplo, jubilaciones anticipadas.
2. Un ejemplo a este respecto sería el *Estudio de valores*, que forma parte de un proyecto internacional sobre valores culturales y sociales de europeos y norteamericanos. Investigación realizada por DATA, dirigida por A. ORIZO, J. LINZ, y M. GÓMEZ REINA, la elaboración general de datos puede verse en A. ORIZO: *España entre la apatía y el cambio social*. (Madrid: Mapfre, 1983).
3. OMS: *Les personnes âgées dans onze pays*. (OMS: Copenhague, 1985), pág. 3.
4. OMS: *Medico-social work and nursing care. The changing needs*. (Copenhague: OMS, 1985).
5. OMS: *Les buts de la santé pour tous*. (Copenhague: OMS, 1985).

- LA ORACIÓN DEL CRISTIANO EN LA ENFERMEDAD N.º 137 (1971)
- EL ABORTO (1977) (agotado)
- ACERCAMIENTO AL MORIBUNDO, EUTANASIA, DISTANASIA Y MUERTE (1979) (agotado)
- PLANIFICACIÓN FAMILIAR (1980) (agotado)
- DERECHOS DEL ENFERMO N.ºs 179-180 (1981)
- PASTORAL SANITARIA (Todos responsables) N.º 185 (1982)
- EL HOSPITAL CATÓLICO N.º 188 (1983)
- LOS TRASPLANTES N.º 194 (1984)
- EL VOLUNTARIADO EN LOS HOSPITALES N.º 198 (1985)
- CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS Y NORMATIVOS ÉTICO-JURÍDICOS RECIENTES N.º 202 (1986)

Números monográficos de Labor Hospitalaria



PLANIFICACION FAMILIAR
DIMENSION MEDICA, SOCIOLOGICA, PSICOLOGICA Y ÉTICA



DERECHOS DEL ENFERMO



Pídalos a la dirección de la Revista

4. LA PASTORAL DE LA SALUD EN LA PARROQUIA

Mn. Joan Coldecarrera, Párroco
Mn. Enric Cabré, Diácono permanente
M.ª Carmen Delas, Visitadora parroquial
Beatriz Besoglio, Visitadora parroquial
Antonio Arias, Visitador parroquial
Josefa Argemí, Asistente social
Luisa M.ª Pomerol, Psicóloga
Teodora Tomé, Enfermera
Joan Bertrán, Médico

El Congreso de evangelización y hombre de Dios ha constatado «que los enfermos no ocupan hoy en nuestra comunidad eclesial el lugar central que tuvieron tanto en la vida de Jesús y en la de las primeras comunidades cristianas como a lo largo de otras etapas de la vida de la Iglesia» (sector «Mundo de la Salud»).

Es evidente que en los últimos años no ha sido la pastoral de la salud una de las metas prioritarias de la parroquia. Puede decirse que, de hecho, está realmente marginada en no pocos casos.

La misión de la Iglesia y su contribución a la liberación del hombre enfermo no se reduce al solo terreno religioso, desinteresándose de los problemas somáticos, sociales y psicológicos del hombre y de la necesaria y urgente reforma de estructuras.

La filosofía del sistema sanitario es mantener al enfermo en la sociedad, es decir, dentro de sus grupos sociales y, en el caso de ingreso en un centro de internamiento, procurar rehabilitarle y devolverlo a la sociedad, lo que es principio de integración social.

Es urgente la mejora de la atención domiciliaria —los enfermos domiciliados son numerosos, tal vez un 85 %—, sobre todo en relación a los enfermos psíquicos y a los enfermos que viven solos y de avanzada edad.

La Pastoral de la Salud, de la enfermedad y de la muerte no es exclusiva de unos pocos cristianos que irresponsabilizan a los demás. Todos los cristianos, miembros de un mismo cuerpo, participan necesariamente de un mismo destino: «Así, cuando un órgano sufre, todos sufren con él»

(1 Cor 12, 16). Se trata, por tanto, de una tarea de toda la Iglesia.

Una zona pastoral de una Diócesis mastodóntica, Barcelona, busca el encuentro con el hombre, de modo particular en el camino de su sufrimiento y en tal encuentro —dice Juan Pablo II— «se convierte en el camino de la Iglesia» y es éste uno de los caminos más importantes.

Un grupo de visitantes y profesionales sanitarios cristianos intentan abrir caminos nuevos. La misericordia debe convertirse en amor de obras, tal como lo exige el momento. El precepto del amor no puede desmenuzarse en artículos. Lo que la realidad muestra, exige y hace posible, eso debe hacerse.

I. Presentación

Hoy en día la Pastoral de la Salud se reconoce como una Pastoral específica dentro de la Diócesis de Barcelona, desde la creación en 1979 de la Delegación Diocesana de Pastoral de la Salud, coordinada con los Secretariados Interdiocesanos de Catalunya y con el Nacional.

Este reconocimiento orgánico nacía de una necesidad de base de los cristianos de Barcelona. La persona enferma es la más pobre de todos los pobres, ya que la salud perdida impone limitaciones muy importantes en todos los aspectos de su vida. Por ello, a nivel espiritual, dentro de la unidad que supone el considerar al enfermo como persona, la alteración de su estatus creará unas necesidades espirituales distintas de los sanos, que son la base de una Pastoral de la Salud, que lleve al enfermo un mensaje evangélico acorde con su situación y sus necesidades.

Dada la multiforme presentación de la enfermedad como tal, y los distintos grados de afectación que puede suponer, la Pastoral de la Salud deberá adecuarse a los distintos terrenos: hospitales de agudos, hospitales de crónicos, domicilios, residencias, asistidas o no, enfermos indigentes, etc.

Dada la gran complejidad que requiere el abarcar todos

estos lugares, dentro de una acción eclesial conjunta, la experiencia ha recomendado la creación de un nivel intermedio entre la Delegación Diocesana y las Parroquias, para una mejor coordinación de éstas lo más eficaz posible.

Así, aprovechando la división de la Diócesis en 14 zonas pastorales, y de la zona 1 en 4 sub-zonas, lo que constituye un total de 17 divisiones, se pensó en crear delegaciones zonales de Pastoral de la Salud, que coordinarían directamente a las parroquias de su zona, siendo coordinadas las delegaciones zonales por la delegación diocesana. Esta división facilitará además un contacto más directo y habitual con los equipos de Pastoral de la Salud parroquiales.

II. Una experiencia

Con el afán de poner en práctica esta idea, se escogió una zona de la ciudad de Barcelona, con varias parroquias ya comprometidos y con grupos de visitantes de enfermos que mantenían una actividad continuada.

Esta zona sirve de experiencia piloto para ampliar este funcionamiento al resto de las zonas pastorales existentes en la Diócesis.

Se eligió para ello la sub-zona 1-3, que abarca los sectores de Sarrià, Sant Gervasi, Les Corts y Gràcia, ubicados en la parte alta de la ciudad, y con un nivel social, en general, medio, medio-alto y alto.

Por acuerdo tomado en el Consejo Directivo de la sub-zona pastoral 1-3 en el año 1982, y junto a otras comisiones pastorales, se creó la Delegación Zonal de Pastoral de la Salud, nombrándose un responsable para dicha comisión, que se ocuparía de coordinarla, bajo la presidencia del Vicario Episcopal de la zona.

El primer objetivo de la delegación zonal iba dirigido a conocer las realidades civiles y eclesiales de la zona, iniciando la exhaustiva recogida de datos sobre:

- Parroquias y otros centros de culto (especialmente el número de presbíteros con que cuenta, existencia o no de Consejo Pastoral Parroquial, participación de laicos comprometidos, si existe organización en grupo para la visita a los enfermos, si se realizan actividades con enfermos, etc.).
- Comunidades religiosas masculinas o femeninas dedicadas a la atención de enfermos, y en qué grado.
- Otras comunidades religiosas de la zona, dedicadas a otros campos, valorando la posibilidad de participar en el mundo de los enfermos.
- Hospitales, clínicas y residencias de ancianos, de cualquier titularidad y capacidad, solicitando información del servicio de atención espiritual que se está dando en ese momento.
- Enfermos a domicilio.

Durante los años 1983 a 1985, la Delegación fue recopilando e interpretando todos los datos de que disponía, y posteriormente fueron incorporados a la GUÍA DE LA IGLESIA de la sub-zona 1-3, la cual se publicó y fue un valioso instrumento informativo para todos los cristianos de la zona, así como para el público en general.

Partiendo de estos datos se realizó la visita sistemática de todos los hospitales, clínicas, residencias y parroquias de la zona, en parte como presentación de la nueva estructura, y en parte para completar la información disponible.

Alrededor del Responsable se crea un equipo coordinador, con unas funciones muy definidas:

- Inter-relacionar los equipos existentes.
- Completar y comprobar la información sobre las realidades civiles y eclesiales de la zona.
- Comunicar a todas las personas que trabajan en el campo de la Pastoral de la Salud, especialmente a los sacerdotes, la creación y el funcionamiento de la delegación zonal.
- Contactar con los grupos de visitantes ya existentes que ya se dedican a los enfermos, para integrarlos.
- Captar e informar a los laicos predispuestos a la atención de los enfermos, para facilitar su integración en los grupos existentes y favorecer el nacimiento de nuevos grupos.

Llegados al año 1985, el grupo que había actuado como coordinador, pasando sus componentes, 10 personas, a efectuar la animación de grupos, tanto a nivel parroquial, como intentando suscitar nuevos grupos de reflexión y de visita. Gracias a esta disgregación, surgieron, en un solo año, 20 grupos con una dinámica propia, reuniones periódicas, etc.

Para 1985 se fijaron los siguientes objetivos:

- Potenciar la organización de la propia delegación, creando un nivel intermedio, el responsable de arciprestazgo, que coordina tan sólo las parroquias de su zona de influencia. Se efectúan encuentros esporádicos entre los distintos responsables.
- Facilitar, insistir y promover la formación continuada de los visitantes de enfermos.
- Suscitar la preocupación de la reflexión personal y de grupo, creando incluso grupos con este fin.

Varias parroquias inician una asistencia directa a los enfermos, aumentando la visita a centros donde se hallan sobre todo ancianos y enfermos crónicos. Para poder abarcar toda la labor se realizan visitas como tales, y en otras ocasiones se realizan celebraciones litúrgicas. Una de estas celebraciones consiste en la Celebración de la Palabra y se da la comunión coincidiendo con la misa televisada, para darle más vida y participación.

En resumen, los grupos se van ocupando de una visita regular y continuada, así como de realizar aquellas pequeñas labores que les son encomendadas, tales como acompañar al enfermo a su médico de cabecera, etc.

Estas visitas se iniciaron con esta regularidad mencio-

nada en septiembre de dicho año; con la colaboración en las instituciones de grupos de jóvenes, amenizan un rato a los ancianos y a los enfermos, ya sea con poesías, cantos, etcétera.

Con la llegada de la Navidad se estabilizan estas visitas y culminan en esta fiesta. Igualmente con la llegada de la Cuaresma y posteriormente de la Pascua se llega a motivar para el sacramento de la Unción de enfermos, que se celebra con mucha solemnidad, especialmente durante la semana del Día del Enfermo.

En otro orden de cosas, se sigue con la formación continuada, realizándose un encuentro a nivel de zona, en el que el Vicario Episcopal desarrolla una conferencia sobre la misión del laico en la visita a los enfermos. También la zona participa en la peregrinación a Lourdes, que organiza anualmente la hospitalidad de Lourdes de Barcelona.

Con la llegada del verano, y gracias a la colaboración coordinada de los grupos, a través de sus responsables, se consiguió mantener la atención iniciada durante el verano.

Las realidades más destacables que se han detectado a partir de la delegación zonal de Pastoral de la Salud, son las siguientes:

Población total de la sub-zona 1-3: 347.610 habitantes

Localización	N.º	Enfermos	Dependencia	
			Civil	Eclesiástica
Hospital	2	650	2	—
Clínica	46	6.500	30	16
Residencia	67	2.100	41	26
Asistencia domiciliaria		9.400 ?		
Parroquias	26			
Centros de culto	20			
Comunidades religiosas	28			

Hemos visto las acciones que desde una estructura intermedia entre la Delegación Diocesana de Pastoral de la Salud y las parroquias, pueden ser llevadas a cabo y coordinadas. Esta experiencia nos lleva a afirmar que esta labor de coordinación directa ha fructificado en una mejor asistencia a los enfermos y desde una visión unitaria de la Iglesia, que se vuelca con todas sus fuerzas en la atención del necesitado.

Dentro de la delegación zonal de Pastoral de la Salud de la sub-zona 1-3, queremos presentarles ahora la experiencia de una parroquia de dicha zona, en la atención directa de los enfermos de su ámbito.

La parroquia a la que nos referimos es Santa Joaquina Vedruna, que pertenece al Arciprestazgo de Sant Gervasi, así pues en pleno corazón de la sub-zona 1-3, en la zona alta de la ciudad, con un nivel social, en general, medio-alto y alto.

La historia de la parroquia, hace poco más de 20 años, cuando la capilla del convento de los Padres Carmelitas, de la calle San Hermenegildo, fue erigida parroquia el 6 de noviembre de 1965. Pronto se pensó en mejorar el templo, y dos años más tarde se colocó la primera piedra del nuevo templo parroquial, siendo obispo el doctor Modrego. Por fin, el 13 de noviembre de 1971, el doctor Narcís Jubany bendijo el templo y celebró la Eucaristía por primera vez.

La feligresía de la nueva parroquia procede de la disgregación de las parroquias lindantes, especialmente las de Santa Inés, Santa Teresita y *Josepets*, y como motivo para unir a estas personas se crean las llamadas *Comisiones de trabajo*, que tímidamente iban tratando y aprendiendo sobre distintos temas de pastoral en general.

En la primavera de 1976, bajo el impulso del señor Párrero, nace la primera *Comisión de visitadores de enfermos*. Esta comisión estaba formada mayoritariamente por señoras, que se introducían en el domicilio del enfermo, previa visita y presentación por parte del presbítero. En aquel momento la visita se reduce a un simple acto de cortesía, y un rato de conversación y compañía.

Aproximadamente tres años después, cambia el equipo responsable, apreciándose sobre todo una mayor humanización de estas visitas, con una mayor proximidad en todos los sentidos, e incluso se les lleva la comunión a domicilio si lo solicitan.

A partir de este impulso, ha existido un grupo de visitadores de enfermos, que ha ido cambiando de nombre, de personas y de contenido, pero que en esencia ha permanecido junto a los enfermos de la parroquia.

Sin embargo, esto ha sido muy costoso, porque cada vez se ha dificultado más el seguimiento de los enfermos, especialmente por la creciente institucionalización de los enfermos, que dificulta la visita, pero incluso en estos casos se ha procurado seguirlos y permanecer a su lado.

Al inicio de los años 80, la comisión de aquel momento sugirió una idea a destacar, la celebración comunitaria del sacramento de la Unción de Enfermos, que tiene una gran relevancia en la vida de la parroquia. No obstante, había ido decayendo el ritmo de visita, hasta tal punto que se visitaba a uno o dos enfermos.

Fue en esta situación, cuando en septiembre de 1986, la Delegación Diocesana de Pastoral de la Salud, junto con la sub-zona 1-3, propusieron efectuar una experiencia de atención integral a los enfermos, pero a partir de la parroquia. Se estudió la posibilidad, y la parroquia en conjunto, se comprometió a trabajar con enfermos en tres campos bien diferenciados: hospitales, ancianos y enfermos a domicilio.

Para ello se formó una comisión de 25 personas, visitadores laicos de la propia parroquia, y se solicitó la colaboración desinteresada de varios profesionales que hubo que buscar en otros campos. Estos profesionales fueron: dos enfermeras, una asistente social, una psicóloga y un médico. Así este equipo de 30 personas se compromete a llevar a cabo todas las acciones necesarias para ayudar a los enfermos, coordinado por tres personas, exactamente dos visitadores y la psicóloga.

Los frentes en que se trabaja son:

- Un hospital de enfermos crónicos, algo alejado de la parroquia.
- Una residencia de ancianos muy próxima a la parroquia, que pertenece a la parroquia y a una parroquia vecina.
- Los enfermos a domicilio.

Así pues, los visitantes, en la actualidad, se dividen sus horas disponibles para acudir a los tres frentes mencionados. De promedio se emplean unas cinco horas semanales, con un mínimo de tres horas y un máximo de ocho. A pesar de todo, el mayor contingente de visitantes se dedica al hospital de crónicos.

Al hospital de enfermos crónicos acuden dos visitantes diariamente, incluso domingos y festivos, especialmente a la hora de comidas y/o de las cenas, que es cuando más se hace sentir la necesidad de ayuda de los muchos internados.

Actuando como un visitante más, con el permiso y conocimiento de los responsables, la psicóloga ha estudiado los perfiles psicológicos de los internados en ese centro, intentando proponer unas soluciones prácticas, bien fundamentadas.

Entre las enfermas ingresadas parece notarse un importante deterioro de las relaciones humanas, con ausencia de la comunicación y del compañerismo y gran desconfianza a todo, especialmente hacia posibles robos, siendo la idea más repetida: «... prefiero estar sola que mal acompañada».

No obstante, se observan otras conductas, tales como la regresión infantil, amargura, angustia y depresión. En algunas se destaca una gran agresividad proyectada siempre contra sus cuidadores. Tienen gran alegría con las visitas, pero cuesta entrar en su mundo. Una vez se ha conseguido, cuando ya existe un vínculo de confianza, intentan desahogar sus miedos a morir, y a otras situaciones como, los sentimientos de impotencia, apatía y aburrimiento, así como el miedo y la depresión.

Entre los hombres se aprecia una importante racionalización, con sumisión pero no en absoluto, y aceptación de su situación.

La apatía es muy importante con sentimientos también de frustración, depresión y angustia, sintiéndose en general rechazados por su familia. Explican también que sienten angustia por la pérdida del raciocinio y por la muerte fuera de su ambiente.

A partir del estudio psicológico de estas respuestas, se deducen las necesidades siguientes:

- Fomentar la práctica de actividades de laborterapia y otras distracciones, según los límites físicos y psíquicos.
- Facilitar y aumentar las visitas de los familiares y de los visitantes parroquiales.
- Mejorar el clima social de las pacientes, en general, manteniendo por parte de los visitantes la mayor discreción.

Por tanto, y dentro de esta institución, los visitantes son bien acogidos, entre otras cosas, porque conocen bien a los enfermos así como su perfil psicológico, con lo que pueden serles más útiles a la hora de la comida.

El segundo frente de acción, la residencia de ancianos, en colaboración con una parroquia vecina, funciona por sus propios medios y los visitantes acuden para hacer compañía a los internados. Las labores propias de sus cuidados las lleva el personal de la residencia.

Este frente quizás se mueve en un campo más amplio de celebraciones litúrgicas, que se realizan en la propia residencia, o bien se les acompaña en el propio coche. Se les acompaña a pasear, etc.

El tercer frente de acción, la visita a domicilio, presenta sus inconvenientes que influyen en las dificultades que se encuentran para saber quiénes son. Se han lanzado varios llamamientos al final de las misas, el sacerdote lo ha comentado antes de la bendición, e incluso se ha entregado una ficha en blanco a todos los feligreses, para que pudieran comunicar la presencia de un enfermo en su domicilio. Se consiguió por este camino la recogida de algún dinero en efectivo, que a buen seguro tranquilizó alguna conciencia, y el conocimiento de una enferma, que vive en su domicilio cerca de la parroquia y que hasta ahora no se le visitaba.

La experiencia que se ha realizado es procurar llevar la asistencia integral hasta la asistencia primaria, cuidando todos los factores que intervienen ya sean los psicológicos, somáticos, espirituales y sociales. De esto se ha encargado en conjunto el equipo multidisciplinario de visitantes a domicilio.

III. El caso de la señora R.

Como ejemplo ofrecemos a continuación el caso detallado de una paciente, con los hallazgos de distintos profesionales y las soluciones que se han puesto en marcha.

Acudimos a visitar a la señora R. todos los profesionales, por separado y acompañados cada uno por un visitante.

Antes de seguir adelante quisiéramos hacer saber que la señora R. aparece en esta revista con su pleno consentimiento.

No obstante, aprovechamos para recordar la necesidad del secreto profesional, ya que sería el profesional el que en cada momento ha de velar por el máximo respeto a la persona, su intimidad.

Aclarado esto, diremos que la señora R. tiene 86 años, vive en una casa relativamente antigua, en la planta baja. La acompaña un sobrino de 52 años, con una deficiencia mental no profunda. Esta familia vive muy cerca de la parroquia.

La señora R. acudió a Barcelona, en uno de los trenes de inmigración hace muchos años, y vivía en la misma casa, cumpliendo con las funciones de conserje, hasta su jubilación. Toda su vida gira alrededor de su hermana y su sobrino.

De su hermana, recordando una enfermedad crónica, que la postró durante más de 10 años en cama, afecta de paraplejía y en los últimos tres años, también de hemiplejía secundaria a accidente vascular-cerebral.

Una vez fallecida su hermana, la señora R. tiene una grave preocupación, cuidar de su sobrino, de tal forma que él no quede abandonado.

Esta señora recibe quincenalmente la visita de una sobrina que realiza las labores más imprescindibles de la casa y se ocupa de la compra. También le acompaña al médico y dice hacerse cargo del sobrino, con tal que pueda llevarlo a vivir con ella. Además, algún vecino presta pequeñas ayudas.

En el plano médico-asistencial podemos considerar que se halla afecta de enfermedades crónicas, que pueden considerarse controladas en el momento actual.

Entre ellas podemos destacar una poliartritis, del tipo de la Artritis Reumatoide, de muy larga evolución con dolores erráticos, es decir, muy variables, y por la que no sigue tratamiento.

Nos explica también una historia de insuficiencia cardíaca, con fatiga y disnea (dificultad para respirar). Nos cuenta que toma una medicación para tratar la insuficiencia cardíaca, tal como furosemida, por su poder diurético, junto con suplemento de potasio, y digoxina 1 comprimido por la noche para reducir el sufrimiento del parénquima miocárdico. Al parecer se conoce diabética, e hipertensa, pero no reconoce haber tomado ninguna medicación para ello.

Refiere también hipertensión arterial, por lo que debe comer sin sal. Esta hipertensión es de larga evolución, por lo que no sería descabellado atribuir su insuficiencia cardíaca a una miocardiopatía esclero-hipertensiva.

Presenta también lo que técnicamente se llama pirosis post-prandial, es decir, ardor y quemazón en el estómago y cara anterior del tórax, especialmente tras comidas copiosas, y especialmente tras la medicación. Puede tratarse por tanto de una inflamación gástrica por la medicación que está tomando.

También observamos lesiones de falta de circulación en las yemas de todos los dedos de las manos, con lo que nos explicaba también dolor al sumergir los dedos en agua fría o tibia para realizar los cuidados personales, y lavado de vajilla, ropa, etc.

Psicológicamente se le puede definir como una persona melancólica e introvertida, condicionada desde siempre por su salud. Es una persona sobria, con sentido del deber y del orden, y sus relaciones sociales vienen marcadas por la escrupulosidad moral y pulcritud, por lo que evita los conflictos y es de acogida cordial. Está centrada y absorbida por su enfermedad. Niega y rechaza la ayuda que espontáneamente se le brinda en la esfera de las ocupaciones de la casa. Presenta en el momento de la visita obsesión ansiógena respecto a quedar físicamente disminuida o fallecer, abandonando a su sobrino.

El sobrino se halla afecto de una deficiencia mental moderada, que corresponde a una edad mental de 7 a 11 años. Es autónomo para comer y realizar su propia higiene. Presenta una conducta obsesivo-compulsiva, con rituales or-

denados y cronometrados, con su horario fijo a lo largo del día.

La relación de la tía con el sobrino se caracteriza por el cariño sobreprotector de la tía, que le proyecta y desplaza sus angustias.

La relación del sobrino con su tía es del tipo amor sumiso-filial.

Desde el punto de vista de la asistencia social, la que está asignada en la parroquia, conoce a la paciente desde 1977, cuando falleció la hermana de la señora R. Realizó los trámites burocráticos para poner en orden los asuntos de pensiones.

En la valoración del señor párroco respecto de la dimensión religiosa, la señora R. no visita la parroquia desde hace 2 años. Se le visita habitualmente y una vez a la semana recibe la comunión. Su fe se basa en la piedad popular de rezos y devociones.

Una vez se valoró a la enferma por cada profesional específico, cada uno presentó su informe en la sesión plenaria del grupo, discutiéndose a continuación los pros y contras de las actitudes a tomar. Por fin, de común acuerdo se decidió poner en marcha los siguientes pasos:

- Acelerar los trámites de tutoría del sobrino.
- Conseguir que alguien la lleve en coche a la misa dominical.
- Proporcionarle el teléfono de un visitador que pueda acudir ante cualquier necesidad.
- Estimular al resto del grupo a visitarla más a menudo.
- Conseguir traslado en coche hasta el consultorio médico.
- Ayuda, cuando sea preciso, en los quehaceres domésticos.
- Hacerle salir a pasear, sin forzar la situación.

Una vez asumido todo esto, se decidió que un visitador de la parroquia se haría cargo totalmente, tanto económica como socialmente, de cualquier cosa que le ocurriese a la señora R.

Para los cristianos profesionales ha sido una gran oportunidad el participar en esta experiencia, que nos recuerda que todo el hombre, con sus relaciones sociales y creencias, está implicado en la enfermedad.

Respecto a la valoración de la visita en sí, y a la forma de presentarse a la enferma, cada uno de los profesionales se dio a conocer según su propio criterio, y algunos no se dieron a conocer expresamente. Hay que aclarar que la labor del profesional es puramente consultiva y que no debe actuar como intruso en la labor del médico u otro profesional que ya atiende al enfermo.

Así vemos hoy en día la Pastoral de la Salud, aplicando en la realidad los mayores adelantos de que puede disponer la sociedad.

LOS ENFERMOS EN LAS COMUNIDADES CRISTIANAS

En el Congreso *Evangelización y hombre de hoy* se constató: «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».

Conscientes de la ardua tarea evangelizadora que se nos presenta en el mundo de la salud, sugiero algunas orientaciones prácticas a llevar a cabo en la comunidad:

— **Creación de un equipo responsable** que anime y mantenga vivo este ministerio.

— **Descubrir los enfermos** de la comunidad, con la colaboración de todos los miembros de la misma.

— **Tener un corazón accesible al sufrimiento** como lo expresa la sencilla psicología de la Biblia: «Conmoverse las entrañas» a la vista de la miseria humana.

— **Ayuda eficaz.** La misericordia debe convertirse en amor de obras, tal como lo exige el momento. Lo que la realidad muestra, exige y hace posible, eso debe hacerse.

— **Presencia insustituible** de diáconos, religiosos, religiosas y laicos que tienen el carisma del servicio desinteresado a los enfermos.

— **Dar un lugar activo** en el interior de cada comunidad a aquellos a los que la sociedad pasiviza más.

— **Creación de un equipo de servicios** para atender las múltiples necesidades de orden material y moral de los enfermos.

— **Prestar especial atención** a los ancianos, disminuidos físicos, enfermos crónicos y deficientes psíquicos para evitar su soledad y tendencia al aislamiento.

— **Colaboración de profesionales sanitarios** para evitar desviaciones, al mismo tiempo que toman parte en la formación de voluntarios de la comunidad.

— **Inserción** de los movimientos y asociaciones de enfermos y para enfermos en el equipo de pastoral de la comunidad.

— **Catequesis a los sanos** sobre: la salud, la enfermedad, el dolor y la muerte a la luz del misterio pascual.

— **Coodinación** de la acción pastoral de los hospitales y la acción de la comunidad cristiana; evitando que el enfermo permanezca, en los mismos, con el desconocimiento de la comunidad.

— **Celebraciones eucarísticas** en las casas de los enfermos.

— **Celebraciones de la Unción de los enfermos** que no deben quedar reducidas al aspecto ritual. La preocupación de la Iglesia por los enfermos culmina en este sacramento que no es un rito fúnebre sino una ayuda para vivir cristianamente la enfermedad.

— **Preocupación singular** por aquellas personas con enfermedad terminal y sus familiares.

— **Asistencia intensiva a los moribundos.** Cada persona moribunda tiene sus propias peculiaridades en función de variables psicológicas, sociales, económicas, religiosas, etc.

— **La Eucaristía como Viático** en la situación límite del peligro de muerte, como fuerza para el tránsito hacia la vida eterna, y garantía de inmortalidad y que el enfermo debe recibirlo en plena lucidez.

— **Promover** la coordinación de esfuerzos y acciones con otras comunidades y organismos diocesanos.

— **Que toda la comunidad cristiana** se sienta llamada a colaborar en esta tarea para dar una eficacia mayor a la pastoral de los enfermos; motivando a los distintos sectores de la pastoral a una nueva reflexión sobre la presencia de la comunidad en el mundo de la salud, la enfermedad y la muerte; defendiendo con audacia y constancia los derechos humanos de la persona enferma y prestando su apoyo y esfuerzo a la transformación de las estructuras sanitarias para que lleguen a estar verdaderamente al servicio del ser humano enfermo o enfermable.

Francisco Sola

Delegado Diocesano de Barcelona

Revista SELARE

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

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

5. UN TRATO MÁS HUMANO

*Marcel·lí Carreras i Oliveras **

La palabra HUMANIZACIÓN se nos está convirtiendo en la palabra clave a la hora de curar y de cuidar. Por eso —por ser tan clave y grávida— nos aboca a la multiplicidad de sus significados y nos está condenando a una cierta equivocidad.

Por tanto, es refrescante encontrar un texto como el de Marcel·lí Carreras que, en el presente artículo, consigue dos cosas:

1. Sortear las zonas pantanosas de la denuncia para plantear, con una flecha, el núcleo esencial de toda humanización: la persona en su intimidad y nuestra actitud frente a ella.

2. Partir del Evangelio y encontrar, en él, una línea de conducta limpia y sencilla.

¡Es mucho! Sobre todo, cuando estamos acostumbrados a los lenguajes crípticos de los técnicos de la medicina o a los ampulosos y pesados lenguajes de los que nos hablan en nombre del Evangelio.

tud personal de los que nos encontramos junto a los enfermos o de los minusválidos. Este es el primer paso para conseguir que la humanización se base en un actitud personal y un compromiso al servicio de la persona.

Fácilmente llegamos a situaciones que nos empujan a la rutina, que es la raíz de toda deshumanización. He aquí algunas de estas situaciones:

- Acostumbrarnos a ver a personas que sufren o que tienen minusvalías.
- Ser servidores de cosas materiales.
- Lamentarse o compadecer a las personas que sufren o que tienen minusvalías.

Cuando nos dejamos llevar por la rutina, lo que en realidad dejamos de lado es:

- Situar a cada persona desde su historia.
- Ofrecer una atención integral que responda a las necesidades de cada persona.
- Ayudar a cada persona a curarse de sus heridas.

Si somos capaces de permanecer junto a una persona, eso significa que hacemos un esfuerzo para comprender su historia. En cada historia personal encontramos la clave de interpretación de lo que es el proceso vital para aquella persona: necesidades, expectativas, ilusiones, éxitos, contrariedades, decepciones, fracasos, dudas... Pero también está la ambivalencia de muchas situaciones que no acabamos de entender. No somos capaces de situar lo que nos pasa o aquello que estamos viviendo.

Así pues, la propuesta de humanizar «no es una ideología o una filosofía, sino que representa un proceso de actualización de nuestra alianza con el hombre que sufre». Pero esta alianza podría quedar empobrecida si, como cristianos, hemos perdido nuestra alianza con Dios. Él es la razón de nuestro «servicio por amor al prójimo». Hoy en nuestra sociedad de progreso, de bienestar, de éxito y de consumo, seguimos preguntándonos para justificarnos, como el maestro de la Ley, «¿quiénes son nuestros hermanos?».

Humanizar es dar respuesta a esta pregunta porque supone devolver a la persona lo que la enfermedad o la minusvalía le ha quitado: el sentido de la vida.

Difícilmente daremos respuesta a las necesidades del enfermo o del minusválido si no captamos, conectamos e

I. Introducción

Con esta expresión queremos, este año —con motivo del Día del Enfermo—, reflexionar sobre el tema de la humanización. Es un tema complejo, pero también fundamental de cara a la atención integral de la persona.

Podemos ofrecer un contenido muy distinto y hasta contrapuesto a la palabra humanización. Podemos reducirla a una denuncia ante el impacto y la omnipotencia que las nuevas tecnologías ofrecen al mundo de la salud con el posible riesgo de convertir a la persona en un simple número o en una historia clínica. Sin embargo, esta denuncia, si no está suficientemente matizada, podría simplificar de manera peligrosa las cuestiones hoy debatidas.

Antes de llegar a la denuncia, que ciertamente en algunas ocasiones será necesaria, se tendrá que analizar la acti-

* Presidente del Secretariat Interdiocesà de Pastoral Sanitària de Catalunya (SIPS).

interpretamos lo que la persona, en cada momento y a su modo, nos está diciendo. Esto exige una actitud suficientemente abierta para descubrir en estas situaciones la diferencia y la novedad de cada caso.

Nunca han faltado voces proféticas que nos han ayudado a descubrir desde lo concreto todo lo que había de injusticia ya fuese a nivel personal o a nivel estructural. Aquí nos referimos especialmente a nivel personal para interpellarnos sobre cuáles son nuestras actitudes ante el enfermo o el minusválido.

II. El enfermo / el minusválido

La historia personal, a lo largo de la vida, tiene sus altibajos. La persona que padece enfermedad o minusvalía queda afectada en toda su historia.

Si comparamos la historia de cada persona con la experiencia del libro del Éxodo, podremos hablar de momentos de desierto y momentos de oasis. Cada persona se encuentra con momentos de desierto. De todas estas experiencias vividas puede o no hacer experiencia. Todo depende de como las viva. Ciertamente que la persona enferma o minusválida vive momentos de desierto más duros y penosos. Hasta se da el caso de personas para quienes toda su vida resulta ser un momento de desierto continuo.

En tales situaciones, el largo camino que se vive es lento, penoso y, frecuentemente, pesado. Se pasa malos momentos que se soportan con dificultad. Entonces aparecen las fantasías repletas de evasión o los deseos de morir. Cuando alguien se encuentra hundido, ¡cuántas cosas desfilan por su mente! No es extraño, pues, encontrar personas que viven tan abatidas que están cansadas de luchar y de convivir con las propias limitaciones o diferencias y que hasta se encuentran incapaces de rebelarse ante su situación.

Ahí está la realidad en toda su crudeza. Sin embargo, lo hay que han sabido convertir su historia personal en un proceso que, poco a poco, ha ido creciendo y han sabido descubrir a aquellas personas, grupos o situaciones que han aparecido como oasis en su vida. Se trata de pequeños oasis que les han permitido pararse, descubrirse a ellos mismos y asumir su propia historia.

He aquí el testimonio de Pere Pujol. Su forma de expresarse es la afirmación de un querer ser desde la propia pobreza y limitación. Las palabras de su libro *Fites d'un camí* son muy sugestivas:

«Me siento como una planta en una maceta que crece sola y siempre pendiente de si la riegan poco o mucho. No me preocupa ser de ésta o de otra manera. Hay plantas muy bellas que han crecido siempre en una maceta. Las demás, las del suelo, son más libres, es cierto; pero también sufren más los elementos adversos, como la presente rigurosa sequía.

No tengo que envidiar nada a nadie. He de saber llenar mi sitio y aprovechar al máximo la pequeña o gran realidad de cada instante».

Bueno es recordar que humanizar es dejar siempre abierto el proceso de convertirse en persona.

En el Evangelio se habla del proceso de convertirse en persona, al afirmar:

«En verdad os digo: si el grano de trigo, cuando cae en tierra, no muere, queda solo, pero si muere, da mucho fruto».

(Jn 12, 24)

Esto nos lleva a pensar que trabajar en la humanización exigiría, respecto a nosotros:

1. Descubrir la dureza del desierto como realidad que afecta física, psíquica, social y moralmente a la persona enferma o minusválida.
2. Construir pequeños oasis que faciliten al enfermo o al minusválido, de maneras distintas, la lucha, llena de convicción y de esperanza, para dar sentido al vivir.
3. Apoyar el esfuerzo del enfermo o del minusválido para ser, a pesar de la propia pobreza y limitación.

III. Ser compañeros de ruta

Cuando nos proponemos acercarnos a la realidad de cada persona, necesitamos ser muy respetuosos y muy sencillos. Y esto no será fácil si no trabajamos la propia madurez para convertirnos en auténticos compañeros de ruta. Trabajar por conseguir esta madurez, exige:

1. *El conocimiento de nosotros mismos*

Con frecuencia constatamos que no nos conocemos lo suficiente. También puede que nos conozcamos mal o hasta que nos desconozcamos. Esto nos llevaría a valorar siempre negativamente las cosas y las personas. Pero además, supondría no aprovechar suficientemente las cualidades que tenemos. Este desconocimiento propio dificultaría poder conocer realmente a los demás.

2. *La valoración de nosotros mismos*

Si no nos conocemos, puede ser que sintamos estimación de nosotros mismos, que nos valoremos. Esta situación trae consigo la búsqueda de compensaciones de todo tipo. Todo esto nos lleva a preguntarnos: ¿Cómo podemos estimular al otro a valorarse? ¿Qué clase de apoyo puedo ofrecer al otro? Porque resulta difícil querer ayudar a los demás a valorarse si uno no ha sido capaz de hacerlo primero en sí mismo.

IV. La aceptación de nosotros mismos

Sólo es posible cuando hemos sido capaces de conocernos y valorarnos suficientemente. El proceso realizado y la experiencia adquirida nos proporcionarán recursos para acompañar a los demás.

Todo esto cuestiona el modo cómo relacionarse con el otro. No podemos ser compañeros de ruta, es decir, comprender a los demás sin haber hecho antes la experiencia de entrar en contacto con nuestra propia historia. Podemos recordar lo que nos dice Mt. 5, 13-16.

También es importante «no pasar de largo» ante las situaciones vividas por una persona. Cuanto más necesitada se encuentra la persona más atención se merece. Atención que no se ha de confundir nunca con un reforzar su pasividad y su resignación, sino todo lo contrario. Hay que ayudar a que salgan a la superficie todos los aspectos más sanos y los propios recursos de que dispone cada persona.

La atención que no pasa de largo es la que favorece la sanación de toda la persona. La sanación conecta con las aspiraciones más sanas de la persona, o sea, los deseos de ser feliz.

Si acertáramos a buscar minuciosamente en el fondo de cada vida, por inútil y estéril que parezca, encontraríamos todavía el rescoldo de pequeñas esperanzas y pequeñas ilusiones aparentemente extinguidas pero con capacidad de poder hacer revivir de nuevo la llama. Se trata de la capacidad de comenzar nuevamente, aunque sea con llama diminuta y temblorosa pero que no llegue a extinguirse del todo.

Para ayudar a sanar a la persona, se nos pide:

1. Acoger sin prejuicios todos los aspectos de la historia personal, incluso los más conflictivos, contradictorios y ambivalentes.
2. Respetar el proceso que cada persona quiera seguir, sabiendo detenernos cuando ella se detiene y avanzar cuando ella avanza, y dejarla en su soledad cuando ella desea quedarse sola.
3. Saber hacer el gesto o decir la palabra adecuada que estimule, anime o interpele a la persona que se resigna a no luchar por temor al fracaso.
4. Ser capaz de manifestar los propios sentimientos cuando con ello podemos ayudar a la persona a avanzar.

Desde esta perspectiva de ayudar a sanar, podemos leer los textos evangélicos en que Jesús pide a los enfermos que expresen qué es lo que quieren que les haga. Él mismo despierta aquella fe que los puede sanar. Es en la experiencia

de la sanación donde recuperan los motivos para vivir.

Para no pasar de largo, es necesario ser buen samaritano. Así nos lo describe Juan Pablo II en su carta *Dolor salvífico*:

«Buen samaritano es todo aquel que se detiene junto al sufrimiento de otro hombre, quienquiera que sea. Este pararse no significa curiosidad sino disponibilidad. Es como si surgiera una determinada disposición interior del corazón, que posee también su expresión emotiva. Samaritano es todo hombre sensible al sufrimiento ajeno, el hombre que sabe *conmoverse* ante la desgracia del prójimo. Si Cristo, conocedor del interior del hombre, recalca esta conmoción, significa que es importante para nuestra actitud global frente al sufrimiento ajeno. Así pues, hay que cultivar en sí misma esta sensibilidad del corazón que testimonia la compasión hacia el que sufre...

... Buen samaritano, el que ofrece ayuda en el sufrimiento sea de la clase que sea. Ayuda —según las posibilidades— eficaz. Pone todo su corazón en ello y ni siquiera ahorra medios materiales. Podemos afirmar que se da a sí mismo, su propio *yo*, abriendo al otro este propio *yo*. Aquí estamos tocando uno de los puntos clave de toda la antropología cristiana. El hombre sólo puede «hallar su propia plenitud en la sincera entrega de sí mismo a los demás». Buen samaritano es el hombre capaz precisamente de ese don de sí mismo».

La actuación del buen samaritano nos sugiere una serie de aspectos a tener en cuenta:

1. Sabe ver cuál es la realidad y cómo le afecta.
2. Escoge prioridades en función de las necesidades de la persona.
3. Se pone enteramente al servicio del necesitado.
4. Se preocupa de él hasta en los mínimos detalles.
5. Su gesto queda oculto por la sencillez y clandestinidad.

La experiencia pastoral de ser compañero de ruta nos lleva a leer frecuentemente la Biblia. Pero a leerla de una manera distinta. En ella encontramos una serie de historias personales y colectivas que nos permiten iluminar y entender la propia historia y al mismo tiempo acercarnos a las de los otros.

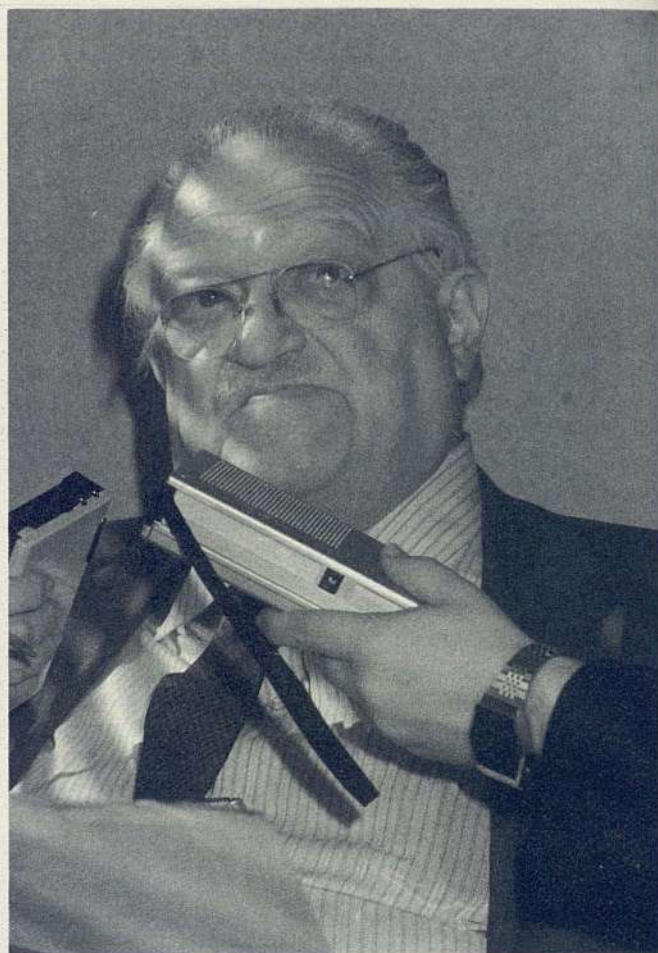
6. LH HABLA CON J. FARBER Y J. TESTART

Miguel Martín Rodrigo

Pasaron por Barcelona los doctores Joseph Farber y Jacques Testart como ponentes de una mesa redonda sobre «*Ética Médica y Opinión Pública en Europa*» que, organizada por la Unió Catalana d'Hospitals, se celebró en el auditorio de ESADE.

El doctor J. Farber es actual Presidente de la Asociación Médica Mundial (World Medical Association), Vice-Presidente del Consejo Nacional del Colegio de Médicos de Bélgica y miembro del Comité Ejecutivo de CIOMS (Council of International Medical Organizations, filial de la OMS).

Es un hombre que desarrolla una gran actividad en el campo de la organización médica y en el de la ética médica.



Entrevista al doctor Joseph Farber

L.H. ¿Qué es la *Guía Europea de Ética Médica*?

J.F. Como indica su nombre, es una guía destinada a todos los médicos que trabajan en el Mercado Común. Son 900.000 médicos a los que se les orienta sobre la manera de comportarse entre ellos y la de comportarse cara al enfermo en cada uno de los países de la CEE.

En cada uno de estos países existen códigos éticos. Pero éste es un Código más moderno que puede ser utilizado en todos ellos.

Hay que señalar que desde que España ha ingresado en la CEE sus médicos pueden ejercer en los otros once países de la misma sin ninguna formalidad, y a la inversa.

Por ello resultaba interesante conseguir un consenso so-

bre unas normas éticas porque el sistema de distribución de recursos es diferente, el derecho puede ser diferente...; pero podemos imaginar que la ética médica es la misma.

La experiencia que he adquirido en la Asociación Médica Mundial, donde existen países aún más diferentes que en la CEE, me sugirió la idea de elaborar un proyecto de código que llegué a realizar hace 3 años y que acaba de ser adoptado el 6 de enero en París por las doce organizaciones médicas —Colegios Médicos— que son los organismos que tienen el poder de sancionar en los conflictos éti-

“El poder médico, hoy, se ha hecho mucho más evidente”

cos. También son disciplinarios, pueden elaborar reglas de ética médica. No así en la legislación que se reserva, lógicamente, para los tribunales.

L.H. *¿Qué proceso se ha seguido para elaborarlo?*

J.F. Yo elaboré, como ya he dicho, un proyecto hace tres años. La Conferencia de Colegios Médicos, que acoge a los delegados de los doce Colegios y que se reúne cada seis meses en París, han discutido este proyecto.

Han incluido o retirado algunos aspectos y luego ha sido sometido a los doce Colegios Médicos, que, a su vez, lo han estudiado.

Yo ya había escrito mi texto previamente, inspirándome en los que ya existían; no soy yo quien lo he inventado, evidentemente.

L.H. *Parece ser que hoy damos más valor a la Deontología Médica que hace unos años. ¿A qué puede deberse este hecho?*

J.F. Yo creo que es debido a la eficacia que ha llegado a alcanzar la medicina. No es cien por cien eficaz, ciertamente, pero sí que es altamente eficaz.

Antes el papel del médico era, de preferencia, el de consolar, aliviar, pero tenía pocas posibilidades de modificar el resultado; ahora existen medicamentos muy fuertes que pueden modificar totalmente, no solamente la enfermedad, sino la manera de comportarse en el plano del carácter, en el plano sexual...; el poder médico se ha hecho mucho más evidente.

Ello provoca tres tipos de consecuencias: el enfermo, el público, ve que el médico se ha hecho como un brujo capaz de hacer cosas extraordinarias y es lógico que el médico deba darle garantías ante ello.

En segundo lugar, el público está más enterado gracias a la prensa. Debido a ello, se da un diálogo entre el enfermo y el médico; los médicos no dan órdenes, hacen propuestas.

Finalmente, porque el progreso de la medicina es más rápido que el de la legislación. El Parlamento Europeo o el de cada país no tiene tiempo de elaborar leyes sino cuando el progreso técnico ya ha sido realizado.

Entonces, se necesitan reglas éticas que asuman todo este proceso de cambio vertiginoso.

L.H. *¿Cuáles son los problemas éticos más delicados o más graves a los que se enfrenta hoy la Deontología Médica?*

J.F. Yo creo que en Europa occidental es el problema de la insuficiencia de medios, puesto que en el sentido mo-

ral la tradición médica no ha hecho nunca diferencia entre el enfermo rico o el pobre, entre el enfermo inteligente y el imbécil. ¿Qué pasa cuando en el hospital no hay recursos para todos? El que dispone de la máquina vive y el que no, muere.

Esto crea problemas trágicos para los médicos.

Otro problema es que cada día hay más gente mayor, ancianos. Antes finalizaban éstos su vida junto a su familia, hoy los llevan al hospital. La casa no es suficientemente grande, sus familiares se han vuelto más egoístas. El médico se encuentra ante muchas personas mayores que necesitan muchos cuidados. La sociedad no puede pagar todo esto, pero la ética médica ha de seguir atendéndolos... Y claro, no por ser viejos «se les ha de poner una inyección...».

“La ley no puede fijar las condiciones de cada experimentación; eso es imposible y privaría de realizarla”

L.H. *Uno de los capítulos de la Guía Europea de Ética Médica se ocupa de la investigación en el hombre. ¿Qué reglas se han establecido en este campo?*

J.F. La medicina moderna ha podido hacer los progresos que ha hecho gracias a la experimentación. Si no hay experimentación ya no hay progreso en medicina.

La experimentación se comienza en los animales, pero la primera vez que se hace en el hombre resulta algo especial. Por ello intentamos buscar garantías.

Dentro de nuestra Guía de Ética lo primero es que no se puede hacer investigaciones dictadas únicamente por la ciencia. No se puede molestar a la gente, hacerles daño, si no tenemos razones científicas para ello. Y en todo caso sólo podemos hacerlas sobre personas que estén de acuerdo. Incluso si a la mitad del camino las rechazan, se han de dejar dichas experimentaciones.

Por ello hay Comisiones de Ética que controlan la experiencia, en las que hay investigadores pero también representantes de la sociedad, que no son médicos, pero que están observando el proceso: si se daña, para qué sirve... No puede realizarse ningún tipo de experimentación si no está sometido a esta Comisión de Ética.

L.H. *La opinión pública cree que la técnica termina por deshumanizar la práctica médica. ¿Qué opina usted de ello cara al futuro?*

J.F. Esto es una consecuencia de lo que le decía al principio. La medicina científica es un aspecto de aquella medicina en la que el médico todo cuanto hacía era consolar al enfermo. Lógicamente quienes sueñen con aquello han de echarlo de menos.

Tampoco se deduce que, porque la medicina sea científica, los médicos han de comportarse como brutos. Hay que cambiar ambos aspectos.

Lo que ha de pensar la gente, ante todo, es que el médico debe de ser competente; claro, mucho mejor si además

“Ser competente es el primer deber del médico; nada hay más grave que un médico incompetente”

es simpático y amable. Pero si siendo así desconoce su profesión, es algo muy grave.

Lo primero, es que debe conocer la ciencia médica. Yo sé que a veces dan la impresión de ser menos amables que antiguamente, que tienen menos contacto humano. Pero también se ha de comprender el hecho de la prioridad que se ha de dar al saber, porque la ciencia médica es muy complicada. Y el primer deber del médico es el de ser competente: no hay nada más grave que un médico que desconozca la ciencia médica.

“Yo no creo que se haya de legislar sobre la eutanasia”

L.H. *La preocupación por la bioética es hoy clara incluso entre científicos alejados de cualquier inquietud religiosa. ¿Cómo cree usted que se puede canalizar mejor esta preocupación? ¿Por Comités Nacionales multidisciplinares y pluralistas? ¿Por Comités institucionales más limitados, pero más numerosos?*

J.F. En Bélgica tenemos una opinión totalmente definida al respecto. Como usted dice, dentro de un país pluralista en el que hay diversas concepciones filosóficas y religiosas, si hacemos una Comisión Nacional de Ética vamos hacia una catástrofe, porque o no harán nada o tomarán decisiones que no serán aceptadas. Por ello, en Bélgica, pensamos que es mejor tener varios Comités que correspondan a las diferentes sensibilidades de la población.

Hay que partir del hecho de que la finalidad del Comité de Ética no es la de dar permisos de autorización. Lo que ha de hacer es pensar, hacer reflexionar a nuestros médicos, ver si la sociedad tolera este tipo de experiencias. Ha de dar su opinión, pero es el investigador quien ha de decir si se equivoca o no. Es su problema.

La Comisión de Ética no está destinada a prohibir o a permitir experimentación. Deben dar sus opiniones externas, ya que los investigadores pueden entusiasmarse y es mejor tener a alguien que venga a verificar.

En un país como Bélgica, consecuentemente, donde la mayoría de la población tiene una sensibilidad católica, habrá religiosos dentro del Comité de Ética; en un hospital religioso será la opinión de moralistas cristianos la que tendrá preferencia... Pero hemos de pensar que si imponemos puntos de vista religiosos a unos y otros, la cosa irá mal.

“Hay que designar a un médico responsable para canalizar la relación del enfermo con el equipo”

L.H. *¿Cuál puede ser, en su opinión, el camino más rico para una posible traducción legal de las normativas éticas? ¿La integración de políticos y legisladores en los Comités, o bien la difusión a la población de los acuerdos y principios de los comités científicos con el fin de obtener una concienciación popular que haga más fácil su traducción legal?*

J.F. Yo pienso que es muy difícil legislar, no creo que haya ningún país que pueda hacerlo en este campo. Hay que comprender que la actividad de investigación es una novedad que la ley no siempre puede prever, sobre todo la ley de tipo romano, latino.

Todos los códigos escritos no pueden hacerse cargo de las cosas que se pueden inventar. Ello haría que hubiera de cambiarse la ley cada año. Lo que sí que puede es hacer obligatorias las Comisiones de Ética.

La ley no puede fijar las condiciones de cada experimentación, eso es imposible y privaría de realizarla.

Yo estaría más conforme con el camino segundo que usted señala. Creo que los Comités de Ética deben de estar más abiertos hacia el público. En Bélgica ocurre con frecuencia que los Comités de Ética ofrecen comunicados a la prensa sobre el punto de vista que tienen referente a los diferentes tipos de experimentaciones.

De todas formas, en una población que no es del todo homogénea, la opinión pública es algo que no sirve como parámetro de la tolerancia y la conciencia de toda la población. Siempre habrá una opinión de izquierdas, una opinión de derechas y una opinión de centro. Lo que sí que podemos alcanzar es un consenso mayoritario.

El ejemplo del aborto en Bélgica es muy clarificador. La opinión pública está muy dividida: hay una gran parte en contra y una pequeña parte a favor. Entonces, el Parlamento no legisla porque de lo contrario crearía una ley que estaría abocada a un frecuente cambio en cada legislatura. Los políticos no se atreven a legislar porque una ley sobre un asunto tan importante como éste, en las próximas elecciones...

“A ningún médico se le puede pedir que haga algo que va en contra de sus convicciones”

L.H. *De los problemas bioéticos actuales es la eutanasia uno de los más próximos a los cambios de interpretación legal. ¿Qué opinión tiene usted al respecto?*

J.F. Yo no creo que se haya de legislar sobre la eutanasia. Probablemente su pregunta está inspirada por la situación ocurrida en Holanda, pero Holanda es algo muy especial.

Hay tribunales en Holanda que se han negado a condenar a determinados médicos que habían afirmado aplicar la eutanasia. Y ello porque, según ellos, la ley holandesa no estaba bien hecha. En nuestros países sería difícil encontrar jueces que se negasen a aplicar una ley porque se la considerase mal hecha.

Ciertamente, todo este asunto ha provocado mucho revuelo en los medios de comunicación social. De ahí que se haya comenzado a pensar en la necesidad de legislar en materia de eutanasia.

La experiencia holandesa demuestra que ello es muy peligroso; yo creo que sería lamentable.

En Holanda quieren elaborar un tipo de medicamento para matar y que unos médicos determinados por la ley los aplicasen, así como crear una comisión que decidiese qué

... si a un enfermo que está bajo el cuidado de un equipo, no le asignamos esta figura del médico responsable, es cierto que es algo deshumanizador



enfermos deberían de ser los *elegidos* para ello. Esto es algo horrible.

Lógicamente todos los médicos que conozco están en contra de eso. El trabajo del médico no es el de matar; eso todo el mundo sabe hacerlo.

En nuestro país hay algún loco que piensa así, pero la mayoría está en contra.

Cuando salió la Guía Europea de Ética Médica en Italia, la prensa de aquel país la interpretó como una Guía en la que se autorizaba la eutanasia. Ello ha sido porque vuestros colegas italianos han entendido que esta Guía era como un Código Penal o Civil y en ella no está puesto: «Eutanasia activa: prohibida».

Cuando se lee la Guía de Ética Médica se ve constantemente: respeto a la vida, respeto al enfermo, todo hecho por el enfermo, morir con dignidad... Esto, evidentemente, no quiere decir matar. Creo que no hace falta insistir más en esto.

L.H. *Es evidente que en la práctica médica actual la actuación individual está dejando paso cada vez más a la actuación en equipo. ¿Cómo cree usted que puede enriquecerse la humanización de la asistencia en estas circunstancias?*

J.F. Habría que distinguir entre la medicina hospitalaria y la extrahospitalaria.

Dentro de la medicina hospitalaria habría que hacer un esfuerzo para que exista lo que llamamos el *médico responsable*.

Es evidente que lo estudiarán médicos y técnicos diferentes, pero para hablar con el enfermo se debe designar a un médico del equipo. Eso es lo que venimos haciendo

en Bélgica. Ese médico explica al enfermo todo lo que se le está haciendo, etc.

En el ámbito extrahospitalario, por lo menos en mi país, es el médico de familia quien se encarga del enfermo. Es un médico de medicina general que hace la conexión entre los diversos miembros del equipo.

Desde luego, si a un enfermo que está bajo el cuidado de un equipo, no le asignamos esta figura del médico responsable, es cierto que es algo deshumanizador.

L.H. *En la práctica médica ordinaria ¿hasta qué punto puede estar comprometida la responsabilidad individual en las decisiones institucionales? Con otras palabras, ¿es que resulta necesario respetar siempre la libertad individual de conciencia en las decisiones bioéticas?*

J.F. Yo creo que la Guía de Ética Médica lo dice claramente.

Si el médico tiene objeciones, religiosas por ejemplo, de una interrupción del embarazo, tiene todo el derecho a su favor, pero también dice que el médico ha de respetar la opinión del enfermo. No le puede imponer su visión del mundo. También ocurre lo contrario: el enfermo no puede decir al médico: «usted está obligado a hacer esto».

Cuando es la Seguridad Social quien paga, pero el médico se manifiesta contrario a una actuación, nosotros decimos en dicha Guía que el enfermo puede ir a otro médico. Pero se ha de respetar la objeción de conciencia del médico.

A cualquier persona, pero en particular a un médico, no se le puede pedir hacer algo que va en contra de sus convicciones.

Jacques Testart, biólogo, autor de *El huevo transparente*, es el padre de la fecundación *in vitro* en Francia.

Hombre que declara no tener ningún tipo de creencias religiosas, afirma ser un *humanista*. Y desde ahí, ha decidido replantearse su situación como investigador y su actuación en este campo. Hay algunas cosas que no le acaban de convencer...

Entrevista al doctor Jacques Testart

L.H. ¿Nos puede decir por qué ha renunciado a seguir las investigaciones para determinar el sexo de un embrión transferido?

J.T. He renunciado a seguir unas investigaciones que consistían en decir: «ya que podemos hacer esto y que existe una demanda, se tiene que hacer».

Nunca he hecho unas investigaciones genéticas; tenía que empezarlas este año a hacerlas. En la lógica del desarrollo de la fecundación *in vitro*, la etapa actual es la de hacer investigaciones genéticas sobre el embrión. Otros colegas han empezado a hacerlo.

Voy a decirle por qué yo no he empezado: Creo que si comenzamos bajo pretextos médicos de buscar la naturaleza de un embrión fecundado no hay ninguna razón para parar y para caracterizar tal aspecto del embrión como positivo o como negativo. Me explico: Hay actualmente proposiciones genéticas que son médicamente serias, como cuando una pareja tiene riesgos de tener un hijo con una anomalía hereditaria —por ejemplo, con hemofilia, que es únicamente en los varones. Si conocemos el sexo del embrión fecundado, podremos evitar trasplantar dentro del útero de la madre los embriones que sean varones. Esto está muy bien así. El sexo será una cosa que podremos conocer muy rápidamente, es cuestión de pocos años.

Podemos conocer muchas cosas que llamamos anomalías. Pero, ¿qué es una anomalía? ¿Ser miope es una anomalía?

Si somos capaces de dar un suplemento de información de calidad respecto a lo que ofrece la naturaleza, entonces parejas que no son estériles encontrarán que la técnica es práctica y útil porque le permitirá asegurarse contra el nacimiento de un niño que no desean.

“Las cuestiones de la medicina de punta afectan no sólo a los individuos sino a toda la sociedad”

L.H. Pero si la concepción es un hecho, estamos a un paso del aborto.

J.T. En muchos países existen ya diagnósticos muy precoces durante el embarazo. Y desde ahí, en Asia, en la India y en China se hacen abortos —en países europeos también, pero clandestinamente— cuando la ecografía hecha muy tarde (a los 5 meses) revela que es una niña y lo que ellos quieren es un niño. Entonces se aborta.

Supongo que estás contra el aborto. Yo no estoy en contra por principio, porque a veces creo que es justificado, pero un aborto nunca es un placer, es algo difícil moral y físicamente.

Si hacemos el aborto *in vitro*, cuando el embrión está en probeta y todavía no ha sido implantado en el útero materno, entonces desaparecen todo ese tipo de dificultades, físicas y morales. Tan sólo aparecen desde el supuesto de lo que podría representar ese embrión si fuese persona. Pero todavía no es un feto, es algo que no tiene ninguna forma.

Así pues, podemos imaginar que cuando todo esto esté perfeccionado —los métodos de genética del embrión— tendremos una población que recurrirá a la medicina cuando no la necesita para tener un hijo, y llegaremos a un efecto de selección para la eliminación de los embriones no deseados.

Esta no es la profesión que yo ejercía y que sigo ejerciendo, que es la de ayudar a las parejas que no pueden tener hijos.

Esto sería ayudar a tener un hijo, sean estériles o no, sobre un pedido, un hijo *llave en mano*, un hijo *a la carta*. Yo me niego a hacer esto.

“Me niego a ayudar a las parejas a tener un hijo a la carta”

L.H. ¿No es mejor respetar los equilibrios sabios de la naturaleza, en lugar de querer, por ejemplo, elegir el sexo de los hijos?

J.T. Ciertamente, con lo que he dicho antes se ve que hay razones médicas para hacer un diagnóstico. Por ello el mundo médico está en general contra mi actitud. Me parece que una técnica, aunque haya nacido con un fin preciso, cuando está en el mercado médico sufre siempre determinadas desviaciones. Lo que hemos descrito antes sería una de estas desviaciones. Algunos médicos lo encuentran normal, antes de que seamos capaces de hacerlo. ¿Por qué no hay que hacerlo?

Entonces, ¿por qué no hay que dar a la gente un hijo o una hija a su gusto? Tener derecho al hijo que *nos conviene* yo creo que es monstruoso.

En primer lugar van contra todas las luchas feministas de los últimos tiempos que pretenden una igualdad hombre-mujer. Se vuelve así a efectuar una jerarquía entre ambos y siempre en el mismo sentido: es el hombre el deseado.

Va, también, contra el progreso social que ha liberado a la mujer, o mejor, que la está liberando porque aún no se ha determinado: que da a la mujer en la sociedad un lugar similar al del hombre.

No es un problema demográfico: hay ya estudios sociológicos que demuestran que no cambiará la proporción, puesto que en primer lugar se desea al niño, a continuación una niña, y el tercero se deja al azar.

El problema de fondo es saber qué es un hombre, qué es una mujer, qué es la humanidad, qué esperamos de las nuevas técnicas. ¿Son para solucionar problemas reales o son para inventar nuevos problemas que luego intentaremos resolver como se pueda?

“Habría que llegar, a nivel ético, a un consenso internacional”

L.H. *Usted ha dicho que las cuestiones relativas a la bioética no pueden estar en manos de un solo individuo y que hay que crear comisiones de deontología.*

J.T. Efectivamente, estas cuestiones de la medicina de punta afectan no sólo a los individuos sino a toda la sociedad. Por ejemplo, la fecundación *in vitro* es algo que resulta caro. En Francia es gratis pero ¿quién paga? La sociedad: sanos y enfermos.

Después, las desviaciones antes mencionadas también conciernen a todos: nadie puede responder si la fecundación *in vitro* podrá ser un problema psíquico para el hijo concebido de esta manera. Si nadie puede responder, hay que ser prudentes.

Hoy en día, las nuevas técnicas no conciernen únicamente a los técnicos sino a toda la sociedad.

L.H. *¿Cómo se pueden llegar a establecer unos códigos éticos en esta materia de investigación biológica humana dentro de un mundo pluralista?*

J.T. Habría que llegar a una actitud ética igual en todos los países del mundo; eso sería lo ideal. De otra manera, aunque uno no haga la fecundación *in vitro*, los interesados se van a otro... Hoy no hay fronteras.

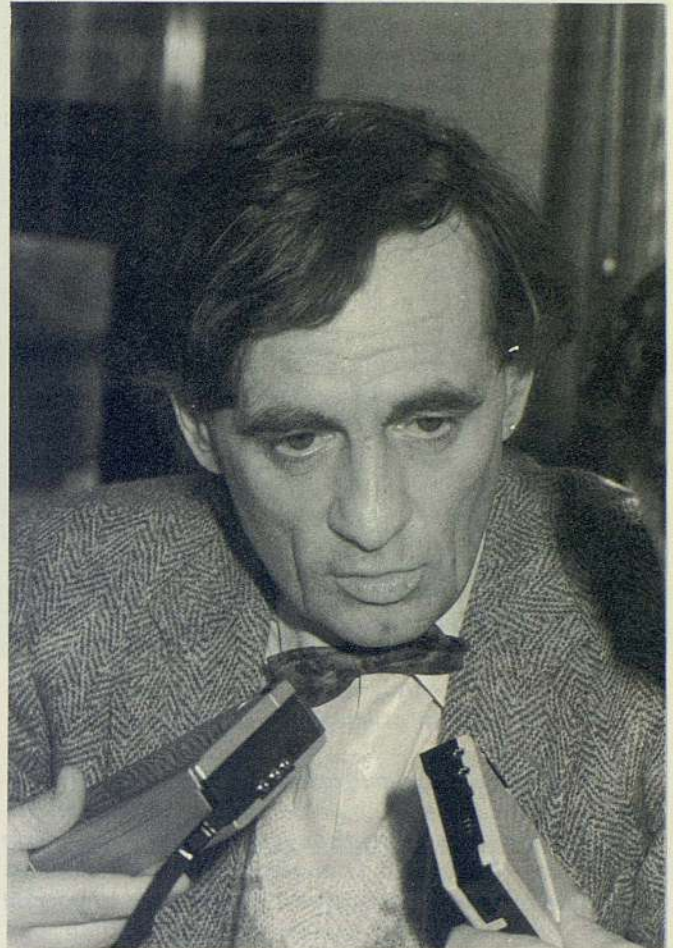
Claro que el consenso internacional es muy difícil. Pero habría que establecer unos principios mínimos que pudieran recibir el consenso de todos, sin molestar a los discrepantes.

Creo que los Comités de Deontología no deben contar sólo con técnicos sino con especialistas en ciencias humanas, a la búsqueda de lo que es el hombre (religiosos, historiadores, filósofos, juristas...). Los médicos pueden y deben ser llamados como expertos para opinar sobre lo que se debe hacer, y nada más.

Es una de las críticas que yo hago al Comité de Ética de Francia. En él hay gente de todas las religiones y grandes especialistas, pero en su mayoría médicos. No se puede ser juez y parte.

Las decisiones, pues, han de ser tomadas por grupos

“Las decisiones éticas han de ser tomadas por hombres cuya misión fundamental sea la reflexión”



multidisciplinares compuestos por hombres cuya misión fundamental es la reflexión.

L.H. *¿Cuál es su opinión sobre el Código de Ética relativo a las manipulaciones genéticas aprobado por el Consejo de Europa en Estrasburgo?*

J.T. Yo estoy básicamente de acuerdo, pero creo que se ha elegido, en plan periodístico, hablar de lo espectacular, de una serie de cosas que hoy no sabemos hacer —tal vez las haremos dentro de 50 ó 100 años—. Pero no han contestado sobre la congelación de embriones, cuánto tiempo se han de conservar, es decir, problemas que vivimos hoy y para los que esperamos respuestas.

Hemos tenido respuestas racionales en Francia por el Comité Nacional de Ética, pero el Consejo de Europa, el Comité Europeo, ha dado respuestas futuristas diciendo que se ha de prohibir el embarazo masculino. Nadie piensa esto, por ello no es un verdadero problema.

Yo creo que han actuado espectacularmente, tranquilizando su conciencia pero no han abordado los verdaderos problemas del hoy. Por ejemplo, un problema muy simple pero que nadie quiere contestar: ¿quienes han de tener acceso a la fecundación *in vitro*? Dentro de todos los textos médicos o éticos, se dice que han de ser personas estériles. Pero éstos son tan sólo el 50 % de quienes son aten-

didos. El resto son personas que tienen pequeños problemas, pero que muy bien podrían procrear sin acudir a esta técnica.

Aquí, pues, hay una desviación que nadie quiere controlar, que nadie quiere decir «no se ha de actuar así». Yo creo que se tendría que obligar a los médicos a prestar esta ayuda solamente a las personas estériles; es decir, habría que ir en contra del poder médico, y esto es muy difícil.

“La Iglesia ha de entrar en un marco de discusión general sobre el tema: sin privilegios y sin eliminaciones”

L.H. *¿Cuál ha de ser la aportación de la Iglesia en esta discusión?*

J.T. Pienso que no se puede privilegiar pero tampoco eliminar sus funciones. Ella ha de aportar su parecer como una forma de reflexión filosófica, al igual que cualquier otro tipo de reflexiones, y llegar a un acuerdo entre la Iglesia y otros distintos modos de pensamiento, es decir, con la cultura.

La Iglesia ha de entrar en un marco de discusión general sobre el tema: sin privilegios y sin eliminaciones.

L.H. *Dentro de la divulgación científica, que constituye en su mayor parte la inquietud bioética de un gran número de profesionales médicos, parece que la ingeniería genética está llegando a la consecución de los cambios moleculares en los genes. ¿Qué significa para usted este logro?*

J.T. A nivel técnico se ha de estar muy al tanto. Yo siempre hablo del diagnóstico genético, y creo que llegaremos a conocer sus características.

Lo que se me está pidiendo es cambiar un individuo en su aspecto genético. Pero eso no es un tema de ahora, tal vez será de aquí a una generación, porque sobre el animal no sabemos hacerlo todavía.

L.H. *¿Qué piensa acerca de los esfuerzos para llegar a normativas bioéticas en este campo de la investigación, dentro de un mundo pluralista y con el deseo de respetar la libertad individual?*

J.T. Ciertamente, vivimos en un mundo pluralista y necesitamos la opinión de todas las personas que tienen como profesión y como deseo la de pensar sobre la definición del hombre y de su futuro.

La libertad individual se sitúa así pero no se puede aceptar cualquier tipo de libertad individual. No podríamos aceptar el deseo de un hombre que decidiese tener hijos únicamente. En este caso, no es el proyecto médico quien debe ayudar este tipo de libertad individual.

L.H. *¿Considera usted positivo que el Vaticano publique documentos en los que se defina sobre temas puntuales de la investigación en las ciencias del hombre? ¿No existirá el riesgo de crear nuevas situaciones galileanas?*

J.T. Yo no estoy en contra de que el Vaticano publique documentos que expresen solamente el punto de vista católico sobre la discusión.

Pero no está aquí la urgencia. La urgencia está en que los católicos y las demás personas que ya hemos mencionado antes —filósofos, historiadores, juristas...—, se unan para llegar a un consenso.

Cualquier documento del Vaticano no será seguido por todos los católicos; será comentado, pero no seguido. Lo importante, dentro de nuestra sociedad desarrollada, es llegar a un consenso sobre lo que queremos hacer.



Lo importante, dentro de nuestra sociedad desarrollada, es llegar a un consenso sobre lo que queremos hacer



El doctor Jacques Testart
junto a Miguel Martín
y Francisco Sola,
director y redactor
de pastoral de L.H.

Por ello sería más interesante que Roma trabajase con todas las demás religiones, con los etnólogos, filósofos... Pero no sé si esto se hace en el Vaticano.

Donde se hace esto es en los Comités de Ética que existen en los hospitales. Y ello me parece mucho más productivo. Al ser multidisciplinar, su decisión tiene mucha más importancia. La voluntad de un solo grupo no es tan creíble.

L.H. *¿Cómo encajar todo este mundo tan técnico con esa otra realidad lacerante que llamamos el Tercer Mundo?*

J.T. Yo he propuesto, dentro de las investigaciones que estamos haciendo ahora en la reproducción humana, una moratoria, una pausa. Dentro de este progreso no todos están de acuerdo en los recursos destinados a la medicina y a la investigación.

Cuando decimos «todos los hombres son iguales» antes se tienen que crear las condiciones para dicha igualdad (...). Hay que conseguir que todos vivan de una forma humana. Hemos de ayudarles y enseñarles a vivir como se tiene que vivir, y entonces proseguiremos cuando esto esté solucionado.

Es poder dar a la gente del Congo el nivel de vida que disfrutamos en Francia —que necesitaría una o dos generaciones— y al mismo tiempo ir pensando sobre lo que se puede hacer respecto al desarrollo. Esta es mi opinión.

A mí eso me preocupa, y no es por mí, sino por mis hijos.

L.H. *¿Cómo cree que debería evitarse, cara al futuro, frente a un mundo de la genética en total crecimiento, el paso de la frontera del servicio al hombre a la manipulación del mismo?*

J.T. Yo soy pesimista. Consultar a la opinión pública por referéndum sería muy preocupante, porque la gente tie-

“Soy pesimista: la técnica se ha hecho la única razón de fe para la mayoría de la gente”

ne una confianza absoluta en el progreso médico: quieren ser curados, vivir más tiempo...

Pero este progreso también ha traído desgracias: ningún político reconoce que han creado parados, pero hombres parados hay en todas partes.

El ciudadano no quiere reconocer esto porque está soñando con el futuro, pero soñar con el futuro no es soñar con el paraíso.

La técnica se ha hecho la única razón de fe para la mayoría de la gente. Por todo ello, yo soy pesimista.

L.H. *Los conocimientos en los campos de la biología humana han sido enriquecidos por la experimentación animal. ¿Existen diferencias sustanciales, en lo concerniente a la determinación del sexo, entre las especies animales y el hombre que impiden continuar las investigaciones sin poner en marcha la experimentación humana? ¿o es que la problemática en cuestión es la misma determinación del sexo?*

J.T. Dentro de todos los mamíferos no hay diferencia en la determinación del sexo, siempre es lo mismo: hay la mitad de espermatozoides capaces de dar un ser masculino y la otra mitad un ser femenino.

Respecto a la segunda parte de su pregunta, me remito a lo que ya he contestado antes. Es decir, es la voluntad de actuar sobre criterios médicos y sobre cualquier otro criterio. Criterios de la que llamamos medicina de la confortabilidad, medicina del deseo.

Tradujo: PHILIPPE PONS
Fotografías: CARLES FÁBREGAS

7. REVISTA DE REVISTAS

Por tercer año consecutivo, LABOR HOSPITALARIA ofrece a sus lectores, en el segundo número del año, una selección de los artículos que consideramos más interesantes para nuestros lectores.

Lógicamente esta selección la hacemos en base a las revistas con las que L.H. mantiene intercambio. Estamos intentando ampliar el abanico de nuestra biblioteca con el fin de poder ofrecer un mejor servicio a nuestros lectores.

TECNICA OSPEDALIERA

(Vía Moscova, 46/9. 20121 Milano)

- Transplante de corazón: no sólo es una cuestión técnica (n.º 2).
- Una propuesta operativa para una política de formación de managers (n.º 5).
- Informática en el hospital. Diagnóstico y pronóstico (n.º 10).
- Riesgo y condiciones de trabajo en el hospital (n.º 11).

TODO HOSPITAL

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

- Política de inversión, renovación y mantenimiento en los centros sanitarios (n.º 23).
- Hacia la Historia Clínica integrada. Tema monográfico (n.º 24).
- Dolor y hospital (n.º 27).

JANO

(Travesera de Gracia, 17-21. 08021 Barcelona)

- Psicología del Dolor (n.º 708). Monográfico.
- La sanidad española y la tercera edad (n.º 716).
- El Congreso aprueba el informe sobre fertilización *in vitro* (n.º 726).
- Medicina y Religión (n.º 737). Monográfico
- Las otras dimensiones de la medicina (n.º 746). Monográfico.
- Responsabilidad Sanitaria (n.º 751). Monográfico.

HOSPITAL. ADMINISTRAÇÃO E SAÚDE

(Rua Bavaõ do Ananol, 1111-CEP05024. São Paulo —SP)

- Planteamiento estratégico en el hospital (n.º 39).

L'HOPITAL A PARIS

(7 Rue des Mínimes. 75003 Paris)

- Informática Hospitalaria (n.º 89).
- La Investigación y el Hospital (n.º 95).

DOCUMENTS D'ESGLÉSIA

(Publicacions de l'Abadia de Montserrat. 08699 Montserrat)

- Conservación o Misión (n.º 437).
- Es la misión lo que convierte al sacerdote (n.º 443).

SELARE

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

- La pastoral de salud y su dinámica en la pastoral de conjunto (n.º 26).
- Líneas de renovación de la Pastoral de la Unción a los enfermos (n.º 27).
- La vocación y la misión de los laicos en la Iglesia y en el área de la sanidad (n.º 28).
- Identidad, dimensión eclesial y principio de subsidiariedad del hospital católico (n.º 29).

TESTIMONIO

(Dieciocho 146, Casilla 9501. Santiago. Chile)

- La vida religiosa en una Iglesia servidora de la vida (n.º 96).
- La espiritualidad de las comunidades insertas (n.º 98).

CIC (CENTRO CAMILLIANO D'INFORMAZIONE)

(Piazza della Maddalena, 53. 00186 Roma)

- La colaboración con los laicos (n.º 191).
- La atención de los moribundos. Filosofía de la asistencia a los enfermos en fase terminal (I) (n.º 192).
- Id. (II) (n.º 193).
- Asistir al enfermo terminal (n.º 195).
- La pastoral sanitaria en LISA (n.º 196).
- Los comités de ética en el hospital (n.º 197).
- El sacerdote y su misión hacia los enfermos (n.º 198).
- El síndrome de Marta (n.º 198).

PALABRA

(Alcalá, 55. 28014 Madrid)

- Congreso de Teología Moral en Roma (n.º 250).
- IV Congreso Internacional para la Familia de América (n.º 256).
- XVI Congreso Mundial de Médicos Católicos (n.º 256).

DOLENTIUM HOMINUM

(Via della Conciliazione, 3. 00193 Roma)

- Significado histórico-teológico del Motu Proprio «Dolentium Hominum» (n.º 1).
- La ética del medicamento (n.º 1).
- La espera del mundo sanitario (n.º 1).
- Efectos terapéuticos de la asistencia psicológica y espiritual (n.º 2).
- Derrumbar las fronteras: la asistencia sanitaria católica en el mundo de la necesidad (n.º 3).

RECHERCHES

(53, rue de Babylone. 75007 Paris)

- Dejar nacer diferente, elección ética (n.º 44-45).
- El acompañamiento en la Iglesia de las personas disminuidas mentales (n.º 46).
- Los sacramentos y los hombres (n.º 48).

PRÉSENCES ET PERSPECTIVES EN SANTÉ MENTALE

(74, rue de Sèvres. 75007 Paris)

- Cuerpo, Psiquismo, Espíritu... (n.º 100).
- Conductas orales y Eucaristía (n.º 101).
- Necesidades en Psiquiatría: ¿qué ética? (n.º 103).
- La vida religiosa del enfermo mental (n.º 104).

PROYECCIÓN

(Apartado 2.002. 18011 Granada)

- «La opción por los pobres» (n.º 142).
- Nombrar a Dios en nuestra sociedad. El problema actual de la Evangelización (n.º 143).

MORALIA

(Félix Boix, 13. 28036 Madrid)

- La opción metodológica en el quehacer actual del moralista cristiano (n.º 29).
- Ética de la vida humana. Anotaciones parciales sobre el alcance de su replanteamiento actual (n.º 29).
- Eutanasia y distanasia en la doctrina de la Iglesia (n.º 30).
- Significación ética del siglo XIX. (números 31-32). Monográfico.

RELIGIEUSES DANS LES PROFESSIONS DE SANTÉ

(106, rue du Bac. 75341 Paris)

- Voluntariado (n.º 312). Monográfico.
- Vida - Muerte - Vida (n.º 316). Monográfico.

HOSPITALIDADE

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

- Funciones del director médico en el hospital psiquiátrico (n.º 194).
- Cuidados de enfermería en el envejecimiento (n.º 195).
- III Jornadas de Psiquiatría San Juan de Dios (n.º 196).
- Programar la Psiquiatría (n.º 197).
- Derechos humanos en el Congreso Mundial de Enfermería (n.º 197).

SAL TERRAE

(Apartado 77. 39080 Santander)

- Al encuentro del mundo y del hombre (n.º 1).
- La *teología de la cruz* en el Sínodo (n.º 4).
- La opción de los pobres, clave hermenéutica para leer el Evangelio (n.º 6).
- Fecundación artificial e *ingeniería genética*. Problemas morales (n.º 7-8). Monográfico.
- El rumor de Dios en las derrotas de lo humano (n.º 11).

SELECCIONES DE TEOLOGÍA

(Rosellón, 233. 08008 Barcelona)

- Los teólogos y los problemas éticos (n.º 98).
- Lo divino de luchar por los derechos humanos (n.º 99).
- Predicar la cruz en una sociedad de crucificados (número 100).
- Índices (de los 25 volúmenes de la revista) (números 1-103).

VIDA RELIGIOSA

(Buen Suceso, 22. 28008 Madrid)

- El reto de la inculturación (vol. 60, n.º 2). Monográfico.
- *Jaire*. Un proyecto para religiosos de la Tercera Edad (vol. 61, n.º 4).
- Los pobres, signos de los tiempos (vol. 61, n.º 6).
- El submundo de los pobres (vol. 61, n.º 9).
- Religiosos de cara al año 2000 (vol. 60, n.º 2). Monográfico.

CORINTIOS XIII

(San Bernardo, 99 bis. 28008 Madrid)

- La Iglesia y los pobres (n.º 37). Monográfico.

ANIME E CORPI

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

- Ingeniería genética: problemas morales (n.º 123).
- Aspectos ético-morales del fenómeno del SIDA (n.º 124).
- Capellanes en el mundo de la salud (n.º 124).
- Calidad de vida y verdad del hombre (n.º 125).
- El arte de escuchar (n.º 125).
- Por una formación ética del trabajador sanitario (número 126).
- La persona homosexual y la Pastoral de la Iglesia (n.º 128).
- El enfermo mental (n.º 128).

MEDICINA E MORALE

(Largo Francesco Vito, 1. 00168 Roma)

- Economía y salud: consideraciones éticas (n.º 1).
- Aspectos problemáticos de la relación médico-enfermo en la legislación internacional sobre derechos del hombre (n.º 1).
- Médico y Filósofo. Itinerario de un teoría de la Medicina (n.º 1).
- La profesión médica entre la ley y la conciencia (n.º 2).
- Tecnología reproductiva: la posición de la Iglesia Anglicana (n.º 2).
- Muerte cerebral. Comité de Ética (n.º 3). Monográfico.
- Aspectos éticos de la terapia intensiva en el neonato de muy bajo peso (n.º 4).
- El problema ético del transexualismo (n.º 4).

REVIEW FOR RELIGIOUS

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

- Hacia una teología de la Pastoral de la Salud (n.º 1).
- Diálogo entre obispos y religiosos (n.º 3).

- Carisma religioso (n.º 4).
- Dirección y reconciliación (n.º 6).

AUMONERIE DES HOPITAUX

(106, rue du Bac. 75341 Paris)

- Unción de enfermos (n.º 109).
- Laicos responsables en pastoral (n.º 110).
- Afrontar el sufrimiento (n.º 110).
- Orar con los enfermos (n.º 111).
- Qué sacramentos para qué enfermos (n.º 111).
- El hospital y las familias (n.º 112).

REVISTA DE TREBALL SOCIAL

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

- Opiniones sobre el trabajo social hospitalario (n.º 104).
- La familia del enfermo mental (n.º 104).
- La deshumanización como defensa contra la ansiedad en el profesional asistencial (n.º 104).
- Trabajo social en una unidad de deshabitación alcohólica (n.º 101).

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS

Ediciones Paulinas, en colaboración con los Hermanos de San Juan de Dios, acaban de publicar los dos primeros libros de su *Colección Biblioteca Hospitalaria*.

N.º 1

POR UN HOSPITAL MÁS HUMANO

Marchesi - Spinsanti - Spinelli

- Humanicemos el Hospital.
- La ética para una medicina humana.
- La aportación de las ciencias humanas a la obra de humanización del personal sanitario.

132 págs. P.V.P. 750 ptas.

N.º 2

MORIR EN LA TERNURA (Vivir el último instante)

Christiane Jomain

- La muerte y su proximidad.
- El enfermo terminal y los otros.
- El moribundo es una persona viva.
- Aprender a cuidar a los moribundos.

184 págs. P.V.P. 900 ptas.

Solicítelos en cualquier establecimiento de la red de Librerías San Pablo, o pídanoslos a L.H. (a nuestros suscriptores se les efectuará el 10 % de descuento).

8. INFORMACIONES

Camillianum. Instituto Internacional de Teología Pastoral Sanitaria

1. Un nombre, una novedad, un respuesta

El Instituto Internacional de Teología Pastoral Sanitaria CAMILLIANUM ha sido erigido y constituido mediante Decreto de la Congregación para la Educación Católica del 2 de febrero de 1987. Funciona en el ámbito de la Facultad Pontificia de Teología *Teresianum* como especialización en Teología Pastoral Sanitaria.

Tiene su sede en Roma (*Largo Ottorino Respighi, 6*) y comenzará sus actividades académicas en el mes de octubre del presente año.

El Camillianum debe su nombre a san Camilo de Lellis, «hombre elegido por Dios para servir a los enfermos y para enseñar a los demás el modo de servirles» (Pío XI) y creador asimismo de una «nueva escuela de caridad» (Benedicto XIV). Pertenece a la Orden de los Ministros de los Enfermos (Camilos).

La Iglesia está realizando un gran esfuerzo por renovar y potenciar su presencia en el mundo de la salud. En todas partes se está acrecentando el interés por la pastoral sanitaria.

Esta renovada solicitud eclesial ha recibido un fuerte impulso del papa Juan Pablo II, sobre todo a través de la carta apostólica *Salvifici Doloris* y con la creación de la Pontificia Comisión para la pastoral de los Agentes Sanitarios.

Al nuevo despertar de la pastoral sanitaria ha contribuido también poderosamente la conciencia de los desafíos y de las oportunidades que el mundo de la salud ofrece hoy a la Iglesia. En el campo sanitario, de hecho, «se ven implicados sucesos humanos fundamentales, como el sufrimiento, la enfermedad y la muerte» (*Dol. Hom.*, 3), «fenómenos que, si se profundiza en ellos, siempre plantean interrogantes que trascienden el campo de la medicina y afectan a la esencia de la condición humana» (*Dol. Hom.*, 2), especialmente en su dimensión religiosa, ética y social. En este contexto, la evangelización se desenvuelve a menudo en situaciones delicadas e incluso dramáticas. La enfermedad, por otro lado, constituye para muchos uno de los pocos momentos de encuentro con la Palabra de salvación.

Resulta, pues, siempre más evidente la «necesidad de una profundización más orgánica en la problemática cada vez más compleja que deben afrontar los agentes sanitarios» (*Dol. Hom.*, 4). Para una adecuada acción pastoral y para la necesaria promoción de una «nueva cultura de la vida y de la salud» ya no es suficiente la formación teológico-pastoral ge-

nérica. Se precisa una *formación específica y cualificada*.

Es ésta la respuesta que el Camillianum intenta ofrecer y que constituye una novedad importante. Es el primer Instituto que da la especialización en Teología Pastoral Sanitaria con la concesión de *grados académicos*.

2. Finalidad

El Camillianum es un centro de búsqueda y de profundización específica de los temas referentes a la teología pastoral sanitaria en sus diferentes aspectos: bíblicos, teológicos, pastorales, espirituales, éticos, psicológicos, sociológicos e históricos.

El Camillianum se propone:

- Preparar agentes y maestros de pastoral sanitaria mediante la especialización en teología pastoral sanitaria.
- Ofrecer un servicio de documentación en vistas a la promoción de estudios científicos sobre teología pastoral sanitaria.
- Elaborar subsidios pastorales y promover publicaciones científicas.
- Ayudar a las iglesias locales en la organización y animación de la pastoral sanitaria.

3. Destinatarios

El Camillianum se dirige a quienes (sacerdotes, religiosos/as, seglares):

- Ya trabajan en el campo sanitario y desean perfeccionar su preparación y profundizar en sus motivaciones; o bien
- Quieren recibir una formación específica que les habilite para la misión que les será encomendada dentro del campo sanitario.

4. Plan de estudios

- El bienio de Licencia se articula en 4 semestres, de 13-16 horas semanales, con un total de 57 unidades didácticas, y concluye con Licencia en Teología Pastoral Sanitaria.
- La enseñanza se subdivide en: 18 cursos fundamentales y 2 seminarios obligatorios (49 u.d.); prácticas bajo supervisión, obligatorias para todos (2 u.d.); 6 cursos complementarios (6 u.d.).
- La armonización de momentos teóricos y prácticos dentro del plan de estudios quiere favorecer la integración de la teología con la praxis pastoral, de tal manera que aquélla no quede desgajada de la realidad concreta donde se realiza la salvación, y la segunda no se reduzca a un pragmatismo sin alma.

Cursos fundamentales

Sección bíblico-teológica. El hombre en la visión cristiana. Elementos de síntesis. Teología de la corporeidad. Teología de la salud. El dolor: Experiencia y misterio. El hombre y el sufrimiento en la historia de la salvación. Los datos de la revelación. El sufrimiento en la reflexión teológica.

Sección pastoral. La pastoral sanitaria. Evangelización y sacramentos de los enfermos. Relación pastoral de ayuda: Teoría y práctica. Pastoral de los moribundos. Medicina y pastoral.

Sección sico-sociológica. Psicología del enfermo. Sociología sanitaria. Psicopatología y pastoral.

Sección ética. Ética de la vida y de la salud.

Sección de historia y espiritualidad. Historia de la sanidad y de la acción de la Iglesia en el mundo de la salud. Enfermedad, sufrimiento y muerte en la teología espiritual. Perfil espiritual del agente sanitario.

Seminarios

La autocomprensión de Jesús en Lc. 4, 18 como punto de referencia para la pastoral sanitaria. La asistencia a los enfermos en la experiencia de los santos hospitalarios. Temas de pastoral especializada: niños, ancianos, disminuidos. El voluntario socio-sanitario. Problemas de salud en el tercer mundo. Los derechos de los enfermos.

Cursos complementarios

El capellán hospitalario. Los seglares en la pastoral sanitaria. Relación médico-paciente. Consagración religiosa y servicio a los enfermos. Las nuevas patologías sociales. Humanización del mundo de la salud. La pastoral sanitaria en las confesiones cristianas. Leyes y organizaciones internacionales del mundo de la salud. La *mass media* en la pastoral sanitaria. Las instituciones de la Iglesia en el campo de la sanidad. San Juan de Dios y la espiritualidad de los Hermanos de San Juan de Dios. San Camilo de Lellis y la espiritualidad de los Camilos.

Prácticas bajo supervisión

5. Profesores

El Camillianum comienza sus actividades académicas con un equipo docente de 25 profesores, escogidos en función de su preparación específica pastoral y de su experiencia en la enseñanza.

6. Admisión y requisitos

- El Camillianum admite alumnos de ambos sexos, distribuidos en Ordinarios, Extraordinarios y Oyentes (huéspedes). Son alumnos *Ordinarios* los que aspiran a la consecución de la Licencia y del Doctorado en Teología Pastoral Sanitaria. Son *Extraordinarios* aquellos que, no reuniendo los requisitos para ser ordinarios, dan todas las materias en vistas a la obtención de un Diploma especial. Son *Oyentes* aquellos que dan algunas asignaturas, de libre elección. Al final se les entrega un Certificado de asistencia a las clases y de eventuales exámenes realizados.
- Para ser admitido como *estudiante ordinario* es necesario que el candidato tenga el bachillerato en teología o que haya hecho el curso filosófico-teológico seminarístico, o bien que posea por lo menos una formación teológica equivalente. En los dos últimos casos el candidato deberá pasar un examen-coloquio de ingreso.

— Como *estudiantes extraordinarios* son admitidos los candidatos que poseen un diploma de grado medio y una preparación teológica básica.

7. Grados académicos

La Facultad Pontificia de Teología *Teresianum*, a través del Camillianum, confiere los grados de LICENCIATURA y DOCTORADO en Teología Pastoral Sanitaria al final de los estudios previstos y tras haber superado los respectivos exámenes.

Para acceder al título de DOCTOR se requiere que el Licenciado haya preparado, bajo la guía de un profesor y por un tiempo normalmente no inferior a los dos años, una tesis doctoral que contribuya al progreso de la Teología Pastoral Sanitaria.

A los *alumnos extraordinarios* que hayan completado los estudios previstos y superado los correspondientes exámenes, será otorgado un *Diploma especial* en Teología Pastoral Sanitaria, oficialmente reconocido por la Santa Sede, el cual les habilita como agentes de pastoral sanitaria.

8. Sede

El Camillianum tiene su sede y sus diferentes estructuras académicas en:

Largo Ottorino Respighi, 6 (alla Camilluccia)
00135 Roma - Tel. (06) 328.86.08 / 328.42.28

9. Comienzo de las actividades académicas

El Camillianum dará comienzo a sus actividades en el mes de octubre de 1987.

10. Horario de las clases

Las clases se impartirán en italiano, los martes, miércoles, jueves y viernes, en sesiones de tarde, de 15,30 a 19.

11. Documentos requeridos para la matrícula

- Solicitud de inscripción, presentada según modelo dado por la Secretaría.
- Título de estudio prescrito (diploma de bachillerato o certificado de los estudios realizados).
- Cuatro fotografías tamaño carné.
- Para los sacerdotes seculares, para los seminaristas y para los religiosos/as, carta de presentación del propio superior (Ordinario diocesano, Rector del respectivo seminario o colegio, Superior local).

12. Otros servicios del Camillianum

- *Bienio de actualización.* El Camillianum mantendrá y potenciará el actual bienio de actualización en pastoral sanitaria, impartido desde hace años en la misma sede.
- *Cursos de Formación Pastoral Clínica.* El Camillianum ofrecerá asimismo cursos de Formación Pastoral Clínica (CPE) a grupos limitados de alumnos, según las modalidades, ya suficientemente experimentadas, de esta disciplina.

13. Para matriculación o para otras informaciones

Dirigirse a la

- Dirección del Instituto (P. Emidio Spogli); o bien, a
- Camilliani (P. Francisco Álvarez)
Piazza della Maddalena, 53
00186 Roma - Tel. (06) 67.97.796/7

Premios Benito Menni a la investigación histórica

La Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús conmemoró el año 1981 su I centenario. Dedicada desde el comienzo a los enfermos mentales, ha desempeñado un importante papel en el desarrollo de la asistencia psiquiátrica española del último siglo. Ahora que en el ámbito de la atención al enfermo mental tantas cosas están cambiando, parece el momento de recuperar la historia de este último siglo, a fin de potenciar los aciertos y corregir las deficiencias. Como en todos los demás campos de la actividad humana, en éste también se cumple la sentencia clásica: **historia magistra vitae**. Esta es la razón de que ahora convoque los Premios Benito Menni a la Investigación Histórica, a fin de reconstruir la historia de sus hospitales psiquiátricos en España, conforme a las siguientes bases:

1. El objetivo y fin de los Premios es estimular la investigación histórica sobre aspectos parciales o globales de los siguientes centros hospitalarios:

- Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón, de Ciempozuelos (Madrid). Fundado en 1881.
- Hospital Beata María Ana de Jesús, en Madrid. Fundado en 1888.
- Hospital Psiquiátrico San Luis, de Palencia. Fundado en 1889.
- Hospital San Rafael, de Barcelona. Fundado en 1889.
- Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora del Sagrado Corazón de Jesús, de Málaga. Fundado en 1889.
- Instituto Psiquiátrico nuestra Señora de los Dolores, de Sant Boi de Llobregat (Barcelona). Fundado en 1895.
- Hospital Psiquiátrico de Mujeres, en Santa Águeda - Mondragón (Guipúzcoa). Fundado en 1898.

2. Podrán participar en este concurso cuantas personas o equipos de personas hayan realizado trabajos de investigación ajustados a las bases de la convocatoria. Si el trabajo ha sido realizado por un equipo, deberá tener un director responsable.

3. Se aconseja que la extensión de los trabajos no sea inferior a 250 folios.

4. Todos los trabajos deberán ser inéditos y estar escritos en algunas de las lenguas del Estado español, debiendo acompañarse traducción castellana de los que se hallen escritos en lengua diferente.

5. Deberán presentarse al concurso cinco copias de cada original, mecanografiadas a doble espacio, por una sola cara y en papel tamaño folio.

6. El plazo para la presentación de originales termina el día 1 de abril de 1988. El comité evaluador se reunirá en el mes de mayo de ese mismo año para analizar todos los trabajos presentados.

7. Los originales deberán mandarse a la siguiente dirección:

M.^a Ester Berruete Lanz (H.S.C.)
Hospital Psiquiátrico de Mujeres
B.^a Santa Águeda - Tel. (943) 79 44 11
20509 Mondragón (Guipúzcoa)

8. El concurso será fallado por un comité, compuesto por las siguientes personas:

- Un catedrático o profesor de Historia de la Medicina: *Dr. D. Diego Gracia Guillén.*
- Un catedrático o profesor de Historia General o Historia de la Iglesia: *Dr. D. J. Ignacio Tellechea Idígoras.*
- Un director médico de uno de los centros psiquiátricos de la Congregación reseñados en el punto 1.º: *Dr. D. José Luis Gutiérrez Herrero.*
- Un representante de la Congregación de Hermanas Hospitalarias. Este último actuará como secretario.

9. El fallo del concurso se hará público el día 31 de mayo de 1988, coincidiendo con el aniversario de la fundación de la Congregación.

10. Se adjudicarán tres premios: el primero, de un millón de pesetas; el segundo, de medio millón de pesetas, y el tercero, de doscientas cincuenta mil pesetas. Los premios pueden declararse desiertos.

11. La participación en el concurso implica la aceptación plena de las bases.

12. La organización del concurso se reserva la propiedad de los trabajos premiados, así como el derecho de publicación.

RECTIFICACIÓN: en el número anterior apareció la noticia de la celebración del **II Symposium Nacional de Enfermería Pediátrica** en el mes de noviembre. Tomen buena nota de las nuevas y definitivas fechas.

II Symposium Nacional de Enfermería Pediátrica

Barcelona, diciembre 1987

Hospital San Juan de Dios. Barcelona

División de Enfermería
E.U.E. San Juan de Dios

Objetivos

1. Sensibilizar de las distintas problemáticas de la atención de enfermería en pediatría.
2. Crear un foro de intercambio entre distintos participantes.
3. Contribuir a la formación de opinión en materia de atención de enfermería pediátrica.
4. Informar sobre los avances en materia de atención de enfermería pediátrica.

Programa

Día 3 de diciembre de 1987

- 9.00 Entrega de materiales y recepción congresistas.
- 9.30 Inauguración del Congreso.
- 10.00 *I Ponencia.* «Atención de Enfermería, cuidados al niño enfermo». Aspectos somáticos.
- 11.30 Descanso y Desayuno.
- 12.00 *I Comunicación.*
- 12.15 *II Comunicación.*
- 12.30 *III Comunicación.*
- 12.45 *IV Comunicación.*
- 13.00 Descanso y Comida de Trabajo.

- 16.00 *II Ponencia.* «Atención de Enfermería, cuidados al niño enfermo». Aspectos psicológicos.
- 17.30 Descanso.
- 18.00 *V Comunicación.*
- 18.15 *VI Comunicación.*
- 18.30 *Rueda de preguntas y conclusiones del día.*
- 19.00 Final Jornada.

Día 4 de diciembre de 1987

- 10.00 *III Ponencia.* «Atención de Enfermería, aspectos socio-culturales».
- 11.30 Descanso y Desayuno.
- 12.00 *VII Comunicación.*
- 12.15 *VIII Comunicación.*
- 12.30 *IX Comunicación.*
- 12.45 *X Comunicación.*
- 13.00 Descanso y Comida de Trabajo.
- 16.00 *IV Ponencia.* «Formación Básica, postbásica y continuada en enfermería Pediátrica».
- 17.30 Descanso.
- 18.00 *XI Comunicación.*
- 18.15 *XII Comunicación.*
- 18.30 *Rueda de preguntas y conclusiones del día.*
- 19.00 Final Jornada.

Día 5 de diciembre de 1987

- 10.00 *V Ponencia.* «Atención de Enfermería, administración de servicios».
- 11.30 Descanso y Desayuno.

- 12.00 *XIII Comunicación.*
- 12.15 *XIV Comunicación.*
- 12.30 *Conclusiones finales del Congreso.*
- 13.00 *Clausura del Congreso y entrega de diplomas.*

Fecha límite de inscripción: 20 de noviembre de 1987.
Cuota de inscripción: 15.000 ptas.

Fers Catalunya

En la IV Asamblea Regional de FERS-CATALUNYA, celebrada los días 15, 16 y 17 de mayo del presente año, ha sido elegida la nueva Junta de Gobierno que regirá los destinos del trienio 1987-1990, de nuestra Delegación.

Es como sigue:

Presidenta	<i>Madre Montserrat Giral Mestre</i> Instituto: Hospitalarias de la Santa Cruz
Vicepresidenta	<i>Madre Julia Pérez Alonso</i> Instituto: Religiosas de San José, de Gerona
Vocal 1.º	<i>Madre Natividad Anqueta Roda</i> Instituto: Franciscana de los SS.CC. de Jesús y María
Vocal 2.º	<i>Madre Catalina García Gil</i> Instituto: Hijas de la Caridad
Vocal 3.º	<i>Madre Carmen Lleyda Baciana</i> Instituto: Carmelitas de la Caridad.
Secretaria	<i>Hermana Antonia Ortiz Ruiz</i> Instituto: Franciscana Misionera de la Natividad de Nuestra Señora.

LIDER EN EL DIAGNOSTICO MEDICO POR IMAGEN

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



Buenas ideas para una vida mejor

GENERAL  ELECTRIC

Ca⁺⁺

60 Grageas

¡NUEVO!

Doble duración del envase.
Mayor comodidad.

Prevención en la isquemia cerebral

Reduce factores de riesgo del A.C.V.

NERDIPINA

Calcio antagonista del área cerebral

• **Composición** — Por gragea: Nicardipina clorhidrato, *20 mg.; Excipiente, c.s. • **Indicaciones** — Arteriosclerosis cerebral. Insuficiencia cerebro-vascular crónica y sus secuelas. Alteraciones orgánicas resultantes de una apoplejía cerebral (hemorragia cerebral; hemorragia subaracnoidea, infarto cerebral, etc.) especialmente en la fase de estabilización de la sintomatología aguda. • **Dosificación** — La dosis media recomendable es de 60 mg/día, que corresponde a una gragea cada 8 horas. • **Contraindicaciones** — No debe administrarse a pacientes con hemorragia cerebral persistente, apoplejía aguda con presión cerebral elevada. No se administrará durante el período de gestación ni el de lactancia. • **Efectos secundarios** — Ocasionalmente pueden aparecer ligeros trastornos como náuseas, pérdida del apetito, pirosis, estreñimiento, diarrea, erupciones cutáneas, cefaleas, sofocación, hipotensión, edema en miembros inferiores, palpitaciones, debilidad. En raros casos alteraciones de los parámetros de función hepática o renal (GOT, GPT, fosfatasa alcalina, creatinina sérica, BUN). • **Incompatibilidades** — Se tendrá precaución en administración junto a hipotensores. • **Precauciones** — Debe administrarse con precaución en pacientes hipotensos o con alteraciones hepáticas y/o renales y glaucoma. Es conveniente suspender el tratamiento si durante el mismo aparecen anormalidades en los parámetros de función hepática y renal. • **Intoxicación y posible tratamiento** — A las dosis recomendadas no se prevé la intoxicación. Caso de producirse una intoxicación por extradosis accidental se administrará Atropina o Noradrenalina para combatir la bradicardia e hipotensión. La administración de gluconato cálcico por vía endovenosa puede ser beneficiosa. • **Presentación** — Envase con 30 grageas. P.V.P. (IVA): 1.519 pts. Envase con 60 grageas. P.V.P. (IVA): 3.030 pts.



FERRER INTERNACIONAL

GRAN VÍA DE CATALUÑA, 114 - 08042 BELLATERRA (BARCELONA)

LIMPIEZA PROFILACTICA

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

- RESULTADOS PROFILACTICOS:

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

- AREA DE PRESTACION:

Barcelona y su comarca solamente.

- CONSULTAS Y PEDIDOS:

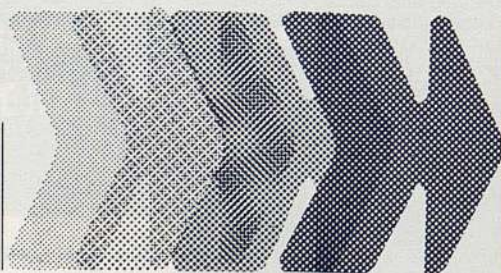
Por escrito a nuestras oficinas de Barcelona desde donde informaremos y asesoraremos gustosamente en fase de previsión anterior a la de contratación.

- REFERENCIAS:

Nuestro servicio de limpieza se realiza en 14 países.



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



SAEL

S.A. de Entretenimiento
y Limpieza.

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