

Hermanos de
San Juan de Dios
Barcelona

Año 40. Segunda época. Julio - Agosto - Septiembre 1988
Número 209. Volumen XX

CONSEJO DE REDACCIÓN

Director

Miguel Martín

Redactores

Joaquín Plaza
Pilar Torres
Mariano Galve
Francisco Sola

Administración

Benjamín Pamplona

Secretaría de Dirección

Lourdes Coll

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 0211-8268
Depósito Legal: B. 2998-61
EGS - Rosario, 2 - Barcelona

Sumario

1 EDITORIAL	170
Laicado y bioética: dos pilares en el actual mundo de la salud	
2 PROYECTO SOBRE EL FUTURO DE LA ASISTENCIA A DEFICIENTES EN EL BAIX LLOBREGAT	173
R. Herrera y J. Artigue	
3 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ANCIANO, PROBLEMÁTICA INSTITUCIONAL	180
Josep Fuguet Ferrer y Montse Gozano Rubio	
4 LA AGONÍA DE UN CREYENTE	185
Mariano Galve Moreno	
5 II JORNADAS DE PROFESIONALES SANITARIOS CRISTIANOS	192
Doctor Francisco Moreno	
5.1 Relato de un encuentro	192
5.2 Ecos de una experiencia personal	194
5.3 Joan Viñas Salas, un cirujano al frente de la Comisión de Profesionales Sanitarios Cristianos	198
6 EL COMITÉ DE ÉTICA	207
6.1 Los comités de ética en el diálogo interdisciplinar	207
Doctor Francesc Abel, s.j.	
6.2 Reglamento interno del Comité de Ética del Hospital San Juan de Dios de Barcelona	216
6.3 Documentos del Comité Consultivo Nacional Francés de Ética para las Ciencias de la Vida y de la Salud	218
7 JUAN PABLO II RECIBE A LOS PROFESIONALES SANITARIOS LAICOS DE LA ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS	224
8 SEGUNDA CONFERENCIA: «SALUD, UN PUENTE PARA LA PAZ»	226
† Fiorenzo Angelini	
9 INFORMACIONES	228

1. EDITORIAL

Laicado y bioética: dos pilares en el actual mundo de la salud

No es una imposición de la moda. Tampoco son ganas de complicar el ya de por sí complicado mundo de la salud.

Es, simplemente, el revelado que el tiempo va haciendo sobre el negativo de la realidad y que, en cada uno de los momentos históricos, hace resaltar especialmente determinados aspectos de la misma.

Aspectos que, indudablemente, no son nuevos, pero que adquieren nuevos contornos, nuevos ángulos de perspectiva; en definitiva, nueva importancia.

En el desarrollo que la Pastoral Sanitaria ha tenido, se han acentuado, probablemente, aquellos aspectos que hacían especial referencia al sacerdote en el hospital. Más marcada, en un principio, su acción sacramentalizadora; poco a poco, más tarde, abriéndose a las dimensiones de humanización y evangelización implícitas en toda acción pastoral. Y ello con la exigencia de la presencia de un equipo. Pero en uno y otro campo era en torno al sacerdote donde se conformaba el discurso pastoral.

No hace mucho la Pastoral Sanitaria descubre la veta de la parroquia como lugar privilegiado de actuación. La parroquia como comunidad de creyentes entre los que hay miembros enfermos y, consecuentemente, ha de existir atención hacia ellos por parte de su comunidad. Y ya tenemos los *Grupos de Visitadores de Enfermos* que, afortunadamente, están comenzando a proliferar en las respectivas comunidades parroquiales.

Y ahora es el campo de los profesionales sanitarios cristianos el que está llamando con insistencia a la puerta de la pastoral eclesial.

El mundo de la salud congrega hoy, junto a las partidas más sustanciosas de los presupuestos, a un inmenso ejército de profesionales. Un mundo muy vasto, en el que convergen muy diversos intereses, criterios y valores. Un mundo, cómo no, también necesitado de iluminación, de testimonio profético, de presencia pastoral.

No se puede delegar esta misión en los *frailes y monjitas* sanitarios. La empresa convoca a todos los bautizados y, especialmente, a los laicos llamados a introducirse en las estructuras humanas para anunciar el Reino en ellas.

Sin proselitismos ni manipulaciones pero con la dignidad y derecho que corresponde a todo ciudadano.

Por si todo esto fuera poco, el último Sínodo ha venido a reafirmar con más fuerza, si cabe, toda esta doctrina que ya se hallaba suficientemente explícita en los documentos conciliares pero a la que, tal vez, no se le había desentrañado toda la carga transformadora que contiene.

Por otro lado, afirmar que acaba de entrar la ética en el mundo de la salud sería desconocer palmariamente la trayectoria de la medicina desde sus orígenes hipocráticos.

Pero no creo que manifestemos idéntica ignorancia si advertimos en la actualidad unas inmensas demandas éticas desde el mundo de la salud. Disparado el avance científico y el progreso tecnológico subsiguiente en el mismo, cada día aparecen nuevos planteamientos, nuevas posibilidades que exigen una iluminación desde el ámbito de la reflexión ética. Una reflexión ética que no tiene vocación de coartar el progreso de las ciencias, pero que se considera autorizada para, en un diálogo interdisciplinar, poder afirmar cuándo el progreso científico y tecnológico es humano y cuándo ha dejado de serlo.

Y es evidente que se está reflexionando. Pero tal vez nos falten modelos de reflexión aplicados a la realidad cotidiana. Repetimos una y mil veces la urgencia de crear Comités de Ética, pero es casi seguro que no tenemos ni idea de cómo se constituyen, cómo deliberan, a qué conclusiones llegan.

Pues bien. LABOR HOSPITALARIA, que pretende estar atenta a las necesidades de sus lectores, ofrece en el presente número, junto a otros temas que consideramos de sumo interés, una generosa información al respecto.

Referente al primer tema —laicado—, LABOR HOSPITALARIA se hace amplio eco de las II Jornadas de Profesionales Sanitarios Cristianos, celebradas en Zaragoza en mayo pasado. Tras una breve descripción de las mismas, pulsamos el sentir de algunos participantes y, finalmente, entrevistamos a quien, recientemente, acaba de ser nombrado Coordinador de dicho colectivo.

En lo que hace referencia al campo de la ética, publicamos un artículo de fondo y dos documentos que consideramos pueden resultar tan ilustrativos como iluminadores. Francesc Abel, con la seriedad y el rigor en él habituales, nos sitúa en el marco histórico, social y doctrinal en el que se inscribe un comité de ética.

Por otro lado, LABOR HOSPITALARIA ha llegado a un acuerdo con la Junta de Gobierno del Hospital San Juan de Dios, de Barcelona, para constituirse en portavoz de los diferentes protocolos que el Comité de Ética de dicho hospital ha ido elaborando y los que en el futuro pueda elaborar. Conviene no olvidar que este Comité, con prácticamente diez años ya de existencia, es el único, que nosotros sepamos, actualmente en funcionamiento. El primero de los documentos a los que hacíamos referencia no es sino el Reglamento Interno de dicho Comité.

El segundo de tales documentos lo conforman tres de las *recomendaciones* que el Comité Nacional de Ética para las Ciencias de la Salud y la Vida ha elaborado respecto a otros tantos problemas que actualmente interpelan desde el mundo de la salud a toda la sociedad. En sucesivos números continuaremos los restantes.

Con todo ello, LABOR HOSPITALARIA pretende ayudar al proceso de encarnación de una ciencia de rabiosa actualidad pero a la que en pocas ocasiones somos capaces de conjugar en clave de lo real, de lo práxico.

LABOR HOSPITALARIA cree ofrecer un material de inestimable valor a nuestros lectores. Y piensa no descuidar en absoluto estos ámbitos que hoy se enmarcan con tanta fuerza en el mundo de la salud.

Si afirmamos que «laicado y bioética son dos pilares en el actual mundo de la salud», sería de inconsecuentes no prestarles la atención que se merecen.

Nunca nos hemos dormido, pero cada vez somos conscientes de que, en nuestro tiempo, hemos de estar más despiertos que nunca.

Y, por ustedes, lo estaremos. **LH**



RECONOCIMIENTO A LA ORDEN HOSPITALARIA

El día 8 de junio de 1988, el Ministro de Sanidad y Consumo, don Julián García Vargas, imponía al hermano Pierluigi Marchesi, máximo representante de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, la Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad, máxima distinción oficial del sector.

LABOR HOSPITALARIA, como miembro de la gran familia hospitalaria, se alegra con la noticia y agradece sinceramente la distinción, al tiempo que hace votos para que la misma no nos haga decaer, sino que nos estimule en nuestra presencia de servicio al hombre enfermo. Aunque dicha presencia nos pudiera situar, a veces, como elementos incómodos para quienes hoy nos reconocen.

2. PROYECTO SOBRE EL FUTURO DE LA ASISTENCIA A DEFICIENTES EN EL BAIX LLOBREGAT*

R. Herrera

Psiquiatra
Director médico

Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora de Montserrat. Sant Boi

J. Artigue

Psicólogo
Coordinador del Área de Deficientes

Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora de Montserrat. Sant Boi

Desde la perspectiva de su extensa experiencia en la atención a los pacientes psiquiátricos y de su estrecha conexión con los organismos encargados de la planificación sanitaria, los autores plantean la problemática de los deficientes mentales en un hospital psiquiátrico.

A partir de ella, los autores ponen sobre el tapete las necesidades que en el aspecto de los deficientes mentales tiene la población del Baix Llobregat y, con un intento de soluciones prácticas, estudian las posibles conexiones de los diversos centros que deberían hacerse cargo de la asistencia a tales pacientes. Llegan así a la proposición de una red asistencial idónea, basada en las realidades prácticas de cada día y por ello perfectamente factible.

Concluyen estableciendo cuál puede y debe ser el papel que los actuales centros de internamiento psiquiátrico deben jugar en la atención a este tipo de pacientes que, por una parte, presentan con frecuencia trastornos psiquiátricos y, por otra, muestran un grado tal de dependencia que en muchas ocasiones no es posible asumir por las familias.

En su estudio llegan a una detallada planificación que no soslaya las necesidades de dotaciones materiales, de personal y de espacios, todo lo cual hacen al artículo de Herrera y Artigue sumamente práctico y aplicable a otras muchas situaciones.

1. Introducción

Los deficientes o disminuidos psíquicos cuando necesitaban atención a tiempo completo eran ingresados hasta hace muy poco tiempo en los hospitales psiquiátricos y, por tanto, han estado ligados al desarrollo histórico de estos centros.

Hasta hace bien poco, no existía una diferenciación entre las tareas asistenciales aplicadas al deficiente y las aplicadas a cualquier otro tipo de enfermo psíquico. Gracias a la evolución de la asistencia psiquiátrica, al desarrollo de las técnicas psicopedagógicas y al cambio de actitud sociocultural, propiciado por los propios padres ante la deficiencia mental, disminuyó esta situación confusa, fruto de la aplicación exclusiva del modelo médico en la atención a los disminuidos psíquicos.

Desde el momento en que los trabajadores y las instituciones psiquiátricas, y la sociedad en general, se dieron cuenta de esta situación, se comenzaron a tomar medidas para evitar caer en estos errores. Dentro de estas medidas podemos destacar dos: evitar nuevos ingresos de deficientes en hospitales psiquiátricos y diferenciar, dentro de estos centros, las unidades o equipamientos destinadas a deficientes de las destinadas a otras patologías psiquiátricas. La primera es la más revolucionaria y supone un esfuerzo por parte de las instituciones públicas y privadas para la creación de nuevos centros o residencias para disminuidos psíquicos. La segunda supone la reestructuración de los equipamientos ya existentes e iniciar un camino de transición en la asistencia al deficiente para pasar de un modelo médico a un modelo psicopedagógico.

Teniendo en cuenta estos hechos, nuestra institución inició en el año 1978 el proceso de diferenciación y separación de los deficientes del resto de enfermos psiquiátricos, impulsando definitivamente en el año 1982 la aplicación del modelo psicopedagógico a la Unidad de Deficientes Mentales. Este modelo se ha ido concretando progresivamente en las diversas programaciones que cada año se han hecho de la Unidad.

Desde el punto de vista psicopedagógico, los principios inspiradores de la atención al deficiente en nuestra institu-

* Basado en un informe sobre el futuro del área de deficientes en el Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora de Montserrat.

ción son la normalización de su vida (asistencia básica, higiene, trabajo, etc.) y la integración en su entorno socio-familiar, aunque este último principio es difícil de conseguir en nuestra unidad y nos hemos de limitar a definir el entorno social como el del propio hospital y nada más en algunos casos el pueblo de Sant Boi y/o la familia. A estos dos principios se les agrega un tercero, la individualización o personalización que consiste en realizar la atención al deficiente de forma no masificada y desarrollando programas de atención individualizada.

2. Situación actual

Tal como se ha dicho, los disminuidos psíquicos ya no ingresan en los hospitales psiquiátricos y son orientados a centros específicos para ellos. Pero en los psiquiátricos aún quedan ingresados los disminuidos que por su edad, capacidad, situación socio-familiar o falta de recursos alternativos no está indicado que vivan fuera del hospital, donde viven desde hace mucho tiempo. Según estos datos, el área de deficientes de esta Institución está destinada a extinguirse a medida que pasen los años y que los internos vayan desapareciendo por razones de edad.

Con este planteamiento los objetivos con los cuales trabajamos actualmente en el área del deficiente son:

1. Mantener y mejorar una asistencia básica que garantice la calidad de vida indispensable para cualquier persona. Hablamos de realizar correcta y dignamente las tareas de higiene, alimentación, hábitat, atención médica, atención psicológica, vestuario, ayudas sociales, etc., prestadas por la Institución a los disminuidos.
2. Evitar el deterioro físico y psíquico que se pueda producir en los deficientes dada la edad a la cual han llegado la mayoría de los deficientes. Se realiza mediante dos vertientes:
 - a) Un seguimiento personalizado y por grupo del interno en las actividades diarias y especialmente en la terapia ocupacional, estimulando la adquisición de hábitos que mantengan la autonomía del interno.
 - b) La programación de actividades que faciliten la conservación de las capacidades relacionales del interno. Por ejemplo: asambleas de grupo, tiempo libre, gimnasia, grupo educativo, etc.
3. Conseguir que la vida del interno sea autónoma y feliz de acuerdo con sus capacidades. Por este motivo se analiza y se valora la situación de cada interno procurando modificar aquellos aspectos que sean necesarios (cambios de grupos, de trabajo, de residencia, etc.) e intentando discriminar tiempo y espacios de trabajo, de ocio y de residencia.

Hemos de añadir que nuestro trabajo se caracteriza por los siguientes aspectos:

1. Índice de personal de atención directa: este número es bajo en base a la situación actual del concierto establecido con la Diputación de Barcelona, aun cuando

nuestro índice supera el mínimo fijado. Esto comporta que los programas aplicables a las subunidades no se puedan desarrollar ni en su totalidad ni con la calidad suficiente.

A pesar de ello, podemos destacar el esfuerzo que hace el personal actual y el avance, lento pero progresivo, en la calidad de la atención que se da al paciente.

2. La edad de los internos: a medida que aumenta, limita las posibilidades de realizar actividades de aprendizaje con ellos.
3. La situación socio-familiar de los internos: ya que, en general, con los años de internamiento que llevan se han deteriorado las relaciones con la familia y los contactos con la sociedad restringiendo las posibilidades de llevar una vida integrada fuera del hospital.
4. La falta de recursos alternativos para la atención de los deficientes mentales adultos en nuestro medio que posibiliten llevar a término las tareas de reinserción.

3. Necesidades asistenciales en la comarca del Baix Llobregat

Además de nuestra situación dentro de la institución, sabemos que en la comarca del Baix Llobregat existe también una población real de disminuidos que sobrepasa la capacidad de atención de los equipamientos comarcales.

Esta población la componen, en general, disminuidos que se podrían agrupar en tres situaciones:

1. Disminuidos psíquicos que trabajan pero que presentan problemas de conducta y que, a medida que se hacen mayores, tanto el deficiente como los padres, se deterioran sus relaciones ya que los padres son incapaces de contenerlos.
2. Disminuidos psíquicos que han finalizado su período escolar o educativo y que por sus capacidades no han encontrado un equipamiento que les pueda atender. Este hecho comporta que hagan una vida rutinaria y monótona en su casa, en muchos casos empobrecida.
3. Disminuidos que se encuentran en instituciones, mal atendidas y en algunos casos lejos de su comarca de origen o de la comarca en la que vive la familia.

Los datos de población de disminuidos psíquicos correspondientes a la comarca del Baix Llobregat están pendientes de confirmación por parte del Servicio de Disminuidos Psíquicos del ICASS.

De momento disponen de un estudio realizado en el año 1986 por J. Barnadas por encargo del Departamento de Sanidad, del que podemos destacar los siguientes datos:

Cuadro 1. Distribución territorial de los disminuidos psíquicos por provincias.

Cuadro 2. Distribución de los disminuidos psíquicos por edades y tipos de disminución.

Cuadro 3. Distribución de los disminuidos psíquicos por sexos.

Además, la A.P.P.S. publicó en *El Periódico* el 10 de octubre de 1987 el cuadro número 4 en el que aparece la distribución de la población con disminución psíquica en Catalunya según edades y niveles.

CUADRO 1
Distribución territorial.

La distribución por provincias es la siguiente:

Barcelona	18.759
Girona	1.926
Lleida	1.718
Tarragona.....	2.212
Total	24.615

CUADRO 2
Distribución estimada por edad, por oligofrenia y por parálisis cerebral en Catalunya (cuadro resumido del original).

Edad	Oligofrenia	Parálisis cerebral
0-4	376	108
5-9	1.410	405
10-14	2.198	439
15-19	2.439	415
20-24	2.447	351
25-29	2.181	291
30-34	1.595	175
35-39	1.156	112
40-44	768	66
45-49	521	42
50-54	442	45
55-59	100	10

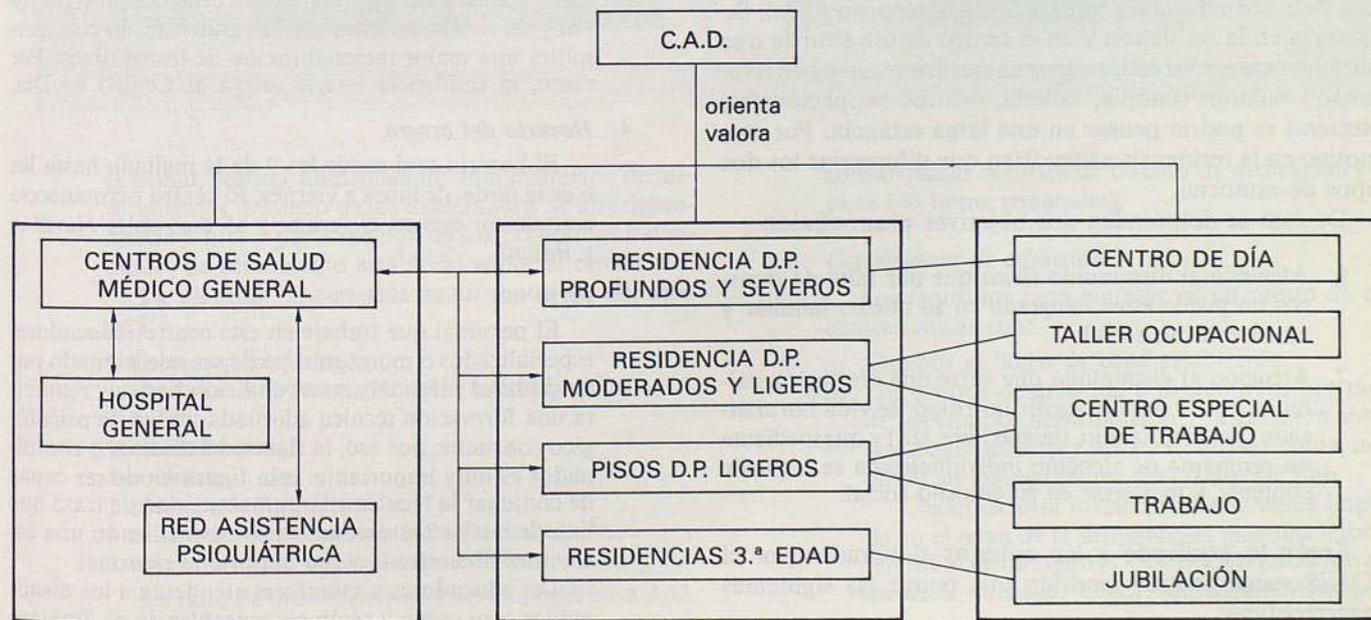
CUADRO 3

Distribución por sexos y por el tipo de disminución.

Disminución	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ceguera	373	2,8	297	2,7	670	2,72
Sordera	711	5,3	604	5,4	1.315	5,34
Sordomudez	563	4,1	683	6,1	1.246	5,06
Pérdida y limit. ext.	176	1,3	122	1,1	298	1,21
Paraplejía	939	7,0	834	7,4	1.773	7,20
Hemiplejía	391	2,9	299	2,7	690	2,80
Tetraplejía	308	2,3	221	2,0	529	2,15
Oligofrenia	8.588	63,8	7.047	63,2	15.635	63,52
Parálisis cerebral	1.408	10,5	1.051	9,4	2.459	10,0
Total	13.457	100	11.158	100	24.615	100

De estos datos podemos destacar, entre otras, las siguientes conclusiones:

1. Que la mayor parte de los disminuidos en Catalunya están diagnosticados de Oligofrenia o Retardo Mental (63,52 %) y por tanto esto se habría de reflejar en los recursos económicos y humanos que los organismos responsables dedican a la atención de la disminución.
2. La tendencia existente (cuadro 4) en la evolución de la población, gracias a las medidas preventivas, hace que se reduzca el número de disminuidos y en especial la categoría de profundos. Confirman por tanto la necesidad de impulsar la atención en los niveles ligero y moderado que están o habrían de estar integrados en residencias y talleres, manteniendo también los criterios actuales para los niveles más profundos. Esto se esquematiza de la siguiente manera:



CUADRO 4
Población disminuida psíquica en Catalunya.

Edad	Ligera	Moderada	Profunda
0-4	5.580	492	168
5-14	5.440	1.075	269
15-24	5.421	1.018	254
25-64	16.850	3.165	791
más de 65	4.180	311	—

- Las estadísticas resaltan la gran acumulación de casos entre la población de más de 18 años; por eso se habrían de articular actuaciones específicas para los deficientes mentales adultos.

4. Propuesta de futuro para el área de deficientes

Analizada la situación actual de los deficientes mentales adultos, tanto en la comarca como en nuestra institución, creemos que el futuro del área tendría que pasar necesariamente por la creación de nuevos equipos que posibilitaran la renovación de los existentes en la actualidad y mejoraran notablemente la calidad de la atención dentro del área.

4.1. CENTRO DE DÍA Y RESIDENCIA PARA DISMINUIDOS PSÍQUICOS

Estos centros estarían destinados a la atención de deficientes mentales de niveles ligeros y moderados que por sus alteraciones o trastornos de conducta no puedan realizar una vida normalizada e integrada en su entorno social. Su estancia en la residencia y en el centro de día tendría que ser temporal y sólo en los casos en que los recursos de reinserción fallaran (familia, talleres, centros ocupacionales, etcétera) se podría pensar en una larga estancia. Por este motivo en la residencia se tendrían que diferenciar los dos tipos de estancias.

De esto se desprenden dos objetivos primordiales:

- Atención al disminuido físico que por falta de recursos no puede estar integrado en su núcleo familiar y en su entorno social.
- Atención al disminuido que sufre una afectación psíquica que le impide seguir un ritmo de vida normalizada (familia, trabajo, tiempo libre, etc.) y que mediante un programa de atención individualizada se le puede contener y reinsertar en su entorno social.

Según lo explicado y los criterios elaborados por el ICASS, estos centros tendrían que reunir las siguientes características:

4.1.1. Centro de Día para disminuidos psíquicos adultos

Es un centro de atención especializado en régimen de media pensión en la que se atienden disminuidos adultos que, por causa de su afectación psíquica asociada o no con otras disminuciones, carece de autonomía personal y necesario control médico periódico no pudiendo integrarse en el resto de red general de centros para disminuidos.

Por adultos se entenderá desde los 18 años en adelante, pero en determinados casos particulares de conductas lesivas para los otros o de fuerza física que requiera más personal u otros, la dirección del centro podrá aplicar el límite de 16 años para el ingreso.

1. *Objetivos*

El objetivo de este centro es la atención personal del disminuido que será dirigido a:

- Mantener el nivel de habilidades conseguidas y ejercitarlas, desarrollar al máximo los propios valores, con tendencia a las actividades manipulativas y de taller.
- Tener especial atención en los aspectos sanitarios y preventivos con la cualidad idónea.
- Garantizar el derecho a una asistencia digna (higiene, vestido, etc.).
- Favorecer la reinserción en la comunidad y en su entorno social de referencia mediante la atención de la posible afectación psíquica y sin renunciar a la posibilidad que el centro sea en sí mismo un recurso de aprendizaje de los hábitos imprescindibles para posteriores incorporaciones a otros equipamientos como pretalleres, talleres, etc.

2. *Capacidad*

La capacidad máxima de este tipo de centros es de 30 plazas en régimen de media pensión.

3. *Ubicación*

En una zona urbano-rural para que el centro pueda tener una actuación comarcal. El centro tendrá personal y servicios comunes con la residencia, lo cual permitirá una mejor racionalización de los recursos. Por tanto, la residencia estaría anexa al Centro de Día.

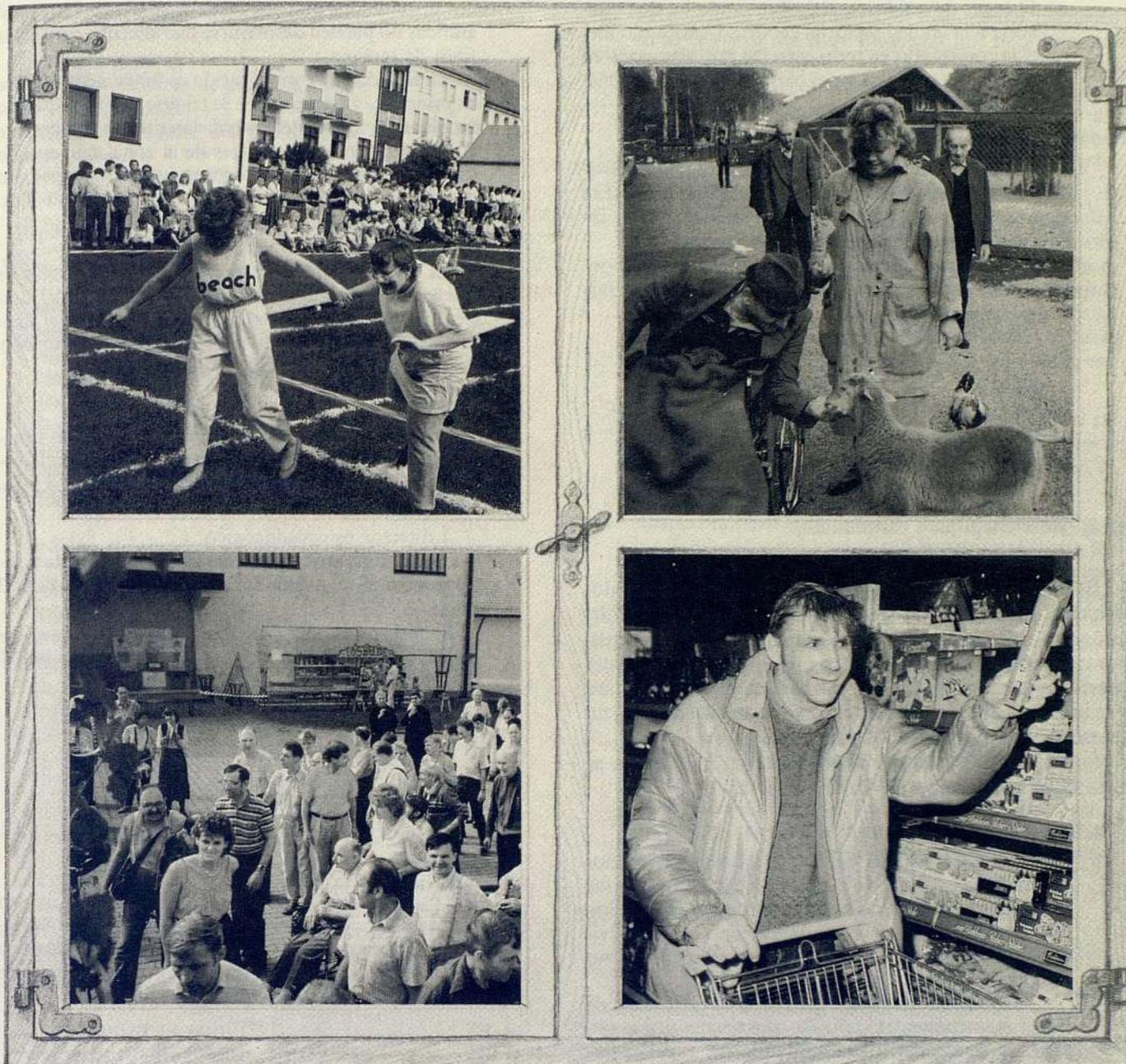
4. *Horario del centro*

El horario será desde las 9 de la mañana hasta las 6 de la tarde, de lunes a viernes. El centro permanecerá cerrado un mes en el verano y 15 días entre Navidad y Pascua.

5. *Personal*

El personal que trabaje en este centro (educadores especializados o monitores) ha de ser seleccionado por su madurez personal como condición básica y requerirá una formación técnica adecuada y soporte psicológico constante; por eso, la figura del director o coordinador es muy importante: esta figura ha de ser capaz de conjugar la técnica y la espontaneidad de trato que han de recibir los disminuidos —manteniendo una estructura dinámica— y dar soporte al personal.

Los educadores y monitores atenderán a los disminuidos a su cargo y serán responsables de su limpieza



personal, vestido, alimentación, administración de medicamentos, traslado de los disminuidos de una dependencia a otra y participación en los programas individuales de tratamiento establecidos por el centro.

La plantilla de personal de un centro de este tipo será:

- 1 director psicopedagógico.
- 1 educador o monitor por cada 5 disminuidos.
- 2 A.T.S.
- 1 administrativo.
- 1 cocinera.
- 1 persona de limpieza.
- 1 asistente social con un tercio de dedicación.
- 1 médico con un tercio de dedicación.

La ratio de todo el personal no será inferior a 0,42,

considerando horarios de trabajo de dedicación completa (40 horas semanales).

6. Condiciones de admisión

Los requisitos para ingresar en un centro de estas características son:

- a) Cumplir el límite de edad establecido.
- b) Los centros de atención a disminuidos por medio de los equipos de valoración y orientación son los que diagnosticarán y valorarán al disminuido, orientando su ingreso en un centro de este tipo.

Cualquier otra instancia directamente implicada en el tema de la disminución psíquica habrá de remitir al disminuido al C.A.D. Nos referimos a los médicos de zona, C.A.P. de Salud Mental, etc.

- c) El lugar de residencia del disminuido ha de pertenecer a la unidad sectorial geodemográfica establecida respetando en todo caso los posibles casos en los que por graves razones personales esto no se pueda cumplir.

7. *Asistencia*

Cada persona atendida tendrá un programa individual de tratamiento diseñado por el equipo técnico; se explicará en un dossier en el que se registrarán los informes, las evaluaciones y el programa.

Este programa fijará tanto las actuaciones psicopedagógicas como los aspectos de atención médica y farmacológica.

El equipo técnico se compondrá de:

- Director médico.
- Médico.
- A.T.S.
- Educadores.
- Asistente social.

4.1.2. **Residencia para disminuidos psíquicos adultos**

Es un centro destinado a cubrir las necesidades de alojamiento, manutención y asistencia especializada de los disminuidos psíquicos cuando llegan a la edad adulta y que, por razones de su afectación psíquica, familiares, sociales o de localización geográfica, no pueden vivir en su casa y es indispensable su ingreso temporal o permanente en un centro de este tipo.

Por adultos se entenderá la misma definición que se expone en el apartado de Centro de Día.

1. *Objetivos*

El objetivo esencial de este centro será proporcionar un *hogar*, sustitutivo o alternativo del propio, a los disminuidos. Por eso las actividades de hogar no se harán como ejercicios reglamentados, sino como actividades habituales en horas regulares y con el máximo de espontaneidad.

De acuerdo con los objetivos propios del Centro de Día se mantendrán las aptitudes conseguidas y, si es posible, se potenciarán —facilitando las experiencias adecuadas—. Por este motivo se diferenciarán los espacios físicos.

2. *Capacidad*

La capacidad máxima será de 30 plazas, distribuidas en dos miniresidencias y en las que se incluyen las permanencias temporales no superiores a un año. Entre el Centro de Día y la residencia aneja no se podrá sobrepasar el número total de 60 plazas.

En este concepto de permanencia temporal podemos incluir el objetivo, no prioritario, de que la residencia sea un recurso o paso intermedio para el disminuido en su adaptación para vivir en otros tipos de equipamientos como los pisos asistidos.

3. *Ubicación*

En una zona rural-urbana para tener un ámbito comarcal y aneja al Centro de Día, para favorecer a aque-

llos disminuidos que por razones de distancias demográficas no pueden desplazarse diariamente, pero sí los fines de semana.

La facilidad de comunicación es fundamental ya que en principio, y esto también se tendría que incluir como un objetivo, los residentes habrían de trabajar durante el día en talleres o pretalleres de la zona, aun cuando excepcionalmente y por razones justificadas podrían beneficiarse de las actividades del Centro de Día.

4. *Horario*

El que, de acuerdo con las funciones propias de residencia, sea complementario con el horario del Centro de Día. Siempre que sea posible, a criterio del equipo técnico, se procurarán salidas de fines de semana y de vacaciones al domicilio familiar.

5. *Personal*

Se aplicarán los mismos criterios de selección y funciones de los cuidadores expuestos en el apartado correspondiente de personal del Centro de Día. La plantilla de personal será:

1 director psicopedagógico.

1 cuidador, más un auxiliar en prácticas cada 6 pacientes con el siguiente horario: de 7 a 9 y de 17 a 23 horas.

2 cuidadores, más 1 A.T.S. que también hará funciones de cuidador en el turno de noche por cada 30 disminuidos.

1 asistente social con dedicación parcial.

1 persona de limpieza.

1 cocinera.

1 auxiliar de cocina.

1 lavadora encargada de la ropa.

La ratio de todo el personal no será inferior a 0,62.

6. *Condiciones de admisión*

Los requisitos para ingresar en la residencia son similares a los previstos en el apartado correspondiente del Centro de Día, y solamente existe la diferencia en cuanto al tipo de centro para el cual los centros de atención a disminuidos hacen la valoración.

7. *Asistencia*

Las funciones propias de la residencia serán aquellas que aprovechando las actividades de la vida diaria tienden a mejorar los hábitos de autonomía personal, comunicación y conducta, así como el tener cuidado de la atención médica y farmacológica. El equipo técnico se compondrá de:

— Director psicopedagógico.

— Médico.

— A.T.S.

— Cuidadores.

— Asistente social.

4.1.3. **Distribución de espacios**

Los espacios que habría de tener el Centro de Día, según los criterios, planificación y distribución en metros cuadrados son:

- 5 salas didácticas.
- 3 baños.
- 1 almacén general.
- 1 servicio-vestuario de personal.
- 1 sala de personal.
- 1 almacén de aperos de limpieza.
- 1 área técnica.
- 1 área de electricidad.

Espacios compartidos por el Centro de Día y la residencia:

- 2 salas polivalentes.
- 1 sala de fisioterapia.
- 1 despacho de Asistencia Social.
- 1 despacho polivalente (médico-enfermera).
- 1 despacho de dirección.
- 1 despacho de administración.
- 1 cocina.
- 1 despensa.
- 1 ropería.

Espacios destinados exclusivamente a la residencia:

- 10 dormitorios.
- 1 enfermería.
- 1 despacho del cuidador de noche.
- 2 almacenes de ropa limpia.
- 2 almacenes de objetos de los residentes.
- 1 almacén de ropa limpia de la residencia.
- 1 almacén general.
- 1 vestuario-lavabos de personal.
- 1 almacén de aperos de limpieza.
- 1 área técnica.
- 1 área de electricidad.

Las dimensiones de estos espacios se habrían de ajustar a las establecidas en el documento *Definición y criterios de los Centros para Disminuidos Psíquicos*, publicado por el ICASS en diciembre de 1985. De acuerdo con este documento, los totales de superficie serían:

— Total superficie útil	796 m ²
— Accesos-circulación-paredes (30 %)	239 »
— Total superficie construida	1.035 »
— Superficie libre exterior	200 »

4.2. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA DE UN CENTRO DE DÍA Y DE UNA RESIDENCIA PARA DISMINUIDOS PSÍQUICOS

Realizar una propuesta como la mencionada supone la conformidad con los siguientes aspectos:

1. Interés de la institución en continuar trabajando en el campo de los deficientes, actualizando el modelo de intervención. Esto supondría una renovación importante en este área que en caso contrario estaría destinada a extinguirse.

2. Existencia de una población de disminuidos psíquicos en la comarca del Baix Llobregat que necesitan una atención de acuerdo con sus características. En concreto nos encontramos con un número creciente de disminuidos psíquicos ligeros con problemas de conducta que ya trabajan en un taller, pero que no pueden permanecer en su casa porque la familia no los puede tener.
3. El cambio que se está produciendo en los criterios de atención a los disminuidos a causa de la constatación real de que muchos presentan trastornos psíquicos asociados que necesitan ser tratados. Esto comporta afrontar la creación de un nuevo equipamiento que aborde también los mencionados trastornos psíquicos y que no se quede exclusivamente en la disminución psíquica. Ello se podría hacer en base a la experiencia que en este campo tiene una institución como la nuestra.
4. Mejorar los recursos del área de deficientes con el establecimiento de nuevos conciertos con la Generalitat que pueden ayudar a diferenciar más los deficientes de los que no lo son.
5. Aceptar la posible creación de una red de atención a los disminuidos con los equipamientos ya existentes, los que se puedan crear y la coordinación con los equipamientos de otras instituciones. Esto supondría que, además de las funciones otorgadas al Centro de Día y a la Residencia, los pabellones ahora existentes en el área de deficientes estarían destinados a la hospitalización de los disminuidos con manifestaciones psiquiátricas sobreañadidas.

La mencionada hospitalización acabaría cuando se consiguiese la remisión de las manifestaciones psiquiátricas, derivándose a los otros equipamientos que correspondan (Centro de Día, Residencia, Taller, etc.). Todo esto teniendo en cuenta que disminuirá sensiblemente el número de internos del área a causa de su edad.

BIBLIOGRAFÍA

1. DE AJURIAGUERRA, J.: *Manual de Psiquiatría Infantil*. Ed. Toray-Masson, Barcelona, 1979.
2. ARTIGUE, J.: *El disminuït psíquic vist des d'un enfocament assistencial*. Comunicació presentada a les I Jornades sobre els drets humans dels Disminuïts Psíquics, Barcelona, novembre, 1987.
3. ARTIGUE, J.; BORRELL, L.; CARVAJAL, E.; GARCÍA, J.; SENZ, M. y VAQUERIZO, A.: *La atención a los Deficientes Mentales: experiencia y criterios aplicados en la Unidad de Deficientes del Hospital Psiquiátrico Ntra. Sra. de Montserrat*. Pendient de publicació.
4. BARNADAS, J.: *Estudi quantitatiu dels Disminuïts a Catalunya*. Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya, 1986.
5. *Valoración de la discapacidad de los trastornos mentales*. B.O.E. 17 de marzo de 1984.
6. *Conceptos sobre Deficiencia Mental*. Escuela de Psiquiatría, Hospital Psiquiátric Ntra. Sra. de Montserrat, Sant Boi de Llobregat, 1983.
7. *Programació Àrea Deficients Mentals*. Hospital Psiquiátric Ntra. Sra. de Montserrat, Sant Boi de Llobregat, 1987.
8. *Pla d'actuació social (1988-1991)*. I.C.A.S.S., Barcelona, 1987.
9. *Definició i criteris dels Centres per a Disminuïts Psíquics Profunds*. I.C.A.S.S., Barcelona, 1985.
10. *Ponència sobre Disminució Psíquica*. Presentada a les Jornades per a l'Ordenació Psiquiàtrica a Catalunya. Barcelona, novembre de 1985.
11. SANJOSÉ MIRALPEIX, J.: *Hospitals Psiquiàtriques i Deficiència Mental*. Revista Voraviu, n.º 5, Barcelona, març-abril de 1984.
12. *Subnormales Profundos*. Servicio Internacional de Información sobre Subnormales, San Sebastián, 1974.

LH

3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ANCIANO, PROBLEMÁTICA INSTITUCIONAL

Josep Fuguet Ferrer
Médico (D.E.)

Montse Gozano Rubio
(D.E.)

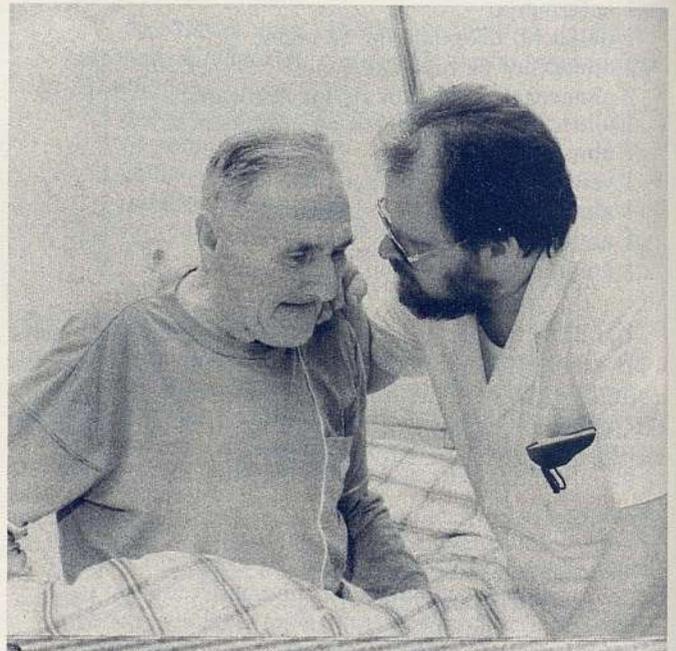
Todo ser humano tiene algo único que transmitir a los demás, la clave está en saber escuchar. El mundo de la Enfermería es un campo amplio de experiencias en este sentido que pone en contacto a las personas, sus vivencias y su mundo particular.

Los ancianos no constituyen un grupo homogéneo sino todo lo contrario, presenta una heterogeneidad sin rival, el envejecimiento en sí mismo transcurre de forma muy personal. Los cuidados de enfermería que no se basan en el conocimiento individual y en la relación interpersonal no pueden mejorar la calidad de vida del usuario.

La enfermera geriátrica como conocedora de los problemas que rodean la existencia de los ancianos, debe ser capaz de valorar y calificar el potencial humano de su entorno a fin de influir en la participación de los mismos en la satisfacción de sus necesidades de salud.

Las instituciones representan una alternativa de vida para muchas personas; por ello, deben ofrecer un equipo de profesionales capaces de determinar la naturaleza de los cuidados y hacer realidad el objetivo referente a la calidad de vida.

En el presente artículo se analizan algunos aspectos del colectivo anciano que convive en instituciones y se proponen formas de vida alternativas cuyos protagonistas son tanto los ancianos como los profesionales de enfermería.



I. Introducción

La institución geriátrica es una realidad que forma parte de nuestra sociedad actual.

La moderna revolución industrial, el fenómeno urbanístico, el hecho migratorio de los jóvenes, junto a la nueva concepción de estructura familiar, en la que la familia patriarcal queda sustituida por la familia nuclear (cónyuges más uno o dos hijos) y cuyas posibilidades y recursos son distintos, originan nuevas formas de vida más independien-

tes y en donde la ubicación de los ancianos es como mínimo discutida.

La solución arbitrada, especialmente para los ancianos con problemas de salud, es el ingreso en una institución, en cualquiera de sus diversas formas.

Para estas personas, la institución suele ser su domicilio definitivo.

Haciendo un repaso de los establecimientos donde tradicionalmente se ha albergado a los ancianos, debemos citar: los asilos, en los que convivían ancianos y huérfanos; los hospitales municipales o provinciales en los que se reserva cierto número de camas para ancianos enfermos; las residencias, de creación más reciente y, por último, los centros de larga estancia, llamados también centros geriátricos, donde ya su denominación (geros = anciano, iatros = enfermedad) define la peculiaridad de los usuarios.

Tanto las residencias, de carácter más social, como los centros geriátricos de carácter más sanitario, han intentado cambiar el espíritu benéfico que presidía la atención de los ancianos por una asistencia profesionalizada y científica.

Consecuencia de ello es que los profesionales de enfermería, junto a otras profesiones sanitarias, constituyan parte de la plantilla laboral de dichos establecimientos.

Al mismo tiempo han ido adecuando sus instalaciones para lograr mayor funcionalidad y hacer olvidar las antiguas y frías estructuras asilares de principios de siglo.

No obstante y a pesar de las innovaciones arquitectónicas, el ambiente y la dinámica de las modernas instituciones no han logrado mejorar el resultado de los cuidados.

Los diversos aspectos de la vida de las personas que allí residen continúan desarrollándose en un mismo lugar, con los mismos compañeros y bajo una dirección, a menudo normativa y autoritaria con nulas esperanzas de reinserción en los grupos de origen.

Llegados a este punto, se pone de manifiesto que en la mayoría de instituciones geriátricas conviven dos colectivos humanos en controversia. Por una parte los ancianos internados, portadores de unos valores, necesidades y demandas que, a menudo, por el simple hecho generacional, están lejos de ser comprendidas y, por otra parte, el personal sanitario con sus particularidades.

En el presente artículo pretendemos mostrar *la necesidad de adecuar la labor de enfermería a las demandas de los ancianos* a fin de contribuir, con una *nueva visión y respuesta* a la problemática asistencial en las instituciones geriátricas.

II. Necesidades y demandas de los ancianos. Respuesta de enfermería

Es evidente que el objetivo de Enfermería es CUIDAR, es decir, atender a los seres humanos que se enfrentan con problemas existenciales, que se traducen frecuentemente en necesidades y demandas de salud.

La enfermera geriátrica, para poder precisar cuáles son

las necesidades de los ancianos, debe tomar como punto de partida el concepto de *Hombre*, ya que, a pesar de los años, el anciano es por encima de todo un ser humano.

El hombre es el único ser de la naturaleza dotado de cuerpo, espíritu y humanidad; formando en él un todo integral. Este conjunto funciona como un sistema abierto, intercambiando materia y energía. En constante evolución a través del ciclo vital, se somete a influencias externas e internas que le conducen a la muerte.

El anciano es el hombre que vive en la última etapa del ciclo vital a la cual llamamos vejez.

La vejez, nos dice el doctor Coderch¹, «ha de ser considerada como otra de las fases del desarrollo en el curso vital de cada persona, en el sentido que no es estática, y que las respuestas defensivas ante los déficits somáticos y psicosociales son las manifestaciones de esfuerzos de adaptación, tal como se dan en las otras etapas frente a las dificultades que se presentan».

Si el anciano es capaz de responder y adaptarse positivamente a los cambios que en él y en su entorno se producen, para conseguir «aquella manera de vivir que es autónoma, que es solidaria, que es satisfactoria» dentro de sus posibilidades, sólo entonces podremos afirmar que nos encontramos ante un anciano *sano*. Si, contrariamente, por alguna razón, la capacidad de respuesta y adaptación resulta insuficiente tendremos un anciano *necesitado*.

El doctor Jordi Gol², nos decía al respecto: «Se puede, por ejemplo, estar enfermo de una manera sana o insana: se estará enfermo de una manera sana cuando el organismo actúa al máximo en el combate de la causa que lo ha enfermado...» «... Una persona no enferma será igualmente sana o insana según que se realice más o menos y según responda más o menos positivamente a las imposiciones del medio».

Además de su edad, una de las características que les hace más vulnerables frente a la enfermedad es la fragilidad tanto en el plano somático, psicológico, como en el socio-cultural.

Para Demichelis³ los ancianos padecen tres tipos de *enfermedades*: los padecimientos físicos; las alteraciones psicomentales; y la enfermedad social, que por dificultades económicas y por abandono lo convierte en un verdadero marginado de la sociedad.

Es en los establecimientos geriátricos, también llamados de larga estancia o sanito-sociales, donde la política sanitaria del país ha dispuesto que se atienda a gran parte de los ancianos *frágiles, enfermos*, o para utilizar un término más amplio, *necesitados*. En ellos, el personal de enfermería es quien tiene la responsabilidad de responder a la mayoría de las necesidades y demandas que sus usuarios presentan.

Aunque, básicamente, todos los hombres tienen las mismas necesidades a satisfacer que les permitan permanecer en salud, es constatable que no todos perciben por igual un mismo déficit. Ello depende de diversos factores ya sean de tipo genético, social, cultural e incluso económicos.

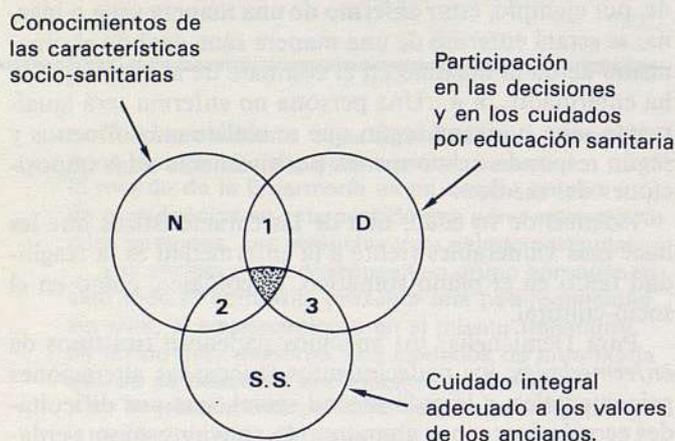
El personal de enfermería, como ser humano, posee también una manera peculiar de percibir ciertos déficits; percepción que suele ser distinta de la de los ancianos, puesto

que éstos pertenecen a una generación muy distante en condiciones socioculturales y en educación sanitaria de la de los cuidadores, aunque éstos no fueran profesionales.

Estas distintas formas de percepción, del entorno hacen que una necesidad *subjetiva*, puesta de manifiesto o no, no se corresponda forzosamente con una necesidad *objetivada*, siendo también la manera de evaluarla distinta según lo haga el *necesitado* o el *profesional*. Cuando alguien percibe o siente una determinada necesidad y la expresa, dicha necesidad se convierte en demanda. Será *potencial* si los profesionales no pueden objetivarla con sus actuales medios de análisis; será *evidenciable* si es constatada tanto por el necesitado como por el profesional, pero demanda al fin y al cabo, *puesto que los recursos* de que disponen ambos *son insuficientes para satisfacerla*.

III. Necesidades-respuesta de los servicios sanitarios

La figura adjunta quiere representar, esquemáticamente, de qué modo vienen convergiendo las necesidades, las demandas y los servicios de salud (en nuestro caso los de enfermería). El área de intersección de los tres *conjuntos* a menudo es bastante pequeña. Vemos en la figura que se



- N Necesidades.
- D Demandas.
- S.S. Servicios de salud.
- 1 Necesidades demandadas sin atención.
- 2 Necesidades atendidas sin demanda.
- 3 Demandas atendidas sin necesidad.
- ▽ Necesidades demandadas y cubiertas por el personal sanitario.

pueden dar atenciones a necesidades que no se corresponden con demandas sin que existan necesidades; así como necesidades demandas que no son atendidas.

Para que el grado de convergencia sea total, la meta de los profesionales sanitarios, en este aspecto, debe ser: «Mejorar la calidad de vida de los ancianos».

Para ello será preciso plantearnos tres puntos fundamentales:

1. Conocimiento de las *características* del grupo, es decir, conocer los aspectos sociales, sanitarios, condiciones de vida, etc., que nos ayudarán a comprender sus demandas de atención.
2. Facilitar la *participación* de los ancianos en la toma de decisiones con respecto a la satisfacción de sus necesidades de salud, por medio de una adecuada educación sanitaria.
3. Optimizar *los cuidados de enfermería* dirigiéndolos hacia el cuidado integral y adecuándolos a los valores del anciano, consiguiendo así mejorar la calidad y eficacia de los cuidados.

IV. Objetivo: mejorar la calidad de vida del anciano

1. Conocimiento de las características de los ancianos. (Elementos sociales)

Tengamos presente que, como personas, los ancianos tienden a vivir en grupo (familia, clubs, asociaciones, hogares...) los cuales vienen determinados por las distintas motivaciones que, en un momento y por unas circunstancias dadas, poseen los individuos, y definen sus intereses.

Entendemos pues, por ello, que conociendo las características del grupo podemos llegar a conocer de forma global las necesidades de las personas que lo componen y así poseer un punto de partida y una base referencial que nos sirva de indicador en nuestra labor asistencial.

En este apartado pretendemos aproximarnos al conocimiento de las características socio-sanitarias de los ancianos que viven en los establecimientos geriátricos. Para ello, partiendo de nuestra propia experiencia, nos basaremos en las encuestas y bibliografía existente sobre el tema, lo que nos permitirá fundamentar nuestra posterior valoración de una forma más objetiva.

Así pues, y a través de los resultados obtenidos, confirmemos los datos que a continuación exponemos: que en los ancianos actualmente institucionalizados predomina el sexo femenino sobre el masculino; que *la edad media*, para el conjunto de hombres y mujeres, se sitúa cerca de los ochenta años; que al diferenciar entre los dos sexos, las edades en los hombres son significativas entre los 75 y 80 años y en las mujeres entre los 80 y 85.

Respecto al *estado civil*, se aprecia una frecuencia muy notable de solteros y viudos.

En cuanto al *nivel de instrucción* que poseen los internados se constata que en general es bastante bajo. Podemos decir que se corresponde a conocimientos elementales de lectura y escritura y algo más modestos para el cálculo. Es de destacar, a su vez, un cierto grado de analfabetismo que en algunas encuestas lo sitúan en un 11 %.

La clase social y los *recursos económicos* de los residentes son factores que vienen parejos. La mayor parte perte-

necen a lo que entendemos como clase media y media baja, con profesiones de *obreros no cualificados* o bien de amas de casa, preferenciales en el caso de las mujeres, aunque en estas hay un número considerable que ha trabajado por cuenta ajena. La profesión, en el caso del hombre, y la pensión de viudedad, en el de la mujer, condiciona su actual poder adquisitivo. Concretando, diremos que los recursos económicos con que cuentan las dos terceras partes de los ancianos/as institucionalizados no son superiores a las treinta mil pesetas.

Otro punto interesante a destacar son los *motivos de ingreso* que los propios ancianos atribuyen a la soledad, los problemas de salud y los de convivencia familiar.

Estado-salud: Como características propiamente sanitarias citaremos la pluripatología y la cronicidad señaladas por Salgado Alba⁴. Hans Franke⁵ en un estudio hecho sobre 7.896 pacientes no ingresados y 786 pacientes estacionarios observó que el número de alteraciones determinadas en un enfermo, tanto en diagnósticos principales como secundarios, aumentaba con los decenios. Resultados semejantes comunicó Howell en 1963, desde el punto de vista anatomopatológico.

Clínicamente se diagnostican un promedio de 4 a 5 enfermedades por anciano. Mediante diagnósticos anatomopatológicos las cifras oscilan entre 6 y 9 e incluso algunos autores las cifran en 11.

Estos datos que han sido determinados por *técnicos* y por lo tanto pueden ser considerados como objetivos, contrastan con las 1,4 enfermedades que en media manifiestan tener los propios ancianos, según se señala en el estudio sociológico *El libro blanco: el médico y la tercera edad*. En dicho libro se cita que «las enfermedades de mayor prevalencia en la población de la tercera edad la constituyen la tríada de: reumatismos, cardiovasculares e hipertensión».

Dependencia: Además de la pluripatología y la cronicidad, es necesario señalar el *carácter invalidente* que adquieren ciertas afecciones que padecen los ancianos como son las fracturas de fémur, la insuficiencia respiratoria, la insuficiencia coronaria, los *reumatismos*, los accidentes vasculares cerebrales... También es de mencionar la gravedad con que se presentan las enfermedades agudas (por ejemplo la gripe) así como la frecuente agudización de las enfermedades crónicas, en parte debido a la falta de adaptabilidad de los mecanismos homeostáticos y en parte debido al *desgaste* de la mayoría de órganos y sistemas. Todo ello condiciona, en muchas ocasiones, formas especiales de presentación sindrómica de las enfermedades de los ancianos.

Otra característica sanitaria que podemos destacar es la *sobremedicación* de que son sujetos los ancianos institucionalizados lo cual puede suponer efectos iatrogénicos.

Decir, por último, que nuestra experiencia cotidiana nos demuestra que, independientemente del tipo de enfermedad que presenten los ancianos, hay una serie de manifestaciones comunes en el conjunto de los *pacientes* institucionalizados que afectan a las necesidades de seguridad y autoestima, y son competencia de los cuidados de enfermería.

2. Facilitar la participación de los ancianos en la toma de decisiones con respecto a la satisfacción de sus necesidades de salud

El hecho de vivir en institución tiende a despersonalizar los cuidados, provocando el desinterés de la mayoría del colectivo anciano en participar de la dinámica establecida, con la consiguiente dependencia del personal que les cuida.

En la medida en que el anciano comience a tomar parte activa en las decisiones con respecto a su salud, podrá responder a las mismas y aumentar su grado de autonomía.

Capacidad de decisión → ↑ Capacidad de respuesta → ↑ Autonomía

Enfermería debe ser el artífice de esta incorporación del anciano en la dinámica institucional a través de la adecuada educación sanitaria.

La organización de una vida individual, dentro de la institución, es algo que requiere tener presentes tres aspectos.

- Integridad personal (física, psíquica y social).
- Suficiente capacidad de respuesta a las necesidades (respeto a los hábitos de vida).
- Reconocimiento social.

Se trata, pues, de iniciar en común la planificación de los cuidados del anciano basándose en la historia personal, individual, en todo aquello que concierna a sus hábitos de vida, sus creencias y valores. Sólo así se percibirá la atención personalizada.

Evidentemente no se puede disociar el grado de participación y el grado de socialización personal, es decir, la integración en la vida colectiva. Por tanto, la institución debe ser el lugar capaz de reunir las experiencias y observaciones de todos sus componentes a fin de establecer los objetivos y estrategias adecuadas a cada caso.

3. Optimizar los cuidados de enfermería

Íntimamente ligado a los puntos anteriores, este aspecto es fundamental y es condición indispensable para que aquellos se cumplan.

El usuario debe percibir la institución como una alternativa de vida no como un exilio, un lugar donde espera la muerte, y quien debe hacerlo posible es el personal de enfermería a través de su aproximación y cuidado al usuario.

Es preciso, pues, empezar a adoptar un modelo de cuidados de Enfermería que nos permita mejorar la calidad de la atención.

La misión del equipo, además de los cuidados técnicos que debe procurar, atiende los problemas de integración en la institución, lo que requiere una formación específica particularmente en el campo de las relaciones interpersonales.

Por ello consideramos fundamental la adopción de una teoría que se basa en la relación y en el autocuidado.

D. Orem basa su modelo de Cuidados en el autocuidado y la actuación de enfermería se inicia con la valoración

del paciente para poder detectar sus problemas individuales y establecer los objetivos del cuidado. Para su ejecución se tendrá en cuenta la capacidad del usuario para poder satisfacer sus necesidades.

Asimismo, plantea la educación sanitaria como base para compensar los déficits personales para el autocuidado.

H. Peplau, a pesar de definir su modelo de cuidados más cerca del paciente psiquiátrico, aporta la relación al papel que la enfermera debe desarrollar.

Considera que Enfermería debe:

- Aportar respuestas específicas a los problemas que plantea el usuario a través de la información y educación sanitaria.
- Respeto e interés por la persona y por el proceso que afecta a su equilibrio o integridad.
- Observación para conocer al paciente a fin de mejorar el cuidado.
- Sustituirle en las ocasiones en que precise.
- Aconsejarlo cuando precise.

Por tanto, la relación se produce persona/persona al mismo nivel, la enfermera actúa como persona de recursos tanto a nivel de experto en cuidados especializados como sustituto material en la expresión de temores y conflictos,

mientras que el paciente es la persona que demanda ayuda en la búsqueda de solución a su problema.

La adopción de una u otra teoría depende y es responsabilidad directa del equipo que vaya a ponerla en práctica; es posible que ningún modelo se adapte en su totalidad, pero es cierto que enfermería debe guiar su actividad de forma sistemática.

Bibliografía

1. CODERCH I DE SANS, JOAN: *L'envelliment i la vellesa*. IX Congrés AMIEU, Llibre ponències 112, Barcelona, juny, 1983.
2. GOL, JORDI: *La Salut, Annals de Medicina*. Vol. LXIII-7 (1025-1040). Acadèmia de Ciències mèdiques de Catalunya i Balears, Barcelona, juliol, 1977.
3. DEMICHELIS, MIGUEL ÀNGEL: *Gerocultura. Medicina preventiva en la tercera edat*. Direcció General de Salut Pública, Madrid, 1979.
4. SALGADO ALBA, A.: *Características de las Enfermedades de geriatría, Medicina 50*. Mayo 1983, IDEPSA, Madrid.
5. FRANKE, HANS: *Polipatía y multimorbilidad en la senectud*. Medizinische Klinik 236, junio, 1981.
6. HOWELL, F. H.: *Multiple Pathology in a septuagenarian*. S. American Geriatric, Soc 16.

LH

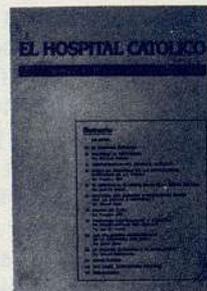
- LA ORACIÓN DEL CRISTIANO EN LA ENFERMEDAD N.º 137 (1971)
- EL ABORTO (1977) (agotado)
- ACERCAMIENTO AL MORIBUNDO, EUTANASIA, DISTANASIA Y MUERTE (1979) (agotado)
- PLANIFICACIÓN FAMILIAR (1980) (agotado)
- DERECHOS DEL ENFERMO N.ºs 179-180 (1981)
- PASTORAL SANITARIA (Todos responsables) N.º 185 (1982)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

DESARROLLO MEDICO, SOCIOLOGICO, PSICOLOGICO Y ETICO



DERECHOS DEL ENFERMO



Pídalos a la dirección de la Revista

4. LA AGONÍA DE UN CREYENTE

El arte de morir, y de morir aprisa

Mariano Galve Moreno

Redactor de LABOR HOSPITALARIA

Mucho se ha hablado de enfermedades y medicina, pero pocas veces ese lugar antropológico, tan denso de humanidad, ha sido apresado en las redes del lenguaje. Este espacio, donde habitan los miedos infantiles y las más sofisticadas técnicas, tan poblado de fantasmas y de crueles realidades, es esquivo a la palabra. Esa trinchera donde pelean, hasta el fin, los más primarios elementos de vida y muerte, la vemos casi siempre entre humo y fuego y, más frecuentemente aún, sólo desde un ángulo: el de los vencedores o el de los derrotados.

Pocas veces aparecen solo y todos sus personajes; y, todavía más difícil, pocas veces se nos muestran como son, sin maquillaje.

LABOR HOSPITALARIA ha conseguido este texto privilegiado, rebosante de sustancia antropológica. Su relato es directo y vivo, por tanto apasionante. No hay, en él, ninguna concesión a la retórica, como si la vida —aquí la agonía y la muerte, que son otros modos de vivir— palpítase en cada palabra y cada frase.

El texto es fruto de ese arte de conectar el corazón a las teclas de la máquina para que sean sus latidos los que compongan las palabras. Texto para leer, y releer, porque, en él, parámetros básicos de nuestra existencia se hallan presentes en su más nítida y concisa realidad. Vida-muerte, lucha-abandono, salud-enfermedad, aceptación-rechazo, pérdida de sentido-religión. Todos estos binomios tensionales, que acompañan la existencia, se hallan planteados y resueltos en el texto.

Un buen texto.

Un bello y apasionante texto.



Día 12 de enero de 1988. Acabo de ser operado de una hernia inguinal bilateral y, a diferencia de las otras nueve operaciones, en ésta he podido estar consciente, incluso disfrutando, gracias a la anestesia epidural. Ahora, al principio de la noche, cuando la sensibilidad vuelve, el dolor se localiza con intensidad en el bajo vientre. Sé que no voy a poder dormir y, como siempre, mi primer pensamiento es para los otros. Tengo en cuenta a todos aquellos que, en este hospital, tampoco podrán dormir por la angustia o el dolor. Es, en mi caso, el habitual momento del encuentro espiritual con los que sufren y de ese individual momento de comunión que sólo conocen aquellos que han sido visitados, frecuentemente, por la desgracia y por la pena.

Y, ¿cómo no?, mi primer pensamiento se dirige, con fuerza, hacia la habitación 117 de este hospital que recogió el último suspiro de mi hermana. En ella, en la habitación 117, sólo había morado una noche. Había ingresado el día anterior, herida de dolor y de muerte, con su diagnóstico cruel: *Tumor maligno mesenquimal, compatible con rhabdomyosarcoma pleomórfico; casi sin posibilidad de tratamiento* estará escrito en tu historia. Una sola noche, la noche del 7 al 8 de abril de 1981. Una noche para ti, hermana, llena de agonía y de jaculatorias. Falleciste al amanecer.

A pesar del inyectable de nolotil, el dolor se hace más quemante en mis heridas; pero es también el dolor el que afina mi sensibilidad y mi memoria.

Todo empezó... Todo empezó así.

Todo empezó con una llamada telefónica de tu superiora en la primera semana de marzo de 1981: *Mira, tu hermana está muy decaída, ven tú a ver si la animas*. Subí a Seo de Urgell el día 7, sábado, y te encontré en la cama con tu inmenso dolor en la cadera izquierda, tu tos seca y tu doble tumoración en el cerebro. Bromeamos acerca de la necesidad de *ir para allá arriba ya que, en el año anterior, yo estuve a punto de morir y, arriba, no me habían querido*. Celebré la Eucaristía a tu Comunidad y, cosa rara en ti, tú no te levantaste. Te llevé la comunión a la cama. Lo mismo al día siguiente, primer domingo de Cuaresma. El lunes pudimos hablar largas horas. Como en tantas ocasiones llevamos a cabo ese diálogo profundo; diálogo fruto de la sangre, de parecida trayectoria espiritual y de ese reflejo compartido: la habitual costumbre de contarnos todo aquello que de significativo sucedía en nuestras vidas. A lo largo de todo un día, tuviste todo el tiempo para derramar tus temores, disgustos y ansiedades. El cáncer —la primera, y para ti última, palabra cruel— estaba destrozando tu cuerpo, pero tu espíritu sólo tuvo ese día de peligro. El día anterior, primer domingo de Cuaresma, fue el día de las tentaciones de Jesús. Este lunes, también en vísperas de tu muerte, era tu día de tentación; el día de la raíz mala del odio y de la ira; el día ebrio de la venganza y de la destrucción. A tu cama llegaban las oleadas de la rabia y la impotencia y, en tu interior, sufrías el dolor de los buenos: el sentirte abandonada y sola, injustamente tratada en tu cuerpo y en tu espíritu. Pero yo te conocía bien. Tu estilo directo —casi hosco y agresivo— se fundía siempre en la aceptación y el olvido.

El martes pasé a Andorra y, a mi vuelta, tu superiora

me dijo que había decidido bajarte a Barcelona. Faltaba el informe sobre la laminilla del fragmento de tejido que había sacado para la biopsia cuando te extirparon los tumores de tu cabeza. Quedamos, con tu superiora, que yo llamaría al Servicio de Anatomía Patológica de Lérida por si nos podían adelantar el resultado. Así lo hice. Seguramente me confundieron con un médico de Seo, pues el diagnóstico no pudo ser más directo y cruel: *Tenías un cáncer, un tumor maligno, en su tipo más raro. Que era impresionante ver, al microscopio, los elementos celulares enormemente poliformes y atípicos, con sus células gigantes plurinucleadas. Que era un cáncer muy agresivo, tanto que no sólo avanzaba por vía venosa, sino también por todos los conductos linfáticos. Que él estaba totalmente seguro que no había ninguna solución*. Allí estaba yo, atónito, con el teléfono en el oído, escuchando la sentencia más terrible sobre alguien a quien todos mis hermanos dicen que es mi preferida. Sólo pude iniciar una tímida protesta *el por qué, si era así de tremendamente grave, habían retenido el informe tanto tiempo*. La contestación sólo mereció el perdón y el olvido. Cuando colgué el teléfono, lloré amargamente. Acepté, allí mismo, tu muerte. Y mi llanto no tenía ni un gramo de desesperación o rebeldía. En mi interior no se levantó ninguna defensa, y la verdad cruel entró directa, limpiamente, sin aristas tortuosas. El abundante torrente de mis lágrimas nacía de la misma fuente que la del día de mi ordenación sacerdotal cuando, al echarme el lazo de los zapatos, eché en falta tu presencia. Eran otros tiempos y tú, religiosa de clausura, ni siquiera podías venir a mi fiesta. Ahora *sabía que te perdía* y, para mí eras tan querida, que tenía que llorar necesariamente. Tú te diste cuenta en seguida y preguntaste: *Tienes los ojos rojizos, ¿has llorado?* Y aquel fue el único engaño: *Seguramente me habrá hecho daño la nieve y el sol*.

Aquella misma tarde bajamos a Barcelona. Yo sabía que era tu último viaje y, por tanto, toda mi sensibilidad se había vuelto receptiva: tus alumnas, jugando en el patio, a quien tanto habías querido, y que no volverías a ver..., la montaña del Cadí, con su solemne belleza, que tanto te gustaba contemplar... Era, además, una tarde lujuriosamente bella: por la serpenteante carretera la garganta de Organyà se abría paso entre montañas llenas de sol..., el río Segre se dilatava en el embalse de Oliana... El verde de la primavera se imponía, con descarada fuerza, por encima del amarillo sucio de las riberas del río y por debajo del azul-blanco de un cielo luminoso... Pero tú, que tanto amaste la naturaleza y los colores, ibas en el asiento de atrás, conquistado tu cuerpo por la enfermedad y cosido por los dolores. Hicimos un alto en el camino, y todavía no sé como pudiste bajar aquellas empinadas escaleras del Lavabo con tu cadera izquierda carcomida.

Llegamos al Hospital de San Pablo al anochecer y, ya allí, te secuestraron en Urgencias. La estrecha camilla en la que reposaste, después de un viaje para ti infernalmente doloroso, fue —lo supe al día siguiente— tu compañera de aquella larga noche. Te despedí en el umbral del oscuro y largo pasillo y, saliendo al jardín del hospital, pude llorar de nuevo mientras intentaba comunicar, entre sollozos, todo tu mal a nuestra hermana, que nos había esperado en el hospital toda la tarde.

A la mañana siguiente fuimos recibidos por la doctora de guardia.

El diagnóstico telefónico se confirmaba, en su más extensa e intensa gravedad: *Probable histofibrosarcoma, con metastasis múltiples, de origen desconocido. Por el momento, se habían encontrado metastasis pulmonares, óseas y calota craneal. Posiblemente hallarían otras metastasis que, por falta de tiempo, no se encontraban preparados para incluir en el diagnóstico. Habían solicitado resultado de la biopsia del Instituto de Anatomía Patológica de Lérida, junto con la laminilla de muestra, para poder seguir investigando en el laboratorio del hospital. Que el pronóstico era francamente malo y las posibilidades escasas.*

Ya fuera, en la sala de espera del consultorio de Urgencias, empecé de nuevo a llorar, sin ninguna vergüenza, delante de la gente. Los dos amigos, que me acompañaban, estaban a mi lado impotentes, admirados de que yo, tan seguro y fuerte en muchos aspectos, pudiera llorar como un niño.

Aquella misma tarde ingresaste en el Pabellón de Oncología del Hospital de San Pablo, en la cama 88. Y allí permanecerías los 27 días que duró tu agonía. Todo ese largo tiempo de tu individual cuaresma.

Al día siguiente, doce de marzo, te llevé la Comunión y, como es mi costumbre, te hice, también, partícipe de la Mesa de la Palabra. Aquel día, jueves de la primera semana de Cuaresma, toda la Iglesia había escuchado a Dios por boca de Ester: *La reina Ester, temiendo el peligro inminente, acudió al Señor en estos términos: Señor mío, único rey nuestro, protégeme tú, Señor, que lo sabes todo. Después, alrededor de tu cama 88, hacíamos silencio para, desde él, asimilar la ración de palabra y de pan. Intentábamos, así, que se cumpliera en nosotros lo que hacía dos días, aquel mismo de tu descendimiento de Seo, nos anunciaba el profeta Isaías: Así dice el Señor: Como bajan la lluvia y la nieve del cielo, y no vuelven allá, sino después de empapar la tierra, de fecundarla y hacerla germinar, para que dé semilla al sembrador y pan al que come; así será la palabra que sale de mi boca: no volverá a mí vacía, sino que hará mi voluntad y cumplirá mi encargo. A ti, que te faltaban fuerzas cuando te invadían todos los males del mundo, nunca te faltó, desde ese día, tu ración abundante en la mesa del pan y de la palabra, que es propia de los hijos de Dios. Tampoco te faltó mi compañía. Después de la Palabra y la Comunión, cogía tu mano, tú cerrabas los ojos y, así, permanecíamos en intensa actividad asimilativa, hasta que algo o alguien interrumpía nuestra meditación.*

El médico, jefe de servicio, te visitó el día 13, viernes. Cuando hubo terminado hablé con él en su despacho. Me confirmó en los más negros presagios: *Nos encontrábamos frente a un tumor maligno de carácter raro y extraño. El segundo caso que él, en su praxis oncológica, ha conocido. Es un cáncer virulento y rápido; destroza y arrasa con saña. Añade, a las metastasis que yo conocía, las del hígado, con hepatomegalia de 7 cm. Desconocen el lugar de su origen, «la madre», aunque sospechan que pueda provenir del tiroides, por lo que te prescribirán una gammagrafía tiroidea. Pactó con él tres puntos:*

1. Que no me oculte nada.
2. Que no te haga sufrir demasiado.
3. Que no se encarnicen contigo de modo innecesario.

Tú me estabas esperando. Tu fina percepción estaba alerta, sabiendo la importancia de los momentos siguientes. Preguntaste con parquedad de palabra, pero poniendo en tu mirada esa avidez interrogativa de todos los enfermos del mundo: *¿Has visto al médico?* Yo afirmé con la cabeza. Seguiste preguntando: *¿Y qué te ha dicho?* Yo contesté: *Que estás muy malita.* Entonces, llevando la mano hacia las tumoraciones de tu cabeza, que brotaban de nuevo con fuerza, seguiste indagando: *¿Entonces esto?* Yo afirmé: *Sí, ha dado positivo.* Como respuesta sólo te permitiste una exclamación de comprensión: *¡Ya!* dijiste, como confirmando tus amplias dudas en los más sombríos temblores. Te dejé sola, y marché a la salita de la planta, dándote ocasión y tiempo para que fueras tú misma la que plantearas las estrategias y tuvieras la libertad de elegir el modo de cómo querías recorrer el poco camino que te quedaba. Allí, en la salita de la planta, pude pensar —también yo— en todos aquellos que poseen una verdad aterradora sobre algún ser querido. Pensé en esa duda —la terca, empecinada y estúpida duda— que se articula siempre en la misma pregunta: *¿Qué hacer? ¿Decírselo o no?* Pude pensar en ellos porque contigo lo había tenido fácil y, por ello, te estaba agradecido. La tremenda verdad se había abierto a la comunicación sin sombras ni desgarraduras. La dura noticia accedió limpiamente a tu cerebro. No hubo palabras malditas, que paralizaran, ni palabras oscuras, cargadas de doble sentido. No hubo, en ningún momento, zonas de penumbra que necesitaran posterior iluminación. Fue a tu estilo, al modo parco, pero limpio y directo. Yo siempre te había conocido así. Y contigo aprendí una de las más valiosas lecciones de mi vida: *la particular manera de entrar en comunicación con todos aquellos que deben morir, y deben morir aprisa.* De ti aprendí tres cosas que, después, me han servido en el trato con todos los terminales:

1. Que cada uno tiene su estilo y que debéis ser cada uno de vosotros los que debéis plantear el modo de acceder a vuestra verdad.
2. Que sois, también vosotros los que vais a morir, los que tenéis derecho a elegir la persona válida que os anuncie las verdades definitivas.
3. Que la persona, así destinada y elegida, tiene la *obligación moral* de estar dispuesta a compartir todo con vosotros.

A mi vuelta, siempre rápida, ya tenías dispuesta tu estrategia: *Como no hay solución, sácame de aquí y llévame a mi Convento. Quiero acabar mis días con mis hermanas y en Comunidad.* Demanda justa, sin duda. Después de una conversación clave, que te había sentenciado, y después de un silencio elaborativo, habías renunciado a la medicina y a la vida. Sólo solicitabas el ambiente propicio para recorrer el único, y corto, camino que te quedaba: *la posesión interior de los momentos más decisivos e importantes de tu existencia; te querías asegurar tu particular modo de vivir, tu propia agonía y tu propia muerte. La muerte, ya*

aceptada, pedías vivirla a tu manera. Pero yo había decidido ser enteramente sincero contigo: *Mira, no va a ser posible. Aquí pueden ofrecerte alivio, en cambio en tu Convento yo no te puedo garantizar que no mueras rabiando.* Duras palabras, tremendas palabras, que contradicen tu pobre deseo e impedían las circunstancias de tan duro camino. Y, de nuevo, debo confesar mi agradecimiento. No hubo ningún reproche de tu parte, ni una sola protesta; sólo una nueva pregunta que, como todas las tuyas, seguían siendo directas y terriblemente duras: *Y esto, ¿hasta cuando? No lo sé,* respondí, *pero, más o menos, será cosa de un mes.* Tú sólo respondiste con otra exclamación: *¡Tanto!* Yo pude responderte que el día y la hora sería el día y la hora que Dios quisiera. Que la hora y el día que Dios, en su Providencia, señala para cada uno, es el momento más conveniente para todo aquel que sólo en él Él ha puesto su esperanza. *¡Claro!*, dijiste, y añadiste *pero no deja de ser duro.*

Desde entonces, tú entraste en otra etapa de esa tu recta final. Aumentaste los silencios, en un intento de crecimiento interior. No te sentías obligada a hacer duras preguntas, pues sabías ya lo esencial. Recuerdo que no me hiciste ninguna sobre el llamado *más allá*. Acaso fue para no inquietarme sobre un tema tan delicado y denso o fue, simplemente, porque sabías que eran preguntas que deben de ser planteadas y resueltas en solitario, de modo personal. Lo cierto es que había pasado ya el momento arduo de la posibilidad, del deseo y de la duda. Habías aceptado tu camino y entrabas en una etapa más profunda. Acorde con esta nueva etapa, te hiciste más austera y sosegada, mientras, por otro lado, ibas creciendo en el camino espiritual de la interioridad.

Recibías visitas. Debido a la rapidez fulminante de tu enfermedad, la mayor parte de los que te querían no se habían enterado. Y aquellos que lo iban sabiendo, acudían a tu cama. Recuerdo que tú te conducías siempre de la misma manera: reconocías, te alegrabas, y tenías una palabra individualizadora que acogía al visitante. Tenías el arte de entrar fácilmente en comunicación engancharlo en ese punto que toda persona tiene de más personal. En ese momento, tú no contabas; tampoco contaban tus dolores, ni tu enfermedad ni tu vida amenazada. Contaba sólo el otro, o los otros, con sus problemas y alegrías. Actuaba, en ti, esa zona de honda maternidad que se escondía detrás de tu carácter conciso y seco. Esa maternidad yo la conocía bien, aunque la había visto más operativa en aquellos largos años en que fuiste Superiora. ¡Cuánta dedicación y desvelo! y, también ¡cuánto sufrimiento! te proporcionó esa parte profunda de tu maternidad. En el tiempo en que fuiste Superiora yo sé que tú eras la última para unas cosas y la primera para otras. Igual que lo hacen las madres, y las madres mejores.

La enfermedad seguía, también, su marcha triunfal y, con firmeza, se iba apoderando de parcelas de tu cuerpo. En región deltoidea izquierda apareció una tumoración lisa de 5 cm por 5 cm con bordes fijos, adherida a profundos. Toda tu parte izquierda estaba afectada: el pulmón, la cadera, el brazo. Te dieron cinco sesiones de cobalto en la articulación coxo-femoral izquierda con fines antiálgidos. En tu caso, la medicina sólo podía paliar los efectos más

dolorosos de la enfermedad, pues ésta no tenía tratamiento.

Me acostumbé a consultarte todo y a tenerte al corriente de todo. Te propuse la conveniencia de que viniera a verte mamá. Tú, siempre delicada, preguntaste si no se asustaría. Pude decirte que mamá, a pesar de su edad y de una historia abundante en sufrimientos, era una mujer fuerte y, ahora que aún estabas presentable, guardaría de ti un recuerdo digno, aunque doloroso. Como siempre, tu respuesta fue: *lo que tú quieras*. Vinieron de Zaragoza el martes, 24. Llegaron al mediodía, cuando estábamos tú y yo solos. ¡Qué papelón hicisteis tú y mamá! No hubo histerias ni desmesuras emotivas. En realidad, a mamá siempre la he conocido reaccionar igual: en silencio, se le cayeron dos lagrimones de sus ojos, como había hecho cuando me vio en Pineda escayolado de nuevo; lo mismo que hizo cuando murió papá. Os abrazasteis fuertemente y, así, estuvisteis un ratito. Con mamá habían venido los otros dos hermanos. En seguida echaste en falta a una de nuestras hermanas, que había acompañado a mamá desde Zaragoza. Preguntaste dónde estaba. Después de decirte verdades mucho más duras, no me costó decirte: *está llorando en la salita y le deben de estar dando una tila*. Siempre recordaré tu respuesta: *Llámala, que venga, y lllore aquí, conmigo*. Pudiste reunir, alrededor de tu cama, a toda la familia de la sangre: mamá y todos nosotros, los seis hermanos. Durante este día, y el siguiente, hicimos la experiencia de estar juntos, en apretado bloque afectivo, congregados alrededor del cariño que había evocado la urgencia de tu enfermedad. Tú, la más parecida a papá en tu genio fuerte y en tu integridad a rajatabla, ocupabas el puesto de honor a la cabeza de la familia. Sólo por dos días. Pocos para nosotros; abundantemente generosos en el cómputo breve de los pocos días que te quedaban de vida. A lo largo de todos estos días, nos permitiste cuidarte, tomarte de la mano mucho tiempo, limpiarte el sudor frío, ayudarte a ponerte más cómoda, subirte la almohada para que pudieras respirar mejor.

El día 25, después de la lectura del profeta Daniel, que relataba la oración de Azarías: *«Señor Dios nuestro: ... no nos desampares para siempre... no apartes de nosotros tu misericordia... Ahora, Señor, somos los más pequeños de todos los pueblos... no tenemos príncipes, ni profetas, ni holocaustos... Por eso, acepta nuestro corazón contrito... Ahora te seguimos de todo corazón... no nos dejes defraudados, trátanos según tu clemencia y tu abundante misericordia»*, y después de la comunión, te propuse el Sacramento de la Unción de los Enfermos. Tú, como ya era habitual, pusiste el reparo de mamá. Me dijiste que, por tu parte, no tenías ningún inconveniente; pero que no querías impresionarla. Siempre en la misma onda de comunicación sería, me atreví a contradecirte, afirmando que mamá era una mujer creyente y que, por ello, guardaría de ti un recuerdo más valioso. Te recordé cuando unguimos a papá, rodeado por todos; y cómo, para él y para nosotros, fue aquel día un día de fiesta. Pusiste tus condiciones: *Entonces, deseo que estén mis Superiores y hermanas de Comunidad*. ¡Qué enorme torpeza la mía. Tú habías echado raíces en otro suelo y tu generatividad creadora había producido otra familia, tan importante y valiosa como la familia de origen. Por

otra parte, yo era conocedor profundo de hasta qué punto amaste a la Compañía de María. Pienso que tu vida, tu agonía y tu muerte, también podrían escribirse en esa clave de pertenencia a una Orden Religiosa. Más aún, así debería de hacerse, pues, de lo contrario, *tú no serías tú*. Tú fuiste Compañía de María, Religiosa de Lestonac. Tu identidad estaba, toda, tenida por esa pertenencia. Este relato, por tanto, está necesariamente mutilado en la misma medida de los límites de mi recuerdo y de mi sensibilidad. La historia de tu vida, sobre todo los últimos, fue muy importante para mí; pero fue también muy importante para mucha gente. Por eso, por la enorme riqueza de tu paso por este mundo, tu vida da de sí para muchos recuerdos y muchos relatos. Este es *mi* relato.

Te administramos la Unción aquella misma tarde. Éramos muchos, alrededor de tu cama: tu Provincial y su Equipo, tu Superiora y Hermanas de Seo, mamá y los siete hermanos, contándote a ti. El Sacramento lo administramos de modo pausado y solemne. Presidiendo la comunidad de la carne y la comunidad de la consagración religiosa, estábamos tus dos hermanos sacerdotes. Después de las lecturas, ungimos tu frente, tus ojos, tus manos y tus pies. Tú seguías el rito, paso a paso, dándole aliento y vida. Poco a poco íbamos sellando, con cruces de aceite, todo tu cuerpo y, a pesar de tu cáncer, lo íbamos recuperando para la eternidad. Sobre cada señal de aceite, para que no hubiera duda, poníamos el nombre de Jesús, tu esposo, para que fuera Él, sólo Él, el destinatario legal de la ofrenda de tu vida. Al final nos diste la sorpresa. Rompiste a cantar:

*VEN CON NOSOTROS AL CAMINAR, SANTA MARÍA VEN
VEN CON NOSOTROS AL CAMINAR, SANTA MARIA VEN*

*Mientras recorres la vida
tú nunca solo estás.
Contigo por el camino
Santa María va.*

VEN CON NOSOTROS

*Aunque te digan algunos
que nada puede cambiar
lucha por un mundo nuevo
lucha por la verdad*

VEN CON NOSOTROS

Debía de ser así, en tu caso; tan en lo hondo llevabas a Ntra. Sra. la Virgen. Elegiste una Orden Religiosa que llevara su nombre. *Compañía de María*, y acudías a Ella, sobre todo en tus dificultades y penas. Lo tuyo era apasionamiento espiritual. Cuando hablabas de Ella, tu cara cambiaba. No te fue difícil transmitirlo a tus alumnas, pues lo que se lleva en el corazón fácilmente se contagia. Tú seguías cantando sin ahorrar, a los que estábamos alrededor de tu cama, un momento de respiro a la emoción que transmitía tu canto:

*Si por el mundo los hombres
sin conocerse van
no niegues nunca tu mano
al que contigo está.*

*Aunque parezcan tus pasos
inútil caminar
tú vas haciendo camino
otros los seguirán.*

Al día siguiente, jueves, 26, marchó mamá. Ya no volverías a verla. Te acompañé al piso de abajo, para que te hicieran la gammagrafía tiroidea. Habías aceptado tu muerte de modo total, incluidas las circunstancias, que tú no hubieras elegido. Ahora sólo te asustaba cualquier perturbación externa. Levantarte y trasladarte a la planta baja era para ti, además de doloroso, tremendamente amenazador. Porque en verdad que impresionaban aquellos aparatos. El médico radiólogo, joven, fue muy atento y cariñoso, mientras se movían las agujas —azul y rojo— trazando los contornos de tus glándulas tiroideas. Tú, como paciente, y yo, como espectador, no entendíamos nada. No estábamos acostumbrados, ni por edad ni por educación, a ese nuevo lenguaje cifrado de la técnica. Después supe que la gammagrafía había dado negativa. En realidad, poco importaba para tu salud; sólo era ya importante para la ciencia, que iba a ciegas, tratando de encontrar la raíz de tanto destroz.

Como antes, el mal seguía tan rabiosamente agresivo. No te concedía un plazo ni un momento de oxigenación en la feroz y dura batalla. Desde hacía dos días presentabas vértigos y alteraciones en la visión, que presagiaban que el cáncer había llegado ya al cerebro. Por ello, se había solicitado la prueba del TAC cerebral, que no llegaron a hacerte. Tú seguías igual, como buena luchadora, no cediendo un milímetro en tu desigual lucha contra la enfermedad. En realidad —y lo pienso ahora, completamente desvelado por el dolor— los 27 días de tu hospitalización fueron una hermosa y dura batalla. Tú no te abandonabas ni bajabas la guardia. Recuerdo un día en que yo me senté enfrente tuyo. Era al atardecer, y te habías obligado a levantarte, y sentarte en la silla para cenar. Había sopa y pollo. Alguien, no recuerdo quién, seguramente nuestra hermana, te dio la comida. El yogourt lo quisiste tomar sola. Era impresionante ver tu mano derecha levantarse hasta tu boca y, en extensión distal, sufrir una sacudida, y desviarse. Los movimientos estructurados y sabios se volvían caóticos; tu sistema psicomotriz estaba alterado. Era otra lección que debía aprender: tolerar mi propio dolor, soportar el no intervenir. Después supe mucho sobre esto: de cómo, la mayoría de las veces, cuando se está frente a un enfermo que sufre y, sobre todo, si es un enfermo terminal, hay excesivos movimientos y excesivas actuaciones. También aprendí que esta hiperactividad, alrededor de la cama de un enfermo terminal, tiene que ver más con nuestra incapacidad de aceptar las limitaciones que con el servicio real que al enfermo se le presta. Sentado, frente a frente, en aquella tarde del viernes, como un ejercicio cuaresmal, tenía que contemplar —sin intervenir— aquella tortura de tu mano que no podía alcanzar tu boca. Detrás de aquella incapacidad infinita estaba la noble belleza del esfuerzo: el intento, muchas veces repetido, de no abandonarse en la tarea de ser autónomo.

El viernes, 27, por la tarde, tuviste una recaída. Tus síntomas están descritos en tu Historia: *Paciente consciente*,

sudorosa, estuporosa, febril, no disnea, tos persistente, polidysia. Los análisis de urgencia dieron: *hipercalcemia con sobreinfección pulmonar.* Te remontaron a base de mesoterapia, corticoides y antibióticos. Esto era, en realidad, superficial. En cuanto a lo básico me dijeron que si el TAC cerebral no detectaba metastasis encefálicas, intentarían tratarte con quimioterapia. A estas alturas, todos sabíamos que ya era inútil. En realidad, si hubiéramos planteado el tema del *encarnizamiento terapéutico* unos, incluidos algunos de nuestros hermanos, hubieran preferido no sacar-te de este bache. Así hubieras dejado de sufrir, cuando este sufrimiento era inútil e infecundo. Yo mantengo, al respecto, mi propia opinión. Me he acostumbrado a *respetar el juego* y me dejo llevar por las reglas que marcáis vosotros, los protagonistas de la lucha. Unos lucháis hasta el final, y pienso que hay que colaborar en vuestro esfuerzo; otros se rinden, y abandonan. Sea como sea, también he aprendido algo importante: *que ninguna muerte es indigna; ya sea cobarde y vergonzosa o limpia y bella; se muera rabian-do o diciendo jaculatorias.*

Puedo recordar, sobre el tema de los terminales y sobre las emociones que nos despiertan, una noche. Sería alrededor de las 2 de la mañana. Yo dormía. Tengo siempre el teléfono en mi mesilla de noche, y sonó a esa hora desde tu hospital. Me avisaban que te estabas muriendo. A cualquiera que no nos conociera mi respuesta le dejaría helado y, en todo caso, mi contestación siempre será polémica. Contesté que *muy bien. Que murieras con quien te tocaba de turno. Que mi obligación era dormir, y estar dispuesto para la dura tarea de la mañana.* No moriste aquella noche, y, sin ánimo de explicación, quiero volver a afirmar que tu muerte la tenía ya asumida y, como tú, también había aceptado las circunstancias que la esclavizaban y definían; entre ellas, renunciar a la omnipotencia; entre ellas, renunciar a ser dueño del tiempo; entre ellas, a renunciar al narcisismo de *estar presente en el momento de tu último suspiro.*

Paralelamente a este bache físico, tu estado espiritual también cambió. Cada vez nos era más difícil acceder a ti, aunque contestabas a preguntas y reaccionabas a estímulos. La mayor parte del tiempo lo pasabas ensimismada. Tu cerebro iba siendo invadido y colonizado por *aquellos elementos celulares enormemente atípicos y polimorfos, con sus células gigantes plurinucleadas,* que te producían vértigos y mareos. ¡Qué tremenda y hermosa lucha! La enfermedad te estaba desmontando, paso a paso, con calculada y eficaz virulencia. Crecieron velozmente las tumoraciones del deltoides y de la calota cerebral. La fosa posterior estaba ocupada por la enfermedad y tenías ya metastasis diseminadas por todo el cerebro. Los médicos, impotentes, ya habían tirado la toalla. La cama 88, con su paciente religiosa de Lestonac, a fecha de 3 de abril de 1981, pasaba a ser *un caso sin posibilidad de tratamiento.*

Nos pidieron autorización para tu autopsia. En los jardines frente al Pabellón de Oncología, tu Provincial y yo estuvimos sopesando la demanda. Después de un concienzudo discernimiento, de modo unánime, decidimos rechazarla, basados en tres razones que, a nosotros, nos parecieron importantes:

1. Que no conocíamos tu opinión sobre el tema, ya que ninguno de los dos te habíamos oído hablar de él y, en estas circunstancias, ninguno estaba dispuesto a preguntártelo.
2. Que tampoco nos habían dado un plan serio y detallado de investigación —nos parecía que los médicos iban a ciegas y que su único interés era la más basta y elemental curiosidad— y que, por tanto, no estábamos seguros de que tu autopsia representara una real utilidad para otros.
3. Porque considerábamos —y aquí sí que entró por vez primera, y de modo reductivo, nuestra singular fe— que tu cuerpo era como un terreno sagrado al que había llegado la violencia de la enfermedad, pero que nosotros considerábamos debía ser respetado y liberado de otras violencias.

En la fecha del 6, lunes, las tumoraciones seguían aumentando, como señales implacables y fieles de la gigantesca invasión. Tus vasos linfáticos y sanguíneos estaban saturados y ahitos de células tumorales malignas que se habían infiltrado por todos tus resquicios intertisulares. Tus vasos se parecían a los canales altamente contaminados y tremendamente sucios.

Tomamos la decisión de trasladarte al Hospital de San Rafael y concederte, en tu muy cercana muerte, lo que no te habíamos podido dar ni la medicina ni el cariño: *una habitación para ti sola.* El día 7, martes de la V semana de Cuaresma, al mediodía, una ambulancia te dejó en su puerta y manos amigas te llevaron a la habitación 117. Tú sabías que era el final; que este traslado era una anticipación del definitivo y trascendental *traslado.* Y lo hiciste aprisa. En la habitación 117, como dije al principio, sólo moraste una noche. Esta noche —lo supe más tarde— fue una especie de resumen de tu vida, con los rasgos más íntimos y personales de tu manera de ser. Noche larga de doble agonía: se acababa tu vida terrenal, y luchabas por ella; se abría para ti *los nuevos cielos y la nueva tierra* y velabas en tu noche mística para encontrarte definitivamente con tu *esposo.* Esta doble agonía al nivel sencillo de la conducta, se plasmaría así: salías de tu sopor, como de una cárcel opresora y cruel, con un tremendo esfuerzo y activabas tu opción fundamental con el recurso más primario y popular de siempre: *las jaculatorias.* Esta noche, la única noche del 7 de abril de 1981 en que tú agonizaste en la habitación 117 de este Hospital, fue una noche de agonía y de jaculatorias. Tu hermana, la religiosa, la única que percibió la importante densidad de esta noche, aún no ha asimilado no haberte acompañado. Moriste al amanecer, estando a tu lado, como debía de ser, una religiosa de la Compañía. Cuando llegué al Hospital, ya te habían trasladado a tu Convento. Lloré en el asiento de la furgoneta y también, después, largo rato, en un banco de tu iglesia; en aquella iglesia donde celebré mi Primera Misa, en aquellos tiempos en los que tú, religiosa de clausura, no podías desplazarte.

Aquella misma mañana fui al Hospital de San Pablo, al Pabellón de Oncología, para comunicar tu muerte al Equipo que te había cuidado. Apenas si he hablado de él y es curioso que, en tu caso, haya aparecido tan poco. Es

que fue así. Toda la actividad médica y asistencial fue puntual y discreta; estuvo en su papel. Tu caso era terminal y la medicina no era, por tanto, la protagonista. Y pienso que, aquí, también existe una lección decisiva que orienta los modos de asistir. A veces pedimos todos —enfermos, familia, sociedad en general— a la medicina un protagonismo exagerado, que nace más bien de nuestra indefensión y nuestro rechazo a aceptar limitaciones. También es cierto que la medicina se presta, con frecuencia, a este papel omnipotente. En cambio, la relación asistencial establecida contigo fue la justa. Médicos y enfermeras, en segundo plano, nos permitieron cuidarte. Médicos, auxiliares y señoras de limpieza, con su quehacer discreto, te dieron la oportunidad de que recorrieras, a tu manera, la recta final de tu camino. Todos admitimos que tú eras la protagonista, de modo real, sin que en tu caso fuera una frase bonita leída en un libro. Aquella mañana me acerqué al Hospital, al Pabellón de Oncología, al Equipo para agradecerles su asistencia silenciosa y discreta. Debía manifestarles mi agradecimiento en seguida, pues sabía que, más tarde, tal vez no hubiese podido.

El día 9, jueves, cumpleaños de una de nuestras hermanas, celebramos la gran fiesta de tu funeral. Mamá ya no vino, sólo nuestro hermano mayor que, ahora que tú vas a faltar, representará en casa la línea tuya y de papá: la opinión escueta y sobria, el parecer recio y sin doblez. Es él el que más se os parece. Para presidir tu Fiesta me puse traje y corbata y puse contento en mi corazón. La iglesia, a tu convocatoria, se había llenado de tus monjas y de numerosos amigos. Sólo eché en falta a la juventud y a los niños, por quienes tú habías dado tantos años de tu vida. Ya desde el inicio di a tus Funerales un tono hondamente festivo y, desde la presidencia, y en tu nombre, di la bienvenida a todos los invitados. Ofrecí a todos la posibilidad de participar en el más importante y decisivo acontecimiento de tu vida. Todo era solemne: el canto hondo y pausado, la comunidad religiosa, de fe y de amistad que contenía apenas su emoción. Abrimos los libros santos y leímos en ellos la *Palabra de Dios*.

El evangelio nos relató el texto de la cizaña, y esta parábola, tan vieja, se volvía luminosa y actual. Tu cuerpo era un inmenso campo sembrado de cizaña. ¡Qué abundante y apretada era esa hierba mala en tu campo bueno! Creció allí, de la noche a la mañana, de modo misterioso. El cáncer, como la cizaña del Libro Santo, se había adueñado de ti. Piel, pulmón, hígado, huesos, cerebro, todo invadido. Vasos linfáticos y venosos, todos atascados de células malignas. Tu cuerpo, presente, era una lectura viva, y dolorosa, de esa página viva del Evangelio. ¿Quién lo puso allí? El maligno. Era verdad. ¡Cuánta maldad se palpaba en tu cuerpo! ¡Y qué agresiva y dañina había sido la cizaña! Aparentemente, el mal proclamaba su victoria descarada y lujuriosa sobre ti y sobre nosotros. Sin embargo, también aparecía el trigo. Estabas hermosa, con tu velo blanco. Pude

recordar otros momentos y otras ceremonias: el día de tu profesión, el día de tus votos simples y, sobre todo, cuando hiciste ofrenda perpetua de tu vida. Como testigo cualificado de la Iglesia, siempre presidí yo tus fiestas, y, en aquella ocasión, estabas tan hermosa como ahora con tu corona de flores, tu anillo y tus votos de fidelidad. El cáncer había respetado sólo tu rostro, que seguía siendo sereno y fuerte, como una señal de que no había podido doblegar tu espíritu. Por eso, en la homilía, pude aflorar fácilmente los rasgos más notables de tu personalidad: tu apasionada inclinación por la verdad, tu segura e inalterable reciedumbre, tu estilo de comunicación directa y sin doblez. Ahora, que para ti era el momento de la siega, aparecía con toda claridad el trigo, bien definido de la aparente malignidad de la cizaña. Afirmé que podía certificar sobre tu estricto cumplimiento del voto de pobreza, iniciada con tu cartilla de la Seguridad Social, guardando turno en la Seu, como cualquier trabajador y acabada en ese total despojo de lo único que pediste, morir en tu convento, y que no te pudimos conceder. Pude transmitir a los invitados de tu fiesta que habías sido básicamente obediente, y que ello te había proporcionado muchas lágrimas e innumerables disgustos. No podía ser testigo de tu voto de castidad, de la que sí podía hablar tu Director Espiritual que, a pesar de su vejez, iba casi todos los días a visitarte al Hospital; aquel que, cuando le decíamos no se molestase en venir, contestaba siempre que le era necesario, pues le hacías mucho bien. Tu funeral fue una fiesta, una hermosa fiesta. Así lo hubieras querido tú, y así lo sintieron todos tus invitados.

También lo fue tu enterramiento, entre silencios y canciones, en el cementerio de Pueblo Nuevo.

Han pasado casi siete años, y el dolor sigue vivo en las heridas que estirparon mis hernias. Una noche en blanco, a pesar del nolotil de las 12 y de las 6 de la mañana. Seguramente que habrá muchas cosas —de ti, de tu enfermedad y muerte— que habré sugerido; otras habrán sido silenciadas u omitidas. Pienso, también, que cualquier otra persona que te acompañó esos 21 días de tu agonía, podrá escribir otro relato diferente. Así, nuestra hermana mayor, la que siempre ha cuidado de nosotros con aspectos maternales, subrayaría más tu ahogo y tu sudor; pondría más énfasis en todo ese cuidado de limpiarte, colocar mejor las almohadas para que respiraras mejor y el darte, a través del gotero, los calmantes que apaciguaran tus enormes sufrimientos. Pienso que, tanto tu vida como tu enfermedad y agonía, son un *lugar antropológico*, tan densamente rico como para dar cabida a muchas versiones y relatos. Pero éste es mi texto, limitado, pero fiel a mi recuerdo. Vivencias y recuerdos que yo prometí pasar al papel algún día, y que el dolor propio y la comunión con todos los que en este Hospital sufren, han evocado con tremenda facilidad.

LH

5. II JORNADAS DE PROFESIONALES SANITARIOS CRISTIANOS

Zaragoza, mayo 1988

5.1 RELATO DE UN ENCUENTRO

Dr. Francisco Moreno

Siguiendo el camino trazado por la Comisión Nacional de Profesionales Sanitarios Cristianos en las I Jornadas celebradas a primeros de mayo de 1987 en El Espinar (Segovia), las II Jornadas nos llevaron a las orillas del Ebro, a la ciudad del Pilar. En un año mariano no podía ser de otra manera.

El Colegio de Enseñanza de las Hermanas de Santa Ana de Zaragoza fue la sede de estas Jornadas y en su extraordinario salón de actos fuimos acogidos fraternalmente por

la Comunidad del Centro. Allí y durante los días 20, 21 y 22 de mayo se vivió y vibró un profundo sentimiento de Pastoral Sanitaria.

La acogida y entrega de documentación tuvo lugar a últimas horas de la mañana y primeras de la tarde del día 20. La apertura de las II Jornadas se iniciaba a las 16.30 presidida por don Javier Osés, nuestro Obispo responsable de la Pastoral Sanitaria, y don Elías Yanes, Arzobispo de Zaragoza, quienes prácticamente no nos dejaron durante el desarrollo de todas las Jornadas. En ese mismo acto de apertura don Javier Osés nos informaba del nombramiento del doctor don Joan Viñas Sala, Delegado Diocesano de Pastoral Sanitaria de Lérida, como Coordinador-Res-



5. II JORNADAS DE PROFESIONALES SANITARIOS CRISTIANOS

Zaragoza, mayo 1988

5.1 RELATO DE UN ENCUENTRO

Dr. Francisco Moreno

Siguiendo el camino trazado por la Comisión Nacional de Profesionales Sanitarios Cristianos en las I Jornadas celebradas a primeros de mayo de 1987 en El Espinar (Segovia), las II Jornadas nos llevaron a las orillas del Ebro, a la ciudad del Pilar. En un año mariano no podía ser de otra manera.

El Colegio de Enseñanza de las Hermanas de Santa Ana de Zaragoza fue la sede de estas Jornadas y en su extraordinario salón de actos fuimos acogidos fraternalmente por

la Comunidad del Centro. Allí y durante los días 20, 21 y 22 de mayo se vivió y vibró un profundo sentimiento de Pastoral Sanitaria.

La acogida y entrega de documentación tuvo lugar a últimas horas de la mañana y primeras de la tarde del día 20. La apertura de las II Jornadas se iniciaba a las 16.30 presidida por don Javier Osés, nuestro Obispo responsable de la Pastoral Sanitaria, y don Elías Yanes, Arzobispo de Zaragoza, quienes prácticamente no nos dejaron durante el desarrollo de todas las Jornadas. En ese mismo acto de apertura don Javier Osés nos informaba del nombramiento del doctor don Joan Viñas Sala, Delegado Diocesano de Pastoral Sanitaria de Lérida, como Coordinador-Res-





ponsable de la Comisión Nacional de Profesionales Sanitarios Cristianos. Un paso más hacia los objetivos de la Comisión.

El contenido de las Jornadas se había estructurado en base a tres ponencias, comunicación de experiencias y trabajo en equipos y todo ello en torno al lema de las Jornadas: «Los enfermos marginados: humanización de su asistencia».

La primera ponencia, «Los enfermos marginados, quiénes son y qué necesitan», se expuso en forma de mesa redonda para conocer la realidad actual. El eje vertebrador de las Jornadas lo constituyó la segunda ponencia, «Jesús y los marginados», iluminación catequética magistralmente expuesta por don José Antonio Pagola, Vicario General de San Sebastián; finalizaron las ponencias con la impartida por el doctor don Luis Ramírez, de Madrid, sobre «Qué debe aportar a la atención de los enfermos marginados la sociedad, la sanidad y nosotros, los profesionales sanitarios cristianos», reflexión y compromiso personal para todos y cada uno de los jornadasistas.

Bajo el epígrafe «Los profesionales sanitarios cristianos y la atención a los enfermos marginados» hubo tres comunicaciones de experiencias ya concretizadas en este año.

El trabajo en grupo y elaboración de conclusiones fue laborioso e intensivo. Previamente, cada uno de los jornadasistas se había inscrito en uno de los grupos de: ancianos enfermos, drogadictos, enfermos crónicos, enfermos mentales, enfermos de SIDA, minusválidos físicos o enfermos terminales, en base a su experiencia o apetencia personal.

En síntesis, éste fue el «contenido doctrinal y laboral» de las Jornadas. Allí quedó todo el trabajo de un grupo numeroso de profesionales sanitarios cristianos que esperamos vea la luz impresa, al igual que en las I Jornadas, para enriquecimiento de los que no pudieron desplazarse a Zaragoza.

El contenido religioso se manifestó continuamente por los pasillos, jardines, comedor, en el diálogo, intercambios de experiencias, conocimiento mutuo y fraterna convivencia de todos y cada uno de los jornadasistas. Pero donde realmente se manifestó fue en las celebraciones eucarísticas, la primera presidida por el señor Arzobispo de Zaragoza y la segunda por don Javier Osés: Los allí presentes ¡qué no sentiríamos en aquella mañana de Pentecostés...!

Tras la fotografía de rigor, sincera y emotiva despedida a nuestro Obispo, que por necesidades de su magisterio hubo de dejarnos unas horas antes de la clausura.

Para los amantes de las estadísticas, decir que el número de los asistentes casi duplicó al de las I Jornadas: fuimos 163, pertenecientes a 25 diócesis, destacando entre ellas por su tamaño y número de participantes la de Calahorra-Logroño, que lo hizo con 16 inscripciones.

A pesar del apretado programa, no faltó tiempo para saborear y disfrutar del folklore aragonés. Un numeroso «Cuadro de Jota» amenizó las últimas horas del sábado. Todos vibramos con el ritmo bravío de la jota aragonesa; y aún quedaron en el tintero algunas actuaciones que no se pudieron desarrollar debido a lo avanzado de la hora y a que algunos jornadasistas debían desplazarse a su alojamiento en las afueras de la ciudad.

No faltaron numerosas anécdotas, como suele ocurrir en reuniones numerosas, como la de aquellos que buscando el alojamiento en la cercana localidad de Garrapinillos, aparecieron en la provincia de Soria. Afortunadamente desandaron el camino con suficiente tiempo como para llegar a tiempo a la sede de las Jornadas. Muchas otras quedan pendientes de relatar y algunas quizá están sólo en el ánimo de quienes las vivieron directamente.

Con todo, fueron unas Jornadas completas, para el crecimiento y desarrollo personal, integral e integrador de todos los participantes en ellas.

LH

5.2 ECOS DE UNA EXPERIENCIA PERSONAL

Mons. Elías Yanes

Arzobispo de Zaragoza



Las II Jornadas de profesionales sanitarios cristianos celebradas en Zaragoza sobre «los enfermos marginados: humanización de su asistencia» han sido para mí una ventana abierta hacia un mundo de problemas humanos y de presencia cristiana de una complejidad y amplitud insospechadas.

Me han llamado especialmente la atención dos cosas: a) el acierto

en el tratamiento global de los problemas, con la descripción precisa de los distintos factores que influyen en cada área y que deben ser tenidos en cuenta: la familia, la sociedad en que vivimos, los condicionantes socio-económicos, las instituciones sanitarias, la política sanitaria, la actitud o actitudes de los profesionales sanitarios, etc. b) la convergencia de los especialistas, tanto médicos como enfermeras, asistentes sociales, etc., sobre la necesidad de una medicina o unas formas de atención sanitaria que no se limiten a tratar el órgano enfermo sino que atiendan sobre todo a la persona misma del enfermo. Esta actitud supone una manera de entender al hombre como ser personal que está en íntima conexión y armonía con una visión cristiana del hombre y, en particular, de la persona enferma.

La difusión de las conferencias e informes de experiencias de estas II Jornadas contribuirá a lograr que toda la comunidad cristiana se interese más por los problemas de la pastoral sanitaria en general y, de modo especial, por los problemas de los enfermos marginados. La reflexión conjunta realizada en estas jornadas puede servir de estímulo a numerosos profesionales cristianos. En este ámbito la Iglesia —y no sólo los sacerdotes y religiosos, sino todos los profesionales cristianos, todo el voluntariado que podría promoverse— está llamada a dar un testimonio tangible del amor de Dios manifestado en Cristo hacia cada enfermo, hacia cada persona que sufre.

Maria Júlia Dénia

Coordinadora de Voluntarios en el Hospital Barcelona



Las Jornadas realizadas en Zaragoza reunieron a un grupo de profesionales sanitarios cristianos inquietos por el deterioro progresivo de los aspectos humanos en el complejo mundo sanitario. Todos éramos conscientes de que los avances tecnológicos no han ido a la par con la humanización y hoy nos encontramos que no siempre el enfermo en su globalidad es el centro

de nuestros hospitales. La posibilidad de compartir esa inquietud, el reto de interpelarnos como cristianos y revisar la postura que adoptamos ante esa realidad, el intercambiar los esfuerzos que se están llevando a cabo en distintos centros para dar respuesta a los marginados y pobres de salud, fue el tema de estos días. En un ambiente de acogida que favorecía la comunicación fueron surgiendo inquietudes y preguntas. Todos pudimos constatar los avances que se van realizando en el campo de la drogadicción, enfermos de SIDA, terminales, crónicos, minusválidos...

Esfuerzos de personas que desde su condición de profesionales sienten la necesidad de una formación constantemente actualizada y desde su condición de cristianos la revisión de actitudes a la luz del evangelio. Sólo nuestro acercamiento al hermano enfermo desde nuestra totalidad nos liberará, y ellos podrán descubrir por esta forma de estar que el reino de Dios está entre nosotros.

Necesidad de la humanización desde el crecimiento personal y grupal. Todos dependemos de todos y desde esa humildad y riqueza ser voz de los sin voz, defensores de los derechos del enfermo.

Existía una clara conciencia de que nuestra responsabilidad es grande y es necesario actuar sin esperar ayudas externas para lo que hoy es quizá una gota de agua, pero que puede ir empapando nuestro entorno y extendiéndose en nuestros centros de trabajo.

Mons. Javier Osés

Obispo de Huesca
Presidente de la Comisión de Pastoral
de la Conferencia Episcopal



Muy satisfactoria. Noté un paso adelante en relación con la reunión del año pasado. Objetivos más claros, coincidencias que van aproximando las distintas tendencias en la manera de entender nuestra Comisión, descubrimiento de nuevas posibilidades de trabajo, convencimiento más hondo de la necesidad de aunar esfuerzos para trabajar apostólicamente en este

inmenso campo de la salud en el que la mies es abundantísima.

Y vi rostros muy alegres, ambiente familiar, de amigos e ilusión por empezar a comunicar esta buena noticia a otros muchos que trabajan junto a nosotros, con nosotros.

Yo volví muy contento, con la certeza en el alma de que el árbol ha prendido. Y ahora debemos seguir cultivándolo, concretando nuestro campo de acción e integrándonos unos y otros. Es tan importante la coordinación... Pero veo que hemos descubierto la senda.

Y la impresión del paladar con tanta exquisitez culinaria no es para olvidarla, sino para recordarla y regustarla.

Y la misa final que compartí con vosotros me supo a gloria.

Tengo ganas de ver la foto final para ver qué caras de buenas pascuas teníamos unos y otros.

Avelina Toro Jiménez

Supervisora de Enfermería
Madrid



Los días pasados en Zaragoza han sido para mí como una puerta que se abre inundando de luz mi vida profesional y espiritual.

Lo que más me ha impresionado ha sido el encontrarme inmerso en una comunidad de *personas*, no de «personajes», movidos todos por una misma inquietud —la atención integral al enfermo marginado— y al decir *integral* quiero

significar que el objetivo que se perseguía era la ayuda tanto en el terreno físico como en el humano y espiritual.

Otro punto que me sorprendió fue el ver que nadie tenía afán de *protagonismo* y que las ideas y opiniones eran igualmente consideradas viniesen de quien viniesen, no importando el nivel intelectual o cargo que ostentase quien las dijera: todas tenían el valor que se desprendían de ellas mismas.

El espíritu de trabajo y la sana alegría que se podía percibir fue otra de las cosas positivas de la reunión, pese a lo triste de los temas que se estaban debatiendo.

Por otra parte en el grupo tan complejo compuesto por personas de tan distintas edades, regiones y diferentes tareas y niveles profesionales, que el primer día eran completamente extraños, nos separamos con la nostalgia de ver partir a un hermano. Cómo fue posible esto es algo que no puedo explicarme si no es por Obra del Espíritu Santo.

Pero si todo lo anteriormente dicho es positivo no lo es menos las conclusiones que salieron de los distintos grupos de trabajo y las líneas a seguir tanto en el quehacer profesional como en nuestra Fe. Pienso que todos hemos salido enriquecidos y dispuestos a dar lo mejor de nosotros mismos para que la semilla que se ha derramado dé el fruto deseado: Ayudar a los enfermos marginados a que lleven una vida digna, y en el caso de los enfermos terminales, una aceptación cristiana del tránsito a la Vida Eterna donde no existe marginación sino gozo.

Pienso que nunca olvidaré estas jornadas.

María Celis de la Hoz

Auxiliar de Clínica
Madrid



Es la primera vez que participo en estas jornadas de profesionales sanitarios (este año dedicadas a los enfermos marginados) y tengo que decir que para mí ha sido una experiencia muy positiva, ya que durante los tres días que han durado estas jornadas, mis relaciones con las personas que han participado en las mismas han sido de verdadero amor y compañerismo.

Pero lo más importante y lo que más me ha llenado de gozo es la buena voluntad, la seriedad, delicadeza, profesionalidad y el afecto con que se han tratado los distintos grupos de enfermos marginados y de los enfermos en sí. En una palabra, he visto la luz en los corazones de todos estos profesionales sanitarios, y he visto luz en el proyecto a seguir, ya que estoy de acuerdo con ellos en que la labor de un profesional sanitario con estos enfermos marginados, debe ser individual, de entrega, eficiencia, dedicación y sobre todo de amor.

En lo colectivo, los profesionales sanitarios cristianos tenemos que ser activos y salir al encuentro de estos seres

humanos y sus problemas, para tratar de darles solución, cosa que desde una base de fe y esperanza puede resultar una tarea positiva y satisfactoria. Por eso, estas jornadas, como dije al principio, me han parecido muy positivas porque están promoviendo, dentro de la juventud, inquietudes de verdaderos cristianos, que es la base principal para crear una sociedad justa, libre y digna.

Luis Cazalla Puebla

Delegado Diocesano de Pastoral Sanitaria
Córdoba



Las II Jornadas de Profesionales Sanitarios Cristianos han resultado muy interesantes.

Sobre todo, iluminadas y esperanzadoras, por tres razones fundamentales: Por lo que *hemos visto*, por lo que *hemos vivido* y por lo que *hemos oído*.

— *Hemos visto* la inquietud del Pueblo de Dios, cada vez más numeroso en los Profesionales Sanitarios Cristia-

nos, por acercarse al hombre que sufre.

— *Hemos vivido*, desde el gesto y el testimonio, la proclamación y manifestación del Cristo compasivo y misericordioso del Evangelio que se hace carne en el corazón del hombre y sigue viviendo en medio de una humanidad que sufre. Las II Jornadas de Profesionales Sanitarios nos ha hecho vivir la alegría de un Pueblo de Dios vivo que se pone en marcha con la fuerza arrolladora del Evangelio en busca de los más necesitados y desasistidos.

— *Hemos oído*, y además con gozo, en las ponencias y comunicaciones, en todos y cada uno de los profesionales sanitarios cristianos, cómo se va haciendo realidad el contacto directo con los problemas, el acercamiento humano a los lugares donde el sufrimiento es más agudo, más deshumanizado, allá donde el dolor no ha tenido más compañía que la soledad. También *hemos oído* a José A. Pagola, y desde la voz del hombre sumergido y bañado en el Evangelio, se ha recordado que Jesús curaba «*tocando*», cercanía que se hacía contacto personal, amistad real, acogida amable, gratuidad y salvación total del hombre por su amor liberador.

Las II Jornadas de Profesionales Sanitarios Cristianos han abierto las puertas de la esperanza en un mundo deshumanizado y deshumanizador. Los marginados, los más necesitados y desasistidos, nuestros enfermos mentales y toxicómanos, nuestros alcohólicos y enfermos terminales, nuestros ancianos y nuestros minusválidos, nuestros enfermos del SIDA, ya tienen voces que les defiendan, pero sobre todo, *hombres y mujeres* que les aman y se preocupan por ellos. Empiezan a llamarse: *profesionales sanitarios cristianos*.

Ramón García Lisbona

Médico
Zaragoza



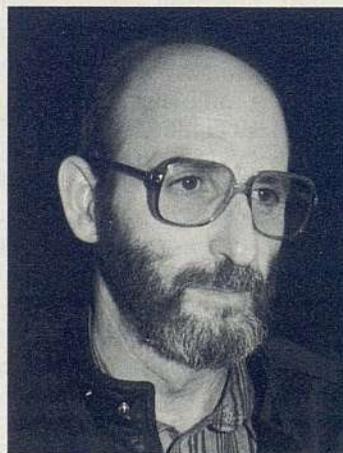
Lo primero que deseo hacer constar como impresión —que no valoración— de este encuentro, es la gran esperanza que constituye el hecho de que haya tanta gente, en tantos sitios, con tanta preocupación por el enfermo, y con tan alta capacidad de intercomunicación de sus propias vivencias, lo que crea unas circunstancias muy favorables para movili-

zar y presionar a una sociedad marginante. A pesar de la muy diversa procedencia de los asistentes, en geografía, en profesión, en edad e, incluso, en mentalidad, el lazo común de la inquietud por mejorar la humanización de la sanidad y de la revisión de hechos de vida desde la fe en Jesucristo, ha hecho profundizar con gran rapidez en todos los temas tratados. En otras palabras, se ha trabajado sobre vida, y no sobre principios o intenciones.

De cara al futuro, tal vez una estructuración asociativa fuera, hoy por hoy, frenadora de encuentros tan paritarios y federativos como éste. El reto es mantener unos mecanismos de intercomunicación permanente (y la revista LABOR HOSPITALARIA no es el menor) que ayuden a trabajar prosperando en la misma línea, incluyendo sucesivas jornadas de estudio, revisión y trazado de proyectos conjuntos.

José Juan Candel Valdés

A.T.S. y Delegado Diocesano de Pastoral Sanitaria
Málaga



Estuve en las I Jornadas de El Espinar.

Aquél fue un primer encuentro que consiguió su objetivo de poner en marcha la inquietud de la Iglesia para evangelizar el mundo profesional, sanitario, cristiano y seglar.

Aquel impulso ha hecho posible la celebración de estas II Jornadas y, evidentemente, se va viviendo el fruto sembrado entonces. Zaragoza

ha sido un momento importante, porque se ha aterrizado en realidades, quizá detectadas, pero sin saber cómo afrontarlas. Sabíamos de la necesidad de la humanización

de la asistencia a los enfermos, convencidos de que, esa humanización está siendo ya urgente para grupos de enfermos que están sufriendo una flagrante marginación, provocada por todos, porque también nosotros, los profesionales, a veces, seguramente porque tenemos nuestros egoísmos personales, somos agentes de deshumanización.

Repito: Zaragoza nos ha concretado y empujado.

El contenido de las jornadas ha sido completísimo.

Nos hemos encontrado compañeros de profesión y hemos descubierto que somos hermanos en la Fe de Jesús, el Señor. Se ha trabajado en serio y sinceramente en los grupos. La organización de las jornadas ha sido impecable,

porque todo lo mejor que tenían los organizadores lo han puesto al servicio de todos, y esto es, sinceramente, para agradecerlo. La conclusión general está clara: no podemos continuar escondidos, cubriendo estrictamente nuestros horarios de trabajo remunerado. Nuestra profesión, desde nuestra fe, o mejor, nuestra fe cristiana iluminando nuestra profesión, nos está exigiendo un modo de vivir desde el que Cristo pueda repetir sus entrañables deseos de acercarse a los que más sufren y más marginados están, para que todos juntos creamos vitalmente que el Reino de Dios está ya entre nosotros. **LH**

Revista

LABOR HOSPITALARIA

Boletín de suscripción

Año 1988

Suscripción anual: cuatro números

España	Ptas. 1.700
Extranjero (correo ordinario) \$	18
(correo aéreo) . . \$	22

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,
 Agència Cervantes)

- Por cheque nominativo adjunto N.º
 a favor de LABOR HOSPITALARIA
- Por Caja o Banco (rellenar la orden de pago)

Banco o Caja de Ahorros:

Titular de la cuenta:

C./Cte. N.º Libreta N.º

Domicilio de la sucursal:

Población: D.P.

Provincia:

Ruego a ustedes se sirvan tomar nota de que, hasta nueva indicación mía, deberán adeudar en mi cuenta los recibos que a mi nombre les sean presentados por la revista LABOR HOSPITALARIA, de Barcelona.

....., a de de
 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)

5.3 JOAN VIÑAS SALAS, UN CIRUJANO AL FRENTE DE LA COMISIÓN DE PROFESIONALES SANITARIOS CRISTIANOS

En Zaragoza, le comunicó su nombramiento Mons. Javier Osés
Presidente de la Comisión Episcopal de Pastoral

El pasado mes de mayo, Joan Viñas Salas fue nombrado por Mons. Javier Osés, obispo de Huesca y responsable de la Comisión Episcopal de Pastoral, coordinador de la Comisión Nacional de Profesionales Sanitarios Cristianos.

El doctor Viñas es natural de Mataró (Barcelona) donde hace 37 años vio la luz del día por primera vez.

En 1973 obtiene la Licencia en Medicina por la Universidad de Barcelona, en la que tres años más tarde accedería al doctorado.

Al año siguiente, justo cuando acaba de realizar su período de residente, es nombrado Jefe de Sección de Cirugía. Poco antes se traslada al Hospital *Arnau de Vilanova* de Lérida como Médico Adjunto de Cirugía.

Es profesor de Patología y Clínica Quirúrgica de la Universidad de Barcelona destinado en Lérida desde 1977. En 1986 gana, mediante oposición, el puesto de Profesor Titular de dicha Universidad —Área de Cirugía—.

Es, asimismo, Diplomado en Gestión Gerencial Hospitalaria por EADA (Barcelona).

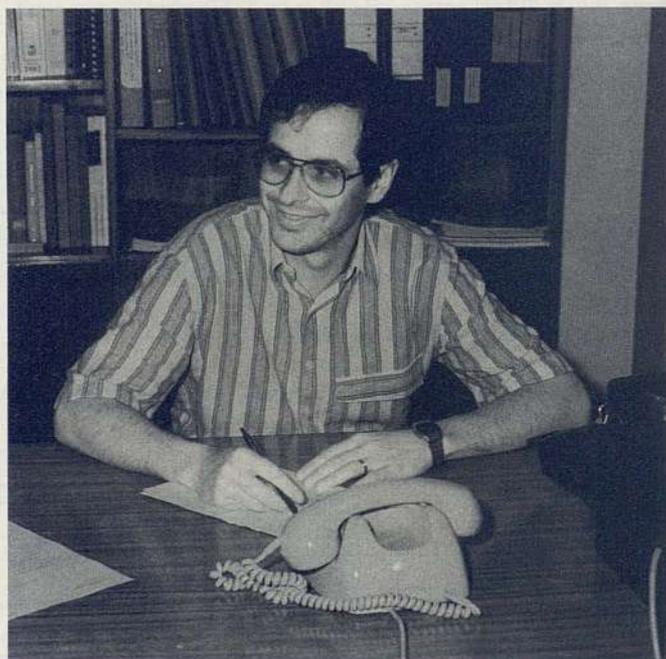
Desde 1982 es Delegado de Pastoral Sanitaria de la Diócesis de Lérida. Fue uno de los primeros Delegados Diocesanos en España que no era clérigo. Suponemos que más de tres veces habrá tenido que dar explicaciones de su *exótica* situación.

Y por si no fuese suficiente, pertenece desde el año 1987 al Consejo Pastoral de la Diócesis de Lérida, como miembro de la Comisión Permanente del mismo.

Pero, repito, no es clérigo. Quién sabe si la culpa de ello no la tuvo *una tal Ana* que hoy es su esposa. Juntos se enfrentan a la vida e invitaron a ella a tres hijos —dos niñas y un niño—; en estos momentos están esperando que un cuarto invitado se una a la familia.

Resulta fácil imaginar que en la vida de Joan apenas queda tiempo para el ocio. Según cuenta él mismo no pocas veces los suyos le recuerdan sus deberes de padre y esposo.

Pero en Joan la fe no es un elemento decorativo.



Madurada y fortalecida en un proceso comunitario, es parte consustancial de su ser. Y esta fe es la que le ha hecho aceptar un cargo que huele más a trabajo que a honores; un puesto para intrépidos, que con la mochila del Espíritu al hombro, se deciden a introducirse en la selva del mundo de la salud actual.

Cuando le proponemos la entrevista, Joan apenas ha asumido el nombramiento. Da la impresión de no saber muy bien del todo las rutas que va a explorar. Pero en seguida deja traslucir que está plenamente convencido del punto de salida, de la meta a la que se propone llegar y en quién se fía a la hora de iniciar la aventura.

«Si puedo aceptar el nombramiento, es gracias a mi esposa. Ella es el pilar y fundamento de toda mi actividad»



L.H. —¿Qué ha significado para ti este nombramiento que se te acaba de hacer por parte de la Iglesia Española?

J.V. —Cuando recibí la carta de Monseñor Osés con la propuesta, tuve en primer lugar un sentimiento de satisfacción interior por la confianza que se depositaba en mí.

Pero claro, al mismo tiempo, era consciente de la gran responsabilidad que ello conllevaba.

Acepté conociendo la responsabilidad, que es un reto. Reto que tomo con gran ilusión y al que dedicaré todos los esfuerzos que pueda y estén en mi mano, dentro de mis limitaciones.

FP12L.H. —¿Te costó mucho aceptar cuando recibiste la propuesta de Monseñor Osés? Es decir, dentro de ti había un sí y un no. O, de entrada, ¿había un sí aunque hubiera respetos, miedos... dificultades?

J.V. —Yo quería aceptar de entrada, pero soy una persona muy ocupada. Tengo muchísimo trabajo, familia, muchas responsabilidades, muchos campos de trabajo y entonces esto me hacía dudar muchísimo. O sea, yo quería hacerlo porque me cuesta decir que no, por un lado. Por otro lado, dado el modo como se me invitó, casi era imposible decir que no.

L.H. —¿Por qué?

J.V. —Aprecio y quiero muchísimo a don Javier Osés y dados los razonamientos que él daba y por los cuales había llegado a esta decisión, no me daban opción a decir que no.

L.H. —¿Tan fuertes eran las razones que señalaba Monseñor Osés?

J.V. —Sobre todo me decía que la propuesta de mi nombre fue unánime, votada por unanimidad dentro del plenario del Secretariado, de la Permanente del Secretariado. Esto me ayudó a decir que sí.

L.H. —¿Qué papel ha jugado tu esposa en esta toma de decisión?

J.V. —Mi esposa me conoce y temía que dijera que sí. Nosotros vivimos el matrimonio con una gran libertad, y ello implica que jamás me negaría nada. Si yo puedo aceptar es gracias a ella. Es el pilar y fundamento de toda mi actividad. Puso una condición: que no le quitara más tiempo del poco que ya dedico a la familia...

“Hay que procurar la máxima descentralización que posibilite la acción en cada uno de los lugares propios”

L.H. —Antes has dicho que tu esposa te había puesto como condición el que tu cargo no robase más tiempo a tu familia.

Sin embargo, tú aceptas un cargo nacional que tiene muchos puntos que coordinar, que hay mucho trabajo que hacer. Porque supongo que es un campo que se empieza prácticamente ahora. Entonces, ¿has pensado bien lo que significan estos condicionantes o te has abandonado un poco en las manos del espíritu y que salga el sol por donde pueda?

J.V. —Bueno, yo lo primero que haré será reorganizar un poco la Delegación Diocesana de Lérida ampliando

en lo que se pueda al equipo y ello me posibilitará un poco más de tiempo. Me ha pillado en un momento dulce dentro de la Delegación en la que ya pensaba ampliar el equipo. Esta ampliación del equipo y esta disminución de tareas dentro de la Diócesis, repercutirá a nivel nacional.

Luego también me ha ayudado a aceptar el apoyo que he recibido de distintos sectores.

Soy consciente de que es un trabajo interesante pero pudiera parecer, que desde Lérida, el sitio donde estoy, es poco lo que se puede hacer. Pero yo soy, como coordinador, un impulsador. El trabajo se hace en cada lugar, y por ello, es importante el equipo. Principalmente el trabajo es del equipo.

“¿Diagnóstico del profesional sanitario cristiano en España?

- Hay un sector con una actividad pastoral importante, pero fuera del trabajo.
- Hay otro sector que disocia la fe de la vida.
- Finalmente, hay un tercero que vive en cristiano, pero a quien le suena mal su fe en su campo de trabajo”

L.H. —¿Has hablado ya, después de tu nombramiento o antes, cuando en la conferencia de Zaragoza se te nombró, con don Ramón Malla, tu obispo? Si es así, ¿qué te ha dicho? ¿Cómo lo ha recibido?

J.V. —Con don Ramón Malla hablé antes de ir a Zaragoza. Le expliqué la propuesta que se me había hecho, le pedí su opinión. Yo le aprecio muchísimo, es una gran persona.

Entonces, él, en una visión de la Iglesia española y universal como tiene, evidentemente, puso primero por delante la Iglesia española antes que, incluso, sus propios intereses de la Diócesis. Es un hecho que valoré mucho.

Además, él también me ayudó a reflexionar en cuanto me advirtió en que no me precipitara en contestar si antes no había hablado con mi familia, si antes no me había organizado y veía la posibilidad de hacerlo.

Así pues, le agradezco muchísimo sus palabras y su apoyo así como su disponibilidad y gratuidad.

L.H. —Y ya, pasando un poco a lo concreto, ¿cuáles serían los objetivos que se plantearía ahora esta Comisión que tú presides?

J.V. —Los objetivos de la Comisión de Profesionales Sanitarios es llevar a término el plan de acción de los Profesionales Sanitarios Cristianos aprobado en nuestra reunión de El Espinar en Segovia al año pasado. Es decir, una evangelización de este campo concretada en un plan de acción, ya marcado.

L.H. —¿Has pensado ya cuál es el equipo que te va a ayudar? ¿Has pensado en algún cambio? ¿Quién la va a componer?

J.V. —Bueno, es evidente que tiene que haber una reorganización en atención a una idea que es la de ligar esta Pastoral con el conjunto de la Pastoral Diocesana, y dentro de la Conferencia Episcopal Española. Por lo tanto, yo voy a trabajar muy unido a los secretariados interdiocesanos y muy unido al Secretariado Nacional. En principio, hay que nombrar un representante, un miembro de la comisión en cada una de las zonas pastorales de Espa-



«Como coordinador, yo soy un impulsor. El trabajo se hace en cada uno de los lugares... y en equipo»



«Hay que procurar que el interés por la Pastoral Sanitaria se traduzca en presupuestos, en personas, en presencias»

ña. Por lo tanto, si, por ejemplo, había tres o cuatro miembros de una misma zona, pues ahora, evidentemente habrá que repensarlo para el bien de la Comisión y para poder funcionar de esta manera que he dicho antes, con la máxima descentralización y posibilidades de acción dentro de cada uno de los lugares propios.

Pero la elección de los miembros va a ser consensuada con los coordinadores inter-diocesanos.

L.H. —*Bueno, entonces hay dos posibilidades a la hora de generar una Comisión que lleve a término estos trabajos: en función de una área geográfica determinada, o en función de una dimensión de servicio, ¿qué es lo que va a primar?*

J.V. —Yo tengo claro que mi misión es coordinar, impulsar, trabajar para que haya un movimiento de profesionales; una concienciación de los profesionales hacia una evangelización en su campo de trabajo. Por lo tanto, desde un sitio determinado es imposible hacer nada, sino que se debe hacer en cada lugar de trabajo y es una situación en

“Ser un profesional mediocre no favorece en nada una presencia pastoral”

la que cada profesional ha de ir captando que es una labor individual.

Por ello, es evidente que si constituyo una comisión geográficamente localizada será difícil que pueda influir en las demás zonas del Estado Español.

Si tengo, lógicamente, un minigrupo de trabajo a nivel local, que me apoya y me asesora, será bueno. Pero ello no sería la comisión; tan sólo un grupo de apoyo.

En este sentido yo espero mucho del SIPS (Secretariat Interdiocesà de Pastoral Sanitària de Catalunya). Pero yo cuento mucho con Andalucía, Madrid, Norte..., que son quienes han de trabajar en sus respectivos lugares de trabajo.

L.H. —*Como médico que eres ¿qué diagnóstico harías del profesional de la salud cristiano en España?*

“Existe necesidad de una puesta al día teológica en los profesionales cristianos. Pero falta sensibilidad en mucha gente para detectarse dicha necesidad”

J.V. —El profesional cristiano tiene diferentes actuaciones frente al mundo sanitario. Hay un sector con una actividad pastoral importante, pero fuera de su lugar de trabajo. Su trabajo es, simplemente, su trabajo. No se manifiesta en el mismo, está como dormido, no lo considera un campo de actividad pastoral. Este es un sector que hay que despertar. Hay que hacerle descubrir su trabajo como su campo de evangelización específico.

Hay otro sector que disocia la fe de la vida. Cumplen con la Iglesia pero no creen que cumplir con su trabajo pueda y deba ser un campo de apostolado. Este es otro campo a cuidar.

Hay finalmente, otro sector que vive en cristiano pero por una falta de cultura cristiana —se han quedado en una cultura teológica de primera comunión— les suena mal su fe en su campo de trabajo.

L.H. —*A primera vista, no parecen abundar en exceso los cristianos en el mundo de la salud ¿es cierto? ¿Son tan pocos los que hay? ¿Son más de los que parecen?*

J.V. —Hay mucho escondido y bueno. En todo caso conviene no ponerse, sin más, el nombre de cristiano encima; ser cristiano es algo muy serio. A veces quienes más se las dan de cristianos son los que ofrecen mayor contratestimonio; y me duele mucho tener que admitir esto.

La evangelización en el mundo de la salud comienza por ser un buen profesional —esto es básico—. Ser un profesional mediocre no favorece en nada una presencia pastoral. Después hay que trabajar con cariño, con amor, con visión integral de la persona enferma —no viendo enfermedades, sino personas enfermas—. Es decir, con una dimensión humanizadora capaz de generar interrogantes. Responder con un nuevo testimonio estos interrogantes es una presencia pastoral correcta.

Hablar de Cristo explícitamente requiere un terreno abonado. Quien habla de Cristo y luego resulta que es un mal profesional, que rehúye el trabajo, que es un corporativista, que separa estamentos..., flaco favor le hace.

L.H. —*En confianza, Joan ¿no resulta hoy difícil el llevar el apellido de cristiano en una sociedad tremendamente secularizada, en un mundo sanitario marcadamente tecnológico y vacunado contra las referencias religiosas? En los hospitales, actualmente, parece ser que se ve obligado a demostrar que es un buen profesional, que su fe no le priva de su profesionalidad sino que se le exige... ¿No resulta más fácil una convocatoria con criterios simplemente humanos que una expresamente confesional cristiana?*

J.V. —A mí, personalmente, no me resulta difícil, sino sencillo. ¿Por qué? Pues porque tengo una experiencia abundante; son, en concreto, diez años trabajando en la

sanidad, aquí en Lérida. Todos me conocen y saben cuál es mi trayectoria. Por eso en modo alguno me resulta difícil hablar del tema.

Estoy convencido que ser cristiano es un modo de vivir feliz. Si yo lo ofrezco a los demás, es una oferta que creo que les puede ser útil en su vida.

Evidentemente hay unas connotaciones históricas —un nacionalismo, una religión impuesta...— que han hecho que un sector de profesionales, buenos profesionales, se hayan alejado de la Iglesia. Son personas que se han perdido en las estructuras y han perdido el fondo, el encuentro con Cristo. Este es un sector por evangelizar. Y en este camino de evangelización es cierto que hay un nexo de unión en la humanización entre creyentes y no creyentes que resulta interesante trabajar.

Es un buen medio de comprometerse, inicialmente, en la humanización de la asistencia sanitaria, dada la gran necesidad de la misma, en todos los ámbitos.

Mi experiencia va por ahí.

“Veo a la Pastoral Sanitaria en España como un niño creciendo a marchas forzadas en la época inmediatamente anterior a la adolescencia”

L.H. —*Ante la distancia existente entre el nivel científico y técnico de muchos profesionales y su nivel de elaboración teológica, ¿no consideras urgente una puesta al día de este segundo nivel que les haga vivir su dimensión cristiana con gallardía y con capacidad de diálogo fe-ciencia?*

J.V. —Evidentemente que sí. La necesidad existe, pero falta sensibilidad en mucha gente para detectársela a sí mismo.

Mucha gente parece estar cómoda en sus esquemas, no tiene mayores necesidades. Y hay que crearles interrogantes. En este sentido, a través de los Comités de Ética, se puede trabajar mucho.

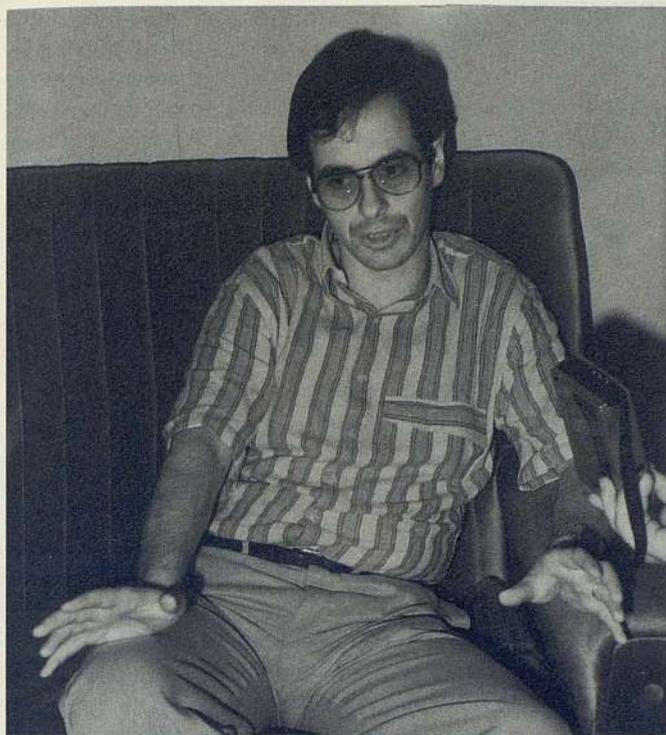
Nosotros, los profesionales, vivimos la muerte de nuestros pacientes, vemos el dolor, vemos el sufrimiento, pero si nos lo tomamos como un simple trabajo y nos ponemos una coraza encima, entonces no podemos, ni siquiera viéndolo, comprenderlo.

L.H. —*¿Cuánto tiempo llevas tú trabajando la Pastoral de la Salud?*

J.V. —Como Pastoral de la Salud, unos seis años.

L.H. —*O sea, que no eres un neófito en este campo. ¿Cómo ves tú la Pastoral de Salud en España? ¿Cuál sería la vista panorámica que describirías? ¿Cuáles son los problemas que tú verías en general? ¿Y cuáles serían las posibilidades de enfrentarse a estos mismos problemas que tú crees que en estos momentos se deberían dar?*

J.V. —Yo veo la Pastoral Sanitaria como una Pastoral con un enorme futuro. La veo como un niño que está cre-



«Con una reunión anual no haríamos nada. Así, tan sólo hemos comenzado»

ciendo a marchas forzadas en la época inmediatamente anterior a la adolescencia. Veo que crece muchísimo. Veo que es un campo que la Iglesia tenía dormido últimamente. Como la Iglesia ya tenía hospitales y dedicaba atención a los enfermos, pues parecía algo no discutible. En un momento se despertó esta necesidad.

Yo cada año veo que se dan pasos de gigante en toda España. Y quiero decir que es gracias al equipo nacional existente. Gracias a nuestro obispo responsable, don Javier Osés, que creo que es la persona ideal para estar al frente de la Comisión de Pastoral Sanitaria, y a Rudensindo Delgado, que es el Director del Secretariado. Creo que han impuesto un estilo y unas maneras de hacer que compromete a las personas. No se hacen montajes por hacer montajes. Se va poco a poco y, paradójicamente, a marchas forzadas. Le veo un enorme futuro.

L.H. —*Pero los crecimientos a marchas forzadas siempre generan crisis, ¿no?*

J.V. —Bueno, generan dolores óseos cuando se crece. Pero de estos dolores en los huesos, uno sale todavía creciendo más.

Hay problemas en algunas diócesis, hay problemas dentro de las diócesis, de sensibilización de distintos sectores... Y, evidentemente, esto indica que se está trabajando. Pero, en líneas generales, yo veo que se está creciendo muchísimo, muy bien y se está comprometiendo a muchas personas.

Y además es que es una Pastoral en la que todos nos implicaremos, ya que todos caemos enfermos y nos moriremos un día.

“El laico no es ningún sacristán. Es parte del Pueblo de Dios”

Jesús dedicó la mayor parte de su vida atendiendo a los enfermos —en el Evangelio sale muy a menudo—. Es algo absolutamente necesario e imprescindible del ser cristiano.

L.H. —*Sigo insistiendo: ¿no ves ninguna problemática así, en general? Estás dando una visión muy optimista, cosa que es buena a la hora de comenzar un trabajo pero, ¿no ves ningún punto débil, ninguna cosa que verdaderamente te preocupe hoy de esa dinámica de la Pastoral Sanitaria en España?*

J.V. —Yo creo que mientras esté Monseñor Osés al frente no habrá problemas. Sí que vería problemas si se intentase desde arriba, desencarnado de la realidad, construir castillos en el aire. Entonces sería negativo.

Yo creo que, en este momento, en la Pastoral Sanitaria de España no hay ningún problema. Yo veo los documentos que firman la Comisión de los Obispos, concretamente el de los trasplantes, el del SIDA... veo que son unos documentos totalmente encarnados en el hombre que sufre, encarnados en la realidad, y por lo tanto, me siento plenamente identificado. Otra cosa sería hacer unos documentos basados puramente en teologías, sin tener en cuenta la vivencia de la gente de la calle.

L.H. —*Te veo un gran afecto hacia Monseñor Osés, que se podría entender como un cierto agradecimiento a su nombramiento. Yo, que te conozco, creo que no. Me da la impresión que más bien es una admiración hacia un tipo de Iglesia que, probablemente, don Javier significa. ¿Nos podrías definir qué es lo que tú verdaderamente admiras de su figura y, en general, de este tipo de Iglesia que por él es representada?*

J.V. —Desde luego, agradecimiento, ninguno. En todo caso, es todo lo contrario. Yo estoy totalmente enfadado de que me haya nombrado. Porque me ha dado trabajo. No será por el sueldo, en todo caso. Y tampoco por la gloria que me pueda dar el cargo, porque, como has dicho tú muy bien, no es una gloria en nuestra sociedad de hoy decir que uno es cristiano. Por lo tanto, no estoy agradecido de que me hayan nombrado, ni mucho menos. Otra cosa es que me satisfaga la confianza que se ha depositado en mí. Hablo de él con cariño porque la línea de Iglesia que encarna es la adecuada al mundo de hoy. Que no es otra, en mi punto de vista, que la línea que trazó el Concilio Vaticano II, basada en el hombre, comprometida con el mundo, sin disociar la fe de la vida. Sin demasiadas separaciones, distancias. Él se siente servidor y así lo vive, como servidor, no como a quien le tienen que servir.

L.H. —*Muy bien, Joan. Pasamos a otro tema. Tú eres uno de los, diríamos, «primeros seglares». Siempre ha habido los movimientos de seglares, pero después del avance*

que ha significado el Sínodo respecto a la presencia del laicado en la Iglesia, tú eres uno de los laicos que has llegado a un lugar específico. De servicio ciertamente, pero sumamente representativo dentro de la Iglesia Española, una Iglesia que probablemente todavía no ha perdido los viejos hábitos clericales, y los viejos prejuicios clericales también. ¿Cómo te encuentras? ¿Qué hace o cómo se encuentra un laico como tú en medio de una Iglesia todavía clerical?

J.V. —Yo diría que el laico, los seglares, nos tenemos que ganar la confianza de nuestros pastores.

Como estoy metido en estructuras civiles que conozco bien, puedo decir que la Iglesia, como estructura humana, tiene los mismos defectos que tiene la sociedad civil. Por lo tanto, no me escandaliza el hecho de que haya personas que lo tomen como poder. No me escandaliza el hecho de que haya gente que lo utiliza para su bien personal. No me escandalizan estas cosas porque suceden en la vida civil por igual.

Cierto. Entonces, mis compañeros de trabajo no creen, dicen: «claro, como están sin curas, ahora quieren coger a los laicos. ¿Para qué? para volver a la sacristía a hacer de sacristanes». Yo creo que el laico no es un sacristán. La Iglesia es Pueblo de Dios como define el Concilio; y a más cargo, más responsabilidad, más servicio y así el Papa es el servidor de los servidores.

El laico tiene su importancia dentro de la Iglesia, pero como evangelizador en el mundo, como inserción de la Iglesia en el mundo, y concretamente ahora dentro del mundo de la salud. No se trata de buscar *laico-sacristanes*.

Yo diría que, a veces, tímidamente, se ha dado confianza a los laicos, y los laicos hemos fallado. Entonces esto hace que la gente se retraiga. Otras veces alguien intenta acercarse a los laicos desde dentro de la Iglesia con una visión de que estos sustenten, de que les sirvan. Esta es una línea totalmente equivocada.

“El mundo sanitario no es sino un reflejo de la sociedad en que vivimos”

L.H. —*Vamos a pasar al mundo de la salud, mundo especialmente conflictivo. Un mundo muy importante en la vida nacional que, incluso económicamente, se lleva la cabeza de león en el reparto presupuestario. Un mundo con el que parece ser que nadie está de acuerdo en su funcionamiento, en sus estructuras. ¿Qué visión tienes tú del mundo sanitario, del mundo de la salud en España hoy día, cuando hemos salido de unas huelgas intensas, cuando parece que se preparan otras, cuando no acaban de quedar pergeñados los mapas sanitarios, la aplicación de la Ley General de Sanidad, etc.?*

J.V. —Yo creo que el mundo sanitario no es más que un reflejo de la sociedad en que vivimos. ¿Cuáles son los intereses de la sociedad? Pues esos intereses se trasladan al mundo sanitario. Entonces, ¿el mundo sanitario es mejor o peor que la sociedad? Es igual que la sociedad, que los otros campos; lo único que aplicado al campo de la sanidad.

Últimamente se ha vivido una época, que yo creo que ya está empezando a pasar, muy individualista, muy hedonista, muy de «el que vale, vale y el que no, pues que se quede en la cuneta», una época de economía descarnada, una época del progreso por el progreso. A veces los profesionales sanitarios nos hemos dejado arrastrar por esto y hemos ido a reclamar más prevendas, más dinero. No es que seamos ni peores ni mejores.

A veces pueden tener razón los profesionales en protestar. ¿De qué? De que se destine poco dinero a la sanidad. Protestar de que sean más prioritarios otros campos que no el campo sanitario, o que esté mal organizado.

“Tenemos necesidad de comprometernos con las estructuras de humanización, en las estructuras políticas, sindicales, comisiones...”

Existe una sanidad pública, una sanidad privada, una sanidad concertada. Entonces la sanidad pública puede caer en el funcionarismo sin ninguna incentivación. Que se puede comer unos presupuestos sin darle la eficacia que debería tener el proceso, es decir, sin que se utilicen bien los escasos recursos en bien del enfermo.

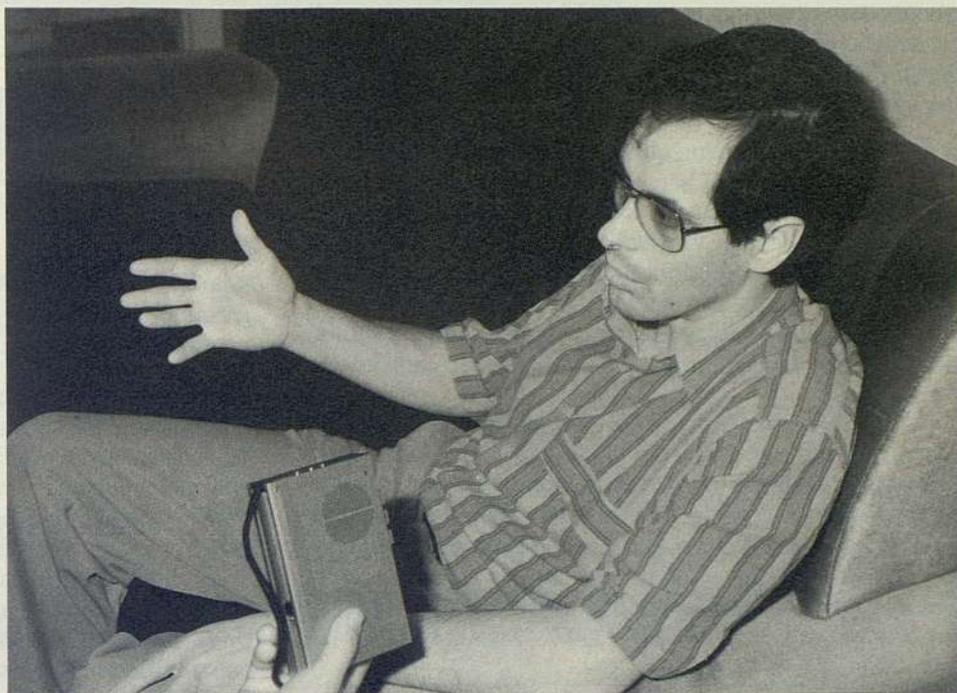
En el ámbito del sector privado puede ser que lo que se busque sea un beneficio de los accionistas a costa de los enfermos, y esto tampoco creo yo que sea lo adecuado.

No somos dioses ni somos perfectos los sanitarios; tenemos las mismas pegas y problemas que los otros mundos. Yo no me escandalizaría de esto.

L.H. —*Ciertamente, yo pienso que los profesionales sanitarios cristianos son, hoy en día, un poco la sal en medio de todo el cocido de los profesionales sanitarios en España. ¿Tú crees, os veis con posibilidades, tal vez no ahora pero sí en un no muy lejano futuro, de ser ciertamente esta sal que en la planificación sanitaria, en la administración de los recursos, en la asistencia podáis decir vuestra palabra, podáis alentar, estimular, denunciar en su momento, ser más significativos de lo que, a lo mejor hoy en día, se es?*

J.V. —Evidentemente que sí. Esta es una de mis tareas más importantes. Ya he dicho que yo solo no haré nada. Yo trataré de impulsar este aspecto: el compromiso de los profesionales en su campo. Despertar en los no-cristianos un acercamiento hacia el cristianismo. En el momento en que vean que el cristianismo es algo útil, algo que no es proselitismo, sino simplemente un servicio, los que prestan este servicio se pueden acercar al mismo sin miedo de ser absorbidos ni utilizados.

Tenemos necesidad de formación tal como lo definimos nosotros en El Espinar, tenemos una necesidad de comprometernos con unas estructuras de humanización, las comisiones de humanización, tenemos la necesidad de estimular que existan Comités de Ética por lo cual tenemos que estar formados, tenemos que estar dentro de las estructuras políticas, estructuras sindicales, dentro de las comisio-



«Tengo un sentimiento de satisfacción por la confianza que se deposita en mí... Pero "agradecimiento", ninguno»

nes, dentro de las juntas, dentro de todos los medios de que se dispone. Yo creo que tenemos que estar allí demostrando un estilo, un modo de vivir que sea un servicio; un modo de actuar que sea siempre a favor del más pobre, que es lo que Jesús hacía; siempre a favor del más débil, siempre a favor del oprimido. Si nosotros seguimos el ejemplo de Jesús, seremos siempre bien recibidos en todas partes. Incluso por los de arriba, que acabarán reconociéndolo.

L.H. —*Ya que te has metido con los de arriba, sigamos con ellos. ¿No podéis ser vosotros una legión en el sentido de la palabra de legionario, que estáis en la vanguardia de una guerra, por definirlo de alguna forma, en el mundo de la salud con todas estas complicaciones que decía antes y ante las que estáis poco respaldados en estos momentos por una jerarquía eclesiástica que probablemente no le da al mundo de la salud la importancia que, por ejemplo, le puede dar a otros campos como puede ser la enseñanza; una jerarquía con actos puntuales de presencia pero que, por ejemplo, no se ha pronunciado con fuerza ante determinada problemática, como la marginación de muchos enfermos, las dificultades que de por sí puedan plantear una Ley General de Sanidad, etc. Es decir, una jerarquía que le queda un poco alejado el grueso del mundo de la salud?*

J.V. —Yo creo que el Papa actual ha estado siempre sensible ante el mundo de los enfermos. El Papa ha escrito una Encíclica «Salvifici Doloris» sobre el mundo del dolor y el sentido redentor del sufrimiento, ha creado una Pontificia Comisión de la Salud. Precisamente Redrado, al que aprecio muchísimo y que es uno de los que me han enseñado a mí mucho, muchísimo de la pastoral sanitaria, es el Secretario de esta Comisión. Quiero decirte que la Iglesia sí que está sensibilizada por el mundo del dolor, de la enfermedad. Lo que pasa es que somos nosotros, los pro-

fesionales sanitarios, los que trabajamos en la Pastoral Sanitaria quienes debemos estimular a nuestros obispos para que se pronuncien más sobre este tema. El obispo tiene muchas responsabilidades, muchos campos, muchas cosas y entonces el que más le aprieta es el que se lleva el agua a su molino.

Creo, por tanto, que es, pues, responsabilidad nuestra el ir continuamente detrás insistiendo a nuestros pastores de la necesidad de esta Pastoral Sanitaria; de lo que decía, anteriormente: que en el Evangelio es uno de los apartados al que más tiempo Jesús le dedica, es una condición «sine qua non» del cristiano, etc.

Que esto se traduzca en presupuestos. Que esto se traduzca en personas dedicadas a ello. Que esto se traduzca en esfuerzos, en presencias, etc. Creo que si nosotros insistimos, lo conseguiremos.

En la medida en que la Pastoral Sanitaria se va haciendo más grande, se han creado más necesidades. Entonces nuestra obligación es convencerlos de las necesidades de este campo, en el que la marginación es muy importante.

Me gustaría muchísimo que hubiera mucha más sensibilización en este campo. Pero es misión nuestra el conseguirlo. No culpo a los obispos, ni mucho menos.

L.H. —*Hay unos planteamientos, se decía en la reunión de Zaragoza, de que ciertamente sería conveniente crear una estructura que dinamizase más el campo donde tú te hayas encaminado, los profesionales. Se decía que una reunión de profesionales al año no servía más que para saludarnos y para conocernos. Pero que, a la hora de ser efectivos y a la hora de rendir, sería conveniente, hablaban algunas voces, de pensar en un asociacionismo de los profesionales sanitarios cristianos. Un asociacionismo no clausista, evidentemente. ¿Cómo ves tú, máximo responsable en este campo, la posibilidad de generar, de crear un aso-*

ciacionismo con unas estructuras que funcionasen y que tuvieran una fuerza? ¿Qué tipo de estructuración se puede dar al mundo de los profesionales sanitarios que tú presides en estos momentos?

J.V. —Evidentemente que no es una reunión al año: así no haríamos nada. Así hemos empezado. No es que hayamos hecho mucho, pero de todos modos este año, aparte de la reunión anual, se va a trabajar en dos seminarios: uno sobre «el secreto profesional» y otro sobre «la eutanasia o el derecho a morir con dignidad». Creo que son dos temas de gran actualidad. Se van a trabajar con cuestionarios de grupo en cada una de las Diócesis, en cada centro de trabajo.

En cuanto a la Asociación, yo creo que es un instrumento, un utillaje, un medio de trabajo para poder cumplir con nuestra misión. En el momento en que exista la necesidad de una asociación, esta Asociación surgirá sola. Si en este momento estamos trabajando con las Delegaciones Diocesanas pues quizás es que en este momento no la necesitamos. Que la llegaremos a necesitar, yo estoy convencido de ello.

“El obispo tiene muchos campos, muchas responsabilidades. Tal vez el que más le apriete «se puede llevar el agua a su molino». Tendremos que apretar nosotros”

Ahora, nuestro modelo de asociación no sería una asociación corporativa. Trabajar en Sanidad es un trabajo de equipo, en el cristianismo no hay clases sociales... no es el estilo de Jesús. Por lo tanto, yo creo que la asociación tiene que ser de todos los profesionales sanitarios cristianos. En todo caso con secciones: sección de médicos, sección de enfermeras..., si es que, evidentemente, hay temas que tratar muy específicos dentro de los profesionales.

Esta es mi idea del tema. Creo que no iría bien en la actualidad, al menos pastoralmente. No creo que fuera en este momento útil, en este país, el aumentar el corporativismo y el crear una separación entre médicos, enfermeras, administrativos, celadores, limpiadores, etc., todos los profesionales sanitarios. Al revés, esto sería antievangélico en este momento, porque crearía clases sociales.

L.H. —*Es una pregunta con la que acabamos, prácticamente, con todos nuestros entrevistados. Nosotros somos parte humilde, pero una parte del mundo de la salud. La revista LABOR HOSPITALARIA, que intenta ser una luz, pretende, desde esa luz, iluminar este campo de la salud desde una perspectiva cristiana. Tú, Joan, la lees. Eres sus-*

“En el momento en que se necesite asociarnos, la Asociación surgirá por sí misma, pero tal vez ahora no la necesitamos. No obstante, estoy convencido de que la llegaremos a necesitar”

criptor de ella. ¿Qué le pedirías a LABOR HOSPITALARIA de cara al campo en donde tú vas a trabajar ahora de una forma muy concreta; de cara al campo del mundo de los profesionales?

J.V. —Bueno, yo creo que LABOR HOSPITALARIA es una revista que llena un vacío muy importante en el campo de las revistas sanitarias. Hace una combinación, que creo debe continuar haciendo, entre los aspectos técnicos, profesionales y digamos teológicos, pastorales, éticos, humanizadores en una visión integral de la sanidad, en una visión del hombre. Por lo tanto, creo que es una revista interesante. Yo le pediría que siguiera en esa línea, que nos tuviera muy en cuenta. Y también que nos dejara, de vez en cuando, unos espacios para poder, desde ella, transmitir nuestro mensaje y ayudar a la evangelización.

El mundo de los profesionales sanitarios cristianos es una inmensa realidad que está ahí. Esperando ser conocido, estimulado, apoyado, iluminado...

Un pequeño grupo de hombres buenos se encuentran dispuestos a ofrecerle al mismo su talento, su ilusión y su fe. Y, coordinando a los mismos, un médico mataronense afincado en Lérida.

Una vez más, Dios vuelve a imponer su estilo de trabajo: sencillez de medios para las grandes empresas.

LABOR HOSPITALARIA agradece al doctor Viñas su disponibilidad y le ofrece la suya propia como una pequeña parte de esos medios necesarios para la evangelización en un campo tan humano y en el que tan bien se movió Jesús: al lado del enfermo.

LH

Miguel Martín Rodrigo

Director

Foto: Jordi Fàbrega

6. EL COMITÉ DE ÉTICA

6.1 LOS COMITÉS DE ÉTICA EN EL DIÁLOGO INTERDISCIPLINAR

Dr. Francesc Abel, s.j.

Director del «Institut Borja» de Bioética de Sant Cugat del Vallès (Barcelona).

Miembro del Consejo Asesor de LABOR HOSPITALARIA

Nuestra pretensión al escribir este artículo es la de ofrecer una visión panorámica, lo más clara y concisa posible, del fenómeno relativamente reciente de la creación de comités de ética en el área de la investigación y de la asistencia sanitaria, tanto en el plano nacional y supranacional como en el plano estrictamente hospitalario. A los comités de ética hospitalarios dedicaremos una especial atención ya que tenemos particular interés en subrayar su importancia como instancia de ayuda a los médicos y a los pacientes en los casos más conflictivos donde pueden entrar en colisión distintos intereses y concepciones antropológicas. Presentaremos, también, el comité de ética del Hospital San Juan de Dios y sus rasgos diferenciales.

Recorreremos en este artículo, dividido en dos partes, los puntos siguientes:

1. Orígenes de los comités de ética.
2. Rasgos constitutivos comunes.
3. Autoridad ética y jurídica.
4. Objetivos, composición, actuación y eficacia.
5. Interdisciplinariedad.

En una segunda parte, más breve, presentaremos nuestro comité del Hospital San Juan de Dios de Barcelona.

I. COMITÉS DE ÉTICA

Orígenes

Tres son las motivaciones que encontramos en los inicios de los comités de ética. Se pueden ubicar en el tiempo, con precisión mayor o menor, en íntima dependencia de la gravedad de la situación que precede la creación de los comités; de la universalidad de la apreciación de su necesidad y de los peligros que quieren evitarse o ventajas que pueden conseguirse de su funcionamiento.

No es de extrañar que los horrores de la experimentación humana en los campos de concentración nazis y la pública exposición en los procesos de Nuremberg, acabada la segunda guerra mundial, estimularan la reacción de los médicos para evitar la repetición de tales desmanes en nombre de la ciencia. Así el Código de Nuremberg (1946) abre el camino a formulaciones más precisas para dirigir la investigación médica en sujetos humanos y su protección. Las Declaraciones de Helsinki (1964), y Tokyo (Helsinki II, 1975) representan documentos muy logrados, si bien perfectibles, en la protección de los sujetos humanos en la investigación médica. Han influido en todos los códigos deontológicos y se tienen en cuenta en todas las legislaciones que tratan de regular la experimentación humana y los ensayos clínicos. Estas Declaraciones recomiendan la formación de comités independientes (comités de ética) que revisen los protocolos de investigación. El desarrollo ulterior de mayor impacto en la investigación de estas directrices lo encontramos en la creación en los Estados Unidos de los comités IRB (Institutional Review Board) o Comités Institucionales de Revisión de protocolos de investigación y consentimiento informado de los sujetos. El estu-

6. EL COMITÉ DE ÉTICA

6.1 LOS COMITÉS DE ÉTICA EN EL DIÁLOGO INTERDISCIPLINAR

Dr. Francesc Abel, s.j.

Director del «Institut Borja» de Bioética de Sant Cugat del Vallès (Barcelona).

Miembro del Consejo Asesor de LABOR HOSPITALARIA

Nuestra pretensión al escribir este artículo es la de ofrecer una visión panorámica, lo más clara y concisa posible, del fenómeno relativamente reciente de la creación de comités de ética en el área de la investigación y de la asistencia sanitaria, tanto en el plano nacional y supranacional como en el plano estrictamente hospitalario. A los comités de ética hospitalarios dedicaremos una especial atención ya que tenemos particular interés en subrayar su importancia como instancia de ayuda a los médicos y a los pacientes en los casos más conflictivos donde pueden entrar en colisión distintos intereses y concepciones antropológicas. Presentaremos, también, el comité de ética del Hospital San Juan de Dios y sus rasgos diferenciales.

Recorreremos en este artículo, dividido en dos partes, los puntos siguientes:

1. Orígenes de los comités de ética.
2. Rasgos constitutivos comunes.
3. Autoridad ética y jurídica.
4. Objetivos, composición, actuación y eficacia.
5. Interdisciplinariedad.

En una segunda parte, más breve, presentaremos nuestro comité del Hospital San Juan de Dios de Barcelona.

I. COMITÉS DE ÉTICA

Orígenes

Tres son las motivaciones que encontramos en los inicios de los comités de ética. Se pueden ubicar en el tiempo, con precisión mayor o menor, en íntima dependencia de la gravedad de la situación que precede la creación de los comités; de la universalidad de la apreciación de su necesidad y de los peligros que quieren evitarse o ventajas que pueden conseguirse de su funcionamiento.

No es de extrañar que los horrores de la experimentación humana en los campos de concentración nazis y la pública exposición en los procesos de Nuremberg, acabada la segunda guerra mundial, estimularan la reacción de los médicos para evitar la repetición de tales desmanes en nombre de la ciencia. Así el Código de Nuremberg (1946) abre el camino a formulaciones más precisas para dirigir la investigación médica en sujetos humanos y su protección. Las Declaraciones de Helsinki (1964), y Tokyo (Helsinki II, 1975) representan documentos muy logrados, si bien perfectibles, en la protección de los sujetos humanos en la investigación médica. Han influido en todos los códigos deontológicos y se tienen en cuenta en todas las legislaciones que tratan de regular la experimentación humana y los ensayos clínicos. Estas Declaraciones recomiendan la formación de comités independientes (comités de ética) que revisen los protocolos de investigación. El desarrollo ulterior de mayor impacto en la investigación de estas directrices lo encontramos en la creación en los Estados Unidos de los comités IRB (Institutional Review Board) o Comités Institucionales de Revisión de protocolos de investigación y consentimiento informado de los sujetos. El estu-

dio y puesta en práctica de los trabajos de la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* creado en Estados Unidos por el Congreso (National Research Act, 1974) se extiende a lo largo de todo un período de tiempo a través de tres diferentes comisiones (1974-1978; 1979-1980; 1980-1983). Las directrices finales fueron publicadas en el título 45 de las Regulaciones Federales de los Estados Unidos, número 46, en el año 1981 y revisadas en el año 1983. De estas regulaciones se nutren los comités de ética sobre investigación en sujetos humanos de todo el mundo, con adaptaciones más o menos relevantes, sobre todo en las áreas administrativas y de controles más burocráticos.

Una segunda importante razón de la creación de comités de ética la encontramos en la creciente sensibilidad social sobre la protección de los derechos humanos y la percepción de que el nuevo poder que representan nuevas y poderosas tecnologías médicas pueden convertir a los pacientes hospitalizados en víctimas de abusos y atentados a la dignidad personal. La masificación hospitalaria, la especialización y el trabajo en equipo exigen una seria reflexión ética y hacen aconsejable la creación de mecanismos de control y de protección. Así en 1972, la *American Hospital Association* adoptó la Declaración de los Derechos de los pacientes con el razonamiento de que la relación tradicional médico-paciente adquiere una nueva dimensión cuando la asistencia se da en una estructura organizativa y jerárquica. Hoy, buena parte de los hospitales del mundo occidental cuenta con una Carta o Declaración de los Derechos de los Pacientes. Su protección es uno de los objetivos, cuando no el principal, de los Comités de Ética en los hospitales.

Finalmente, la aplicación de nuevas tecnologías médicas implica una serie de problemas éticos de difícil resolución y que van desde la selección de pacientes para la hemodiálisis, a la determinación de muerte cerebral y el tratamiento de neonatos con peso extraordinariamente bajo. Los comités de ética actúan como órganos de consulta privilegiados y en ocasiones como centros de decisión y de formulación de pautas de tratamiento o no tratamiento en casos singulares.

Recogemos aquí algunas fechas y acontecimientos que han influido en la creación de comités de ética:

1960. En el año 1960 el doctor Belding Scribner logra con un sencillo ingenio facilitar la diálisis repetida. Crea el primer centro de diálisis *Seattle Artificial Kidney Center* y se ve obligado a hacer una selección de pacientes que pueden beneficiarse de la técnica, una vez excluidos aquellos que no cumplen los requisitos de *indicación médica de diálisis*. Se crea una comisión que ha de seleccionar según criterios no médicos. Es un comité que recibe el nombre de *Vida o Muerte*. Este comité no logró formular unas orientaciones suficientemente satisfactorias, juzgadas después de unos años de reflexión bioética. Sus miembros se sintieron frustrados pero hicieron cuanto supieron. El comité dejó de existir cuando el gobierno federal patrocinó los gastos del tratamiento para pacientes con enfermedad renal crónica, irreversible sin diálisis.

1968. Publicación del informe sobre el diagnóstico de coma irreversible y definición de muerte cerebral dada por el *Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death: The definition of irreversible coma* (J.A.M.A. 205 [1968] 6, 85-88). Será el origen de la formación de comités para decidir cuándo se dan las condiciones de muerte del tronco cerebral y posibilidad ética y jurídica de desconectar el aparato de respiración asistida.

1973. Karen Teel escribe un artículo cuya influencia fue mayor de lo que podía sospechar. En este artículo, la doctora Teel comenta la importancia de los comités de ética en los hospitales para resolver dilemas de atención médica que revisten una problemática ética. Afirma, además, que estos comités han de tener una función asesora y no coercitiva. Este artículo influyó en gran manera a la Corte Suprema de New Jersey que juzgó el caso de Karen Ann Quinlan¹. Los jueces determinaron que si el médico que atendía a la paciente juzgaba que no existía una probabilidad de que recuperara las funciones cognitivas, entonces podría retirar el respirador atendiendo la demanda familiar o del tutor legal, con tal de que un *comité de ética del hospital estuviera de acuerdo con el pronóstico*. Curiosamente, pues, en 1976 se introduce una variante a la sugerencia de la doctora Teel, creándose comités de pronóstico médico. El pronóstico, siempre importante, concentraba la dimensión ética.

1978. El nacimiento de la primera niña Louise Joy Brown en la Gran Bretaña representa el origen de una auténtica revolución en el tratamiento de la esterilidad². Las posibilidades que ofrece la fecundación asistida y la transferencia de embriones y los riesgos que entrañan hacen necesaria la creación de comités de estudio tanto nacionales como supranacionales que florecen entre los años 1982 y 1985.

1983. La comisión creada por el Presidente de los Estados Unidos en 1980 para el estudio de problemas éticos en medicina e investigación biomédica y de la conducta: *President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research* publica el informe *Deciding to Ferego Life - Sustaining Treatment* en el que se sugiere que los hospitales arbitren procedimientos —comités— para tomar decisiones éticamente irreprochables en los casos

¹ En el año 1975, Karen Ann Quinlan de 21 años de edad tomó valium, librium, barbituratos y poco después en una fiesta tomó alcohol, perdiendo el conocimiento con apnea de media hora de duración, quedando sumida en coma apático. El proceso jurídico, como resultado del deseo de los padres adoptivos para que le retiraran la ventilación asistida y los médicos oponiéndose, acabó a favor de los padres después de varias vicisitudes legales. K. A. Quinlan murió 10 años más tarde por causa de insuficiencia respiratoria aguda en el curso de una neumonía, sin que jamás hubiera recuperado las funciones corticales.

² El 25 de julio de 1978 Lesley Brown dio a luz a una niña, Louise Joy Brown, resultado de la fecundación de un óvulo de Lesley y fecundación *in vitro* —con el esperma de su marido Gilbert John Brown—, y subsecuentemente transferencia embrionaria con la ayuda de Patrick Steptoe, ginecólogo de Oldham (Inglaterra), donde tuvo lugar el nacimiento, y de Edwards, fisiólogo de Cambridge.

de pacientes mentalmente incapaces, inconscientes y neonatos gravemente enfermos³.

1984. En Estados Unidos el *Department of Health and Human Services* y la *American Academy of Pediatrics* recomiendan la creación de comités de ética para el estudio de casos difíciles en neonatología que conllevan conflictos éticos. La recomendación afecta como es lógico de manera precisa a los hospitales con unidades neonatológicas de cuidados intensivos. Esta recomendación cierra, en cierta manera, las polémicas surgidas en 1982 y 1983 con motivo de los casos *Baby Doe*, 1 y 2, y la creación de la brigada de inspección de unidades neonatológicas que podían movilizarse a la llamada telefónica de quien quiera sospechara que un niño no recibía el tratamiento adecuado. Como es natural, la implantación de un teléfono rojo en las unidades pediátricas creó más problemas que solventó⁴.

RASGOS CONSTITUTIVOS COMUNES

A sabiendas del riesgo que supone toda generalización de falsear selectivamente la realidad y de empobrecer el análisis detallado, creo que puede ser útil al lector no especializado considerar estos rasgos y que, a mi modo de ver, pueden substanciarse.

COMITÉS NACIONALES Y SUPRANACIONALES

1. Al analizar los problemas, estos comités tienden a la búsqueda de soluciones pragmáticas. Se valoran los logros científicos y se priman las opiniones de los técnicos y de los científicos. El resultado tiende a posiciones éticas minimalistas, ya que sus recomendaciones puedan, si llega el caso, servir de base a una legislación.
2. Lenguaje normativo de tipo mixto, es decir, la formulación se acerca más a recomendaciones morales que a principios legales. Con todo, se pretende también la observancia de las recomendaciones con formulaciones de corte jurídico pero sin prever sanciones penales o administrativas en caso de incumplimiento, salvo en determinados casos muy concretos. De todas maneras los documentos publicados representan una importante contribución a la reflexión sobre decisiones difíciles y

³ Cfr. LABOR HOSPITALARIA 18 (1986) 202, pp. 233 ss. Número monográfico sobre códigos deontológicos y normativas ético-jurídicas recientes.

⁴ *Baby Doe 1*. El 9 de abril de 1982 nació en Bloomington, Indiana, un niño con síndrome de Down y atresia duodenal. Los padres rehusaron la corrección quirúrgica del defecto. El caso fue llevado a los tribunales. A los cinco días los jueces fallaron a favor de los padres. Al día siguiente se hizo recurso de la sentencia al Tribunal Supremo pero el niño murió este mismo día.

Baby Doe 2. El 11 de octubre de 1983 nació una niña en Smithtown, New York, con espina bífida y mielomeningocele considerado grave. Los padres prefirieron que no se operara inmediatamente. Un abogado denunció al hospital para forzar la intervención del mielomeningocele. Los jueces fallaron a favor de los padres que razonablemente habían aceptado la colocación de una válvula para reducir la hidrocefalia. Los padres se llevaron la niña a casa, cuando contaba 6 meses de edad.

críticas que afectan a la investigación y a la asistencia sanitaria.

3. Beneficiosa influencia en Europa de los trabajos y experiencias de los Estados Unidos y del Canadá. Hay que subrayar la importante contribución que han aportado a la bioética los documentos de la mencionada «*President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research*» de Estados Unidos; los documentos publicados por la Comisión para la Reforma del Derecho de Canadá; la Enciclopedia de Bioética publicada por el Kennedy Institute (Washington D.C.) y el Hastings Center Report (New York).
4. Preocupación prioritaria, aunque no exclusiva, de los problemas relacionados con la investigación, razón por la que la mayoría de comités nacionales sean comités de investigación o de ensayos clínicos.
5. Pérdida de la posición dominante de los médicos en los comités americanos y mantenimiento de esta posición en los europeos pero con signos claros de mayor participación social en los proyectos de futuro.
6. Es manifiesta en Europa la influencia de los códigos deontológicos mantenidos a través de los colegios médicos o instancias similares como *L'Ordre des Médecins* y el *British Medical Council* cuyo espíritu se refleja en las declaraciones de los grandes organismos internacionales como la OMS/CIOMS; el Consejo de Europa o la World Medical Association.
Creo oportuno en este momento observar que las comisiones deontológicas de los colegios de médicos de España podían haber jugado un importante papel en la formulación de criterios y políticas actualizadas y renovadas con la suficiente agilidad. Esto no ha sido posible por varias razones, entre las que destaco: una excesiva politización de las juntas directivas de los colegios; una gran ambivalencia ante el dilema ético-ley, que muestra un discurso teórico que señala la importancia de la ética y una actuación práctica que se inclina a la orientación legalista y poco creativa. Finalmente, no podemos olvidar el problema más grave que afecta a la Sanidad española en cuyo marco hay que situar la actuación colegial. Se trata de la reforma sanitaria, que no encuentra la orientación adecuada.
7. Hay que destacar la importante influencia que en Europa han tenido los documentos emanados por las comisiones nombradas por el Consejo de Europa con referencia a ingeniería genética; técnicas de fecundación asistida; experimentación en embriones humanos. La Guía de Ética Médica Europea del grupo de trabajo de la Conferencia de los Colegios Médicos (11 junio 1986) ha tenido una repercusión mucho menor por tener importantes limitaciones y no entrar en el análisis a fondo de cuestiones controvertidas⁵.
8. Se aprecia en todos los comités cuyo ámbito de acción es el de la temática bioética en general una creciente preocupación por la eutanasia y el suicidio asistido; el tratamiento de enfermos crónicos y terminales; el tra-

⁵ Cfr. LABOR HOSPITALARIA 18 (1986) 202 y 18 (1986) 203.

tamiento de pacientes oncológicos y los ensayos clínicos con niños.

9. Se han creado en Europa innumerables comités *ad hoc* para el estudio de los problemas médicos, éticos y jurídicos de las tecnologías de fecundación asistida, transferencia embrionaria e investigación sobre fetos humanos. En algunos países éstos son los únicos comités de bioética que han existido.

Queremos subrayar, para finalizar este apartado, la importancia del Consejo Nacional de Ética de Dinamarca y del Comité Consultivo Nacional de Ética de Francia, que pueden considerarse instituciones socio-culturales de importancia general para la sociedad. El comité francés ha producido diez recomendaciones de notable calidad y se ha impuesto como misión ofrecer sus opiniones sobre los problemas morales que surgen en la investigación biológica, médica y de cuantos problemas que en relación a la salud afectan a grupos sociales o a la sociedad entera. El carácter interdisciplinario de este comité, la seriedad de las discusiones y su publicación, ofrecen un cierto liderazgo institucional bioético en Europa como lugar de mediación entre la sensibilidad social colectiva y la intervención del poder público. Por su importancia publicaremos en este número de LABOR HOSPITALARIA y en el siguiente la traducción de sus recomendaciones.

COMITÉS DE ÉTICA EN LOS HOSPITALES

La *Institutional Review Board* (IRBs) o Comités Institucionales de Revisión, creados en los Estados Unidos en los años 70 para la protección de sujetos humanos en las investigaciones clínicas, prefiguraron el modelo de comité de ética en los hospitales aportando una metodología de trabajo, un rigor científico y al mismo tiempo tuvieron reconocimiento legal y facultades decisorias. Su ámbito de acción, sin embargo, quedó circunscrito a la investigación y experimentación (como por ejemplo el análisis de las condiciones para autorizar el primer implante de un corazón artificial a un paciente).

La actuación de los IRB consiste en el estudio de lo que llamaríamos prerequisites éticos de un protocolo de investigación: calidad, necesidad, metodología, etc.; comprobar si el protocolo responde a las directrices del Gobierno para obtener fondos de financiación y, finalmente, comprobar si se cumplen todos los requisitos del consentimiento informado, de la libre participación de los pacientes y de una selección de sujetos (pacientes o controles) que no hayan sido sujetos a coacción por sus características socio-culturales (ingresos mínimos, grupos étnicos minoritarios y de bajo nivel cultural).

Teniendo en cuenta la actividad de los IRB, podemos considerarlos como comités de medicina legal en la medida que se limiten a abordar problemas legalmente definidos. En este sentido los que fueron en un día comités de ética en la investigación se acercan hoy más a su definición actual, es decir, comités institucionales de revisión constituidos esencialmente por médicos e investigadores.

En España existen 122 Comités de Ensayos Clínicos, acreditados como tales por el Ministerio de Sanidad. Los consideramos una copia de los IRB. El deseo expresado de homologar estos comités a los comités éticos parece que se limita a la inclusión en los mismos de personas ajenas a la profesión sanitaria.

Tengo la impresión que el borrador de anteproyecto de la Ley del Medicamento elaborado por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios confunde los comités éticos con los IRB. No basta con incluir personal no médico o ajeno a la investigación para poder transformar el comité de expertos en un comité ético. Creo que sería más adecuado denominarlos comité de medicina legal o comités científicos⁶.

Las tareas originariamente asignadas a los IRB fueron: 1.º, respeto de los derechos de los pacientes y salvaguardia de los sujetos de investigación; 2.º, calidad del método empleado para dar la información pertinente y obtener el consentimiento lúcido del paciente y 3.º, estudio de los riesgos y beneficios potenciales de la investigación.

Con el tiempo los IRB se beneficiaron de las discusiones bioéticas en Estados Unidos y de los informes de los diferentes centros de bioética que colaboraron con el Gobierno americano en múltiples sesiones informativas y audiencias (*hearings*). Gracias a esto, buena parte del trabajo de los comités de ensayos clínicos consiste en el estudio estrictamente científico y legal administrativo sin tener que entrar en discusiones éticas propiamente dichas.

Tanto en Estados Unidos y Canadá como en Europa son comités científico-éticos de revisión de protocolos de investigación y de garantías de protección de los pacientes y voluntarios sanos que participan en la misma.

Otro tipo de comités en los hospitales y que tratan problemas asistenciales los llamaremos *comités de bioética*, es decir, comités que tratan de encontrar soluciones a problemas médicos en los que existen conflictos de valores que requieren un análisis interdisciplinar. Estos comités no tienen un esquema tan claro, definido y estudiado como los comités de investigación.

En los comités de bioética conviene asegurar la competencia profesional, la interacción entre médicos y especialistas en ética, la participación de asistentes sociales, enfermeras, psicólogos clínicos, especialistas del caso a estudiar, consultores varios cuando sean necesarios o convenientes.

Damos por descontado que toda decisión ha de contar con el consentimiento del paciente o sus representantes legales, antes de su puesta en práctica.

Todos estos comités de ética presentan las siguientes características comunes:

- 1.º Experiencia de que la consecución de un comité que funcione eficazmente requiere tiempo, más de lo que se pensaba al constituirse el primer comité de un determinado hospital.
- 2.º Que las decisiones sobre estructura, procedimientos y

⁶ Cfr. Monografía del Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Farmacia y productos sanitarios. *Ensayos Clínicos en España*, Monografías Técnicas n.º 7, Madrid, 1988.

reglamento interior también supone una inversión considerable de tiempo.

- 3.º Aparición de crisis periódicas sobre propósitos, objetivos, funciones y responsabilidad del comité.
- 4.º Conciencia creciente de que el principal objetivo del comité es el del servicio al paciente y protección de sus derechos.
- 5.º Conciencia de la necesidad de formación ética de los miembros del comité y de la importancia del estudio de casos.

La práctica totalidad de los comités de ética de hospitales siguen un proceso similar en la resolución de dilemas bioéticos y que puede resumirse así:

- 1.º Estudio detallado de la historia clínica y evaluación médica de los hechos.
- 2.º Formulación del dilema o dilemas que pueden plantearse en relación a diferentes posibilidades de actuación o de no actuación.
- 3.º Valoración ética cultural y social.
- 4.º Proceso de decisión que, a ser posible, ha de lograrse por consenso.

La mayoría de los problemas planteados a los comités de ética cuya función no es la de investigación hacen referencia a los siguientes temas: tratamiento de pacientes terminales; evaluación y diagnóstico de muerte cerebral, que puede presentar delicados aspectos en niños presuntos donantes de órganos; decisiones sobre reanimación de pacientes en situaciones críticas; problemas éticos en perinatología.

Autoridad ética y jurídica

Salvo el caso especial de los IRB, ningún comité de ética, nacional o supranacional o de hospitales, tiene mayor autoridad que la estrictamente moral y la inobservancia de las regulaciones no supone sanción penal ni administrativa salvo cuando se infrinja una ley.

Conviene, sin embargo, no subestimar la influencia de los documentos mencionados en la formulación de las leyes en cuestiones biomédicas. De hecho, el diálogo ético en bioética se muestra importante, fecundo y de gran porvenir en los próximos años. Por esto es importante distinguir la bioética como reflexión desde las propias posiciones valorales en la concepción del hombre y de la sociedad y la bioética como un pacto social en el que se intenta salvaguardar el mínimo ético. Definir este mínimo ético y llegar a acuerdos éticos en cuestiones sobre protectibilidad de la vida humana en sus inicios, pongamos por ejemplo, es tarea que se muestra tan imposible como la de conseguir la cuadratura del círculo. La diferencia de las posiciones es tan grande que, nunca mejor dicho, resulta radical.

La ley, al intentar armonizar los valores en conflicto, no convierte en ética para un sistema determinado de valores o doctrina el contenido de la misma. Por ello, lo que algu-

nos llaman ética civil más bien debería llamarse política o normativa social.

Profundizar en los argumentos éticos dentro de una determinada filosofía es deber ineludible y responsabilidad grave de los diferentes sistemas que deseen el diálogo en nuestra sociedad. Huelga afirmar la responsabilidad que tenemos los cristianos en general y los católicos en particular en este diálogo.

Desde la perspectiva jurídica se observa una gran reticencia en legislar sobre comités de ética. Además de los problemas propios de cada país, hay un cierto temor de que la legislación interfiera negativamente en iniciativas que surgen en la Universidad e instituciones similares y que tienen unos mecanismos propios de autorregulación. Parece, más bien, que es mejor identificar bien los valores sociales comprometidos y que exigen la tutela legal, como por ejemplo ha sido el caso de la protección de sujetos de investigación médica; la determinación de filiación en los casos de reproducción asistida, etc. Países como Dinamarca, Alemania y Holanda que tienen una organización de comités de ética bien estructurada no acaban de decidirse en la cuestión legislativa y se prefiere una espera cautelosa antes que caer en una posible intromisión estatal innecesaria.

Objetivos, composición, actuación, eficacia de los comités de ética en los hospitales

Los *objetivos principales* de los comités de ética en los hospitales pueden resumirse en los siguientes puntos:

1. Protección de los derechos de los pacientes.
2. Facilitar el proceso de decisión en los casos más conflictivos desde la perspectiva ética.
3. Formular orientaciones que ayuden a la resolución de casos similares.
4. Atender a la formación bioética propia y del personal de hospital.

En algunos casos, un informe de un comité de ética acreditado de un hospital podrá ayudar a los propios médicos o personal de enfermería que se encuentren injustamente involucrados en una denuncia de negligencia, de incompetencia o similares.

En la *composición* de los comités de ética conviene que estén representados diferentes puntos de vista; que se asegure la interdisciplinariedad y que el número de miembros permita un trabajo eficaz. Una idea clara de cuál es la función del comité ayuda a resolver la cuestión del tamaño del mismo. Una revisión de la composición de diversos comités muestra una oscilación entre los 5 y los 25 miembros. Como se puede comprender, un comité compuesto de muchos miembros necesita un trabajo competente de preparación de las sesiones, un material de estudio bien trabajado y una experta dirección de las discusiones.

Respecto a las cualidades de los miembros, además de la competencia profesional, conviene que sean personas

abiertas al diálogo; con la capacidad de funcionar en el grupo como iguales e interesados en las cuestiones éticas.

Parece muy aceptable que el comité de ética de un hospital esté constituido por un tercio de médicos; un tercio de enfermeras y un tercio de otras personas entre los que puede haber un especialista de ética, un capellán, una asistente social, un abogado, un representante de la comunidad, el gerente o administrador.

ACTUACIÓN

Como hemos indicado anteriormente, la experiencia de diferentes comités de ética muestra la conveniencia de llegar a acuerdos por consenso y no por mayoría de votos, recurso al que solamente conviene acudir cuando las cuestiones han sido ampliamente debatidas, las opiniones siguen divididas y el recurso a otros miembros ajenos al comité puede resultar inconveniente.

La decisión del comité tiene un mero carácter de asesoramiento y servicio a quien en última instancia compete la decisión, es decir, al médico encargado del caso, de acuerdo con el paciente o representantes legales.

EFICACIA

No hay duda alguna de la eficacia de los comités de ensayos clínicos establecidos en Canadá, Estados Unidos y Europa. Además de la preocupación ética de proteger a los sujetos humanos, existen otros motivos de peso, como pueden ser: la obtención de fondos para la investigación; el permiso de comercialización de un producto; o evitar sanciones legales y administrativas.

Con respecto a otros comités, puede resultar interesante observar las conclusiones de una encuesta realizada en 1984 en 74 centros de neurocirugía pediátrica en los Estados Unidos (de éstos sólo 24 tenían comités de ética, 13 de ellos de reciente formación como consecuencia de las discusiones sobre los casos *Baby Doe* y 21 otros centros proyectaban la creación de comités de ética)⁷.

En primer lugar se considera que los comités de ética son infrautilizados salvo cuando la prensa airea cuestiones que alcanzan resonancia amplia que obliga a tomar posiciones defensivas. En segundo lugar, aunque estos comités están claramente dominados por los profesionales de la salud y en su composición no figuran miembros de profesiones recomendadas por bioeticistas, son suficientemente representativos según el parecer de los pacientes. Facilitan de manera importante el proceso de decisión a los médicos y resultan de importancia para las enfermeras, pero son percibidos como menos importantes por los pacientes. En tercer lugar, que la presencia de comités de ética en los hospitales no tiene influencia en el número de casos que acuden a los tribunales ni en la frecuencia con que los médicos deciden retirar o discontinuar una terapéutica o tra-

tamientos que mantienen la vida, en el momento en que lo juzguen indicado.

Es posible que esta visión corresponda a la realidad y obliga a una prudente actitud ante los comités de ética que creemos han de ser concebidos sobre todo como un lugar de encuentro que facilite la comunicación interdisciplinar, ayudando a los médicos y enfermeras a asumir decisiones muchas veces dolorosas, una vez contrastados pareceres y valoraciones.

No hay que subestimar la importancia que pueden tener algunos comités de ética, ni podemos sobrevalorarla como si se tratara de una panacea para resolver conflictos éticos planteados en la asistencia sanitaria.

Interdisciplinariedad

Este aspecto de los comités de ética vemos que con facilidad es mal interpretado. Algunos piensan que los comités en los que intervienen especialistas de diversas áreas de la medicina y que, por lo tanto, pueden denominarse interdisciplinares, son los mismos que se propugnan desde los centros de bioética. Otros, más preocupados por la omnipresente amenaza de una denuncia ante los tribunales, creen que la interdisciplinariedad se consigue suficientemente con la presencia en el comité de algún abogado familiarizado en el terreno de la legislación médica. Los hay que, preocupados por la atención a los pacientes terminales y por la exigencia pastoral, centran el carácter interdisciplinar en la presencia de capellanes en los comités. Otros piensan que se cumplen los requisitos de interdisciplinariedad con la presencia de enfermeras en los comités. Creo importante clarificar lo siguiente:

1. La formación de un comité interdisciplinar en un hospital ha de responder a una necesidad real, con problemas suficientemente graves y frecuentes, como para pensar que este comité puede prestar un servicio a los médicos, que han de tomar decisiones, preocupados por la dificultad y gravedad de los problemas morales planteados y por la necesidad de establecer unos criterios coherentes de actuación.
2. La composición del comité viene determinada por la función que tenga o que se le asigne. De tal manera que será distinto un comité que tenga como misión redactar unas pautas de actuación sobre la base de revisión de casos que un comité que estudie un problema nuevo y que pretenda elaborar doctrina y pautas de comportamiento a base del estudio y confrontación de casos actualmente presentes en el hospital y que requieren una solución inmediata. Es distinto un comité que estudie la legitimidad de una huelga que otro que analice la conducta a seguir en los casos de mielomeningocele.
3. El deseo y la capacidad de diálogo son los requisitos indispensables que han de tener los miembros del comité, además de su competencia profesional. El diálogo es la base del comité interdisciplinar.

⁷ GALLO, A. E.: *Hospitals Ethics Committees. A pediatric neurosurgical perspective.* Child's Nerv. Syst (1985) 1, 132-136.

4. En la composición de los comités creo que han de figurar ente todo los médicos, después las enfermeras. Especialistas en ética, filosofía moral o teología son importantes en la medida en que los primeros necesitan una orientación y metodología en el análisis ético. La presencia de capellanes estará en función del tipo de hospital y de pacientes. Un hospital psiquiátrico es distinto de una residencia geriátrica, pero en ésta puede ser menos importante la existencia de un comité de ética, si bien en los dos centros es importante la presencia del capellán.
5. Creo, finalmente, muy importante establecer, como principio, que puede salvar gran cantidad de tiempo y de complicaciones, distinguir lo que son los miembros fijos de un comité de ética de los posibles consultores o asesores en un asunto concreto.

II. COMITÉ DE ÉTICA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BARCELONA

Tres son las características diferenciales que queremos destacar en nuestro comité de ética, que le dan un sello propio. En primer lugar tiene como importante finalidad tutelar la identidad del hospital como institución católica. Esto conlleva una serie de obligaciones y deberes como respetar al máximo los derechos del personal contratado y sus propias convicciones éticas; supone limitar al mínimo la libertad de opción y de manera específica el respecto debido a las enseñanzas del Magisterio eclesiástico. Estos aspectos vienen claramente expresados en el documento *Configuración del Hospital Católico* (Labor Hospitalaria 15 (1983) 188, 72-77) que es el marco de referencia obligado del comité. Reproducimos los artículos que se refieren a los aspectos mencionados:

28. El Comité de Ética prestará primordial y necesaria atención a los principios que marcan la identidad católica del hospital y el estudio de los problemas estrictamente éticos. Promoverá, además, las actividades a que alude el artículo 26.
20. La responsabilidad ética de todo el personal sanitario, y de los pacientes, debe ejercerse dentro del margen de opción necesariamente delimitado para respetar el derecho a conservar la propia identidad por parte del hospital católico, marco previa y libremente aceptado por todos.
21. Es inaceptable que alguien se comprometa a proceder o a colaborar contra la propia conciencia. Tampoco sería aceptable que, por falta de hospitales no confesionales en la zona, se obligase al católico (o a cualquier otro hospital confesional) a proceder contra las exigencias de su propia identidad, pero deberá éste en tales circunstancias apurar todas las posibilidades que le abre el recurso a una justificada cooperación material para no limitar injustamente la capacidad de opción por parte de los ciudadanos.
22. Lo mismo debe decirse, salvadas las diferencias, del derecho al trabajo que asiste a los ya contratados de acuerdo con la ley vigente. Corresponde al especialista en derecho laboral hallar la solución técnico-jurídica capaz de coordinar ambos derechos en la misma formulación del contrato, en las sucesivas revisiones del mismo y en la entrada en vigor de nuevos convenios colectivos. La atención que, en grado excelente, ha de prestar el hospital católico a los derechos del trabajador, en aras de la más estricta justicia social, no debe realizarse a costa de su propia existencia contra esta misma justicia social.
23. La mayor dificultad surge del respeto debido a la conciencia y convicción ética del médico, personal de enfermería y farmacia que decidió libremente, o forzados por las circunstancias, prestar sus servicios en un hospital católico y disiente de la aplicación concreta de sus normas a un caso particular, tal vez avalado por la opinión de algunos teólogos. Para decidir o para colaborar a la solución de estos casos podrá recurrirse a un Comité de Ética el cual, en su juicio y decisión, deberá tener en cuenta las diversas opiniones autorizadas, para no restringir la libertad del facultativo más de lo que exigen la tutela debida a la identidad del centro y la obligación de evitar el escándalo. Si, oídas las razones, no pudiese el facultativo proceder de acuerdo con la decisión adoptada por el centro, será preciso relevarle de su responsabilidad en el caso, con el mayor respeto a todos sus derechos.
24. La unidad de acción necesaria para el tratamiento adecuado del enfermo, y la grave responsabilidad que pesa sobre el facultativo que se hizo cargo de él, exigen sujeción a sus directrices por parte de los colaboradores, médicos, personal de enfermería y paramédico, pero no descarga a éstos de la obligación que tienen de atender a los imperativos de la propia conciencia profesional, cuando estuvieren seguros de que ha habido un error. Si hubiesen tenido que proceder en contra de una orden sin el previo recurso a la decisión de una autoridad superior, corresponde a la Dirección Médica, asesorada por el Comité de Ética, cuando el caso lo requiera, emitir un juicio sobre el sentido de la responsabilidad y la competencia, que hayan presidido el disentiimiento, y tutelar, cuanto fuera preciso, los derechos del subordinado.
25. Las enseñanzas del Magisterio piden sincero respeto y aprecio por parte de los católicos, pero este mismo respeto y la adhesión responsable obligan a tener en cuenta el diverso grado de autoridad con que ha podido pronunciarse, así como la certeza con que lo hizo, en función de los conocimientos científicos y teológicos del momento y de los supuestos reales a los que quiso responder. No todos los valores éticos se hallan vinculados, en el mismo grado, con la visión evangélica del hombre, ni tienen la misma importancia para sal-

vaguardar la dignidad humana. También estas reflexiones deben ser tenidas en cuenta por los facultativos, especialistas y demás miembros del Comité de Ética del centro. Sólo de acuerdo con el conjunto de reflexiones indicado, cabe en el hospital católico un disentimiento responsable.

26. Para reducir al mínimo los casos conflictivos, será necesario promover dentro del horario laboral:
- La formación del sentido ético y la instrucción razonada sobre las normas del hospital en todos sus miembros.
 - El diálogo serio y continuado entre los expertos en ciencias médicas y los filósofos o teólogos especializados en cuestiones éticas, así como entre los dos estamentos citados y el personal responsable de la dirección y administración del centro.

La finalidad de tutelar la identidad católica del hospital influye necesariamente en la composición de los miembros del comité, en el que hay que distinguir los miembros *ex officio* y los miembros numerarios. Los miembros *ex officio* son: el superior de la comunidad de hermanos de la Orden Hospitalaria; el jefe de la pastoral hospitalaria; el director médico del hospital y un experto en ética.

Los miembros numerarios son diez: cuatro médicos del cuerpo facultativo del hospital, elegidos por su interés en la problemática bioética y también por la frecuencia con la que han de tratar casos gravemente conflictivos; tres profesionales del cuerpo de enfermería, elegidas con los mismos criterios; una asistente social; la coordinadora de la Asociación de voluntarios y un delegado de la pastoral hospitalaria.

La segunda característica que mencionaremos es la problemática tratada. Su importancia y gravedad justifican por sí solas la existencia de un comité de ética. Téngase en cuenta que nuestro hospital es un hospital docente con 390 camas pediátricas y 60 obstétrico-ginecológicas y está destinado a pacientes de riesgo elevado. Los problemas sobre contracepción, esterilización y perinatológicos son los que el comité ha de analizar, teniendo en cuenta el rigor científico y realizando un auténtico discernimiento ético. La misión del comité de ética no se concibe como la de un mecanismo de control de calidad técnica asistencial sino como *servicio* que se ofrece a la comunidad hospitalaria, profesionales y pacientes, para ayudarles en la resolución de los casos en que se plantee un conflicto de valores.

La tercera característica que cualifica la actuación del comité de ética es el convencimiento de la inviolabilidad de la vida humana desde el instante de la concepción y la afirmación práctica del deber de acogerla, defenderla y asistirle con amor. Creemos firmemente que por la frecuencia de casos límite que nos encontramos en el hospital, nuestro comité juzga un importante papel en el diálogo bioético, aportando una rica casuística que desborda por su riqueza y singularidad las aplicaciones concretas de principios universales estudiados en los manuales clásicos de ética o de teología moral. Esto obliga a una continua revisión de las situaciones y su confrontación con los principios generales y el Evangelio.

En el estudio de los problemas propuestos al comité se incluyen en calidad de expertos o miembros *ad casum*: representantes del área objeto de análisis; los médicos, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, etc. y todas aquellas personas que se juzguen necesarias para ilustrar el caso y aportar perspectivas de análisis y valoración.

Resultaría difícil sistematizar el procedimiento que seguimos en la discusión de casos debido a que concedemos más importancia a la libertad de las miembros del comité en la presentación o discusión que a la estricta observancia de una pauta establecida. De todas maneras podemos afirmar que: 1.º se tiene siempre muy en cuenta que todos los miembros del comité tengan un claro conocimiento de los hechos y alternativas posibles de solución, que permita identificar el conflicto o conflictos; 2.º se da tiempo para preguntas y respuestas; 3.º aportación por parte de los diferentes miembros de sus puntos de vista y posibles soluciones; 4.º discusión abierta; 5.º finalmente, se formula la que parece como mejor solución posible.

Las resoluciones son consensuadas. Desde que el comité comenzó a dar sus primeros pasos en los años 70 hasta este momento y a pesar de presentarse en ocasiones perspectivas y enfoques muy distintos, no recordamos un sólo caso en el que hayamos tenido que recurrir a una votación, salvo para problemas estrictamente administrativos.

Finalmente, quisiéramos apuntar otra misión del comité: la docente. Los miembros del comité se han beneficiado de una comunicación e intercambio altamente enriquecedores, pero la formación del personal del hospital en el análisis sistemático desde la perspectiva ética de los problemas biomédicos no ha sido suficientemente desarrollada.

Existe la petición desde el área de enfermería de ofrecer unos cursos intensivos de cuestiones bioéticas en el mismo hospital. La organización de mesas redondas de carácter esporádico para la discusión de temas en los que hay aspectos éticos en conflicto si bien tienen gran concurrencia sufren la desventaja del encuentro de metodologías. A la precisión y concisión de datos médicos y riqueza iconográfica se suma brevedad expositiva en la parte científica. El vocabulario distinto; la necesidad de reflexión y razonamiento y carácter más abstracto de los conceptos antropológicos, éticos o teológicos hace más difícil su intelección en el tiempo breve asignado al experto o expertos en ética, para la exposición. El reto está lanzado si queremos llegar a una mayor comunicación: o médicos y enfermeras se familiarizan más con el lenguaje filosófico o los moralistas y filósofos a dominar mejor las posibilidades de comunicación de hoy día. Quizás un esfuerzo por ambas partes es el mejor camino.

Con este intento, respondiendo a unas preguntas de un grupo de enfermeras interesadas en bioética redactamos como pauta los siguientes puntos, para el análisis de casos y decisiones éticas en biomedicina y que incluimos en este apartado por si algún lector/a lo encuentra de utilidad. El esquema simplificado exige una aplicación rigurosa, matizada y precisa en cada caso, lo cual supone también unos deseos de leer, por parte de los alumnos y una obligación de aprender a enseñar, por parte de los profesores.

ANÁLISIS DE CASOS Y DECISIONES ÉTICAS EN BIOMEDICINA

I. Prerrequisitos

Historia clínica correcta.
Competencia profesional para tratar el caso.
Control de calidad.
Análisis de posibles alternativas.

II. Principios

Respeto a las personas (dignidad persona humana)

- La persona ha de ser tratada como agente autónomo (derecho a la autodeterminación).
- La persona con autonomía reducida tiene derecho a que se le proteja.
- Derecho a la vida, vida digna, muerte digna.

Beneficencia y no maleficencia

(haz el bien; no hagas daño)

- No causar un mal a nadie.
- Impedir o prevenir el mal.
- Eliminar el mal.
- Promover el bien.

Justicia (a cada uno lo suyo; distribución equitativa de cargos y beneficios)

- A cada uno según su necesidad.
- Favorecer a los más débiles, si la desigualdad resulta inevitable.

Coherencia

- La acción no ha de socavar a la larga el valor que se quiere proteger.

III. Instrumentos

Obra conforme a una máxima que puede erigirse en norma universal (Kant).

Obra de tal manera que la persona humana no sea utilizada como medio sino como fin (Kant).

Portaos con los demás como queréis que los demás se porten con vosotros (Mt 7, 12. Regla de oro).

Principios del doble efecto, de totalidad, de colaboración (material, formal), de razón proporcionada.

Balance de ventajas (beneficios) e inconvenientes (riesgos) para utilizar los medios proporcionados y evitar los desproporcionados.

Experiencia y consejo (Comités de Ética o similares).

Códigos y Normativas (éticas y jurídicas).

IV. Investigación en sujetos humanos

- Buen protocolo de investigación.
- Investigadores competentes.
- Balance positivo entre riesgos y beneficios.
- Consentimiento informado.
- Selección equitativa de sujetos con especial protección para individuos o grupos más vulnerables.
- Compensación por daños ocasionados.

V. Problemas particularmente difíciles en bioética

El beneficio de la duda a *quien* dudamos que existe como individuo.

La decisión vicariante o substitutiva para el niño, el incapaz, el moribundo, el paciente en situación vegetativa crónica.

El anencéfalo como *donante* de órganos.

El consentimiento libre en prisioneros.

La privación de libertad en pacientes mentales.

Investigación farmacológica en niños.

Concluiremos este artículo con unas conclusiones que expresan en forma de puntos sintéticos nuestro punto de vista:

1. Los comités de ética pueden representar lugares idóneos para el diálogo bioético, cuya mayor dificultad reside en las diversas concepciones del hombre y diversas apreciaciones al tener que jerarquizar unos valores en situaciones de conflicto.
2. Los comités que más han aportado y que pueden utilizarse como modelos, si bien perfectibles, son aquellos que han sido constituidos para un estudio determinado y por un tiempo definido, y nombrados por las más altas autoridades con poder para hacerlo: Comisiones nombradas por el Congreso o la Presidencia de un Gobierno (Estados Unidos, Canadá, Francia, Dinamarca...).
3. La importancia de su contribución reside en la calidad de sus publicaciones: Informe Warnock; President's Commission (USA); Comité Consultatif d'Ethique de France; Declaraciones del Consejo de Europa, etc. Con respecto a las legislaciones, hay que observar una beneficiosa tendencia a legislar poco y en algunos aspectos, como es el caso de la FIV-TE, parece una norma de sana cautela no recurrir al rango de ley, salvo en los casos más claros que permiten la aplicación de sanciones en caso de incumplimiento.
4. Los comités de ética de rango hospitalario funcionan bien, en general, cuando su mandato está limitado a la temática sobre ensayos clínicos o experimentación con sujetos humanos. Respecto a estos comités hay una abundante experiencia y legislación. En general, estos comités son estrictamente científicos, científico-legales o científico-éticos, en función de su composición y objetivos. En España, habrá que observar detenidamente la ley sobre el medicamento y las cautelas para la protección de niños como sujetos de investigación.
5. Otros comités de ética no están estructurados de manera uniforme. En los últimos años se aprecia un incremento de comités de ética en hospitales pediátricos en parte debido a la influencia de la prensa aireando casos límite y temor de injustificadas denuncias. Por estas mismas razones comienzan a crearse comités de ética en unidades psiquiátricas, geriátricas y allí donde haya frecuencia de pacientes en situación terminal.
6. No nos inclinamos, en manera alguna, a una legislación sobre los comités de ética en los hospitales en España. Es necesario antes un serio debate sobre cuál sería su autoridad real en caso de conflicto entre la Administración Pública y el informe de un comité de ética. Tiene que analizarse además si estos comités representarían una substitución de los comités deontológicos de los Colegios Médicos, una prolongación de los mismos o una estructura completamente indepen-

diente al servicio de la relación médico-enfermera-paciente.

7. Después de bastante tiempo el modelo del Hospital San Juan de Dios de Barcelona ha comenzado a funcionar de manera bastante satisfactoria y resulta, por el momento, suficientemente válido, dado que existe un espíritu de diálogo y de servicio en el marco configurativo del hospital católico.

Bibliografía consultada, seleccionada y que recomendamos

HOSFORD, BOWEN: *Bioethics Committees. The health care provider's guide*. An Aspen Publication. Rockville, Maryland, 1986, 340 p. Libro muy completo, con buenos índices, centrado principalmente en los comités de ética americanos.

ROSS, JUDITH WILSON y colab.: *Handbook for Hospital Ethics Commit-*

tees. American Hospital Publishing, Inc. Chicago, ILL. 1986, 164 p. Como el subtítulo de esta obra indica, se trata de un manual de sugerencias prácticas para miembros de comités de ética, para planificar, desarrollar y evaluar sus funciones y responsabilidades. Muy práctico en Estados Unidos y muy sugerente para todos.

COLAB.: *Comites d'ethique a travers le monde. Recherches en cours*, 1986. Ed. Tierce, 1987, 185 p. Se trata de un dossier preparado por Claire Ambroselli del *Comité Consultatif National pour les sciences de la vie et de la santé*, de Francia. Substancialmente recoge los informes de especialistas o directores de institutos de bioética de Holanda, Canadá, Quebec, en concreto, Dinamarca y Francia. De interés en Europa con síntesis muy buenas. Publicación con la contribución de INSERM. El énfasis siempre está en los comités de ética en la investigación sobre sujetos humanos y su protección.

CATTORINI, P.: *I comitati d'etica negli ospedali*. *Aggiornamenti Sociali*. 39 (1988) 6, 415-429. Artículo documentado, directamente centrado en los comités de ética en los hospitales, muy bueno.

SPINSANTI, SANDRO (ed.): *I Comitati di etica in ospedale*. Ed. Paoline, 1988, 174 p. Interesante selección de 10 breves ponencias presentadas en el simposio organizado por los Hermanos de San Juan de Dios y el Centro Internazionale Studi Famiglia en Milán los días 23-25 mayo 1986.



6.2 REGLAMENTO INTERNO DEL COMITÉ DE ÉTICA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BARCELONA

INTRODUCCIÓN

La creación de un Comité de Ética en el Hospital San Juan de Dios de Barcelona viene exigido por las problemáticas conflictivas presentes y previsibles que surgen y pueden surgir de la libertad de conciencia y de la diversidad de interpretación en la aplicación correcta de las normas éticas de un hospital católico (párrafos 18, 19, 20 y 21 del documento «Configuración del Hospital Católico»).

Por otra parte, se considera que la mejor forma de reducir al mínimo los casos conflictivos (párrafo 23 del documento citado) es la formación del sentido ético y la información razonada de las normas del hospital, además de un «diálogo serio y continuado entre los expertos en ciencias médicas y los teólogos o filósofos especializados en cuestiones éticas; así como entre los dos estamentos citados y el personal responsable de la dirección y administración del centro». Con estas bases se considera conveniente la creación de un Comité de Ética que no se encuentre sometido a ninguno de los puestos ejecutivos del hospital, aunque sí vinculado a los de máxima responsabilidad para hacerlo más operativo y positivo.

1. NOMBRAMIENTO Y CONSTITUCIÓN

Corresponden a la Entidad Rectora, ya que es ella la que ha de marcar las directrices generales del hospital.

2. COMPOSICIÓN

En su *composición* se consideran cuatro grupos de personas: miembros ex officio o natos, con voz y voto; miembros numerarios con voz y voto y miembros *ad casum*, con voz pero sin voto. A ellos se suma un secretario con voz y voto. Los miembros ex officio son los miembros estrictamente esenciales en el Comité.

2.1 Miembros ex officio, esenciales o natos:

- El Superior de la comunidad de hermanos como representante de la Entidad Rectora y portavoz de la función que en este campo le asignan las Constituciones a la propia comunidad.
- Un experto en ética.
- El jefe de la pastoral hospitalaria.

diente al servicio de la relación médico-enfermera-paciente.

7. Después de bastante tiempo el modelo del Hospital San Juan de Dios de Barcelona ha comenzado a funcionar de manera bastante satisfactoria y resulta, por el momento, suficientemente válido, dado que existe un espíritu de diálogo y de servicio en el marco configurativo del hospital católico.

Bibliografía consultada, seleccionada y que recomendamos

HOSFORD, BOWEN: *Bioethics Committees. The health care provider's guide*. An Aspen Publication. Rockville, Maryland, 1986, 340 p. Libro muy completo, con buenos índices, centrado principalmente en los comités de ética americanos.

ROSS, JUDITH WILSON y colab.: *Handbook for Hospital Ethics Commit-*

tees. American Hospital Publishing, Inc. Chicago, ILL. 1986, 164 p. Como el subtítulo de esta obra indica, se trata de un manual de sugerencias prácticas para miembros de comités de ética, para planificar, desarrollar y evaluar sus funciones y responsabilidades. Muy práctico en Estados Unidos y muy sugerente para todos.

COLAB.: *Comites d'ethique a travers le monde. Recherches en cours*, 1986. Ed. Tierce, 1987, 185 p. Se trata de un dossier preparado por Claire Ambroselli del *Comité Consultatif National pour les sciences de la vie et de la santé*, de Francia. Substancialmente recoge los informes de especialistas o directores de institutos de bioética de Holanda, Canadá, Quebec, en concreto, Dinamarca y Francia. De interés en Europa con síntesis muy buenas. Publicación con la contribución de INSERM. El énfasis siempre está en los comités de ética en la investigación sobre sujetos humanos y su protección.

CATTORINI, P.: *I comitati d'etica negli ospedali*. *Aggiornamenti Sociali*. 39 (1988) 6, 415-429. Artículo documentado, directamente centrado en los comités de ética en los hospitales, muy bueno.

SPINSANTI, SANDRO (ed.): *I Comitati di etica in ospedale*. Ed. Paoline, 1988, 174 p. Interesante selección de 10 breves ponencias presentadas en el simposio organizado por los Hermanos de San Juan de Dios y el Centro Internazionale Studi Famiglia en Milán los días 23-25 mayo 1986.



6.2 REGLAMENTO INTERNO DEL COMITÉ DE ÉTICA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BARCELONA

INTRODUCCIÓN

La creación de un Comité de Ética en el Hospital San Juan de Dios de Barcelona viene exigido por las problemáticas conflictivas presentes y previsibles que surgen y pueden surgir de la libertad de conciencia y de la diversidad de interpretación en la aplicación correcta de las normas éticas de un hospital católico (párrafos 18, 19, 20 y 21 del documento «Configuración del Hospital Católico»).

Por otra parte, se considera que la mejor forma de reducir al mínimo los casos conflictivos (párrafo 23 del documento citado) es la formación del sentido ético y la información razonada de las normas del hospital, además de un «diálogo serio y continuado entre los expertos en ciencias médicas y los teólogos o filósofos especializados en cuestiones éticas; así como entre los dos estamentos citados y el personal responsable de la dirección y administración del centro». Con estas bases se considera conveniente la creación de un Comité de Ética que no se encuentre sometido a ninguno de los puestos ejecutivos del hospital, aunque sí vinculado a los de máxima responsabilidad para hacerlo más operativo y positivo.

1. NOMBRAMIENTO Y CONSTITUCIÓN

Corresponden a la Entidad Rectora, ya que es ella la que ha de marcar las directrices generales del hospital.

2. COMPOSICIÓN

En su *composición* se consideran cuatro grupos de personas: miembros *ex officio* o natos, con voz y voto; miembros numerarios con voz y voto y miembros *ad casum*, con voz pero sin voto. A ellos se suma un secretario con voz y voto. Los miembros *ex officio* son los miembros estrictamente esenciales en el Comité.

2.1 Miembros *ex officio*, esenciales o natos:

- El Superior de la comunidad de hermanos como representante de la Entidad Rectora y portavoz de la función que en este campo le asignan las Constituciones a la propia comunidad.
- Un experto en ética.
- El jefe de la pastoral hospitalaria.

- El Director Médico como máximo responsable de la asistencia en el hospital.

2.2 Miembros numerarios:

- Cuatro médicos del cuerpo facultativo del hospital.
- Tres profesionales del cuerpo de enfermería.
- Un asistente social.
- El coordinador de la Asociación de Voluntarios.
- Un delegado de la pastoral hospitalaria.

2.3 El Comité nombrará un *secretario* que no necesariamente ha de pertenecer a los grupos anteriores.

2.4 Miembros *ad casum*

- El responsable del área objeto de análisis de cada momento.
- Otros que el Comité juzgue necesarios.

Los miembros *ex officio*, numerarios y el secretario serán nombrados por la Entidad Rectora.

Los miembros *ad casum* serán convocados según proceda por el mismo Comité.

3. FUNCIONES

Las funciones del Comité de Ética son de tres tipos: decidir en cuestiones estrictamente éticas; asesorar en aquellas en que los problemas éticos pueden estar implicados y, finalmente, promover iniciativas de formación e información de problemas y cuestiones éticas.

3.1 En todas las cuestiones estrictamente éticas el Comité tiene una función decisoria, por ser el organismo específico creado por la Entidad Rectora para velar por la identidad católica del Hospital. Esta capacidad de decisión le es propia. No representa, sin embargo, una función ejecutiva, ni de gobierno. En estas áreas su poder ante la entidad rectora es de mera representación. Podemos enumerar a título de ejemplo una serie de cuestiones en las que el Comité recibe de la Entidad Rectora la misión decisoria:

- Aquellas en las que pueda existir dudas respecto a una acción eutanásica.
- Todas las que se refieran a la interrupción del embarazo.
- Todas las que se refieren a la anticoncepción o contracepción.
- Las que plantean procederes de trasplantes de órganos y donación de los mismos.
- Allí donde pueda considerarse abierto el campo de la experimentación humana.
- Todas las situaciones en las que pueda crearse comprometida la libertad de conciencia del hombre.
- Todo el campo de la docencia de los valores éticos.
- La problemática de la discordancia flagrante entre la indicación terapéutica y la aceptación familiar.

3.2 En todo conflicto en el que se hallen implicados unos valores éticos el Comité puede ser requerido para ase-

sorar o para enriquecer una determinada problemática. Como ejemplo:

- Todas las que se refieren a la actuación profesional fuera de las señaladas con anterioridad.
- Cuestiones laborales de contratación, retribución, promoción.
- Las referentes a relaciones interprofesionales.
- Conductas en las relaciones interpersonales y de una manera especial las relaciones jerárquicas.
- Todas las cuestiones de humanización de la atención a los pacientes.
- Cualquier cuestión que pueda incidir en la imagen del hospital.

En el primer caso las cuestiones podrán llegar al Comité por ser solicitada la opinión del mismo por alguna persona o ente del hospital y también de una manera espontánea por llegar el conocimiento de la cuestión a alguno o algunos de sus miembros.

Los entes que en el hospital harán llegar ordinariamente las problemáticas al Comité serán:

- La Entidad Rectora.
- La Junta de Gobierno.
- Los Jefes de Servicio.

En el segundo caso las cuestiones llegarán siempre al Comité como opinión solicitada.

En ningún caso el Comité tendrá funciones ejecutivas ni de gobierno que han de pertenecer a los estamentos correspondientes del hospital.

3.3 Como misión fundamental se considera también la de promover la formación ética de todo el personal y de una manera específica en todos los campos de la docencia y formación permanente que se imparta en el hospital en colaboración estrecha con los elementos idóneos del mismo.

4. ASESORÍAS, REUNIONES, ACUERDOS

4.1 Las *asesorías* emanadas del Comité de Ética se canalizarán en todos los casos a la Junta de Gobierno, la que deberá darles el cauce y difusión que corresponda.

4.2 Las *reuniones* del Comité se harán periódicamente una vez al mes y tantas otras veces como sea convocado por el Coordinador o lo soliciten más de dos de sus miembros.

Todas ellas se harán con Orden del día que el secretario difundirá entre los miembros del Comité con una antelación mínima de 72 horas.

4.3 Los *acuerdos* del Comité podrán ser tomados por unanimidad o por mayoría simple de sus miembros, pero en los casos de asesoría decisoria el voto del experto en Ética será voto de calidad.

Ninguno de los miembros podrá abstenerse de votar, aun cuando será válido el voto en blanco.

LH

6.3 DOCUMENTOS DEL COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL FRANCÉS DE ÉTICA PARA LAS CIENCIAS DE LA VIDA Y DE LA SALUD*

6.3.1 DICTAMEN SOBRE LOS ENSAYOS DE NUEVOS TRATAMIENTOS EN EL HOMBRE

(9 octubre 1984)

A propuesta del Secretario de Estado del Ministro de Asuntos Sociales, encargado de la Salud, de una solicitud de dictamen sobre los problemas éticos que presentan los ensayos de medicamentos en el hombre, el Comité Consultivo Nacional de Ética para las Ciencias de la Vida ha extendido su reflexión al conjunto de las actuaciones de carácter curativo, preventivo o diagnóstico en el hombre**.

HABIENDO CONSIDERADO

— La necesidad, para el progreso en terapéutica, de una evaluación de los nuevos tratamientos y el hecho de que la metodología denominada de ensayo controlado es, en el momento actual de los conocimientos, la más rigurosa.

— Los problemas de ética que suscita esta metodología, concretamente a dos niveles: por un lado, la inclusión de un paciente, por razón de su tratamiento, en un grupo tratado según un protocolo preestablecido, protocolo que comporta, para hacer posible la evaluación, la repartición de los pacientes en dos grupos constituidos de manera que puedan ser lo más comparativos posible; y por otro lado es el recurso eventual, en las fases precedentes a la de comparación, al ensayo sobre voluntarios sanos.

— Las reglas y recomendaciones nacionales e internacionales relativas a la experimentación sobre el hombre.

EL COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE ÉTICA PARA LAS CIENCIAS DE LA VIDA Y DE LA SALUD RECOMIENDA

1. Que todos los ensayos sobre el hombre con el fin de evaluar un tratamiento sean conformes a los principios enunciados a continuación.

2. Que oficialmente sean creados comités de ética, a los que todo ensayo debería ser sometido y en los que su papel sería no sólo el de dar una recomendación, sino también confrontar opiniones de personas procedentes de diferentes tendencias, en concreto especialistas de estos ensayos y juristas, para establecer progresivamente las reglas generales.

3. Que la legislación que tenga que intervenir se inspire en estos principios y en la experiencia de los comités de ética.

1. Principios

El «deber del ensayo»

No es conforme a la ética el administrar un tratamiento en el que no se sabe, cuando podría saberse, si es el mejor de los tratamientos disponibles del que se sabe que es eficaz y que no es nocivo. La evaluación de un nuevo tratamiento es un deber. Dicha evaluación debe ser realizada según un método riguroso. En particular:

— El tratamiento debe ser sometido a una fase de comparación con un grupo testigo que reciba un tratamiento de referencia (o no sea tratado si no existe ninguno reconocido como activo). En esta comparación.

— Los grupos tratado y testigo deben estar constituidos de manera que sean lo más equiparables posible; el único método riguroso a este respecto en el estado actual de los conocimientos es la técnica de la randomización que se basa en la elección al azar.

— En algunos casos es necesario que la identidad del

* Traducción de Joaquín Plaza y Miguel Martín.

** Estas actuaciones, incluidas las de carácter diagnóstico, serán llamados, para mayor facilidad, *tratamientos*.

tratamiento sea ignorada por el paciente, incluso por el médico; y que tanto el tratamiento a evaluar como el de referencia se presenten bajo una forma indiferenciable. En este caso, si no existe un tratamiento reconocido como eficaz, el tratamiento de referencia es un placebo.

— El tratamiento, sobre todo si se trata de un medicamento, debe ser sometido con anterioridad a la fase de comparación, a ensayos previos sobre el hombre con objeto de establecer el mecanismo de acción y el nivel de tolerancia. Estos ensayos jamás deben ser realizados sobre enfermos; se necesita recurrir a voluntarios sanos. Los ensayos sobre voluntarios sanos son, pues, indispensables. Ahora bien, actualmente en Francia son considerados como ilícitos. Tal situación requiere una intervención del legislador.

Las condiciones

Los ensayos descritos más adelante no son aceptables si no se respetan formalmente un cierto número de condiciones. Cinco de éstas son esenciales: «prerrequisitos» en número suficiente, el valor científico del proyecto, un balance aceptable de riesgos-beneficios, el consentimiento libre y explícito del paciente y la evaluación del ensayo por un Comité independiente.

— *La obligación del «prerrequisito».* No se pueden comenzar los ensayos sobre el hombre sin haber reunido todas las garantías que es capaz de aportar la experimentación farmacológica y toxicológica en el laboratorio: *in vitro* y sobre diversas especies animales, y ello con suficientes efectivos.

— *El valor científico del proyecto.* Un ensayo emprendido sobre bases científicas insuficientes en el estado actual de los conocimientos es contrario a la ética: en primer lugar, expone a los pacientes a riesgos inútiles; además, y sobre todo, puede conducir a conclusiones erróneas que perjudicarían a pacientes futuros. Un ensayo, pues, no puede ser comenzado si no es por un equipo cualificado que comprenda, además de los clínicos, al menos una persona especializada, sea en la metodología de los ensayos controlados si se trata de la fase de comparación, o en farmacología para las fases previas.

— *Un balance de riesgos-beneficios aceptable.* Este balance debe ser considerado de forma diferente según se realice en pacientes incluidos en un ensayo con ocasión de su tratamiento, o en voluntarios sanos.

— *Pacientes incluidos en un ensayo con ocasión de su tratamiento (enfermos o sujetos de riesgo en el caso de la prevención).* Dos objetivos deben ser atendidos simultáneamente en las mejores condiciones posibles: tratar al paciente y evaluar un tratamiento. Conciliar estos dos imperativos puede traer problemas, en particular en la fase de comparación. A este respecto hay que considerar dos eventualidades posibles.

Primera eventualidad. El nuevo tratamiento, en razón de los beneficios esperados pero no probados y de su inocuidad incompletamente conocida, se puede considerar en conciencia como equivalente al tratamiento de referencia. Esta es la *situación de equivalencia*. Situar un paciente en uno u otro grupo, de cualquier forma en que hayan sido constituidos los grupos, no crea problema alguno desde el

punto de vista de su interés personal: la solución óptima es, entonces, aquella que hace el ensayo válido, al constituir grupos comparables por los métodos rigurosos indicados más adelante y concretamente el de la randomización.

Segunda eventualidad. Los dos tratamientos no son considerados equivalentes. El ensayo no puede, entonces, por regla general, ser considerado. No obstante, se debe establecer una comparación que tenga en cuenta no sólo el interés del paciente, obligatoriamente prioritario, sino también el interés del bien colectivo que no puede ser completamente ignorado: si el beneficio esperado para la colectividad es muy importante y el inconveniente para el paciente insignificante, el ensayo puede ser realizado a título excepcional. Por ejemplo, un ensayo con un grupo testigo no tratado, o tratado con placebo, cuando ya existe un tratamiento activo de la enfermedad, no puede, por regla general, ser considerado. Se podría hacer, no obstante a título excepcional, si se trata de un trastorno menor y transitorio y sólo se pretende ensayar un nuevo tipo de producto.

La situación de equivalencia es la regla en la aparición de un nuevo tratamiento: es por esta razón que todo nuevo tratamiento puede, en principio, ser objeto de un ensayo comparativo.

— *Ensayos sobre voluntarios sanos.* A diferencia de la situación precedente, el sujeto no puede en este caso esperar ninguna ventaja personal. La comparación no es, pues, aceptable, a no ser que el riesgo implícito sea mínimo. Esto implica en particular una infraestructura suficiente para garantizar la seguridad del sujeto.

— *Un consentimiento libre y explícito.* También aquí se debe examinar por separado según se realice con pacientes para su tratamiento o con voluntarios.

— *Pacientes incluidos en un ensayo por razón de su tratamiento.* El consentimiento debe ser obtenido a dos niveles: consentimiento al tratamiento y consentimiento al ensayo.

El consentimiento al tratamiento debe solicitarse según las reglas ya en vigor en la práctica corriente, y que estipulan un consentimiento libre e informado. Una información limitada sólo es aceptable si lo es en función del interés del paciente y con la condición de que el médico no traicione su confianza.

El consentimiento al ensayo, libre e informado, debe ser obtenido, salvo excepciones justificadas, por el interés del paciente:

— *Consentimiento informado.* En numerosos casos se puede y se debe, entonces, dar al paciente una información completa sobre el fin, el protocolo y el desarrollo del ensayo, pero en ciertos casos es aceptable una información incompleta en interés del paciente. El consentimiento como la información pueden ser dados en forma oral o escrita. No es posible dictar una regla general; pero la forma en que será obtenido dicho consentimiento debe ser precisada en el protocolo por el Comité de Ética.

— *Consentimiento libre.* El paciente ha de tener plena libertad de aceptar el entrar o no en el ensayo y de salir

del mismo en cualquier momento, sin que sea necesario el justificarlo. Toda presión en este sentido sería intolerable.

En el caso de ensayos llevados a cabo en sujetos jurídicamente *incapaces*, se deberá obtener el consentimiento ya sea de los que detentan la autoridad paterna para los menores no emancipados, ya sea de los órganos tutelares para los menores bajo tutela y para los mayores en protección; el consentimiento del incapacitado puede ser igualmente requerido siempre que se le considere apto para expresar su voluntad.

— *En los ensayos con voluntarios sanos*, el consentimiento debe ser totalmente informado, estando el sujeto al corriente de la finalidad, del protocolo y del desarrollo del ensayo y sintiéndose totalmente libre para la aceptación. Así pues, son contrarios a la ética los ensayos con presos, con incapacitados así como con sujetos afectados de una enfermedad no relacionada con el estudio; éstos son algunas veces asimilados a los sujetos sanos; de hecho, están bajo la dependencia del médico; esta posibilidad debe ser, por tanto, excluida.

Si los ensayos se efectúan sobre personas que tienen algún tipo de dependencia con el promotor o el responsable científico del ensayo o con estudiantes de medicina, este punto deberá ser especificado en el protocolo presentado al Comité de Ética.

El consentimiento es un *contrato de ensayo*: debe ser objeto de un acuerdo escrito y firmado por las dos partes; se describirán las obligaciones mutuas, se precisará la suma a entregar al voluntario, que debe ser únicamente a título de indemnización por las diversas molestias sufridas, pero quedando excluida todo tipo de remuneración; ésta no puede, pues, constituir la motivación de la persona. No deberá una persona participar en ensayos de forma frecuente. En previsión de eventuales perjuicios imputables al ensayo, deberá ser suscrito un seguro de forma obligada por el promotor.

— *El examen por un comité de ética*. El ensayo, tanto si se halla en fase de comparación como en fases previas, debe estar sometido obligatoriamente a un Comité de Ética.

Éste debe verificar que las cuatro obligaciones anteriormente citadas han sido convenientemente cumplidas, y en el orden indicado; una condición no cumplida evita examinar las siguientes. La apreciación se da bajo forma de un informe. Dicho informe no exime al investigador de su responsabilidad. En el caso de voluntarios sanos, un informe favorable del Comité de Ética es imperativo. Las propuestas para la constitución y funcionamiento de los Comités de Ética son presentadas más adelante.

— *Papel de los ensayos en el progreso terapéutico*. Para ciertas enfermedades sería útil el poner a punto una estructura que permitiera evaluar esta función —estructura basada en el registro de los ensayos desde su comienzo—. Tal estructura ofrecería, entre otras, la ventaja de dar a conocer los resultados negativos, a menudo no publicados.

Los ensayos todavía no ocupan en el progreso terapéutico el lugar que les correspondería. Se debería poder obtener una mayor perfección. Las claves son: formación e información (formación de especialistas en ensayos, formación de los médicos que los utilizan, difusión rápida de los resultados de los ensayos).

2. Propuestas para la creación y funcionamiento de los Comités de Ética

El Comité Consultivo Nacional de Ética para las Ciencias de la Vida y de la Salud recomienda que sean creados Comités de Ética, cuya composición y funcionamiento deberían estar establecidos por vía reglamentaria y a los que sea obligatorio someter todo ensayo sobre el hombre que pretenda evaluar cualquier actuación curativa, preventiva o diagnóstica.

Es necesario que la determinación del Comité de Ética llamado a juzgar un ensayo sea unívoca, de tal forma que se evite cualquier disyuntiva o demanda efectuada simultáneamente a varios comités. La mejor solución parece ser el dividir el país en circunscripciones, en las que sólo existe un único Comité. El *promotor* de un ensayo deberá dirigirse al Comité de su circunscripción. Las circunscripciones podrían hacerse, sea por regiones administrativas, o un conjunto de regiones si el trabajo no es muy importante, bien, al contrario, por subdivisión de regiones. La ventaja de esta solución es la de realizar una determinación unívoca. Incluso para un ensayo *multicéntrico* no debería haber elección: hay siempre un *promotor* único; el Comité será el de su circunscripción. La puesta en marcha de los Comités debería ser progresiva y tener en cuenta los Comités ya existentes.

Es absolutamente necesario que sea instituida a todos los niveles una coordinación entre los Comités. Y ésta sería apoyada por el Comité Nacional.

La composición y constitución de los Comités deberían ser definidas por un texto oficial, fijando algunas reglas, pero dejando una gran flexibilidad en la aplicación. El Comité Nacional está en condiciones de hacer propuestas en este sentido.

El informe de un Comité deberá ser dado en un plazo corto, no se puede admitir que un ensayo quede muy retrasado por formalidades burocráticas. Caso de no haber respuesta en este intervalo, el Comité podría ser relevado en su responsabilidad por el Comité Nacional. Los informes de los Comités podrían ser objeto de un recurso al Comité Nacional.

El papel de los Comités no debería limitarse a ensayos de evaluación con cariz curativo, preventivo o diagnóstico. Estos mismos Comités deberían examinar todos los problemas morales provocados por la investigación en el campo de la biología, de la medicina y de la salud.

El trabajo de los Comités será importante. Es preciso que les sean concedidos los recursos necesarios, humanos y financieros.

6.3.2 DICTAMEN SOBRE LOS PROBLEMAS ÉTICOS PLANTEADOS POR LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ARTIFICIAL

(23 octubre 1984)

Por lo que se refiere a las diversas cuestiones éticas nacidas del recurso a ciertas técnicas de reproducción artificial, el Comité Consultivo Nacional de Ética ha evocado una serie de problemas planteados por la infertilidad.

Las propuestas que siguen no tienen la pretensión de analizar cada una de estas cuestiones sino de precisar algunas de las ya ofrecidas tras un debate científico y ético apenas esbozado en la sociedad francesa. El Comité, por otra parte, ha considerado necesario y factible el tomar posición sobre un punto preciso y concreto.

— En las sociedades modernas, la infertilidad es objeto de diferentes terapéuticas. No es problema, puesto que no se trata de una enfermedad el rehusar el tratamiento o rechazar el progreso. Estos pacientes tienen el derecho de ser tratados y de solicitar el concurso de su médico. Pero este concurso implica en lo sucesivo el recurso cada vez más frecuente a las técnicas de la reproducción artificial.

— Provocar un nacimiento mediante estas técnicas es un acto que suscita interrogantes éticos. Ellos no provienen de una posición apriorística frente a aquella condición de que es artificial. La novedad, para la que la sociedad no tiene todavía respuesta, es que, dissociando diferentes etapas del proceso de reproducción, las nuevas técnicas obligan a considerar separadamente el interés de los pacientes, padres potenciales, y el del futuro niño.

Nuestras costumbres nos han conducido hasta el momento presente a inmiscuirnos lo menos posible en esta libertad de libertades, que es la decisión de la pareja de tener o no un niño. Todo está organizado, pensado, como si los padres, con su médico para aconsejarles, se hayan de enfrentar solos a las decisiones a tomar.

Las nuevas técnicas abren un campo desconocido. La procreación, como acto complejo, queda dissociada. Dicho acto, decidido y realizado hasta el presente de común acuerdo por un hombre y un mujer, llevado a su término por la asociación del embrión y ésta mujer, puede ya no ser decidido conjunta y coetáneamente. Unos terceros intervienen: donantes de esperma y ovocitos, mujer que se presta a la gestación del embrión, médicos e intermediarios que, bajo diversos títulos, siguen este nacimiento durante un tiempo a veces largo.

Es el médico a quien frecuentemente se le presenta un problema que no puede resolver solo. No se trata de curar. Se trata de procurar un nacimiento. ¿Es que toda persona tiene derecho, de cualquier manera, a tener un niño?

El interés de este futuro niño es así uno de los criterios de respuesta. Ello lleva a preguntarse no solamente sobre el derecho de los individuos a ser padres, sino también sobre la relación entre aquel o aquella que participa en la reproducción y los que cuidarán y educarán al niño. Hasta tal evento la cuestión planteada sería: ¿se tiene el derecho de donar un niño? ¿no corre el niño el riesgo de ser tratado como un medio y no como un fin en sí mismo?

Por otra parte, el embrión accede a un breve período de su existencia durante el cual no dispone hasta el momento presente de ningún estatuto.

La gravedad de las cuestiones planteadas recuerdan al Comité cuál es el campo de su misión. Él tiene como punto de apoyo la ciencia y la investigación, y su composición la define como una institución creada en principio para pronunciarse sobre cuestiones propiamente científicas. La experiencia de sus miembros no le capacita sino parcialmente para dar solución a cuestiones —donde no hay todavía sino un poco de investigación y, por el contrario, muchos interrogantes éticos y sociales— que acaban de ser planteadas. Estos interrogantes ponen directamente en cuestión la forma en que la sociedad francesa concibe el estatuto familiar.

El Comité de Ética ha considerado que este debate sobre el interés del futuro niño y el derecho de los padres debería ser orientado según un procedimiento más abierto y que promueva de forma más solemne la consulta y escucha de todos los sectores de opinión. Los ciudadanos, dentro de su diversidad, deberían participar en ella.

A semejanza de lo que ha podido ser hecho en el extranjero, esta amplia consulta pública contribuiría a madurar las ideas al respecto y esta apertura respondería a un afán ético.

Ello requiere evidentemente unos medios administrativos de otro tipo que aquellos a los que el Comité ha recurrido hasta el presente. Si estos medios le son concedidos, el Comité estará en condiciones de asumir el peso de organizar y de animar esta consulta.

— La sociedad francesa se daría así los medios y el tiempo para una reflexión necesaria. Pero desde este momento es ya evidente que las operaciones y las investigaciones que se derivan de las técnicas de reproducción artificial no deben ser conducidas sino por equipos cualificados y sin finalidad lucrativa. Esta cualificación debería ser otorgada sobre el informe del Comité de Ética competente: ello implicaría, en contrapartida, el que los equipos contribuirían al esfuerzo común de información y de investigación que lleva consigo el recurso a las nuevas técnicas de reproducción artificial.

— En este contexto, que debería permitir a la sociedad francesa el abordar serenamente los problemas que dividen las conciencias, la pregunta que se le ha hecho al Comité a propósito del recurso a las *madres de sustitución* pide una respuesta inmediata.

Este término, al igual que el de *madres portadoras* o *alquiler de úteros*, pretende designar, impropia y sin duda, la práctica siguiente: una pareja que desea tener un niño se dirige —generalmente por indicación de un equipo médico— a una mujer que acepta concebir un niño por inseminación artificial con esperma del marido de la pareja estéril, de llevarlo y de traerlo al mundo. Esta mujer que

lleva a término este niño, fruto de la fecundación de uno de sus óvulos, es naturalmente la madre de este niño. Pero ella lo dona, desde el nacimiento, a quienes se definieron antes como sus padres*.

Esta solución al problema de la infertilidad no está ligada a los nuevos desarrollos técnicos, pero resulta nuevo el hecho de que intervienen terceros: la mujer que se presta a la operación, el intermediario que la organiza y la sigue durante varios meses.

El curso a esta práctica es, en el Estado de derecho, ilícita. Realiza la cesión de un niño. Tal contrato o compromiso es nulo por su objeto y es contraído en fraude a la ley relativa a la adopción: ésta supone, en efecto, una decisión de un juez, que se pronuncia en función del interés del niño y que valora la oportunidad de dicha adopción tras una encuesta y bajo su plena responsabilidad. No sería, pues, capaz de crear derecho la solicitud de adopción de una mujer que desea educar un niño concebido y llevado a término por otra mujer. Además, el intermediario, médico o no, de la operación podría, por haber provocado al abandono del niño, ser juzgado culpable del delito previsto en el artículo 353-1 del Código Penal.

Tal es la ley y no es preciso cambiarla.

El Comité desea, por el contrario, persuadir a cuantas

* Tres agentes intervienen en el proceso de reproducción: un óvulo, un espermatozoide, un útero. En el caso que estudiamos, que convendría llamar *madre donante*, el espermatozoide procede del marido de la pareja estéril, el óvulo y el útero de la madre donante.

Esta situación es totalmente diferente de aquella en la que el espermatozoide procede del marido de la pareja estéril, el óvulo de la esposa de la misma pareja que no puede tener un niño y en la que sólo el útero pertenece a la mujer externa a la pareja; hay entonces una reimplantación en la mujer externa a la pareja de un embrión en el que el patrimonio genético es enteramente el de la pareja estéril.

En el primer caso el niño tiene una sola madre, la que hemos calificado como *madre donante*.

En el segundo caso el niño tiene una madre ovular y una madre uterina.

El presente dictamen no pretende pronunciarse sino sobre el primer caso. El segundo caso, que todavía no se ha presentado hasta el momento presente en Francia, debe ser examinado con el conjunto de problemas asociados a la fecundación *in vitro*, según el procedimiento previsto en el tercer capítulo.

personas han manifestado su interés por este método de no buscar recurrir a él.

En efecto, la práctica que acaba de ser examinada es un acto grave consistente en suscitar un nacimiento cargado de riesgos para todos los que de buena fe participan en él.

La mujer que piensa donar su hijo puede ser explotada material y psicológicamente. Resulta ya inaceptable que tal operación pueda ser lucrativa. Más, no habría regla alguna de organización que pudiera ser satisfactoria por su propia naturaleza, aun sin compensación económica, para garantizar la función tan extremadamente importante de los intermediarios. No se puede conceder a los candidatos a padres ninguna seguridad sobre el final feliz de una tal operación.

En fin, y con absoluta humildad ante un problema todavía mal delimitado por la ciencia, parece claro que la cuestión central, la del interés de este futuro niño, no está resuelta. Nadie puede ofrecer un grado de seguridad aceptable que responda al interés del niño teniendo desde el origen la idea de suscitar un nacimiento con la intención de separar al niño de la madre que lo habrá llevado en su seno, su propia madre como se ha dicho. Otra cosa totalmente diferente es encontrar una familia para un niño abandonado: la sociedad se encuentra, entonces, situada ante un hecho concreto ante el que no puede dudar. Acoge al niño, permite su adopción y la experiencia nos deja constatar cuántos problemas han sido así felizmente resueltos y son susceptibles de serlo todavía mejor. El niño así aceptado tiene todas sus posibilidades de vivir.

Nada permite afirmar, en el estado de nuestros conocimientos, que ocurriría lo mismo en el caso de un niño que, con voluntad expresa, fuese concebido con la sola finalidad de ser donado por su madre desde el nacimiento.

En tales condiciones el Comité propone que se siga aplicando la legislación actual y no tomar los textos necesarios para hacer lícita una forma de responder a la infertilidad que lleva en potencia una inseguridad para el niño, para los padres que desean un nacimiento, para la mujer que trae al mundo al niño y para las personas que se ven implicadas en estas operaciones.

6.3.3 DICTAMEN SOBRE EXTRACCIÓN DE TEJIDOS DE EMBRIONES O DE FETOS HUMANOS MUERTOS CON FINES TERAPÉUTICOS, DIAGNÓSTICOS Y CIENTÍFICOS

(22 mayo 1984)

HABIENDO CONSIDERADO

— La utilización terapéutica, diagnóstica y científica de extracciones de tejidos embrionarios o fetales en el actual estado de la investigación terapéutica.

— La cualidad de persona humana potencial del embrión o del feto¹ desde su concepción.

¹ Los términos *embrión* y *feto* se refieren a todos los estadios del desarrollo del cigoto desde la fecundación del óvulo hasta su maduración para alcanzar una vida autónoma; estos términos son utilizados en razón

— El pluralismo de opiniones expresado, sobre el planteamiento ético a propósito de las extracciones de tejidos embrionarios o fetales y los conflictos de valores que provocan.

— Los aspectos jurídicos del problema.

El «Comité Consultivo Nacional de Ética para las Ciencias de la Vida y de la Salud»
recomienda observar las siguientes directrices relativas a:

1. Las consecuencias derivadas de la utilización de tejidos humanos.
2. Las condiciones éticas y médicas de las extracciones de tejidos de embriones o de fetos muertos teniendo en cuenta su procedencia (interrupción del embarazo).
3. La definición de los embriones y de los fetos susceptibles de ser objeto de extracción.
4. Los consentimientos a requerir.

1. El embrión o el feto debe ser reconocido como una persona humana en potencia que es o ha sido ser vivo y hacia el que se impone el respeto de todos. De ahí se deduce:

— El embrión o el feto vivo no puede ser en ningún caso objeto de experimentación en el útero. Sólo son legítimas las acciones terapéuticas destinadas a favorecer el desarrollo y el nacimiento del niño. El mantenimiento artificial de la vida del embrión o del feto en función de la investigación o de las extracciones terapéuticas está prohibido.

— La utilización comercial o industrial de embriones o de fetos humanos está prohibida. Las extracciones de tejidos efectuadas sobre el embrión o el feto muertos, cuando son con fines legítimos, no debieran dar lugar a remuneración.

— Sólo es legítima, en las condiciones definidas más adelante (2, 3, 4), la utilización de las extracciones efectuadas con una finalidad terapéutica, diagnóstica o científica.

2. Las principales objeciones de orden ético contra la legitimidad de las extracciones de tejidos de embrión o de fetos muertos se derivan de su procedencia, cuando su muerte es debida a una interrupción voluntaria del embarazo.

Quienes por cualquier circunstancia tuviesen que efectuar o cooperar a tales extracciones pueden hacer valer una cláusula manifiesta de conciencia para rehusar su participación.

Quienes no invoquen dicha cláusula de conciencia deben respetar las siguientes normas:

Directrices éticas

— La utilización del embrión o del feto con fines diagnósticos (investigación de la causa de una interrupción espontánea del embarazo, confirmación de diagnóstico en útero) es legítima.

a la dificultad de determinar científicamente el paso del estado embrionario al fetal. Tal elección terminológica no prejuzga en absoluto una toma de posición del Comité de Ética sobre el estatuto del ser en gestación.

— La utilización de tejidos embrionarios o fetales con una finalidad terapéutica debe tener un carácter excepcionalmente justificado en el estado actual de los conocimientos, al mismo tiempo que por la rareza de las enfermedades tratadas, por la ausencia de cualquier otra terapéutica igualmente eficaz, y por el avance manifiesto que, como consecuencia, proporcionará al beneficiario del tratamiento.

— La utilización de embriones o de fetos con fines terapéuticos o de investigación debe estar sometida a las recomendaciones de un Comité de Ética que apreciará, bien el carácter excepcional de la terapéutica, bien la utilidad de la investigación, y que estará encargado de velar en todo momento por lo relacionado con las directrices enunciadas en el presente dictamen.

Directrices deontológicas y médicas

— La decisión y las condiciones (fecha, técnica, etc.) de la interrupción del embarazo no deben, en ningún caso, estar influenciadas por la utilización posterior, posible o deseada, del embrión o del feto. La técnica de expulsión debe ser elegida según criterios puramente obstétricos procurando cuidar el futuro obstétrico de la mujer.

— Debe ser establecida y garantizada, bajo el control del Comité de Ética, una total independencia entre el equipo médico que procede a la interrupción voluntaria del embarazo y el equipo que puede llegar a utilizar los embriones o los fetos.

3. Para los mencionados fines sólo pueden ser utilizados los embriones o fetos que no tuviesen viabilidad y en los que la muerte ha sido constatada.

— Las extracciones de tejido no pueden ser efectuadas sino sobre embriones o fetos en los que es cierta su no viabilidad, es decir, con anterioridad a la 22 semana de la gestación (20.^a semana contando la fecha posible de su concepción).

— La interrupción de la circulación sanguínea constituye el criterio reconocido de muerte. Las extracciones no pueden ser efectuadas sino después de la constatación confirmada de la muerte.

4. Las extracciones de tejidos embrionarios o fetales con fines terapéuticos o científicos pueden ser prohibidas por la madre o el padre, que disponen de la facultad de oponerse.

CONCLUSIÓN

Es indispensable que los poderes públicos limiten la utilización terapéutica o científica de los embriones o fetos humanos muertos y las extracciones de tejidos embrionarios o fetales en las instituciones especializadas que hayan dado pruebas de su competencia y estén dotados de un Comité de Ética cuya composición y funcionamiento debieran ser definidas por vía reglamentaria.

La especialización de estas instituciones debería establecerse por recomendación del Comité Consultivo Nacional de Ética para las Ciencias de la Vida y de la Salud.

LH

7. JUAN PABLO II RECIBE A LOS PROFESIONALES SANITARIOS LAICOS DE LA ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

El pasado mes de marzo la Orden Hospitalaria celebró el II Congreso Internacional de los Colaboradores Laicos que tuvo como lema *Juntos para servir*. Era una etapa más del camino que nuestra Orden comenzó hace tiempo con el objetivo de trabajar en pos de la «alianza religiosos-laicos» para un mejor servicio al enfermo y desde una óptica que considera más eclesial.

Procedentes de todo el mundo, cuatrocientos profesionales representaban a los cuarenta mil agentes sanitarios laicos con los que cuenta la Orden.

Recibidos en audiencia por el Papa en la Sala del Consistorio del Vaticano, les dirigió el mensaje que a continuación exponemos.

Queridos hermanos y hermanas:

1 Me considero feliz de reunirme con vosotros, colaboradores seculares de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, congregados en Roma en representación de cuarenta mil agentes sanitarios de veinte naciones, para celebrar un congreso sobre: «Un modo distinto de estar próximos al enfermo y al necesitado».

Os doy las gracias sinceramente por esta significativa visita, que evoca en mi pensamiento los graves problemas de la enfermedad y del dolor que son objeto del máximo interés y de la máxima atención por parte de la Iglesia, pero también el interés y la entrega que demostráis en aliviar los sufrimientos en vuestra condición de médicos, enfermos, técnicos, administrativos y auxiliares.

Saludo a fray Pedro Luis Marchesi, prior general de los *Fatebenefratelli*, y doy las gracias, en particular, a vuestro representante, por las palabras con las que ha dado comienzo a este encuentro familiar. A todos expreso mis sentimientos de afecto y de estima agradecida.

2 Deseo que vuestro encuentro romano os sea útil no sólo para vuestro conocimiento mutuo, sino también para un intercambio de ideas y para un conocimiento más profundo de los aspectos éticos de vuestros respectivos cometidos vistos bajo la óptica cristiana. Hoy más que nunca aparece urgente el redescubrimiento de la identidad moral y cristiana del agente sanitario en un mundo secularizado que va perdiendo el sentido de la sacralidad de la vida y, por tanto, del obligado respeto de todo hombre y de toda mujer desde el momento de la concepción hasta su muerte natural.

Este testimonio cristiano del mundo hospitalario es invocado y apreciado porque constituye un modo distinto, es decir, evangélico, de consideración y de ayudar a quien se encuentra necesitado. Dicho testimonio, en efecto, exige el estilo del buen samaritano, el cual no solamente curó las heridas del hombre que se había encontrado con los salteadores, sino que se le acercó: «Acercóse a él, le vendó las heridas, derramando en ellas aceite y vino... y cuidó de él» (Luc. 10, 34).

Es necesario que este espíritu evangélico penetre todo el ambiente en el que lleváis a cabo vuestros respectivos cometidos, a fin de que el mismo se convierta verdaderamente en una realidad sintonizada con la inspiración y la actitud de servicio que el fundador de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, ha transmitido a los miembros de su congregación y a quienes colaboran con ellos.

INSIEME PER SERVIRE

ROMA 17- MAYO 1988



Grupo de colaboradores laicos de nuestra Provincia que participaron en el II Congreso celebrado en Roma

DERECHO SACROSANTO A LA VIDA Y A LA SALUD

3 Estáis llamados, con motivo de este curso de *aggiornamento*, a revisar y a contrastar vuestras experiencias, vuestros compromisos, vuestros estudios y vuestros métodos, pero en todo esto hay necesidad de un alma y de una segura orientación: El punto de referencia de vuestro trabajo se encuentra en la Palabra de Dios y en la doctrina de la Iglesia, la cual, instruida por la revelación cristiana, jamás ha cesado de proclamar y de defender los derechos sacrosantos a la vida y a la salud que son propios de todo hombre.

A este propósito, el Antiguo Testamento se expresa en términos apremiantes: «Pediré cuenta de la vida del hombre a la mano del hombre, a la mano de todo hermano suyo. Si uno derrama la sangre de un hombre, su sangre será derramada por el hombre; en efecto, el hombre ha sido hecho a imagen de Dios» (Gen. 9, 5-6).

Dicho respeto de la vida humana es reiterado claramente, con acentos nuevos, pero no con menor interés, en el Nuevo Testamento. Al joven rico, que pregunta cuáles son los principales mandamientos para entrar en la vida, Jesús

responde señalando como primer deber el «No matarás» (Mat. 19, 18).

La Iglesia, fiel a esta tradición bíblica, siempre ha trabajado a fondo, a lo largo de los siglos, por defender la vida humana. El Concilio Vaticano II ha advertido: «El Señor de la Vida ha confiado a los hombres la insigne misión de proteger la vida: Misión que se debe llevar a cabo de modo digno del hombre» (*Gaudium et Spes*, 51).

Queridísimos, al reafirmar estos principios cristianos, me sirve de consuelo saber que la labor que desarrolláis se inspira en ideales tan nobles. Deseo que vuestros encuentros os sirvan para iluminar mejor y reforzar vuestras responsabilidades frente al misterio de la vida, que estáis llamados a defender contra toda amenaza.

Que no os desanimen las dificultades que, sin duda alguna, encontraréis. Haced que la vida florezca en toda persona; devolved, en lo que dependa de vosotros, la sonrisa y la alegría de vivir a cuantos están confiados a vuestros cuidados.

Que os sirva de apoyo en este esfuerzo vuestro la seguridad de mi oración por vosotros; oración que confirmo con mi Bendición que ahora imparto a vosotros y a todos vuestros seres queridos.

LH

8. SEGUNDA CONFERENCIA: «SALUD, UN PUENTE PARA LA PAZ»

† *Fiorenzo Angelini*

Los Ministros de Salud y otras autoridades de los países del Istmo Centroamericano*, junto con altos representantes de la comunidad internacional**, se reunieron en Madrid del 26 al 29 de abril en la *Segunda Conferencia de Madrid* bajo el lema *Salud, un puente para la paz en Centroamérica* (la I Conferencia, celebrada en noviembre de 1985, *Contadora - Salud para la paz*).

Publicamos a continuación la intervención que monseñor Fiorenzo Angelini tuvo en la misma como representante de la Santa Sede.

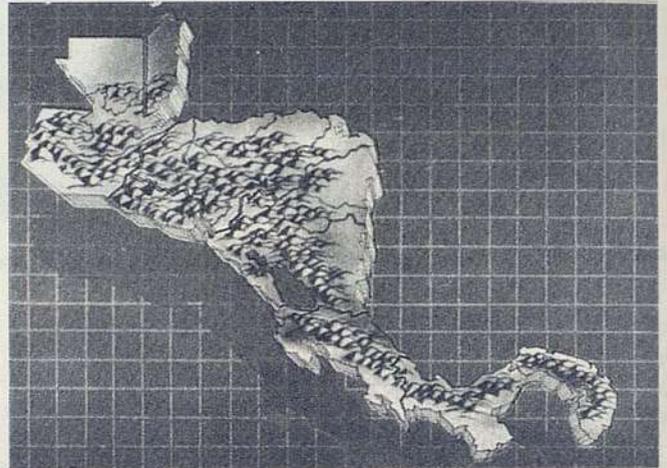
Durante mi participación en la Conferencia celebrada en noviembre de 1985, observé que el Programa *Salud para la Paz*, promovido por la Organización Panamericana de la Salud en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, representaba un ejemplo concreto sobre la forma de ofrecer, a través de la cooperación sanitaria, una valiosa y eficaz contribución para la paz, ya que los problemas de la sanidad y de la salud pueden hacer converger los esfuerzos e intereses de todos los Pueblos del mundo.

En enero de este año, lo ha confirmado la presencia de 148 países en la Cumbre internacional, organizada en Londres por la Organización Mundial de la Salud y por el gobierno del Reino Unido para la prevención contra el SIDA, la cual vino a responder de forma consoladora a los deseos formulados anteriormente, poniendo así las bases para unas formas de cooperación ulteriores en el campo sanitario.

Por otro lado, en la Conferencia anterior, recordaba el

* Belice, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá.

** Argentina, Brasil, Canadá, Cuba, Chile, Dinamarca, Estados Unidos, R.F. de Alemania, España, Finlandia, Francia, Japón, Italia, México, Holanda, Noruega, Portugal, Suecia, Suiza, Reino Unido, Uruguay, Venezuela, Consejo de Europa, Santa Sede, CEPAL, CEE, IDRC, IDB, IRELA, OEA, PAHO/WHO, Cruz Roja, PNUD, UNFPA, ACNUR, UNICEF, ONUDI, OMS-EURO, OMS, BANCO MUNDIAL.



compromiso de la Iglesia —por medio de la acción coordinadora y de impulso del Dicasterio pontificio que tengo el honor de representar— para favorecer el encuentro de los Pueblos en torno a temas relativos a la sanidad y a la salud.

Tan sólo tres años después de su constitución, la Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios ha realizado considerables pasos en esta dirección con tenacidad y constancia; dirección que es la del auténtico progreso de la humanidad en la paz. La salud, efectivamente, y la dedicación a su defensa y promoción, representan un puente lanzado sobre el mundo para alcanzar la paz, porque la solidaridad, que es el nuevo nombre del progreso y de la paz, se conforma en torno a los problemas de la salud.

La muy reciente encíclica de Juan Pablo II sobre el compromiso social de la Iglesia subraya con vigor la realidad de la creciente y obligada interdependencia de los pueblos y la consiguiente necesidad y urgencia de una solidaridad internacional mayor: solidaridad que, en la visión cristiana, asume la connotación de la justicia y de la caridad sociales. Como recuerda el Papa: «La meta de la paz, tan deseada por todos, será ciertamente alcanzada por medio de la justicia social e internacional, pero también con la práctica de las virtudes que favorecen la convivencia y nos

enseñan a vivir unidos, dando y recibiendo, una sociedad nueva y un mundo» (*Sollicitudo rei socialis*, 39).

Mientras por un lado salud y enfermedad son realidades que vinculan a todos los hombres y les mueven hacia una misma aspiración, por otra parte el amor y la fe por la vida funden esta unidad y aparecen como instancias de valor prioritario. Búsqueda de la salud, su defensa, y amor por la vida, reciben un consenso unánime y espontáneo por parte de todos los hombres: consenso que debe ser recogido por los responsables de política interna e internacional de los Pueblos, para traducirlo en instrumento de paz.

La fuerte voluntad de alcanzar un consenso unánime sobre los principios fundamentales que deben orientar una justa política sanitaria a nivel mundial, mientras que por un lado debe favorecer la solución de divergencias producidas por la diversidad de formas de perseguir objetivos de ecuánime distribución de recursos en la asistencia sanitaria, por otra parte compromete a la elaboración de programas concretos y realizables incluso con sacrificio, y por justicia, especialmente por parte de los países mejor provistos.

Para que la atención a la salud sea auténticamente un puente hacia la paz, todo programa de urgencia o a más largo plazo y que implique la solidaridad internacional, debe moverse en el campo de la prevención y de la lucha contra la enfermedad, de la educación sanitaria y de la valorización del patrimonio cultural de los diferentes Pueblos, de la promoción de la vida, de su defensa total desde su concepción hasta su natural ocaso. La vida de todos y cada uno de los seres humanos.

El progreso real de la salud, sobre todo en los países en los que se encuentra más gravemente amenazada, es también prueba de la validez de una política que se orienta en la perspectiva de desarrollar las condiciones de la paz: y entre estas condiciones el encuentro de los Pueblos para la promoción de la salud asume una relevancia de primer orden.

El problema no es solamente de distribución de recursos, de tecnología, de medicinas. De la misma manera que

la solidaridad es respuesta a una instancia ética, el compromiso en la colaboración internacional necesita también de un apoyo ideal fundamentado en principios morales, los cuales se preocupen fundamentalmente de una promoción de la salud con un pleno respeto de la dignidad de la persona humana y de sus valores espirituales y religiosos. Dignidad y valores de los hombres de hoy y de las generaciones futuras, porque el mundo tendrá un futuro si nosotros somos capaces de prepararlo.

La Iglesia, con su amplio patrimonio de doctrina y de experiencia, con sus instituciones religiosas, laicas y de voluntariado que se encuentran actuando en todo el mundo, con el apoyo de una fe que reconoce la imagen de Cristo Redentor en cada hombre, pretende entregarse a una acción sanitaria en un servicio total al hombre, sin ningún tipo de discriminación, pero dando preferencia a los más necesitados.

La Iglesia —como lo recuerda Juan Pablo II— «no propone programas o sistemas económicos y políticos, ni manifiesta preferencias hacia unos u otros, con tal de que la dignidad del hombre sea respetada y promovida debidamente y le sea concedido el espacio suficiente para ejercer su ministerio en el mundo» (*Sollicitudo rei socialis*, 41).

Mi participación en esta conferencia internacional en calidad de representante de la Santa Sede, no pretende limitarse a un saludo y a unos deseos de éxito. La Iglesia desea hacerse intérprete del ansia y de la necesidad de solidaridad que emerge de todos los rincones del mundo. Intérprete y al mismo tiempo eco de aliento y de promoción de un impulso hacia la unidad de los Pueblos, manifestando el amor a los que sufren, considerándolos hermanos.

La paz es, además de fruto de la solidaridad en la justicia, sustancia y núcleo esencial del anuncio evangélico y de la misión de la Iglesia en el mundo: anuncio y misión, cuyos primeros destinatarios son los débiles y oprimidos. Su rescate, su salvación constituyen el presupuesto y la condición de la paz para todos.

LH

9. INFORMACIONES

El Pontificium Consilium para la Pastoral de los Agentes Sanitarios según la Constitución Apostólica *Pastor Bonus* sobre la Curia Romana

El hermano José Luis Redrado, secretario de la hasta ahora denominada Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, nos envía la presente comunicación que consideramos sumamente clarificadora. En ella se nos enmarca tanto la identidad de la Pontificia Comisión —que pasa a denominarse Pontificium Consilium—, como la ubicación de la misma en la Curia Romana tras la última reforma de ésta.

INTRODUCCIÓN

1. La Constitución lleva por título *Pastor Bonus*, aludiendo a Cristo que confirió a los obispos, sucesores de los apóstoles, la misión de predicar el Evangelio; está promulgada el día 28 de junio, víspera de la fiesta de los santos apóstoles Pedro y Pablo.
2. La Constitución se compone de las siguientes partes: Introducción, Normas generales, Secretaría de Estado, Congregaciones, Tribunales, Pontificios Consejos, Oficios, Otros organismos de Curia, Abogados, Instituciones unidas a la Santa Sede y dos Anexos —sobre la visita *Ad limina* y sobre los trabajadores de la Santa Sede.
3. Después de subrayar el sentido de servicio, diaconía y comunión de la Iglesia, la Constitución señala la finalidad de la Curia Romana: hacer más eficaz el ejercicio universal del Pastor de la Iglesia, que Cristo confió a Pedro y a sus sucesores. El Romano Pontífice llama y asume muchos colaboradores para una gran responsabilidad.
4. Los principios que han inspirado la promulgación de la presente Constitución son los siguientes: las exigencias y cambios habidos en los últimos años, la adaptación al nuevo Derecho Canónico, hacer más idóneo el servicio de los antiguos Dicasterios, considerar la figura y actividad de los Dicasterios llamados *postconcliares* que responden a particulares actividades pastorales que interpelan la solicitud de los pastores y exigen decisiones prontas y seguras (n.º 13).

NORMAS GENERALES

Señalamos aquellas que se refieren a la denominación de los Dicasterios, composición, gobierno y dirección:

- La Curia Romana es el conjunto de Dicasterios y otros organismos que ayudan al Papa (art. 1).
- Por Dicasterios se entienden: la Secretaría de Estado, las Congregaciones, los Tribunales, los Pontificios Consejos, los Oficios... Los Dicasterios son jurídicamente iguales entre sí (art. 2).
- Se componen de un cardenal prefecto o de un arzobispo-presidente, de un determinado número de cardenales y algunos obispos, ayudados de un secretario. Les asisten los consultores y prestan su colaboración los oficiales mayores y un determinado número de otros oficiales (art. 3).
- El prefecto o el presidente gobiernan, dirigen y representan al Dicasterio. El secretario, con la colaboración del subsecretario, ayuda al prefecto o al presidente en la dirección de las personas y en los temas del Dicasterio (art. 4).

Texto de la Constitución que hace referencia al Pontificium Consilium para la Pastoral de los Agentes Sanitarios

Art. 152

El Pontificium Consilium manifiesta la solicitud de la Iglesia hacia los enfermos, ayudando a quienes desarrollan un servicio para con éstos y los que sufren, a fin de que el apostolado de la misericordia de la cual se ocupa responda cada vez mejor a las nuevas exigencias.

Art. 153

§ 1. Compete al Pontificium Consilium dar a conocer la doctrina de la Iglesia sobre los aspectos espirituales y morales de la enfermedad y el significado del dolor humano.

§ 2. Ofrece su colaboración a las Iglesias locales para que los agentes sanitarios puedan recibir una asistencia espiritual en el desarrollo de sus actividades según la doctrina cristiana y, asimismo, para que a quienes realizan la acción pastoral en este sector no les falten las ayudas adecuadas en el cumplimiento de su labor.

§ 3. Favorece la actividad teórica y práctica que en este campo desarrollan de diversas maneras tanto las Organizacio-

nes Católicas internacionales como las demás instituciones.
 § 4. Sigue con atención las novedades de índole legislativa y científica relativas a la salud, con el principal fin de que se tengan en cuenta oportunamente en la labor pastoral de la Iglesia.

LOS CAMBIOS

que se refieren a nuestro Dicasterio son:

- El nombre: De Pontificia Comisión pasa a ser ahora *Pontificium Consilium*.
- Autonomía: El Pontificium Consilium para la Pastoral de los Agentes Sanitarios goza de la autonomía que le da la nueva Constitución, es decir, desaparece la unión al Consejo de los Laicos que tenía desde su constitución.

Las funciones de nuestro Pontificium Consilium vienen señaladas en los artículos 152 y 153 de la nueva Constitución y son al mismo tiempo síntesis de las ya indicadas en el Motu Proprio *Dolentium Hominum* (n.º 6).

COMPOSICIÓN DEL PONTIFICIUM CONSILIUM

1. En el vértice

- Presidente:* S. E. R. monseñor Fiorenzo Angelini.
- Secretario:* Padre José Luis Redrado, O.H.
- Subsecretario:* Padre Felice Ruffini, camilo.

2. Forman parte del Pontificium Consilium

- Miembros:* Son 28 las personas miembros del P.C., representantes de diversos Dicasterios romanos, instituciones religiosas sanitarias y ocho laicos.
- Consultores:* Son 36, de los cuales 22 son laicos (teólogos, pastoralistas, médicos...)
- Expertos ad hoc.*
- Secretaría y otros oficiales.*
- Voluntarios:* Un grupo de voluntarios realiza trabajos diarios de lunes a sábado apoyando e integrados en Secretaría.
- Traductores:* Externos para las diferentes lenguas de la Revista.

Inauguración de una Unidad de Hospitalización de Día Psiquiátrica en un Hospital Infantil

Con motivo de la inauguración de la Unidad de Hospitalización de Día Psiquiátrica en el Hospital San Juan de Dios de Barcelona, entrevistamos al doctor Fernando Angulo, psiquiatra y psicoanalista, jefe del Servicio de Psiquiatría de dicho Hospital.

L.H. —¿Qué significa la creación de una Unidad de Hospitalización de Día Psiquiátrica dentro del marco de un hospital pediátrico?

F.A. —Significa reconocer la patología psiquiátrica en la población infanto-juvenil y, concretamente, disponer de un recurso asistencial que, con ingreso a tiempo parcial, permita un abordaje terapéutico intensivo en situaciones de crisis.

En nuestro hospital la creación de esta unidad completa la labor asistencial ya existente desde la década de los 60 y que en estos momentos consta de: asistencia ambulatoria, interconsulta, hospitalización de día y hospitalización total.

L.H. —¿Qué tipos de patología son susceptibles de ser tratados en esta unidad?

F.A. —Dado que éste es un dispositivo asistencial de muy corta estancia, las indicaciones terapéuticas se ven marcadas por el criterio de reversibilidad del cuadro. Así la hospitalización de día estará indicada en términos generales para:

— Cuadros que requieren una intervención en crisis agudas y subagudas (neurosis graves, psicosis, trastornos de tipo psicossomático graves, trastornos comportamentales en la adolescencia, algunas formas clínicas de la depresión).

— Pacientes que, tras una hospitalización psiquiátrica a régimen total, precisen tratamiento en hospitalización de día por sus dificultades de integración a un medio terapéutico ambulatorio.

— Casos en los que se haga necesaria una observación diagnóstica más prolongada e intensiva, atendiendo tanto a factores de gravedad, como de dificultad diagnóstica.

L.H. —¿Cuál es la dinámica asistencial de esta unidad?

F.A. —El carácter intensivo del abordaje terapéutico se refiere tanto a la combinación de diferentes técnicas específicas para cada caso (terapia individual, en grupo, de familia, psicofarmacológica), como al hecho de suponer un espacio cotidiano de vida y relación del paciente. Ello significa que los efectos terapéuticos no provienen sólo del personal tratante (terapeutas, cuidadores) sino también de la intervención e intercambio de los pacientes.

El equipo de la Unidad de Hospitalización de Día está formado por dos psiquiatras coordinadores, cuatro adjuntos (dos psiquiatras y dos psicólogos) y un auxiliar de clínica. Todos ellos tienen una dedicación parcial.

El recurso cuenta además con dos cuidadores-terapeutas, que son post-graduados en Medicina y/o psicología, y que tienen una dedicación total.

El tiempo máximo de estancia de cada paciente es de 40 días, con un horario de 9,15 a 15,15 que incluye la comida del mediodía.

El máximo de pacientes coincidentes es de ocho.

Si bien el recurso iba dirigido inicialmente a la población comprendida entre 9 y 15 años, la mayoría de los pacientes atendidos se sitúan entre los 12 y 16 años.

La unidad está ubicada en un espacio propio, dividido en dos ambientes diferenciados, dentro de las dependencias del hospital.

L.H. —¿Cuál es la especificidad de este tratamiento en España?

F.A. —Dado que la psiquiatría infantil no está incluida dentro de la asistencia sanitaria general, los recursos existen-

tes son pocos y descoordinados. Existen algunas unidades ambulatorias, a menudo dependientes de iniciativas municipales o privadas concertadas por la Administración, donde se realiza primordialmente una actividad diagnóstica. Son muy pocos los hospitales que disponen de camas psiquiátricas para niños y adolescentes y aún es más escaso el número de servicios que disponen de recursos adecuados para la asistencia en los momentos de crisis.

Por su característica de internamiento a tiempo parcial y en su vertiente de observación para el esclarecimiento diagnóstico, nuestra Unidad de Hospitalización de Día tiene cierto parecido con lo que el doctor Carlos Cobo denomina *estancia de medio día* y que se efectúan en la Sección de Paidopsiquiatría de la Clínica Infantil La Paz de Madrid.

No tenemos conocimiento de que exista en este momento ningún otro recurso de hospitalización de Día psiquiátrica dirigida a la infancia y adolescencia.

Symposium Informática Hospitalaria

13 al 16 abril 1988

Durante los días 13 al 16 del pasado mes de abril se celebró en el Palacio de Congresos de la ciudad de Barcelona el II Symposium de Informática Hospitalaria.

Organizado por la Comissió d'Economia de la Salut del Col·legi d'Economistes de Catalunya, se registró una notable participación, cifrándose el número de congresistas en algo más de 500 personas.

En esta su segunda edición, la anterior se celebró en 1985, destacados ponentes nacionales y extranjeros profundizaron en las posibilidades que la informática ofrece para la gestión hospitalaria y sanitaria en general, desde una perspectiva de futuro y con el punto de mira puesto en la década de los noventa.

El Comité Científico del Symposium nos remite las conclusiones alcanzadas en el curso del mismo, fruto del intercambio de las experiencias recogidas en las diferentes comunidades autónomas del Estado español —representadas por ponentes procedentes tanto del sector público como privado— y contrastadas con el desarrollo alcanzado por la informática sanitaria en países como la R.F.A., E.E.U.U., Francia, Escocia y Suecia.

RESUMEN DE LAS CONCLUSIONES

1. La información es hoy absolutamente necesaria en los hospitales para una correcta gestión y para un cuidadoso control de la calidad asistencial y la optimización de recursos.
2. En general, se manifiesta un bajo nivel organizativo en los hospitales, lo que implica una mala informatización y la necesidad de llevar a cabo un esfuerzo en este sentido.
3. La planificación de la informatización de los centros asistenciales debe realizarse de manera coherente con sus características, basándose en una organización preestablecida y en los procesos internos reales que se producen, así como con sus objetivos y horizonte. El plan informático es el instrumento imprescindible que

nos permitirá alcanzar estos objetivos con eficacia y eficiencia.

4. El sistema de recogida de información en un hospital debe articularse básicamente tomando como eje central los procesos de admisión/recepción, asistenciales y técnico-asistenciales, a través de una historia clínica única por paciente y una base de datos centralizada.
5. La informatización debe proporcionar un sistema integrado de información y debe realizarse contando con la participación y la integración de todos los usuarios: administrativos, facultativos, enfermería, etc.
6. La función informática debe cambiar su rol hacia un papel progresivo de soporte a los usuarios, en la medida en que se incorporan soluciones y herramientas que permiten la creciente autonomía de éstos.
7. Al abordar un proyecto informático es útil contractualizar las relaciones, objetivos y medios entre el equipo de informáticos y usuarios que ha de llevar a cabo su elaboración.
8. Debe realizarse un esfuerzo a todos los niveles para preservar la calidad y confidencialidad de la información mecanizada. En España no existe todavía un marco legislativo adecuado a las nuevas tecnologías de tratamiento de la información.

Los hospitales deben diseñar sistemas de salvaguarda interna, tanto para preservar la confidencialidad como para proteger la información contra la sustracción o destrucción casual o intencionada.

La información no puede considerarse nunca un fin en sí mismo, sino que su utilidad reside en contribuir a la mejora de la asistencia prestada al paciente.

9. Es necesario avanzar en el desarrollo y normalización de los estándares de información e implantar la base tecnológica —comunicaciones, redes, etc.— suficiente para permitirlo.
10. Hay que intensificar el esfuerzo de la Administración para alcanzar un nivel adecuado de información normalizada del conjunto del sector sanitario, que permita la valoración de las necesidades, la optimización de la utilización de recursos y una planificación adecuada.

Este tipo de información debe diseñarse de manera que garantice la total confidencialidad de los datos que cada centro asistencial custodia.

11. Se valora muy positivamente la existencia de programas marco regionales en el seno de la CEE y de otros ámbitos geográficos, en los que es imprescindible que nuestro país se integre activamente.

III Conferencia Internacional

Ciudad del Vaticano

8, 9 y 10 de noviembre de 1988

LONGEVIDAD Y CALIDAD DE VIDA

El Pontificio Consejo para el Apostolado de los Agentes Sanitarios ha organizado, como ya viene siendo habitual, la respectiva Conferencia Internacional que en el presente año

presenta como tema de debate *Longevidad y calidad de vida*.
En síntesis, el programa elaborado queda así:

- Martes (8 de noviembre): *Longevidad*.
- Miércoles (9 de noviembre): *Longevidad y salud*
- Jueves (10 de noviembre): *Longevidad y sociedad*.

Todos los actos tendrán lugar en la Gran Sala Sinodal de la Ciudad del Vaticano.

Formación a distancia para agentes de Pastoral de la Salud en América Latina

Organizado por el SELARE (Secretariado Latinoamericano de Renovación), se está llevando a cabo, con una experiencia muy positiva hasta el momento presente, un Programa de Formación a distancia para los Agentes de Pastoral de la Salud en América Latina.

Con una duración de tres años en los que se desarrolla un completo programa que abarca desde el análisis de la realidad de América Latina, las bases doctrinales y la metodología y dinámica de la Pastoral de la Salud, concede, al final de dicho período, el título de «Experto en Pastoral de la Salud».

Los interesados deben dirigirse a:

P. Manuel Marco, O.H.
Apdo. Aéreo 8669
BOGOTÁ, D.E. (Colombia)

Instituciones y asociaciones internacionales relacionadas con el mundo de la salud

Ofrecemos, en este cuadro sintético, un breve listado de instituciones relacionadas, directa o indirectamente, con el mundo de la salud. No las desprecie sin más. Tal vez, el día menos pensado, necesite de ellas.

- PONTIFICIUM CONSILIUM PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES SANITARIOS
Via della Conciliazione, 3
00193 ROMA (Tel. 653.08.45)
- F.I.A.M.C. (Federación Internacional de Médicos Católicos)
Palazzo S. Calisto - Piazza S. Calisto, 16
00153 ROMA (Tel. 69.87.143)
- C.I.C.I.A.M.S. (Comité Internacional de Enfermeras Católicas)
Piazza S. Calisto, 16
00153 ROMA (Tel. 69.87.143)
- F.I.P.C. (Federación Internacional de Farmacéuticos Católicos)
59 Bergstrasse - B-4700 EUROPEEN/BELGIUM
(Tel. 32/87/74.20.54)
- F.I.U.C. (Federación Internacional de Universidades Católicas)
78 A, rue de Sèvres
75341 PARIS Cedex 07 (Tel. 273.36.25)
- FONDAZIONE INTERNAZIONALE «FATEBENEFRAPELLI»
Via della Nocetta, 263
00164 ROMA (Tel. 623.55.04 / 621.17.43)
- MEDICUS MUNDI INTERNATIONALIS
p.o. box 1547 / 6501 BM Nijmegen/The Netherlands
(Tel. 080 - 51.20.59)
- A.M.I.L. (Asociación Médica Internacional de Lourdes)
Bureau Médical - 65100 LOURDES (Francia)
- O.M.S. (Organización Mundial de la Salud)
1211 GENEVE (Suisse)
Telex 27821 OMS / Telég.: UNISANTE-GENEVE
- C.O.N.T.A.T. (Consejo Mundial de Iglesias)
150 route de Ferney
1211 GINEBRA 20 (Suiza)
- AMNISTÍA INTERNACIONAL
1 Easton Street
LONDRES WC1X 8DJ (Reino Unido)
- CARITAS INTERNATIONALIS
Piazza San Calisto, 16. Tel. (06) 698.72.35 - 698.71.97
I-00153 ROMA (Italia)
- C.C.S.V.I. (Comité Coordinador del Servicio Voluntario Internacional)
1 Rue Miollis. 75015 PARÍS (Francia)
- V.N.U. (Voluntarios de las Naciones Unidas)
Palais des Nations. CH - 1211. GINEBRA 10 (Suiza)
- I.C.V.A. (Consejo Internacional de Entidades Benéficas)
International Council of Voluntary Agencies
17, Avenue de la Paix.: 332025
1202 GENEVA (Switzerland)
- L.S.C.R. (Liga de Sociedades de la Cruz Roja y Media Luna Roja)
Case Postale 276
CH 1211 - GINEBRA 19 (Suiza)



**Ofrezca la oportunidad
de suscribirse a**

LABOR HOSPITALARIA

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

LABOR HOSPITALARIA

es una revista útil para:

EL MEDICO ■ LA ENFERMERA ■ EL ADMINISTRADOR ■ EL GERENTE ■ EL CAPELLAN
LA RELIGIOSA ■ PARA TODO AQUEL QUE SE OCUPA DEL ENFERMO

LABOR HOSPITALARIA

Suscripción anual (4 números)

España: 600 pesetas

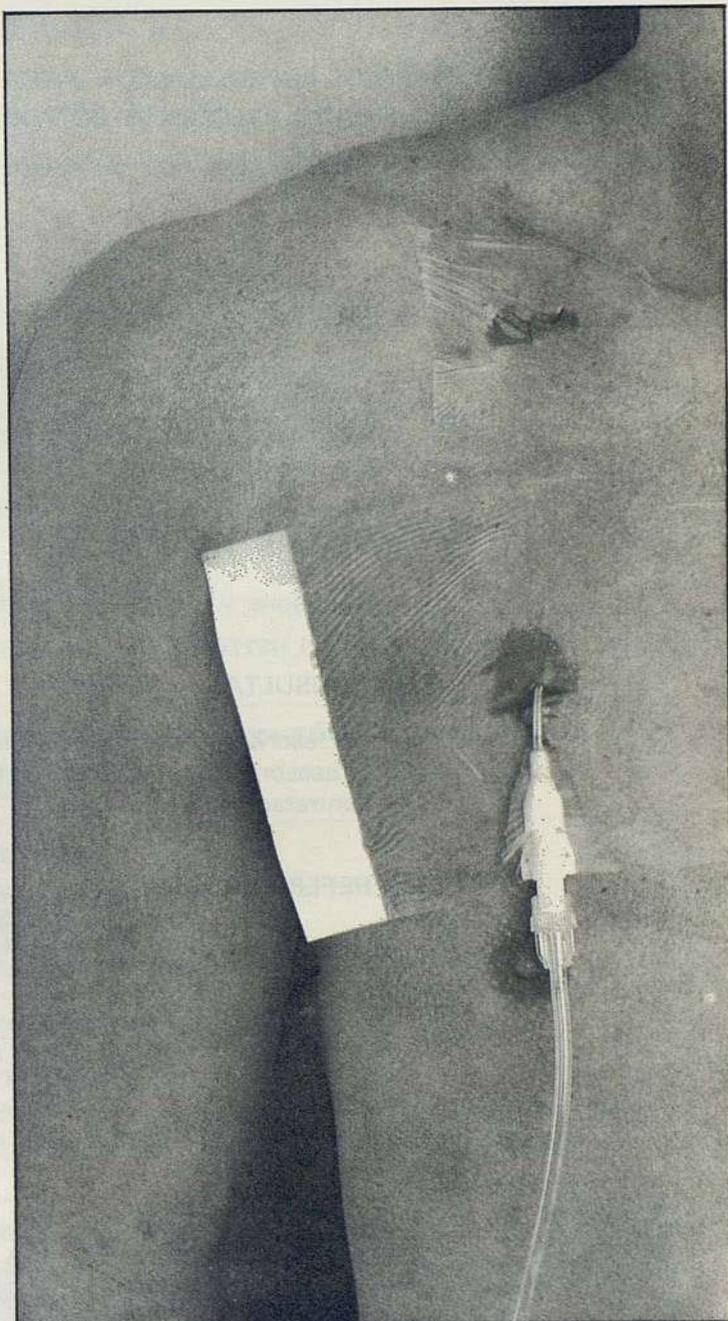
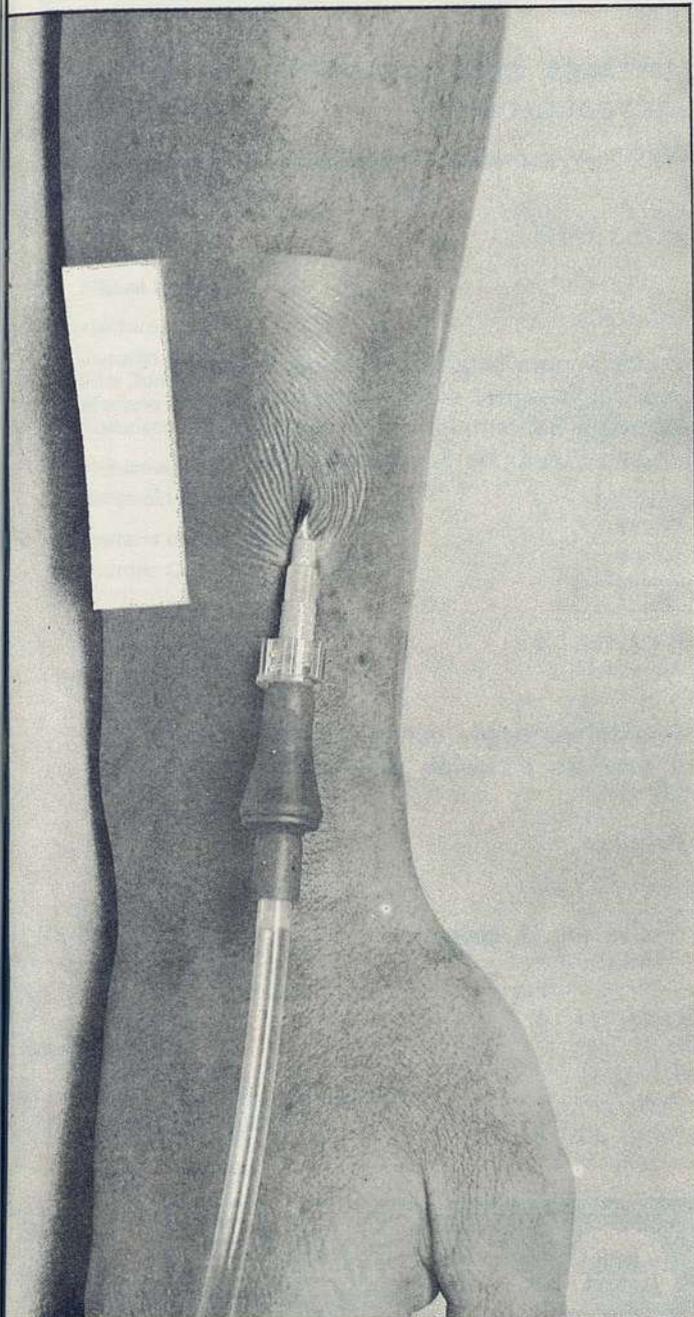
Extranjero: 900 pesetas correo ordinario (10 \$) / 1.200 pesetas correo aéreo (12 \$)

Op-Site[®]

en fijación de catéteres.

- Máxima seguridad.
- Mayor comodidad.
- Fácil inspección.
- Apropriado para todo tipo de catéteres.

Smith+Nephew



Los riesgos y consecuencias de extravasación, flebitis,...en fijación de catéteres bajo un apósito opaco, ha sido siempre un problema de difícil control. Asimismo, de observación compleja y elevado costo para la economía del Hospital.

Op-Site[®]

EL APOSITO TRANSPARENTE

PERMITE DETECTAR A TIEMPO LAS PATOLOGIAS EN VENOCLISIS

Smith & Nephew Ibérica, S. A.

Avenida del Plá, s/n
LLISSA DE VALL (Barcelona)
Tels. 843 81 65 y 843 91 25
Telex 94023 SNIB-E

Smith+Nephew

LIMPIEZA PROFILACTICA

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

- 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:

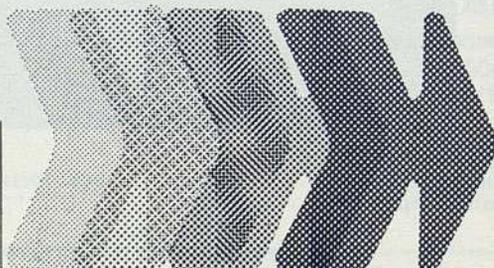
Por escrito a nuestras oficinas de Barcelona desde donde informaremos y asesoraremos gustosamente en fase de previsión anterior a la de contratación.

- 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