

Hermanos de
San Juan de Dios
Barcelona

Año 40. Segunda época. Octubre - Noviembre - Diciembre 1988
Número 210. Volumen XX

CONSEJO DE REDACCIÓN

Director

Miguel Martín

Redactores

Joaquín Plaza
Pilar Torres
Mariano Galve
Francisco Sola

Administración

Benjamín Pamplona

Secretaria de Dirección

Lourdes Coll

CONSEJO ASESOR

Francisco Abel
Felipe Aláez
Ramiro José Alloza
Miguel A. Asenjo
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	256
¿Algo está cambiando?	
2 ACUERDO MARCO ENTRE LA ORDEN HOSPITALARIA Y EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO	262
3 ENFERMOS CON ESTANCIAS PROLONGADAS: ANÁLISIS EN UN HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO	264
Manuel Rodríguez Navarro, José Luis Griera Borrás y Miguel Ángel Asenjo Sebastián	
4 ANCIANOS DEL F.A.S.: UN OBJETIVO PRIORITARIO DE CÁRITAS	267
Montse Sintas	
5 «SOBRAN MEDICAMENTOS Y FALTA EDUCACIÓN SANITARIA DE LA POBLACIÓN»	272
Joaquín Bonal Falgas	
6 PASTORAL SANITARIA	279
6.1 La Pastoral Sanitaria en las Parroquias	279
Francisco Azcona San Martín	
6.2 Congreso Parroquia Evangelizadora subsector de Pastoral Sanitaria	288
7 DIMENSIONES HUMANAS Y RELIGIOSAS DE LA ATENCIÓN A LOS ENFERMOS	292
Josep M. Rovira Belloso y María D. Fontanals de Herrera	
8 EL DERECHO A LA INTIMIDAD Y EL DERECHO A LA VERDAD	296
M. Cuyás, S.J.	
9 DOCUMENTOS DE BIOÉTICA (II)	301
9.1 Protocolo de asistencia inmediata al niño con mielomeningocele	301
9.2 Documentos del Comité Consultivo Nacional Francés de Ética para las Ciencias de la Vida y de la Salud	303
10 INFORMACIONES	309

1. EDITORIAL

¿Algo está cambiando?

El día 6 de octubre de 1988 se firmó un ACUERDO MARCO entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Orden Hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios en el que se establecen las líneas generales o directrices por las que se regirán los conciertos entre ambas Instituciones y, al propio tiempo, se constituye una Comisión Paritaria que se encargará del estudio, propuestas y desarrollo de cada caso concreto.

La noticia en sí misma tiene, a nuestro criterio, una gran trascendencia. Por una parte representa un reconocimiento oficial y explícito de una labor desarrollada por la Orden Hospitalaria con los beneficiarios del Insalud. Por otra parte abre nuevas perspectivas positivas en lo que se refiere a que esta labor pueda llegar a ser efectiva en cuanto a subsidiaria de la desarrollada por el propio Insalud y eficiente por la disponibilidad de los recursos precisos para llevarla a cabo.

Han sido muchos los años de un peregrinaje esterilizante por despachos del Insalud y del Ministerio en busca de poder alcanzar una aproximación a las necesidades reales de la labor desarrollada y de reclamar con insistencia estéril los recursos necesarios cuyos aumentos llegaban siempre escasos y a destiempo. Muchos años de unas relaciones basadas necesariamente en simpatías o antipatías personales y, por ende, poco congruentes y en las que las decisiones eran consecuencia del capricho personal de funcionarios de segunda fila que incluso llegaban a hacer estériles las buenas intenciones de los altos estamentos de la Administración, con sus triquiñuelas, demoras y olvidos.

A nuestro modo de ver, el ACUERDO MARCO al que nos referimos encierra además una significación que trasciende las relaciones entre las dos Instituciones, ya que representa la primera vez que el Insalud reconoce como interlocutor válido a altos niveles a una Institución privada, eso sí, sin ánimo de lucro. Es una demostración pública del reconocimiento

de la limpieza de actuación de la Orden Hospitalaria a lo largo de más de un siglo de labor y concretamente desde que se establecieron los primeros conciertos para la atención a los beneficiarios del antiguo Instituto Nacional de Previsión. Es un camino abierto al diálogo social del Insalud con otras entidades no pertenecientes a la Administración en el que se reconoce la titularidad patrimonial y la autonomía de gestión.

Las perspectivas que se abren con el ACUERDO MARCO son alentadoras. Consideramos sobre todo trascendente el que las decisiones se hayan de basar en estudios conjuntos y paritarios. De esta forma creemos factible que conceptos como el de «subsidiariedad» de actuación de la Orden Hospitalaria respecto a la del Insalud, tenga una interpretación correcta de complementariedad, de adecuadas colaboraciones y no la del capricho, o del «yo me quedo con la mejor parte y te doy las sobras que no me gustan...».

El ámbito de aplicación del nuevo ACUERDO MARCO, como es lógico, queda circunscrito a las Instituciones dependientes directamente del Insalud y no aquellas que pertenecen a Autonomías a las que ya ha sido transferida plenamente la responsabilidad de la asistencia sanitaria. Sin embargo, confiamos en que para algunas de ellas pueda servir este ACUERDO MARCO de modelo y estímulo para futuros acuerdos. En otras Autonomías, como ocurre en Catalunya, las relaciones con la Administración Pública, quizás por la importancia y cuantía de las Instituciones no pertenecientes a la misma, se encuentran ya en etapas muy avanzadas de acuerdos; como el de que las Instituciones de la Orden Hospitalaria estén ya incluidas en la Red de Hospitales de Utilización Pública que ha establecido la Generalitat. Pero este último punto ha de ser objeto de nuestra atención en números inmediatos, pues a nivel de esta Autonomía la Orden Hospitalaria ha alcanzado acuerdos como el de la «Fundación del Hospital General de Manresa» que requieren unas reflexiones especiales.

Bienvenido sea, pues, este ACUERDO MARCO. Saludamos el hecho de haber dado el salto de las palabras y buenas intenciones al marco de *lo escrito*. Ahora sólo nos resta esperar que desde este último paso se llegue a dar el definitivo salto a la realidad.

Si algo ha ido perdiendo nuestra Orden ha sido la ingenuidad. Tantos desengaños consecuentes a hermosas palabras y sugerentes promesas nos han ido vacunando contra falsas ilusiones.

Pero, pese a todo, una vez más queremos creer que esta vez sí, la cosa va en serio. Y para nosotros seriedad no es sinónimo de ausencia de problemas, sino, simple y llanamente, voluntad sincera en plantearlos y resolverlos.

LH

Aviso a los lectores

Hace dos años, la Administración de **LABOR HOSPITALARIA** comenzó una vasta operación de clasificación y regularización de nuestro listado de suscriptores.

Fruto de la misma ha sido un considerable movimiento de avisos por carta a quienes no nos constaba estuviesen al corriente del pago de la suscripción, a quienes nos parecía tenían incorrecta su dirección postal, etc.

Finalizado todo este proceso, **LABOR HOSPITALARIA** se considera legitimada para dar de baja de su listado a quienes no han respondido a nuestra llamada. Por ello, para unos cien hipotéticos suscriptores será éste el último número que reciban de nuestra revista.

LABOR HOSPITALARIA cree ha obrado y sigue obrando con la máxima limpieza y generosidad. En el momento presente nuestra revista llega, con carácter gratuito, a un buen número de personas que en su momento lo solicitaron. Pero una cosa es que podamos y debamos actuar con generosidad en las situaciones en que se consideren oportunas, y otra el que alguien pueda beneficiarse de un sistema no correctamente organizado.

En todo caso, **LABOR HOSPITALARIA** se mantiene abierta a cuantas sugerencias se nos tenga a bien ofrecer y a cuantas reclamaciones razonables haya podido dar lugar nuestro proceder.

Atentamente **LH**

Suscripción a LABOR HOSPITALARIA 1989

España 1.850 ptas.

Extranjero

Ordinario	22 \$
Aéreo	24 \$

**El hermano BRIAN O'DONNELL,
nuevo Hermano General
de los Hermanos de San Juan de Dios**

***Y el hermano Pascual Piles,
nuestro Provincial, Primer Consejero***

En el LXII Capítulo General que la Orden Hospitalaria ha celebrado en Roma durante el pasado mes de noviembre se ha procedido a la elección de los hermanos que asumirán la misión de dirigir la Orden durante los próximos seis años.

Así ha quedado constituido el nuevo Gobierno General:



A la izquierda, el hermano Brian O'Donnell,
Superior General de la Orden.
A su lado, el hermano Pascual Piles, nuestro Provincial,
actual Vicario General.

Superior General:

Hermano Brian O'Donnell (Australia)

Primer Consejero:

Hermano Pascual Piles (Aragón)

Segundo Consejero:

Hermano Emerich Steigerwald (Alemania)

Tercer Consejero:

Hermano Pedro Saavedra (Colombia)

Cuarto Consejero:

Hermano Raimondo Fabello (Lombardo-Véneta)

Quinto Consejero:

Hermano Eric Lapierre (Canadá)

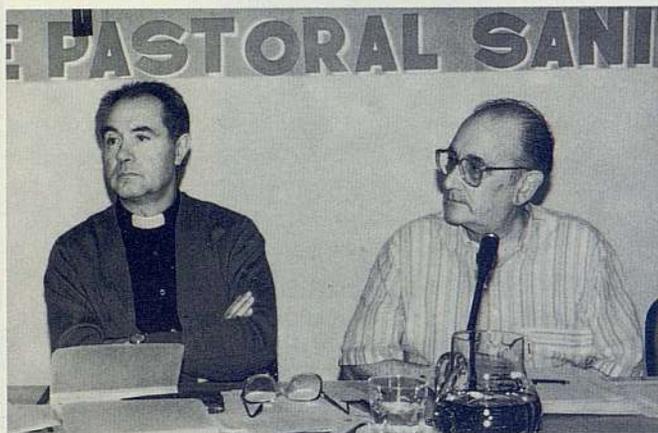
En la ausencia del hermano Pascual Piles, asumirá la dirección de nuestra Provincia, hasta que se celebre el Capítulo Provincial —posiblemente el próximo mayo— el hermano José Luis Fonseca, Vicario Provincial.

HA MUERTO JOSÉ BUJ

MIEMBRO DEL CONSEJO ASESOR DE LABOR HOSPITALARIA

Don José Buj Suárez, miembro del Consejo Asesor de nuestra revista, descansó en el Señor el 27 de octubre. Su muerte ha causado una profunda impresión no sólo en el Hospital de Basurto, del que era Capellán, y en Bilbao, donde era muy querido, sino en toda España.

Don José, Pepe para sus muchos amigos, había nacido en Llanes (Asturias). Se licenció en Medicina y se hizo sacerdote en Salamanca. «Fui lanzado y consentí en lanzarme al trabajo pastoral en el mundo del hospital» —decía en una de las muchas charlas que dio y que nos ha dejado escrita—. Desde el año 1972 su vida ha sido una



Septiembre de 1987. Junto a Mons. Osés, nuestro amigo Pepe preside la Asamblea. Era, ha resultado ser, su última Reunión Nacional de Delegados.

entrega a ese trabajo pastoral de cada día y al estudio de todo aquello que haga relación al mismo. Pepe tenía, sin duda, la mejor biblioteca de Pastoral de Enfermos de España. Más de cien carpetas guardan la documentación que ha ido recopilando de revistas, diarios.

Pepe Buj ha sido uno de los pioneros y de los pilares de la «nueva pastoral sanitaria» en España. Miembro del Equipo Nacional de Pastoral Sanitaria, desde que se creó en 1976, al que aportó su experiencia de pastor, sus profundos conocimientos y sobre todo su fino espíritu crítico que tanto ayudaba a no pasar por los temas de forma superficial. Él ha sido el organizador y el alma de las Semanas de Pastoral Sanitaria de Bilbao y de las Convivencias del País Vasco y Navarra. Supo meter el *gusanillo* de esta pastoral en muchos teólogos, escrituristas, catequetas, etc.

Pero lo mejor de Pepe era su calidad humana y de fe. Entrañable con los amigos. Servicial con todos. Dispuesto siempre a echar una mano al que le necesitaba. Y pasar desapercibido. La gran familia de la Pastoral Sanitaria en España siente la pena de haber perdido a un «hermano» y el gozo de haber ganado a un «intercesor» que continúa ayudándola desde la casa del Padre (donde le habrán obsequiado con uno de esos «cafés» bien cargados que tanto le gustaban).

Rudesindo Delgado

Director del Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria
y Miembro del Consejo Asesor de LABOR HOSPITALARIA

CARTA A UN AMIGO

Querido Pepe Buj:

Te escribo sabiendo que mi carta no te llegará. No por culpa del correo, no. Es que el cartero no sabrá dónde vives. Nadie se lo dirá.

Cuando Rude me llamó a Roma el día 27 de octubre pensé que era para nuestras cosas: reunión de la nacional, los Acuerdos, el Día del Enfermo, lo bien que lo pasaron en el último *tibilorio*... Pero no, nada de eso. Con voz entrecortada me dijo: nuestro amigo Pepe Buj acaba de morir. No, no puede ser; si su enfermedad no era de muerte... Pero era verdad: nuestro amigo Pepe nos dejó...



¡Qué tiempos aquéllos!
Casi estamos para hacer
las bodas de plata.
Todos más jóvenes.
El señalado con la flecha
es nuestro Pepe Buj.

Yo estaba en mi despacho con la tarea de siempre y pensé que todo se me venía encima. Me emocioné, lloré, se me llenó la mente de recuerdos. Pepe Buj ha muerto. ¡Cuánto habíamos luchado juntos!, ¿lo recuerdas? Tú fuiste de los primeros que te uniste al grupo de Pastoral Sanitaria que comenzó en Zaragoza (1969), que siguió después en Pamplona (1970), en la Granja, En Alacuás —Valencia— (1972). ¿Recuerdas a Arenal, a Ferreró, al Dr. Aragón? Y los temas de siempre que después se irían ampliando: organización, aspectos psicológicos, sociales, teológicos, pastorales. ¡Cuántas veces fuimos también a tu Bilbao! Porque tú eras un empedernido organizador de semanas, de eso que ahora llaman *formación permanente, cursos de actualización...*

La *cosa* iba tomando cuerpo y tú eras uno de los que más empujaban, hasta que conseguimos eso del *Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria*. Fue un triunfo, ¿verdad? Esta segunda etapa nos traería tantas esperanzas y tantos hombres nuevos: se subieron al *carro* el bueno de Rude y don Javier; y comenzaron a empujar, a guiar, a integrar personas: Manso, Fidel, Conde, Celia, Adolfo, Francisco Álvarez, Digno Mariño, Paco Sola... y una lista cada vez más grande.

Aguadulce —Almería— (1975) fue también un momento importante para todos, fue como un segundo bautismo en la Pastoral Sanitaria. ¿Recuerdas eso de los Regionales? A ti te dieron el título de regional en el País Vasco; fue en el primer reparto, hace muchos años, y te has ido con él al cielo. Seguro que tendrías muchos proyectos hechos; quizá no hayas terminado los últimos cuestionarios, algún esquema para un curso de bioética, los últimos libros para tu biblioteca. ¡Qué insistente eras con los libros! Estabas siempre a la última, en seguida te enterabas de las novedades. Ahí, en el cielo, no sé si tendrás necesidad de todo eso; a lo mejor, ni se habla de pastoral de enfermos. Aquí, sin embargo, seguimos con los encuentros, con las circulares de Rude, las aclaraciones de Conde, los rollos y expertos de Sola, el vídeo... y, como tú bien sabes, hasta con una Pontificia Comisión en el Vaticano; ¿quién lo iba a pensar?

Querido Pepe: desde Zaragoza, Aguadulce y El Pinar, cuántas ilusiones y esperanzas, cuántos *remontes de moral*, cuántos esquemas para estudiar, cuántas observaciones nos hacías a todos, cuánta vida...

Pepe: nos has dejado, pero no nos olvides; sigue dándonos algún empujoncito para que la Pastoral Sanitaria sea lo que tú querías que fuese. Acuérdate de que alguna vez nos enrollamos y no vemos claro el camino. Ahora que no podremos aclarar juntos las ideas mientras nos tomamos el café en el bar cercano, échanos desde arriba un rayo de luz.

Pepe: los de la Pastoral Sanitaria, los amigos de siempre, no te olvidamos. Yo, uno de ellos, te recuerdo con especial cariño.

REDRADO

2. ACUERDO MARCO entre la Orden Hospitalaria y el Ministerio de Sanidad y Consumo

En el número anterior de LABOR HOSPITALARIA dábamos la noticia de la entrega a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios de la gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Dicho reconocimiento parece no haber quedado en la esfera de lo simbólico sino que ha generado frutos que apuntan hacia la posibilidad de una auténtica y leal colaboración entre ambas instituciones.

LABOR HOSPITALARIA ofrece, en su editorial del presente número, su opinión al respecto. A continuación publicamos el texto íntegro de dicho Acuerdo Marco recientemente firmado en Madrid por el Ministerio de Sanidad y Consumo y nuestro hermano general, fray Pierluigi Marchesi.

En Madrid, a 6 de octubre de 1980

REUNIDOS

El Excmo. Sr. D. Julián García Vargas, Ministro de Sanidad y Consumo, y el Hermano Pierluigi Marchesi, Padre General de la Orden de Hermanos de San Juan de Dios.

Intervienen en función de sus respectivos cargos, que han quedado expresados, y en ejercicio de las facultades que a cada uno le están conferidas, con plena capacidad para formalizar el presente Acuerdo-Marco de colaboración y coordinación de las actividades sanitarias de la Orden Hospitalaria de Hermanos de San Juan de Dios con el Ministerio de Sanidad y Consumo y

EXPONEN

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, en el cumplimiento de su misión apostólica y evangelizadora, ha promovido en sus más de cuatro siglos de existencia Centros Asistenciales, desarrollando una labor de interés público, de carácter benéfico-social, son gestión privada sin ánimo de lucro.

La Orden Hospitalaria realiza estas actividades sanitarias tanto en el territorio nacional (con 35 Centros: 10.511 camas

y 4.815 trabajadores) como en misiones de cooperación internacional (con 181 Centros: 36.000 camas y 29.500 trabajadores) en 5 continentes y 43 países.

Las actividades sanitarias de la Orden Hospitalaria en el territorio nacional se han desarrollado tradicionalmente con autonomía, pero con inclusión en la red pública asistencial a través de los correspondientes conciertos. La Orden Hospitalaria ha asumido, con carácter complementario o sustitutivo, en épocas pasadas, actividades sociales en las que existía una insuficiente dotación Estatal o una carencia de cobertura sanitaria de la Seguridad Social.

El avance de la sanidad pública en España en los últimos años y muy especialmente el desarrollo de una red sanitaria hospitalaria a través del Instituto Nacional de la Salud, obligan a replantear algunas de las iniciativas y actividades sanitarias de la Orden Hospitalaria con objeto de coordinarlas adecuadamente con la acción pública, garantizando, además, la viabilidad económica, técnica y asistencial de las actividades sanitarias de dicha Institución.

Por otra parte, la puesta en marcha de la Ley General de Sanidad, con la creación futura de un Sistema Nacional de Salud, refuerza aún más la necesidad de coordinación de la acción sanitaria de todas las instituciones de interés público, dentro del territorio español, por razones de eficacia y de economía en el mejor aprovechamiento de todos los recursos sanitarios existentes.

Asimismo, y como resultado de este reforzamiento de la coordinación y colaboración de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios con las actividades de asistencia sanitaria pública, podrán potenciarse las funciones asistenciales que corresponden a esta Institución en el territorio nacional y muy especialmente en las misiones de cooperación internacional para las que se hace cada vez más necesaria la colaboración técnica y humana del Estado.

En virtud de todo lo cual, ambas partes convienen suscribir el siguiente:

ACUERDO-MARCO

Por convenios específicos se regulará la colaboración en los siguientes campos:

Primero. La coordinación, en desarrollo de las previsiones de la Ley General de Sanidad, de los Hospitales de la



El hermano Pierluigi Marchesi y el Ministro de Sanidad, don Julián García Vargas, junto a otras autoridades civiles y eclesiásticas, en la rueda de prensa concedida con motivo de la firma del Acuerdo-Marco

Orden Hospitalaria de San Juan de Dios con el Sistema Nacional de Salud y en especial con la red de Instituciones Hospitalarias del Instituto Nacional de la Salud, para la realización de programas asistenciales mediante los oportunos concertos.

Segundo. La Orden Hospitalaria, que posee una gran experiencia en el campo de la atención de enfermos crónicos, y de la psiquiatría, realizará, a petición del Ministerio de Sanidad y Consumo, un incremento de sus actividades en estos campos en la medida en que las Administraciones Sanitarias con competencia en esta materia así lo establezcan.

Tercero. La Orden Hospitalaria colaborará en la problemática que afecta a los trasplantes de órganos, previo acuerdo con las Comunidades Autónomas y mediante el oportuno convenio.

Cuarto. Serán objeto de un Convenio específico la participación del personal y la utilización de las instalaciones dependientes del Ministerio de Sanidad y Consumo e Instituto Nacional de la Salud, en la formación de voluntarios de la Orden Hospitalaria, con objeto de conseguir una mayor eficacia y adecuación de esta formación. Tales voluntarios podrán desarrollar su actividad tanto en el territorio nacional como en programas de cooperación internacional.

Quinto. La participación de voluntarios de la Orden Hospitalaria en las tareas sociales necesarias para cubrir aspectos asistenciales complementarios en el ámbito de la sanidad.

Sexto. La participación de personal dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo en programas de cooperación internacional de la Orden Hospitalaria.

Séptimo. La colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Orden Hospitalaria, en lo referente a programas de equipamiento sanitario para países del Tercer Mundo.

Octavo. La colaboración y participación de la Orden Hospitalaria en las actividades del Plan Nacional sobre Drogas.

Noveno. La colaboración en los campos de la investigación, docencia, prevención, rehabilitación y reinserción social, así como la formación y promoción de empleo en los campos sanitario y social.

Décimo. Para las actividades necesarias en todo lo establecido en el presente Acuerdo-Marco, se crean dos Comisiones Mixtas Orden Hospitalaria de San Juan de Dios-Ministerio de Sanidad y Consumo.

La primera Comisión, en relación al desarrollo de los puntos segundo al noveno del presente Acuerdo, presidida por el Ilmo. Sr. Subsecretario del Departamento e integrada, por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo, por el Delegado del Plan Nacional sobre Droga, los Directores Generales de Planificación Sanitaria y del Instituto Nacional de la Salud, y por parte de la Orden Hospitalaria por el Presidente del Secretariado Permanente Interprovincial y un Hermano Hospitalario por cada Provincia Religiosa.

La segunda Comisión, en relación al desarrollo del punto primero del presente Acuerdo, estará presidida por el Ilmo. Sr. Secretario General de Asistencia Sanitaria e integrada, por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo, por los Directores Generales de Programación Económico-Financiera y del Instituto Nacional de la Salud, y por parte de la Orden Hospitalaria por el Presidente del Secretariado Permanente Interprovincial y un Hermano Hospitalario por cada Provincia Religiosa.

Lo que en prueba de conformidad se suscribe en duplicado ejemplar en el lugar y fecha *ut supra*.

EL MINISTRO DE SANIDAD
Y CONSUMO

JULIÁN GARCÍA VARGAS

EL PADRE GENERAL
DE LA ORDEN DE HERMANOS
DE SAN JUAN DE DIOS

PIERLUIGI MARCHESI

LH

3. ENFERMOS CON ESTANCIAS PROLONGADAS: ANÁLISIS EN UN HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO

*Manuel Rodríguez Navarro
José Luis Griera Borrás
Facultad de Medicina de Sevilla*

*Miguel Ángel Asenjo Sebastián
Departamento de Salud Pública y Legislación Sanitaria.
Universidad de Barcelona*

El promedio de estancia es, junto con el porcentaje de ocupación y la demanda, uno de los factores fundamentales que determinan el número de camas hospitalarias y con ello las listas de espera y el coste sanitario. Una población con la misma demanda que otra puede precisar hasta cuatro veces menos de camas para realizar el mismo servicio, simplemente doblando el porcentaje de ocupación y reduciendo a la mitad el promedio de estancia. El análisis de éste y la vigilancia del mismo son fundamentales para obtener un adecuado rendimiento de este costoso recurso sanitario. En la Europa Comunitaria, por ejemplo, hay naciones vecinas con promedio de estancia para enfermos agudos muy diferentes: 14 días en Alemania Federal y 8,4 en Francia. En el siguiente trabajo se analiza el promedio de estancia de los Servicios de un Hospital Universitario de 1.000 camas.

Introducción

El Promedio de Estancia es uno de los indicadores más utilizados en el ámbito hospitalario debido a la información que proporciona del uso de las camas del hospital y a la sencillez de su cálculo^{1,2}. No obstante, conviene recordar que este parámetro puede verse influenciado por numero-

sos factores³⁻⁵ entre los que destacan: la presión asistencial o demanda a la que está sometido el Centro, el sistema de pago, estructura de los Servicios, realización o no de docencia, tipo y severidad de las patologías ingresadas, proporción de pacientes geriátricos y problemática social de éstos, etc.

Al analizar los promedios de estancia del Hospital Universitario de Sevilla observamos que, en gran parte, la estancia media de las altas estudiadas estaban dentro de unos límites que podríamos considerar como normales, si bien algunos casos presentaban un promedio de estancia muy elevado con la consiguiente carga y saturación que representaba para sus Servicios respectivos. Por esto, en este trabajo nos hemos propuesto analizar, en particular, las estancias que superaban los 30 días de promedio en función de la edad del paciente, sexo, diagnóstico y los Servicios en que ingresaron, con el fin de profundizar en las causas que determinaron su larga estancia y sus posibles soluciones.

Material y métodos

Hemos analizado todos los ingresos que superaron los 30 días de estancia durante el primer trimestre de 1985 comparándolo con el total de ingresos habidos en este período, lo cual ha supuesto la revisión de 3.607 altas.

Los datos referentes a edad, sexo, día y hora de ingreso se obtuvieron del Libro de Registros y Altas (LRA). Sin embargo, los datos concernientes al diagnóstico se obtuvieron de la ficha médica rellena por el facultativo al realizar el alta, debido a la elevada discordancia con respecto a los datos clínicos entre el LRA y la epicrisis (en torno al 35 %).

Los pacientes se agruparon por edades en 5 grupos: grupo A (de 0 a 7 años), grupo B (de 8 a 25 años), grupo C

(de 26 a 45 años), grupo D (de 46 a 64 años) y grupo E (igual o mayor de 65 años).

Para la comparación de medias muestrales se utilizó el Test de Student para datos no apareados, el nivel de significación se acordó para $\alpha = 0,05$ para ambas colas. Todos los datos de este estudio se expresan con media \pm desviación estándar.

Resultados y discusión

A) ANÁLISIS GLOBAL

El número total de casos detectados con estancias superiores a 30 días fue de 186 al considerar el hospital de forma global y representaron un 5,15 % del total de los ingresos en el tiempo de estudio. Si deducimos del total de estancias las estancias pertenecientes a pacientes que estuvieron más de 30 días ingresados ($E > 30$), observamos que disminuye el Promedio de Estancia (PE) de $11,1 \pm 9,3$ a $8,1 \pm 4,7$ días, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

B) ANÁLISIS EN FUNCIÓN DE LA EDAD Y EL SEXO

Al estudiar estos enfermos por grupos de edad vemos que al grupo A pertenecen un 9,1 % de ellos, al B el 12,9 %, al C el 16,6 %, al D el 30,7 % y, por último, al E el 30,7 %, o sea, más del 60 % de estos ingresos estaban englobados en los grupos de edad D y E.

Al estudiar en función del sexo a estos pacientes, no hallamos diferencias significativas entre ellos.

C) ANÁLISIS POR SERVICIOS

En las tablas I y II representamos los principales resultados obtenidos en el estudio.

El porcentaje de pacientes con estancias superiores a 30 días en los distintos Servicios fue el siguiente:

El 22,1 % en el Servicio de Psiquiatría, el 10,9 % en el Servicio de Medicina Interna, el 6,7 % en el Servicio de Cirugía, el 4 % en el de Dermatología, el 3,8 % en Pediatría, el 3,3 % en Otorrinolaringología, el 2,4 % en Oftalmología y el 1,2 % en Ginecología.

Si analizamos globalmente a estos enfermos, vemos que el 80 % de ellos están incluidos en los Servicios de Medicina Interna, Cirugía y Psiquiatría.

Servicio de Medicina Interna. 70 fueron los casos detectados en este Servicio, lo que supone el 10,9 % de sus ingresos. La edad media de estos pacientes fue de $57 \pm 18,7$ años y su promedio de estancia de $46,48 \pm 17,9$ días. Es de destacar que el 78 % de estos pacientes estaban en los grupos de edad D y E representando cada uno un 37,1 % y un 41,4 %, respectivamente. El diagnóstico más frecuente que presentaron fue el de Hepatopatía crónica. Al sustraer estos enfermos del total, observamos que el promedio de

estancia pasa de $16,33 \pm 13,75$ a $12,61 \pm 6,83$ siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

TABLA I

Servicio	n	%	PE > 30	PES	PE < 30	DE	p
Medicina interna	70	11	47 ± 18	16 ± 14	13 ± 7	3	0,001
Psiquiatría	27	22	59 ± 29	26 ± 23	16 ± 8	10	0,001
Cirugía	50	7	48 ± 12	15 ± 12	13 ± 7	2	0,001
Pediatría	19	4	48 ± 13	11 ± 10	10 ± 6	1	0,01
O.R.L.	8	4	54 ± 24	7 ± 10	5 ± 4	2	0,025

n = Número de casos con PE mayor de 30 días.

% = % de casos con PE > 30 días respecto al total del servicio.

PE < 30 = PE de los ingresos de más de 30 días.

PES = PE del servicio completo (ingresos > 30 + < 30 días).

DE = Días que desciende el PE del servicio al sustraer los ingresos mayores de 30 días.

p = significación estadística al comparar PES con PE < 30.

TABLA II

Servicio	Edad	Grupo de edad	Diag. más frecuente
Medicina interna	57 ± 19	D.E. (78 %)	Cirrosis hepática
Psiquiatría	33 ± 15	B.C.D. (100 %)	Esquizofrenia
Cirugía	57 ± 19	D.E. (70 %)	Miscelánea
Pediatría	2 ± 3	A. (100 %)	Miscelánea
O.R.L.	62 ± 11	D.E. (100 %)	Carcinoma laríngeo

Servicio de Psiquiatría. El 22,1 % (27 casos) de los ingresos presentaron estancias superiores a 30 días. Su edad media fue de $33,25 \pm 15,23$ años y su promedio de estancia de $58,7 \pm 29,3$ días. El diagnóstico de aparición más frecuente fue para estos enfermos el de Esquizofrenia. No se apreciaron diferencias entre la distribución de los distintos grupos de edad. Al deducir estos enfermos de la totalidad, observamos un descenso de la estancia media de $25,78 \pm 23,26$ a $16,37 \pm 7,49$ días, diferencia que fue significativamente estadística ($p < 0,001$).

Servicio de Cirugía. 50 pacientes presentaron estancias superiores a 30 días, es decir, el 6,7 % de los pacientes de este Servicio, su edad media fue de $57,16 \pm 19,02$ años y la estancia media de $47,58 \pm 12,27$ días. El 70 % de ellos estaban comprendidos entre los grupos de edad D (el 28 %) y E (el 48 %). Las causas de ingreso de estos pacientes formaron un grupo misceláneo en el que ninguna destacó en particular. El descenso entre los promedios de estancia con y sin incluir los casos con estancia superiores a treinta días fue de $15,40 \pm 12,04$ a $13,05 \pm 7,30$, diferencia que fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Servicio de Pediatría. El 3,8 % ($n = 19$) de los pacientes de este Servicio tuvieron largas estancias. La edad media fue $2,15 \pm 3,0$ años y el promedio de estancia de $48,15 \pm 13,8$ días. Las causas de ingreso constituyeron un grupo misceláneo sin predominio de ninguna en especial.

Servicio de Otorrinolaringología. Únicamente el 3,34 % ($n = 8$) de los 239 ingresos superaron los 30 días de estan-

cia. La edad media fue de $62,25 \pm 11,2$ años y la estancia media fue de $54,37 \pm 24,4$ días. El diagnóstico común a todos estos pacientes fue el de Carcinoma laríngeo y el 100 % se hallaban incluidos en los grupos de edad D y E.

En el resto de los Servicios no se detectaron diferencias significativas entre ambos tipos de promedio de estancia, bien por no existir esta clase de enfermos, o bien por ser su número muy pequeño.

El control de este tipo de pacientes permitiría un mejor aprovechamiento de camas hospitalarias de agudos. Dicho control se vería favorecido con las siguientes medidas:

- Potenciación de la Hospitalización domiciliaria, medida esta que en nuestro país está comenzando a obtener resultados^{6, 7}.
- Creación de Centros especialmente diseñados para enfermos de larga estancia y cuidados mínimos.
- Mejorar los niveles de atención primaria.
- Análisis permanente de estas largas estancias y riguroso control por parte de la Dirección y Jefaturas de los respectivos Servicios.

Bibliografía

- LLEVELYN-DAVIES, R., MACAULARY, HM.: *La estancia media Hospitalaria*. Monografía 54 de la OMS. Ginebra, 1970.
- DOMÍNGUEZ CARMONA, A.: *Estancia hospitalaria. Su concepto*. Revista de hospitales del Instituto Nacional de Previsión. Enero: 5-7, 1978.
- CASAS, M., MARÍN, A., MARTÍN, J.: *Factores que intervienen en la variación de las estancias medias por proceso*. Ponencia presentada al V Congreso Nacional de Hospitales. Torremolinos, diciembre de 1984.
- SHERMAN, H., FLATLEY, M.: *Dissecting the hospital stay: A method for studying patient staging in hospitals*. Medical Care 18:715-730, 1980.
- MACCORKLE, LP.: *Length of impatient stay in various hospitals departments*. Health Services Research 1:61-114, 1966.
- MELERO, J., NAVARRO, A., OCAÑA, C.: *Aproximación a un estudio económico de un servicio de hospitalización domiciliaria*. Ponencia presentada a las III Jornadas sobre optimización en los servicios sanitarios. Barcelona, mayo de 1988.
- GARCÍA, O., LOCUTORA, J.: *Evaluación pertinencia de estancias en hospitalización a domicilio*. Ponencia presentada a las III Jornadas sobre optimización en los servicios sanitarios. Barcelona, mayo de 1988.

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
DIMENSION MEDICA, SOCIOLOGICA, PSICOLOGICA Y ETICA



DERECHOS DEL ENFERMO



Pídalos a la dirección de la Revista

4. ANCIANOS DEL F.A.S.: UN OBJETIVO PRIORITARIO DE CÁRITAS

Montse Sintas

*Periodista y asistente social
de Cáritas Diocesana de Barcelona*

No es la estadística una de las ciencias menos desarrolladas y aplicadas de nuestra cultura. Pero muchas veces se nos queda en la frialdad de los datos, en la inteligente combinación de sus variables y, todo lo más, en unas deducciones lógicas de tales datos que ofrecen un marco sugerente de una determinada realidad.

Afortunadamente, no es ése el uso habitual que CÁRITAS suele hacer de la estadística. Dicha institución, que en no pocas ocasiones ha demostrado saber manejar la estadística como nadie —¿recuerdan los ocho millones de pobres?—, acostumbra, siempre en la medida de sus posibilidades, a poner manos a la obra cuando el resultado de su estudio así parece exigirlo.

El presente artículo es un buen botón de muestra. Estudiado un colectivo concreto, en una zona concreta, se adoptan medidas concretas para colaborar en su solución.

Que el problema de los ancianos sin recursos era grave, casi nadie lo desconocía. Que exigía urgentes medidas, casi todos lo intuíamos. Que se están dando algunas de éstas, eso es lo que pretende este artículo de Montse Sintas.



El servicio a domicilio supone para muchos ancianos un punto de apoyo importante.

Cáritas Diocesana de Barcelona lleva a cabo desde el año 1982 un programa específico de atención a los ancianos del Fondo de Asistencia Social (F.A.S.). Este colectivo, hoy por hoy, no tiene acceso a las prestaciones de la Seguridad Social, a pesar de que la Ley de Sanidad (B.O.E. 102 de 29 de abril 1986) en el artículo 3 de sus principios generales dice: «La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva».

Y más adelante, en el capítulo referente a la financiación, en su artículo 80, recoge: «El Gobierno regulará el sistema de financiación de la cobertura de la asistencia sanitaria del sistema de la Seguridad Social para las personas no incluidas en la misma, que, de tratarse de personas sin recursos económicos, será, en todo caso, con cargo a transferencias estatales».

En la actualidad, la pensión asistencial del F.A.S. es de 17.200 pesetas mensuales, con dos pagas dobles (en julio y diciembre).

Un poco de historia

Cáritas de Barcelona inició una primera aproximación a la realidad de los beneficiarios del F.A.S. en el año 1978 con la publicación del informe *Els vells de les mil cinc-centes*, título que hacía referencia a las mil quinientas pesetas mensuales que por aquellas fechas percibían los ancianos como única ayuda asistencial pública. Este informe se limitaba geográficamente a la ciudad de Barcelona, y recogía datos de los 15.552 ancianos del F.A.S. que vivían en ella. A éste, le siguió un informe complementario sobre los ancianos que eran atendidos desde Cáritas —en número de 121— porque les era imposible subsistir con la ayuda pública. Uno y otro informe fueron los precursores del estudio ya exhaustivo que se dio a conocer en octubre de 1983 bajo el título *Un aspecte de la marginació a casa nostra. Els beneficiaris del F.A.S.*

El ámbito geográfico de este estudio fue esta vez la diócesis de Barcelona, integrada por las comarcas del Barcelonès, Baix Llobregat, Vallès Oriental, Vallès Occidental, Garraf, Alt Penedès y parte del Maresme y del Anoia. Una por una se visitaron las 32.791 personas beneficiarias del F.A.S., que entonces malvivían con 5.550 pesetas mensuales, la cuantía económica de la ayuda oficial después de los sucesivos aumentos.

La ficha-encuesta

En la elaboración de la ficha-encuesta se tuvieron en cuenta diez variables. En cada una de ellas, diferentes ítems darían los datos necesarios para conocer los distintos aspectos de salud, motricidad, vivienda, convivencia, situación económica, etc., que concurrían en la persona encuestada.

Previamente, Cáritas Diocesana había anunciado por carta la visita del entrevistador. Más de seiscientos voluntarios, en su mayoría miembros de comunidades parroquiales, fueron los encargados de realizar las encuestas bajo la coordinación de las asistentes sociales de Cáritas, que habían trabajado con los voluntarios los criterios a seguir para rellenar la ficha-encuesta.

El estudio, a grandes rasgos

Una vez recogidas las encuestas, se inició la tarea laboriosa y compleja del procesamiento y análisis de los datos.

Estos fueron algunos de los más significativos:

- La mitad de los beneficiarios del F.A.S. se concentra en la ciudad de Barcelona. Si incluimos a los que viven en el cinturón industrial, llegamos al 90 % del universo objeto del estudio.
- La concentración urbana conlleva problemas y realida-

des bien diferenciadas respecto a la de los ancianos que viven en el mundo rural.

- El 83 % tiene más de 69 años. Predomina con mucha diferencia el número de mujeres (85,6 %) sobre el de hombres beneficiarios del F.A.S.
- La situación económica se refleja en el siguiente dato. El 64 % manifiesta no contar con otro ingreso que la pensión asistencial del F.A.S.
- Respecto al estado de salud, el 51 % padece una enfermedad en el momento de la entrevista. De este porcentaje, el 32 % es una dolencia crónica.
- El 12 % de los ancianos visitados vive solo y en condiciones muy precarias.
- En lo referente a la vivienda, la inmensa mayoría de los residentes en núcleos urbanos vive en casas de alquiler, excepto en el casco antiguo de Barcelona, donde abundan los ancianos que residen en pensiones muy deterioradas y carentes de las mínimas condiciones de habitabilidad.

Propuestas a los poderes públicos

El estudio sirvió para confirmar las necesidades de un numeroso grupo de beneficiarios del F.A.S., a los que era preciso dar una respuesta inmediata, de acuerdo con las posibilidades de Cáritas. Es cierto que hacía ya varios años que se iba atendiendo a algunos de estos ancianos, pero, con los datos en la mano, había que organizar la atención, crear nuevos recursos y, en definitiva, ofrecer unas alternativas que mejorasen la calidad de vida de este colectivo, en tanto la Administración no asumiese su atención.

En el estudio, que fue presentado en rueda de prensa y recogido en las ediciones de los distintos medios informativos convocados, había también un apartado de propuestas concretas a los poderes públicos y a la sociedad en general. Las propuestas eran, en primer lugar, de índole económica, reclamando una pensión digna para estos ancianos. Aludían también a la prestación médico-farmacéutica y sanitaria, que en algunos casos era inexistente. En el aspecto vivienda, había una mención especial a los ancianos residentes en el casco antiguo de Barcelona. Para ellos se pedía la habilitación de las plantas bajas de algunos edificios del barrio, aprovechando el Plan de Saneamiento de Ciutat Vella.

Por último, las propuestas de Cáritas apuntaban a la necesidad de crear pequeñas residencias en los barrios, y establecer las becas económicas suficientes para aquellos ancianos que no podían seguir viviendo de una manera autónoma.

Actualizar los datos

Los datos que aportó el estudio hubieran quedado desfasados en breve plazo, si anualmente no se actualizasen mediante entrevista personal o contacto por carta. Las situaciones que directamente ha asumido Cáritas (aquellas

que el estudio reveló como urgentes o las que posteriormente lo han sido) son las que facilitan el conocimiento directo y el contacto del anciano con la institución, a través del asistente social, la trabajadora familiar o el voluntariado. El contacto por carta sirve para informar al anciano de los servicios que Cáritas presta, y del nombre del asistente social y teléfono a donde llamar para solicitarlos. Últimamente se ha elaborado un folleto explicativo que ilustra con fotografías y un breve texto, fácilmente legible, estos servicios. La última hoja del folleto está pensada para dejarla en casa de un vecino, para que en caso de pérdida o de que el anciano no se atreva a pedirlo, el vecino tenga un teléfono de contacto y sepa los servicios que Cáritas ofrece.

Esta información se hace llegar anualmente a los nuevos beneficiarios del Fondo de Asistencia Social.

El Programa de Ancianidad: objetivo y dimensión

La finalidad del Programa de atención a los ancianos del F.A.S. es ayudarles a vivir más dignamente, mejorando su calidad de vida y ofreciendo unos servicios en el propio domicilio que —mientras su estado de salud lo permita— sean alternativos al ingreso en una residencia.

En este objetivo global distinguimos dos proyecciones. Una, de tipo individual, en cuanto se lleva a cabo la atención directa y personalizada del anciano. Otra, de índole colectiva, absolutamente necesaria si queremos integrar socialmente al anciano y relacionarlo con su entorno. De ahí la dinamización de actividades colectivas que promueven la participación del anciano en el grupo (colonias de verano, esplais, talleres...).

Estas actividades pueden ser promovidas por Cáritas o contar con la participación de personas o entidades públicas o privadas.

Hasta hace poco Cáritas atendía las dos terceras partes de los ancianos del F.A.S. de la ciudad de Barcelona. Un acuerdo suscrito con el Ayuntamiento, el pasado octubre, permitirá atender el tercio restante. Este convenio, que en principio tiene una duración de cuatro años, supone una aportación municipal de cuarenta millones al año. El coste estimado por Cáritas para la atención de los ancianos del F.A.S. del municipio de Barcelona es de 120 millones de pesetas anuales.

Este colectivo está integrado por 9.640 personas. La distribución por distritos municipales es la siguiente:

Distrito I:	1.307 personas
Distrito II:	1.902 personas
Distrito III:	750 personas
Distrito IV:	661 personas
Distrito V:	766 personas
Distrito VI:	854 personas
Distrito VII:	845 personas
Distrito VIII:	545 personas
Distrito IX:	858 personas
Distrito X:	1.152 personas



Algunas viviendas de ancianos del FAS se encontraban muy por debajo del nivel de habitabilidad.

Cáritas prevé que del total de beneficiarios del F.A.S. pueden precisar algún tipo de servicio, seguimiento u orientación alrededor del 50 %.

El Programa, en otras comarcas

El Programa de Ancianidad de Cáritas de Barcelona alcanza también a los beneficiarios del F.A.S. de las comarcas del Barcelonès y Baix Llobregat, que representan un conjunto de 6.178 personas. Para ello cuenta con una subvención de la Generalitat de 25 millones.

Las restantes comarcas que integran el ámbito de actuación de Cáritas (Vallès Oriental y Occidental) se incluyen también en este programa.

El servicio a domicilio: una alternativa a la residencia

En estos cinco años que Cáritas viene desarrollando su programa de ancianidad hemos constatado que el servicio de atención en el propio domicilio permite al anciano se-

guir viviendo en su entorno habitual, mejorar su calidad de vida y sentirse acompañado o apoyado en una etapa que tendría que ser para él de tranquilidad, pero que en la práctica es, cuando menos, de desazón, si nos atenemos a la precariedad económica que le asigna su pensión de 17.200 pesetas.

Vamos ahora a analizar por qué este servicio en el propio domicilio puede representar para el anciano una alternativa al ingreso en residencia y una mejora en su calidad de vida.

¿QUÉ ASPECTOS CUBRE?

Atención personal del anciano

- Cuidado de su higiene.
- Control de la medicación.
- Seguimiento de la evolución de su estado de salud.
- Control de la dieta alimenticia.
- Cuidado de su ropa.
- ...

Atención global de la casa

- Limpieza.
- Hacer la compra.
- Cocinar.
- ...

Reparación de viviendas en mal estado

- Humedades, goteras.
- Pintura.
- Instalación de sanitarios.
- Reparación de puertas y ventanas.
- Trabajos de albañilería.
- Trabajos de fontanería.
- Limpiezas intensivas.
- Reparación o instalación de conducciones eléctricas.
- ...

Servicio de comida a domicilio

- Reparto diario, de lunes a sábado, de la comida del mediodía.

Presencia de los voluntarios

- Compañía.
- Desplazamientos al médico, o al centro hospitalario para rehabilitación.
- Ir a buscar los medicamentos.
- Acompañar al anciano en los paseos.
- ...

Durante dos años funcionó también un servicio médico sanitario para atender las necesidades detectadas en el estudio realizado por Cáritas. Estaba especialmente dirigido a los enfermos crónicos que no recibían atención adecuada. Integraban este servicio:

- 2 médicos
- 3 A.T.S.
- 1 fisioterapeuta
- 1 podólogo

A instancias de las presiones de Cáritas para que la atención de estos ancianos fuese asumida por la beneficencia municipal, y a la vista de los resultados positivos, el servicio fue ya innecesario.

Actualmente son dos los centros de atención primaria municipal (CAMP) a donde los ancianos sin Seguridad Social pueden dirigirse, en la ciudad de Barcelona.

Quién interviene en el servicio a domicilio

- Asistentes sociales.
- Trabajadoras familiares.
- Auxiliares del hogar.
- Personal de cocina y reparto.
- Aparejador responsable trabajos reparación viviendas.
- Equipo de mantenimiento (para reparación viviendas).
- Personal voluntario.

Otras ventajas del servicio a domicilio

- El usuario se siente más seguro de sí mismo.
- Aumenta su motivación al mejorar la organización de su entorno.
- Le proporciona tranquilidad saber que no es una *carga* para su familia o allegados.
- Los vecinos o la familia refuerzan su colaboración al ver que es atendido.
- Su recuperación —si no inciden factores de falta de salud— se acelera al tener una alimentación adecuada y un control de la medicación correcto.

Sin embargo, el servicio no es siempre fácil de introducir, pese a que objetivamente sea necesario. Veamos algunos de los factores que inciden en esa dificultad y hacen que el anciano no lo acepte.

- Miedo a perder la intimidad.
- Dificultad en aceptar su progresivo deterioro.
- No quieren que se sepa cómo viven, o en qué condiciones está su casa. En ocasiones hay formas de vida muy peculiares y/o costumbres muy distintas que llegan a impedir la prestación del servicio.

Algunas características de los ancianos atendidos

- Graves carencias económicas.
- Soledad.
- Desatención y/o abandono de la familia.
- Falta de relación con el mundo exterior.
- Deterioro de su estado físico y mental, a menudo por causa de:
 - a) Mala alimentación.
 - b) Falta de prevención sanitaria.
- Pocos recursos personales para ocupar sus espacios de ocio.
- Conciencia de haber perdido su lugar en la sociedad.
- Falta de confianza en sí mismos.

Condiciones de sus viviendas

- Casas con muchas deficiencias:
 - a) Húmedas.
 - b) Sin los mínimos de habitabilidad.
- Barreras arquitectónicas:
 - a) Escaleras deterioradas, estrechas y oscuras, peldaños altos.
 - b) Falta de ascensor.
- En las zonas rurales: casas aisladas.
- Pensiones insalubres (Casc Antic), con un coste que oscila entre las catorce mil y las dieciocho mil pesetas mensuales.

Los arreglos de las casas, una prestación necesaria

El deterioro de la inmensa mayoría de las viviendas de los ancianos del F.A.S. hizo que Cáritas se planteara una acción especial en este sentido. Algunas de las mejoras no han podido realizarse por cuanto escapaban a las posibilidades de Cáritas (instalación de ascensor, restauración de escaleras vecinales, grandes reparaciones en las azoteas...). Sin embargo, otros muchos aspectos que incidían en la calidad de vida del anciano han podido cuidarse y el resultado es positivo. Especialmente lo ha sido a partir de la instalación de duchas y agua caliente, trabajos de limpieza intensiva y pintura, reparación de conducciones de agua, luz y gas defectuosas, etc.

Ayudas económicas y becas de residencia

Dentro del programa de ancianidad de Cáritas, se prevé también la ayuda económica para los beneficiarios del F.A.S. El presupuesto por este concepto para el año 1989 es de quince millones de pesetas. Esta prestación económica se dirige especialmente a atender las necesidades de aquellos que viven solos y no tienen familia que colabore o bien no mantiene relación alguna con ella.

Por otra parte, hay que señalar que una entidad de ahorro catalana, la Caja de Pensiones (*la Caixa*), aporta directamente una ayuda mensual a 800 ancianos de la diócesis de Barcelona, mayores de 75 años, que viven solos y tienen un seguimiento social de Cáritas. La ayuda es de 7.000 pesetas mensuales y es de carácter vitalicio. Cáritas se compromete a informar de cualquier cambio en la situación social del anciano (ingreso en residencia, aportación económica de familiares, defunción, etc.) lo cual determina la cancelación de la ayuda. Esta aportación de *la Caixa* fue uno de los resultados que, a nivel privado, tuvo la publicación del informe de Cáritas «Un aspecto de la marginación a casa nostra. Els beneficiaris del F.A.S.».

Sin embargo, con ser importante esta colaboración hay todavía un número elevado de ancianos entre los 68 años —edad en que empieza a cobrarse el F.A.S. ancianidad—

y los 75 años, cuando puede solicitarse la ayuda de *la Caixa*, que no queda cubierto. De ahí el fondo económico de Cáritas para estas situaciones concretas.

Otro problema que se plantea es el del anciano que precisa ya un ingreso en residencia debido a su estado de salud o su carencia total de autonomía. Y esto se ve agravado por la precaria situación económica que la mayoría tiene y, además, por la dificultad de encontrar plaza en una residencia de la Administración.

Cuando el ingreso es urgente, Cáritas asume la diferencia económica entre el coste de la estancia y lo que el anciano puede cubrir. Al tiempo se inician las gestiones para la solicitud de una beca oficial para residencia asistida, o plaza para residencia pública. Desde el Servicio de Ancianidad se gestiona el ingreso en el centro privado que, previamente, ha sido visitado. El coste previsto para el año 89 ronda los veintiún millones de pesetas.

Centro de día *El caliu*

El Centro de día de Cáritas empezó a funcionar a finales de 1986. Es un espacio de encuentro para los ancianos del distrito I de la ciudad. Fue pensado especialmente para este distrito por las especiales características de sus habitantes. La mayoría vive en casas que no reúnen las mínimas condiciones, o en las pensiones más degradadas de la ciudad. Todo ello, junto a la soledad y al aislamiento que la mayoría de las veces suele acompañar a los ancianos, determinó la creación de este recurso social.

Diariamente lo frecuentan un promedio de cuarenta ancianos. Casi todos viven solos, el 50 % en las pensiones del distrito. Sus únicos ingresos son el F.A.S. El promedio de edad es de 74 años.

El Centro de día está abierto de 11 de la mañana a 7 de la tarde. A lo largo de este horario se desarrollan todas las actividades, incluido el almuerzo, que se elabora en la cocina que Cáritas tiene en el mismo distrito. Entre las actividades preferidas por los ancianos está la de gimnasia, impartida por jóvenes monitores, un par de horas a la semana. También los talleres de manualidades, pintura, las visitas culturales, etcétera.

Tres coordinadoras se encargan de la gestión diaria del Centro y de programar sus actividades, que suelen ser decididas en las asambleas que se celebran periódicamente. La participación de los ancianos en estos debates alcanza niveles óptimos. Una asistente social de Cáritas colabora en la marcha del centro.

La participación de los ancianos en la marcha del centro se traduce también en trabajos que ellos mismos se asignan: confección del *diario*, ocuparse de las plantas de la terraza, visitas a compañeros enfermos, etc.

También, a instancias de la asamblea, se programan charlas informativas sobre temas de su interés.

El caliu ofrece también la posibilidad de servicios de atención personal al anciano que lo precisa.

5. «SOBRAN MEDICAMENTOS Y FALTA EDUCACIÓN SANITARIA DE LA POBLACIÓN»

Joaquín Bonal de Falgas
 Director General de Farmacia

Me permito proyectar sobre la inmensa mayoría de nuestros lectores mi personal miopía a la hora de identificar el concepto *farmacia*.

He de confesar que el mismo me sugiere un local comercial en el que se expenden una serie de productos, relacionados con la salud unos, con la estética otros. Uno o varios dependientes afanados en despachar a un variopinto grupo de clientes, muchos de los cuales presentan su receta del *seguro* lo que complica más de la cuenta el proceso: recortar, grapar, calcular el tanto por ciento que debe abonar... Y poco más.

En no pocas ocasiones he llegado a preguntarme el porqué se tenía que exigir el título de Farmacia a un señor que simplemente ejercía un noble, pero sencillo, papel de dependiente.

Mi presencia en hospitales me corrigió ligeramente mi inicial miopía. La Farmacia Hospitalaria me hizo percibir un nuevo marco de desarrollo de algo que yo percibía tan circunscrito a un local comercial.

El posterior conocimiento de la industria del fármaco, del poderío económico de las grandes firmas, de los intereses consecuentes del mismo, me hizo caer en la cuenta de que no era precisamente simple lo que arrastra tanta complejidad.

A la búsqueda de un poco de clarificación de la misma nos acercamos a dialogar con don Joaquín Bonal de Falgas, Director General de Farmacia y Productos Sanitarios. Recientemente nombrado para el cargo, accedió a nuestra petición.

El Dr. Bonal de Falgas fue Jefe del Servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona.

Ello le llevó a madurar al unísono con la dimensión hospitalaria de la farmacia de la que fue uno de sus pioneros.



También desempeñó, entre otros, el cargo de Presidente de la Sociedad Europea de Farmacia Clínica. Ello ofrece suficiente garantía de que su perspectiva es amplia y contrastada. Desde luego, muy superior a la que describíamos en un principio. Vean si no.

L.H. —¿Qué objetivos se ha marcado usted con respecto a la Dirección General a la que acaba de acceder?

J.B. —Para mí el principal objetivo es el promover la utilización racional de los medicamentos, a través de una mayor potenciación y desarrollo de la actividad de farmacia hospitalaria y mediante la creación de sistemas de apoyo para este uso racional del medicamento en la atención primaria de salud.

L.H. —¿No existe algún otro objetivo referente a la estructura del mundo farmacéutico en España, de los profesionales...?

J.B. —Evidentemente hay otros objetivos, pero éstos son los dos prioritarios. Los otros serían el realizar cualquier gestión que favoreciese la consecución de éstos.

También hay que resolver problemas relacionados con la industria farmacéutica, problemática económica de la financiación del gasto creciente que existe en el uso de los medicamentos... Todos estos son problemas que, lógicamente, deberán merecer atención de la Dirección General.

L.H. —Parece ser que la Ley de Medicamentos se halla dispuesta a ser aprobada por el Consejo de Ministros. ¿Qué líneas maestras va a trazar la misma?

J.B. —La Ley del Medicamento es una ley que va dirigida, fundamentalmente, a garantizar la seguridad y eficacia de los medicamentos que estén en el mercado. Pretende, también, garantizar la ética y la seriedad de los ensayos clínicos de medicamentos y asegurar, de alguna manera, que estos medicamentos están fabricados o preparados por

entidades que reúnen las condiciones de la buena manufactura y el buen control que requiere la preparación de los mismos.

Además de esto, la Ley de Medicamentos sienta unas bases para desarrollar un programa del uso racional de medicamentos en España; pienso que, en este sentido, va a ser una herramienta importantísima para mejorar dicho uso.

“El principal objetivo de la Dirección General es el de promover la utilización racional de los medicamentos”

L.H. —Dentro de la configuración autonómica de España ¿cuál es la relación existente entre la Dirección General de Farmacia y las distintas Comunidades Autónomas?

J.B. —Existe un Consejo Interterritorial que reúne a los responsables autonómicos de toda España y que celebra periódicamente encuentros en Madrid. Allí es donde se discuten los temas que pueden afectar a problemas de asuntos ya transferidos a las autonomías.

Por lo tanto, este Consejo Interterritorial es el responsable, de alguna manera, de discutir y llegar a acuerdos para desarrollar programas comunes.

Yo pienso que en estos momentos, y desde el punto de vista sanitario, las relaciones son bastantes buenas y fluidas. Al menos, en principio, no tenemos problemas graves planteados en este sentido.

L.H. —Yendo de las Comunidades Autónomas a una Comunidad más amplia, la Comunidad Económica Euro-



«Una de las pretensiones de la Ley del Medicamento es la de garantizar la ética y la seriedad de los ensayos clínicos».

pea. ¿Qué repercusiones va a tener nuestro ingreso en la misma en el campo de la farmacia?

J.B. —En primer lugar, la entrada en el Mercado Común Europeo sienta ya un marco de funcionamiento de la industria farmacéutica, y por lo tanto, la legislación que haga referencia a ella vendrá marcada por las directivas propias del Mercado Común.

El Mercado Común, como su propio nombre indica, es un buen Mercado fundamentalmente económico y entiende especialmente de temas económicos y se enfoca en esta línea. Yo creo que esta dinámica es importante el intentar cambiarla, y estimo que con la presidencia española que tendremos en el próximo semestre podremos, al menos yo voy a intentarlo, impulsar programas más amplios de política farmacéutica común en Europa.

“Algunas veces, el profesional farmacéutico puede dar la impresión de no ser un profesional de la salud”

L.H. —*Quienes somos un poco profanos en este campo parecemos advertir como un cierto divorcio entre el mundo de la farmacia y el mundo de la salud, por paradójico que nos resulte. A primera vista, el mundo farmacéutico lo intuimos más en función de intereses de producción, de comercio... ¿Es real tal divorcio? ¿Cómo subsanarlo en caso afirmativo?*

J.B. —Pienso que algunas veces puede dar la impresión de que el profesional farmacéutico no es un profesional de la salud, por las actitudes que determinados farmacéuticos puedan adoptar en este terreno.

Creo que no se puede decir que exista tal divorcio; hay un conjunto de profesionales muy implicados en el sistema de salud (por ejemplo, los farmacéuticos en los hospitales, los farmacéuticos analistas que están ofreciendo una gran aportación). Hay otros colectivos que parecen que están más alejados: los farmacéuticos que trabajan en la industria y, desgraciadamente, también en muchas ocasiones los farmacéuticos de oficina de farmacia.

Es importante estimular la participación de estos colectivos en el sistema sanitario y desvelar un poco sin interés profesional.

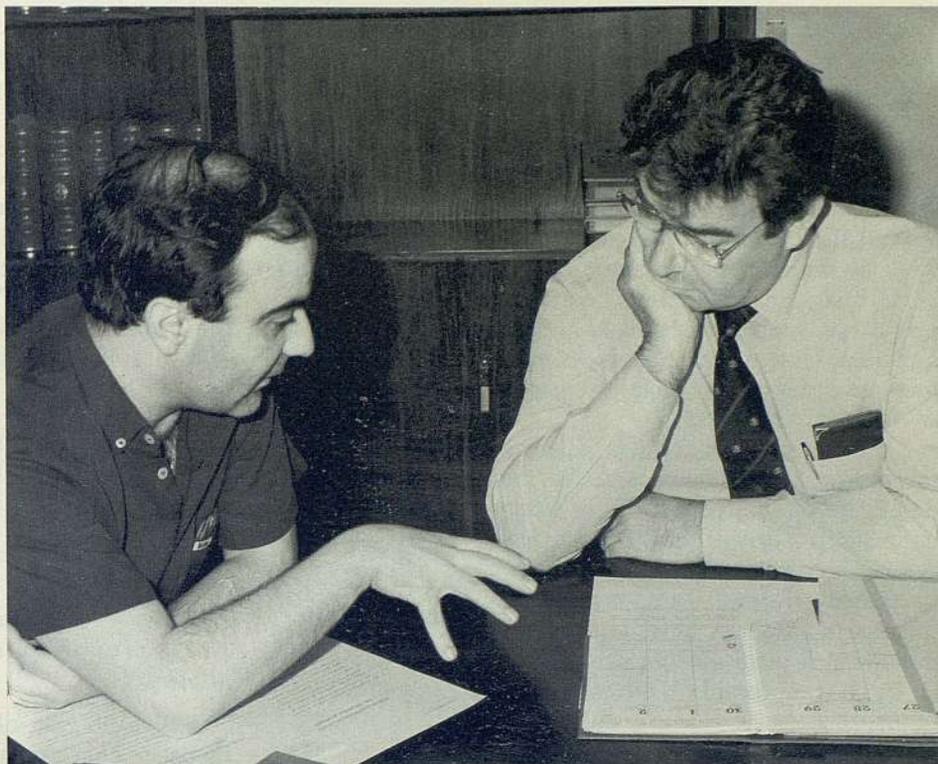
Justamente ayer estuve dando una charla a la Asociación de los Farmacéuticos de la industria y les decía que debían hacer un esfuerzo para asumir la función que les corresponde de científicos y técnicos dentro de la industria del medicamento, y quizá menos la defensa de los intereses industriales. A veces, hablas con compañeros que trabajan en la industria farmacéutica y parece que estás hablando más con el gerente de la empresa que con un profesional. Por esto les dije que si querían aumentar su credibilidad científica y técnica tenían que intentar separar, dentro de lo posible, estos dos tipos de intereses, que a veces puede resultar difícil hacerlo.

“La aportación farmacéutica al campo sanitario es absolutamente indiscutible e irrenunciable por cualquier sociedad”

L.H. —*Puesto que hemos hablado de divorcios, parece oportuno que hablemos de idilios. Nadie puede negar la aportación del desarrollo farmacéutico al avance de la salud. ¿En qué cifraría usted esta colaboración?*



«La salud de la farmacia hospitalaria no es mala, pero tampoco excelente».



«A veces hablas con compañeros que trabajan en la industria farmacéutica y parece que estás hablando más con el gerente de la empresa que con un profesional».

“La industria farmacéutica mueve en España alrededor de 300.000 millones de pesetas al año... El dinero mueve la sociedad, y las presiones y movimientos que organiza son enormes”

J.B. —No cabe duda que la aportación de nuevos fármacos ha producido un cambio absoluto en los pronósticos de las enfermedades.

Hay pocos medicamentos realmente que curen —entre ellos, los antibióticos curan las causas de las enfermedades—. Pero la mayoría lo que hacen es paliar o reducir problemas derivados de los síntomas que producen las enfermedades, pero no corrigen las causas. Por ejemplo, no existe ningún medicamento que cure la insuficiencia cardíaca; los hay que la palían, pero no la curan.

Pero pienso que la calidad de vida ha aumentado de forma espectacular, en gran parte gracias a la aparición de medicamentos que resuelven enfermedades por las cuales antes moría gran número de personas.

Por lo tanto, pienso que la aportación farmacéutica al campo sanitario es absolutamente indiscutible e irrenunciable por cualquier sociedad.

L.H. —*Pasemos a profundizar en el campo de la industria del fármaco. Una industria que mueve cifras escalofriantes de dinero. ¿Cuál es, en realidad, su volumen?*

J.B. —Exactamente no lo sé, ya que no soy economista. Pero he oído hablar de una cifra de alrededor de 300.000 millones de pesetas en España. En el mundo puede ser in-

calculable. Hay compañías farmacéuticas cuyo presupuesto es superior al de todo un Estado.

L.H. —*Y en este mareante mundo resulta poco menos que imposible que no aparezcan las manipulaciones, las presiones, las influencias...*

J.B. —Sí, evidentemente, como todo el mundo sabe, el dinero mueve la sociedad, y las presiones y movimientos que organiza son enormes.

Es un tema difícil, delicado y que requiere, yo diría, una dosis ética muy elevada.

L.H. —*En concreto, el costo farmacéutico dentro del sistema sanitario oscila entre un 10-25 % del costo general de la asistencia sanitaria, en función de la política farmacéutica aplicada.*

Dentro del presupuesto general de un ente como INSA-LUD, ello supone muchos millones. Millones que salen del bolsillo de los contribuyentes. ¿Es posible controlar de algún modo dicho gasto?

J.B. —Evidentemente es importante la parte correspondiente a la Seguridad Social.

¿Controlar este gasto? Es difícil, muy difícil. De hecho,

“El 65 % de las prescripciones que se hacen en la Seguridad Social son para pensionistas, cuando la población pensionista no rebasa el 20-21 %”

medidas que se han tomado para paliar estos gastos, al cabo de poco tiempo han demostrado ser muy poco eficaces.

Por ejemplo las medidas de tipo directo —haciendo participar al usuario con un porcentaje más elevado en el coste de la medicación—, tiene unos efectos paliativos momentáneos que después han dejado de serlo, pues la gente busca sus soluciones picarescas: utiliza la cartilla del pensionista que no tiene aportación alguna. Entonces resulta que el 65 % de las prescripciones que se hacen en la Seguridad Social son para pensionistas, teóricamente, cuando la población pensionista es de un 20-21 % de la población total española. Que, evidentemente, es un grupo de población que gasta más que la gente joven, pero no un 65 %. Esto es difícil de controlar.

Otro sistema que se aplica es la contención de precios, tal como se hace en muchos países. Tampoco es una medida eficaz. La industria tiene sus sistemas de marketing y entonces lo que se consigue es que registren nuevos medicamentos con una acción farmacológica semejante, o muy ligeramente distinta, y a un precio mucho más elevado. Lo que hacen entonces, en su sistema de marketing, es promocionar el medicamento caro y olvidar el barato.

Es un tema complejo, muy difícil y que requiere mucho tacto.

“Sobran medicamentos y falta educación sanitaria de la población”

L.H. —*Parece claro que sobran medicamentos y falta una cultura sanitaria que favorezca el correcto uso de los mismos. ¿Qué políticas de información-formación tiene usted diseñadas en este sentido?*

J.B. —Sí, sobran medicamentos y falta educación sanitaria de la población. Éste es un tema a impulsar.

Yo no tengo en estos momentos una política concreta o un sistema ya diseñado, pero evidentemente hay que utilizar todos los recursos para fomentar esta formación. Creo que todos los profesionales sanitarios deben hacer un esfuerzo para mejorar esta información al paciente. Y en lo que se refiere a las farmacias, pienso que tanto las hospitalarias como las 18.000 oficinas de farmacia que hay en el país, tienen que ser agencias de información y educación sanitaria.

L.H. —*Por cierto, ahora que usted menciona a los profesionales de las oficinas de farmacia. A mí, personalmente, me cuesta asumir el ver a todo un licenciado encerrado en un local casi exclusivamente dedicado a expender unos productos que ya vienen preparados. ¿No correspondería a estos profesionales tomar un papel más activo en el sistema sanitario, especialmente dentro del marco de la asistencia primaria?*

J.B. —La respuesta es que sí, evidentemente.

L.H. —*¿Y qué me dice de la salud de la farmacia hospitalaria de la que nos consta que usted es uno de sus pioneros en España?*

J.B. —La salud de la farmacia hospitalaria no es mala pero tampoco es excelente. Pienso que ha iniciado una evolución muy positiva pero que es necesario mejorar e incrementar la actividad de los farmacéuticos de hospitales y hay que potenciar las dotaciones de la farmacia hospitalaria del país. Y ello sobre todo si, como todo el mundo reconoce, ha demostrado ser eficaz en los lugares donde ha funcionado correctamente.

Para ello hay que hacer un esfuerzo desde la Administración y desde las Direcciones de los hospitales para que se den más facilidades a la farmacia hospitalaria exigiéndole, al mismo tiempo, resultados, evidentemente.

“Hay que incrementar el control y seguimiento de los ensayos clínicos en cumplimiento de las razones éticas que los asisten”

L.H. —*¿Qué parámetros señalaría usted para poder evaluar el control de calidad de un servicio de farmacia hospitalaria?*

J.B. —El control de calidad de la farmacia hospitalaria debería hacerse mediante un Comité de calidad que debe existir en todos los hospitales.

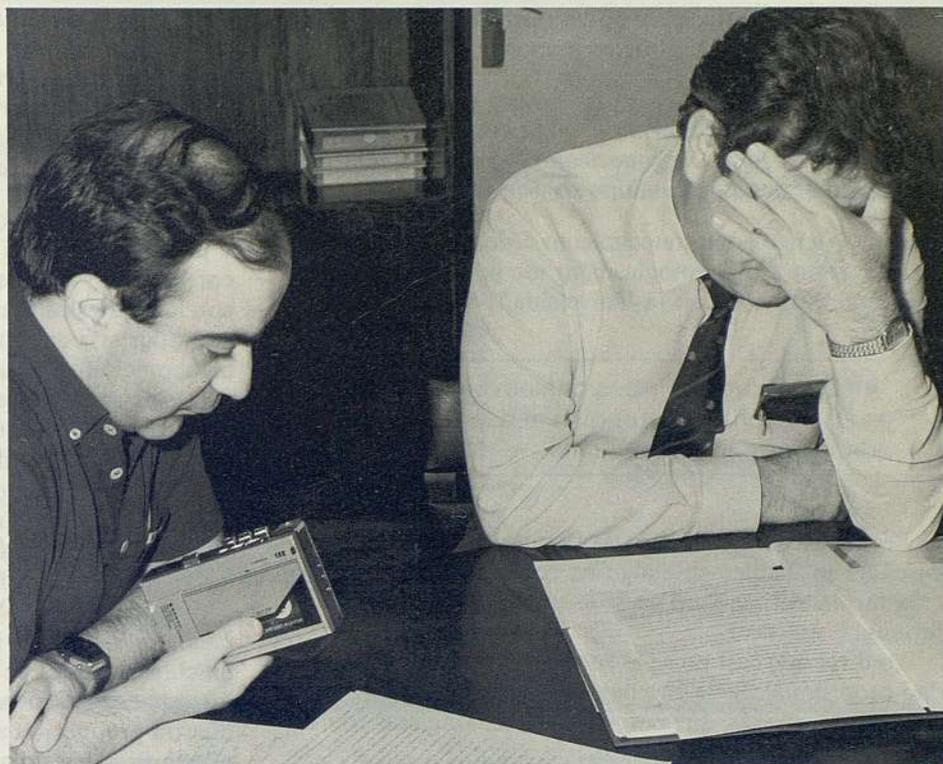
Esta calidad se podría medir por muchos sistemas. Por ejemplo: por el tipo de medicamentos que la Comisión de Farmacia terapéutica ha seleccionado para ser utilizados en su hospital; el grado de racionalidad de esta selección da una idea de la calidad del servicio; por el sistema de distribución de medicamentos que se sigue; por el número de errores que se puedan cometer; por sus actividades en programas de implicación clínica, como puede ser programas de alimentación artificial, programas de farmacocinética clínica...; calidad de la información del medicamento que distribuyen dentro del centro, etc.

“España debe intentar impulsar la colaboración internacional de los países industrializados con los países en vías de desarrollo”

L.H. —*Dando un giro a la conversación y retomando un aspecto que anteriormente usted mismo había insinuado, al hablar de la nueva Ley de Medicamentos, nos adentramos en la vertiente ética de nuestro diálogo. ¿Cuál es el panorama actual de la ética en la investigación farmacológica en España?*

J.B. —Creo que es un tema en el que ya se ha mejorado bastante en España. A través de las Comisiones de Ensayos Clínicos en los hospitales, se ha dado un avance yo diría importante.

Creo que, evidentemente, hay que mejorarlo y que hay que incrementar el control y seguimiento de los ensayos clínicos en cumplimiento de las razones éticas que los asisten. Pero creo que, en principio, los acuerdos de Helsinki se están cumpliendo, en general, en España.



«Pienso que estamos en un mundo loco, irracional, ilógico... Y cambiar esto no es fácil. Existen muchos intereses involucrados en este tema».

L.H. —¿Conoce usted las recomendaciones del Comité Consultivo Nacional de Ética francés en este tema?

J.B. —Sí, tengo conocimiento de ellas. Y puedo informarle que el pasado mes de septiembre ha habido una reunión importante, promovida por la Dirección General de Farmacia, de todos los Comités de Ensayos Clínicos de España para disentir y debatir el tema de los ensayos clínicos en todos sus aspectos científicos y éticos.

La Ley del Medicamento, por otro lado, recoge todos los derechos que proclama el acuerdo de Helsinki en este punto.

L.H. —Veíamos antes la distancia que, a veces, podía separar a los farmacéuticos que trabajan en el mundo de la industria de los que se hallaban implicados de lleno en el mundo de la salud. ¿No se pueden encontrar dichos profesionales ante serios dilemas éticos al situarse entre unos intereses que no siempre convergen?

J.B. —No tengo experiencia de ello al no haber estado trabajando en la industria farmacéutica, pero es probable que esto ocurra.

L.H. —Señor Bonal: ya en la actualidad se puede expender en las oficinas de farmacia determinados fármacos con efectos abortivos; por ejemplo, las prostaglandinas. En

un futuro, no excesivamente lejano, podría salir a la venta el R4-486... Así las cosas, bien pudiera trasladarse la polémica sobre el aborto desde el hospital a la farmacia. Y con ello todo lo que implica de planteamientos éticos, jurídicos.

J.B. —Con el tema del aborto probablemente entramos en un tema conflictivo de visiones diferentes.

Yo pienso que el problema del aborto no es un problema de decisión ni del médico ni del farmacéutico, sino que es un problema de decisión de la embarazada. Es ella quien tiene que decidir si aborta o no aborta.

Yo preferiría no entrar en esta discusión.

L.H. —Pasamos al campo docente. ¿Cree que está bien orientada la actual carrera de Farmacia en función del servicio que luego la sociedad les exige a sus licenciados?

J.B. —No, en absoluto. Creo que la carrera de Farmacia está mal orientada. Y no sólo está mal orientado su currículum de carrera, sino que está mal orientada la enseñanza de la mayoría de las asignaturas que se imparten en la Facultades de Farmacia.

Esto requiere un cambio profundo de la enseñanza universitaria de la carrera.

L.H. —¿Y la formación de post-graduado?

J.B. —Sobre formación continuada se han hecho algunas experiencias y se han realizado algunos esfuerzos por parte de algunos colectivos (colegios de farmacéuticos, sociedades profesionales...). Pero creo que se está todavía lejos de conseguir unos programas que, en mi opinión, de-

“Creo que la carrera de Farmacia está mal orientada”

berían ser obligatorios para poder realizar la capacidad de ejercicio profesional y poderse mantener en activo.

L.H. —*Ante la importante carga ética que comporta este mundo del fármaco, ¿qué deontología profesional está recibiendo el actual estudiante de Farmacia?*

J.B. —Tengo poco conocimiento de lo que está recibiendo en cuanto a deontología, pero me parece a mí que se le enseña muy poco en la Universidad.

“Los Colegios Profesionales de Farmacia, en su mayoría, no cumplen el papel que tendrían que cumplir”

Según mis conocimientos, la Deontología profesional se enseñará probablemente algo en conexión con la legislación farmacéutica. Pero no se le enseña Deontología Profesional.

Yo diría que casi no se le enseña ningún tipo de actividad profesional. Se le enseñan una serie de materias, más o menos inconexas, que después él deberá intentar coordinar y aplicar en su práctica diaria.

L.H. —*¿Se deduciría de todo ello que es usted partidario de aumentar el acervo de humanidades en el currículum de la carrera?*

J.B. —Yo soy definitivamente partidario de aumentar la enseñanza de la sociología y de psicología. Creo que es muy importante para los farmacéuticos la capacidad de relación.

Y también creo que hay que darles unas normas, unas enseñanzas mínimas de ética profesional.

L.H. —*No parece estar muy clara la utilidad actual de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos. A veces parecen tan sólo válidos para proporcionar en mejores condiciones los seguros de automóviles de sus asociados. ¿Cumplen actualmente los Colegios el papel que deberían de desarrollar?*

J.B. —Pienso que la mayoría de Colegios no cumplen el papel que tendrían que cumplir. Creo que habría que impulsar un desarrollo más profundo de su actividad, en el sentido de promover la capacidad profesional de sus colegiados.

Fundamentalmente, y aparte de proporcionar los seguros de automóviles, a lo que se dedican los Colegios es a velar por los intereses de los farmacéuticos de las oficinas de farmacia. Es lo que están haciendo la inmensa mayoría de los Colegios.

L.H. —*Nuestro ingreso en la CEE nos hace partícipes, como hemos visto anteriormente, de determinados logros. Nos va a dar mayor peso específico. Pero nos va a intro-*

ducir con mayor fuerza en el gran debate Norte-Sur. Es en el Tercer Mundo donde más ensayos clínicos se llevan a cabo y con menores garantías, hay unos desequilibrios escandalosos (nosotros nos cargamos de placebos, ellos no disponen de medicaciones elementales...). ¿Qué puede aportar España en este debate?

J.B. —Yo creo que una cosa que España puede hacer, y pienso que lo está haciendo ya, es intentar impulsar la colaboración internacional de los países industrializados con los países en vías de desarrollo. En este sentido podemos aportar, por lo menos, una actitud positiva en que esta colaboración se desarrolle.

No es fácil. La sensibilización de la humanidad hacia las zonas más necesitadas es un tema muy difícil de conseguir. Démonos cuenta, por ejemplo, que en el mundo occidental hoy existe una gran preocupación por el problema del SIDA, porque es un problema que le está afectando fundamentalmente a él, aunque en menor medida también al mundo en vías de desarrollo.

Existen otros problemas para los que ya tenemos medicina, por ejemplo el hambre, y se están muriendo cada día muchos millones de personas de hambre. En cambio, en Europa nos estamos planteando la posibilidad de reducir nuestra producción agraria, porque estamos perjudicando nuestros intereses económicos por un exceso de producción.

Yo pienso que estamos en un mundo loco, irracional, ilógico... Y cambiar esto no es fácil. Existen muchos intereses involucrados en este tema.

Creemos, sinceramente, que el diálogo con don Joaquín Bonal ha sido provechoso. Con él hemos dado un sucinto repaso a una serie de temas inscritos en el complejo mundo de la Farmacia.

Profundizar en cada uno de ellos sería labor de titanes. Uno parece hallarse navegando en unos mares repletos de icebergs. Y desde lo que sale a la superficie se intuyen las inmensas cantidades ocultas bajo la superficie.

LABOR HOSPITALARIA se siente con la satisfacción de haberse acercado, desde su identidad, a una realidad como la presente, parte integrante básica del mundo de la salud. Y haberse acercado de la mano de un experto y de un responsable, del máximo responsable político en la actualidad.

LABOR HOSPITALARIA se siente agradecida a este hombre, experto y responsable, que, gustoso, accedió a nuestra petición

LH

Miguel Martín Rodrigo

Director

Foto: Jordi Fàbrega

6. PASTORAL SANITARIA

6.1 LA PASTORAL SANITARIA EN LAS PARROQUIAS

Comisión de Pastoral Sanitaria Parroquial

Francisco Azcona San Martín

*Director de la Oficina de Estadística y Sociología
de la Conferencia Episcopal Española*

La Comisión de Pastoral Sanitaria Parroquial, dependiente del Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria, y que coordina la Dra. Amalia Rodríguez Bernal, ha llevado a cabo una encuesta que intenta

recoger el verdadero alcance y presencia de esta pastoral en las parroquias de España.

Sus resultados, suficientemente analizados a la luz de la estadística, nos muestran el pulso actual de la Pastoral Sanitaria en los organismos vivos que son las comunidades parroquiales.

A partir de ahora resultará difícil hablar de la actividad pastoral con los enfermos en las parroquias, sin hacer mención a los datos que el presente estudio nos ofrece. Estudio que, repetimos, impulsado por la Comisión de Pastoral Sanitaria Parroquial, ha coordinado



«La comunidad parroquial ha de conocer la realidad sanitaria de la comunidad y la situación de los enfermos, especialmente la de los más necesitados»

*(Conclusiones del Congreso
«Parroquia Evangelizadora»)*

6. PASTORAL SANITARIA

6.1 LA PASTORAL SANITARIA EN LAS PARROQUIAS

Comisión de Pastoral Sanitaria Parroquial

Francisco Azcona San Martín

*Director de la Oficina de Estadística y Sociología
de la Conferencia Episcopal Española*

La Comisión de Pastoral Sanitaria Parroquial, dependiente del Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria, y que coordina la Dra. Amalia Rodríguez Bernal, ha llevado a cabo una encuesta que intenta

recoger el verdadero alcance y presencia de esta pastoral en las parroquias de España.

Sus resultados, suficientemente analizados a la luz de la estadística, nos muestran el pulso actual de la Pastoral Sanitaria en los organismos vivos que son las comunidades parroquiales.

A partir de ahora resultará difícil hablar de la actividad pastoral con los enfermos en las parroquias, sin hacer mención a los datos que el presente estudio nos ofrece. Estudio que, repetimos, impulsado por la Comisión de Pastoral Sanitaria Parroquial, ha coordinado



«La comunidad parroquial ha de conocer la realidad sanitaria de la comunidad y la situación de los enfermos, especialmente la de los más necesitados»

*(Conclusiones del Congreso
«Parroquia Evangelizadora»)*

Gráfico 1

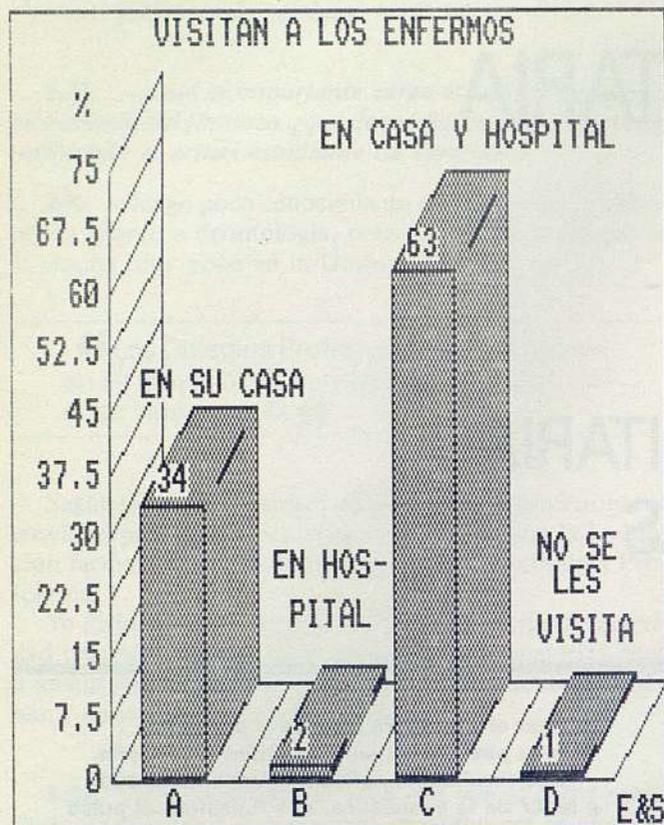
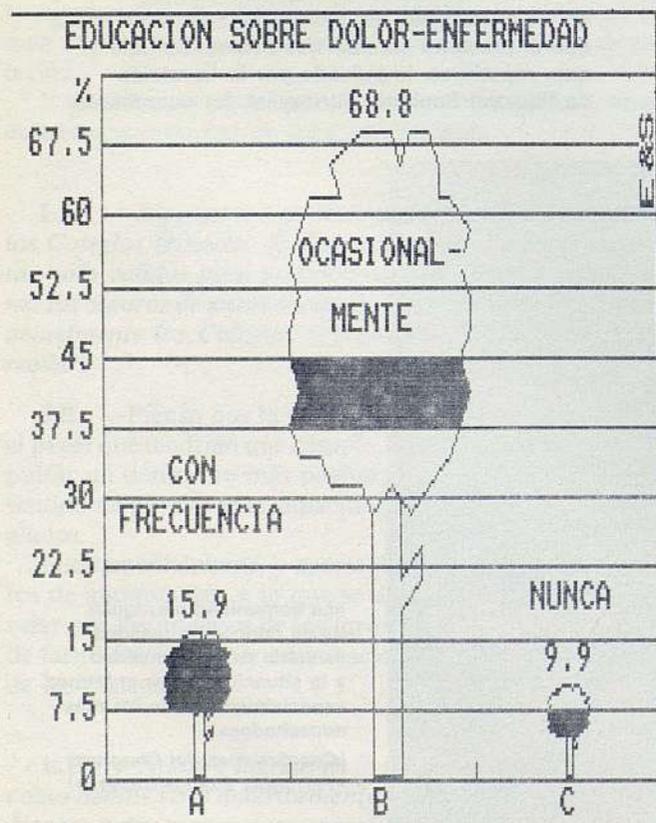


Gráfico 2



Francisco Azcona San Martín, Director de la Oficina de Estadística y Sociología de la Conferencia Episcopal Española.

Y a continuación de ello, publicamos las *Conclusiones* a las que el subsector de Pastoral Sanitaria ha llegado en el recientemente celebrado Congreso Nacional sobre la *Parroquia Evangelizadora*.

Creemos que ambos documentos suponen un magnífico material para quienes nos movemos en este campo.

LABOR HOSPITALARIA así lo estima y por eso no ha dudado en ofrecérselo a sus lectores.

Los expertos en pastoral sanitaria señalan que se da un resurgir de la pastoral de enfermos en las parroquias. La institución parroquial sigue cumpliendo hoy un papel importante en este quehacer.

La Comisión de Pastoral Sanitaria Parroquial elaboró un cuestionario con el fin de conocer la realidad actual de la pastoral de enfermos en las parroquias y poder, sobre esa base, elaborar las orientaciones y programar las acciones para responder a las necesidades reales de esta pastoral. Las encuestas cumplimentadas recibidas son la base de este informe.

Sensibilización de las parroquias en la pastoral sanitaria

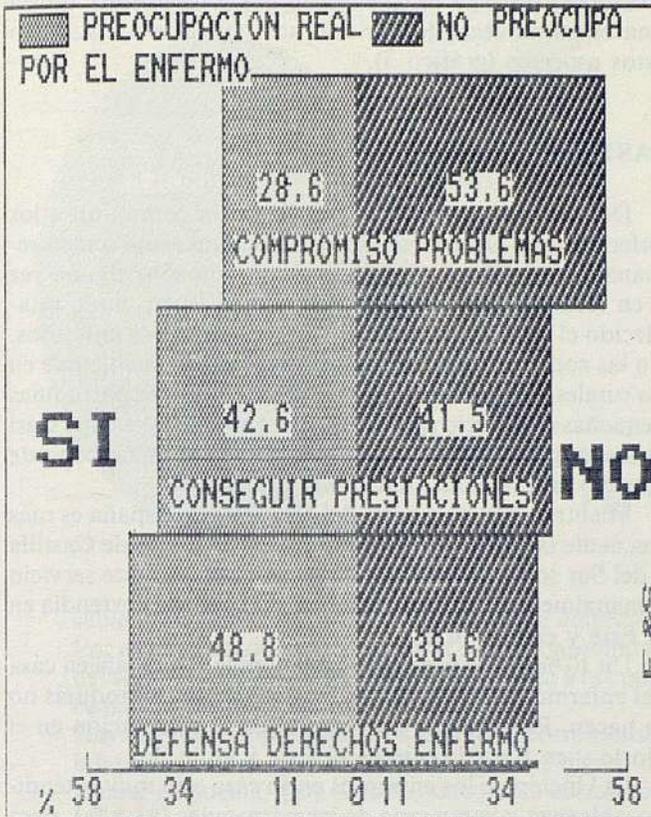
Se da una sensibilización general, de cara a la atención a los enfermos. La mayor parte de las parroquias se enteran habitualmente de los enfermos, se les visita incluso. Esto no quiere decir una visita a todos los enfermos, sino que, habitualmente, se visita a los enfermos, está organizado el servicio. Hay conciencia y voluntad de visitarlos (gráfico 1).

Solamente el 1,1 % de las parroquias dicen no visitar a los enfermos; son especialmente parroquias urbanas que no se enteran de la existencia de los mismos. Se trata de un elemento pastoral importante y tradicional.

La visita domiciliaria es muy importante y la única que se realiza en una tercera parte de las parroquias, mientras que 2/3 partes lo hacen conjuntamente en casa y en el hospital. La visita a los enfermos de la parroquia, únicamente en sus casas, es, significativamente más alta, en las parroquias rurales, en aquellas que o no se enteran de los enfermos o lo hacen por medio de familiares, en aquellas que visitan a los enfermos solamente los sacerdotes o solamente los visitantes y en aquellas que no difunden el testimonio evangélico de los enfermos en la parroquia. Sin embargo, la visita a los enfermos, tanto en casa como en el hospital, es más frecuente en las parroquias urbanas, de 5 a 10.000 habitantes, y en aquellas en las que se realiza esta visita por el sacerdote y los visitantes.

Menos frecuente que la visita a los enfermos es la educación a la comunidad parroquial, mediante catequesis

Gráfico 3



y otros medios, sobre la realidad del dolor y la enfermedad en la vida humana (gráfico 2). Ésta se realiza sólo ocasionalmente. El dolor y la enfermedad es algo que escandaliza al hombre, por sí mismo, hace falta una educación religiosa para ver su sentido. Es una prueba que el hombre tiene que pasar para encontrar a Dios Padre. Sin embargo, en la gran mayoría de las parroquias (68,8 %) sólo se lleva a cabo esa educación ocasionalmente. El 10 % de las parroquias no lo hacen nunca. Este porcentaje se eleva al 36,1 % en aquellas parroquias que no se enteran de la existencia de los enfermos. Esa educación es más frecuente en las parroquias de Castilla, del Sur y del Noroeste y menos en las de Navarra, País Vasco y Aragón a excepción de Teruel; también en las de la zona Este: Levante y Cataluña.

Una tercera parte dice que existen barreras arquitectónicas que dificultan el acceso de los enfermos a la iglesia y a las dependencias de la parroquia. De ellas, la mitad afirma que no se ha hecho nada para eliminar esas barreras, mientras que la otra mitad dice que se está tratando de eliminarlas. Tienen conciencia de que existen pero no se hace nada por eliminarlas, con porcentajes significativamente más altos, en la zona Norte y Sur; mientras que en el Noroeste y en el Este estos porcentajes son menores. Tratan de eliminar esas barreras con más intensidad en el Este y con menos intensidad que la media nacional en Andalucía, Castillas, Norte y Noroeste de España.

Para el 59,2 % de las parroquias españolas no existen barreras arquitectónicas que dificulten el acceso de los

enfermos a la iglesia y a las dependencias de la parroquia. Al menos ésa es la impresión de quienes respondieron a la encuesta. Hay menos barreras, o menos conciencia de que existen, en las parroquias pequeñas y en la zona del Noroeste español (piensan que no existen el 79,8 de las parroquias de esta zona). Mientras que en la zona Este son muchas menos las parroquias que, proporcionalmente, dicen que no existen tales barreras.

Resumiendo este apartado:

1. Se observa una sensibilización generalizada al respecto a la visita tradicional a los enfermos; convendría revisar la manera como se realiza esa visita, ya que es muy frecuente y puede ser un instrumento de pastoral importante.
2. Parece que hay que dar más importancia a la educación a la comunidad parroquial sobre la realidad del dolor y la enfermedad en la vida humana.
3. También conviene insistir en tratar de eliminar las barreras arquitectónicas que dificultan el acceso de los enfermos a la iglesia y dependencias de la parroquia y en concienciar sobre su existencia.

Rasgos o características de la pastoral sanitaria en las parroquias

CONCRECIÓN DEL COMPROMISO

Casi en la mitad de las parroquias hay una preocupación real por la defensa de los derechos del enfermo (48,8 %). Esta preocupación parece ser mayor en las parroquias entre 1.000 y 10.000 habitantes, en las que visitan a los enfermos los sacerdotes y los visitadores y en las que se valora y difunde el testimonio evangélico de los enfermos. Esta preocupación parece ser mayor en la zona Este de España (56,4 %) y menos en la Noroeste (39,5 %).

Algo más de la tercera parte de las parroquias dicen que en ellas no se da una preocupación real por la defensa de los derechos del enfermo (38,6 %). Esta falta de preocupación parece alcanzar a un número excesivo de parroquias, por lo que éste puede ser uno de los objetivos pastorales.

Dos de cada cinco parroquias dicen que se intenta canalizar los problemas socio-sanitarios de los enfermos, a fin de conseguir las prestaciones que proceden. Un número similar de parroquias dicen que no realizan tales intentos. El resto no sabe o no contesta.

Todavía es menor la proporción de parroquias comprometidas en la solución de los problemas sanitarios de su territorio. Las que así lo manifiestan alcanzan el 32,1 %, mientras que el 47,2 % de ellas dicen que no tienen este tipo de compromisos. El compromiso a este nivel es mayor en las parroquias del Norte que en las del Este y Sur.

Vemos que la sensibilización general sobre la defensa de

Gráfico 4

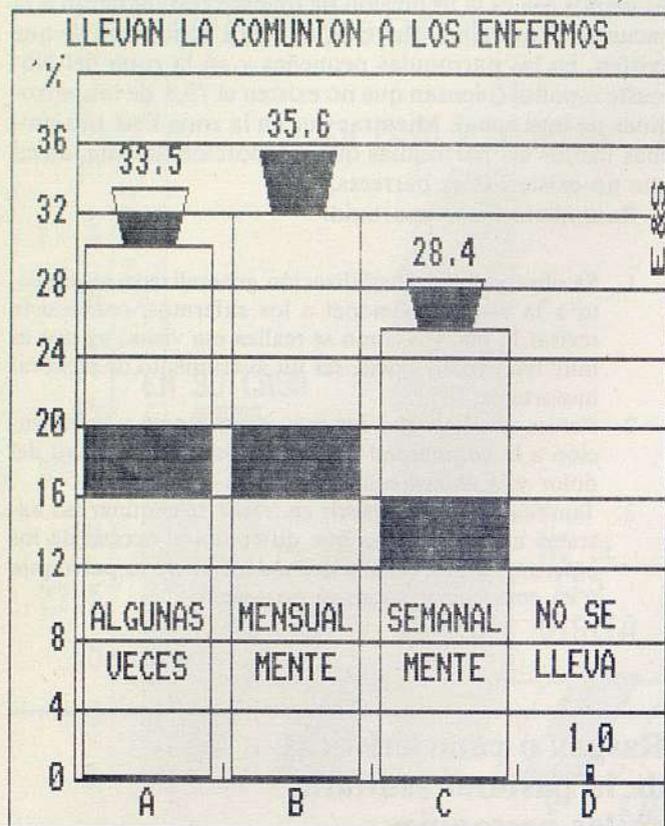
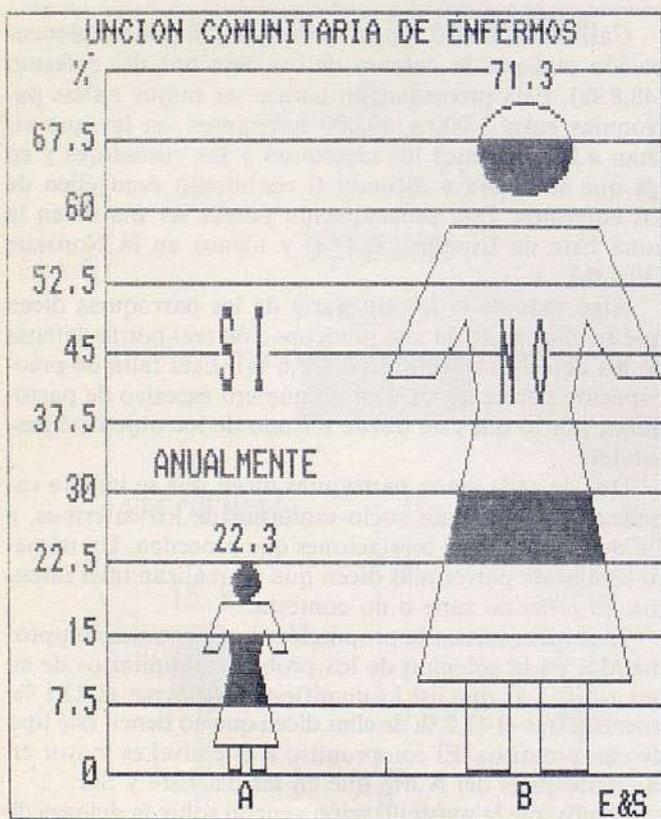


Gráfico 5



los derechos del enfermo no es muy grande y desciende cuando se trata de la concreción del compromiso. Quizá una buena política de Pastoral nos obligaría a insistir en estos aspectos (gráfico 3).

PASTORAL SACRAMENTAL

Dos de cada tres parroquias llevan la comunión a los enfermos con alguna regularidad: bien mensual o bien semanalmente. El resto llevan la comunión sólo alguna vez o en fechas especiales. Las parroquias tienen, pues, establecido el servicio para llevar la comunión a los enfermos. En las zonas urbanas este servicio es más frecuente que en las rurales, también tienen más enfermos. En las parroquias pequeñas el servicio de comunión es menos frecuente. Casi todas las parroquias cumplen, de alguna manera, con este servicio sacramental tradicional (gráfico 4).

Mientras que en la zona del Noroeste de España es más frecuente la comunión esporádica, en las zonas de Castilla y del Sur son más las parroquias que realizan este servicio semanalmente. La frecuencia mensual está más extendida en el Este y en el Norte.

Un 10% de las parroquias celebran la Eucaristía en casa del enfermo, mientras que la mayoría de las parroquias no lo hacen. Parece estar más extendida la celebración en el Norte y en Castilla que en el Este y en el Sur.

La Unción de los enfermos en su casa está muy extendida y alcanza a la mayoría de las parroquias (92,8%), pero de todos ellos, casi la mitad solamente la administran in extremis.

La celebración comunitaria de la Unción de los enfermos va ganando terreno, pero todavía no alcanza a la mitad de las parroquias (gráfico 5). La preparación de esta celebración se realiza en una cuarta parte de las parroquias. De ellas, la mitad solamente preparan a los que reciben la Unción y la otra mitad a toda la comunidad.

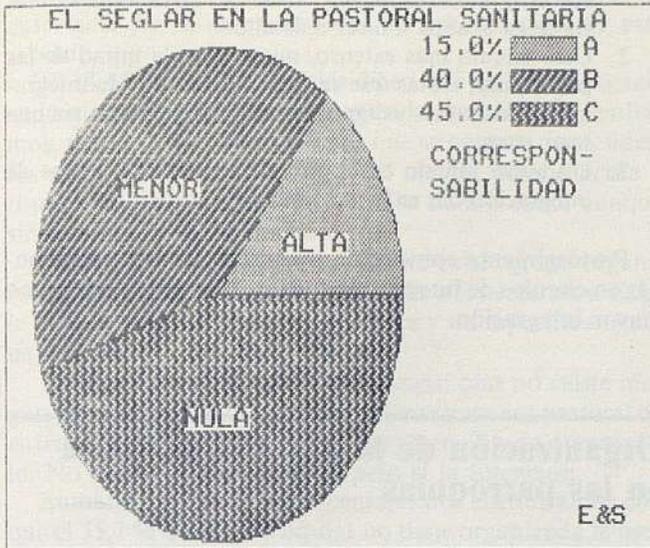
Vemos, pues, que casi todas las parroquias llevan la comunión a los enfermos y dan la Unción en su casa. Otros aspectos sacramentales que significarían una pastoral más desarrollada, como las celebraciones comunitarias de la Unción, la educación de la comunidad en el dolor y las preparaciones de las celebraciones comunitarias, son escasas. Esto nos está indicando por dónde debemos seguir en la pastoral: sin dejar lo tradicional, conviene insistir en estos otros elementos.

RESPONSABILIDAD DEL SEGLAR

Teniendo en cuenta la presencia de los seglares en los diversos aspectos de la pastoral sanitaria, podemos establecer varios tipos de parroquias:

- El 15% de las parroquias dan una acogida fuerte al seglar en la Pastoral de Enfermos. Así en el 15% de las parroquias se enteran habitualmente de la existencia de enfermos por medio de visitantes; en el 15% de las parroquias lleva la comunión un ministro extraordinario; en el 14,5% de las parroquias un seglar es respon-

Gráfico 6



sable y animador del grupo de pastoral de enfermos. Por estos indicadores vemos que la corresponsabilidad del seglar, en un grado bastante alto, alcanza a ese porcentaje de las parroquias españolas.

- Hay otro tipo de parroquias en las que la corresponsabilidad es menor, pero alcanza unos niveles dignos de tenerse en cuenta. Este segundo círculo de corresponsabilidad alcanzaría en torno al 35 o 40 % de las parroquias. Así, el 4,7 % de las parroquias se entera habitualmente de los enfermos por medio de la familia. En el 42 % de las parroquias visitan a los enfermos tanto los sacerdotes como los visitantes o conjuntamente. En el 38 % de las parroquias existe algún grupo organizado por la parroquia específicamente para la atención parroquial de los enfermos. Se ve, pues, otro tipo de corresponsabilidad menor que abarca a un círculo mayor de parroquias.
- En el resto de las parroquias el sacerdote realiza prácticamente todas sus labores. El papel del sacerdote es importantísimo en esta pastoral de enfermos, ya que el 96 % de las parroquias visita a los enfermos, en el 83 % lleva la comunión a los enfermos él personalmente (gráfico 6).

Por regiones, las parroquias con mayor participación de laicos son más frecuentes en el Sur y en el Este. Con menos participación los laicos en el Norte, Noroeste y en Castilla.

DIMENSIÓN COMUNITARIA

Parece que la dimensión comunitaria de la pastoral de enfermos está más desarrollada en un número de parroquias que no sobrepasa la cuarta parte. Más bien, podríamos decir que se sitúa entre el 13 y el 23 %. Así, en el 23 % de las parroquias se celebra, al menos una vez al año, la Unción de los enfermos de manera comunitaria. Esta Unción comunitaria se administra a los enfermos y ancianos limita-

dos y, en algunos casos (12,6 %), sólo a los enfermos. Pero la preparación de esa celebración de la Unción comunitaria sólo se realiza, con catequesis para todos los que lo van a recibir y para toda la comunidad, en el 13 % de las parroquias. Asimismo, solamente en el 15,9 % de las parroquias se educa con frecuencia a la comunidad parroquial sobre el dolor y la enfermedad.

Esa dimensión comunitaria parece alcanzar a menos parroquias en la zona del Noroeste, Sur, Norte y Castilla. Por el contrario, alcanza mayor número de parroquias en la zona de Cataluña y Levante.

INTEGRACIÓN DEL ENFERMO

Queremos saber en este apartado si las comunidades parroquiales integran al enfermo como a un miembro activo de ellas, personalizándolo, o, por el contrario, tratan al enfermo como si fuese una cosa, algo a lo que hay que atender, o como un objeto con el que hay que desarrollar una acción pastoral.

La primera impresión es que existen dos niveles de integración: hay un tipo de integración que supera abundantemente la mitad de las parroquias: se cuenta con el enfermo, se difunde su testimonio, se le informa, se le tiene presente en la oración de la comunidad y se le pide que rece por intenciones concretas. Este ya es un grado de integración en la vida comunitaria. Se le valora, se le tiene en cuenta y al mismo tiempo se solicita su colaboración con la propia comunidad.

Hay otro tipo de integración en la vida parroquial a través de grupos organizados. Este tipo de integración del enfermo llega a muchas menos parroquias. Se sitúa en torno al 16,8 % de las mismas. Son las que tienen enfermos en grupos de pastoral sanitaria o en otros grupos de la parroquia, integrándolos como miembros activos en organizaciones permanentes.

Esta integración del enfermo en grupos organizados es mayor en las parroquias urbanas (25 %); en las parroquias grandes, de 5 a 10.000 habitantes (oscila entre el 21 % y el 29 % de las parroquias); en aquellas que tienen visitantes de enfermos (27-29 %), en las zonas de Castilla (20 %) y de Cataluña y Levante (22 %). Es menor en el Sur de España (13 %) y, sobre todo, en la zona del Noroeste (4 % de las parroquias).

En cuanto a la integración del enfermo en la vida parroquial, descubrimos una relación intensa entre esos factores:

1. Aquellas parroquias en las que se recoge, valora y difunde el testimonio evangelizador de los enfermos son, al mismo tiempo, las que manifiestan una preocupación real por la defensa de los derechos del enfermo, intentan canalizar sus problemas socio-sanitarios a fin de conseguir las prestaciones que procedan, están comprometidas en las soluciones de los problemas sanitarios de su territorio, se les informa de las actividades de la parroquia, se les tiene habitualmente presentes en la oración de la comunidad, se les pide que recen por intenciones concretas; sus enfermos están más integra-

dos en los grupos de pastoral sanitaria o en otros grupos de la parroquia, existen más grupos organizados por la parroquia específicamente para la atención pastoral de los enfermos; al mismo tiempo, son las parroquias que tienen organizados grupos de contacto o reuniones con miembros de otros sectores pastorales. Al asociarse todos estos factores, podemos concluir que esas parroquias tienen conjuntamente todas esas características.

2. Vemos también asociados todos estos factores: las parroquias que no recogen, ni valoran, ni difunden el testimonio evangélico de los enfermos son, al mismo tiempo, las que no celebran comunitariamente la Unción de los enfermos de la parroquia y, si la celebran, no la preparan; no educan a la comunidad parroquial mediante catequesis y otros medios sobre la realidad del dolor y la enfermedad en la vida humana; son las parroquias que no muestran una preocupación real por la defensa de los derechos del enfermo; que no intentan canalizar sus problemas socio-sanitarios a fin de conseguir las prestaciones que procedan; que no están comprometidas en la solución de los problemas sanitarios de su territorio; son las parroquias en las que no se informa de las actividades de la parroquia a los enfermos, que no se les tiene habitualmente presentes en la oración de la comunidad, que no se les pide que recen por intenciones concretas; que no tienen enfermos integrados en grupos de pastoral sanitaria o en otros grupos de la parroquia; tampoco tienen organizados grupos para la atención pastoral de los enfermos, ni tienen grupos de contacto o reuniones con miembros de otros sectores pastorales. Serían los signos de una pastoral más bien descuidada o que únicamente alcanza a los elementos tradicionales y meramente sacramentales o de visita a los enfermos.

En conclusión, haciendo una tipología desde este punto de vista de la integración del enfermo en la parroquia, señalo tres tipos:

1. Parroquias, en torno al 15 % de las mismas, en las que esa integración es mayor, en las que la pastoral sanitaria llega a unos límites más altos.
2. Otro círculo más extenso, que supera la mitad de las parroquias, en las que se dan unos grados de integración interesantes y dignos de tenerse en cuenta, sin que sean altos.
3. Un tercer círculo en el que no se aprecian signos de integración del enfermo (gráfico 7).

Pastoralmente convendría que estas parroquias, situadas en círculos de integración menor, caminasen hacia una mayor integración.

Organización de la pastoral sanitaria en las parroquias

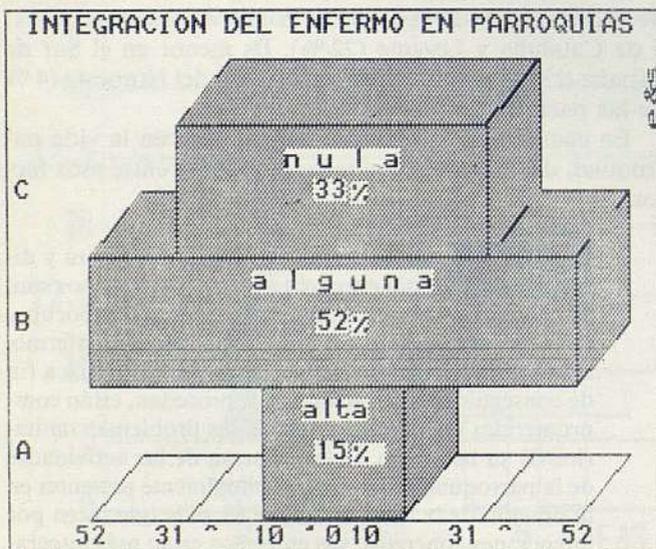
GRUPOS ORGANIZADOS DE PASTORAL DE ENFERMOS

En la encuesta preparada para el Congreso de Parroquia Evangelizadora, se hizo una pregunta similar a la que aquí se estudia. Las respuestas eran solamente sí o no. Según esta encuesta, el 37,6 % de las parroquias tienen algún grupo organizado específicamente para la atención pastoral de los enfermos. El 59,1 % de las mismas no tienen ningún grupo para esa atención pastoral de los enfermos. El 3,3 % de las parroquias no contestaban a esta pregunta. Así pues, una de cada tres parroquias cuenta con esos grupos organizados para la atención de enfermos, mientras que dos de cada tres no los tienen.

En nuestra encuesta, la pregunta contemplaba más posibilidades de respuestas, por lo que podemos tener más elementos de conocimiento. El 23 % de las parroquias dice que tienen ya, y que están en funcionamiento, esos grupos organizados por la propia parroquia específicamente para la atención pastoral de los enfermos. El 7,6 % de las parroquias dicen que han comenzado ya a organizarlos; están en la fase inicial. Además, existe un 7,2 % de las parroquias en las que no hay grupos específicamente parroquiales, pero algunos movimientos y asociaciones de iglesia se ocupan de ello, como la Fraternidad Cristiana de Enfermos y Minusválidos, la Legión de María, la Hospitalidad de Lourdes, la Conferencia de San Vicente de Paúl y otros. Sumando estas respuestas en las que se manifiesta la existencia de grupos, bien típicamente parroquiales o de otros movimientos que trabajan también en la parroquia, bien en pleno funcionamiento o comenzando su organización, contamos con el 37,8 % de las parroquias con ese servicio en marcha. Las respuestas a nuestra encuesta son sorprendentemente similares a las de la encuesta de Parroquia Evangelizadora. El dato podemos, pues, darlo por refrendado en el doble estudio y en la doble encuesta.

Por otra parte, el 23,4 % de las parroquias manifiestan que no tienen ningún grupo organizado en la parroquia específicamente para la atención pastoral de los enfermos y que, además, no hay personas que se ocupen de atender

Gráfico 7



a los enfermos en nombre de la misma. En esas parroquias no existe ningún elemento organizativo en la pastoral de enfermos. Es la carencia total de organización de este servicio.

El 14,4 % de las parroquias dicen que no tienen organizado ningún grupo específico para la atención a los enfermos, pero hay algunas personas que se ocupan de atenderlos en el nombre de la misma. Al menos, alguno actúa a título personal y alguna atención se lleva a cabo, aunque sin una organización estricta.

Para el 7,9 % de las parroquias no existe grupo organizado, pero Cáritas se ocupa de atender a los enfermos. Existe alguna atención, aunque genérica y no específicamente de enfermos, a través de Cáritas.

Para el 10 % de las parroquias españolas no existe ningún grupo organizado específicamente para esa pastoral de enfermos pero, al menos, se tiene intención de organizarlo. No existe la organización pero sí la intención.

Sumando todos estos porcentajes nos encontramos con que el 55,7 % de las parroquias no tiene organizada la pastoral de enfermos. A éstas hay que añadir parte de los que dicen que no saben contestar a esta respuesta, que suben el 6,5 % de las parroquias, ya que si lo tuvieran sabrían responder porque la pregunta es concreta. Sumando todo esto nos encontramos con una respuesta prácticamente idéntica en las dos investigaciones mencionadas.

Estos datos me sugieren, en primer lugar, que existe un movimiento hacia la organización de estos grupos: varias parroquias tienen intención de hacerla, otras están comenzando esa organización y aproximadamente una cuarta parte están ya satisfechas con el funcionamiento de esos grupos. Este elemento organizativo está entrando en las parroquias, el momento es bastante bueno y la mentalidad apropiada. Habrá que insistir en este aspecto, ya que esto, sin duda, influye en una pastoral sanitaria más estable y duradera.

En segundo lugar, se constata la existencia de dos extremos, numéricamente similares, en torno al 23 % de las parroquias cada uno. Uno es el de aquellas parroquias en las que no existe ningún grupo organizado, pero además no hay personas que se ocupen de atender a los enfermos. La atención es prácticamente rudimentaria o nula. El otro grupo es el de las parroquias en las que ya existen y funcionan ese grupo organizado específicamente para la pastoral de enfermos. ¿Quiénes son, en concreto, las parroquias en las que dominan esas características contrapuestas? ¿Qué factores se asocian con cada uno de ellos?

Existen ya y funcionan esos grupos parroquiales específicos, con más intensidad, en las parroquias urbanas (38 % de las mismas), en las parroquias grandes (37,42 %), en las que tienen enlaces (40,9 % de las mismas), en las que tienen visitantes (46 y 55 % de las mismas), en las de la zona Norte (28 %) y en las de Cataluña y Levante (27 % de las mismas tienen esos grupos).

Por otra parte, no se da ninguna atención al enfermo, ni en grupos ni individualmente, especialmente en las parroquias rurales y pequeñas (en torno al 40 % de las mismas), en las que sólo visita el sacerdote (41,6 % de éstas), en las que no se recogen ni valoran los testimonios de los enfermos (32,5 %), en las que no hay integración del

enfermo en la comunidad ni compromiso de ésta por solucionar sus problemas, en las de la zona del Noroeste (el 41 % de las parroquias de esta zona dicen que no se da ninguna atención a los enfermos, como no sea la tradicional de la visita del sacerdote).

Analizando el tercio largo de parroquias que tienen organizado el grupo de pastoral de enfermos, se comprueba que en casi la mitad de ellas (el 16,3 %) el responsable y animador del grupo es un sacerdote; en el 14,5 % de las parroquias el responsable y animador del grupo es un seglar y en el 6,8 % un religioso o religiosa. De nuevo nos encontramos con ese 15 % de parroquias en las que se observa una integración muy importante de seglares y otros miembros distintos del sacerdote.

La periodicidad de las reuniones del grupo nos muestran, de alguna manera, su vitalidad y su cohesión. Mientras que en el 11,8 % de las parroquias el grupo solamente se reúne ocasionalmente, lo que indica una organización muy elemental, en el resto la reunión de grupos está más organizada y tiene o bien una frecuencia mensual (para el 13,5 % de las parroquias) o quincenal (para el 6,6 % de las parroquias) o semanal (4,5 %).

El contenido de las reuniones de grupo nos muestra también su orientación y su diversidad de funcionamiento. Nos encontramos con que no hay una estructura dominante en estas reuniones. Más bien parecen vivir de una manera espontánea, sin coordinación general, cada uno según su propio saber y entender. Aquí cabría una labor importante de coordinación y de ayuda a estos grupos ya organizados, para vitalizarlos y ayudarlos. La Comisión Vocacional o Diocesana de Pastoral Sanitaria puede encontrar aquí un terreno muy apropiado para su acción con grupos ya organizados, con una estructura de funcionamiento muy variada, pero, al mismo tiempo, con una realidad y un dinamismo dignos de ser impulsados.

Para la mayor parte de las parroquias que tienen estos grupos, esto es, para el 16,8 % de las mismas, el contenido predominante de las reuniones de grupo es variado, posiblemente sin plan, sin una coordinación. Para el 8,5 % de las mismas, el contenido de esas reuniones es la revisión de actividades, para el 5,7 % de ellos es el intercambio de experiencias, para el 2,1 % de las parroquias es la formación y para el 1,2 % es la oración. Todavía existe un pequeño grupo de parroquias, el 0,6 %, en el que el contenido de esas reuniones es otro diverso.

RELACIÓN CON OTROS ORGANISMOS PARROQUIALES

El hecho de que el grupo de pastoral parroquial tenga relación con otros grupos parroquiales, quiere decir, en primer lugar, que existen también otros grupos en la parroquia y que, además, existe una coordinación o al menos un contacto y relación.

El grupo de pastoral de enfermos tiene un representante en el Consejo de Pastoral en el 24 % de las parroquias. Esto está indicando que la mayoría de las parroquias que tienen el grupo de pastoral de enfermos vivo y en funcionamiento está representado en el Consejo de Pastoral.

Es tenido, pues, muy en cuenta en esas parroquias y entra, diríamos, en el núcleo central de su organización de pastoral. Estos porcentajes son más altos en las parroquias urbanas (40,7 % de ellas), en las grandes (40-43 %), en las que tienen enlaces (41 %), en las que tienen visitantes (el 50 %), en las de Castilla, Norte y Este de España (en torno al 28-29 % de ellas tienen un representante del grupo de pastoral sanitaria en el Consejo de Pastoral). Esta presencia es menor en el Sur (19 %) y menor todavía en las parroquias del Noroeste (10 % de las mismas).

Es algo más elevado el porcentaje de parroquias en las que el grupo de enfermos tienen contactos con otros sectores pastorales, tales como catequesis, liturgia, caritas, etc. Alcanza el 28 % de las mismas. Recordando que el 37,6 % de las parroquias tienen grupos específicos, nos encontramos con que casi el 10 % de éstos no tienen contactos con otros sectores pastorales. Su causa puede ser: o porque no existen otros grupos parroquiales, o porque no existe una coordinación, o porque los grupos de enfermos tienen una vida centrada en sí mismos. Es un campo de acción pastoral que conviene atender.

Conclusión

Concluyendo todo lo expuesto, podemos distinguir cuatro tipos de parroquias respecto a la Pastoral Sanitaria:

Gráfico 8



- Un tipo de parroquias en la que esta pastoral es viva, dinámica y hasta misionera. Alcanza aproximadamente el 15 o 20 % de las parroquias españolas.
- Otro tipo de parroquia en las que se dan signos de vitalidad respecto a la pastoral sanitaria. Son parroquias que están caminando, que luchan por encontrar su sitio y organizar la pastoral sanitaria. Las calificaríamos de intermedias dentro de la vitalidad pastoral. Este tipo de parroquias alcanza, aproximadamente, al 30 o 35 % de las parroquias españolas, que, sumadas a las anteriores, darían un porcentaje en torno al 50 o 60 % de las mismas.
- Encontramos otras parroquias totalmente tradicionales en las que apenas se ven otros signos de vitalidad que los de siempre. Son parroquias en las que el dinamismo de la pastoral sanitaria no ha encajado todavía, que no se comprometen con la problemática del enfermo. Este tipo de parroquias alcanza el 35 o 40 % de las parroquias españolas.
- Finalmente, aquellas en las que no se da ninguna pastoral de enfermos. Éstos no cuentan para las parroquias. Son el 10 % de las mismas (gráfico 8).

Esta realidad es estimulante, ya que significa un avance importante en los últimos años, avance que conviene impulsar. Por otra parte, es un reto para los agentes de pastoral porque queda mucho terreno por caminar, muchas mentalidades que cambiar, muchas realizaciones por mejorar.

En esta investigación se han descubierto variaciones significativas, tanto desde el punto de vista geográfico como desde el punto de vista numérico de las parroquias. Se han descubierto dónde están principalmente los elementos vitalizadores, dinámicos y misioneros. Se han descubierto los sitios donde tienen menos entrada estos signos de vitalidad. Los agentes de pastoral sabrán dónde incidir, hacia dónde dirigir su acción y cuál debe ser ésta.

Esperamos que el esfuerzo de esta encuesta y su interpretación sea aprovechado para mejorar la pastoral sanitaria en las parroquias. Un avance en este sentido justificaría todos los esfuerzos.

Ficha técnica de la encuesta

- Unidad: la parroquia del territorio español (22.488 en total).
- Número de encuestas elaboradas: 2.072 parroquias.
- Distribución proporcional en 13 zonas geográficas.
- Distribución proporcional en macrodiócesis (Madrid y Barcelona), diócesis grandes, de tamaño medio con predominio industrial, de tamaño medio con predominio agrícola, pequeñas con predominio rural y diócesis muy pequeñas.
- Distribución proporcional según el número de habitantes por parroquia.
- Cumplimentación directa del cuestionario por parte de los encargados o de los Consejos Pastorales de las parroquias.

Anexo

LAS PARROQUIAS ENCUESTADAS

La elaboración estadística se realizó sobre 2.072 encuestas recibidas e introducidas en el ordenador. La unidad de este trabajo es la parroquia y no el número de habitantes de las mismas. Cada cuestionario corresponde a una parroquia, con independencia del número de sus habitantes. El número de parroquias supera en la actualidad las 22.000 en todo el territorio racional. La introducción de los datos en el ordenador y la elaboración estadística corrió a cargo del equipo de la Oficina de Estadística y Sociología de la Iglesia quien realizó, para los resultados globales de todas las parroquias españolas, 380 tablas de correlaciones, en números absolutos y en porcentajes, además de las correspondientes a cada una de las nueve zonas en que se dividió la geografía española.

Especificamos, a continuación, las características de las parroquias encuestadas:

Distribución geográfica

Las encuestas recibidas y elaboradas en el año 1987 proceden de toda la geografía española, distribuida de la siguiente forma:

Zonas geográficas	Parroquias encuestadas	Proporción en porcentajes
Zona Noroeste (Galicia, Oviedo y Santander)	264	12,74
Castilla-Duero (Ávila, Ciudad Rodrigo, Palencia, Salamanca y Valladolid)	213	10,28
Castilla-Centro (Albacete, Madrid, Sigüenza-Guadalajara)	185	8,93
Navarra y País Vasco (Pamplona, Tudela, Bilbao y San Sebastián)	216	10,42
Aragón, Soria y La Rioja (todas sus diócesis)	198	9,56
Levante (todas sus diócesis)	325	15,68
Cataluña (Barcelona, Lérida, Tarragona y Vic)	285	13,75
Canarias y Extremadura (todas las diócesis)	119	5,74
Andalucía (Almería, Cádiz, Ceuta, Granada, Huelva, Jaén, Málaga y Sevilla)	267	12,88
TOTAL	2.072	100

Tipos de diócesis tenidas en cuenta y distribución de las encuestas

Previamente, distribuímos las diócesis españolas en cinco tipos teniendo en cuenta el tamaño de su población y las características socio-económicas. La clasificación de encuestas fue:

Tipos de diócesis	Parroquias encuestadas	Proporción en porcentajes
Macrodiócesis: Barcelona y Madrid. Diócesis grandes: Bilbao, Málaga, Oviedo, Sevilla, Valencia y Zaragoza	315	15,2
Tamaño medio con predominio industrial: Almería, Cádiz, Canarias, Murcia, Córdoba, Gerona, Granada, Huelva, Jerez, Mallorca, Alicante, Pamplona, San Sebastián, Santander, Santiago, Tarragona, Tenerife, Tuy y Valladolid. Tamaño medio con predominio agrícola: Astorga, Badajoz, Lérida, Mondoñedo, Orense, Segorbe y Jaén	269	13,0
Rurales: Albacete, Ávila, Burgos, Logroño, Cáceres, Cuenca, Lugo, Palencia, Plasencia, Salamanca, Segovia, Sigüenza, Tortosa, Vic y Zamora	820	39,6
Pequeñas diócesis: Barbastro, Ciudad Rodrigo, Guadix-Baza, Huesca, Ibiza, Jaca, Menorca, Osma-Soria, Solsona, Tarazona, Teruel y Urgell	187	8,7
TOTAL	370	17,9
TOTAL	2.072	100

Lo rural y lo urbano

Sabemos que el tipo de parroquia, urbana o rural, condiciona mucho toda su acción pastoral. Por eso, un elemento a tener en cuenta es esta característica. La proporción de encuestas en ambos tipos es equilibrada, aunque la proporción de parroquias urbanas es superior a la existente en la realidad. Las parroquias con 500 habitantes o menos, que en la realidad significan la mitad de las existentes en España, no tienen en este estudio ese peso específico, sino que se ha rebajado a una cuarta parte, lo que es normal, ya que en la mitad de las parroquias pequeñas no existe párroco residente y es uno quien debe atender a varias de ellas.

De parroquias urbanas son el 45,8 % de las encuestas elaboradas; de parroquias rurales el 51,9 %. La proporción es similar a la muestra realizada este año 1988 para el estudio de la Parroquia Evangelizadora, con la diferencia de que en este estudio sobre la dimensión evangelizadora de la parroquia se ha tenido en cuenta un ítem más: parroquias semi-rurales. La proporción de parroquias urbanas y rurales es idéntica si el 7 % de las parroquias semi-rurales se han clasificado como parroquias urbanas en nuestro estudio sobre la Pastoral Sanitaria.

Número de habitantes de las parroquias

En este estudio no solamente hay respuestas de parroquias de todos los tamaños, sino que la proporción obteni-

da en nuestro estudio actual es idéntica a la obtenida en el de Parroquia Evangelizadora. En ambos estudios, como decíamos, se ha reducido a la mitad la proporción de parroquias muy pequeñas, por la falta de párroco residente. No obstante, su presencia supera ligeramente la cuarta parte de las encuestas tenidas en cuenta.

Habitantes de las parroquias	Encuestas Pastoral Sanitaria	Encuestas Pastoral Evangelizadora
	En %	En %
Menos de 500 habitantes	16,7	15,0
De 500 a 1.000	13,5	11,3
De 1.000 a 5.000	31,8	33,8
De 5.000 a 10.000.	23,7	23,7
Más de 10.000.	13,4	15,8
No sabe, no contesta.	0,9	0,4
TOTAL	100	100

Representatividad de los datos

A pesar de que la encuesta no se distribuyó con criterio científico de muestra, los resultados tienen un valor suficiente para el objetivo propuesto. Teniendo en cuenta el alto número de respuestas, 2.072 encuestas elaboradas, que duplica las que habitualmente se hacen en toda España para universos más amplios, teniendo en cuenta la variedad de características de las parroquias que han respondido en pro-

porción equilibrada, tanto desde el punto de vista geográfico como numérico, podemos acercarnos a los datos globales españoles con una confianza suficiente que no superará el error del 2,50 o 3 %. Los resultados obtenidos de esta manera, con estas características, difícilmente se diferenciarán en más o menos 2,5 o 3 % de cualquier otra muestra elaborada con unos criterios estrictamente científicos.

Esta afirmación se ve probada en la pregunta 9: ¿Quién visita normalmente a los enfermos en nombre de la parroquia? En el estudio de Parroquia Evangelizadora se propuso una cuestión idéntica, aunque con alguna variación en los ítems. Las respuestas obtenidas son prácticamente idénticas: visitan a los enfermos el sacerdote y los visitantes conjuntamente el 42,6 % según la encuesta de Parroquia Evangelizadora y el 42,9 % según esta encuesta de Pastoral Sanitaria. Esas visitas las realizan únicamente los visitantes para el 5,4 % de las parroquias encuestadas para el estudio de Parroquia Evangelizadora, y el 3,2 % para esta encuesta. Se sitúan, en ambos estudios, en torno a la mitad de las parroquias en las que esas visitas las realiza únicamente el sacerdote.

Los resultados en otras dos preguntas repetidas en ambos estudios son también similares. Esto nos está demostrando que, a pesar de no haberse realizado conforme a una muestra científica previa, este estudio de Pastoral Sanitaria, por las características descritas, ofrece unos datos válidos y fiables para aplicarlos a la totalidad de las parroquias españolas.

LH

6.2 CONGRESO PARROQUIA EVANGELIZADORA SUBSECTOR DE PASTORAL SANITARIA

Conclusiones

Los congresistas del *subsector de pastoral sanitaria* ofrecemos la síntesis de nuestro trabajo y las conclusiones aprobadas por unanimidad.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA PASTORAL DE ENFERMOS EN LAS PARROQUIAS

Al analizar la situación actual de la pastoral de enfermos en las parroquias, hemos constatado una serie de la-

gunas importantes junto a logros que nos hacen ver el futuro de esta pastoral con esperanza.

1. Existe en algunas parroquias una falta de sensibilidad hacia esta pastoral de enfermos.
2. Una gran parte de nuestras comunidades parroquiales desarrollan todavía hoy una pastoral de enfermos sacramentalista, centrada y reducida a visitar al enfermo, llevarle los sacramentos de la confesión y comunión y a ayudarle a morir con los últimos auxilios.
3. La Pastoral de enfermos parroquial sigue estando «clericalizada», si bien va aumentando poco a poco el nú-

da en nuestro estudio actual es idéntica a la obtenida en el de Parroquia Evangelizadora. En ambos estudios, como decíamos, se ha reducido a la mitad la proporción de parroquias muy pequeñas, por la falta de párroco residente. No obstante, su presencia supera ligeramente la cuarta parte de las encuestas tenidas en cuenta.

Habitantes de las parroquias	Encuestas Pastoral Sanitaria	Encuestas Pastoral Evangelizadora
	En %	En %
Menos de 500 habitantes	16,7	15,0
De 500 a 1.000	13,5	11,3
De 1.000 a 5.000	31,8	33,8
De 5.000 a 10.000.	23,7	23,7
Más de 10.000.	13,4	15,8
No sabe, no contesta.	0,9	0,4
TOTAL	100	100

Representatividad de los datos

A pesar de que la encuesta no se distribuyó con criterio científico de muestra, los resultados tienen un valor suficiente para el objetivo propuesto. Teniendo en cuenta el alto número de respuestas, 2.072 encuestas elaboradas, que duplica las que habitualmente se hacen en toda España para universos más amplios, teniendo en cuenta la variedad de características de las parroquias que han respondido en pro-

porción equilibrada, tanto desde el punto de vista geográfico como numérico, podemos acercarnos a los datos globales españoles con una confianza suficiente que no superará el error del 2,50 o 3 %. Los resultados obtenidos de esta manera, con estas características, difícilmente se diferenciarán en más o menos 2,5 o 3 % de cualquier otra muestra elaborada con unos criterios estrictamente científicos.

Esta afirmación se ve probada en la pregunta 9: ¿Quién visita normalmente a los enfermos en nombre de la parroquia? En el estudio de Parroquia Evangelizadora se propuso una cuestión idéntica, aunque con alguna variación en los ítems. Las respuestas obtenidas son prácticamente idénticas: visitan a los enfermos el sacerdote y los visitantes conjuntamente el 42,6 % según la encuesta de Parroquia Evangelizadora y el 42,9 % según esta encuesta de Pastoral Sanitaria. Esas visitas las realizan únicamente los visitantes para el 5,4 % de las parroquias encuestadas para el estudio de Parroquia Evangelizadora, y el 3,2 % para esta encuesta. Se sitúan, en ambos estudios, en torno a la mitad de las parroquias en las que esas visitas las realiza únicamente el sacerdote.

Los resultados en otras dos preguntas repetidas en ambos estudios son también similares. Esto nos está demostrando que, a pesar de no haberse realizado conforme a una muestra científica previa, este estudio de Pastoral Sanitaria, por las características descritas, ofrece unos datos válidos y fiables para aplicarlos a la totalidad de las parroquias españolas.

LH

6.2 CONGRESO PARROQUIA EVANGELIZADORA SUBSECTOR DE PASTORAL SANITARIA

Conclusiones

Los congresistas del *subsector de pastoral sanitaria* ofrecemos la síntesis de nuestro trabajo y las conclusiones aprobadas por unanimidad.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA PASTORAL DE ENFERMOS EN LAS PARROQUIAS

Al analizar la situación actual de la pastoral de enfermos en las parroquias, hemos constatado una serie de la-

gunas importantes junto a logros que nos hacen ver el futuro de esta pastoral con esperanza.

1. Existe en algunas parroquias una falta de sensibilidad hacia esta pastoral de enfermos.
2. Una gran parte de nuestras comunidades parroquiales desarrollan todavía hoy una pastoral de enfermos sacramentalista, centrada y reducida a visitar al enfermo, llevarle los sacramentos de la confesión y comunión y a ayudarle a morir con los últimos auxilios.
3. La Pastoral de enfermos parroquial sigue estando «clericalizada», si bien va aumentando poco a poco el nú-

mero de los laicos que se incorporan como agentes de esta pastoral.

4. Muchas de nuestras comunidades parroquiales siguen tratando a sus enfermos de forma paternalista, como destinatarios de sus cuidados y atenciones, pero siguen sin reconocerles el puesto central reservado a ellos por Jesús, el Señor, y sin integrarlos en ellas como miembros activos y plenos, como evangelizadores. Las barreras arquitectónicas de nuestras parroquias, y nuestra ceguera para darnos cuenta de ellas, siguen impidiendo el fácil acceso a los enfermos y minusválidos a las celebraciones y encuentros.
5. Las comunidades cristianas no han asumido su misión de educar para vivir con sentido la salud, la enfermedad, el sufrimiento, el deterioro físico y la muerte.
6. Una gran parte de las parroquias desconocen los problemas y realidades sanitarias de la zona y la legislación sanitaria al respecto y, por ello, no se comprometen en las tareas de promover la salud, prevenir la enfermedad y mejorar la asistencia sanitaria.
7. Las parroquias descuidan en ocasiones la atención a los enfermos más necesitados y desasistidos y a sus familias: ancianos enfermos, crónicos, terminales, mentales, minusválidos, alcohólicos, SIDA, etc.
8. Existe también un grupo de parroquias que, reconociendo la dimensión profundamente humana y evangélica de esta pastoral, cuidan con esmero la visita a todos los enfermos, incluidos los alejados, celebran la unción comunitaria, promueven la creación de grupos y les ofrecen medios para formarse, se preocupan de los enfermos más necesitados y de sus familias, se insertan en los problemas sanitarios del barrio y tratan de integrar a los enfermos en la sociedad y en la comunidad cristiana como miembros plenos.

APORTACIONES DE LA COMUNIDAD PARROQUIAL AL ENFERMO Y SUS FAMILIARES

La comunidad parroquial evangeliza a los enfermos y sus familiares, aceptándoles y respetándoles como son y no tratándoles con falsa e inútil compasión sino como personas responsables y maduras, cuidándoles y asistiéndoles con solicitud, interesándose vivamente por sus problemas, acompañándoles en su soledad, luchando por sus derechos, orando por ellos, y ayudándoles a vivir su situación en la fe con la Palabra, los sacramentos y el servicio desinteresado.

Una comunidad parroquial que evangeliza de este modo a los enfermos y sus familiares se convierte en una comunidad evangelizadora en medio del mundo: pues su solidaridad con los enfermos es uno de los signos privilegiados que Cristo ha confiado a su Iglesia para manifestar la llegada del Reino; es un signo expresivo y elocuente en un mundo como el nuestro que olvida o margina a los enfermos; y es un signo que autentifica a la comunidad y hace presente el amor cristiano en nuestra sociedad crecientemente secularizada.



APORTACIONES DEL ENFERMO A LA COMUNIDAD PARROQUIAL

El enfermo es evangelizado por la comunidad pero, a su vez, él la evangeliza y enriquece desde su enfermedad.

1. El enfermo ayuda a la comunidad a ser realista en un mundo como el nuestro que vive de apariencias, porque ayuda a conocer mejor al ser humano con su fragilidad y limitación y con un caudal de energías muy considerable.
2. El enfermo es una llamada a vivir valores evangélicos olvidados en la vida y en la práctica; la gratuidad de la existencia, la pobreza total, el desinstalarse y andar ligeros de equipaje, la fuerza del amor, la entereza en la prueba...
3. El enfermo le enseña a relativizar valores y cosas que hoy se absolutizan y que están deshumanizando al ser humano: la eficacia a toda costa, la estima de las personas por lo que tienen y no por lo que son, el poder y el éxito...

4. El enfermo es un rostro concreto de pobre que le invita, desde su situación, a la solidaridad humana, al amor servicial y desinteresado y a la reivindicación de sus derechos.
5. El enfermo suscita interrogantes sobre el sentido de la vida, del sufrimiento, de la muerte... purifica la imagen que tiene de Dios y le muestra lo más original y llamativo del Dios cristiano: un Dios sufriente que comparte por amor hasta el fondo el dolor del hombre, y así lo salva. El enfermo es testigo del Misterio Pascual; del Cristo que surge vivo del fondo de la debilidad.
6. El enfermo, cuando vive con sentido su enfermedad, es un testigo vivo de que es posible luchar contra la enfermedad y asumirla con amor, mantener la paz serena e incluso la alegría y madurar humana y cristianamente.
7. El enfermo enseña a la comunidad cristiana su ser más auténtico (ser pobre y saberse débil y necesitado de salvación) y le descubre y concreta su misión y la forma de desempeñarla (por medio de los pequeños y de los pobres).

**ACTITUDES QUE HAY QUE POTENCIAR
PARA QUE LA PARROQUIA
PRESTE UN MEJOR SERVICIO
Y SE DEJE EVANGELIZAR POR LOS ENFERMOS
Y SUS FAMILIARES**

La comunidad parroquial, para dejarse evangelizar por los enfermos y sus familiares y prestarles un mejor servicio, ha de acercarse a ellos y acompañarles con un profundo respeto, con alegría y gozo, en actitud de pobreza y de servicio, con autenticidad y sin máscaras, de forma desinteresada y gratuita, con gestos más que con palabras, compartiendo sus esperas y la Esperanza, comunitariamente y no de forma individualista, y apoyándose en la oración y en la fuerza del Espíritu.

**ACCIONES A POTENCIAR
EN LA COMUNIDAD PARROQUIAL
PARA UN MEJOR SERVICIO A LOS ENFERMOS
Y SUS FAMILIARES**

Para lograr un mejor servicio a los enfermos y sus familiares la comunidad parroquial ha de potenciar las siguientes acciones:

1. Conocer la realidad sanitaria de la comunidad y la situación de los enfermos, especialmente la de los más necesitados.
2. Sensibilizar y mentalizar a todos los miembros de la comunidad sobre la pastoral de enfermos y su responsabilidad en la misma.
3. Educar a los niños, jóvenes y adultos para vivir con sentido la salud, la enfermedad, el sufrimiento, el deterioro, la muerte.
4. Trabajar para que la comunidad parroquial sea una comunidad sana y sanadora.

5. Conocer y descubrir a los enfermos, especialmente a los más necesitados y desasistidos, ayudarles y acompañarles en el proceso de su enfermedad.
6. Integrar a los enfermos en la comunidad como miembros activos y plenos, reconociendo su misión insustituible y su valiosa aportación y dejándose evangelizar por ellos.
7. Colaborar con otras instancias para integrarlos en la sociedad.
8. Renovar profundamente la pastoral de los sacramentos de los enfermos.
9. Organizar grupos de pastoral de enfermos, darlos a conocer y facilitarles la necesaria y adecuada formación.
10. Estar atenta a los problemas y dificultades de la familia del enfermo, que está en el hospital o en su casa, así como del que ha fallecido, y ofrecerle la ayuda y apoyo que necesita.

ESTRUCTURAS Y CAUCES A UTILIZAR

Para llevar a cabo su misión en este campo de la salud y los enfermos, la comunidad parroquial ha de:

1. Utilizar los cauces que ya existen: la predicación ordinaria, las reuniones de estudio y reflexión de los movimientos familiares, de enfermos y otros, los cursillos prematrimoniales, las celebraciones comunitarias con enfermos, la catequesis de niños y de jóvenes, la enseñanza religiosa en los colegios, las publicaciones de Iglesia, los programas de radio, etc.
2. Promover la relación y colaboración con los servicios de asistencia religiosa de los centros hospitalarios.
3. Coordinar sus acciones con los grupos de pastoral de enfermos del arciprestazgo o de la zona.
4. Relacionarse y colaborar con los organismos diocesanos de pastoral sanitaria.

CONCLUSIONES

A partir de la situación que hemos constatado y de las reflexiones realizadas, los congresistas del «subsector de pastoral sanitaria» hemos aprobado las conclusiones siguientes:

1. Que las *parroquias* y *demás comunidades* cristianas descubran y asuman su acción evangelizadora en el campo de la salud y de los enfermos.
2. Que se esfuercen por conocer la realidad sanitaria y la situación de los enfermos, especialmente la de los más necesitados y desasistidos.
3. Que asuman la tarea de educar a niños, jóvenes y adultos, sanos o enfermos, para vivir con sentido la salud, la enfermedad, el sufrimiento, el deterioro físico o psíquico y la muerte, utilizando para ello los cauces a su alcance: predicación, catequesis, enseñanza religiosa en los colegios, cursillos prematrimoniales, reuniones de matrimonios, celebraciones comunitarias con enfermos, publicaciones, programas de radio, etc.
4. Que sean comunidades sanas y fuentes de salud para

los enfermos, ofreciéndoles la Palabra de Dios que sana, haciéndoles experimentar que son aceptados y queridos como tales, y liberándoles de las consecuencias más dolorosas de la enfermedad, como son, el verse aislados, solos, inútiles y un estorbo para los demás.

Que sean también fuente de salud para los sanos, liberándoles de sus egoísmos y de los miedos a la enfermedad y a los enfermos, gracias al contacto con éstos.

Que sean, finalmente, fuente de salud para nuestro mundo difundiendo en él una mayor dosis de humanidad y enseñando a amar la vida que hemos recibido del amor de Dios.

5. Que sensibilicen y mentalicen a todos los miembros de la comunidad sobre su responsabilidad de promover la salud y de atender y cuidar a los enfermos.
6. Que cuiden con esmero la visita a los enfermos acercándose a ellos y acompañándoles en el proceso de su enfermedad con un profundo respeto, con alegría, en actitud de pobreza y de servicio, de forma desinteresada y gratuita, con gestos más que con palabras, compartiendo sus esperas y la Esperanza, y apoyándose en la oración y en la fuerza del Espíritu.
7. Que renueven profundamente la celebración de los sacramentos de los enfermos y, en especial, el de la Unción, promoviendo un cambio de mentalidad sobre el mismo, celebrándolo siempre en el momento oportuno y, de vez en cuando, comunitariamente.
8. Que integren a los enfermos en ellas como miembros activos y plenos, reconociendo y estimulando su presencia evangelizadora. Una comunidad no puede evangelizar sin contar con los enfermos. Sólo si tiene conciencia de esto, tratará de suprimir las barreras arquitectónicas y mentales que les impiden desempeñar su papel activo, y buscará los cauces adecuados para que participen activamente en la vida de la comunidad.
9. Que colaboren en integrar a los enfermos en la sociedad.
10. Que acojan y atiendan a los enfermos más necesitados y desasistidos de la comunidad: los ancianos enfermos, los crónicos, los terminales, los enfermos mentales, los enfermos alcohólicos y drogadictos, SIDA...
11. Que se preocupen de las familias de los enfermos, hos-

pitalizados o domiciliados, así como de las que han sufrido la pérdida de un ser querido, y les ofrezcan la ayuda y el apoyo que necesitan.

12. Que valoren, cuiden y coordinen a los miembros de la comunidad que atienden a los enfermos en nombre de la misma a fin de que no se sientan solos y aislados. Para ello han de:
 - Procurar que sean personas no sólo de buena voluntad sino con las cualidades que requiere el desempeño de una misión tan delicada.
 - Fomentar en ellos el sentido de Iglesia, es decir, que se sientan enviados por la comunidad que les confía la atención de «sus enfermos».
 - Facilitarles la formación que les ayude a madurar en la fe, a conocer el mundo del enfermo y a capacitarse para el desempeño de su misión.
 - Formar equipos o grupos de agentes de pastoral sanitaria para conocer a los enfermos, acercarse a ellos, servirlos, ayudarlos en la fe, sensibilizar a la parroquia y coordinar su acción con los enfermos.
13. Que incorporen a los profesionales sanitarios cristianos al trabajo pastoral en las parroquias para dar a conocer las realidades sanitarias y las posibilidades de actuación en beneficio de la salud y de los enfermos desde la comunidad parroquial.
14. Que celebren el *Día del Enfermo*, dando un protagonismo especial, tanto en su preparación como en la celebración, a los enfermos y a quienes los asisten.
15. Que las *Delegaciones Diocesanas de Pastoral Sanitaria* promuevan la relación y colaboración de los grupos de pastoral sanitaria del arciprestazgo y de la diócesis entre sí y con los Servicios de Asistencia Religiosa de los Hospitales y Residencias Asistidas, así como encuentros y jornadas de intercambio de experiencias y de formación.
16. Que la *Comisión Episcopal de Pastoral* ofrezca unas Orientaciones sobre la Pastoral Sanitaria en las Parroquias.
17. Que el *Departamento de Pastoral Sanitaria* de la Comisión Episcopal de Pastoral elabore materiales sencillos de formación para los agentes de pastoral sanitaria de las parroquias.

7. DIMENSIONES HUMANAS Y RELIGIOSAS DE LA ATENCIÓN A LOS ENFERMOS

Josep M. Rovira Belloso

Facultat de Teologia de Catalunya

Maria D. Fontanals de Herrera

Asistente Social

Este artículo nació alrededor de una taza de café, aunque fue engendrado antes. Desde hacía tiempo estaba sorprendido por una paradoja: la escasa importancia que los teólogos habían dedicado a los enfermos y la situación de privilegio que el mismo Jesús les había concedido. Me rondaba por la cabeza, por tanto, ese encuentro singular entre enfermedad y teología. Lo conseguí una tarde de agosto, en casa del doctor ROVIRA BELLOSO, al que yo admiraba por sus libros *Revelación de Dios, salvación del hombre* y *La Humanidad de Dios*; pero, sobre todo, porque siempre me había impresionado su valiente y honesta presencia teológica en los arduos retos de nuestra cultura. MARIA FONTANALS DE HERRERA, común amiga, hizo posible el encuentro y la conversación.

Allí, en el espacio «amueblado» por la personalidad inteligente y bondadosa del doctor ROVIRA BELLOSO, compartimos los tres los conceptos de «espacio y tiempo del enfermo» como *lugar humanizador*, creado y exigido por el Evangelio. Y, en la tarde gozosamente vivida, pudimos repescar la figura de Jesús, rodeado de afligidos, como imagen plástica del *deseable encuentro con el Dios de la Vida y de la Esperanza*.

Este artículo, pues, afecta más a la estructura y nos invita a una tarea apasionante: *Humanizar y dar Vida y Esperanza*. Nos desmarcamos, así, de ese cáncer que el doctor ROVIRA, en su último libro *Fe y cultura en nuestro tiempo*, denomina la «cultura del gran vacío».

Nuestro tema dibuja un arco bastante extenso que descansa sobre los pilares fundamentales: 1.º La *humanización* que el Evangelio crea y exige alrededor del enfermo. 2.º La *reflexión teológica* acerca del enfermo, de su enfermedad y de su deseable encuentro con el Dios de la Vida y de la Esperanza.

Dos figuras, o quizás mejor, dos escenas, simbolizan estos dos pilares: la primera escena, enormemente cotidiana, presenta al enfermo, en su centro hospitalario, rodeado de esa nube silenciosa constituida por el personal médico y asistencial y por los familiares; esta escena podría ser el símbolo de la humanización que debe acompañar al enfermo en sus dolencias; la segunda representa el encuentro de Jesús, que pasó haciendo el bien, con los enfermos. Esta figura del Mesías, rodeado de afligidos, es el símbolo de la teología del enfermo, concretada en el momento en que Jesús atiende y cura.

Es tan antigua la convicción teológica de que el encuentro de lo divino con lo humano produce —y exige— un aumento del nivel humanizador, que basta citar una vez más, y aplicarla a nuestro contexto, la famosa frase de san Ireneo: «La gloria de Dios consiste en que el hombre viva».

PRIMERA PARTE:

La humanización que rodea y debe rodear al enfermo

- La persona sana vive en un espacio y en un tiempo humanos. Quiere decir un espacio y un tiempo que tienen la posibilidad de ser moldeados por la persona que ha de *habitar* en ellos. Podríamos decir, metafóricamente, que cada persona, cada familia, *amuebla* su espacio y su tiempo, proyecta sobre ellos su personalidad.

El sano vive su espacio acogedor y agradable: pensemos en el *rincón de los niños*, o en el de los ancianos, donde cada cosa está en su lugar. Cuando uno enferma, estas coor-

denadas benévolas del espacio/tiempo parecen borrarse: la habitación estéril, llena de reflejos de luz artificial —la UCI— constituye un espacio ciertamente inmunizado, pero también privado de los objetos —y personas— que constituyen el entorno familiar habitual del hospitalizado, que no ha podido proyectar en la habitación del hospital ninguna de las características de su personalidad.

He nombrado la UCI, pero eso no quiere decir que los ingresados en ella sean los que más sientan la extrañeza de su propio hogar. A veces ocurre lo contrario: el ir y venir del personal asistencial, con la frecuencia e intensidad en los cuidados propia de esas unidades, *llena* de algún modo con una benévola atención el espacio y el tiempo del ingresado.

A veces —nunca es bueno generalizar— es el enfermo crónico, un poco alejado de los cuidados excepcionales que se espera den rendimiento, el que puede sentirse más abandonado; éste es el que —por haberse visto forzado a hacer del hospital su propio hogar— se ve más hundido en una espera sin demasiada esperanza.

Lo mismo podríamos decir de la otra magnitud: el tiempo. La *mañana* y la *tarde*; el *día* y la *noche* son la división más natural de la jornada. La luz artificial y la inactividad pueden producir en el enfermo una impresión de extrañeza como si el ritmo normal de las horas estuviera suspendido.

Decía un médico amigo, refiriéndose a un caso concreto, que sería beneficioso para el paciente advertirle con periodicidad constante del paso del tiempo, y de las cosas no conflictivas que van ocurriendo en el mundo exterior, con el fin de llevar el sosiego y la paz a su ánimo, tal vez en exceso des-ligado de puntos de referencia objetivos.

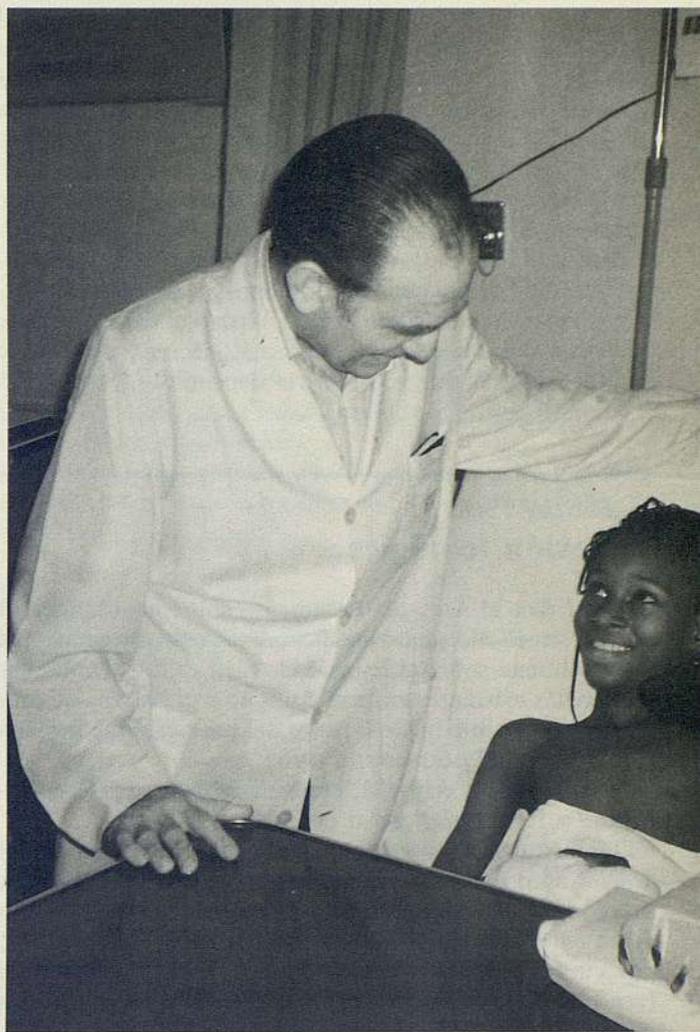
Estas y otras formas semejantes de actuar se podrían calificar como operaciones para humanizar el espacio/tiempo de los enfermos.

- Otro punto importante es la relación del enfermo con el personal encargado de devolverlo en la medida de lo posible a la salud (médicos, enfermeros, gerencia del establecimiento, etc.). Como no tenemos la pretensión de escribir un tratado sino de describir situaciones, a fin de poderlas comprender desde el punto de vista humano y teológico, no será vano apelar a experiencias y situaciones realmente vividas.

Antes, habría que puntualizar que el concepto de salud integral no se entiende tan sólo como carencia de enfermedad sino como un conjunto bio-psico-social positivo.

Dejado esto en claro, podemos comenzar por algo que muchos habrán entendido por experiencia propia: el enfermo en el centro hospitalario es, por definición, una persona poco firme (*in-firmus*), que no se vale con la soltura del sano (*des-valido*). Esta falta de firmeza, de seguridad, de confianza, no se suple con actitudes paternalistas. El enfermo ha de confiar en unas *personas* de *alto nivel de profesionalización*.

Caemos en la cuenta que los términos «personas de alto nivel de profesionalización» incluyen dos conceptos indisolublemente unidos que no los debe separar ni el enfermo ni el centro médico. En efecto, el elemento *personas* está indisolublemente unido al elemento «alta competencia pro-



fesional». El enfermo, y el centro en su conjunto, confían en ese nivel científico y profesional. Pero este alto nivel está incorporado a unas personas: seres humanos que, sin paternalismo, se acercan al enfermo y, en vez de mostrar una *superioridad que se aleja*, le acercan la atención personal, el lenguaje comprensible y toda la serie de medios e instrumentos técnicos y profesionales.

En este conjunto indestructible, de personas que se acercan y de medios puestos en acción, confía y se apoya el *paciente*, el *in-firmus*, el *des-valido*. Los enfermos desean competencia técnica y cercanía personal, inseparablemente unidas: desean personas en las que poder confiar, que estén *al lado y en apoyo de ellos; no por encima de ellos*.

Hay un motivo muy sencillo que refuerza la necesidad de este clima de confianza: se ha dicho muchas veces que la Medicina no es, en el sentido más ceñido de la expresión, una ciencia exacta, si bien —hoy día— dispone de instrumentos de análisis que hacen muy preciso el diagnóstico e, incluso, el pronóstico y el tratamiento.

Pero lo cierto es que, en Medicina, deben tomarse decisiones seriamente maduras, que son fruto de una reflexión y discernimiento: el médico toma sobre sí la respon-

sabilidad principal. En esta responsabilidad, y en la asunción del correspondiente riesgo, han tomado parte asimismo el propio enfermo y sus familiares: he aquí, desde esta perspectiva, la necesidad del clima de confianza que venga a facilitar el discernimiento, la decisión y la asunción de las responsabilidades comunes.

No quisiéramos terminar esta primera parte sin aludir a un tema muy relacionado con el desvalimiento: es el sentimiento de indefensión profunda que siente el hospitalizado cuando teme, con más o menos justificada alarma, que sea manipulada su intimidad. Aparecer desnudos ante personas desconocidas es, para más de uno, motivo de humillación e incluso de sentirse deprimidos.

SEGUNDA PARTE: Reflexión teológica

¿Qué dice el Antiguo Testamento sobre la enfermedad y el enfermo? No podemos dar cuenta de todo cuanto en él se contiene sobre el tema. Más bien es útil señalar las diferencias existentes entre el Antiguo y el Nuevo. De esta manera es posible hacerse cargo del progreso que implica el paso de un Testamento a otro.

Es cierto que, en el AT, aparecían vinculadas la *enfermedad* y la *culpabilidad* o pecado.

Incluso un fragmento de alto nivel espiritual como es el IV Canto del Siervo de Yahvé, es testigo de que, en la opinión popular, un enfermo ofrece, por el hecho mismo de su enfermedad, la prueba de su culpa: se le considera, por tanto, un ser humillado y castigado por Dios mismo (ver Is 53, 4; ver también H. HAAG, *Diccionario de la Biblia*, Barcelona 1963, col. 561).

Este punto del AT contrasta enormemente con el sentido de liberación que respira Jesús cuando dice a propósito del ciego de nacimiento: «No pecó ni éste ni sus padres. [Está enfermo] para que se manifiesten en él las obras de Dios» (Juan 9, 3).

El mismo progreso que lleva del AT al NT lo advertimos en una de las enfermedades más terribles en la época de Jesús: la lepra. El contraste es total: el leproso que contempla la Ley de Moisés es un marginado que «andaré harapiento y despeinado, se cubrirá hasta el bigote e irá gritando ¡impuro, impuro!», como persona excluida de la comunidad, de tal forma que «permanecerá solo y vivirá fuera del campamento» (Lv 13, 45-46). En cambio, la actitud y acción de Jesús ante el leproso de Mc 1, 40-45, consiste en *limpiarlo* y purificarlo para poderlo *integrar* de nuevo en la comunidad:

«Así pues, cuando Jesús cura, se da además del acto provechoso una cierta prefiguración del estado de perfección espiritual que alcanzará el cristiano en la parusía.» (J. DHELLY, *Diccionario bíblico*, Barcelona 1970, pág. 377.)

Esta limpieza interior y exterior del hombre y su consiguiente integración en la comunidad, simbolizan a las claras su curación y liberación total.

La admiración del NT ha de estar bien centrada para no caer en exageraciones que nada tienen que ver con la realidad:

- Una de ellas sería la de considerar el ambiente *terapéutico* del NT como un *Sésamo ábrete* que no respetara el misterio de Dios. Como un mágico curalotodo. Sin embargo, este riesgo no nos debe apartar de la presentación de los caminos del NT como algo insospechado pero real y bueno para el hombre.

En efecto, hay que afirmar enérgicamente que el NT abre caminos nuevos, no previstos, para el hombre y, por tanto, para el enfermo. La calidad de vida nueva que el Espíritu de Jesús abre al hombre pecador y débil es algo tremendamente real: ni retórico, ni exagerado.

Ejemplos: el NT no es una llamada genérica o abstracta a la paz. Es un camino verdadero de paz para consigo mismo y hacia los demás, que se abre para quien ha experimentado el encuentro con Jesús, Palabra de Dios e Hijo suyo.

Otro ejemplo: el NT no es una magia para evitar la debilidad y el dolor; es un modo de centrarse el hombre, que asume la enfermedad, confiado y apoyado en el Dios de Jesús, ya que —como Job— ha experimentado una suerte de comunión lúcida y gozosa, gratuita e inesperada, con Dios-que-es-amor.

En este sentido, hay que insistir en que la punta de lanza del NT no es solamente un mensaje verbal sino la comunicación auténtica y real del Espíritu de Dios al hombre; aunque no sea algo mágico, es, sin embargo, camino *nuevo* que sitúa a la persona en un nivel de gozo y de esperanza que renueva su capacidad de relación y de comunión con Dios y con los demás.

- Todo esto ha sido preparado por el AT. El cual nunca es pura negatividad sino *preparatio et umbra* —preparación y sombra— de los «bienes futuros que esperamos» (Hebreos 10, 1).

Jesús no viene para abolir la Ley sino literalmente para asumirla y darle su auténtica dimensión a favor del hombre, porque, como hemos insinuado, ya no es Ley sino Espíritu. Y ésta es la manera que tiene Jesús de asumir y superar la Ley.

En resumen: el enfermo no sólo sufre una disminución de sus fuerzas físicas, sino que participa del riesgo de marginación que tantas personas débiles sufren en nuestra sociedad.

Los enfermos que aparecen alrededor de Jesús obtienen la curación de su enfermedad —lepra, ceguera, debilidad, trastorno mental, sordera— al mismo tiempo que son acogidos por Jesús y por su comunidad de «salud».

Junto con la curación y con la integración comunitaria, el enfermo recibe de Jesús el don más profundo que es la gracia: y, con la gracia, el fruto del Espíritu: caridad, gozo, paz...

Una última consideración: el concepto de salud integral al que nos hemos referido tiene en consideración las dimensiones biológica, psicológica y social. Pero, en la línea del

libro fundamental de Viktor E. Frankl, *El hombre doliente*, podemos afirmar algo ya anunciado por el Evangelio: que la salud plena incluye el «estar bien ante Dios y con Dios».

No en vano, en latín, hay una sola palabra —*salud*— para expresar la salvación (religiosa) y la salud (corporal).

Podemos comprobar en este punto el papel mediador de Jesús: Mediador, en el sentido de acercar al hombre, sumido en la miseria o en la enfermedad, a Dios que comunica la Beatitud y la Vida: la vida bienaventurada o feliz, para decirlo en una palabra.

El Antiguo Testamento había expresado este anhelo del hombre religioso: «Para mí es bueno estar junto a Dios» (Salmo 73, 29).

En el Evangelio, Jesús realiza y da cumplimiento al anhelo del hombre de estar con Dios: como hemos indicado, es mediador entre Dios, su Padre, y el deseo del hombre doliente, cuya dimensión religiosa, por cierto, suele manifestarse con mayor relieve con motivo de la enfermedad.

Una explicación quizá parcial del giro del enfermo hacia la dimensión religiosa puede radicar en el hecho de que la *in-firmitas* hace sentir con más fuerza al hombre su des-centramiento y marginación, con el consiguiente anhelo de plenitud y de arraigo en el Ser que es Amor (ver Viktor E. Frankl, *O. c.*, p. 112).

En efecto, en la línea de este Autor entendemos que la dimensión religiosa del hombre queda saciada cuando de alguna manera «se percibe la presencia del Ser espiritual (Dios) en ese otro ser espiritual finito que es el hombre».

Jesús, en el Evangelio, hace que el Parálítico, la Hemorroisa, el Ciego no sólo perciban que han recuperado la *salud* corporal (*salus*), sino que experimenten que el Dios y Padre de Jesús está presente en lo más íntimo de su existencia personal (*salvación*).

Por eso no es extraño que el paso de Jesús, haciendo el bien a los enfermos, termine con las palabras: «Tu fe te ha salvado».

LH

Revista

LABOR HOSPITALARIA

Boletín de suscripción

Año 1989

Suscripción anual: cuatro números

España	Ptas. 1.850
Extranjero (correo ordinario) \$	22
(correo aéreo) . . \$	24

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)

8. EL DERECHO A LA INTIMIDAD Y EL DERECHO A LA VERDAD

M. Cuyàs, S.J.

*Profesor de Teología Moral
en la Facultat de Teologia de Catalunya,
en la Pontificia Universidad Gregoriana
y en el Instituto Borja de Bioética*

Temas importantes en la relación médico-paciente son los relacionados con el derecho a la intimidad y el derecho a la verdad con sus correlatos de obligaciones profesionales como el secreto y sus límites, especialmente cuando entra en conflicto con el interés social de la salud. Este puede exigir la revelación del secreto, pero ha de estar contrabalanceado por otro interés social: la confianza en la profesión médica.

Por otra parte, el derecho a conocer la verdad por parte del paciente puede también tener sus límites más estrictos cuanto más capacitado esté el paciente y más grave sea su situación.

El presente artículo ayudará al lector a clarificar conceptos.

Fundamento antropológico

La Filosofía moderna, existencialista y fenomenológica, nos ha acostumbrado a considerar al ser humano de manera concreta, como presencia en el mundo de alguien, cuya realidad no se agota en la manifestación externa a través del cuerpo. Este, como ventana al exterior de nuestra intimidad, es a la vez apertura y velo. La palabra *persona* apunta etimológicamente a esa posibilidad de que el cuerpo actúe como máscara que revelará el personaje, pero tal vez no a la persona, inexhausta por su profundidad y duración en la manifestación momentánea. Supuesta la necesidad de intercambiar conocimientos para la realización personal, es de enorme trascendencia la confianza en la comunicación.

Fundamenta esta confianza el deber de decir la *verdad* al comunicar nuestros propios conocimientos. Pero este im-

perativo ético de comunicar la verdad coexiste con el derecho a velar nuestra propia intimidad y con el deber de callar cuanto no podemos desvelar sin lastimar la de otro. Denominamos *secreto* a la verdad que debemos callar.

El cuerpo forma parte de nosotros mismos y sentimos tanta necesidad de manifestarnos a través de él como de afirmar por su medio nuestra propia identidad. Ante el peligro de ver nuestro cuerpo contemplado como mero objeto, lo cual nos cosificaría, reaccionamos con el pudor corporal. A éste corresponde, en un nivel más profundo, una especie de pudor interno que protege con el secreto aquellos conocimientos, sentimientos, experiencias, que apreciamos como parte de nuestra más profunda intimidad e identidad. Cuanto más madura es la persona —cuanto más dueña y poseedora de sí misma, más profundamente se conoce y más sincera es consigo— menos dispuesta está a desvelar sus propios secretos con la superficialidad del inmaduro e insincero. Aunque sus secretos suelen ser menos en cantidad, aprecia más su vinculación con la propia identidad y con el respeto a la ajena.

Al derecho-deber de custodiar los propios secretos corresponde el de respetar la intimidad ajena, los secretos del prójimo. Estos pueden afectar diversos aspectos de su realidad existencial (vivencias interiores y exteriores), ya que en todas ellas se afirma y despliega la identidad personal, que no quiere perder la subjetividad, objetivada en la contemplación ajena. El derecho a la propia intimidad abarca esa esfera particular en que uno mismo se despliega ante sí, se reconoce y afirma. El respeto a la intimidad de cada uno posibilita la convivencia social en la pluralidad de individuos personalizados. El velo del secreto tutela el mutuo respeto y abre camino a la confianza, vía de acceso a lo más íntimo del otro.

Respeto mutuo y confianza abren la puerta al derecho de comunicar los propios secretos con la garantía de que no serán desvelados. En esto consiste la obligación del secreto, la cual coexiste con la obligación de desvelarlo, cuando no hay otra manera de evitar el daño injusto de otra persona y/o de la sociedad. En la tensión dialéctica entre el bien del individuo y el de la sociedad se halla toda la dificultad para exponer doctrinalmente la ética del secreto. A esta exposición, y a la solución de los problemas que surgen en la práctica, ayuda el distinguir entre las *diversas*

clases de secreto a que tiene derecho todo ser humano y en especial el enfermo: natural, prometido, pactado y profesional, por no hablar del llamado «sigilo de la confesión», que pertenece a otro orden y, por su carácter sacro, no admite excepción y debe ser guardado en cualquier hipótesis.

Definición y clases de secreto

Secreto es siempre una verdad conocida por una o muy pocas personas, diversas del interesado, cuya revelación sería vivida por éste como un atentado contra aquella parte de la propia identidad, en que uno se siente afectado como sujeto y la cual quiere mantener velada, tanto si con esta verdad está en juego el derecho a la propia fama, como si carece de relevancia ética o social. A esa verdad se le llama secreto *objetivo*; a la obligación de no desvelarla se le llama secreto *subjetivo*. A éste se refiere la obligación del secreto.

El amor, la necesidad o el simple deseo de desahogarse pueden impulsar a desvelar ante otro la propia intimidad, sin que se considere uno privado por ello del derecho a que la discreción del confidente, o de cualquier otro que hubiere tenido acceso, la mantengan a salvo de la curiosidad ajena. A la obligación de mantener oculto cuanto no debe divulgarse se la denomina *secreto natural*, cuando no viene especificado por rasgo alguno particular.

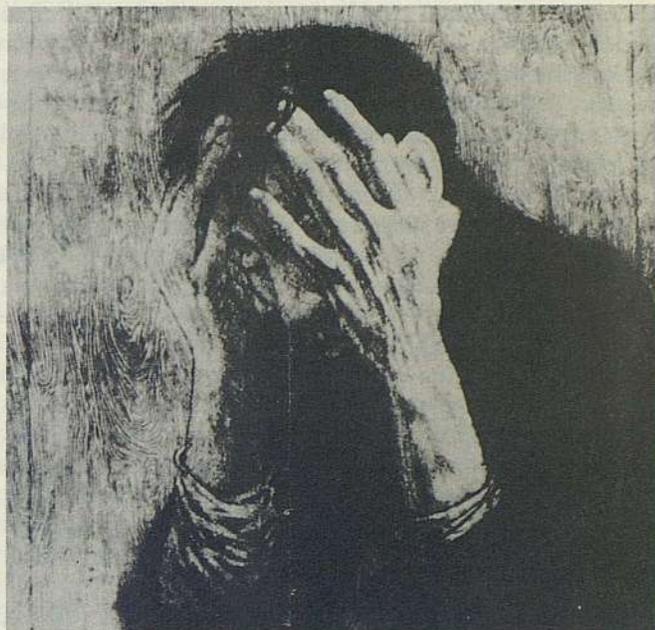
Cuando, una vez comunicado el secreto, pide y obtiene el interesado, de parte de quien llegó a conocerlo, la promesa de que no lo revelará, a la obligación general de mantenerlo oculto se añade la que procede del compromiso en virtud de la fidelidad debida a la palabra dada. Nos hallamos ante el *secreto prometido*.

Cuando la promesa, compromiso o pacto de guardar el secreto ha precedido, como condición previa, a la manifestación de éste se añade una relación de justicia respecto al interesado. Es el *secreto pactado*, adjetivado también *comiso* o *confiado*.

Cada uno de estos secretos obliga con mayor rigor que el anterior. El último sólo será lícito, en la práctica, revelarlo, cuando el beneficiario estaría obligado a revelarlo él mismo y no lo hace.

El *secreto profesional* no es para muchos más que un caso particular del secreto pactado, en el que se da por supuesto y permanece implícito el compromiso de no divulgar lo conocido en el ejercicio de la profesión. Por la enorme trascendencia social que tiene la custodia de este secreto, porque la relación de justicia que interfiere afecta directamente al bien común (la justicia social es, en la práctica, la justicia del bien común) y porque presenta especiales dificultades prefiero distinguirlo de los anteriores y llamar la atención sobre sus peculiaridades:

La tensión dialéctica entre «derecho al secreto» y «deber de comunicar la verdad» adquiere particular intensidad y problematicidad, cuando, por un lado, la propia necesidad de recibir ayuda fuerza a desvelar la propia intimidad y, por otro, la confianza en que el secreto no será revelado adquiere importancia social. Tal es el caso del



secreto profesional en general, y muy especialmente, del secreto médico, ya que la causa de la salud tiene una dimensión social no menos importante que la personal y, en ambos aspectos, es de enorme trascendencia la confianza, socialmente compartida, de que el médico no revelará la propia intimidad. Pero no se puede olvidar, y es una nueva fuente de problemas, que el interés social de la salud exige algunas veces la revelación del secreto, dando lugar a especiales cuidados para que el interés común por evitar el contagio o el accidente previsible no se vea atendido a costa del interés, también común, por la confianza en la profesión médica.

Historia del secreto médico

Nos lo muestra reducido, en sus inicios, a una especie de secreto de fabricación. Los hombres prácticos en los métodos de curar ocultan sus conocimientos, con el fin de mantener su saber en exclusiva para sí y para los suyos. La Medicina era entonces ejercida primordialmente por sacerdotes y hechiceros, debido a que se consideraba la enfermedad directamente vinculada con la voluntad de los dioses, lo cual dotaba a su arte de un carácter sacro. Esta concepción, y los objetivos del secreto, aparecen parcialmente superados en el Juramento de Hipócrates, el hombre que elevó a ciencia el arte de curar.

Las palabras del Juramento hipocrático, relacionadas con nuestro tema, dicen así: «Haré partícipes de mis preceptos, de mis lecciones orales y de todo el resto de mi doctrina a mis hijos y a los de mi maestro, y a los demás discípulos unidos por el lazo y juramento de la ley médica, y a nadie más. ...//... Callaré todo lo que, en el ejercicio de la profesión y hasta fuera de ella, pueda ver y oír, referido a los seres humanos, que no tenga necesidad de ser divul-

gado, estimando que estas cosas tienen derecho al secreto de los misterios».

El primero de los incisos transcritos se refiere aún al arte médico, pero Hipócrates, no obstante la prioridad mantenida respecto a sus hijos y a los de su maestro (residuo del ancestral privilegio de casta), se muestra dispuesto a comunicarlo también a otros discípulos, si aceptan cumplir lo establecido en el juramento. El segundo inciso atiende ya al respeto debido a la intimidad del enfermo, objeto del secreto médico en su acepción moderna, pero no logra Hipócrates delimitar el campo que le es propio, en contraposición al más amplio del secreto natural.

Aunque con anterioridad había sido objeto de estudio el secreto médico por parte de los moralistas, e incluso habían conseguido éstos que los tribunales respetasen el derecho de los facultativos a no declarar ante ellos, salvo en crímenes de lesa majestad, el secreto médico adquiere por primera vez protección legal en el Código penal napoleónico (art. 378), debido a la Revolución Francesa (1789) y promulgado en 1810.

Salvo en un período muy breve de tiempo (1822 a 1823), el secreto profesional ha carecido hasta ahora en España de protección jurídica, y dice mucho en favor del sentido deontológico de nuestros médicos el que se hayan mantenido fieles a él, no obstante esta laguna y, lo que es más grave, los frecuentes atentados de nuestra legislación contra los imperativos de la moral en esta materia. Los artículos 18 y 20 de la nueva Constitución Española (1978) suponen un cambio de actitud, pero los principios allí enunciados no han recibido aún el desarrollo preciso mediante las correspondientes leyes.

Objeto del secreto médico

En sentido estricto es solamente todo lo descubierto: 1.º en el ejercicio de la profesión y 2.º precisamente por razón de ella. El tercer elemento urgido por algunos: que con su manifestación se sienta perjudicado el enfermo en su persona (o en la de otros tan vinculados a él que estima sus secretos como afectando a la propia intimidad), es una nota común a todo secreto. Por otra parte, es preciso reconocer que la práctica médica da frecuentemente acceso meramente ocasional, pero necesario, a muchos aspectos de la vida particular, que el enfermo tiene derecho a no ver desvelados. Estribando la importancia especial del secreto médico, precisamente en la necesidad de que exista una confianza socialmente compartida en la discreción del médico, tales secretos, de por sí naturales, deben ser custodiados con una delicadeza muy semejante a la del secreto profesional en sentido estricto: su violación atentaría también contra la confianza en el médico como tal. Diverso es el caso, en que la enfermedad de una persona, que no ha recurrido al servicio del profesional, es individuada por éste al advertir los síntomas externos o el tipo de medicinas que consume en su presencia. La confianza en el médico como profesional no se siente por ello afectada: tal conocimiento permanece en la categoría del secreto natural.

Límites de la obligación del secreto médico

La dificultad del secreto médico procede de que el interés social (la atención debida a la salud como bien público) no siempre urge su custodia, con el fin de facilitar el acceso confiado del pueblo a quien puede restablecer y promover la salud. Algunas veces exige más bien su manifestación, para evitar el contagio u otro mal del que la sociedad no puede liberarse sin la manifestación del secreto.

Cuando lo exige el bien público, como en el caso de una enfermedad infecto-contagiosa, el médico no sólo queda eximido de la obligación del secreto, sino que está ética y legalmente obligado a revelarlo ante las autoridades sanitarias. Queda simplemente en libertad para revelarlo, cuando consiente en ello el enfermo a sabiendas de las consecuencias que implica y en pleno uso de la libertad. Pero es preciso ponderar antes el médico, si tal revelación no es previsible dañe en forma desproporcionada el bien social de la confianza en la profesión.

Con esta última condición, puede el médico revelar también su secreto en la medida necesaria para evitar un daño injusto a tercero inocente, y aun a sí mismo, si quien causa el perjuicio es el mismo beneficiario del secreto, ya que se convierte entonces en injusto agresor.

Corriendo incluso el peligro de ser penado por la ley que protege el secreto profesional, puede el médico sentirse deontológicamente obligado a revelarlo en bien de la sociedad, o de una persona inocente, cuando no existe otra manera de evitar un daño cierto, injusto y grave, para el cual se abusa del secreto. Con más facilidad puede uno sentirse obligado a guardar su secreto contra las pretensiones de quien pretende abusar de su poder económico, e incluso contra lo establecido por una ley menos respetuosa para con la intimidad personal. La relación posible, y la fundamental distinción, entre responsabilidad ética e imputabilidad legal hallan aquí un campo privilegiado de aplicación. Y, en general, siempre que la razón para callar un secreto o para revelarlo se halle en las consecuencias que ello pueda tener para el médico, igual puede existir el deber en conciencia de manifestarlo que de guardarlo.

La progresiva especialización y tecnificación de la Medicina multiplican los casos en que ésta se ejerce en equipo. Tiene entonces lugar el *secreto compartido*, el cual exige especial cuidado por parte de todos, para que no resulte perjudicado el respeto debido a la intimidad del enfermo. El derecho de éste al secreto no es violado, cuando se comparte dentro de los límites precisos para una mejor atención médica al paciente, pero se requiere particular discreción para no abocar en su anulación práctica.

Derecho del enfermo a conocer la verdad

El *derecho del enfermo a conocer la verdad* corre paralelo con el ya reseñado del mismo al secreto. Ambos derechos se complementan y prestan el más firme apoyo a la

necesaria confianza en el facultativo, pero ambos pueden entrar en conflicto con el motivo primordial de la relación médico-enfermo: la consecución de la salud. En cualquier hipótesis, la decisión concreta debe prestar atención al bien de la persona del enfermo, considerada en su integridad, sin descuidar por ello la causa de la salud como bien social.

El derecho de todo hombre a conocer la verdad sobre las cosas que le afectan, y la correspondiente obligación de informarle, están a la base de la convivencia. No sólo la mentira; incluso la falta de sinceridad destruye la confianza, tan necesaria para la relación interpersonal supuesta la ambigüedad (ventana-máscara) de nuestra exterioridad corporal. Pero la confianza es particularmente importante en la relación del enfermo con el médico; de ahí la importancia que tiene la veracidad de éste, veracidad cargada siempre de responsabilidades, porque no se refiere a hechos meramente objetivos, sino a realidades cargadas de trascendencia subjetiva, sobre todo cuando el pronóstico se refiere a la futura presencia física del enfermo, o a su funcionalidad (libertad y capacidad de movimientos), o a la pérdida de la vida, o a otras posibles verdades difíciles también de encajar.

En principio debe considerarse prioritario el derecho a conocer la verdad sobre el estado de su salud por parte del enfermo, pero no a costa de lo que a él se conviene como persona. Algunas veces hay motivos de verdadero amor para callar: le haríamos un daño inútil; pero no es honesto callar para huir simplemente de la propia dificultad. Si se acierta en el modo de decir, la verdad puede prácticamente siempre ayudarle. No debe atenerse el médico a la obligación general de decir la verdad, sin prestar atención conjuntamente al *posible conflicto con otros intereses* particulares del enfermo, y muy especialmente con el de su salud, causa de la relación establecida entre ambos. Por otra parte, el interés del paciente, la realización plena del ser humano, es mucho más que la ausencia de dolor y enfermedad, es incluso más que un bienestar físico, mental y social considerado al margen de la trascendencia propia de todo ser humano, tal como la entienda el paciente de acuerdo con su propia concepción del mundo y de la vida.

Principios de solución

Los principios de solución no permiten establecer recetas estereotipadas de aplicación universal. El médico debe decir la verdad, pero sin perjudicar por ello inútilmente la salud u otros valores del enfermo. Su objetivo último se halla en el bien de éste integralmente considerado. Este principio es universalmente compartido por los deontólogos; la dificultad se halla en su aplicación práctica.

Influyen en lo que conviene decir: la entereza del paciente y su fortaleza de ánimo, sus convicciones personales y el equilibrio psíquico, así como el tipo de relación que existe entre tal médico y tal enfermo. No cabe descuidar tampoco las circunstancias económicas y familiares, o sociales, que rodearán al paciente después de la consulta mé-

dica. Pero adquieren especial relieve el diagnóstico y el pronóstico.

Tratándose de enfermedades objetiva y subjetivamente inocuas, tranquiliza al enfermo la certeza de que nada se le oculta. Siempre que la enfermedad es curable, se impone una información adecuada para movilizar la colaboración del paciente, y es absolutamente indispensable, cuando, sin la colaboración de éste, el curso de la enfermedad podría abocar en un fatal desenlace.

El derecho del enfermo a conocer la verdad urge, sobre todo, cuando ha de tomar él una decisión responsable. Corresponde al médico facilitársela; no puede suplirle en ella, y debe cuidar de no proyectar en él sus propios complejos e inhibiciones. Habrá de tomarse el tiempo preciso para hallar el modo mejor de comunicar la verdad, de suerte que el enfermo comprenda los factores de trascendencia para el acierto en la decisión. A veces, también el paciente necesita tiempo para hacerse cargo de los datos.

El conocimiento cierto de una muerte inevitable y próxima debe ser comunicado al enfermo, para que éste pueda realizarse en el último acto de su vida. Este deber presupone la capacidad del sujeto para asumir y representar bien su papel en ese momento decisivo. Dejarle alguna esperanza («un pedazo de cielo abierto», la denominan algunos) suele ayudar, pero no puede olvidarse que, al quitarle una falsa esperanza, podemos abrir el paso a otro tipo de esperanza, que le permite asumir la verdad con mayor aliento, y realizarse así plenamente como hombre. Tiene esto lugar también en el caso de personas que no creen en la vida futura, pero que supieron dar algún sentido a su vida y a la relación con los demás. La expresión ambigua: «derecho del paciente a morir», tiene un sentido verdadero: ningún ser humano debe ser privado del derecho que tiene a vivir su propia muerte, coronando así la propia realización a través de ella.

Dejaremos, por consiguiente, de comunicar la verdad solamente cuando nos conste que el otro es incapaz de soportarla. El derecho a la verdad cede, cuando hundiría en la desesperación fatalista y en la anulación del ser personal: cuando sólo podrá ser recibida como una condena a muerte sin razón y sin sentido.

Quién es el titular del derecho a conocer la verdad

El *titular del derecho* a conocer la verdad es el propio enfermo, supuesto que sea adulto y dueño de sí. Cuando no es capaz de asumir la propia responsabilidad por no haber alcanzado la madurez necesaria, o por cualquier otra causa, la información requerida debe comunicarse a quien deba o pueda tomar decisiones en su nombre, a modo de fiduciario, interesado como el que más en el bien del paciente. Si éste fuese capaz, no se debe decir a familiares y allegados sino lo que conjeturamos razonablemente ha de desear él que sepan.

Tanto al satisfacer el derecho a la verdad, como al cumplir con el deber del secreto, se ha de tener en cuenta el *res-*

peto debido a la libertad de conciencia propia del enfermo, y también del médico. Atendemos aquí únicamente a los imperativos que se siguen de la primera.

«La conciencia es el núcleo más secreto y el sagrario del hombre, en el que éste se siente a solas con Dios, cuya voz resuena en lo más íntimo de ella» (G. S. 16). El ateo se siente también interpelado en ella por cierto absoluto, como quiera que lo entienda y explique (véase lección 1.^a). Merece un respeto absoluto. Como el sacerdote, también el médico en el desempeño de su función puede moverse en las proximidades de ese santuario y debe poner particular esmero en no violarlo. Ni el Estado, ni siquiera la Iglesia, en aras de un pretendido bien común, pueden atentar contra la libertad de conciencia.

Nunca debe el médico coaccionar la conciencia del paciente. Es deber suyo procurar con esmero su salud, aunque desapruébe la actividad que causó su deterioro (enfermedad venérea, infección debida a un aborto mal practicado, etc.) y no es lícito aprovechar la situación de dependencia para «moralizarlo». Nada impide, con todo, que, si ha de favorecer el proceso curativo, o la humanización del desenlace, le ayude a ponerse en paz con su propia conciencia, pero debe hacerlo con el mayor respeto a su libertad, aunque estime equivocados sus conceptos. Facilitará además el acceso al enfermo de los ministros religiosos u otras personas que considere éste le pueden ayudar a vi-

vir con sentido la enfermedad, y aun la propia muerte, sea cual sea su sincera confesión e ideología.

La progresiva *secularización de la Medicina* ha otorgado a ésta la legítima autonomía que le corresponde, y ésta desconoce la intervención de Dios a nivel predicamental (el de las «causas segundas» según denominación de algunos filósofos), pero no tiene por qué negar la trascendencia del ser humano ni menospreciar el modo como la vive el paciente.

En una Facultad de Medicina aconfesional estaría fuera de lugar pormenorizar la *posible colaboración médico-sacerdote* para facilitar la recepción de determinados sacramentos a enfermos que pueden hallar utilidad o consuelo en el acceso a la Reconciliación (Penitencia), a la Unción de los Enfermos y a la Eucaristía, tal vez en forma de Viático; o bien, dado el caso, al Bautismo, la Confirmación o el Matrimonio.

Este último, incluso como contrato meramente civil, puede ser un medio adecuado para cumplir mejor con obligaciones de justicia ya contraídas. Fuera del peligro de muerte, el médico competente habría de poder asesorar a sus clientes acerca de la esterilidad como algo diverso de la impotencia. Sólo esta última los haría inhábiles para el matrimonio. También habría de poder asesorar acerca de la trascendencia que pueden tener ciertas anomalías sexuales, o de otro tipo, para la comunidad conyugal.

9. DOCUMENTOS DE BIOÉTICA (II)

9.1 PROTOCOLO DE ASISTENCIA INMEDIATA AL NIÑO CON MIELOMENINGOCELE

*Comité de Ética
del Hospital San Juan de Dios
de Barcelona
Barcelona*

El actual protocolo de asistencia inmediata al niño afecto de mielomeningocele que presentamos, se ha elaborado en base a la revisión de la bibliografía y a la experiencia profesional de cada miembro del grupo de trabajo con respecto a este problema. Las decisiones adoptadas, por acuerdo unánime entre todos los miembros del mismo, han sido asumidas por el Comité de Ética.

Subrayamos en el presente protocolo: que la selección para tratamiento o no tratamiento deberá efectuarse de forma individualizada; la calidad de la información que ha de darse a la familia en orden a su adecuada intervención en el proceso decisorio; el replanteamiento de pautas en los casos de no tratamiento selectivo, a los tres y seis meses de posible supervivencia, con el fin de elegir lo mejor para el niño.

Damos por supuesto que la puesta en marcha de un protocolo de este tipo exige una revisión crítica periódica de los resultados.

El actual proyecto se ha elaborado en base a la revisión de la bibliografía y a la experiencia personal de cada miembro del grupo con respecto a la asistencia al niño con mielomeningocele. Las decisiones se han adoptado por acuerdo unánime entre todos los miembros del grupo.

Líneas generales de la asistencia inmediata

1. El grupo considera que la problemática a largo plazo del niño afecto de mielomeningocele es lo suficientemente importante como para que deba adoptarse una actitud de tratamiento selectivo en el período neonatal.
2. El proceso de selección, aunque existan unos criterios básicos, deberá efectuarse de forma individualizada.
3. La valoración inicial del niño con mielomeningocele será multidisciplinaria.
4. La problemática exige el máximo esfuerzo en cuanto a información y apoyo a la familia, especialmente en caso de decisiones conflictivas.
5. En el caso de los niños en los que se haya decidido adoptar una actitud pasiva, el hospital se responsabilizará de su asistencia hasta el último momento.

Aspectos concretos

INGRESO DEL NIÑO AFECTO DE MIELOMENINGOCELE

A su ingreso, el médico de guardia (o el pediatra responsable si el ingreso tiene lugar en horario laboral) procederá a una valoración inicial, y a cumplimentar el protocolo de ingreso de la unidad neonatal en la forma acostumbrada. Se efectuará la analítica y radiología habitual, así como una radiografía de columna. Se informará a la familia del estado del niño y de las posibles consecuencias de la malformación, explicando además que en las pri-

9. DOCUMENTOS DE BIOÉTICA (II)

9.1 PROTOCOLO DE ASISTENCIA INMEDIATA AL NIÑO CON MIELOMENINGOCELE

*Comité de Ética
del Hospital San Juan de Dios
de Barcelona
Barcelona*

El actual protocolo de asistencia inmediata al niño afecto de mielomeningocele que presentamos, se ha elaborado en base a la revisión de la bibliografía y a la experiencia profesional de cada miembro del grupo de trabajo con respecto a este problema. Las decisiones adoptadas, por acuerdo unánime entre todos los miembros del mismo, han sido asumidas por el Comité de Ética.

Subrayamos en el presente protocolo: que la selección para tratamiento o no tratamiento deberá efectuarse de forma individualizada; la calidad de la información que ha de darse a la familia en orden a su adecuada intervención en el proceso decisorio; el replanteamiento de pautas en los casos de no tratamiento selectivo, a los tres y seis meses de posible supervivencia, con el fin de elegir lo mejor para el niño.

Damos por supuesto que la puesta en marcha de un protocolo de este tipo exige una revisión crítica periódica de los resultados.

El actual proyecto se ha elaborado en base a la revisión de la bibliografía y a la experiencia personal de cada miembro del grupo con respecto a la asistencia al niño con mielomeningocele. Las decisiones se han adoptado por acuerdo unánime entre todos los miembros del grupo.

Líneas generales de la asistencia inmediata

1. El grupo considera que la problemática a largo plazo del niño afecto de mielomeningocele es lo suficientemente importante como para que deba adoptarse una actitud de tratamiento selectivo en el período neonatal.
2. El proceso de selección, aunque existan unos criterios básicos, deberá efectuarse de forma individualizada.
3. La valoración inicial del niño con mielomeningocele será multidisciplinaria.
4. La problemática exige el máximo esfuerzo en cuanto a información y apoyo a la familia, especialmente en caso de decisiones conflictivas.
5. En el caso de los niños en los que se haya decidido adoptar una actitud pasiva, el hospital se responsabilizará de su asistencia hasta el último momento.

Aspectos concretos

INGRESO DEL NIÑO AFECTO DE MIELOMENINGOCELE

A su ingreso, el médico de guardia (o el pediatra responsable si el ingreso tiene lugar en horario laboral) procederá a una valoración inicial, y a cumplimentar el protocolo de ingreso de la unidad neonatal en la forma acostumbrada. Se efectuará la analítica y radiología habitual, así como una radiografía de columna. Se informará a la familia del estado del niño y de las posibles consecuencias de la malformación, explicando además que en las pri-

meras 24-48 horas un equipo multidisciplinario valorará exhaustivamente la situación del niño para decidir, de acuerdo con la familia, la pauta a seguir. En caso de lesión abierta o fácilmente ulcerable, se iniciará tratamiento antibiótico profiláctico (cloxacilina y gentamicina). Se indicarán los cuidados locales habituales de la lesión (cubrir con gasas estériles y suero fisiológico). Se pondrá en contacto a la familia lo antes posible con el servicio de trabajo social. Se avisará a los miembros del equipo multidisciplinario.

VALORACIÓN INICIAL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

En la valoración inicial debe intervenir de forma obligada Pediatría (Neonatología), Neurología, Neurocirugía y Ortopedia. Estos especialistas efectuarán una valoración cuidadosa del paciente lo antes posible, a la cual se añadirá una ecografía cerebral, y decidirán conjuntamente la pauta de actuación que se ofrecerá a la familia. La valoración por parte del urólogo es imprescindible en el período neonatal, pero no necesariamente en los momentos iniciales. Sin embargo, participará en la decisión inicial en casos especialmente conflictivos o cuando el resto del equipo lo solicite.

CRITERIOS Y MECANISMOS DE SELECCIÓN

La selección para tratamiento o no tratamiento deberá efectuarse de forma individualizada, no rígida. Los criterios que se expondrán a continuación son aquellos que deben valorarse básicamente, pero sin que su presencia presuponga de forma definitiva ninguna actuación.

- a) *Nivel de la lesión.* Se considera que un nivel lesional superior a L-3 desde el punto de vista funcional se acompaña de muy mal pronóstico en cuanto a deambulación y probablemente en cuanto a control de esfínteres.
- b) *Patología grave sobreañadida.* Puede tratarse de patología congénita (malformaciones de otros órganos o sistemas, Arnold-Chiari con estridor severo...) o adquirida (asfixia perinatal grave, prematuridad extrema, infección, hemorragia del SNC...). La severidad y posible trascendencia de la patología sobreañadida se discutirá en cada caso.

Otros hallazgos, como la presencia de hidrocefalia por ecografía o la existencia de una problemática social grave en la familia, deberán también ser tenidos en cuenta, aunque su relevancia en cuanto al pronóstico futuro es menos clara. Ningún criterio aislado será por sí solo motivo de selección, sino que serán analizados en la discusión individualizada de cada caso.

La decisión debe tomarse por consenso de todo el equipo multidisciplinario. En la discusión de los casos conflictivos deberá estar presente trabajo social, psicología y enfermería. Siempre que sea posible, dicha decisión se tomará antes de las 72 horas de vida.

ACOGIDA E INFORMACIÓN A LA FAMILIA

La familia será informada en el primer momento por el médico de guardia o por el pediatra responsable de su hijo, si éste se encuentra presente en el momento del ingreso. Contactará lo antes posible con trabajo social. Una vez efectuada la valoración inicial por el equipo multidisciplinario, deberá ser informada de nuevo. Siempre que sea posible se informará a ambos padres. El vehículo fundamental de la información será el pediatra responsable del niño, aunque es conveniente que la asistencia social esté presente en la mayoría de casos. Cuando se decida plantear a la familia una actitud pasiva, es obligado que en la información y la discusión sobre la toma de decisiones participe más de un miembro del equipo multidisciplinario. Lo mismo ocurrirá en casos especialmente conflictivos o si el pediatra responsable lo considera necesario. La participación del psicólogo en la información inicial será opcional, a demanda tanto del equipo como de la propia familia. En los casos conflictivos o en los que se decida adoptar una actitud pasiva el equipo de enfermería (fundamentalmente la supervisora) deberá estar presente en la información definitiva a la familia.

La información se hará de tal manera que la toma de decisiones sea colegiada entre el equipo y la familia, sin que los padres tengan la sensación de que su opinión es infravalorada, ni que se culpabilicen como responsables únicos de la decisión.

La información y el apoyo a la familia no son exigencias exclusivas del período inicial. Tanto si el niño se trata como si no (pero especialmente en este segundo caso), la familia requiere un esfuerzo importante de atención continuada, que recaerá fundamentalmente en el pediatra responsable, el equipo de enfermería, trabajo social, servicio pastoral, y en ocasiones el psicólogo.

EL EQUIPO DE ENFERMERÍA FRENTE AL NIÑO SELECCIONADO PARA NO SER TRATADO

El equipo de enfermería va a ser el responsable fundamental de la dura carga que representa la asistencia diaria al niño seleccionado para no ser tratado. Para que pueda llevar a cabo esta importante función correctamente, es imprescindible que dicho equipo haya participado en las discusiones que han determinado las decisiones últimas de la familia. Deberá recibir además el apoyo diario del resto del equipo asistencial, especialmente el pediatra, discutiendo la situación tantas veces como sea necesario. La actitud del equipo de enfermería con la familia será de respeto y apoyo a su decisión, junto con comprensión, compasión y tanto calor humano como sea posible.

SITUACIONES DE DESACUERDO ENTRE LA PAUTA PROPUESTA POR EL EQUIPO Y LA OPINIÓN FAMILIAR

Si la opinión del equipo es de adoptar una actitud pasiva y la familia, una vez correctamente informada, prefiere iniciar el tratamiento, se respetará la decisión de la familia.

Caso de que el equipo aconseje efectuar tratamiento y la familia se oponga, el niño podrá ser trasladado al centro asistencial que la familia desee, pero asegurando el hospital que así sea, mediante contacto con el centro receptor, o efectuando el traslado personalmente. En caso de que se sospeche o se constate que el niño va a ser trasladado a su casa para no ser tratado, se planteará el obtener una orden judicial para poder efectuar tratamiento.

ASISTENCIA AL MIELOMENINGOCELE SELECCIONADO PARA NO SER TRATADO

El hospital debe responsabilizarse de la asistencia al mielomeningocele seleccionado para no ser tratado hasta el último momento, es decir, hasta su fallecimiento o hasta que las circunstancias aconsejen efectuar algún tipo de tratamiento. Si bien la decisión inicial de no efectuar tratamiento debe mantenerse el tiempo necesario para permitir la evolución natural de los niños con esta malformación, su supervivencia obligará al equipo multidisciplinario a replantearse la situación, junto con la familia. La edad

de tres y de seis meses parecen momentos adecuados para discutir de nuevo la pauta a seguir, manteniendo siempre la idea de intentar decidir lo mejor para el niño. Esta eventualidad debe explicarse claramente a la familia en el momento de plantearse la decisión inicial.

Cuando se decida no efectuar tratamiento se suprimirán los antibióticos, si se habían iniciado en el momento del ingreso y únicamente se efectuarán cuidados locales del defecto y alimentación por boca o sonda nasogástrica. Se administrarán calmantes o analgésicos siempre que sea necesario.

PROTOCOLO DE RECOGIDA DE DATOS

Los datos de la valoración inicial y de las principales incidencias del período neonatal se recogerán en una hoja protocolizada que permita, en función del análisis del seguimiento a largo plazo, asimismo protocolizado, mejorar el conocimiento sobre la actitud inicial a adoptar.

LH

9.2 DOCUMENTOS DEL COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL FRANCÉS DE ÉTICA PARA LAS CIENCIAS DE LA VIDA Y DE LA SALUD* (II)

9.2.1 DICTAMEN SOBRE LOS REGISTROS MÉDICOS PARA ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS Y DE PREVENCIÓN

(6 marzo 1985)

Continuamos en este número la publicación de los documentos de bioética que comenzamos en el número anterior.

En primer lugar, proseguimos con el Documento 2 del Comité de Ética del Hospital San Juan de Dios de Barcelona. En concreto, nos hacemos eco del que hace referencia a la *Asistencia inmediata a los niños afectados de mielomeningocele*.

Por otro lado, continuamos los dictámenes del Comité Consultivo Nacional de Francia para las Ciencias de la Vida y de la Salud.

SOLICITADO POR EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN NACIONAL DEL CÁNCER A PROPÓSITO DE LOS PROBLEMAS SUSCITADOS POR LOS REGISTROS DE LOS CÁNCERES

Se estima que los problemas planteados no constituyen sino un caso particular entre los problemas generales que provocan la recogida y utilización, mediante registros y ficheros informatizados, de datos nominales recogidos por razones biológicas y médicas. Estos problemas deben ser examinados en su conjunto.

* Traducción de Joaquín Plaza y Miguel Martín.

Caso de que el equipo aconseje efectuar tratamiento y la familia se oponga, el niño podrá ser trasladado al centro asistencial que la familia desee, pero asegurando el hospital que así sea, mediante contacto con el centro receptor, o efectuando el traslado personalmente. En caso de que se sospeche o se constate que el niño va a ser trasladado a su casa para no ser tratado, se planteará el obtener una orden judicial para poder efectuar tratamiento.

ASISTENCIA AL MIELOMENINGOCELE SELECCIONADO PARA NO SER TRATADO

El hospital debe responsabilizarse de la asistencia al mielomeningocele seleccionado para no ser tratado hasta el último momento, es decir, hasta su fallecimiento o hasta que las circunstancias aconsejen efectuar algún tipo de tratamiento. Si bien la decisión inicial de no efectuar tratamiento debe mantenerse el tiempo necesario para permitir la evolución natural de los niños con esta malformación, su supervivencia obligará al equipo multidisciplinario a replantearse la situación, junto con la familia. La edad

de tres y de seis meses parecen momentos adecuados para discutir de nuevo la pauta a seguir, manteniendo siempre la idea de intentar decidir lo mejor para el niño. Esta eventualidad debe explicarse claramente a la familia en el momento de plantearse la decisión inicial.

Cuando se decida no efectuar tratamiento se suprimirán los antibióticos, si se habían iniciado en el momento del ingreso y únicamente se efectuarán cuidados locales del defecto y alimentación por boca o sonda nasogástrica. Se administrarán calmantes o analgésicos siempre que sea necesario.

PROTOCOLO DE RECOGIDA DE DATOS

Los datos de la valoración inicial y de las principales incidencias del período neonatal se recogerán en una hoja protocolizada que permita, en función del análisis del seguimiento a largo plazo, asimismo protocolizado, mejorar el conocimiento sobre la actitud inicial a adoptar.

LH

9.2 DOCUMENTOS DEL COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL FRANCÉS DE ÉTICA PARA LAS CIENCIAS DE LA VIDA Y DE LA SALUD* (II)

9.2.1 DICTAMEN SOBRE LOS REGISTROS MÉDICOS PARA ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS Y DE PREVENCIÓN

(6 marzo 1985)

Continuamos en este número la publicación de los documentos de bioética que comenzamos en el número anterior.

En primer lugar, proseguimos con el Documento 2 del Comité de Ética del Hospital San Juan de Dios de Barcelona. En concreto, nos hacemos eco del que hace referencia a la *Asistencia inmediata a los niños afectados de mielomeningocele*.

Por otro lado, continuamos los dictámenes del Comité Consultivo Nacional de Francia para las Ciencias de la Vida y de la Salud.

SOLICITADO POR EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN NACIONAL DEL CÁNCER A PROPÓSITO DE LOS PROBLEMAS SUSCITADOS POR LOS REGISTROS DE LOS CÁNCERES

Se estima que los problemas planteados no constituyen sino un caso particular entre los problemas generales que provocan la recogida y utilización, mediante registros y ficheros informatizados, de datos nominales recogidos por razones biológicas y médicas. Estos problemas deben ser examinados en su conjunto.

* Traducción de Joaquín Plaza y Miguel Martín.

Este examen ha sido solicitado con el deseo de conciliar dos tipos de consideraciones:

- Por un lado, el respeto a la persona humana que resultaría amenazada en sus libertades si se encuentra encerrada en su pasado individual y familiar por los síntomas acumulados y tratados.
- Por otro lado, la necesidad no solamente de no entorpecer sino de favorecer los progresos de la medicina gracias a las nuevas posibilidades que abre la informática.

Al mismo tiempo, si la solución a estos problemas planteados se investiga en función del estado actual de los conocimientos, de las relaciones entre las personas afectadas y los expertos, de la opinión y de la deontología, debe también tener en cuenta los progresos deseables de la investigación médica, de la propia informática y de la evolución de las costumbres.

El Comité Consultivo Nacional de Ética propone las siguientes soluciones:

1. La recogida y el tratamiento de las informaciones nominativas que tienen por objeto la investigación epidemiológica y la esperanza de una mejor prevención médica individual o colectiva, deben estar subordinadas a las siguientes soluciones:

- Garantías que tiendan a evitar que las personas implicadas se vean afectadas en sus libertades ante la utilización por terceros de algunos elementos de información resultantes de esta recogida y tratamiento.
- Garantías concernientes a una eventual derogación, muy limitada, del artículo 378 del Código Penal, referente al secreto médico.

El Comité examinará, pero solamente en el caso en que se crea indispensable, un addendum en el que se defina con precisión que para las investigaciones epidemiológicas que impliquen registros informatizados, el secreto médico puede ser compartido en las siguientes condiciones: el médico que le asiste, después de haber obtenido el acuerdo de su enfermo informado, sólo puede comunicar datos a los médicos responsables de un organismo cualificado con el fin de investigaciones epidemiológicas que tengan por finalidad el mejorar el estado sanitario tanto colectivo como individual y las acciones preventivas que de ellas se deriven.

Los organismos e instituciones habilitados están, pues, encargados de designar un médico responsable de mantener el secreto de las informaciones transmitidas.

La recogida y tratamiento de las informaciones médicas deben estar reservadas a un número limitado de organismos, habiendo sido éstos reconocidos por la autoridad pública mediante un dictamen de un Comité de Ética. Previamente a ello:

- Se habrá asegurado que las investigaciones o las acciones preventivas, en función de las cuales la recogida y tratamiento de las informaciones son considerados, justifican esta recogida y este tratamiento, teniendo en cuenta tanto el interés de las personas individualmente consideradas como el interés público en general.

- Se habrá verificado que las condiciones en las que se hará la recogida de datos son satisfactorias.

2. La recogida y tratamiento de las informaciones médicas nominativas deben ser trabajadas en conformidad con todas las disposiciones de la ley n. 78-17 de 6 de enero de 1978 sobre la informática, los ficheros y las libertades.

Hay que hacer notar que las informaciones no pueden ser dirigidas a los organismos cualificados, sino con el acuerdo previo de las personas implicadas, debidamente advertidas, en las condiciones definidas por el artículo 27 de la ley, de que los datos nominativos que les conciernen a ellos son dirigidos a un organismo cualificado. Cuando se trata de personas incapacitadas se deberá exigir el acuerdo escrito de su representante legal.

La Comisión Nacional de Informática y Libertades deberá poner en acción todas las disposiciones técnicas necesarias para garantizar estrictamente el secreto de las informaciones recogidas y tratadas así como el anonimato de estas informaciones de cara a terceros.

3. Deben intervenir algunas disposiciones legislativas:

- Para derogar, si no estaba admitida la posibilidad del secreto compartido, la norma en vigor no autorizando la comunicación de informaciones médicas nominativas sino entre los expertos asociados al tratamiento de un mismo paciente y definir las condiciones de transmisión de dichas informaciones a los organismos cualificados (ver sugerencias hechas en el punto 2 del párrafo 1 y en la línea 3 del párrafo 2 del presente dictamen).
- Para reservar el acceso a las informaciones recogidas y tratadas, por un lado, a los médicos expresamente autorizados a este fin por las personas implicadas y, por otro lado, a los médicos que realizan las investigaciones científicas o llamados a ejercer una acción preventiva o individual, estando todos ellos igualmente sujetos al secreto profesional.
- Para prohibir a cualquier tercero, a toda persona física o moral, pública o privada, especialmente todo patrono o empresario o asegurador, el solicitar de las propias personas interesadas la emisión de informaciones recogidas o tratadas por los organismos cualificados.
- Para definir las condiciones en las que será posible el acceso a las informaciones recogidas o tratadas después del fallecimiento de las personas implicadas.

4. Los interesados, advertidos por sus médicos de los riesgos que pueden correr y de los medios de frenarlos, deben conservar la completa libertad de asumir las consecuencias de esta información.

No se debe actuar de otra forma sino cuando la Ley lo imponga expresamente.

5. Con el fin de asegurar que la recogida y el tratamiento de las informaciones nominativas por los organismos cualificados sean puestos en acción en unas condiciones éticas que respondan a la confianza de los interesados y en las mejores condiciones técnicas posibles, es necesario y urgente:

- Formar a los médicos para la investigación y el manejo de datos de tal forma que se permita el registro informatizado de éstos y su comparación con los datos provenientes de otras fuentes.
- Sensibilizar a los médicos sobre la importancia de su función y el respeto a las leyes especialmente a aquellas que protegen los derechos y libertades individuales, tanto en lo que se refiere a los médicos que ejercen en la ciudad o en el hospital, como a los responsables de los laboratorios de análisis, a los técnicos de diversas profesiones médicas y paramédicas y, más especialmente todavía, a los médicos que asumen la responsabilidad de los organismos cualificados.
- Que la orientación pedagógica estimule y desarrolle la formación de un cuerpo de médicos epidemiologistas de los que en el momento actual existen desgraciadamente carencias.
- Comenzar y proseguir un esfuerzo prolongado de educación de la opinión pública para hacerle percibir el interés que supone, para cada uno y para todos, el desarrollo de estos registros.
- Provocar, en una primera etapa, la recogida y tratamiento de las informaciones nominativas relativas a ciertas enfermedades o afecciones así como a ciertos sectores geográficos o profesionales, tras el acuerdo de los Comités de Ética.

9.2.2 CONSIDERACIONES SOBRE LOS PROBLEMAS PLANTEADOS POR EL DIAGNÓSTICO PRENATAL Y PERINATAL

(13 mayo 1985)

Las malformaciones congénitas y las enfermedades hereditarias representan en los países industrializados una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad durante la infancia; ellas son una desgracia para el individuo, una prueba afectiva y una carga económica para la familia y para la sociedad.

Los progresos de la medicina son importantes y rápidos para el conocimiento del mecanismo de estos desórdenes. Desde hace una decena de años, diversas técnicas permiten el diagnóstico prenatal de un número importante y creciente de estas anomalías. Estas técnicas representan una gran esperanza para los padres que, habiendo tenido ya niños afectados de anomalías o sabiéndose portadores de un riesgo de enfermedad hereditaria para su descendencia, habrían renunciado a tener hijos; pero sobre todo al constatar la ausencia de anomalía, el diagnóstico prenatal permite eliminar angustias en los padres deseosos de tener un hijo.

Por el contrario, el diagnóstico prenatal permite también revelar la existencia de anomalías que están fuera del alcance de los recursos terapéuticos. En efecto, el progreso de la medicina no le permite aún curar un buen número de afecciones hereditarias: todo lo más se puede lograr una cierta prolongación de la duración de la vida con una mejoría limitada de su calidad.

El desfase existente entre los métodos diagnósticos y los medios terapéuticos puede hacer creer que el recurrir con frecuencia al diagnóstico prenatal puede reforzar el fenómeno social del rechazo de los sujetos considerados como anormales y hace aún más intolerable la menor anomalía del feto o del niño.

A nivel individual, el diagnóstico prenatal sitúa a los padres y al médico frente a la problemática discutida del recurrir a la interrupción voluntaria del embarazo.

La aplicación del diagnóstico prenatal de las anomalías genéticas del feto está, pues, estrechamente ligada a los problemas morales planteados por la interrupción del embarazo.

La decisión a tomar, es decir, la interrupción voluntaria del embarazo o el nacimiento de un niño más o menos pro-

fundamente disminuido, pone en cuestión la concepción que cada uno tiene de la vida y de la persona humana.

La decisión de proseguir o de interrumpir el embarazo corresponde en último extremo a los padres según la ley. «Así se puede descartar el riesgo de una eugenesia colectiva». Esta decisión debe tomar en consideración un conjunto de elementos de hecho y de derecho. En derecho, según los términos de la ley de 17 de enero de 1975, constituye un motivo de interrupción del embarazo la existencia de «una gran probabilidad de que el niño al nacimiento esté afecto de un trastorno de particular gravedad reconocido como incurable en el momento del diagnóstico». Esta definición debe contrastarse con situaciones de hecho cuya apreciación debe combinar cuatro elementos: el grado de certeza del diagnóstico, la gravedad de la afección sospechada, la edad de aparición de los trastornos y la eficacia del tratamiento.

A la vista de la extrema dificultad de las situaciones frente a las que pueden encontrarse aquellos que tienen la posibilidad de recurrir al diagnóstico prenatal y al carácter ético de las cuestiones que pueden plantearse, el Comité Nacional de Ética estima necesario formular recomendaciones relativas a la utilización y desarrollo futuro de los métodos del diagnóstico prenatal.

LA UTILIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRENATAL

Desde hace una decena de años el desarrollo del diagnóstico prenatal se ha basado esencialmente sobre una serie de técnicas biológicas muy fiables (citogenéticas, bioquímicas) y su aplicación ha sido desarrollada por las asociaciones que reagrupan a los responsables de centros de diagnóstico con las autoridades responsables. En este contexto se han realizado decenas de miles de diagnósticos y cada año es mayor el número de parejas perteneciente a grupos de riesgo que se benefician de estos diagnósticos.

Desde hace algunos años, las técnicas de visualización del feto por ecografía han abierto nuevas posibilidades de

diagnóstico cuya precisión depende de la calidad de los aparatos y de la experiencia de los facultativos que los utilizan.

Para conservar en estos diagnósticos biológicos y ecográficos la calidad del rigor que han podido alcanzar, se recomienda organizar centros específicos de diagnóstico prenatal de tal forma que ninguna decisión de interrupción de embarazo pudiera ser tomada sin una consulta previa de uno de tales centros. Éstos deberían ser multidisciplinarios comprendiendo al menos un médico genetista, un genetista biólogo y un especialista de ecografía fetal y estar asociado a uno o más laboratorios que puedan practicar los análisis necesarios.

En la práctica resulta urgente formar médicos y personal técnico en estas disciplinas.

En el plano jurídico, toda decisión sobre la interrupción médica de un embarazo por malformación congénita o enfermedad genética, debe comportar, según la ley del 17 de enero de 1975, el acuerdo firmado de dos médicos, de los que uno sea un experto ante los tribunales, por lo que se recomienda que uno al menos de los firmantes sea un especialista en estas cuestiones y que pertenezca a un centro reconocido. Las mismas reglas deben ser aplicadas a las interrupciones cuya decisión se base en diagnósticos efectuados antes de la 12 semana de gestación.

La decisión sobre la interrupción del embarazo pertenece a los padres debidamente informados del resultado de los exámenes. Conviene tener cuidado de que la información no pueda ser considerada como una presión sobre ellos. No habría que hacerles ningún reproche si los padres se opusiesen al diagnóstico prenatal o a la interrupción del embarazo.

Por último, a fin de evitar las utilizaciones médicamente injustificadas y los errores que podrían resultar de la utilización generalizada de «reactivos» que permitan el diagnóstico del sexo o de enfermedades genéticas desde la novena semana de gestación, se recomienda aplicar a estos reactivos de carácter genético una legislación que se inspire en los mismos principios que la que se aplica a la introducción de nuevos medicamentos o a los medicamentos peligrosos.

DESARROLLO DEL DIAGNÓSTICO PRENATAL

Partiendo de las posibilidades que encierra el diagnóstico prenatal, son previsibles y deseables nuevos desarrollos.

Las dificultades señaladas anteriormente llevan a proseguir con la misma prudencia la extensión y generalización de nuevas técnicas.

Es por esto que no resulta deseable el facilitar el recurso al diagnóstico prenatal nada más que en el caso en el que la probabilidad de error del examen es lo suficientemente débil como para concluir una certeza o casi certeza sobre la existencia de una anomalía genética. Se recomienda que los Poderes Públicos no estimulen el desarrollo del diagnóstico prenatal financiándolo nada más que en estas hipótesis. Esta financiación debería permitir la igualdad del acceso de todos a estas técnicas frecuentemente muy costosas.

En el caso en que el diagnóstico es fiable y la enfermedad frecuente y particularmente grave, podría ser deseable el desarrollo de métodos de diagnóstico prenatal por medidas generales: así el examen prenupcial o prenatal podría, si las parejas lo desearan, comportar análisis que permitan precisar mejor los factores de riesgo y eventualmente permitan el diagnóstico de portadores de genes de enfermedades recesivas.

Un programa de salud pública que comporte la recogida de informaciones sobre las hemoglobinopatías (drepanocitosis y talasemias) sería actualmente posible en ciertas regiones donde son frecuentes, así como lo será pronto también para ciertas anomalías ligadas al sexo. Su extensión podría ser considerada dentro de lo posible para el diagnóstico de otras enfermedades genéticas frecuentes, graves y sin terapéutica eficaz (por ejemplo la mucoviscidosis) teniendo en cuenta, de una manera especial, el costo de estos exámenes.

DESCUBRIMIENTO DE UNA PREDISPOSICIÓN

Si el descubrimiento de una predisposición a ciertas enfermedades, algunas de las cuales son relativamente frecuentes y graves, puede ser hecho por exámenes peri y postnatales y puede que en algunos casos por diagnóstico prenatal, el Comité formula también las mismas recomendaciones, en especial en lo que concierne a su financiación, su limitación a las enfermedades para las que se dispone de técnicas que aseguran una certeza o casi certeza en descubrir una predisposición y existe una posibilidad de tratamiento curativo o paliativo eficaz si se aplica precozmente y teniendo asimismo en cuenta la frecuencia y gravedad de la enfermedad así como el costo del examen. Por último, el secreto debe rodear las informaciones recogidas.

LAS CONSECUENCIAS DEL DIAGNÓSTICO PRENATAL

Las enfermedades hereditarias que hoy día son objeto de diagnósticos prenatales entrañan, en general, la muerte de los sujetos afectados antes de la edad de su reproducción.

Algunos evocan las consecuencias disgenéticas de los progresos médicos que impiden el juego normal de la «selección natural» y acrecientan el «fardo genético»; otros se sitúan contra la «eugenesia» que esconde una política de salud en el dominio de la genética.

Todos los estudios de genética sobre poblaciones muestran que si es posible reducir sensiblemente la frecuencia de nacimiento de sujetos afectados de enfermedades hereditarias, la medicina en su estado actual no permite modificar sensiblemente el patrimonio genético.

Las nuevas posibilidades ofrecidas por los diagnósticos prenatales utilizados con buen criterio y con reserva no pueden ser más que beneficiosos para los enfermos, para sus familias y para toda la población.

9.2.3 ADVERTENCIAS CONCERNIENTES A LOS PROBLEMAS ÉTICOS PLANTEADOS POR LA APRECIACIÓN DE RIESGOS DE SIDA POR LA INVESTIGACIÓN DE ANTICUERPOS ESPECÍFICOS EN DONANTES DE SANGRE

(13 mayo 1985)

Recogidos por el Dr. J. C. Gluckman, presidente de la Comisión de Investigación sobre el SIDA, de problemas éticos planteados por la detección serológica de esta infección entre los donantes de sangre.

El Comité recuerda que en el estado actual de los conocimientos científicos existen dudas. Éstas conciernen sin duda menos a las técnicas en sí y más a la interpretación que puede darse a una seropositividad. Además, conviene señalar que sería inadmisibile que por efecto de una excesiva presión se hiciese necesario sospechar de las condiciones de explotación de los tests serológicos. Cualquiera que sea el aspecto aleatorio del diagnóstico serológico, el Comité estima que es indispensable hacer en condiciones técnicas irreprochables el despistaje de la infección en los

donantes de sangre, pero que éstos deberían ser previamente informados.

Ante la constatación de una seropositividad, y teniendo en cuenta la posibilidad de una grave evolución de la infección y los riesgos de difusión de la enfermedad, el Comité estima que el médico del Centro de transfusión debe observar una actitud de total franqueza con el interesado que será informado de sus responsabilidades personales, familiares y relacionales.

Conviene que en tales circunstancias los médicos cuiden en adaptar sus propuestas a cada caso particular, con el objeto de que sean capaces de transmitir en condiciones aceptables, a menudo difíciles, un mensaje eficaz en lo que concierne al número y amplitud de las investigaciones complementarias y precauciones a observar respecto a su entorno.

9.2.4 CONSIDERACIONES SOBRE LAS EXPERIMENTACIONES SOBRE ENFERMOS EN ESTADO VEGETATIVO CRÓNICO

(24 febrero 1986)

Estas cuestiones tienen su aplicación en los ensayos terapéuticos sobre enfermos en estado vegetativo crónico confirmado y estable.

La primera consideración se refiere a la transfusión masiva, por vía ósea, medular, con el fin de estudiar «paliativos de las bajadas hipovolémicas absolutas y relativas».

La segunda pone sobre el tapete la generalización de estos ensayos terapéuticos en general.

Conviene recordar suficientemente qué es lo que caracteriza a estos estados clínicos y qué los diferencia de los «comas irreversibles».

El *coma dépassé* es la pérdida irreversible de todas las funciones del conjunto del cerebro, del tronco cerebral y de los hemisferios, lo que atestiguan claramente los trazados electroencefalográficos planos debidamente verificados. Por el contrario, en los estados vegetativos crónicos los enfermos conservan funciones vegetativas con la condición de que les sean prodigados cuidados exquisitos.

Según su criterio, el Comité ha afirmado taxativamente respecto a los ensayos de nuevas terapéuticas, que un enfermo no puede ser objeto de un ensayo terapéutico que no tenga relación con el tratamiento de la enfermedad que padece.

El Comité podría así dar por expresada su opinión al respecto. Sin embargo, con objeto de responder más precisamente al Profesor Milhaud, presenta las siguientes observaciones complementarias.

En lo que concierne al caso que nos ha sido sometido solamente después de la realización de la experiencia:

- El protocolo no presenta una consistencia científica suficiente.
- El enfermo, muy desnutrido y curarizado, lejos de encontrar ventajas en la experiencia, ha corrido riesgos, puesto que para realizar una transfusión masiva ha sido necesario, de antemano, someterlo a una expoliación sanguínea muy importante (con desconocimiento de las disposiciones reglamentarias relativas a las extracciones de sangre).
- El consentimiento del paciente no ha sido obtenido y no podía serlo. El consentimiento de sus familiares inmediatos no ha sido recogido. La opinión de un Comité de Ética no ha sido solicitada con anterioridad.

Por todas estas razones, el Comité desapruueba la experiencia practicada por el Profesor Milhaud.

En lo que concierne a los ensayos terapéuticos en general sobre enfermos en estado vegetativo crónico, confirmado y estable, el Comité manifiesta su oposición absoluta a las formulaciones del Profesor Milhaud según las cuales los enfermos serían «modelos humanos casi perfectos» y constituirían «intermediarios entre el animal y el hombre». Ellos son seres humanos que, por otra parte, tienen más derecho al respeto a la persona humana que los que se encuentran en estado de gran fragilidad. Ellos no deberían ser tratados como un medio de progreso científico, sea cual sea la importancia o el interés de la experiencia que no tenga por objeto el mejorar su estado. En consecuencia, el Comité Consultivo Nacional de Ética emite una opinión desfavorable sobre las dos demandas formuladas.

LH

CÓDIGOS

A modo de ilustración, y como ejemplo de la forma en que se van fraguando las identidades de los diferentes grupos sociales, con la consiguiente elaboración de su marco de derechos y deberes —sobre todo los primeros—, publicamos estas dos muestras.

En primer lugar un Catálogo de Derechos de los No Fumadores elaborado en la última Conferencia Internacional que sobre el tema se ha celebrado en Madrid.

Y a continuación, Los Diez Imperativos que, elaborados por la Asociación AIDES francesa y la Agrupación Medecins du Monde, recoge los derechos de los enfermos de SIDA así como de los seropositivos de dicha enfermedad.

CATÁLOGO DE DERECHOS DE LOS NO FUMADORES

1. Que el aire puro esté libre del humo del tabaco es un componente esencial del derecho fundamental para un medio ambiente saludable y no polucionado.
2. Todos los jóvenes y adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra la promoción del consumo de tabaco y de recibir todo tipo de apoyo necesario de carácter educacional y otras ayudas para poder resistir a la tentación del consumo del tabaco en cualquiera de sus formas.
3. Todos los ciudadanos tienen el derecho al aire limpio en los lugares públicos y medios de transporte.
4. Todos los trabajadores tienen el derecho a respirar aire no polucionado por el humo del tabaco en sus lugares de trabajo.
5. Todos los fumadores tienen el derecho a recibir apoyo y ayuda para abandonar el hábito.
6. Cada ciudadano tiene el derecho a estar informado sobre los incomparables riesgos sanitarios del uso del tabaco.

DERECHOS DE LOS ENFERMOS DE SIDA Y SEROPOSITIVOS

Elaborada por la asociación AIDES de Francia y la agrupación *Medecins du Monde*, he aquí la relación de estos derechos conocidos como *los diez imperativos*:

1. Ante la ley y la medicina, el SIDA es una enfermedad como las otras.
2. Las personas afectadas por el virus están amparadas por la ley común. No puede haber ninguna ley de excepción.
3. Las curas a las personas afectadas han de hacerse sin ninguna restricción.
4. Las transfusiones sanguíneas y la utilización de material para la extracción de sangre y de inyección, han de ofrecer todas las garantías posibles de inocuidad. Los responsables de cada país cuentan para esto con la cooperación internacional.
5. Nadie tiene el derecho de restringir la libertad o los derechos de las personas por el solo motivo de estar afectadas por el virus, cualquiera que sea su raza, nacionalidad, religión, sexo o su orientación sexual.
6. Toda referencia a la enfermedad presente o futura, hecha sin el consentimiento de la persona afectada por el virus, ha de ser considerada como perjudicial y sancionada por las normas del derecho común.
7. Toda acción que tienda a negar a las personas portadoras del virus un lugar de trabajo, un alojamiento, un seguro o privarles de ello, a restringir su participación en las actividades colectivas, escolares y militares, ha de ser considerada como discriminatoria y ha de sancionarse.
8. En ningún caso hay que practicar exámenes de exploración del virus sin que lo sepa la propia persona.
9. Todos los exámenes de control y las exploraciones que se consideren necesarias han de realizarse respetando el anonimato y protegidas por el secreto médico. No puede proponerse ninguna exploración que no vaya acompañada de la garantía de un soporte psicológico, médico y social.
10. El secreto médico que obliga a los médicos entre ellos y a cada médico en relación con su paciente ha de ser total, especialmente en cuanto a los trabajadores y servicios públicos. No tiene que haber ninguna excepción, sean cuales fueren las exigencias de la tecnología médica moderna. Los datos obtenidos por los médicos solamente han de servir para fines médicos. Toda violación de esta deontología deberá ser demandada y dar lugar a una reparación.

10. INFORMACIONES

III Conferencia Internacional: Longevidad y calidad de la vida

La Conferencia Internacional, dedicada al tema *Longevidad y calidad de la vida*, es la tercera que organiza el Pontificio Consejo de la Pastoral para los Agentes de Salud desde que fue instituido por el Papa Juan Pablo II en febrero de 1985.

Este encuentro anual pertenece a una de las finalidades de nuestro Dicasterio cual es la de «difundir y defender la enseñanza de la Iglesia en materia de sanidad y la de favorecer la integración de esta enseñanza en la práctica sanitaria».

La Conferencia se ha articulado en tres partes dedicadas

al tema longevidad y relación entre longevidad y salud, longevidad y sociedad. Las jornadas han estado presididas por el Prof. Héctor R. Croxatto, Académico Pontificio y los dos premios Nobel en medicina, los Profesores Carleton Gajdusek y Thomas Huckle Weller. Además, Académicos Pontificios, entre ellos el nuevo presidente de la Academia, profesor G. B. Marini Bettolo, investigadores y estudiosos de varias partes del mundo han asegurado la adquisición de resultados propios de una investigación científica auténtica y la formulación de una propuesta realística para una acción futura.

El primer día ha estado dedicado a la longevidad, aspectos demográficos, investigación científica y una reflexión sobre la edad avanzada entendida como plenitud de vida. En cuanto a la relación entre longevidad y salud —tema del se-



El Papa en el Aula del Sínodo en la III Conferencia Internacional sobre la *Longevidad y calidad de la vida*.

gundo día—, han sido analizados los aspectos químicos, clínicos y biológicos de la longevidad, aspectos mentales y el rol de la farmacología. Finalmente, en el tema longevidad y sociedad se ha estudiado la calidad psicosocial, los aspectos éticos de la tercera edad y la especial situación del anciano en los países en vías de desarrollo. La mesa redonda, titulada «Himno a vida», puso de relieve autorizadas voces sanitarias de Gran Bretaña, Japón, India, Camerún, Perú, Australia, Nigeria, Túnez, Estados Unidos de América y China.

Al final de la segunda jornada tuvo lugar, en el Aula del Sínodo, la entrega del premio sobre «Humanización de la Medicina» al Profesor ruso Anatoly Ivanovich Koryagin. Dicho premio viene entregado por la Georgetown University de Washington que, en estrecha relación con nuestro Pontificio Consejo, quiso significarlo este año en medio de nuestra Tercera Conferencia Internacional. Esta es la segunda vez que esta prestigiosa Universidad premia a una persona que se ha distinguido en el estudio y lucha por los derechos del hombre. La primera vez, hace dos años, dicho premio fue entregado a Mons. Fiorenzo Angelini.

El Santo Padre, Juan Pablo II, como lo hizo en las dos Conferencias Internacionales precedentes, se hizo presente el día 10 en el Aula del Sínodo y fue acogido por todos los presentes con gran muestra de afecto.

El Santo Padre concluyó esta Tercera Conferencia con un discurso, poniendo de relieve las siguientes ideas:

- El bienestar del anciano no depende sólo de las medicinas, sino también de la familia y de las estructuras públicas.
- Es necesario estar atentos a las exigencias de la misma dignidad personal del anciano.
- Que los países ricos no olviden a los países menos desarrollados, a fin de garantizar una idónea asistencia.
- El interés por favorecer al anciano puede contribuir a hacer realidad la palabra del Salmista: «En la vejez darán todavía fruto».

Otro acto significativo de estas intensas jornadas fue la recepción, en VILLA MADAMA, ofrecida a los Congresistas por el Excelentísimo Sr. Giulio Andreotti, Ministro de Asuntos Exteriores de Italia.

La Tercera Conferencia, en la que han estado representadas 56 naciones, entre ellos los Ministros de Sanidad de Cuba, Madagascar, representante del Ministerio de España y varios Embajadores, ha puesto de manifiesto, una vez más, el sentido de universalidad, la capacidad de atracción y el lugar *sin barreras* que es la salud y la enfermedad.

Las Conferencias de esta Tercera Conferencia serán publicadas en nuestra revista *Dolentium Hominum*, n.º 1/1989.

JOSÉ L. REDRADO

Mons. Angelini en Tarragona

**«ESPAÑA OFRECE AL MUNDO
UN GRAN EJEMPLO
DE SENSIBILIDAD PASTORAL SANITARIA»**

El pasado 25 de octubre, Mons. Fiorenzo Angelini, Pro-Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral Sanitaria, y el P. José Luis Redrado, Secretario de dicho Consejo, estu-



Monseñor Fiorenzo Angelini dirigiéndose a los miembros del SIPS

vieron en Tarragona con motivo de la celebración del IV Centenario del Hospital de San Pablo y Santa Tecla.

Invitados por Mons. Ramón Torrella, arzobispo de Tarragona y miembro del Patronato del mencionado Hospital, presidieron los actos que con tal motivo se desarrollaron.

Tras la recepción que Mons. Ramón Torrella ofreció a todos los participantes en la Sala Capitular de la Catedral, y la celebración de la Santa Misa en la Capilla del Santísimo de la Catedral, en donde reposan los restos de don Antoni Agustí, antiguo Arzobispo de Tarragona y promotor del hospital festejado, se procedió, por parte del Alcalde de Tarragona y de Mons. Angelini, al descubrimiento de una placa conmemorativa en los muros de los que fue el primitivo hospital.

Después de un almuerzo con el que el Patronato invitó a todos los asistentes y de la posterior visita a las dependencias del hospital, Mons. Angelini y el padre Redrado se reunieron por espacio de dos horas con el SIPS (Secretariat Interdiocesà de Pastoral Sanitària de Catalunya). A dicha reunión se sumó Mons. Lluís Martínez Sistach, obispo auxiliar de Barcelona, responsable por delegación de Mons. Narcís Jubany, Cardenal de Barcelona, de la Pastoral Sanitaria en el ámbito de la Conferencia Episcopal Tarraconense.

Finalmente, y tras una breve visita al Museo Arqueológico de la ciudad, de gran importancia histórica, Mons. Angelini pronunció una interesante conferencia en el Salón de Actos de la Excm. Diputación de Tarragona. De la misma entresacamos los siguientes párrafos:

- «Me complace tener hoy —como en ocasiones anteriores— la posibilidad de reconocer públicamente que en este

campo España, gracias a la dedicación de sus Pastores, de sus institutos religiosos, de sus agentes sanitarios católicos y de sus colaboradores voluntarios, ofrece al mundo un ejemplo de sensibilidad pastoral sanitaria, confirmándose también pionera en afirmar unos valores humanos, cuya defensa es condición para un servicio a la salud real y eficaz».

- «En la actualidad existe una tendencia peligrosa: a nivel teórico se acepta con gran facilidad todo tipo de discurso sobre humanización de la medicina (lo cual se entiende, porque sería paradójico imaginar una medicina no humanizada); en la realidad concreta de los hechos, esta actitud teórica se presenta a menudo desatendida y en contradicción».

- «A pesar de los cambios sociales y de las condiciones políticas, la presencia e incidencia de la Iglesia en las naciones —tanto desde el punto de vista del número de establecimientos sanitarios católicos como del de los agentes sanitarios católicos y de sus colaboradores— representa una fuerza extraordinaria, tanto por su número como por su extensión. Estoy persuadido de que ningún otro aspecto de la pastoral de la Iglesia en el mundo goza de una extensión y profundidad como el de la pastoral sanitaria. Es fácil intuir las consecuencias positivas que se pueden derivar de este hecho si se tiene en cuenta que nada aúna tanto a los hombres como el amor a la vida y la búsqueda de la salud, aunque éstos se encuentren alejados por mentalidad, ideología y fe».

XIII Reunión Nacional de Delegados de Pastoral Sanitaria

Del 3 al 6 de octubre se celebró en Madrid la XIII Reunión de Delegados de Pastoral Sanitaria.

Presidió la misma Mons. Javier Osés, obispo de Huesca y Presidente de la Comisión de Pastoral de la Conferencia Episcopal Española.

Fundamentalmente la reunión se articuló en torno a dos temas principales: el funcionamiento y dinámica de las Delegaciones Diocesanas y la preparación del Día del Enfermo 89 cuyo tema será *La familia del enfermo*.

Para profundizar este tema hubo diferentes ponencias así como la aportación de diferentes vivencias que expusieron diferentes familias.

Asistieron como invitados diversos miembros de la Comisión de Pastoral Familiar, ministros de otras confesiones religiosas y Rudolf Albisser, Presidente del Consejo Europeo de la Relación de Ayuda en Pastoral Sanitaria.

II Encuentro de Profesionales Sanitarios Cristianos

CONCLUSIONES

Publicamos las Conclusiones del II Encuentro de Profesionales Sanitarios Cristianos, celebrado en mayo pasado en Zaragoza y del que ofrecimos cumplida información en el anterior número de LABOR HOSPITALARIA (cfr. 192-197). Pensamos que estas Conclusiones significan una interesante aportación para el análisis que las mismas reflejan de la situación actual del mundo de la salud. Y, junto a dicho análisis, plantean unos retos que recogen el compromiso, personal y colectivo, que haga de su presencia, levadura transformadora del mismo.



Asistentes a la XIII Reunión Nacional de Delegados de Pastoral Sanitaria

1. Necesidades

Enfermos	Psicológicas	Biológicas	Sociales	Económicas	Familiares	Espirituales
CRÓNICOS	De tratamientos adecuados que resten angustia y apoyen sus deseos de lucha contra la enfermedad. De ser aceptados como personas. De recibir confianza en el futuro.	De tener cubiertas sus exigencias orgánicas diarias. De ser tratados como deben por los profesionales sanitarios.	De ser acogidos e integrados en su entorno. De medios estructurales para poder desenvolverse adecuadamente. De derecho al trabajo que puedan desarrollar según sus posibilidades. De que se palie su incultura con información apropiada.	De contar con recursos que cubran sus impotencias.	De integración familiar. De ser aceptado y escuchado en su enfermedad. De que se desdramatice su enfermedad.	De encontrar sentido a su enfermedad, su dolor y la muerte.
TERMINALES	De superar su soledad con la cercanía de todos. De ayuda para aceptar su situación. De tranquilizar sus angustias y temores.	De que sus carencias básicas no le impidan un mínimo de confort.				De respeto y atención a sus creencias religiosas e ideológicas.
MENTALES	Ni siquiera las manifiestan, aunque son los más afectados por su carencia.	Las mismas que los demás, más la estimulación, pues por sí mismos ni saben ni pueden subsistir.	De camas en la S.S. De apoyo y asistencia social a sus familias.	La falta de recursos les impide una asistencia digna.		De trato, por lo menos humano. De trato espiritual. De Capellanes especializados.
TOXICÓMANOS	De afectos. De comprensión por su dependencia y lo que ésta les esclaviza.		De trabajo. De un medio ambiente no tan permisivo. De una sociedad que no fomente el consumo de drogas.		De una familia integrada. (¿Padres divorciados? ¿Hijos no deseados?).	
SIDA	De aprendizaje para vivir con su enfermedad.		De que la sociedad se esfuerce en comprender, aliviando de culpas por los comportamientos.			
MINUSVÁLIDOS FÍSICOS	De sentirse aceptados.	De recibir cuidados adecuados.	De recibir apoyo social. De tener alojamientos.		De que no se avergüencen de ellos.	

2. ¿Qué están aportando?

Enfermos	Sociedad	Administración Sanitaria	Profesionales Sanitarios	Iglesia
CRÓNICOS	<p>Prometen programas que luego no cumplen.</p> <p>Sólo atienden a la rentabilidad de los recursos.</p> <p>Tímidas iniciativas: Hospitales de larga distancia; ayuda a domicilio.</p>	<p>Actitud estadística y de estudio.</p> <p>Actitud de incomodidad porque no se les puede dar de «alta» rápidamente.</p> <p>Se hace poco o nada por su nula rentabilidad.</p> <p>Falta de cualificación hospitalaria: agudos y crónicos.</p>	<p>Actitud de servicio, en general.</p> <p>A veces, hasta con cariño (si nos caen bien).</p> <p>A veces, con rechazo y evasión (si nos caen mal).</p> <p>Se les deja de lado cuando surge «algún caso» más interesante.</p> <p>Falta de coordinación interprofesional.</p> <p>Actitud de barrera y de angustia ante el enfermo.</p>	<p>No hay programas diocesanos de atención a enfermos.</p> <p>Se hacen «cosas» a título individual.</p> <p>Se intenta su integración en la comunidad eclesial, ayudando a que se sientan personas, y recuperando el valor de la oración.</p> <p>Intento de trabajo coordinado entre Capellán-Parroquia-Visitadores.</p>
TERMINALES	<p>Ignorancia, rechazo, insolidaridad.</p> <p>Actuaciones muy reducidas y ofertas muy limitadas.</p>	<p>Omisión de acciones y pasividad.</p> <p>Son más agradecidos y rentables otro tipo de enfermos.</p> <p>Mala gestión de medios humanos y materiales.</p>	<p>Actitudes de inhibición, rechazo, temor, ignorancia y aislamiento.</p>	<p>Más interesada en los ritos que en el sentido profundo de los Sacramentos.</p> <p>Cierto abandono en favor de otras actividades (docencia, juventud, etc.)</p> <p>Comienza la sensibilización, con acciones individuales y aisladas.</p>
MENTALES	<p>Bien acogidos en los pueblos cuando se les integra.</p> <p>La familia colabora en la hospitalización a domicilio, cuando hay apoyo de un equipo multidisciplinar.</p> <p>Efectos controvertidos de la terapia de «grupos en pisos».</p>	<p>Desatención absoluta de la S.S.</p> <p>Sólo prestan atención las Diputaciones Provinciales, habiendo regiones donde funcionan bien.</p>	<p>Suelen ser vocacionados, pacientes, entregados, responsables, respetuosos y comprensivos.</p> <p>Inflexibles cuando hace falta.</p> <p>Insensibles en muchas ocasiones.</p>	<p>Los religiosos tienen las actitudes más positivas.</p> <p>Algún acercamiento de la Jerarquía, pero falta de denuncia cristiana corporativa ante las actitudes de la sociedad.</p> <p>En algunas Parroquias se organizan actividades.</p>
TOXICÓMANOS	<p>Rechazo social: no son rentables y son una lacra.</p> <p>Ayudas superficiales y politizadas.</p> <p>Desconocimiento e incompreensión del problema.</p> <p>Lo que no se hace: aceptación de la familia, reinserción laboral, relación de afectividad interpersonal.</p>	<p>No se preocupa de la formación de profesionales.</p> <p>Mucha ayuda al «drogadicto», sin resultados.</p> <p>Poca ayuda al «alcohólico», pero mucha propaganda al consumo.</p> <p>Se desintoxica orgánicamente al enfermo, pero no se le aleja del mal.</p> <p>No hay camas, o se les «mezcla» con los enfermos mentales.</p> <p>Tan politizada como la sociedad.</p>	<p>Desconocimiento del tema.</p> <p>Miedo, rechazo, alejamiento, desprecio y curiosidad.</p> <p>Dudas de que el toxicómano quiera ser ayudado.</p>	<p>Ha empezado a trabajar: Proyecto Hombre.</p> <p>Hay una actitud positiva moral y ética, pero no en realizaciones directas de ayuda.</p>
SIDA	<p>Las organizaciones empresariales rechazan a estos enfermos, aunque estén aptos para el trabajo.</p> <p>Los bancos no prestan ninguna ayuda.</p> <p>Los partidos políticos hacen manipulaciones según conveniencias.</p> <p>La prensa trata los «casos» de manera sensacionalista.</p>	<p>Hacen estadísticas y una mala planificación.</p> <p>Las campañas presentadas son mediocres y nefastas.</p> <p>Sólo medican a los enfermos.</p> <p>Los centros consideran a estos enfermos poco rentables.</p> <p>No es una enfermedad de declaración obligatoria.</p>	<p>Por el tipo de información recibida, viven este problema con un gran estrés.</p>	<p>Los obispos han ofrecido sus orientaciones sobre el tema.</p> <p>Las comunidades están recopilando información dando asistencia directa en experiencias aisladas.</p>

Enfermos	Sociedad	Administración Sanitaria	Profesionales Sanitarios	Iglesia
MINUSVÁLIDOS FÍSICOS	Casi nada de investigación. En las empresas públicas se cumple «a medias» la ley del 2 % de empleo. En las privadas se manipula la ley: se da ocupación sobrecargando a los demás. Los políticos se acuerdan en las «elecciones».	Mucha burocracia: complicado conseguir ayudas.	Buen comportamiento profesional y humano.	Falta compromiso en la jerarquía. Se encuentra ayuda en las comunidades religiosas. Las comunidades parroquiales, salvo excepciones, no tienen nada integrado.

3. Compromisos

Enfermos	Compromisos a nivel personal	Compromisos a nivel de grupo
CRÓNICOS	Necesidad de crear un grupo para poner en práctica esta inquietud. Llevar al grupo las experiencias de estas Jornadas y practicar las vivencias con compromisos más fuertes. Concienciar a los compañeros y hacer yo lo que sólo yo puedo hacer. Mantener una formación continuada y conocer los programas de la Pastoral Sanitaria para llevarlos a cabo. Dedicar tiempo a los enfermos, consciente de que son personas.	Estudiar la realidad y aportar soluciones, informando, formando y actuando. Introducir la Pastoral Sanitaria en el Hospital. Mentalizar a los Entes Públicos de la zona.
TERMINALES	Desempeñar las funciones con cariño para despertar esperanzas. Mantener la preocupación de autoformación y superación personal, técnica y espiritual. Comunicar al enfermo con su parroquia.	Formar y comprometer grupos para una mayor dedicación y entrega. Aprovechar los grupos y comisiones existentes para integrarlos y humanizarlos. Mayor comunicación entre nosotros este año de experiencias e iniciativas. Organizar mesas redondas. LA EUTANASIA NO ES APLICABLE EN NINGÚN CASO.
MENTALES	Interesarnos, formarnos y preocuparnos más, para seguir con ilusión y gratuidad, apoyando cualquier tipo de iniciativas dignas.	Potenciar en la CEE el sector de la Sanidad, concienciando a los obispos a que visiten enfermos, como signo de ejemplaridad. Que haya formación permanente de esta pastoral e informaciones adecuadas. Que manden las conclusiones a todos los participantes y se cumplan las del año pasado.
TOXICÓMANOS	Formación de la juventud. Humanizar el trato: creer en el enfermo, acogerlo, no eludirlo, cambiar la hostilidad por aceptación y solidaridad. Intentar la profesionalización del problema y derribar las murallas de la separación.	Crear en el grupo una mentalidad distinta, contactando con personas afines para obtener mejores resultados. Formación psicológica y espiritual para poder desarrollar bien la labor. Ser los primeros en llegar a ellos en todos los niveles: familiar, laboral, etc. Llevar a la juventud los valores de la fe cristiana.
SIDA	Colaboración en los comités anti-SIDA. Conseguir que llegue a los Hospitales información para todos. CARITAS abre un piso en Madrid, en el que se puede colaborar.	Creación de un grupo social que asesore a todos con primicias orientadoras. El comité ciudadano anti-SIDA se ha comprometido a colaborar en la creación de nuevos centros. Grupos de trabajo en las diócesis, cuya labor sea revisada en las próximas jornadas.
MINUSVÁLIDOS FÍSICOS	Asistencia concreta como voluntariado. Educación a las familias por profesionales capacitados. Convivencia una vez al mes para formación espiritual y humana de estos enfermos.	Exigir a la Pastoral Sanitaria la creación de un Voluntariado, potenciando los que ya existen.

4. Qué podemos y tenemos que hacer

Enfermos	Retos	Podemos y tenemos que hacer
CRÓNICOS	<p>Estar atentos a los programas sanitarios para que se cumplan y mejoren.</p> <p>Vistas las necesidades de los distintos grupos de enfermos crónicos, mentalizar a los poderes públicos para crear equipos interprofesionales.</p> <p>Conocerlos y descubrirlos en su riqueza y totalidad.</p> <p>Ser conscientes de su problemática y aliviarla.</p> <p>Vivir de acuerdo con el Evangelio: no «darles», sino «dar-nos»; que cada día sea un «nuevo día».</p>	<p>Dar soluciones a los casos denunciados e implicarnos en las mismas.</p> <p>Capacidad de denuncia, con la autoridad de Cristo.</p> <p>Sacar tiempo para atender a las necesidades.</p> <p>Ser portavoces ante las Instituciones.</p> <p>Visitarles en sus domicilios siendo «signo».</p> <p>Hacer viable el Servicio Religioso en los Hospitales y ayudarlos.</p> <p>Darles lo que necesitan, no lo que yo quiero.</p> <p>Hacerles comprender el valor trascendental del dolor.</p> <p>Convencerles de la importancia de su aportación a la Sociedad y ayudarles a su integración en ella.</p>
TERMINALES	<p>Amarles, ayudarles, aproximarnos.</p>	<p>Superar miedos y aprensiones.</p> <p>Realizar bien la labor en nuestro campo científico, pero también en las dimensiones psico-espiritual y socio-familiar.</p>
MENTALES	<p>Tomar conciencia de su existencia.</p> <p>Definir una postura personal y comprometida.</p> <p>Trasladar nuestra preocupación al entorno, haciendo campaña para reunir gente inquieta e interesada y poder formarnos mejor.</p> <p>Educar a los niños sobre la existencia de la enfermedad mental, fomentando el respeto y consideración.</p>	<p>Prestar una asistencia digna, adecuada pero con cariño, queriéndoles.</p> <p>Acercarnos a ellos, hablarles y tratarles como a cualquier persona.</p>
TOXICÓMANOS	<p>Conocimiento de la problemática para evitar su marginación.</p> <p>Intentar todos los medios para la prevención.</p> <p>Adecuar terapias anímicas y de fe, dando márgenes de confianza y responsabilización.</p> <p>Valorar al ex toxicómano como monitor de rehabilitación.</p>	<p>Crear lugares apropiados para aplicar las terapias.</p> <p>Sensibilizar a la Sociedad, empezando por cambiar nuestra actitud personal hacia ellos, desechando el concepto de «vicioso», para acogerlos como enfermos.</p>
SIDA	<p>Buscar información clara y veraz, para poder crear concienciación individual y colectiva.</p> <p>Dar apoyo al enfermo tratándole como a quienes padecen otras infecciones y planteando alternativas a las «ofertas de marginación» que la Sociedad hace a los enfermos extra-hospitalarios.</p> <p>Colaboración con los comités anti-SIDA.</p>	<p>Creación de grupos de profesionales cristianos que puedan informar sin paliativos a la Sociedad y a la Iglesia sobre esta realidad.</p> <p>Desmitificar y desdramatizar, creando un clima de sincera acogida, y de imagen cristiana a nuestras acciones.</p> <p>Crear equipos interdisciplinarios.</p>
MINUSVÁLIDOS FÍSICOS	<p>Ayudarlos a realizar las actividades que él mismo realizaría si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.</p>	<p>Desarrollar una buena responsabilidad profesional y una gran caridad, que es lo que implica una atención integral.</p>

VII Jornadas de Fisioterapia en Neurología

El pasado 26 de noviembre se celebró en Barcelona la VII Jornada de Fisioterapia, este año dedicada a Neurología.

Remitida por el Gabinete de Prensa de dichas Jornadas, publicamos la siguiente información:

LA FISIOTERAPIA EN ESPAÑA

En España la sanidad, tanto pública como privada, es deficitaria en cuanto a la oferta de tratamientos fisioterapéuticos. En nuestro país hay 6.000 fisioterapeutas frente

a los 44.000 franceses. La fisioterapia es, según el caso, una alternativa o un complemento a los tratamientos químicos. Es, en cualquier caso, una terapia más humana, cuya base es la mano del fisioterapeuta.

Hay otros problemas; como el intrusionismo profesional en gimnasios y masajistas es elevadísimo, durante dos años, 1980-82, la fisioterapia desapareció como especialidad y durante cinco no salieron promociones de fisioterapeutas.

Los fisioterapeutas desgranar una retahíla de ejemplos que demuestran que en España la fisioterapia no es, como en otros países Europeos, un reconocido remedio contra las rigideces, algias, déficit de movilidad y musculares, etc., producidos por traumatismos o enfermedades. Un remedio más humano y menos químico que consigue poco menos que *milagros*.

El problema es antiguo, mientras esta ciencia avanzó con rapidez durante y tras la Segunda Guerra Mundial en el resto de Europa, España no contaba con ninguna escuela especializada. Con la poliomielitis, en la década de los 50, quedó

patente la necesidad de fisioterapeutas y la absoluta carencia. Se creó la primera escuela de fisioterapia. Era una especialidad de dos años que podía cursarse tras obtener la diplomatura en enfermería.

En 1980 se decidió suspender esta especialidad para homologar el título con el de la CEE. Tras dos años de vacío, se crearon las Escuelas Universitarias de Fisioterapia, diplomatura de tres años.

LA MANO ESTÁ DE MODA

¿En qué enfermedades la fisioterapia puede conseguir unos resultados más espectaculares? Ante esta cuestión los miembros de la Delegación Catalana de Fisioterapia recuperan el orgullo de su profesión.

«Cuando consigues que un enfermo logre ponerse de pie has obtenido el resultado más espectacular. Para el enfermo, que llevo a dudar sobre si podría volver a caminar o sobre si volvería a mover un brazo, en el momento en que lo consigues, piensa que el fisioterapeuta lo es todo.» Todos los fisioterapeutas recuerdan casos por los que merece la pena seguir trabajando.

Joaquín Aranda, Tesorero de la Asociación, afirma que «la mano está de moda, de hecho la fisioterapia es tan antigua como el dolor, nace cuando alguien puso su mano sobre una herida o sobre la zona donde sentía dolor. Cada vez se incorporan más medios técnicos pero la base de la fisioterapia sigue siendo el trato personal, y la fuerza terapéutica del contacto humano frente a las angustias y tensiones frente a la simple receta de preparados químicos».

Según la definición de la OMS «la fisioterapia es la ciencia del tratamiento físico por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, agua, masaje y electricidad».

La Asociación define a los fisioterapeutas como a aquellos profesionales que «previenen, curan, adaptan y recuperan personas afectadas de disfunciones somáticas y orgánicas, intentando mantenerlas en un estado o nivel adecuado de salud, alcanzando el máximo rendimiento en sus actividades de la vida cotidiana».

INVESTIGACIÓN

Entre los temas que preocupan a la Asociación de Fisioterapeutas se encuentra la falta de investigación y el intrusismo profesional. Por otro lado, ponen el deporte como ejemplo del poco desarrollo de la fisioterapia en nuestro país. «Conocemos técnicas de prevención de lesiones, de entrenamiento al esfuerzo y terapias específicas para las diferentes lesiones, pero la mayoría de los clubs carecen de un fisioterapeuta diplomado y, como mucho, tienen un masajista. Los deportistas se quejan de lo difícil que es curar sus lesiones aquí», comenta Natividad Gallego, vocal de la Junta.

Añade que «la investigación en España es puramente vocacional; un amigo invirtió dos millones de pesetas en intentar desarrollar una nueva prótesis para la rodilla, cuando se le acabó el dinero se le acabó la investigación. En España se investiga a costa de robar horas y dinero a la familia».

INTRUSISMO

«Proliferan los masajistas y los gimnasios que mediante rótulos llamativos y otras vías publicitarias ofrecen gimnasia

correctiva, masajes curativos, curaciones de artritis, artrosis, reumatismos. Desconocen el origen de las afecciones si provienen de la columna, de problemas musculares, articulares o neurológicos. En el mejor de los casos consiguen tratamientos paliativos de las algias, no curaciones, pero en multitud de pacientes provocan agravación de patologías o disfunciones», comenta Joan Maria Garreta, vocal de la junta de la Delegación Catalana de Fisioterapeutas.

ÁREAS DE ACTUACIÓN DEL FISIOTERAPEUTA

Neurología

- Accidentes Vasculares Cerebrales.
- Traumatismos craneo-encefálicos.
- Paraplejias, tetraplejias, etc.

Traumatología

- Fracturas.
- Esguinces.
- Torceduras.
- Desgarros musculares.
- Roturas ligamentosas.
- Luxaciones, etc.

Cardio-respiratorio

- Tuberculosis pulmonar.
- Asma bronquial.
- Enfisemas.
- Infartos cardíacos.

Reumatología

- Artrosis.
- Artritis reumatoidea.
- Espondilitis anquilopoyética.
- Descalcificaciones.

Pediatría

- Parálisis cerebral infantil.
- Malformaciones congénitas.
- Parálisis braquial obstétrica.
- Poliomielitis.
- Encefalitis.

Geriatría

- Tratamiento básico.
- Estimulación global.
- Mantenimiento de la funcionalidad.

Post-operatorio quirúrgico

- Movilización precoz.
- Movilizaciones generales en el post-operatorio inmediato.

Deporte

- Prevención de lesiones.
- Entrenamiento al esfuerzo.
- Terapias específicas.
- Integración en el equipo multidisciplinario.

Parto

- Antes, durante y después del embarazo.

TERAPIAS DE APLICACIÓN EN LAS DIFERENTES ÁREAS

- Cinesiterapia (terapia del movimiento).
- Terapias manuales y mecánicas (musculares y articulares).
- Enseñanza de ejercicios, posturas, actitudes y movimientos preventivos de enfermedades profesionales.
- Masoterapia (Masajes con finalidad terapéutica).
- Electroterapia (empleo de la corriente eléctrica).
- Vibroterapia.
- Radioluminoterapia.
- Terapias Orientales (acupuntura, digitopuntura, deflexoterapia y auriculoterapia).
- Biofeed-back (estimulación neuromuscular mediante señales de inducción visual y sonora).
- Bioenergética (regulación del equilibrio biológico corporal).
- Psicomotricidad.
- Crioterapia e Hidroterapia (utilización del hielo y agua).

Previamente a la aplicación de las terapias, se realizan los test y comprobaciones funcionales y elaboran la historia fisio-terápica.

I Congreso Europeo de Economía de la Salud

INCENTIVOS EN LOS SISTEMAS DE SALUD

La Asociación de Economía de la Salud está organizando la celebración en Barcelona, los días 19, 20 y 21 de septiembre de 1989, el I Congreso Europeo de Economía de la Salud. El tema elegido para el mismo es el de «Incentivos en los Sistemas de Salud».

Objetivo. Analizar las estrategias generales y las medidas específicas para facilitar el cumplimiento de los objetivos de los sistemas de salud.

Principales Ponentes (provisional). Tony Culyer, Robert Evans, Victor Fuchs, Alan Maynard, Frans Rutten, Jean-Claude Saily, Wýnand Van de Ven, Alan Williams, Peter Zweifel.

Áreas de Estudio. Serán bien recibidas las comunicaciones que traten los temas siguientes:

- Sistemas sanitarios: objetivos e instrumentos.
- Cambios de comportamiento, organizativos y financieros, en los sectores sanitarios.
- Reformas e incentivos en la seguridad sanitaria.
- Mercados interiores en la provisión de servicios.
- Objetivos sanitarios y medidas intersectoriales.
- Libertad clínica, ética y eficiencia.
- Responsabilidades individuales y colectivas en la asistencia sanitaria.
- Implicaciones en términos de equidad de los incentivos por la eficiencia.
- Incentivos por programas de prevención, coste-efectividad y calidad de la asistencia.

Plazo de entrega de las Comunicaciones. Los resúmenes antes del 1.º de febrero de 1989. Las comunicaciones aceptadas han de presentarse antes del 1 de junio de 1989.

Información. Dr. Lluís Bohigas - Tel. 339 11 11.
Dr. Guillem López Casanovas - Tel. 205 09 09.
Sra. Rosa Caballero - Tel. 302 65 91.

El Vaticano convoca una Conferencia Internacional sobre el SIDA

La Santa Sede anunció ayer la convocatoria de una conferencia internacional sobre el SIDA, que se celebrará en el Vaticano en noviembre del próximo año, por iniciativa del Dicasterio para la Pastoral Sanitaria. El anuncio fue realizado por el *ministro de Sanidad* de la Santa Sede, el arzobispo Fiorenzo Angelini, en una entrevista difundida por Radio Vaticano.

Al igual que en las tres anteriores conferencias internacionales promovidas por la Comisión Pontificia para la Pastoral Sanitaria, la reunión de noviembre contará con la asistencia de premios Nobel, científicos, enfermeros y dirigentes políticos de países de los cinco continentes.

Angelini dijo que el congreso abordará los problemas fundamentales del SIDA, que, aseguró, «nace de la crisis existencial, de la crisis de educación, de la crisis de formación, de la ausencia del sentido religioso, además de humano, de la vida».

El prelado subrayó que el problema será estudiado por comisiones de científicos y de teólogos moralistas, para que la conferencia «no sea una de las tantas manifestaciones culturales-científicas que a menudo se hacen a nivel de *gimnasia del pensamiento*, pero no llegan a nada concreto».

Radio Vaticano, al dar esta noticia, dijo que con dicho congreso la Iglesia «se hace cargo en primera persona también del problema del SIDA».

El País (30-XI-88)

Nuevo conflicto en Enfermería

El pasado 25 de octubre fue aprobado por el Consejo de Universidades el proyecto de Real Decreto por el que se establecía el Título Universitario Oficial de DIPLOMADO DE ENFERMERÍA, y las directrices generales propias de los planes de estudio conducentes al mismo.

Dichas directrices no respondían a las expectativas de los profesionales de Enfermería, ya que diferían del informe remitido por el grupo de expertos (Grupo IX) promovidos por el mencionado Consejo de Universidades.

Los principales puntos de desacuerdo residían en:

1. **Número de créditos** (2.700 h del Consejo de Universidades frente a las 4.600 actuales). Ello ponía en entredicho la calidad de la enseñanza a impartir y, por otro lado, incumplía de lleno la normativa comunitaria al respecto —que exige 4.600 h o tres años de formación—; además impedía la libre circulación de los profesionales españoles dentro de la Comunidad Económica Europea.
2. **Áreas de conocimiento.** Incluía otras áreas de conocimiento distintas a Enfermería, lo cual hacía perder la posibilidad de que fuesen los propios profesionales de Enferme-



ría quienes impartiesen determinadas materias, recordando la formación recibida en épocas pasadas.

3. **Troncalidad** (materias obligatorias). Rebajada a un 68 %.
4. **Relación teórico-práctica**. Al no ser ésta equilibrada (50-60 %), hacía inclinarse la formación, con la consiguiente pérdida de profundización teórica.
5. **Materias troncales**. Debiendo ser su orientación y denominación de Enfermería, se incluían otras no troncales para dicha formación.

Visto el alcance del problema, el Consejo General de Enfermería, junto con representantes de la Asociación Española de Enfermería Docente, y directores de Escuelas Universitarias de Enfermería, emitieron un informe desfavorable e iniciaron movilizaciones a todos los niveles.

Se formaron comisiones de estudiantes de Enfermería y de profesionales, realizando una información puntual a través de las Escuelas de Enfermería, Colegios Provinciales y asambleas en los centros asistenciales, haciendo llegar sus conclusiones a los medios de comunicación. Finalmente se convocó una marcha de Enfermería bajo el lema «Calidad de Formación-Calidad de Atención», en Madrid el día 24 de noviembre, en la que profesionales y estudiantes defenderían su posición.

A nivel autonómico se han realizado movilizaciones con importante representación de todos los sectores de la profesión.

El Ministerio de Educación y Ciencia ha expresado su aprobación a las modificaciones planteadas por el Consejo General de Enfermería, y el Ministro, D. Javier Solana, ratifica con su firma, dando un plazo para asesorarse sobre uno de los puntos de dicho informe preceptivo referido al tema de la adscripción exclusiva al área de Enfermería de las materias troncales.

Transcribimos, a continuación, la carta que el Ministro de Educación y Ciencia envió el 21 de noviembre al Presidente del Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería.

MINISTERIO
DE
EDUCACION Y CIENCIA

Ilmo. Sr.:

Evacuado por el Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería el informe preceptivo que, sobre la Propuesta de Real Decreto de Directrices Específicas de Planes de Estudio conducentes al Título de Diplomado en Enfermería aprobado por el Pleno del Consejo de Universidades el pasado día 25 de octubre, le fue solicitado a dicha corporación, este Ministerio considera que las modificaciones propuestas por el citado Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería son asumidas por el Ministerio de Educación y Ciencia.

No obstante, y por lo que se refiere a la modificación propuesta por el citado Consejo en el apartado 3.2.2, el Ministerio de Educación y Ciencia se compromete a recabar en el plazo de un mes los asesoramientos técnicos oportunos, con el fin de que puedan ser estudiadas y estimadas las observaciones y argumentaciones vertidas en torno a este punto por el informe del reiterado Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería.

En este sentido, y en todo caso, se remitirá a dicha corporación el texto definitivo del Proyecto de Real Decreto para que por la misma se emita el oportuno informe favorable.

Madrid, 21 de noviembre de 1988

EL MINISTRO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA

Fdo.: JAVIER SOLANA MADARIAGA

ILMO. SR. PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS DE DIPLOMADOS EN ENFERMERÍA

VIII Jornadas de Pastoral de la Salud Mental

En las VIII Jornadas celebradas en Madrid, del 21 al 24 de noviembre pasado, y bajo el lema La Familia del Enfermo Mental, se aprobaron en Asamblea las siguientes conclusiones.

CONCLUSIONES

1. Creación, dentro de los centros, de un servicio permanente que se ocupe de la familia del enfermo en lo que se refiere a la información, formación y seguimiento del enfermo, cuando éste esté en su casa y lo necesite.
2. Fomentar las Asociaciones de familias de enfermos que tengan un espíritu de ayuda y de apoyo más que un espíritu reivindicativo.
3. Aprovechar más de lo que se está haciendo las ocasiones fuertes (fiestas, enfermedad, funerales) para que el Servicio de Asistencia Religiosa entre en contacto con las familias.
4. Hacer una campaña, a través de los medios de comunicación, como prevención de la enfermedad mental y sensibilización de la sociedad.
5. Que el Día del Enfermo los miembros de la Pastoral de la Salud Mental y las familias de los enfermos se desplacen a las parroquias para exponer la problemática del enfermo mental.
6. Visita, por parte de los miembros de Pastoral de la Salud Mental, a las familias en su propio ambiente.
7. Celebrar, al menos, una Convivencia anual en la que participen familia, enfermos y personal sanitario.
8. Ante el cierre de las Instituciones Psiquiátricas, que se creen otras alternativas para la asistencia a familia y enfermos mentales.

9. Que a la familia no se le niegue la posibilidad de reincorporarse en el Hospital al paciente cuando éste lo necesite.
10. Elaboración de una hoja o boletín informativo con el fin de sensibilizar a la sociedad sobre la problemática del enfermo mental y su familia.
11. Solicitar, a quien corresponda, que la atención del enfermo mental esté cubierta por la Seguridad Social.

Memoria 1987 del Hospital San Juan de Dios de Barcelona

Ha aparecido, en esta ocasión con cierto retraso, la Memoria Anual correspondiente a 1987 del Hospital San Juan de Dios de Barcelona.

En ella destacan por una parte, los datos de actividad que se mantienen a niveles muy elevados:

- Algo más de 100.000 urgencias atendidas.
- Más de 17.000 pacientes visitados en 122.000 consultas externas.
- Más de 17.500 pacientes ingresados en hospitalización, de los que 14.000 fueron pacientes pediátricos y 3.500 pacientes maternos que dieron lugar a más de 2.100 partos, la mayoría de riesgo elevado.

Por otra parte una actividad científica y docente que mantiene las cotas más altas a pesar de las dificultades.

Por último, un equilibrio económico que aunque logrado con grandes dificultades, abre las puertas de la esperanza a nuevos logros.

¡Nuestros mejores deseos de que en el próximo año lleguen a plasmarse en realidades!

CelPA/España, S.L.

Higiene para colectividades

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

Trajano, 18
Teléfono 331 20 95
BARCELONA - 4

Venecia, 42
Teléfono 38 65 12
ZARAGOZA - 7

Roselló, 2
Teléfono 45 01 87
PALMA DE MALLORCA

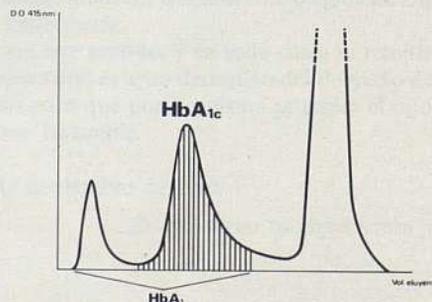
BioSystems

HEMOGLOBINA A_{1c}

Test de elección para el diagnóstico
y seguimiento de la diabetes mellitus

DETERMINACION CROMATOGRAFICA DE LA Hb A_{1c}

- CUANTIFICA ESPECIFICAMENTE LA Hb A_{1c}
- EXACTO: ELIMINA LA FRACCION LABIL
- PRECISO: C.V. (INTER-ENSAYO) < 4 %
- COMODO Y RAPIDO PARA EL ANALISIS DE RUTINA



**Especialistas en diagnóstico clínico
y biotecnología**

atom