

ORGANIZACIÓN Y PASTORAL DE LA SALUD

2

Hermanos de San Juan de Dios Barcelona

Año 42. Segunda época. Abril - Mayo - Junio 1990 Número 216. Volumen XXII

CONSEJO DE REDACCIÓN

Director

MIGUEL MARTÍN

Redactores

MARIANO GALVE JOAQUÍN PLAZA CALIXTO PLUMED FRANCISCO SOLA

Administración

BENJAMÍN PAMPLONA

Secretaría de Dirección

LOURDES COLL EDUARDO GARCÍA

CONSEJO ASESOR

FRANCISCO ABEL
FELIPE ALÁEZ
M.ª CARMEN ALARCÓN
MIGUEL A. ASENJO
MANUEL CEBEIRO
ESPERANZA CACHÓN
ÁNGEL CALVO
JESÚS CONDE
RUDESINDO DELGADO
JOAQUÍN ERRA
FRANCISCO DE LLANOS
PILAR MALLA
JAVIER OBIS
JOSÉ A. PAGOLA

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

Sı	umario	
1	EDITORIAL ¿Primavera de la ética	86
2	LA HOSPITALIZACIÓN DE DÍA PSIQUIÁTRICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES Fernando Angulo Gracia, Gloria Cerdán Escamilla y M.ª Dolors Petitbò Rafart	88
3	COMUNICACIÓN Y ENFERMERÍA Calixto Plumed Moreno	96
4	LA ASISTENCIA A LOS ENFERMOS TERMINALES Miguel Martín Rodrigo	103
4.1	¿Cómo satisfacer las necesidades del enfermo terminal? Ricardo Moragas Moragas	104
4.2	Estatutos de la Sociedad Catalano-Balear de Cuidados Paliativos	107
4.3	Hacer memoria de los que han muerto Catherine Pictet	110
4.4	Plan de acción sobre la eutanasia y la asistencia a bien morir Conferencia Episcopal Española	112
5	«SENTIMOS LA NECESIDAD DE PASAR DE UNA PASTORAL DE ENFERMOS A UNA PASTORAL DE LA SALUD Y DE LA VIDA» Miguel Martín Rodrigo	116
6	IV JORNADAS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS CRISTIANOS (PROSAC)	125
7	CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA Francesc Abel, S.J.	131
8	CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA Francesc Abel, S.J.	137
9	1.ª ASAMBLEA PLENARIA DEL PONTIFICIO CONSEJO José L. Redrado	145
10	INFORMACIONES	149

1. EDITORIAL

PRIMAVERA DE LA ÉTICA?

Hemos sido testigos últimamente de la aparición de una serie de Códigos Deontológicos referidos a dos colectivos tan significativos en el mundo de la salud como son la medicina y la enfermería. Y sus máximas corporaciones oficiales —Consejo General de Colegios Médicos y Consejo General de Colegios de D. E. y A.T.S.— han presentado en sociedad, a bombo y platillo, su respectivo Código Deontológico que pretende recoger lo que hoy constituiría el armazón de la conciencia profesional de sus asociados.

Dicha aparición, que inicialmente es saludada con gozo por cuanto significa de reconocimiento al mundo de los valores que trata de encarnar la ética, nos sugiere, a simple vista, una duda sobre los verdaderos orígenes de este renacimiento.

Si se trata de una respuesta que busca adecuar los grandes valores que desde siempre han conformado la deontología de los diversos profesionales de la salud con los nuevos descubrimientos científicos y adelantos técnicos que han aparecido en las ciencias de la salud, nuestra valoración es ciertamente positiva. Se trataría, en este caso, de resituar la ética en el lugar que le corresponda y del que nunca se le debería sacar. Un lugar diverso al que ocupa la legislación correspondiente, tan importante como necesaria, pero que en modo alguno puede absorber el papel de aquélla. La ética siempre informa la legislación, nunca al revés, aun cuando los vacíos morales tan preocupantes que nos muestra nuestra sociedad lleve a muchas personas no sólo a parangonar sino, a veces, a supeditar lo ético a lo que está legislado.

Pero, ¿y si los nuevos Códigos Deontológicos viniesen a ser una especie de pactos del miedo de unos profesionales cada vez más acusados por una sociedad al amparo de una legislación cada vez más tipificada y estrecha? De ser así, mucho nos tememos la inoperancia práctica de los mismos.

Si a algo se resiste con todas sus fuerzas la ética es a ser manipulada, a ser utilizada al servicio de cualesquiera otras funciones que no sean las derivadas de su más genuina identidad.

No hay duda alguna de la seriedad de planteamientos éticos sistemáticos por parte de un grupo selecto de profesionales sanitarios donde es posible reconocer actitudes nostálgicas de un paternalismo hoy inaceptable, y también actitudes de franca aceptación del derecho de los pacientes en la toma de decisiones que afectan a su salud y tratamiento.

LH simplemente se limita a plantear, así lo hemos indicado antes, una ligera duda sobre los verdaderos orígenes de este renacimiento de formulaciones deontológicas que parecería situarnos en una *primavera de la ética*.

LH ha creído oportuno publicar los Códigos Deontológicos mencionados, con una breve presentación-comentario de nuestro asesor, el doctor Francesc Abel, profundo conocedor de este campo.

Les dejamos a ustedes que compartan con nosotros nuestra duda o que tomen opción por cualquiera de las dos posiciones que la conforman. Decidan ustedes si nos hallamos ante la *primavera* o el *otoño* de la dimensión ética en el mundo de la salud.

¡Ah! Y perdónennos por crearles la duda. Pero no olviden que, casi siempre, la duda es la clave del conocimiento.

LH

Revista

Anellidos

LABOR HOSPITALARIA

Boletín de suscripción

Suscripción anual: cuatro números

Nombre

Calle	Número Piso Puerta
	Provincia o país
Teléfono Profesión	
FORMA DE PAGO (indique con una X la forma de pago que le interese)	☐ Por cheque nominativo adjunto N.º
 Por Giro Postal (indicando, por favor: Cta. 353.271 Banc Català de Crèdit, Agència Cervantes) 	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 in a mi nombre les sean presentados por la revista LABOR HOSPIT a	TALARIA, de Barcelona.

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)

Firma

2. LA HOSPITALIZACIÓN DE DÍA PSIQUIÁTRICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

Fernando Angulo Gracia

Psiquiatra-Psicoanalista, Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital San Juan de Dios de Barcelona

Gloria Cerdán Escamilla

Psicóloga, Adjunto del Servicio de Psiquiatría del Hospital San Juan de Dios de Barcelona

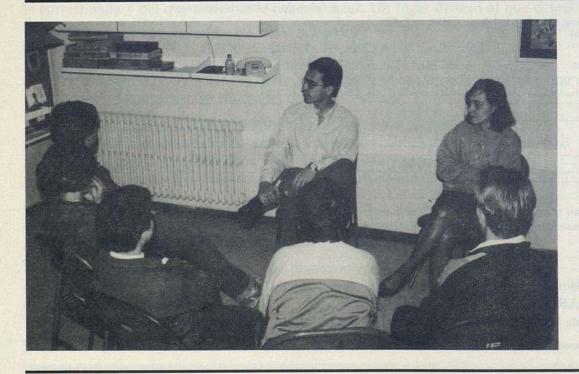
M.ª Dolors Petitbò Rafart

Psicóloga, Adjunto del Servicio de Psiquiatría del Hospital San Juan de Dios de Barcelona Los autores hacen una descripción exhaustiva sobre

- objetivos,
- dispositivos,
- actividades,
- criterios de admisión,
- criterios de alta

del equipo de Hospital de Día para niños y adolescentes que, integrado en el Servicio de Psiquiatría y Psicología, se ha constituido en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Sentadas las bases en una revisión de criterios de experiencias anteriores a nivel internacional, completan el estudio con la revisión casuística de los nueve primeros meses de funcionamiento del equipo.

Culminan el estudio con una amplia lista de citas bibliográficas referidas al tema concreto del artículo.



«La situación de grupo permite que las relaciones humanas que se crean sean más fácilmente abordables»



«La Hospitalización de Día Psiquiátrica permite también efectuar observaciones diagnósticas intensivas para los casos graves y complejos»

ites

ıía,

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL HOSPITAL DE DÍA PSIQUIÁTRICO INFANTIL DE LARGA ESTANCIA

Desde finales de la década de los 50 existen en Europa Hospitales de Día psiquiátricos para la población infanto-juvenil que funcionan con un referente teórico psicoanalítico. En Francia es pionero Lebovici, en el Hospital de Día Fondation Rothschild del distrito 13 de París.

La creación de los Hospitales de Día es consecuencia del establecimiento del concepto de psicosis infantil, como entidad diferenciada, lo que permitió diagnosticar a un gran número de niños que hasta ese momento se etiquetaban de retrasados mentales profundos. De este período datan los primeros estudios sobre las psicosis infantiles de expresión deficitaria (R. Mises e I. Barande, 1963; J. L. Lang, 1979), la interrogación sobre las deficiencias intelectuales (R. Mises, 1975), que fueron objeto de revisión a través de los estudios sobre las disarmonías evolutivas de la primera edad (entidad original de R. Misés, 1977).

La creación de los Hospitales de Día supone la transformación de las instituciones de tipo asilar en que eran acogidos los niños, en centros con vocación curativa. Así se abandona la concepción asilar de la asistencia y se crean equipos multidisciplinares que permiten hacer frente al trastorno, no sólo desde la vertiente deficitaria sino en su globalidad, ofreciendo atención pedagógica y terapéutica al niño y a la familia (Lucas y Talan, 1973).

Citaremos únicamente algunas de las experiencias de este tipo desarrolladas en Europa.

El Hospital de Día de Clairival, fundado por François Faegi con la ayuda de J. Ajuriaguerra, funciona desde 1967, integrado en el servicio de Psiquiatría Infantil del Departamento Universitario de Psiquiatría de Ginebra.

Acoge entre 15 y 20 niños diagnosticados de Psicosis Infantil cuyas edades varían entre 1 y 5 años. El personal está constituido por dos psicólogos, un asistente social, un médico responsable y un médico asistente y una secretaria, todos

a tiempo parcial, así como seis educadores, dos institutrices y una empleada para la limpieza-educadora, en tiempo completo.

L'Ecole Expérimentale de Bonneuil (Centre d'etudes et de recherches pedagogiques y psychanalytiques) se funda en 1969 por Robert Lefort, Maud Mannoni y una pareja de educadores. Bonneuil fue asimilado el 17 de marzo de 1975 como Hospital de Día con albergues terapéuticos de noche. Bonneuil, como centro experimental, goza de un status que le garantiza un funcionamiento basado en el principio de institución estallada. La noción de institución estallada sitúa en primer lugar la posibilidad que se da a los niños de ir de un lugar a otro, tanto pueden estar en Bonneuil como en casa de unos campesinos o artesanos. Niños y adultos van en busca de un estilo de vida, de una acogida que existía antes al nivel de la comunidad de un pueblo y que efectivamente asignaba un lugar a cada uno.

La Fondation Vallée, dirigida por R. Mises, es un ejemplo de un centro creado a finales del siglo pasado con un status de asilo para niños alienados que se transformó en Hospital de Día con la creación de un equipo multidisciplinar. Cuenta también con un internado y un dispositivo extra-hospitalario orientado a la prevención y tratamiento ambulatorio.

LA HOSPITALIZACIÓN DE DÍA DENTRO DE LA RED DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

La Hospitalización de Día Psiquiátrica es un recurso que se responsabiliza del diagnóstico y tratamiento de casos agudos y/o situaciones de crisis que requieren una intervención terapéutica intensiva sin precisar hospitalización total.

Esta Unidad asistencial no puede funcionar de forma aislada, sino que ha de estar integrada a otros recursos de la red, como pueden ser: centros hospitalarios o unidades ambulatorias con recursos suficientes.

Se diferencia de los centros de tratamiento específico, de-

nominados tradicionalmente «Hospitales de Día», porque no atiende al aspecto crónico de la patología mental y no ha de ocuparse directamente de la escolarización de sus pacientes. La duración de la estancia es limitada y el horario diario es más reducido que en los centros de Día para crónicos, con el objetivo de que el paciente no se desvincule en absoluto de su entorno natural.

C. Cobo (1983) denomina este tipo de hospitalización «estancias de medio día». Sus experiencias realizadas en la Clínica Infantil La Paz de Madrid tienen como objetivo la observación, el esclarecimiento diagnóstico y el tratamiento de problemas evolutivos y reactivos. Los pacientes acuden diariamente desde las 9 de la mañana a las 2 de la tarde. La duración de la estancia oscila entre varios días o semanas para la observación y diagnóstico y entre 3 o 6 meses para los tratamientos.

LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE DÍA PSIQUIÁTRICA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BARCELONA

Con la creación de la Unidad de Hospitalización de Día Psiquiátrica en noviembre de 1987, la asistencia psiquiátrica dirigida al niño y al adolescente en el Hospital San Juan de Dios de Barcelona comprende:

- Asistencia ambulatoria.
- Interconsulta.
- Hospitalización de Día.
- Hospitalización total.

Por el hecho de dirigirse a una población con edades comprendidas entre los 0 y 18 años, estos recursos asistenciales constituyen además medidas preventivas que posibilitarán una mejor salud mental en los adultos del futuro. La labor preventiva viene dada a través de la adecuada valoración de los síntomas. En Psiquiatría Infantil es fundamental no yatrogenizar lo que son trastornos reactivos o crisis de crecimiento, y dar su valor real a los síntomas propiamente psiquiátricos analizándolos desde una perspectiva amplia que contemple los factores biopsicosociales.

La Hospitalización de Día Psiquiátrica es un dispositivo asistencial en el que se efectúa un abordaje terapéutico intensivo y multidimensional. Se combina el tratamiento psicoterapéutico individual y grupal con el psicofarmacológico en un marco de relación institucional.

Los resultados terapéuticos no vienen tanto de la combinación simultánea de las diferentes técnicas como el intercambio entre los pacientes que les permite desarrollar un sentimiento de cohesión y pertenencia grupal.

Con el objetivo de que el paciente siga vinculado a su entorno familiar, escolar y social, las estancias se realizan a tiempo parcial. De este modo, en el trabajo terapéutico intensivo se incluye también a la familia con el fin de potenciar en la relación aspectos que faciliten el progreso del paciente. El intercambio con los profesores también aporta información útil que posibilita una mejor comprensión del paciente y permite la modificación de actitudes que a menudo se han convertido en obstáculo para el crecimiento.

La Hospitalización de Día Psiquiátrica acoge patología grave que incluso puede ser crónica, pero siempre con el objetivo de hacer frente a una situación de crisis. También está indicada para individuos que, pudiendo llevar una vida adaptada a su ambiente socio-familiar, tienen dificultad para hacer frente a los conflictos internos derivados del crecimiento o a los cambios de su entorno. Si alguna de estas situaciones provoca una descompensación grave, mal tolerada a nivel familiar, el abordaje ambulatorio resulta insuficiente.

En líneas generales la Hospitalización de Día Psiquiátrica permite:

- Reducir la ansiedad que el individuo experimenta en sus relaciones habituales, recuperando la confianza en sus recursos relacionales.
- Abordar la conflictiva actual, relacionándola con vivencias del pasado, con la finalidad de incrementar su capacidad de comprensión y tolerancia de los conflictos internos y externos.
- Trabajar la diferenciación del paciente en su contexto familiar. A menudo las situaciones de crisis aparecen cuando se empieza a romper la relación fusional, aparentemente aconflictiva, que mantenía el paciente con sus padres. Evolutivamente se trata de un momento de progreso pero requiere que los implicados dispongan de recursos emocionales suficientes para soportar estos avatares. De ahí la necesidad de atender también a las familias de los ingresados en la Unidad.

La Hospitalización de Día Psiquiátrica permite también efectuar observaciones diagnósticas intensivas para los casos graves y complejos.

Descripción del dispositivo asistencial

Está constituido por un equipo terapéutico multi e interdisciplinario formado por dos psiquiatras coordinadores de equipo, dos psiquiatras adjuntos, dos psicólogos adjuntos y un auxiliar de clínica, todos ellos con dedicación a tiempo parcial. Dos cuidadores-terapeutas, postgraduados en Medicina y/o Psicología con dedicación total.

Se acogen un máximo de 8 o 9 pacientes coincidentes, de edades comprendidas entre los 12 y los 16 años. Inicialmente se pensó en acoger también niños de 9 a 11 años pero la práctica ha demostrado que no es factible porque la conflictiva propia de estas edades es muy diferente a la de los preadolescentes y adolescentes, ya que atraviesan momentos evolutivos muy diferentes.

El horario de funcionamiento es de 9,15 a 15,15 horas, de lunes a viernes, comida incluida.

Dentro de este horario se distribuyen las diferentes actividades terapéuticas (psicoterapia individual, grupal, familiar y psicofarmacológica), así como otras tareas que forman parte de la convivencia de grupo.

El tiempo máximo de estancia es de 40 días.

La Unidad tiene un espacio propio, dividido en dos ambientes, dentro de las dependencias del Hospital.

Actividades psicoterapéuticas

Según Laplanche y Pontalis (1971) en su Diccionario de Psicoanálisis, «psicoterapia en sentido amplio es todo método de tratamiento de los desórdenes psíquicos o corporales que utilice medios psicológicos y, de manera más precisa, la relación del terapeuta con el paciente». En sentido más reducido, la psicoterapia de orientación psicoanalítica es, como su nombre indica, la forma de psicoterapia basada en la teoría y téc-



«Se combinan los tratamientos psicoterapéutico individual y grupal con el psicofarmacológico en el marco de relación institucional»

ledios de ou-

ca

e-

ad aann-

ro

0-

eos

én

OS

de

1a

le

te

va

0-

le

ri-

ar

te

le

nica psicoanalítica, cuya finalidad primordial es modificar la economía psíquica y el equilibrio afectivo a través de la interpretación del conflicto inconsciente y del análisis de la transferencia.

Hecha esta breve acotación teórica, pasaremos a describir las diversas actividades psicoterapéuticas realizadas en nuestra Hospitalización de Día, no sin antes aclarar que si bien nuestro marco referencial es el psicoanalítico, la intervención en crisis y la corta estancia dan unas características peculiares a nuestros tratamientos.

En síntesis, éstos tienen la característica de ser psicoterapias intensivas y activas, dirigidas tanto al individuo como a la familia.

Las actividades psicoterapéuticas llevadas a cabo son las siguientes:

Psicoterapia individual. El setting en cuanto al número de terapeutas, número de pacientes corresponde a un terapeuta por paciente. Cada paciente puede realizar, si lo requiere, una sesión diaria de psicoterapia individual. Ésta se efectúa dentro de un referente psicoanalítico, considerando los aspectos que comporta la intervención en crisis y el tiempo limitado, tal como hemos señalado anteriormente.

Psicoterapia de grupo. La realiza un terapeuta, un coterapeuta y uno o varios observadores y varios pacientes. Se realiza una sesión de grupo diaria.

Los objetivos terapéuticos y el referente teórico son los mismos que en la terapia individual. Sin embargo, el trabajo en grupo aporta una ayuda importante en los casos de bloqueo afectivo, dificultades de verbalización de los conflictos o cuando es difícilmente soportable la relación única y directa que impone el tratamiento individual. La situación de grupo permite que las relaciones humanas que se crean sean más fácilmente abordables, ya que se pueden ver los puntos de afinidad entre los componentes del grupo, las tensiones que surgen, los roles que cada uno juega —imponiéndolos o asumiéndolos— etc., pudiendo ser manejada toda la dinámica por el terapeuta y elaborada por el grupo.

Psicoterapia familiar. La realiza un terapeuta con el grupo familiar.

Muy a menudo los vínculos familiares tienen características patológicas que dificultan la evolución del paciente, por ello hay que incidir en ellos.

Convivencia de grupo. Constituye el instrumento terapéutico que soporta los aspectos de dinámica general.

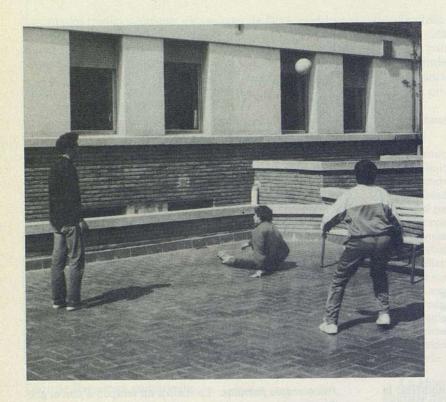
Para que las actividades que se realizan durante la mañana sean terapéuticas, la Hospitalización de Día debe configurar un espacio que fomente al máximo la participación de los pacientes en actividades comunes. Estas actividades pueden ser diversas: jugar un partido de fútbol, dibujar, modelar, realizar juegos, conversar, etc.

Para la eficacia de la intervención es preciso explicitar al paciente y a la familia el sentido del contrato terapéutico, a fin de poder significar con un sentido terapéutico las posibles transgresiones de las normas institucionales. Así la institución ejerce una función cuidadora y contenedora, manteniendo una ley que no pone nadie, sino que está, concretando unas normas que son susceptibles de ser modificadas mediante el diálogo.

Se trata, pues, de promover y facilitar la expresión de actitudes y los intercambios entre los pacientes y con los cuidadores-terapeutas.

Sabemos que el niño tiende a repetir en otros ambientes, con otras personas, las actitudes que tiene con los padres. Actitudes distorsionadas y generadoras de respuesta, que caracterizan no sólo la patología de los padres sino las actitudes que al propio niño se refieren. En este sentido la situación de con-vivir en grupo promueve la rememoración de pautas infantiles y la reanimación de conflictos paterno-filiales y de rivalidad fraterna.

Desde esta perspectiva los diferentes roles soportados de forma específica por los integrantes del equipo asistencial reproducirán funciones simbólicas maternas, paternas e incluso fraternas. Por este motivo es conveniente que los cuidadoresterapeutas sean de diferente sexo.



«Dentro del horario se distribuyen las diferentes actividades terapéuticas, así como otras tareas que forman parte de la convivencia de grupo»

Así, en las horas de convivencia grupal con los cuidadoresterapeutas en las que se incluye, como hemos señalado anteriormente, la comida, a través del fenómeno psicológico de la repetición se ponen de manifiesto los conflictos que el niño tiene con las figuras parentales. De este modo, aparecen conductas de provocación o pasividad, denunciadas por padres y/o maestros, pero ahora en un contexto que permite el que éstas puedan ser trabajadas más allá de su contenido manifiesto.

Para que todas estas actividades psicoterapéuticas sean efectivas el equipo se reúne diariamente durante 30 minutos para hacer una síntesis de cada paciente. De esta forma se integra la información recogida, se establecen las directrices de los tratamientos y se evalúa el momento del alta.

En estas reuniones también se estudian los casos que son presentados como candidatos a la Unidad para determinar si la Hospitalización de Día es el abordaje más adecuado.

Atención pedagógica. Se ofrece cuando se cree conveniente a través del equipo de maestros del Hospital y permite introducir un aspecto de la realidad del paciente que a menudo no vive como propio, sino como un deseo de los padres. Las actitudes ante las actividades escolares son recogidas a través de los cuidadores terapeutas y elaboradas en las reuniones de síntesis.

Criterios de admisión de los pacientes

La edad, como ya hemos señalado, oscila entre los 12 y los 16 años.

El lugar de residencia. Nuestra Unidad atiende un sector determinado de población que corresponde al área 5 del mapa Sanitario de la Generalitat de Catalunya y que incluye las comarcas del Baix Llobregat, Anoia, Garraf y Alt Penedès.

Dado que esta Unidad de Hospitalización de Día es un recurso, por el momento, único, este criterio de sectorización implica una prioridad para los pacientes del área, pero se acordó que dos de los casos coincidentes pudieran proceder de otras áreas.

Además de este criterio administrativo, el hecho de ser una hospitalización parcial que supone el mantenimiento del vínculo del paciente con su entorno natural, es decir con su familia y con la escuela, requiere que el lugar de residencia no sea excesivamente alejado del hospital, ya que el paciente debe hacer sus desplazamientos diarios, habitualmente acompañado por un adulto.

El tipo de trastorno psíquico. Este apartado será desarrollado ampliamente cuando hablemos de las indicaciones de la Hospitalización de Día. No obstante, diremos que en este punto prevalece el criterio de reversibilidad del cuadro, prevención e intervención en crisis. Se deberá considerar, pues, que estén mínimamente conservadas las posibilidades de movilización de la psicopatología y la restauración de los vínculos socio-familiares.

Tiempo de evolución del trastorno psíquico. Este criterio y el anterior van estrechamente ligados y es fundamental valorar ambos en el momento de la admisión. La cronificación sería una contraindicación de este recurso, ya que como hemos señalado es una unidad de muy corta estancia.

Nivel de la demanda. Para la eficacia de esta intervención es necesaria la voluntariedad de asistencia del paciente y la explicitación del sentido del contrato terapéutico. Por tanto, será necesario que haya tanto por parte del paciente como de su familia conciencia de conflicto y motivación para el tratamiento.

Actitud y dinámica del grupo familiar. Antes de la Hospitalización será preciso conocer el contexto relacional del paciente para comprender su problemática y también para determinar los elementos sanos de la familia, en quienes apoyarnos para la intervención terapéutica.

Integración escolar y social. Se valorará para conocer el nivel de adaptación del individuo fuera de su contexto familiar. La experiencia nos ha conducido a considerar la contraindicación de este recurso para algunos de aquellos casos en que el rendimiento escolar está hiperinvestido, ya que entonces la interrupción de la escolaridad conflictualiza más el cuadro. En estos casos hay que valorar muy detenidamente la conveniencia de esta interrupción, aun siendo parcial.

Recursos de adaptación yoica. Se consideran que estén mínimamente conservados los recursos yoicos del individuo para hacer frente a las ansiedades que despierta la situación grupal y vincularse interpersonalmente.

Indicaciones terapéuticas

as

n-

a-

10

he

do

0-

de

ste

e-

ou-

rio vaón ne-

ón la to, de ta-

del ara El ser un dispositivo asistencial de muy corta estancia supone una precisa delimitación en cuanto a las indicaciones. Éstas se hallan determinadas por un criterio de reversibilidad y de prevención, aspectos éstos inseparables de nuestra comprensión de la clínica de la infancia, dentro de unos parámetros evolutivos e interactivos. Para aclarar más este punto haremos referencia a la definición de Psiquiatría Infantil que da J. de Ajuriaguerra: «Es característica fundamental de la paidopsiquiatría ser una psicopatología genética, que se ocupa del desarrollo y de sus perturbaciones y que, por conocer la génesis de las diversas funciones y su evolución en el tiempo, valora las posibilidades del niño en cada etapa de su evolución y tiende a comprender las diversas fases cronológicas en función de las relaciones organismo-medio».

Habría que hacer otra puntualización más, en el sentido de que la hospitalización de Día debe estar concebida como un momento dentro de un proceso terapéutico más largo en muchos de los casos.

Así pues, la hospitalización de Día estará indicada para una población infanto-juvenil grave tanto a nivel del trastorno psicopatológico como del alto riesgo psicológico, debido a causas no sólo individuales sino de tipo psico-social y psicosomático. En términos generales contemplamos las siguientes indicaciones:

 Cuadros que requieren una intervención en crisis agudas y subagudas (neurosis graves, psicosis, trastornos de tipo psicosomático graves, trastornos comportamentales en la

- adolescencia, incluido el suicidio, algunas formas clínicas de la depresión).
- Pacientes que tras una hospitalización psiquiátrica a régimen total precisan tratamiento en hospitalización de día por sus dificultades de integración a un medio terapéutico ambulatorio.
- Casos en que se requiere, para llegar a un diagnóstico, un período de observación profundizando en el estudio del trastorno, atendiendo tanto a factores de gravedad como de dificultad diagnóstica.
- Para tratamientos que por diversas razones es difícil llevarlos a término en régimen ambulatorio.

Criterios de alta

Estos criterios parten de las evaluaciones clínicas sobre cada caso que realiza el equipo asistencial en la síntesis diaria.

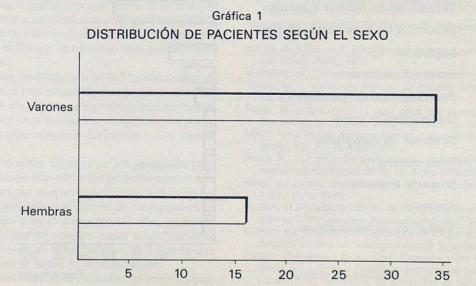
En sentido amplio, el objetivo de la intensidad terapéutica que ofrece la hospitalización de día es resolver el cuadro psicopatológico y conseguir mejoras estables en la personalidad, incluyendo la restauración de los vínvulos familiares y sociales. El alta se decidirá cuando se hayan logrado los objetivos terapéuticos planteados para cada caso (por ejemplo, compensación de una crisis), valorando tanto las posibilidades de integración familiar y social, como la facilitación de un seguimiento y soporte terapéutico posterior a nivel ambulatorio, si se precisa.

ESTUDIO SOBRE 50 PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DURANTE LOS NUEVE PRIMEROS MESES DE FUNCIONAMIENTO

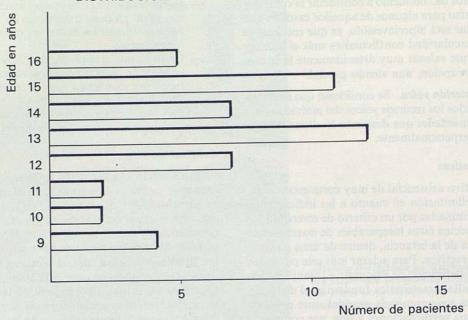
La revisión de la casuística se ha ido efectuando periódicamente con la finalidad de introducir las modificaciones necesarias para un mejor funcionamiento de la Unidad.

Los datos que aquí presentamos corresponden a los 50 primeros pacientes.

La distribución según el sexo (gráfica n.º 1) sigue la misma tendencia que la totalidad de visitas efectuadas en el servicio de Psiquiatría. Aunque en la población general hay un ligero predominio del número de hembras, en la consulta psi-



Gráfica 2
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN LA EDAD



quiátrica del niño y el adolescente el mayor número de pacientes son varones.

En nuestra Unidad de Hospitalización de Día el 68 % de la totalidad de pacientes asistido son varones, mientras que el 32 % son hembras.

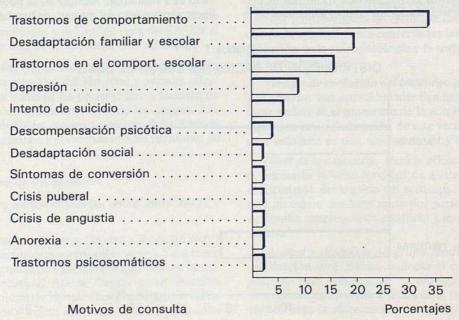
En cuanto a la distribución según la edad (gráfica n.º 2) los porcentajes más elevados se sitúan entre los 12 y 16 años. Hemos de señalar que la reducción del intervalo de edades fue la primera corrección que se realizó en relación al proyecto inicial. Se pasó del límite inferior situado en los 8-9 años, a

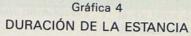
los 11-12. La problemática y necesidades de los pre-púberes son distintas a las que plantean los adolescentes. En nuestra Unidad, aunque se había previsto la posibilidad de disponer de dos espacios físicos diferenciados, cuando los cuidadores terapeutas actuaban separadamente, se desvirtuaba su labor como pareja terapéutica.

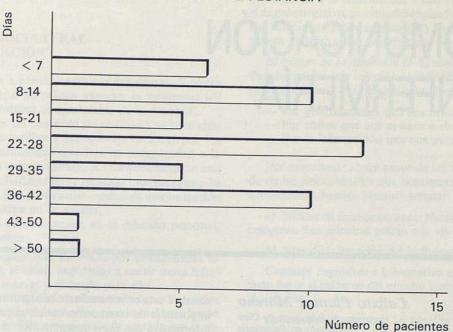
Respecto a los *motivos de consulta*, como puede verse en la gráfica n.º 3, predomina la sintomatología comportamental con manifestaciones tanto en el ámbito familiar como escolar. El hecho de que alcance un 70 % del total no es de ex-

ir

Gráfica 3
DISTRIBUCIÓN DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA







trañar en adolescentes, ya que por las características de esta etapa evolutiva, muchas de sus vivencias son actuadas, lo cual moviliza más intensamente a quienes les rodean.

es

or

La sintomatología intrapsíquica, aunque ha sido atendida en un porcentaje inferior, no deja de ser importante. Una vez más hemos de relacionar este hecho con la contención que siente que puede ofrecer el entorno. A menudo las manifestaciones de la problemática intrapsíquica generan menos ansiedad en los que rodean al adolescente.

Hemos de señalar el incremento de intentos de suicidio, que alcanza un 6 %, en relación a los datos del Servicio obtenidos en años anteriores.

La duración de la estancia en la Unidad de Hospitalización de Día se muestra en la gráfica n.º 4. El 84 % de los pacientes permanece en la Unidad entre 1 y 6 semanas.

Sólo un 4 % supera el límite superior previsto. Se trata de pacientes que empiezan a mostrar una respuesta terapéutica positiva después de varias semanas de ingreso, considerándose necesario ampliar el tiempo de estancia para que los resultados sean fructíferos.

El 12 % del total ha permanecido en la Unidad menos de una semana. Estos casos han permitido recoger datos para conocer los motivos por los cuales, aunque inicialmente fueron considerados indicados para la Unidad, después de un período de observación ha sido necesario derivarlos a otro tipo de asistencia.

En cuanto a la valoración objetiva de los resultados terapéuticos, el tiempo transcurrido desde las primeras altas es aún insuficiente para efectuar una evaluación individualizada.

No obstante, comparando la situación de los pacientes en el momento del ingreso y en el momento del alta, podemos decir que se han obtenido en muchos casos modificaciones en su funcionamiento mental, sobre todo en los casos en que predominaba la actuación sobre la mentalización.

En otros casos el abordaje de la situación de crisis ha per-

mitido desbloquear el proceso de evolución habiéndose reducido el tiempo de tratamiento y gastos que hubiera originado el abordaje ambulatorio.

Otro aspecto de la Unidad que como profesionales nos satisface es la posibilidad de asistir, de una forma integrada, los casos de intento de suicidio. La estancia durante unas horas fuera de su contexto habitual, pero sin desvincularse de él, permite un abordaje completo de la problemática subyacente.

BIBLIOGRAFÍA

COBO MEDINA, C. Paidopsiquiatría Dinámica I. Serv. Científico Roche, Madrid, 1983.

LANG, J. L.: Aux frontières de la psychose infantile. Col. Le Fil Rouge, P. U. F., París, 1978.

LANG, J. L.: Introduction à la psychopathologie infantile. Ed. Dunod, Paris, 1979.

LAPLANCHE y PONTALIS: Diccionario de Psicoanálisis. Ed. Labor, Barcelona, 1971.

LUCAS, G. y TALAN, I. Les hôpitaux de jour pour les enfants. Vol. I Les Ed. E.S.F., París, 1973.

MANNONI, M.: Un lugar para vivir. Ed. Crítica Grijalbo. Barcelona, 1982. MANZANO, J. y PALACIO ESPASA, F.: Estudio sobre la psicosis infantil. Ed. Científico-Médica, Madrid 1987.

MISES, R. y BARANDE, I.: «Les états dysharmoniques graves» en La Psychiatrie de l'enfant, 1963, vol. IV, I, pp. 1-78.

MISES, R.: L'enfant déficient mental. Approche dynamique. Col. Le Fil Rouge, Ed. P.U.F., París, 1975.

MISES, R.: «La place des dysharmonies évolutives de l'enfant» en Information psychiatrique, 1977, 53, 9 pp. 1007-1016.

Mises, R.: La cure en institution. L'enfant, l'equipe et la famille. Les Ed. E.S.F., París, 1980.

VARIOS: «La Fondation Vallée, de l'asile au secteur de psychiatrie infantile» en L'Information Psychiatrique, 1971, 10, pp. 661-733.

VARIOS: «Le placement thérapeutique de longue durée des psychoses infantiles» en *Rev. de Neuropsychiatrie Infantile*, 1976, 15, 77.

VARIOS: Documento de las leres. Jornades sobre l'ordenació de l'assistència psiquiàtrica a Catalunya organizadas por las Diputaciones de Catalunya en Barcelona, en noviembre de 1985.

3. COMUNICACIÓN Y ENFERMERÍA

Calixto Plumed Moreno

Hermano de San Juan de Dios Licenciado en Psicología Redactor de LABOR HOSPITALARIA

«Señalar que la comunicación es la palabra clave en nuestra situación sociológica actual es indicio de su falta o escasez: cuando se habla mucho de algo, o tiene muchos significados connotativos o hay un trasfondo que no adivinamos a descubrir». Partiendo de esta constatación, el autor realiza

Partiendo de esta constatación, el autor realiza un serio esfuerzo por llegar a clarificar tanto el mismo concepto de comunicación, como el circuito en el que ésta llega o no a realizarse.

INTRODUCCIÓN

«En nuestro trabajo cotidiano las enfermeras nos encontramos con dificultades de comunicación, algunas veces objetivables (como en caso de enfermos obnubilados, comatosos, sometidos a intubación endotraqueal o traqueotomía, con problemas de idioma o nivel cultural...), pero otras esta dificultad tiene su origen a un nivel distinto: el psicológico»¹. La constatación de esta realidad es ocasión para la siguiente reflexión.

Señalar que la comunicación es la palabra clave en nuestra situación sociológica actual es indicio de su falta o escasez: cuando se habla mucho de *algo*, o tiene muchos significados connotativos o hay un trasfondo que no adivinamos a descubrir.

Nos invaden los medios de comunicación, pero en la inmensa mayoría de las veces nos impiden la comunicación per-

 SALVADOR, CONCHITA y otros: Comunicación eficaz. Nursing, 1986, septiembre, p. 79. sonal. Y esta es la esencia de la comunicación: «la forma más importante de interacción social, el proceso de transmisión informativa con estos componentes: el comunicador y el comunicante (que actúan unilateralmente o recíprocamente), los medios (signos lingüísticos o no lingüísticos), los canales (acústicos, ópticos, táctiles...) de persona a persona o a través de los mass-media»².

El reto para una buena comunicación está planteado de manera especial a la profesión de Enfermería.

ACERCAMIENTO AL CONCEPTO DE COMUNICACIÓN

El concepto de comunicación incluye las nociones de transferencia de información y de interacción social³, dos aspectos muy esenciales en Enfermería.

La razón por la que el hombre es el único animal social no es otra que la capacidad de comunicarse.

Sin embargo, «el problema de la *incomunicación humana*, de la soledad subjetiva del hombre moderno, de su aislamiento psicosocial, cultural, étnico, geográfico, lingüístico y hasta religioso o místico, no es infrecuente en las conversaciones de intelectuales quienes se preguntan si la persona humana puede abrirse metafísicamente a otros individuos, si el hombre es psíquicamente un distante irremediable, un impenetrable, un misterio únicamente accesible al propio conocimiento introspectivo, es decir, una experiencia vital intransferible» (págs. 236-237)⁴.

- Las relaciones interpersonales comienzan con la percepción de la otra persona, con un conocimiento y una evaluación de sus atributos, de sus intenciones y de sus probables reacciones a nuestras acciones.
- DORSCH, FRIEDRICH: Diccionario de Psicología. Herder, 5.ª ed., 1985.
 Barcelona.
- AGUIRRE, A. (Edit.): Diccionario temático de Antropología. PPU Barcelona, 1988, p. 173.
- PASTOR RAMOS, GERARDO: Conducta Interpersonal. Ensayo de Psi cología Social Sistemática. V.P.S., Salamanca, 1978, p. 236.

La percepción interpersonal está influenciada por procesos subjetivos: actitudes, emociones, deseos, intenciones y sentimientos.

DIMENSIÓN SOCIOCULTURAL DE LA COMUNICACIÓN

El hombre tiende a comunicarse con los demás. Y busca a sus semejantes. Aquí un primer aspecto: la influencia sociocultural en la conducta comunicativa de la persona.

La cultura, que es un conjunto de normas y valores simbólicos participados mediante aprendizaje racional por los miembros de una comunidad que liga en reciprocidad a la comunicación con la cultura (Smith, A.: Communication and Culture), no puede olvidarse en la relación interpersonal. Ya que según Raymond Bauer, no existe verdadera comunicación si el oyente no participa en la misma.

De ahí que en la comunicación, en la relación personal, hay que tener en cuenta:

a) Un comunicante que, motivado por determinadas vivencias personales, se siente impulsado a emitir cierta información sobre las mismas y utilizada para ello.

b) Un transmisor que habitualmente suele ser la palabra hablada o escrita o los gestos mímicos, para lo cual tendría que,

 c) Descifrar o codificar su mensaje de acuerdo con la naturaleza del transmisor escogido.

d) Enviarlo a través de un canal.

e) Procurando evitar las interferencias o ruido que deformen el mensaje, de modo que éste sea.

f) Captado por un receptor.

g) Capaz de descifrarlo o descodificarlo para que sea entendido por,

h) El interlocutor.

ión

co-

los

ús-

de

na-

ıns-

ec-

cial

ma-

sla-

o y

rsa-

hu-

si el

ipe-

oci-

sfe-

ción

ción

eac-

1985

PPU

Psi

Es casi esencial respirar la misma cultura para poder comunicarse.

La posición socioeconómica es un factor capital en las relaciones interpersonales. Se tiende uno a comunicar con gente similar. La comunicación con personas de diferente ideología suele ser incómoda o acaba mal. La comunicación con personas de diferente estrato social a nivel económico parece algo utópico.

Las ideas políticas marcan las relaciones. Las vivencias religiosas determinan la línea de la comunicación. Todos estos elementos son determinantes en nuestras relaciones sociales y personales.

RELACIÓN PERSONA-AMBIENTE: NECESIDADES

El estudio del hombre dentro de su medio y las relaciones que establece con ese medio no es una contradicción psicológica, sino un complemento exacto del estudio de la psicología individual: la familia, el ambiente, la cultura... todo implica al hombre en la interacción personal y en su comportamiento social.

El individuo y el ambiente forman una unidad bipolar cuyo funcionamiento interaccional es la unidad básica para el estudio de la conducta. Así, pues, el individuo se define como un sujeto en situación y el ambiente como una situación construida para el sujeto. No podemos escapar del mundo en que hemos nacido y crecido.

Hay una dinámica en la relación Individuo-Ambiente (I-A): Nace de las necesidades del individuo. Estas necesidades mueven a la relación del I con cuanto le rodea: 1) bajo el ángulo negativo, por insuficiencias funcionales cuando aquellas relaciones están ausentes; 2) en forma positiva por respuesta de búsqueda, de refuerzo, de aceptación afectiva.

El origen de la dinámica (I-A) está en la complementariedad del medio con relación al individuo, ya que éste de suyo es incompleto y está necesitado: Necesitamos a los demás:

- Por gratificaciones que nos ofrecen.

- Por costos que nos ayudan a eludir.

- Por la información que nos pueden dar.

Por mencionar algún autor de los muchos que han hablado de las NECESIDADES que ocasionan la MOTIVACIÓN de sus actuaciones, Joseph Nuttin⁵ señala:

- a) Niveles de funcionamiento: Necesidades fisiológicas y psicológicas. Las primeras entran por vía sensorial.
 - b) Vías de interacción del individuo:

Contacto cognitivo: e informativo a través de la vista, oído, tacto hasta el esfuerzo del espíritu humano por posicionarse en el universo.

Contacto interpersonal: La función afectiva es la que da su naturaleza específica —del amor al odio— a este contacto interpersonal.

Manipulación de las cosas de manera física. Esta manipulación puede ampliarse, ya que el hombre no es un espectador en el mundo, es un actor y además tiende a apropiarse de su obra: el individuo se prolonga en su obra. La venta de su acción le aliena en cierto modo.

- b) 1 Contacto interpersonal: Es el movimiento hacia el objeto humano o tendencia al contacto interpersonal:
- b) 1.1 Necesidad sexual y erótica: El objeto es una persona, no una cosa. Tiene un aspecto psicosocial la sexualidad. Respecto al elemento corporal de la sexualidad, el cuerpo del otro no puede disociarse de la personalidad: el cuerpo es la forma bajo la cual la persona aparece ante el otro. De aquí que el objeto sexual es más rico que el cuerpo objetivo. Aspectos de la sexualidad son la atracción y el misterio de la intimidad. La curiosidad es uno de los componentes de la necesidad sexual en el niño y el adolescente. El papel de la sexualidad es muy importante en la etiología de los trastornos de personalidad. También a menudo la experiencia sexual es considerada como prototipo del placer.
- b) 1.2 Modalidades de contacto social: Valoran las opiniones, las tendencias y los sentimientos de los demás con los que se establece contacto.

El sujeto espera del otro:

- El afecto.
- La consideración.
- Determinadas formas de ayuda y cooperación.

Esta expectativa en el sujeto parece obedecer de manera innata.

- b) 1.3 Conducta altruista: Altruismo es la tendencia a las conductas provechosas para los demás. No se confunde con dar placer a los demás, aunque lo que da placer es a menudo lo más provechoso desde el punto de vista psicológico. El altruismo es
 - 5. Teoría de la Motivación Humana. Paidós, 1982.

una tendencia innata: el hombre se muestra altruista con el débil de su especie.

- b) 2 Contacto cognitivo: La función cognitiva es la que más une al hombre con cuanto le rodea. El contacto cognitivo acompaña a toda forma de conducta.
- b) 2.1 Necesidades de información: Estar atento a lo que sucede. Parece que el hombre tiene una necesidad de información y de conocimiento tal como la tiene de intercambio social y de interacción bioquímica con la biosfera. La actividad cognitiva es una de las formas esenciales del funcionamiento I-A.

Se habla del innatismo de la tendencia a conocer: a plantearse problemas y a buscar su solución.

Se habla del origen externo del objeto que excita la curiosidad y motiva a su conocimiento, mientras que las necesidades homeostáticas parece que están en el propio interior del organismo. Éstas acaban en el organismo con un efecto biológico, las necesidades cognitivas acaban en el objeto mismo con el que contactan.

El hombre precisa de información sobre el funcionamiento de su propio cuerpo y para el propio conocimiento como sujeto.

b) 3 Formas superiores de motivación humana:

- b) 3.1 Necesidad de comprensión integral (n. de realidad): Explicación de la existencia.
- b) 3.2 Valores normativos: Mirada a los proyectos de cambio, evaluación de las acciones, poner las cosas en su lugar: jerarquía de valores. Estos no son de origen social exclusivamente, se fundamentan en EL CONCEPTO TOTAL DE LA REALIDAD.
- b) 3.3 Necesidades en el nivel del mundo ideal: El hombre ha de encontrar sentido a su vida e integrarse en el universo. Socialmente, esta necesidad funciona en voz baja, no se impone. Solamente de manera individual y en personas aisladas se expresa de manera fuerte y enérgica: o el absurdo o la realización del concepto de sí mismo.

El hombre precisa una imagen del mundo y de la vida que le permita poner las cosas en su sitio: los sucesos y los actos concretos; así podrá comprender y evaluar los objetos y a sí mismo y a los demás.

DOS CONCEPCIONES DE LA COMUNICACIÓN

La concepción de la comunicación puede enfocarse desde diferentes teorías:

Teoría de la información: Aplica los procesos de codificado, transmisión y descodificación de mensajes ocupándose de los problemas afines al significado sólo de modo muy indirecto.

Teoría cognoscitiva: Proclama de lleno la autonomía radical de la persona humana como organismo que reflexiona, conoce y manipula los condicionamientos situacionales de su ambiente, que puede autocriticarse o confrontar sus vivencias consigo mismo y que se comporta socialmente guiado en gran parte por conocimientos, significados, ideas, valores y normas culturales.

Teoría de la información

Estadios:

 Fuente o cerebro del conocimiento comunicante: genera mensajes.

- Transmisor o codificador del mensaje en términos gestuales, fónicos, hablados, escritos...
- Canal o vehículo que cubre la distancia entre comunicante y receptor.
- Receptor.
- Destino o cerebro del receptor.

La comunicación para la psicología conductista sería «una respuesta discriminativa que realiza un organismo ante un estímulo».



Condiciones de una buena comunicación

- a) Superposición de los campos de consciencia: es decir, que a la intencionalidad del emisor corresponda en el receptor una receptividad y que, por consiguiente, sus campos de consciencia puedan superponerse, por lo menos parcialmente.
- b) Que sus actitudes no originen una deformación del mensaje.
- c) Que acontecimientos exteriores (ruidos, parásitos) no entorpezcan el paso de la comunicación.
- d) Que los códigos de expresión de los mensajes de ambas partes sean comunes: los lenguajes utilizados están marcados por las influencias culturales, históricas, educativas, y por la experiencia de cada uno.
- Que cada mensaje vaya seguido de un feed-back: Esto es, que retorne al emisor lo que el receptor ha recibido del mensaje, para que el amisor, una vez percibida la diferencia entre el mensaje recibido y el emitido por él, haga la corrección necesaria. «Nunca sé exactamente lo que he dicho hasta no escuchar la respuesta a lo que he dicho» (Norberto Wiener).

Curva de feed-back

LO OUE	SE QUIERE DECIR
LO QUE	SE DICE
LO QUE	EL OTRO OYE
LO QUE	EL OTRO ESCUCHA
LO QUE	EL OTRO COMPRENDE
LO QUE	EL OTRO RETIENE
LO QUE	EL OTRO RETORNA

Teoría cognoscitiva

En la comunicación participan personas activas que buscan los significados para comprender la situación; personas capacitadas para transferirse mutuamente datos originales y para analizarlos críticamente mediante programas de procesamiento de datos que previamente no poseían.

La comunicación intra-personal es un esfuerzo por comprender el propio medio vital, adaptarse a él, dominarlo y transformarlo. Hay un significado, es decir, lo que se quiere comunicar.

La comunicación sería una producción creativa de significados por parte del emisor en la que participa reactivamente el perceptor. Es una comunicación simbólica.

Características de la comunicación

Hay tres clases de comunicación:

- Comunicación incidental, por la que se da a otro una información sin pretenderlo directamente o sin intención de enseñar nada.
- Comunicación consumista, por la que el emisor expresa directamente su estado emocional o afectivo por necesidad personal de desahogo.
- Comunicación instrumental, que tiene expresamente un fin. Busca el producir un efecto determinado en el receptor, y es capaz de modificarse para adaptarse al receptor y alcanzar así un objetivo.

La comunicación intencional plena: es evidente, instrumental.

Ello implica que se conozcan tanto su finalidad como la forma de alcanzarla. El fin de toda comunicación intencional es modificar el estado del saber-hacer o del comportamiento del receptor. Es evidente que la simple emisión de un mensaje no basta, y que dos feed-backs son indispensables, uno del receptor al emisor y otro del emisor al receptor, para que la comunicación merezca el nombre de plena. En los feed-backs se ponen medios:

- A nivel verbal:
 - a) Preguntas y comentarios
 - b) Balance y evaluación al final de la comunicación.
- A nivel no verbal:
 - a) Signos de atención, desinterés, distracción, fatiga.
 - b) Miradas, mímicas...
 - c) Tono de voz y ritmo de asimilación.

La comunicación es plena cuando se produce tanto en el nivel de las informaciones o de contenidos cuanto en el de los comportamientos (afectos, acciones, etc.). Una comunicación crece en su impacto, en su alcance y en sus posibilidades de éxito en la medida en que el propio emisor produce una co-

rrespondencia entre lo que dice y lo que hace, lo que expresa y lo que siente.

«Una teoría integrada de la comunicación debe incluir los acontecimientos verbales y no verbales.

Esta teoría, en la medida que asume interdisciplinariamente los aspectos comunicativos del comportamiento del cuerpo en movimiento, constituye la Antropología del cuerpo. Se trata de definir los aspectos visuales de la comunicación en relación con el uso y el movimiento del cuerpo: cinesia, las formas en las que el espacio físico modela los patrones de integración humana: proxemia; la máscara de presentación cotidiana del yo, con el fin de orientar las impresiones que se puedan formar de uno mismo»⁶.

El uso del lenguaje tanto verbal como no verbal lleva con más o menos intensidad a la presentación de nosotros mismos ante los demás según:

- Grado y forma de autorrevelación.
- Conforme más confiamos en otros, más nos revelamos.
- Reciprocidad en la revelación.
- El arte del manejo de la impresión y al descubrimiento de nosotros mismos:
 - a) Yo, me y él. Uno mismo del espejo de los demás.
 - b) Atribución y autopercepción.
 - Nosotros descubrimos lo que somos, comparándonos con otros.

De aquí que existan unas razones psicosociales de la comunicación.

- Pulsión exploratoria
- Reducción de la incertidumbre.
- Conflicto cognoscitivo.
- Comunicación y extroversión.

Revelación de la propia intimidad. Aquí tiene gran importancia el que ambos interlocutores escuchen al otro y se sientan escuchados, se comprendan, dejen a un lado determinados valores propios para escuchar los del otro, haya un respeto incondicional, se consideren mutuamente como personas independientes, y no haya sensación de cierta dependencia respecto del otro.

Nada de lo que impresiona nuestra vista u oímos nos entrega su mensaje de modo directo. Siempre seleccionamos en los mensajes y de esta manera interpretamos nuestras impresiones del mundo circundante.

Lo que yo siento, lo que percibo y lo que pienso se funden en un solo acto cognitivo.

Para ADLER:

«Una percepción nunca puede ser comparada con una imágen fotográfica, porque algo de la cualidad peculiar e individual de la persona que percibe está inexplicablemente ligado a ella.

La percepción es más que un simple fenómeno físico: es una función psíquica de la cual podemos extraer las más vastas conclusiones acerca de la vida interior propia o ajena. Está en menor grado.»

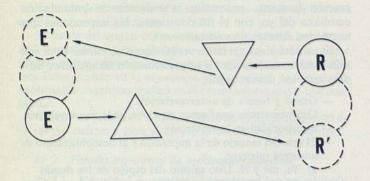
En el proceso perceptivo-cognitivo hay tres operaciones: SE-LECCIÓN, ACENTUACIÓN, INTERPRETACIÓN.

AGUIRRE, A. (Ed.): Diccionario temático de Antropología. PPU, Barcelona, 1988, p. 173.

En la percepción de los más nos dejamos guiar por el principio del MENOR ESFUERZO. Para nuestra percepción (por parte de los demás) nos gustaría pusieran más esfuerzo para no resultar simples las percepciones.

Influencia de las actividades en la percepción ajena

Uno ve a otro a través del prisma deformante de sus actitudes, es decir, que le percibe tal como le imagina. Según este gráfico:



FORMAS DE ACTUAR EN LA COMUNICACIÓN PERSONAL

En toda comunicación hay una permanente interacción de cada uno de los comunicantes sobre el otro. Actuamos y reaccionamos en función de nuestros fines personales de acción sobre el otro, por un lado, y actuamos y reaccionamos en función de lo que hace y dice el otro.

En toda comunicación ambos comunicantes manifiestan al mismo tiempo sus actitudes y comportamientos. Pero esto ni hay que sobreestimarlo ni subestimarlo, hay que situarlo en su lugar apropiado cada uno de los interlocutores.

No obstante, se pueden poner en función alguna de estas conductas en la comunicación:

Conductas directivas

Conductas inductivas. Son aquellas cuyo efecto es influir, sugerir, hasta cierto punto, la respuesta del otro interlocutor, sin que, la mayoría de las veces, sea consciente por parte de los interlocutores.

Influencia de nuestro sistema de opiniones sobre nuestros juicios y nuestros comportamientos. Y así se conservan las informaciones que corroboran nuestra opinión. Se da un cierto sentido a los hechos, considera uno insignificantes algunas informaciones, se ignoran deliberadamente otras...

Las principales conductas directivas para C. Rogers se pueden cifrar en cinco comportamientos o intervenciones verbales que pueden interferir en la comunicación:

- Comportamientos de evaluación (juicio moral).
- Comportamientos de interpretación personal (o explicación).
- Comportamientos de respaldo afectivo: (apoyo, ánimo, consuelo).
- Comportamientos de investigación (de encuesta, búsqueda de información complementaria).
- Comportamientos de solución del problema (consejo, sugerencia, decisión).

Las consecuencias de estos comportamientos directivos o inductivos pueden ser:

- Disminuir los intercambios entre personas, o por lo menos no facilitarlos.
- Reforzar los mecanismos de defensa por los que se tiende a proteger la propia personalidad.

EFECTOS COMPARADOS A CORTO Y LARGO PLAZO DE LAS CONDUCTAS DIRECTIVAS Y NO DIRECTIVAS Efectos sobre la relación entre Efectos sobre la relación entre el entrevistado* y su problema entrevistado* y entrevistador ACTITUDES DEL ENTREVISTADOR* Grado de Zona de Dependencia Ansiedad Agresividad explicación libertad DECISIÓN Consejo de Sugerencia Actitudes influencia **EVALUACIÓN APOYO ENCLIESTA** - Rechazada INTERPRETACIÓN ctitudes de influencia Aceptada Actitudes on influence COMPRENSIÓN **EXPLORACIÓN** Efectos a corto plazo * Sustitúyase en nuestro caso por Emisor o Receptor Efectos a largo plazo apropiadamente

- Incrementar la dependencia de uno de los interlocutores respecto al que adopta este comportamiento.
- Pueden disminuir la ansiedad ante un problema, pero no facilita la solución del mismo.

Conductas no directivas

Consisten en centrar la conversación en la otra persona implicando:

- Actitud de interés hacia el otro.
- Sin juicios, críticas ni consejos.
- Intención auténtica de comprender al otro.
- Objetividad en lo que va sucediendo en la conversación.

Los imperativos de la buena actitud en las conductas no directivas, según Rogers, son:

- Estar enteramente disponible con respecto al interlocutor.
- Estar centrado en lo vivido por el interlocutor y no en los hechos que menciona: cómo siente las cosas, las gentes, los acontecimientos.
- Interesarse por la persona del interlocutor, no por el problema mismo.
- Respetar al interlocutor y manifestarle consideración real.
 No se trata de practicar la psicología sino de escuchar y comprender.
- Facilitar la comunicación y no hacer revelaciones, hacer un esfuerzo para conservar y mejorar la capacidad de comunicación y formulación de los problemas.

En consecuencia, las conductas no directivas dejan que el interlocutor desarrolle sus puntos de vista y estructure como quiera lo que dice y así exprese sus sentimientos. Se abstiene de evaluar, interpretar, apoyar, investigar, presentar soluciones. Así pues, se actúa como respuesta-espejo, como eco del otro intentando comprender sus puntos de vista y asegurándose que ha comprendido lo que el otro quiere decir.

Se intenta en definitiva comprobar cómo se siente el otro interlocutor durante la comunicación.

Efectos a corto y largo plazo de las conductas directivas y no directivas

A corto plazo. Todas las conductas que tienden a tener influencia sobre la persona disminuyen la zona de libertad, disminuye su ansiedad, disminuye el grado de explicación de su problema. Aumenta su dependencia y disminuye su grado de agresividad, ya que puede encontrar un consejo.

Todas las actitudes de comprensión aumentan su zona de libertad, pero también su inquietud y su ansiedad, aumenta el grado de explicación del problema. Disminuye la dependencia, aumenta la agresividad.

A largo plazo. Se invierten la agresividad y la ansiedad. La influencia atenta contra la libertad y crece la dependencia. La actitud no influyente, a la larga, lleva un sentido de propia capacidad y es positiva. (Ver cuadro página anterior).

COMUNICACIÓN ENFERMERA/O USUARIO: CONCLUSIÓN

En esta reflexión no se trata de descender a los detalles de la casuística concreta que implica la relación del profesional de la salud y el usuario de sus servicios, sino que se pretende solamente esbozar unas posibles pautas generales inherentes a una óptima realización de la comunicación en enfermería.

Es de todos conocida la gran diferencia que existe en el concepto que el propio profesional de enfermería tiene sobre lo que debe ser la comunicación con el usuario y la información que debe realizar y la concepción y captación que el enfermo o usuario tiene de esta comunicación e información.

El profesional, a veces, está moviéndose en el mundo de los deseos, mientras que el usuario capta, palpa, sufre el mundo de su realidad dolorosa, frustrante, desequilibrada, que no está suficientemente atendida, ni comprendida, ni siquiera percibe una satisfactoria información. Muchos estudios lo confirman así.

Los instrumentos teóricos señalados arriba sobre el concepto de comunicación y su posible aplicación han de poner en juego la creatividad, sensibilidad y aptitud del profesional de enfermería para cumplir adecuadamente con su función y vocación de servicio.

En la enfermería la relación con el usuario suele ser el vehículo principal para aplicar el proceso de enfermería.

Cook, J. S.⁷ enumera una serie de técnicas que permiten al enfermo/a obtener información del usuario y establecer con él una línea de actuación y comunicación:

- Silencio Exploración
- Aceptación Dar información
- Reconocimiento Clasificación
- Ofrecimiento Presentación de la realidad
- Apertura Duda con tono de voz
- Situación del suceso Búsqueda de validación en el tiempo consensual
- Hacer observaciones Expresar lo implícito
- Ayudar a describir algo
 Animar a comparar
 Traducir sentimientos
 Sugerir colaboración
- Repetición Resumir
- Reflejo Resumir Reflejo Animar a formular un plan
- Concentración de acción.

Al mismo tiempo, señala algunas técnicas no terapéuticas:

- Reafirmación Defensa
- Aprobación Pedir explicaciones
- Negación
 Indicar la existencia
- Desaprobación de una fuerza externa
- Mostrar acuerdo Despreciar los sentimientos
- Consejo expresados
- Sondeo Dar respuestas literales
- Desafío Interpretación
- Probar
 Introducir un tema que no tiene
 nada que ver

Con las pertinentes matizaciones hay una aproximación a la línea rogeriana en la relación y comunicación, marcando la mayor o menor eficacia en el proceso de enfermería que ha de revertir en la búsqueda del autocuidado del usuario.

El reto para la enfermería está marcado, el camino es largo, pero los instrumentos están al alcance de quienes se inquieten por conocer más al hombre, y no pierdan la capaci-

 COOK, J. S.: Enfermería Psiquiátrica. Interamericana, Mc Graw Hill, Madrid, 1990, pp 61-63. dad de observar, analizar, seguir y evaluar sus reacciones al tiempo que se profundiza en el propio conocimiento y reacciones que se ponen en contacto recíproco en todo proceso de comunicación e información: la comunicación es un flujo entre personas que precisan unas de otras.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUIRRE, A. (Ed.): Diccionario temático de Antropología. PPU, Barcelona, 1988.
- ARANGUREN, J. L.: La comunión humana. Guadarrama, Madrid, 1975.
- BLACKING, J.: The Anthropology of the Body. Academic Press, Londres, 1977. (Tratamiento simbólico de los aspectos comunicativos del comportamiento del cuerpo en movimiento).
- Buxo, M.ª J.: Antropología Lingüística. Anthropos, Barcelona, 1983. (Enfoque intedisciplinar de la antropología cultural y la lingüística con el fin de explicar el fenómeno cultural humano en términos de la lengua como subsistema cognitivo y el habla como expresión verbal de la comunicación).
- CHOMSKY, N.: Languaje and mind. Trad. castellana, Ed. Seix Barral, Barcelona, 1971.
- Соок, J. S.: Enfermería psiquiátrica. Interamericana Mc Graw Hill, Madrid, 1990.
- DAVIS, F.: La comunicación no verbal. Alianza Editorial, Madrid, 1978.
- 8. Dorsch, F.: Diccionario de Psicología. Herder, Barcelona, 1985.
- GUMPERZ, J. y HYMES, D.: Directions in Sociolinguistics. The Etnography of communication. Holt, Rinehart and Winston, Nueva York, 1972. (Exposición de la etnografía de la comunicación como ampliación de la etnografía del habla).
- HYMES, D.: Sociolinguistics and the Etnography of Speaking, en E. Ardener. «Social Antropology and Language», Tavistock, Londres, 1971. (Formulación del modelo etnográfico del habla, describiendo adecuadamente el comportamiento hablado).
- KNAPP, M. L.: La comunicación no verbal. Paidós, Barcelona, 1982.
 LAÍN ENTRALGO, P.: El cuerpo humano. Espasa Universidad, Ma-
- Laín Entralgo, O.: Teorías y realidad del otro. Revista de Occidente, Madrid, 1961.
- LAVELLA, L.: La parole et l'ecriture. L'Artisan du livre, París, 1942.
 (Obra que explica la comunicación intuitiva desde la perspectiva existencial personalista).
- Lefebvre, H.: Le Langage et la Societé. Trad. cast. Ed. Protero, Buenos Aires, 1967. (La obra se ubica en lugar de encuentro de la lingüística y la sociología y de ahí analiza la sociedad actual).
- 16. LEVI-STRAUSS, C.: Les estructures élémentaires de la parenté. Trad.

- cast. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1969. (Trata las relaciones de parentesco según el patrón de los sistemas lingüísticos, considerando las reglas del matrimonio como conjunto de operaciones destinadas a asegurar cierto tipo de comunicación entre los individuos y los grupos. Obra básica para analizar el concepto de comunicación como intercambio).
- MANN, L.: Elementos de Psicología Social. Ed. Limusa, México, 1979.
- MARCUSE, H.: One-dimensional Man. Trad. castellano Seix Barral, Barcelona, 1965. (Análisis de la moderna sociedad occidental que, bajo un pseudodemocratismo, esconde la explotación del hombre).
- 19. MCLUHAN, M.: The Gutenberg Galaxi. Trad. cast. Ed. Aguilar, Madrid, 1969. Message et massage. Trad. cast. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1969. (Estas obras, pese a las diferencias, subrayan la tesis de que los medios de comunicación modifican al ser humano por sí mismos, independientemente del mensaje que transmiten).
- Ministerio de Educación Superior, Psicología: Programa y guías de Estudio Especialidad Licenciatura en Enfermería. La Habana, 1988, Ed. Pueblo y Educación.
- OGDEN, C. K. y RICHARDS: The meaning of meaning. Trad. cast. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1964. (Libro clásico dentro de la filosofía del lenguaje. Incluye también un ensayo de Malinowski sobre el significado en las lenguas primitivas).
- PASTOR RAMOS, G.: Conducta Interpersonal. Ensayo de Psicología Social Sistemática. U. Pontificia, Salamanca, 1978.
- 23. PEASE, A.: El lenguaje del cuerpo. Paidós, Barcelona, 1988.
- ROGERS, C.: El proceso de convertirse en persona. Paidós, Buenos Aires, 1979.
- 25. Orientación Psicológica y Psicoterapia. Narcea, Madrid, 1981.
- 26. Grupos de encuentros. Amorrortu Sd., Buenos Aires, 1979.
- SCHENRER, J.: Structure et fondement de la communication humaine. S.E.D.E.S., París, 1967. (Una de las obras más importantes sobre la comunicación interpersonal.
- 28. SEARLE, J.: Speech acts: An essay in the Philosophy of Language. Trad. cast. Ed. Cátedra, Madrid, 1989. (Una de las principales aportaciones, desde la filosofía, a la antropología lingüística. Al hacer hincapié en la función comunicativa del lenguaje, lo convierte en parte de una teoría general de la acción, gobernada por reglas. La Unidad mínima de comunicación lingüística es el acto del habla).
- SHANNON, C. y WEADY, W.: The mathematical theory of communication. The University of Illinois Press, 1949. (Formula los principios de la teoría general de la información).
- SKINNER, B. F.: Verbal Behavior. Appleton-Century-Crofts, 1957.
 (Obra característica del conductismo contemporáneo y criticada por el mentalismo de Chomsky).
- 31. WIENER, N.: Cybernetics or control and communication in the Man and the Machine. Hermman, París, 1958. (Obra básica que define y determina la ciencia cibernética, constatando que el comportamiento de las nuevas máquinas y el de los seres humanos pueden responder al mismo esquema).

4. LA ASISTENCIA A LOS ENFERMOS TERMINALES

Miguel Martín Rodrigo

La asistencia a los enfermos terminales es una realidad que, día a día, va adquiriendo mayor relevancia en el mundo de la salud y mayor eco en la propia sociedad. O, tal vez, sería más correcto decir que los gritos de demanda de la sociedad han llegado a interpelar a la propia estructura sanitaria. Una estructura que, paulatinamente, va tomando conciencia de la auténtica dimensión del problema y se está poniendo a esbozar soluciones adecuadas.

El incremento de la esperanza de vida que se está dando en los países desarrollados, junto al desarrollo de las ciencias de la salud y su correspondiente tecnología, están produciendo de forma cada vez más patente casos de enfermos terminales que exigen un nuevo concepto de asistencia y un nuevo estilo de atención en el que el cuidar tome prevalencia sobre el curar.

Y una estructura sanitaria como la nuestra, primordialmente concebida para el tratamiento del enfermo agudo, se ve desbordada e impotente para ofrecer las soluciones que aquéllos exigen.

Por ello, no es de extrañar que se planteen proyectos que intenten abordar el problema en toda su complejidad, que la tiene. Y a trompicones a veces, con la sonrisa irónica de los enteradillos otras, con el gesto inicial de extrañeza de muchos casi siempre, grupos de profesionales, con un olfato especial para detectar los problemas humanos y para tantear soluciones a los mismos, se afanan en inventar, proponer y defender nuevos proyectos, fórmulas nuevas. Y los enterados cada vez se van enterando más, y los irónicos van sustituyendo su helada sonrisa por una actitud más comprensiva, y los extrañados le van concediendo cada vez más carta de normalidad.

LABOR HOSPITALARIA ni se considera enterada, ni sonrie irónicamente, ni contempla el problema con extrañeza. A LABOR HOSPITALARIA le preocupa una realidad tan profundamente humana como frecuentemente dramática. Y desde hace tiempo ha ido buscando material sobre el tema con el que sensibilizar en un primer momento, y formar más tarde a sus lectores sobre el mismo.

Tarea difícil ésta cuando el trabajo se halla en sus fases iniciales. Resulta un esfuerzo arduo encontrar la reflexión sobre algo que está en proceso de nacimiento, que marcha más a nivel de impulsos de voluntad que de producto de racionalidad. Pero, aun así, en estos momentos nos sentimos en condiciones de poder ofrecer una primera entrega que creemos reúne calidad suficiente y, sobre todo, capacidad para sugerirnos a todos en dónde nos encontramos y hacia dónde debemos caminar.

Con este deseo os ofrecemos, pues, estos cuatro trabajos siguientes que abordan el problema que nos ocupa desde diferentes vertientes pero con un punto central de convergencia: la correcta asistencia a los enfermos terminales.

En primer lugar, el profesor Ricardo Moragas nos describe el resultado de una investigación sociosanitaria que tenía como objetivo «realizar un estudio sobre la viabilidad de establecer un programa de asistencia global a enfermos terminales en la ciudad de Barcelona, basado en las últimas técnicas aplicadas en otros países que poseen mayor experiencia en dicha asistencia».

A continuación, publicamos los «Estatutos de la Sociedad Catalano-Balear de Cuidados Paliativos». Son, ni más pero tampoco menos, que las señas de identidad de una realidad concreta que nace con vocación de servicio a quienes ya hoy precisan del nuevo tipo de asistencia que antes indicábamos.

Le sigue un artículo de Catherine Pictet que —aquí sí que es ya desde la reflexión— nos narra su experiencia como visitadora en un centro que viene realizando esta experiencia desde hace un tiempo. Un artículo tan sencillo como cálido y sugerente que, imperceptiblemente, nos adentra en un nuevo estilo de hacer que implica una nueva forma de ser: un nuevo tipo de asistencia que reclama un nuevo tipo de profesional.

Y cerramos nuestra oferta con la publicación del «Plan de Acción sobre la Eutanasia y la Asistencia a Bien Morir» que elaboró la Conferencia Episcopal Española. Publicado ya el pasado mes de septiembre, LABOR HOSPITALARIA se ha visto imposibilitada de darle cabida en sus páginas hasta el momento presente debido a que las mismas se hallaban dedicadas a otros temas que fueron abordados con carácter

monográfico. Dada la importancia del tema, no hemos querido silenciarlo.

Y es que estamos convencidos que la eutanasia no ha sido, en la mayoría de los casos, sino el clamor que una sociedad, indignada ante el trato que han recibido sus miembros más débiles, ha lanzado provocadoramente al aire.

Permitanme recomendarles la lectura detenida del Testamento Vital que propone dicho Plan. Y, si les parece bien, les ruego que lo asuman y lo divulguen. Quien esto escribe —perdonen la arrogancia— lo firmó nada más finalizar la pasada Vigilia Pascual, lo plastificó y lo lleva en su cartera dondequiera que vaya. Y es que, para mí, más que un Testamento Vital es un Canto a la Vida y un Credo en su Autor.

LABOR HOSPITALARIA permanecerá con sus ojos bien abiertos para seguir ofreciéndoles cuanto, en adelante, venga a iluminar un mundo que hoy todavía permanece tan oscuro y peligroso.

4.1 ¿CÓMO SATISFACER LAS NECESIDADES DEL ENFERMO TERMINAL? Un estudio de Sociología Sanitaria aplicada

Ricardo Moragas Moragas
Universidad de Barcelona

La investigación que se presenta forma parte de un estudio amplio cuyas características se detallan.

OBJETIVO

Realizar un estudio sobre la viabilidad de establecer un programa de asistencia global a enfermos terminales en la ciudad de Barcelona basado en las últimas técnicas aplicadas en otros países que poseen mayor experiencia en dicha asistencia.

ANTECEDENTES

- Debido a las rápidas transformaciones de la vida económica y social en las grandes ciudades y las limitaciones del sistema sanitario, los pacientes terminales (aquellos con menos de seis meses de vida) no son atendidos debidamente por la familia y/o por el sistema sanitario. Al mismo tiempo ocupan camas hospitalarias o en residencias no adecuadas a sus necesidades de calidad de vida.
- Los cuidados que dichos pacientes necesitan son principalmente psicosociales, aparte del control médico para suprimir el dolor y maximizar el bienestar físico. Los hospitales y residencias no están equipados para proporcionar esta calidad de vida psicosocial, apareciendo en los países ade-

lantados el concepto de hospitalidad (hospice) como conjunto de servicios y apoyo a la familia con o sin base residencial.

- El coste de los servicios de una hospitalidad resulta menor que el de la asistencia al enfermo en un hospital general, dado el elevado nivel de servicios existentes que no utiliza.
- Existe en la ciudad de Barcelona interés de las autoridades responsables —Generalitat, Ayuntamiento y organizaciones privadas— en encontrar soluciones eficaces para la asistencia de calidad a los enfermos terminales. Por otra parte, ocupan camas hospitalarias necesarias para la asistencia a enfermos agudos y quirúrgicos quienes deben esperar varios meses para ser atendidos.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO GENERAL

- Realizar una recopilación de datos secundarios existentes en la ciudad de Barcelona sobre necesidades de asistencia a enfermos terminales y recursos existentes para identificar déficits.
- Llevar a cabo una encuesta entre profesionales, enfermos y sus familiares sobre la asistencia en enfermedad terminal. Este apartado corresponde a la ponencia presente.
- Establecer un programa de asistencia piloto que proporcione la mayor calidad de vida posible al menor coste asegurando la participación de la familia, de la comunidad y de voluntarios. Dicho programa se iniciaría en una zona, institución o colectivo para luego extenderla, si resulta interesante, a otras de la ciudad, del resto de Cataluña o de España.

monográfico. Dada la importancia del tema, no hemos querido silenciarlo.

Y es que estamos convencidos que la eutanasia no ha sido, en la mayoría de los casos, sino el clamor que una sociedad, indignada ante el trato que han recibido sus miembros más débiles, ha lanzado provocadoramente al aire.

Permitanme recomendarles la lectura detenida del Testamento Vital que propone dicho Plan. Y, si les parece bien, les ruego que lo asuman y lo divulguen. Quien esto escribe —perdonen la arrogancia— lo firmó nada más finalizar la pasada Vigilia Pascual, lo plastificó y lo lleva en su cartera dondequiera que vaya. Y es que, para mí, más que un Testamento Vital es un Canto a la Vida y un Credo en su Autor.

LABOR HOSPITALARIA permanecerá con sus ojos bien abiertos para seguir ofreciéndoles cuanto, en adelante, venga a iluminar un mundo que hoy todavía permanece tan oscuro y peligroso.

4.1 ¿CÓMO SATISFACER LAS NECESIDADES DEL ENFERMO TERMINAL? Un estudio de Sociología Sanitaria aplicada

Ricardo Moragas Moragas
Universidad de Barcelona

La investigación que se presenta forma parte de un estudio amplio cuyas características se detallan.

OBJETIVO

Realizar un estudio sobre la viabilidad de establecer un programa de asistencia global a enfermos terminales en la ciudad de Barcelona basado en las últimas técnicas aplicadas en otros países que poseen mayor experiencia en dicha asistencia.

ANTECEDENTES

- Debido a las rápidas transformaciones de la vida económica y social en las grandes ciudades y las limitaciones del sistema sanitario, los pacientes terminales (aquellos con menos de seis meses de vida) no son atendidos debidamente por la familia y/o por el sistema sanitario. Al mismo tiempo ocupan camas hospitalarias o en residencias no adecuadas a sus necesidades de calidad de vida.
- Los cuidados que dichos pacientes necesitan son principalmente psicosociales, aparte del control médico para suprimir el dolor y maximizar el bienestar físico. Los hospitales y residencias no están equipados para proporcionar esta calidad de vida psicosocial, apareciendo en los países ade-

lantados el concepto de hospitalidad (hospice) como conjunto de servicios y apoyo a la familia con o sin base residencial.

- El coste de los servicios de una hospitalidad resulta menor que el de la asistencia al enfermo en un hospital general, dado el elevado nivel de servicios existentes que no utiliza.
- Existe en la ciudad de Barcelona interés de las autoridades responsables —Generalitat, Ayuntamiento y organizaciones privadas— en encontrar soluciones eficaces para la asistencia de calidad a los enfermos terminales. Por otra parte, ocupan camas hospitalarias necesarias para la asistencia a enfermos agudos y quirúrgicos quienes deben esperar varios meses para ser atendidos.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO GENERAL

- Realizar una recopilación de datos secundarios existentes en la ciudad de Barcelona sobre necesidades de asistencia a enfermos terminales y recursos existentes para identificar déficits.
- Llevar a cabo una encuesta entre profesionales, enfermos y sus familiares sobre la asistencia en enfermedad terminal. Este apartado corresponde a la ponencia presente.
- Establecer un programa de asistencia piloto que proporcione la mayor calidad de vida posible al menor coste asegurando la participación de la familia, de la comunidad y de voluntarios. Dicho programa se iniciaría en una zona, institución o colectivo para luego extenderla, si resulta interesante, a otras de la ciudad, del resto de Cataluña o de España.

ENCUESTA A PROFESIONALES Y FAMILIARES

A continuación se detallan los resultados obtenidos en la encuesta entre profesionales y familiares no habiéndose realizado entre enfermos.

Organización de la investigación

Planteada en la asignatura de sociología de la educación, se formaron cuatro equipos, dos de cuatro estudiantes y dos de dos, los cuales redactaron independientemente sus proyectos, supervisados por el profesor y llevaron a cabo el trabajo de campo, análisis y conclusiones; finalmente redactaron conjuntamente conclusiones y recomendaciones comunes. El proyecto se inició, desarrolló y finalizó durante los cursos académicos de 1987-88 y 1988-89.

Objetivo de la encuesta

Recopilar información sobre formas de asistencia al enfermo terminal oncológico en los hospitales de Barcelona por medio de entrevistas y observación directa. Existe información cuantitativa sobre las unidades asistenciales en la ciudad pero se consideraba necesario comprobar directamente cómo se dispensa la atención, en especial en los aspectos psicosociales que tanta importancia tienen para el enfermo terminal y su familia. La definición de enfermo terminal se restringuó a los enfermos oncológicos por la facilidad de identificación de su condición, diagnóstico y emplazamiento en los hospitales. La encuesta intentaba explorar un área poco conocida de la asistencia sanitaria, proporcionar datos cualitativos sobre la misma y lagunas existentes, para posibilitar la participación de científicos sociales.

Población

ul,

n-

S-

IT-

ia

ar

cia

fi-

OS

ni-

te.

DT-

se-

ad

ıa,

lta

ña

Quinientos adultos enfermos oncológicos con diagnóstico terminal y dieciséis niños enfermos menores de diez años de ambos sexos hospitalizados en ocho hospitales de Barcelona y provincia; tres hospitales de la Seguridad Social, tres concertados, uno de ellos infantil, un hospital clínico y uno municipal, dos clínicas privadas y dos residencias asistidas.

Muestra

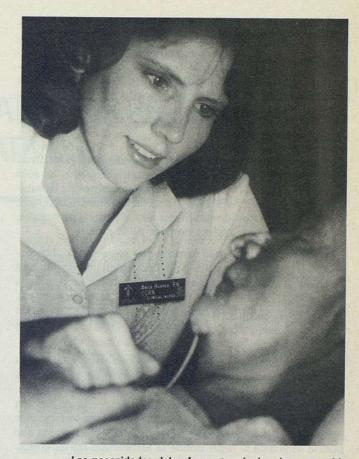
99 profesionales en contacto directo con los enfermos terminales, 44 médicos, 34 enfermeras y 5 trabajadores sociales; 2 psicólogos, 16 familiares.

Método

Entrevistas abiertas con estructura de temas fundamentales, tratando de mantener la espontaneidad necesaria para profundizar en las áreas más delicadas de la asistencia al enfermo terminal; actitudes del personal asistencial, formación, relaciones con familiares, etc.

Resultados

Asistencia médica de calidad. Aceptable de conocimientos y de aplicación de las terapias modernas para las enfermedades terminales, pero resulta insuficiente la práctica de la medicina paliativa, familiaridad con técnicas modernas de asistencia, experiencia en centros extranjeros, etc.



«Las necesidades del enfermo terminal se han resumido en las dos "M": morfina y mano. La morfina, símbolo del tratamiento médico del dolor; la mano, reflejo de la necesidad de compañía, relación social, calor humano»

Necesidades psicosociales elevadas. El enfermo terminal, una vez satisfechas sus necesidades de atención médico-sanitaria, posee una demanda importante de información, relación social empática, apoyo psíquico y contactos humanos. Estas necesidades son muy superiores a las que posee el enfermo afecto de enfermedad aguda.

Imposibilidad de que el personal sanitario satisfaga las necesidades psicosociales. El personal asistencial en el hospital se halla saturado por las exigencias de su puesto y carga de trabajo. Sus definiciones de funciones no incluyen tales funciones, salvo los trabajadores sociales, insuficientes para el número de enfermos. Parte del personal de enfermería y auxiliar cubre con frecuencia dichas necesidades, aunque no posea formación ni responsabilidad específica por dichas funciones y los pacientes lo aprecian sumamente.

El tabú del cáncer y la muerte dificulta la asistencia. Sigue existiendo un rechazo a la enfermedad oncológica con ideas erróneas sobre el contagio; los enfermos se quejan de que se evita tocarlos. Cuando el enfermo ha sido diagnosticado como terminal se añade al miedo del cáncer el de la muerte. No se acepta la muerte como un hecho natural y no se realizan previsiones para aminorar sus consecuencias sobre los familiares, evitándose el hablar de testamento, asistencia sanitaria terminal, donación de órganos; en vez de decidir racionalmente, se prefiere ignorar el tema a pesar de su inevitabilidad. Comunicación del diagnóstico terminal. Es un tema básico y no existe una respuesta uniforme sobre si hay que comunicar o no el diagnóstico terminal al paciente; es imprescindible comunicarlo a la familia. Las posibilidades respecto al paciente son ilimitadas, existiendo acuerdo entre los profesionales que hay que comunicar lo que cada paciente pueda asumir por equilibrio presente, personalidad y capacidad. La forma de comunicar el diagnóstico resulta muy importante.

La enfermedad terminal afecta a las relaciones familiares. Las relaciones familiares se alteran sustancialmente, no sólo con el enfermo, sino con el resto de los miembros de la familia. La enfermedad del niño puede afectar profundamente la estabilidad y tipo de relaciones de los padres, personales, sexuales y sociales, antes y después de la muerte.

La asistencia espiritual resulta muy importante. Los pacientes terminales, creyentes o no, demandan una posibilidad de tratar con alguien los grandes temas vitales: sentido de la propia vida, posibilidad de vida futura y trascendencia, etc. Los familiares con frecuencia entorpecen esta demanda con el pretexto de que el enfermo puede asustarse y acelerarse el desenlace fatal.

La hospitalidad (hospice), lugar idóneo de asistencia. La hospitalidad constituye un sistema efectivo de asistencia al enfermo terminal hospitalizado o en su domicilio, la cual proporciona satisfacción a sus necesidades específicas. Existen dudas sobre la aplicabilidad de la hospitalidad a nuestro país por su identificación con la muerte próxima, y el estigma que podría asignarse al lugar donde se atendiera a los enfermos.

Valoración y recomendaciones

Se detallan en el mismo orden que los resultados, comprobándose que gran parte de los problemas de la asistencia al enfermo terminal podrían resolverse con la aplicación de instrumentos de pedagogía social, ya que implican la reforma de actitudes equivocadas presentes en la familia, en la opinión pública y el establecimiento de servicios informativos, educacionales.

Asistencia médica. Hay que difundir que la atención médico-sanitaria al enfermo terminal es de calidad para evitar temores en la población.

Necesidades psicosociales elevadas. Las necesidades del enfermo terminal son variadas: información sanitaria sobre su enfermedad, sobre el exterior, consejo psíquico, relación social satisfactoria. Deben establecerse mecanismos en la institución, profesionales y/o voluntarios, para satisfacer dichas necesidades, si se desea proporcionar calidad de vida.

Imposibilidad de que el personal sanitario satisfaga necesidades psicosociales. Ya que el personal sanitario no puede desempeñarlas, debe asignarse una responsabilidad clara a profesionales o voluntarios para satisfacer dichas necesidades. El trabajador social debe coordinar a las personas que presten tales servicios.

El tabú del cáncer y la muerte dificulta la asistencia. Se requiere una educación para aceptar el hecho natural y social de la muerte, comenzando por los contenidos de los textos de EGB en naturales y sociales, en bachillerato, COU y enseñanza superior. Se necesitan campañas informativas que informen

al público sobre la coveniencia de testar, disponer sobre la propia asistencia sanitaria terminal; podrían promoverse por la administración pública y por sectores interesados: asistencia sanitaria privada, aseguradoras, bancos y cajas de ahorro.

Comunicación del diagnóstico terminal. Se requiere un planteamiento individualizado del diagnóstico al paciente y a la familia, valorando las condiciones subjetivas para conocer la verdad con todas sus implicaciones; las formas de comunicación pueden y deben ser muy variadas según cada caso.

La enfermedad terminal afecta a las relaciones familiares. Los parientes del enfermo terminal deben reconstruir con realismo las relaciones antes y después de la desaparición del enfermo. Dados los porcentajes de viudas existentes, la tendencia a su aumento y sus condiciones deficitarias económicas y sociales, sería conveniente organizar programas de información y apoyo para su nueva vida.

La asistencia espiritual resulta muy importante. Debería facilitarse cierto tipo de asistencia espiritual regular para creyentes y no creyentes por parte de la administración hospitalaria. Esta asistencia no deben desempeñarla necesariamente ministros de un culto, ya que pueden proporcionarla profesionales o voluntarios con la debida formación.

La hospitalidad (hospice), lugar idóneo para la asistencia. España no es tan diferente para que la hospitalidad como sistema de asistencia de calidad para el enfermo terminal no pueda desarrollarse; conviene propiciar el establecimiento de iniciativas particulares, que concierten dichos servicios con la administración sanitaria y faciliten la salida de tales pacientes de los hospitales de agudos, para ser tratados en un medio más idóneo a su condición.

CONCLUSIÓN

Sociología aplicada y asistencia sanitaria

Las necesidades del enfermo terminal se han resumido en las dos M: morfina y mano; la morfina, símbolo del tratamiento médico del dolor; la mano, reflejo de la necesidad de compañía, relación social, calor humano. La morfina o asistencia sanitaria parece que se proporciona con un nivel de calidad suficiente; la mano o asistencia social humana se desarrolla sincopadamente y sin claras atribuciones. Los problemas parecen ser de formación de la opinión pública, de aprendizaje, de nuevos conocimientos, de influencias y formación social, para atender a un sector de la población creciente debido a los propios éxitos de la medicina en la lucha contra la enfermedad. El reto podría formularse así: ¿Puede la sociología aplicada enseñar a dar la mano para que los enfermos terminales no mueran solos? Si lo hace con éxito, tiene asegurado un triunfo moral y profesional y un gran futuro, pues los problemas de formación y cambio de actitudes en el sector sanitario son ilimitados.

BIBLIOGRAFÍA

GÓMEZ, X. et al.: Asistencia domiciliaria a pacientes con cáncer avanzado terminal. Vic, s.f.

MORAGAS, R.: El hecho social y la calidad de vida del enfermo terminal. Real Academia de Medicina. N.º 9. Barcelona, 1988. WILKES, Eric: Dying now. The Lancet. April, 1984.

4.2 ESTATUTOS DE LA SOCIEDAD CATALANO-BALEAR DE CUIDADOS PALIATIVOS

ART. 1. Esta asociación queda constituida con el nombre de Sociedad Catalano-Balear de Cuidados Paliativos.

e

- ART. 2. **Domicilio de la Sociedad.** El domicilio de la Sociedad estará en Barcelona, en el Colegio Oficial de Médicos, Paseo de la Bonanova, n.º 47.
- ART. 3. Definición y objetivos. Los cuidados paliativos se basan en una concepción global, activa y viva de la terapéutica, que comprende la atención de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de las personas en situación de enfermedad terminal, siendo los objetivos principales el confort y la promoción de la dignidad y autonomía de los enfermos y de su familia, y los medios terapéuticos, el control de síntomas, el soporte emocional y la comunicación cuando estamos ante una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, sin posibilidades razonables de respuesta a un tratamiento específico y con una muerte previsible a corto plazo, causada ya sea por un cáncer, SIDA o cualquier otra enfermedad crónica y progresiva.

Los Cuidados Paliativos han de practicarse necesariamente desde equipos con una perspectiva multidisciplinar, que incluyen profesionales sanitarios (médicos, ATS, diplomados en enfermería, auxiliares de clínica, asistentes sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, religiosos, expertos en ética y otros) con actitudes adecuadas, formación y soporte, en relación con personas de la comunidad (como, por ejemplo, voluntarios) y ha de difundirse y aplicarse a todos los niveles asistenciales (hospitales, domicilios, unidades específicas y centros específicos) con una buena interrelación entre ellos, para promocionar el derecho de cualquier persona a recibir una asistencia adecuada y digna durante el proceso de morir.

Los objetivos básicos para conseguir una mejora progresiva en la calidad de la atención son la elaboración de principios y métodos terapéuticos, la investigación y su difusión a través de la educación y formación de los profesionales sanitarios, la sociedad y sus instituciones, promocionando actitudes que combinen el aspecto humano de la asistencia con unos conocimientos con bases científicas sólidas.

Una buena asistencia a los enfermos en situación de enfermedad terminal es un buen índice del respeto de cualquier sociedad desarrollada por la dignidad humana, por lo que la Administración debería facilitar la adecuada organización y financiación de los recursos sanitarios para hacerla posible gradualmente. Los cuidados paliativos afirman la vida y contemplan la muerte como un proceso normal que no aceleran ni aplazan; se proponen conservar la mejor calidad de vida posible hasta que la muerte llegue.

La Sociedad tiene los siguientes objetivos:

- a) Reunir aquellas personas que en su trabajo o estudios estén relacionadas con la atención de enfermos terminales, sus familias o los cuidadores.
- b) Promover el conocimiento, progreso y difusión de los cuidados paliativos a nivel científico, clínico y social.
- c) Promover la aplicación de los conocimientos existentes sobre los cuidados paliativos, formando a aquellas personas que a cualquiera de los niveles intervienen en la atención de enfermos terminales y promover también la investigación.
- d) Tratar los problemas éticos asociados a los cuidados paliativos.
- e) Establecer un grupo nacional para el intercambio de información y experiencias.
- f) Promover o patrocinar actos, publicaciones, etc., sobre cuidados paliativos.
- g) Promover el desarrollo de recursos para una adecuada asistencia.
- h) Reconocer y promover los derechos de los enfermos y de sus familias.

La Sociedad no tiene ánimo de lucro.

- ART. 4. Duración y ámbito territorial. La Sociedad tiene una duración ilimitada y el ámbito territorial de acción previsto para sus actividades comprende Cataluña y Baleares.
- ART. 5. Recursos. Los recursos de la Sociedad consisten en:
- a) Las cuotas de los miembros de acuerdo con las condiciones y cuantía que se fijarán en el reglamento.
- b) Contribuciones de personas ajenas a la institución.
- c) Ingresos derivados de las actividades organizadas por el Comité Directivo.
 - d) Subvenciones o legados a la Sociedad.
- ART. 6. Miembros de la Asociación. Los miembros se dividen en:
- a) Miembros fundadores: los firmantes del acta de fundación y aquellas personas que, cumpliendo los requisitos para ser miembros numerarios, sean invitados a formar parte como Miembro Fundador por la mayoría de los miembros fundadores, en un plazo limitado.
- b) Miembros numerarios: personas que acrediten una experiencia profesional o compromiso personal en los cuidados paliativos como staff de un servicio o unidad de cuidados paliativos, en un servicio específico o en una asociación, y que se adhieran sin limitaciones a los objetivos de la Sociedad.
- c) Miembros asociados: personas que no tienen la experiencia ni cualificación profesional necesarias pero que se adhieren

sin limitaciones a los objetivos de la Sociedad. Asociaciones o entidades que se adhieren sin limitaciones a los objetivos de la Sociedad.

 d) Miembros honorarios: personas nombradas por el Comité Directivo y que no tienen obligación de pagar la cuota de asociado.

El Comité Directivo establecerá las diferentes cuotas mínimas de asociado por cada categoría.

El derecho a participar en las actividades de la Sociedad dependerá siempre de la regularidad en el pago de las cuotas.

El Comité Directivo tendrá el poder de decidir sobre la admisión de los nuevos miembros, examinando las solicitudes y habiendo establecido previamente los criterios de acreditación que se requieran, y la exclusión por falta de requisitos o de otras razones importantes que, en caso de conflicto, habrán de ser discutidas en asamblea. Todos los miembros serán invitados a las actividades organizadas por la Sociedad y pueden dirigir propuestas o sugerencias al Comité Directivo en relación a las actividades de la Sociedad.

ART. 7. Órganos. Los órganos de la Sociedad son los siguientes:

- a) La Asamblea General.
- b) El Comité Directivo.
- c) El Presidente y Vice-Presidentes.

ART. 8. La Asamblea General. La Asamblea General estará compuesta por todos los Miembros Fundadores y Miembros Numerarios.

Los Miembros Asociados podrán asistir a las asambleas y expresar su opinión sobre los diferentes asuntos que se traten, pero no tendrán derecho al voto.

Cualquier miembro podrá ser representado por otro presentando un poder por escrito; ningún miembro podrá representar más de cinco miembros.

Las funciones a desarrollar por la Asamblea General son las de aprobar los balances y presupuestos, informar sobre la gestión, designar los miembros del Comité Directivo, así como fijar su número, decidir sobre algún cambio en los estatutos, la disolución de la Sociedad, la disposición de los bienes y cualquier otro asunto o propuesta del Comité Directivo.

Para el nombramiento de los miembros del Comité Directivo, cada miembro tendrá tantos votos como lugares vacantes hayan, saldrán elegidos los que obtengan el número de votos más alto de acuerdo con lo previsto en el art. 9, primer prárrafo.

La Asamblea General se convocará, como mínimo, una vez al año, para la aprobación del balance.

La Asamblea General será convocada por el Presidente según resolución del Comité Directivo y también será convocada por el Presidente cuando lo requiera por escrito como mínimo una décima parte de los miembros que tienen derecho a voto, con la indicación del orden del día.

Se avisará de la celebración de la Asamblea General por carta a todos los miembros, remitida como mínimo 20 días antes de que tenga lugar, indicando el orden del día, lugar, fecha y la hora de la primera y segunda convocatoria.

En primera convocatoria, será necesaria la presencia —directa o por poderes— como mínimo de la mitad de los miembros con derecho a voto.

En segunda convocatoria, la Asamblea será válida con independencia del número de miembros asistentes.

Todas las resoluciones serán decididas por votación mayoritaria de los miembros presentes; esta norma también se aplicará para las resoluciones que afecten a las enmiendas a los estatutos. Respecto a las resoluciones sobre la disolución de la Sociedad y a la delegación de los bienes, se exigirá la aprobación de las tres cuartas partes de los miembros que tengan derecho a voto como mínimo.

Las actas de la asamblea serán firmadas por el Presidente y el Secretario, o por las personas que actúen en su lugar. También pueden ser redactadas por un notario.

ART. 9. Comité directivo. La Sociedad estará dirigida por un Comité Directivo, formado por un máximo de trece miembros, que serán elegidos entre los miembros con derecho a voto.

Los miembros del Comité Directivo han de representar el carácter interdisciplinar de los cuidados paliativos.

Excepto la decisión en contra de la Asamblea General, los miembros del Comité Directivo ocuparán su cargo por un período de dos años —y en todo caso hasta que se nombren los sucesores— y podrán ser reelegidos por un máximo de dos reelecciones.

Si uno o más miembros del Comité Directivo dimiten durante este período, los demás nombrarán a sus sustitutos. Los miembros nombrados de esta forma seguirán en su cargo hasta la siguiente Asamblea General.

ART. 10. Derechos y deberes del Comité Directivo. El Comité Directivo tendrá poder para dirigir las actividades ordinarias y extraordinarias de la Sociedad, con respecto a cualquiera de los asuntos tratados en el art. 3 y para la administración de los bienes y fondos de la Sociedad.

El Comité Directivo nombrará al Presidente, de uno a tres Vice-Presidentes, al Secretario (que ayuda al Presidente y redacta las actas de todas las reuniones) y al Tesorero (que lleva la contabilidad de la Sociedad).

El Comité Directivo podrá nombrar, también entre personas no miembros, a un Presidente honorario, el cual tendrá el derecho de asistir, sin votar, a las Asambleas Generales y a las reuniones del Comité Directivo.

El Presidente (y, en su ausencia o incapacidad, el Vice-Presidente primero) representará a la Sociedad y tendrá poderes firmados frente a terceros y frente a los juzgados y también tendrá poderes para nombrar procuradores de todo tipo.

En caso de urgencia, el Presidente (y, en caso de ausencia o incapacidad, el Vice-Presidente primero) ejercerá todos los poderes del Comité, el cual, sin perjuicio sobre la validez de las actividades realizadas o frente a terceros, será convocado lo más pronto posible para ratificarlas.

El Comité Directivo puede delegar sus poderes en uno o más de sus miembros, determinando los límites de tal delegación.

El Comité Directivo aprobará reglamentaciones referidas a las actividades de la Sociedad y a todos los acontecimientos de la misma, y también fijará las cuotas de los miembros y las normas para conceder becas o subvenciones.

El Comité Directivo podrá nombrar comités honorarios y establecer comisiones organizadoras, de estudios o especiales, determinando su ámbito y poderes.

ART. 11. Reuniones del Comité Directivo. El Comité Directivo se convoca por el Presidente cuando lo considera oportuno o si cuatro miembros del Comité, como mínimo, lo solicitan junto con el orden del día.

Las reuniones se avisarán por escrito con veinte días de

antelación como mínimo (o en caso de urgencia por telefax o télex diez días antes), con la indicación del orden del día.

El Comité Directivo podrá tomar decisiones con la presencia de la mayoría de los miembros con cargo; las resoluciones deberán ser aprobadas por la mayoría de aquellos que asistan a la reunión, y con voto de calidad del Presidente.

Las actas de las reuniones serán firmadas por el Presidente y el Secretario o los que actúen en su lugar.

Las reuniones serán válidas en todo caso, aunque no hayan sido avisadas con anterioridad, si asisten todos los miembros con cargo.

El Comité Directivo deberá reunirse con una periodicidad mínima trimestral.

ART. 12. El año fiscal y el balance. El año fiscal de la Sociedad coincidirá con el año natural. En un plazo de cuatro meses después de finalizar cada año fiscal, el Comité Directivo aprobará el balance anual y un informe sobre las actividades de la Sociedad para someterlas a la aprobación de la Asamblea General.

ART. 13. Disolución y disposición de los bienes. En caso de disolución de la Sociedad, la Asamblea General nombrará un liquidador y decidirá sobre la disposición de sus bienes.

ART. 14. **Disposición final.** Todo lo que no esté especificado en estos estatutos se atendrá a lo que disponen las leyes españolas en cada caso.

SOCIETAT CATALANO-BALEAR DE CURES PALLIATIVES

Passeig de la Bonanova, 47 08017 BARCELONA

y

0

S

0

IS

le

Hno. MIGUEL MARTÍN RODRIGO Director de *Labor Hospitalaria* Ctra. d'Esplugues, s/n. 08034 BARCELONA

Apreciado hermano:

Me complace dirigirme a usted con el fin de darle a conocer que el pasado día 20 de mayo se constituyó en Vic la Societat Catalano-Balear de Cures Pal·liatives, integrada por profesionales de diversos ámbitos (médicos, enfermeras, asistentes sociales, fisioterapeutas, psicólogos, religiosos, etc.).

Los cuidados paliativos se basan en una concepción global, activa y viva de la terapéutica, que comprende la atención de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de las personas en situación de enfermedad terminal; siendo sus objetivos principales el confort y la promoción de la dignidad y autonomía de los enfermos y de su familia, los medios terapéuticos, y el control de los síntomas, el soporte emocional y la comunicación cuando estamos delante de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, y con una muerte previsible, ya sea por un cáncer, el SIDA o cualquier otra enfermedad crónica y progresiva.

Los objetivos de la Societat son la promoción y difusión de los cuidados paliativos, como instrumento que permite una respuesta adecuada a las necesidades de atención de este colectivo de enfermos y familias.

Entendemos que su publicación no es ajena a los objetivos de nuestra Societat, por lo que aprovechamos la ocasión para ponernos a su disposición y solicitarle su apoyo y colaboración con el fin de conseguir los objetivos antes mencionados.

Agradeciendo su apoyo y quedando a la espera de futuras colaboraciones.

Muy cordialmente,

Dr. XAVIER GÓMEZ BATISTE-ALENTORN
Presidente

4.3 HACER MEMORIA DE LOS QUE HAN MUERTO

Catherine Pictet

Centro de Cuidados Continuos de Ginebra *

Es útil recordar brevemente que la medicina paliativa comprende todos los tratamientos y cuidados médicos, quirúrgicos y psicológicos, así como el apoyo espiritual. Están destinados a aminorar el sufrimiento y mejorar el confort del enfermo, cualquiera que sea su diagnóstico, cuando un tratamiento curativo solo se ha hecho inoperante en este caso.

En el Centro de Cuidados Continuados (CESCO), cerca de Ginebra, donde yo trabajo como visitadora voluntaria del servicio ecuménico de Pastoral, el acompañamiento de pacientes terminales conduce a abordar el problema global de la muerte y del duelo: en este hospital de 104 camas, tenemos por término medio un fallecimiento cada dos días. Frente a esta situación los cuidadores se han dedicado a ritualizar la muerte, es decir a realizar y repetir en el marco del Hospital y durante las horas de trabajo, prácticas que les permiten expresar y compartir aquello que se vive. Esta actuación hace posible a todos los que acompañan a los moribundos y sufren el shock de su muerte, el vivir su proceso de duelo en equipo, en público y no individualmente al precio de un atentado a su vida privada.

Es por esto que hemos querido celebrar una ceremonia en memoria de los que han muerto, una ceremonia conmemorativa. Pero esta ceremonia es una etapa entre otras en el camino que pasa por el acompañamiento, la muerte y el duelo. No se debería aislar del contexto del hospital y de la experiencia que se vive en las unidades junto a los enfermos.

Rosette Poletti escribe: «la calidad de los cuidados a los enfermos está ligada a la calidad de vida de los que los proporcionan». Y yo pienso que en el CESCO la situación desde este punto de vista es hastante privilegiada

este punto de vista es bastante privilegiada.

Sin embargo, la tranquilidad y el confort de este hospital situado en la campiña no deberían hacernos olvidar todo el sufrimiento vivido entre sus muros. Y no pienso solamente en el sufrimiento de los enfermos, sino en el de los cuidadores, de los agentes de pastoral y de los voluntarios que se ocupan de los pacientes, de los que muchos no curarán.

Existe una relación evidente entre el sufrimiento de los pacientes y el de sus cuidadores. En los equipos que se cuidan de practicar una medicina de la persona, de adentrarse en un acompañamiento, atentos a mantener un ambiente de verdad, el sufrimiento de los cuidadores es real. Frente a la enferme-

* Artículo cedido para su reproducción por la revista INFO-KARA.

dad y a la muerte, los cuidadores sufren un *stress* intenso; se adentran en el tema y sus dificultades se traducen frecuentemente por trastornos de orden físico y psicológico. La muerte de algunos pacientes es sentida como una pérdida que ocasiona un duelo. Ante esta situación repetitiva a la que nadie escapa en el entorno del enfermo, la responsabilidad de la institución radica en proporcionar lugares de diálogo en los que disponer del tiempo necesario para expresar y compartir la inquietud, la culpabilidad, la ambivalencia de cada uno frente a la muerte. Se hace imprescindible el acompañar, no sólo a los enfermos, sino apoyar a los cuidadores a fin de evitar que no acaben refugiándose en una medicina despersonalizada, en la que se cuida la enfermedad y la muerte, sin comprometerse personalmente.

UN TIEMPO PARA LA VIDA

La gente que no conoce bien la vocación de un hospital de cuidados paliativos se pregunta si en ellos no reina una atmósfera de *muerte*, donde todo se hace para distraer a los enfermos y a sus familiares de la sombra de la muerte que planea sobre ellos. Sin embargo, yo he aprendido que existe otra manera de ver las cosas: la de considerar que el enfermo viva al ritmo del día presente, del día a día. Sin desechar la muerte y sin anticipar en absoluto esta última etapa inevitable, el hospital resulta un lugar en el que la esperanza de un placer, de una nueva amistad, de una pequeña victoria, está en el ambiente. El masaje, la rehabilitación respiratoria, la escucha, la amistad, una sesión en la peluquería, cuidar de las plantas, degustar una buena comida, escuchar música son aspectos de la vida cotidiana que pueden ser fuente de placer y ocasiones de reencontrar el gusto de vivir.

Al ser conscientes de la proximidad de la muerte, más que caer en una actitud fatalista o, por el contrario, huir en un encarnizamiento terapéutico, es necesario darle sin cesar la importancia al momento presente, valorar la creatividad y la imaginación de cada uno para vivir los últimos momentos según los deseos de cada enfermo.

Los cuidadores, que no se ocupan ya solamente de la enfermedad, son conducidos, cuidando a la persona en su globalidad, a ver lo que ella tiene aún de vida y de positivo. Incluso si sabe que no puede curar a su paciente, cuidándolo tiene el sentimiento gratificante de ofrecerle algo, de proporcionarle felicidad y de adentrarse en una relación de la que saldrá enriquecido; se comunica con un ser humano por entero en vez de cuidar de un «muerto en potencia».

Esta actitud de los cuidadores sólo es posible en aquellos que han superado la imagen ideal del cuidador que trabaja para la curación del enfermo. Es entonces solamente cuando saben apreciar la acción terapéutica de los aspectos no técnicos de su presencia junto al enfermo: comunicación, apoyo afectivo y espiritual, participación en los pequeños conforts de la vida cotidiana.

Esta fase de acompañamiento es el momento donde se tejen los lazos profundos que marcarán la calidad de los últimos momentos. Respetando el tiempo de la vida, los cuidadores, los agentes de pastoral y los visitantes preparan el tiempo de la muerte.

UN TIEMPO PARA LA MUERTE

Es el momento en el que los signos no engañan, en el que el equipo debe aceptar, en sus cuidados y en su actitud, la muerte que llega. Sin embargo, la muerte resulta siempre una cosa difícil tanto para aquel que parte como para los que sobreviven. Morir resulta una separación, una etapa en la que se deja aquello que se ama, aquello que se conoce, para deslizarse hacia lo desconocido. La muerte resulta una prueba que hiere, aflige, espanta.

Ciertos cuidadores que han desarrollado lazos particulares con los moribundos, aquellos que han sido la persona de referencia durante la última etapa, sufrirán profundamente con el fallecimiento, aun cuando en ese aspecto tengan el sentimiento de haber hecho un buen trabajo.

Cuando la muerte ha sido apacible, aquellos que han estado presentes experimentan sentimientos complejos, ambivalentes, que van desde el alivio a la culpabilidad, pasando por una impresión de haber sido elevados y después abandonados, sin hablar de las cuestiones que ella plantea en relación a la muerte de nuestros familiares, a nuestra propia muerte. Yo diría, por haberlo vivido, que acompañar y asistir a un muerto apacible es un regalo, pero un regalo que cuesta demasiado.

Sin dramatizar el duelo que los cuidadores sufren, no se podría ya negarlo.

Si este sufrimiento, esta inseguridad, estos interrogantes profundos, no son tenidos en cuenta, identificados, las defensas del cuidador no tardarán en aparecer: reducirá la muerte a un fenómeno aceptable, o, en adelante, adoptará actitudes menos implicadas; evitará al moribundo, no responderá a sus demandas, pedirá el traslado del agonizante, aplicará una terapéutica que *haga dormir* al enfermo, se preocupará de no tener tiempo de pensar en sus miedos...

Frente a este peligro, nosotros desarrollamos en CESCO encuentros regulares en los que el equipo tiene ocasión de hacer patentes abiertamente sus sentimientos. Estos lugares de diálogo permiten medir, comprender mejor, lo que se vive en el interior de cada uno, tras la bata blanca. Es la atención a los cuidadores que resulta indispensable de mantener tanto en el plano espiritual como en el psicológico.

n

0

En el momento de la muerte, este trabajo interior dará sus frutos: dará el coraje para no abandonar a aquel que se va. Este trabajo profundo proporcionará un descenso de la angustia delante de la muerte, una capacidad aumentada de ser el soporte de las proyecciones del enfermo, la posibilidad de permanecer en paz consigo mismo, aun haciéndose presente al moribundo.

Esta paz que se lleva, esta paz que se ofrece, es el momento de la muerte.



«Nos reunimos alrededor de una vela, signo de vida y esperanza, para meditar y leer los nombres de los que han fallecido»

UN TIEMPO PARA EL DUELO

El duelo es como un eslabón de la cadena: en la muerte de un paciente a quien se ha llegado a conocer, no con el tiempo necesario, pero sí con la calidad del acompañamiento, la muerte no es el punto final. De la misma manera que en los últimos momentos del enfermo se habla a menudo de él en el equipo, también después del fallecimiento es necesario volver a hablar.

Este paso, el del recuerdo, tiene varias funciones y significados. En primer lugar, ante el paciente que ha dejado de vivir, nos parece necesario tener un respeto para las huellas que ha dejado entre nosotros.

En efecto, no es raro encontrar gente para quienes la idea de desaparecer sin dejar rastros es insoportable. Si podemos decirle que no será borrado de nuestros recuerdos, su angustia se apaciguará.

Después, para los cuidadores se ha de reconocer que estos enfermos que hemos conocido, cuidado, amado, emocionado, nos han marcado a su manera. Nuevos acompañamientos y nuevas separaciones nos esperan que, a su vez, participarán en el enriquecimiento de nosotros mismos, en tanto en cuento nos tomemos el tiempo para acordarnos de ellos. Como ha escrito el doctor Sebag-Lanoë: «Si nuestra vida adulta es la que es, es por los hombres y las mujeres que nos han precedido y han contribuido para llevarla a tales resultados».

A continuación de una muerte, tanto si ha sido *bien* como *mal* soportada, los cuidadores se encuentran en la situación de sobrevivientes: para enriquecerse de su vivencia, el equipo deberá volver a hablar de recuerdos. Ante una sociedad que

vive al ritmo de una carrera desenfrenada, no es habitual el tomarse el tiempo para detenerse, volver atrás, recordar. Sin embargo, si este trabajo no se hace, si se vuelve la página demasiado deprisa para pasar al siguiente, se niega que ha habido desgarro, que queda pendiente un duelo, poco a poco, calladamente, un decaimiento se instala en los cuidadores, surgen los miedos; la única actitud posible pasa a ser la defensiva.

Para el doctor Rapin, médico jefe de CESCO, esta sucesión es tan importante para la salud de los cuidadores, que afirma que «realizar un ritual en torno a la muerte equivale a una medicina preventiva. Previene la morbilidad de los sobrevivientes».

La CESCO propone varios pasos en esta fase que sigue a la muerte de un paciente:

En primer lugar, el difunto permanece varias horas en la habitación que ocupaba, o bien en el piso de su unidad si compartía la habitación. Así queda tiempo a los cuidadores que lo deseen, para volver a ver el cuerpo, para constatar la muerte (a veces en presencia de miembros de la familia), para participar en el arreglo, para reunirse varias veces alrededor del lecho. Después el cuerpo se lleva a la morgue que es un lugar acogedor, abierto a los parientes y a los cuidadores.

En segundo lugar, los miembros del equipo son informados del fallecimiento por una ficha y a continuación de su colocación se vuelve a hablar del paciente fallecido y del momento de su muerte. Es allí donde se conoce si la muerte ha sido apacible o no, cuáles han sido las últimas palabras, quién estaba presente, cómo ha reaccionado el entorno...

En tercer lugar, un paso muy importante es la carta de pésame, redactada por un miembro del equipo y firmada por todos los cuidadores, dirigida a los parientes con los que nos hemos relacionado durante el acompañamiento. Esta carta, enviada un mes después del fallecimiento, es la ocasión de volver a pensar en el paciente desaparecido.

En cuarto lugar, cada tres meses estamos invitados a participar en un acto en memoria de los que han muerto, el oficio conmemorativo. Este oficio no es confesional, pero sí ciertamente espiritual. Cada miembro del personal de todo el hospital recibe una invitación en la que figura la lista de los desaparecidos.

Nosotros nos reunimos alrededor de una vela, signo de vida y esperanza, para meditar y leer estos nombres, agrupados por unidades. En cualquier momento un cuidador o un agente de pastoral lee un texto o un poema. Después, un momento de música y de meditación permite a unos y otros tantear en el fondo de ellos mismos lo que han vivido y dónde se encuentran en relación a los nombres evocados. Es la ocasión de acordarse de enfermos que nos han marcado y que no se olvidan o, por el contrario, el momento de comprobar que ciertos nombres se esfuman...

Estos minutos de meditación son muy intensos, una dimensión espiritual está presente y mucha emoción se lee en los rostros de los cuidadores reunidos.

Después de este recogimiento, se ofrece un café y es, según mi punto de vista, el momento más emocionante y más espontáneo; cada uno parece liberado, dichoso; es un momento de risas y anécdotas. Los vivos se reúnen; conjuntamente han franqueado una etapa.

A continuación de algunas muertes particularmente difíciles, se propone un último paso: es la catarsis. Este encuentro reúne, varias semanas después del fallecimiento del paciente, a los médicos y a todos los cuidadores que se han ocupado del caso a fin de volver a tomar la historia vivida desde la A a la Z. Es ésta una ocasión para cada uno de plantearse, de reflexionar, de ver de cara las dificultades para progresar y prepararse para el futuro.

En conclusión, pienso que el desarrollo de este ritual alrededor de la muerte, de estas estructuras, no deberá crear rutinas que cierren más. Al contrario, estos signos deberán ser liberadores y permitir a cada uno proseguir mejor su tarea.

Creo que una de las misiones del servicio de pastoral es mantener viva esta búsqueda de sentido, esta búsqueda de nuevos ritos.

4.4 PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA EUTANASIA Y LA ASISTENCIA A BIEN MORIR

Conferencia Episcopal Española

PRESENTACIÓN

Monseñor Javier Osés, Presidente de la Comisión Episcopal de Pastoral, en su breve informe sobre El acompañamiento al moribundo y la legalización de la eutanasia, presentado a la Asamblea Plenaria de la Conferencia Episcopal Española el pasado abril junto con las Conclusiones de los Profesionales Sanitarios Cristianos sobre la Eutanasia, manifestaba la necesidad de un plan de trabajo coordinado de toda la Iglesia, elaborado por las Comisiones implicadas en el tema.

El obispo Secretario General de la CEE, monseñor Agustín García Gasco, convocó a los Directores de la Comisión para la Doctrina de la Fe, don Antonio vive al ritmo de una carrera desenfrenada, no es habitual el tomarse el tiempo para detenerse, volver atrás, recordar. Sin embargo, si este trabajo no se hace, si se vuelve la página demasiado deprisa para pasar al siguiente, se niega que ha habido desgarro, que queda pendiente un duelo, poco a poco, calladamente, un decaimiento se instala en los cuidadores, surgen los miedos; la única actitud posible pasa a ser la defensiva.

Para el doctor Rapin, médico jefe de CESCO, esta sucesión es tan importante para la salud de los cuidadores, que afirma que «realizar un ritual en torno a la muerte equivale a una medicina preventiva. Previene la morbilidad de los sobrevivientes».

La CESCO propone varios pasos en esta fase que sigue a la muerte de un paciente:

En primer lugar, el difunto permanece varias horas en la habitación que ocupaba, o bien en el piso de su unidad si compartía la habitación. Así queda tiempo a los cuidadores que lo deseen, para volver a ver el cuerpo, para constatar la muerte (a veces en presencia de miembros de la familia), para participar en el arreglo, para reunirse varias veces alrededor del lecho. Después el cuerpo se lleva a la morgue que es un lugar acogedor, abierto a los parientes y a los cuidadores.

En segundo lugar, los miembros del equipo son informados del fallecimiento por una ficha y a continuación de su colocación se vuelve a hablar del paciente fallecido y del momento de su muerte. Es allí donde se conoce si la muerte ha sido apacible o no, cuáles han sido las últimas palabras, quién estaba presente, cómo ha reaccionado el entorno...

En tercer lugar, un paso muy importante es la carta de pésame, redactada por un miembro del equipo y firmada por todos los cuidadores, dirigida a los parientes con los que nos hemos relacionado durante el acompañamiento. Esta carta, enviada un mes después del fallecimiento, es la ocasión de volver a pensar en el paciente desaparecido.

En cuarto lugar, cada tres meses estamos invitados a participar en un acto en memoria de los que han muerto, el oficio conmemorativo. Este oficio no es confesional, pero sí ciertamente espiritual. Cada miembro del personal de todo el hospital recibe una invitación en la que figura la lista de los desaparecidos.

Nosotros nos reunimos alrededor de una vela, signo de vida y esperanza, para meditar y leer estos nombres, agrupados por unidades. En cualquier momento un cuidador o un agente de pastoral lee un texto o un poema. Después, un momento de música y de meditación permite a unos y otros tantear en el fondo de ellos mismos lo que han vivido y dónde se encuentran en relación a los nombres evocados. Es la ocasión de acordarse de enfermos que nos han marcado y que no se olvidan o, por el contrario, el momento de comprobar que ciertos nombres se esfuman...

Estos minutos de meditación son muy intensos, una dimensión espiritual está presente y mucha emoción se lee en los rostros de los cuidadores reunidos.

Después de este recogimiento, se ofrece un café y es, según mi punto de vista, el momento más emocionante y más espontáneo; cada uno parece liberado, dichoso; es un momento de risas y anécdotas. Los vivos se reúnen; conjuntamente han franqueado una etapa.

A continuación de algunas muertes particularmente difíciles, se propone un último paso: es la catarsis. Este encuentro reúne, varias semanas después del fallecimiento del paciente, a los médicos y a todos los cuidadores que se han ocupado del caso a fin de volver a tomar la historia vivida desde la A a la Z. Es ésta una ocasión para cada uno de plantearse, de reflexionar, de ver de cara las dificultades para progresar y prepararse para el futuro.

En conclusión, pienso que el desarrollo de este ritual alrededor de la muerte, de estas estructuras, no deberá crear rutinas que cierren más. Al contrario, estos signos deberán ser liberadores y permitir a cada uno proseguir mejor su tarea.

Creo que una de las misiones del servicio de pastoral es mantener viva esta búsqueda de sentido, esta búsqueda de nuevos ritos.

4.4 PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA EUTANASIA Y LA ASISTENCIA A BIEN MORIR

Conferencia Episcopal Española

PRESENTACIÓN

Monseñor Javier Osés, Presidente de la Comisión Episcopal de Pastoral, en su breve informe sobre El acompañamiento al moribundo y la legalización de la eutanasia, presentado a la Asamblea Plenaria de la Conferencia Episcopal Española el pasado abril junto con las Conclusiones de los Profesionales Sanitarios Cristianos sobre la Eutanasia, manifestaba la necesidad de un plan de trabajo coordinado de toda la Iglesia, elaborado por las Comisiones implicadas en el tema.

El obispo Secretario General de la CEE, monseñor Agustín García Gasco, convocó a los Directores de la Comisión para la Doctrina de la Fe, don Antonio Cañizares, del Departamento de Pastoral Sanitaria, don Rudesindo Delgado, y del Comité Episcopal para la Defensa de la Vida, don José Luis Irizar, para elaborar conjuntamente un Plan de acción sobre la eutanasia y la asistencia a bien morir.

El borrador del Plan se entregó a los Directores de las Comisiones Episcopales relacionadas con el tema, solicitando su colaboración en el mismo. En reunión, convocada y presidida por el obispo Secretario, los Directores ofrecieron sus aportaciones al Plan y su disponibilidad para colaborar en acciones concretas del mismo.

Enriquecido con tales aportaciones, lo presentamos a la Comisión Permanente de la Conferencia Episcopal Española para recibir las aportaciones y sugerencias que estime oportuno hacer.

El Plan de Acción, en su primera parte, señala las razones que han estado presentes tanto al decidir su realización como al elaborarlo. A continuación precisa cuáles son sus objetivos a corto, medio y largo plazo. Seguidamente, se centra en las acciones para lograr cada uno de los objetivos, concretando las que van a llevar o están llevando a cabo las tres Comisiones Episcopales y aquellas en las que colaboran otras Comisiones de la Conferencia Episcopal Española y sugiriendo aquellas que pueden realizar las diócesis.

Madrid, 12 de septiembre de 1989

RAZONES DEL PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA EUTANASIA Y LA ASISTENCIA A BIEN MORIR

y

Razones de diverso tipo hacen hoy necesario un plan de acción de la Iglesia sobre la eutanasia y la asistencia a bien morir. He aquí las más relevantes:

- 1. De tipo social. Nuestra sociedad vive de espaldas a la muerte. Es el tabú del siglo XX. La mayor parte de la gente no se plantea la muerte y siente miedo y angustia a sufrir. En general, no conoce y no está bien informada sobre la eutanasia. Sin embargo, es un tema que tiene gancho y morbo y, por ello, los medios de comunicación social hablan cada día más de él, aunque a veces de forma tendencionsa. Sirva de ejemplo el tratamiento que está haciendo del tema la TV: la muerte por compasión presentada como única alternativa asistencial en los casos de graves dolores físicos o sufrimientos anímicos.
- 2. De tipo ético. Existe un gran confusionismo en los términos y en el fondo del tema que afecta a toda la población y de una manera especial a los profesionales sanitarios.
- 3. De tipo jurídico. Existen lagunas y deficiencias jurídicas en este campo en nuestra legislación, que hay que llenar o reformar. Pero, ¿con qué contenidos? El riesgo principal está en sacar una ley ambigua que abra la puerta a todas las interpretaciones.
- 4. De tipo político. Las conveniencias de tipo político también pueden llevar a un planteamiento de este problema que no responda a sus necesidades reales. De hecho, el actual partido en el gobierno está interesado en legislar sobre la eutanasia manteniendo una postura afín a la de la Asociación para una Muerte Digna, que, aparte de otras



«Todo el mundo reconoce la forma inhumana en que muere hoy el enfermo, sobre todo en el gran hospital, con cuidados médicos pero en soledad...»

consideraciones, no es en absoluto representativa del sentir mayoritario de los ciudadanos.

- 5. De tipo asistencial. El problema de la eutanasia incide directamente sobre un problema grave desde el punto de vista sanitario y pastoral: la necesidad de asistencia integral a los enfermos terminales, a sus familias y a quienes les asisten y cuidan. Todo el mundo reconoce la forma inhumana de morir hoy el enfermo, sobre todo en el gran hospital, con cuidados médicos pero en soledad, sin el apoyo y el calor humano y sobrenatural con el que pueden y deben rodearlo todos aquellos que están cercanos, padres e hijos, médicos y enfermeros.
- 6. De tipo eclesial. La Iglesia española no puede vivir de espaldas a un problema tan fundamental como éste. Ha de asumir su responsabilidad y realizar una tarea preciosa: promover y coordinar su acción en este campo, mediante un plan realista. No parte de cero. Durante el curso 1988/89 grupos de profesionales sanitarios cristianos, interpelados por el problema de la eutanasia que viven muy cerca, lo estudiaron llegando a unas conclusiones y compromisos que han presentado a los Obispos, a través de la Comisión Episcopal de Pastoral.

OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA EUTANASIA Y LA ASISTENCIA A BIEN MORIR

Los objetivos generales del Plan de Acción son cinco en total, a conseguir a corto, medio y largo plazo.

Objetivo 1.º

Dar a conocer a la opinión pública el pensamiento y la acción de la Iglesia en torno al tema de la eutanasia y la asistencia a bien morir.

Acciones

- Elaborar mensajes breves en torno a lo que piensa, lo que hace y lo que proyecta la Iglesia.
- 2. Diseñar y realizar una campaña en torno al tema dirigida a la opinión pública, con los siguientes objetivos:
 - Desdramatizar el tabú de morir y de la muerte.
 - Suscitar actitudes de ayuda a los moribundos y a sus familias.
 - Informar sobre las soluciones alternativas a la eutanasia que ya se están practicando: medicina paliativa.
 - Suscitar una oposición radical a la eutanasia activa directa o muerte por compasión.
- Difundir el testamento vital como un medio de evangelización para promover la buena muerte entre los cristianos.

Objetivo 2.º

Presentar a los legisladores los datos que definen las dimensiones reales del problema de la eutanasia junto con los criterios para legislar sobre esta materia de manera justa y eficaz.

Acciones

 Constituir un grupo interdisciplinar de expertos (profesionales sanitarios, juristas y moralistas) para que elabore el *Informe documentado*.

Objetivo 3.º

Impulsar dentro de la Iglesia una pastoral que ayude al hombre de hoy, particularmente al cristiano, a vivir una buena muerte, confiando en la ayuda de Dios y en la asistencia de sus hermanos.

Acciones

- Educar a los cristianos para vivir y ayudar a vivir una buena muerte. Para ello:
 - Dar más importancia en los programas de catequesis, para todas las edades y en los de formación de los agentes de pastoral, a los aspectos del mensaje cristiano que miran al morir y a la muerte, así como a la asistencia debida a los moribundos y sus allegados.
- Impulsar una colaboración más intensa entre el Servicio de Asistencia Religiosa de los hospitales y las Religiosas/os y Profesionales Sanitarios Cristianos, para proporcionar una buena muerte a los enfermos ingresados.
- Revitalizar desde las parroquias la asistencia pastoral a los enfermos terminales y a sus familias en sus domicilios. Para ello:

- Concienciar a los sacerdotes y solicitar su colaboración en la educación de los cristianos y en el acompañamiento de los enfermos terminales y su familia.
- Promover en las parroquias grupos de pastoral sanitaria que visiten, acompañen, cuiden y alivien a los enfermos terminales y su familia.
- Ofrecer cauces y medios de formación a los agentes de pastoral sanitaria que asisten a los enfermos terminales.
- Reconocer y apoyar la insustituible labor de los profesionales sanitarios cristianos en la asistencia a bien morir.
- Recuperar la Unción, como el Sacramento de los Enfermos, y el Viático, como la Eucaristía del tránsito de esta vida.

Objetivo 4.º

Concienciar a las *instituciones sanitarias* y a la sociedad en general para que en los hospitales y en los domicilios se ayude a bien morir.

Acciones

- Concienciar y pedir a las autoridades sanitarias (Ministerio de Sanidad, Consejerías de Salud...):
 - La creación de centros que presten una asistencia integral a los enfermos terminales.
 - La creación en los hospitales de aquellas condiciones que favorezcan una buena muerte.
 - El desarrollo de programas de asistencia integral al enfermo terminal en su domicilio.
 - La capacitación del personal sanitario que asiste a los enfermos terminales.
 - La elaboración de un protocolo para la asistencia al enfermo terminal.
- La creación del Comité de Bioética en los hospitales.

 Promover una mayor colaboración de la Idesia y de sus
- Promover una mayor colaboración de la Iglesia y de sus instituciones para hacer realidad estas demandas. Para ello:
 - Apoyar la reconversión de centros de Iglesia para atender a los enfermos terminales.
 - Promover la formación ética de los profesionales sanitarios cristianos.
 - Promover experiencias piloto de asistencia a domicilio de enfermos terminales.
 - Constituir equipos volantes de profesionales sanitarios cristianos para sensibilizar y formar a los grupos de voluntariado que haya en las parroquias.
- 3. Apoyar y suscitar la creación de asociaciones de medicina paliativa o de cuidados paliativos.

Objetivo 5.º

Influir en las instituciones educativas para que, ya desde la escuela, se aborden los temas del morir como última etapa de la vida, de la muerte en cuanto fin natural de la misma, y de la asistencia debida a los moribundos y a sus familias.

Acciones

- Informar del Plan a las instituciones educativas de la Iglesia, ofrecerles sugerencias y materiales y solicitar su colaboración.
- Promover la inclusión del tema, así como el de la Bioética, en los programas de formación de los futuros profesionales sanitarios.

TESTAMENTO VITAL

A mi familia, a mi médico, a mi sacerdote, a mi notario:

Si me llega el momento en que no pueda expresar mi voluntad acerca de los tratamientos médicos que se me vayan a aplicar, deseo y pido que esta Declaración sea considerada como expresión formal de mi voluntad, asumida de forma consciente, responsable y libre, y que sea respetada como si se tratara de un testamento.

Considero que la vida en este mundo es un don y una bendición de Dios, pero no es el valor supremo y absoluto. Sé que la muerte es inevitable y pone fin a mi existencia terrena, pero desde la fe creo que me abre el camino a la vida que no se acaba, junto a Dios.

Por ello, yo, el que suscribe , pido que, si por mi enfermedad llegara a estar en situación crítica irrecuperable, no se me mantenga en vida por medio de tratamientos desproporcionados o extraordinarios; que no se me aplique la eutanasia activa, ni se me prolongue abusiva e irracionalmente mi proceso de muerte; que se me administren los tratamientos adecuados para paliar los sufrimientos.

Pido igualmente ayuda para asumir cristiana y humanamente mi propia muerte. Deseo poder prepararme para este acontecimiento final de mi existencia en paz, con la compañía de mis seres queridos y el consuelo de mi fe cristiana.

Suscribo esta Declaración después de una madura reflexión. Y pido que los que tengáis que cuidarme respetéis mi voluntad. Soy consciente de que os pido una grave y difícil responsabilidad. Precisamente para compartirla con vosotros y para atenuaros cualquier posible sentimiento de culpa, he redactado y firmo esta declaración.

Firma

Fecha

5. «SENTIMOS LA NECESIDAD DE PASAR DE UNA PASTORAL DE ENFERMOS A UNA PASTORAL DE LA SALUD Y DE LA VIDA»

VÍCTOR FEYTOR PINTO
RESPONSABLE DE PASTORAL DE LA SALUD DE PORTUGAL

Miguel Martín Rodrigo

Se da con relativa frecuencia: cuanto más cercanos, más desconocidos. No debiera ser así, pero la realidad es contundente y terca y así nos lo demuestra.

Portugal está ahí cerca. Para muchas zonas de España está, geográficamente, más próxima que buen número de Comunidades Autónomas del propio Estado español. Y, sin embargo, intuyo que para un buen número de nosotros resulta una gran desconocida.

Retenemos un par de tópicos de cada una de sus vertientes: las toallas y los jerseys como ganga comercial; la Revolución de los Claveles y Mario Soares como emblemas políticos; el Benfica y el Oporto como posibles contrincantes de nuestros mejores equipos en las competiciones europeas. Y poco más. ¡Ah! Y el Santuario de Ntra. Sra. de Fátima, que pocos hemos dejado de visitar al menos una vez en la vida. Pero, aun en este caso, parece que vayamos a Fátima pasando por Portugal, sin detenernos en su paisaje, en sus costumbres, y, sobre todo, en sus gentes.

Todo ello corregido y aumentado, es posible que se dé con la Iglesia portuguesa: sus pastores, sus comunidades, su pastoral... sus objetivos y sus necesidades. Bien es cierto que, periódicamente, diversos representantes de ambas Conferencias Episcopales se reúnen para abordar temáticas comunes. Pero ello difícilmente llega al Pueblo de Dios de los respectivos países.

Es por lo que hemos creído oportuno acercarnos a la Pastoral de la Salud de la Iglesia de Portugal. Y para ello nada mejor que dirigirnos a Víctor Feytor Pinto, máximo responsable de la misma.

Hombre con una exquisita formación, sacerdote vocacionado desde siempre por el servicio pastoral a los enfermos, es una persona abierta al diálogo, espontánea, locuaz. Su dominio del castellano facilita de modo admirable la comunicación con nosotros.

Agudo analista, no se esconde ante pregunta alguna, sino que las contesta todas y cada una de ellas con serenidad y con aplomo; da igual que se le pida una opinión sobre la situación política, económica o eclesial de Portugal, o sobre la disponibilidad de agentes de pastoral. Da la sensación de que nada de cuanto ocurre en nuestro país vecino tiene secretos para él.

Está convencido, y así lo manifiesta, de ser un aprendiz en el campo de la pastoral de la salud, minusvalorándose en relación con nosotros «que nos llevan unos cuantos años de ventaja».

Escuchando sus respuestas, uno pone en duda que sea así la realidad. En todo caso se percibe una pastoral dinámica, con criterios claros y que intenta una respuesta adecuada a las necesidades concretas de una sociedad y de una Iglesia concretas.

—Profesor Feytor, a pesar de nuestra vecindad es probable que exista un notable desconocimiento de la realidad de ambas sociedades, portuguesa y española. Sitúenos en la suya.

La sociedad portuguesa está viviendo un cambio muy profundo. Con la Revolución de 1975, todo se transformó en Portugal: la forma de vivir, los pactos sociales, la intervención en la vida pública... 1975 significó un profundo cambio de cultura, de mentalidad. Hasta entonces todo el mundo vivía en la dictadura con una actitud de obediencia. La revolución produjo una sensación de caos, siendo por eso difícil durante estos diez años conseguir un equilibrio sano.

66 No hay obispos reticentes ante la PS, pero sí diócesis más dinámicas que otras 99

66 Existen pocos párrocos que no se preocupen de los enfermos, pero son pocos también quienes tengan organizada la Pastoral de la Salud 99

66 Nuestro objetivo: que en cada parroquia exista un núcleo de PS 99

Hasta el momento, los cristianos no han tomado conciencia de la importancia que tenía su intervención en la sociedad. Por tanto podemos decir que el primer problema es aceptar el cambio y saber asumirlo y vivirlo. Para mí es el problema más importante.

El otro, es el cambio de cultura. Nosotros teníamos el cuarenta y tres por ciento de analfabetos y en este momento se ha rebajado considerablemente esta cifra, esperando que para el año 2000 todo el mundo habrá alcanzado la enseñanza secundaria y, por lo tanto, habrá cambiado sustancialmente el panorama. La consecuencia de todo ello es que la gente comienza a interesarse por cosas que anteriormente le tenían indiferente.

Otro problema es la escasa preparación de las personas para la política: la gente interviene, pero no tiene ideas claras y por eso son dominados por el consumo de bienes que reciben influenciados por la publicidad. Igualmente los grupos políticos trabajan en sus campañas no por convicciones e ideas fuertes, sino por alicientes publicitarios.

-¿Y cuál es la evolución económica que se halla en la base de esta situación?

Este es, ciertamente otro punto importante. Los salarios eran bajísimos. Con el desarrollo del sindicalismo, la presión de los partidos políticos y el equilibrio financiero, se ha conseguido superar la situación caótica de la economía. De todas formas se gana más, pero no lo suficiente para el desarrollo económico que tiene el país. Por eso se mantienen las grandes dificultades económicas, aunque con mejoras de mucha gente que antes no disponía de medios.

Podemos decir que nos hallamos en un momento nuevo que nos obliga a muchas personas a reconsiderar su postura.



Víctor Feytor Pinto

Esto es causa de una gran intranquilidad social, por la presión de los sindicatos y de los grupos más poderosos de la sociedad, que van multiplicando situaciones de crecimiento y superación cada vez más comprometidas y que crean dificultades para que la economía acompañe este desarrollo.

Por otro lado, se mantiene el desnivel entre los muy ricos y los muy pobres. Tenemos problemas graves de vivienda en las grandes ciudades, el trabajo infantil, el subempleo. En este momento el país tiene un escaso porcentaje de desempleo, quizás el más bajo de la Comunidad Europea, pero hay un subempleo en trabajos humildes, bajos salarios (treinta y un mil escudos) y esto es grave ya que no alcanza para la educación de los hijos, para una vivienda digna, alimentación adecuada, etc. Los problemas sociales, en una palabra, no se han resuelto.

Se ha llevado a cabo la tercera revisión constitucional y, por ejemplo, en sanidad se ha dejado en blanco un problema: el artículo 64 de la Constitución. Propone una salud igual, universal y gratuita para todos, pero en la realidad no es así, ya que se presta de manera universal, pero no gratuita y nosotros, con los comunistas, lo hemos hecho notar haciendo saber que los pobres no pueden soportar la carga de los precios

de los tratamientos y los cuidados sanitarios. Este es un problema que consideramos muy grave.

-¿Existe un mapa político medianamente delimitado que propugne propuestas de solución a todos estos problemas desde su respectivo marco ideológico?

No hay mucha claridad al respecto. Se da una cosa curiosa en la sociedad portuguesa: nosotros tenemos cinco partidos políticos muy fuertes, cuatro sobre todo: el comunista, el socialista, el social-cristiano, el reformador y el social-demócrata, habiendo otros de escasa importancia.

Cada uno de ellos no tiene la ideología que su nombre da a entender. Por ejemplo, el socialista es más social-demócrata, el social-demócrata es más liberal, el social-cristiano no es tan cristiano, etc. Hay títulos que no corresponden a su significado. Hay, en una palabra, una confusión ideológica.

—Dentro de este panorama, ¿cómo se ubica la Iglesia de Portugal? ¿Cuál es la radiografía que usted haría de la Iglesia portuguesa?

Ante todo hay que decir que la Iglesia portuguesa ha hecho un esfuerzo por acoger y asumir todos los cambios que se han dado en la sociedad. Con dificultad, porque ella misma tenía dificultad para estar frente al mundo, provocando también el cambio del mundo, excepto algún obispo que



«He sido invitado a pertenecer a la Comisión de Ética del Ministerio de Sanidad»

mostró una actitud más fuerte en el tiempo de la dictadura, se puede decir que estaba acomodada a todo lo que pasaba.

Después se pasó a tomar una actitud defensiva que no es una postura muy positiva, y en una fase posterior se acercó a los grandes problemas que el hombre tiene hoy planteados.

Los Obispos han expuesto en cartas colectivas, que son muy interesantes, los problemas de las diferencias de nivel entre las personas. Sobre todo las Comisiones sociales han tomado posiciones muy claras y también la Conferencia Episcopal en cuanto tal ha tomado alguna posición en tal sentido. Pero es difícil acompañar completamente toda la evolución de una sociedad.

En el último Consejo de Seglares, que tuvimos hace dos años, se estudiaron los grandes problemas de la sociedad. Se habló de los jóvenes, muy dominados por la sociedad de consumo y la Iglesia está haciendo un gran esfuerzo por hallar respuestas válidas hacia ellos. El problema de la familia, con una destrucción total y tremenda de su núcleo y un porcentaje brutal de divorcios acompañado de una disminución alarmante de la natalidad, que ha experimentado una reducción del cincuenta por ciento en siete años.

66 La estructura sanitaria tiende a cambiar de forma positiva. Pero ... 99

66 ... Hay muchos centros sanitarios todavía muy degradados 99

66... Faltan médicos suficientes para los centros de Asistencia Primaria, existen largas listas de espera, se da un exceso de burocratización 99

66 ... Muchas residencias de ancianos son, lisa y llanamente, "centros de explotación" 99

Por eso, en este contexto, nosotros consideramos que la Iglesia ha estado atenta a esta situación, pero con una pastoral que ensaya sus primeros pasos en estos campos. El problema del cambio ha sorprendido a la Iglesia de tal manera que han sido necesarios algunos años para comenzar a dar una respuesta, pasando de una actitud defensiva a iniciar las acciones precisas a los problemas que se le planteaban.

El problema de la vivienda ha sido denunciado por parte de la propia Iglesia, con claridad y con propuestas valientes, sobre todo en Lisboa. En Setúbal el problema del empleo, los despidos colectivos y los salarios atrasados. En el Norte se ha destacado por su posición fuerte contra el trabajo infantil, la marginación de la población rural y del interior y, sobre todo en Braga, los Obispos han tomado posturas muy valientes. Por lo tanto ha habido atención a los problemas sociales.

Siempre ha habido preocupación para despertar a toda la gente a la participación y a la adopción de posturas responsables, sin influenciar por esto las decisiones de los ciudadanos. La Iglesia está atenta a estos problemas estimulando a seglares a realizar estudios sobre la pobreza en Portugal y ensayando algunas respuestas sobre este tema tan doloroso.

En líneas generales, estos han sido los intentos que la Iglesia ha fomentado para dar impulso a acciones prácticas a los problemas planteados.

—¿Cuál sería, siguiendo con la radiografía de la sociedad portuguesa, la situación sanitaria en cuanto a equipamientos, realidades, logros que se han conseguido, etc.?

Tengo la sensación de que, en términos legales, la estructura tiende a cambiar de una manera positiva. Se ha hecho un esfuerzo muy grande para cubrir todo el territorio y para equipar a los hospitales. Hay muchos aún, sobre todo en los grandes centros, muy degradados. Lisboa y Oporto tienen hospitales aún muy deficientes y, al contrario, en el interior son muy buenos. Hay una gran preocupación por cubrir todo el territorio con Centros de Salud en poblaciones pequeñas como un primer apoyo a los ciudadanos.

Otro punto importante es que la población ha ido tomando conciencia de su derecho a la salud. El artículo 25 de los Derechos Humanos así lo reconoce y la gente lo sabe y recurre a estos centros de atención primaria. Pero no hay en ellos los médicos suficientes y con la disponibilidad adecuada para atender toda la demanda, lo cual da lugar a listas de espera larguísimas, aparte de que el equipamiento de que disponen también es pobre y escaso.

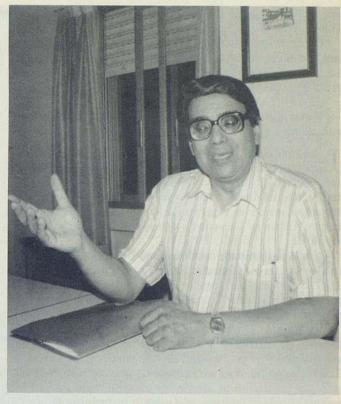
Se da en exceso la burocratización; igualmente una frecuente deshumanización y un desnivel grande entre la atención primaria y la de punta. Se gasta muchísimo en ésta con trasplantes espectaculares que son anunciados con grandes titulares y se presta escasa atención a aquélla. Este problema se ha planteado y estudiado frecuentemente en nuestras sesiones de trabajo.

66 Las Asociaciones de Médicos y de Enfermeras Católicas son colectivos con gran vitalidad y dinamismo 99

Siempre estuvo a gran altura el prestigio profesional y humano de las Asociaciones y de sus miembros 99

66 Critican cuando es necesario, colaboran cuando se precisa, estimulan cuando se requiere 99

En otro orden de cosas hay una gran afluencia de médicos y enfermeras en los grandes centros y faltan en la periferia. Hay que desplazarse a Lisboa, Oporto o Coimbra, pues en el interior y en el sur se carece de equipos suficientes y de especialistas. De todas formas hay que reconocer que se está realizando un gran esfuerzo para vencer estas dificultades.



«Nosotros tenemos aún mucha gente pobre, gente que nos obliga a reflexionar cómo llegar hasta ellos»

—Hace dos años la Iglesia española dedicó el Día del Enfermo a «los enfermos más necesitados y desasistidos»: ancianos, SIDA, toxicómanos, enfermos mentales... ¿Cuál es la realidad sanitaria de estas personas en Portugal, profesor Feytor?

Antes de responder a su pregunta me gustaría afirmar una cosa: el Estado portugués está trabajando seriamente por resolver los problemas de salud. Hay un esfuerzo en labor de prevención: para el cáncer colaboramos en una Comisión; hacia el SIDA, con algunas de las acciones emprendidas no estamos enteramente de acuerdo, pero colaboramos también en líneas generales; en términos de tratamiento, en Portugal los enfermos de SIDA se tratan y se cuidan en medio de cierto «secretismo», tanto por los enfermos como por la familia y la sociedad y por eso no se asume el problema en la medida requerida. Intentamos que se considere a los enfermos de SIDA como a enfermos normales, no sustrayéndolos. Se han dado casos semejantes a los ocurridos en España, donde parece que niños con SIDA han sido rechazados en las escuelas.

En cuanto a los ancianos yo acostumbro a decir que son muy explotados. Los ancianos han dejado sus hogares porque sus familiares no los pueden atender y entonces ingresan en Centros especiales para ellos. Los Centros estatales son buenos; los de la Iglesia también lo son, pero mientras los primeros tienen poca humanización relacional, los de la Iglesia cuentan con pocos medios técnicos y especialistas, dándose así una diferencia de comportamiento.

Pero lo peor es que hay muchas residencias de ancianos que son lisa y llanamente «centros de explotación». Por esto en Lisboa hay unas doscientas catorce en los que en un piso, llamados *lares*, que no tienen control del Estado ni de la Igle-

sia, se da una lamentable situación de explotación de los ancianos. Esta es la triste realidad.

Cierto es que también hay organismos oficiales muy buenos que trabajan muy bien en este campo de la ancianidad. La última Semana Social, que trató este tema, estuvo concurrida con más de mil participantes.

-¿Y qué aporta la Iglesia portuguesa para intentar ofrecer soluciones en este campo?

La Comisión Episcopal de Pastoral Social tiene once Departamentos y uno de ellos es el Departamento de Pastoral Sanitaria, y otro el de Pastoral de la Ancianidad, pero todos ellos colaboran entre sí y cada año tenemos un encuentro sobre una de las áreas en que la Comisión Episcopal está responsabilizada. Este año ha sido sobre el problema de la ancianidad.

Los Departamentos del Gobierno y de la Iglesia, juntamente con Cáritas y la Pastoral Sanitaria, estudiaron los problemas de la afectividad, económicos, sociales, éticos, etc., de la ancianidad y yo estoy convencido de que existe una gran sensibilidad en todos los sectores para resolver este problema.

Repito que las estructuras estatales tienen un buen apoyo médico, de enfermería y social, pero les falta mucho en humanización y en preparación de sus técnicos en este aspecto. Los de la Iglesia, a su vez, poseen un gran sentido de lo humano, pero carecen de los medios técnicos y equipos que los primeros poseen, aunque se da una transferencia de unos a otros para apoyarse mutuamente.

—Numéricamente, ¿cuál es la presencia de la Iglesia de Portugal en la asistencia psiquiátrica del país?

Los Centros Psiquiátricos no son muchos en Portugal, sobre todo los del Estado. La Iglesia, no obstante, tiene veintiún Hospitales Psiquiátricos.

Te referiré un hecho curioso. Un día, hablando con el Obispo encargado de la Pastoral Social, el Ministro de la Salud decía:

-«En este momento la Iglesia no tiene hospitales en Portugal, y por lo tanto no hay que conversar mucho,»

El Obispo respondió:

—«Tenga en cuenta, señor Ministro, que actualmente la Iglesia lleva los principales hospitales psiquiátricos del país.»

-«¿Cuáles son? - preguntó el Ministro-.

Y el Obispo le enumeró los veintiuno que hemos mencionado.

Esto sucedía con el Ministro de Salud; y es que muchas veces la Iglesia está trabajando de manera silenciosa y anónima, en este caso por medio de los Hermanos de San Juan de Dios y de las Hermanas del Sagrado Corazón, o de San Juan de Dios, como en Portugal se las conoce. Esto es un homenaje que desde aquí quiero rendir a la labor de los Hermanos de San Juan de Dios en Portugal, ya que ellos fueron los grandes pioneros de la Pastoral Sanitaria con entusiasmo, entereza y empeño y que hoy se recogen sus frutos en nuestros organismos eclesiales. Quiero mencionar de forma especial al hermano Aires Gameiro que participa en la Comisión Nacio-

nal responsabilizándose de cuanto respecta a la Pastoral Psiquiátrica.

—¿Cómo se encuentra dentro de la sociedad portuguesa y de su Iglesia la Pastoral Sanitaria, que es uno de los once departamentos de la Pastoral Social?

Es algo muy bonito. Cuando nosotros comenzamos se llamaba Pastoral de Enfermos, no Pastoral Sanitaria y tomamos entonces como objetivos tres puntos clave:

- Humanización para todos.
- Evangelización para aquellos que se confiesen creyentes.
- Sacramentalización para quienes lo soliciten.

Desde estos puntos de partida hemos comenzado a mentalizar a la gente y sentimos la necesidad de pasar de una Pastoral de Enfermos a una Pastoral de la Salud y de la Vida; de una Pastoral de llamada, a una Pastoral de presencia permanente con el enfermo; de una Pastoral sacramental, a una Pastoral profética; de una Pastoral hecha por laicos, profesionales o no. Es decir, comenzamos a dar importancia a los profesionales sanitarios, no por medios de sus Asociaciones, sino como cristianos comprometidos de manera personalizada.

Dentro de esta perspectiva de cambio nos detuvimos a reflexionar sobre los nuevos horizontes de la salud y cómo la Iglesia se habrá de preocupar por haberse presente en ellos.

66 La Iglesia de Portugal ha hecho un esfuerzo por acoger y asumir los cambios que se han dado en la sociedad 99

66 De una primera actitud defensiva, pasó a un acercamiento a los grandes problemas que el hombre tiene hoy planteados 99

Aparte de esto, nos inclinamos para llevar a cabo una atención especial hacia los hospitales, haciendo penetrar en ellos el mensaje de evangelización. Podemos decir que en este sentido nuestra atención tiene cuatro aspectos dominantes:

- Preocupación ética.
- Preocupación por la humanización.
- De intervención directa.
- De evangelización.

Me consta que los tres primeros también son de evangelización.

Amplio estos aspectos:

— La humanización. Movilizamos médicos, enfermeras, capellanes, trabajadores sociales, voluntarios y otros profesionales de la salud en sesiones masivas; cada año con los máximos responsables, en Fátima y después repetimos este Cursillo en Lisboa, Oporto Coimbra, Guarda y otros lugares. El año pasado contactamos con más de tres mil profesionales y este año ya lo hicimos con cuatro mil. Hemos tratado el problema de la humanización para enriquecer

las relaciones humanas entre las personas que trabajan en los hospitales.

- La ética. Aplicada al principio y fin de la vida y en todo ejercicio profesional consiguiendo establecer clases de deontología que no se impartían en las Escuelas. Yo soy el Profesor de Deontología desde hace dieciocho años y estamos trabajando para que todas las Escuelas mantengan esta asignatura como autónoma. Esta preocupación por la Ética ha dado un buen resultado. El propio Ministerio de Salud nos solicita asesoramiento sobre problemas éticos y he sido invitado a pertenecer a la Comisión de Ética del Ministerio en su dimensión hospitalaria. Podemos afirmar que no se celebra ningún Congreso o reunión médica en el cual se prescinda de los aspectos éticos o de humanización, contándose para ello con la Comisión de Pastoral Sanitaria.
- Intervención directa. Nosotros constituimos en todos los hospitales lo que nosotros llamamos Grupos de presencia cristiana, que tienen como objetivo trabajar en cuanto se pueda por la humanización y la ética, aun dentro de las estructuras, interviniendo para cambiar y mejorar las situaciones, no sólo mediante la denuncia, que podría provocar un rechazo, sino por el diálogo constructivo. Pero esta intervención puede ser más enérgica como sucedió cuando intervinimos acerca del artículo 64 de la Constitución y con el 16 de la misma Carta Magna, que hablan del derecho a la vida. Preparamos y acompañamos a las personas y a los grupos que intervienen cerca de los organismos responsables de la salud de manera directa y no solamente con reuniones; hablar, sí, pero actuando posteriormente de manera eficaz y constructiva.

Los Grupos de presencia cristiana son muy eficaces, consiguiendo por medio de ellos la formación de los Comités de Ética y de Humanización.

 Evangelización, que se da por medio de conferencias, contactos directos, catequesis, sacramentos, acción catequética a enfermos de larga estancia, etc.

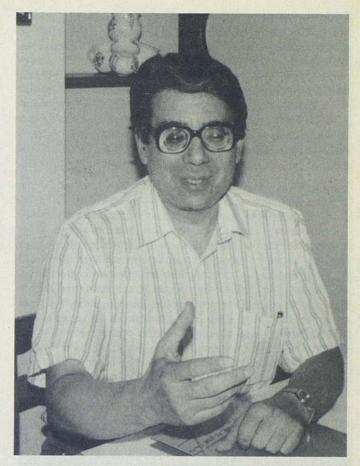
—La Delegación Nacional, ¿por qué personas se halla constituida?

En el Consejo participan varios sacerdotes y religiosos, dos médicos, dos enfermeras, representantes unos y otros de sus respectivas Asociaciones, representantes de los Voluntarios, tres Párrocos, dimensión ésta, la parroquial, de la cual no hemos hablado, pero que pretendemos que adquiera una importancia relevante. Son un total de 15 miembros.

Yo presido este Consejo como Delegado Nacional. Uno de los Obispos de Pastoral Social es el responsable, siendo en este momento el de Santarem, don Antonio Francisco Marqués. El anterior fue el Obispo de Veiro, que actualmente se encarga de la Pastoral de la Familia, porque cada seis años al menos tienen que cambiar como lo exige el Reglamento Interior de la Conferencia Episcopal.

—Usted ha hablado de los Grupos Cristianos en los Hospitales. Nosotros, en España, hablamos del Servicio Religioso en dichos Centros. ¿Cuál es la diferencia entre unos y otros y cómo se relacionan?

La diferencia es grande. La Capellanía trabaja con un grupo de voluntarios que apoyan al Capellán. Son los Ministros de la Eucaristía, Visitadores, Catequistas, etc. que son re-



«Nosotros, junto con los comunistas, hemos denunciado el hecho de que los pobres no pueden soportar la carga de los precios de los tratamientos y cuidados sanitarios»

conocidos por el hospital como tales. Cualquier persona puede intervenir, pero está ligada al Capellán.

El Grupo de presencia cristiana puede ser suscitado y apoyado por el Capellán, pero ha de ser autónomo en su labor. El Grupo tiene un objetivo de intervención y formación en el hospital, como una pequeña comunidad de base dentro del mismo, pero sin entrar en conflicto con el Capellán. Es un grupo plural ideológica y políticamente, pero han de mantener y vivir con una base, acción y objetivo plenamente cristianos. Este grupo, un día al mes se reúne para celebrar la Eucaristía, orar juntos y revisar su labor, pero, repito, son diferentes de la Capellanía.

—La Capellanía y el Grupo de Presencia Cristiana, ¿están reconocidos y subvencionados por el hospital?

El Capellán está reconocido y subvencionado por el Estado por Decreto de 1980, el cual regula la presencia religiosa en el hospital. En este momento se gestiona la revisión salarial del Capellán, no tanto por la cuestión económica cuanto por dar dignidad a su labor y realzar la nobleza de su acción y ministerio. Esta gestión se lleva a cabo en un clima cordial y sin tensiones, apoyado en el Concordato.

Los Grupos de presencia son profesionales del hospital con pleno derecho a reunirse; son cristianos que actúan dentro del hospital para mejorar la situación del mismo: —El tema de los capellanes en España tropieza con problemas que se incrustan dentro del problema general del clero. Son sacerdotes ancianos ordinariamente, con otra cultura menos actualizada, visión sacramentalista y que quizás discrepan de lo que vosotros llamáis Pastoral de presencia. ¿Tenéis perspectiva vocacional en este campo? ¿Se da en los Seminarios clases de Pastoral de la Salud como asignatura que despierte en los jóvenes seminaristas interés por este campo? ¿Habéis intentado que un agente de Pastoral no clérigo pueda trabajar en el campo que le es propio subvencionado por el Estado? En una palabra, ¿cuál es la situación de las Capellanías en Portugal?

Durante mucho tiempo se daban las Capellanías a sacerdotes ancianos que ya no tenían capacidad parroquial. Y había muy pocas deserciones. Con el cambio desde el 80 nosotros estamos refrescando toda la estructura de las Capellanías y ahora los Obispos están destinando sacerdotes más jóvenes, pero no tan jóvenes como sería necesario, porque tenemos una gran crisis de vocaciones, lo que para mí significa el problema más difícil para resolver esta situación. No tenemos sacerdotes suficientes para cubrir todas las vacantes que hay. Existen en todo el país doscientas ochenta plazas y nos faltan unas setenta, seteinta y cinco por cubrir.

Hasta los sacerdotes más ancianos han comprendido esta necesidad de cambio y es tan fuerte el mismo que la Comisión Nacional ha organizado en estos últimos años Cursillos para profundizar y entender el problema. Rude, Paco Álvarez y otros incluso de vuestra Orden, asistieron al primero de ellos; los Obispos comprendieron nuestra intención y las dificultades que teníamos con los Capellanes de Hospital. Cuando alguno se jubila, lo sustituyen por otro más joven, con otra mentalidad y más vocacionado a su labor hospitalaria, pero como no hay sacerdotes suficientes, ¿qué hacer?

66 Con la Revolución de 1975 todo se transformó en Portugal 99

66 Todavía se mantiene un desnivel entre los muy ricos y los muy pobres 99

66 A nivel político, existe una considerable confusión ideológica 99

Se propuso a la Ministra sustituir en lo posible esta carencia con religiosos y religiosas y seglares preparados. La Ministra aceptaba y comprendía la presencia de los primeros, pero no la de los seglares para esta función, suponiendo que su preparación no era la adecuada. Nosotros insistimos ante los Obispos y las autoridades para conseguir la aceptación de estas personas, subvencionadas por el Estado igual que los Capellanes.

El Reglamento asigna a cada Capellán cuatrocientas camas, lo cual es imposible de atender, por lo que queremos cambiar esta situación que impide realizar una Pastoral de presencia fecunda y eficaz.

—Las estructuras de la Pastoral de Salud en las Diócesis, zcómo se realiza; hay acogida, Obispos reticentes...?

No hay Obispos reticentes, pero sí se dan Diócesis dinámicas y otras que no lo son. De las veinte Diócesis nosotros podemos decir que nueve van muy bien; cinco regular y las otras están un tanto pasivas.

Vamos intentando penetrar con una Comisión de Enfermeros católicos además de las Asociaciones ya citadas de Médicos y Enfermeros y mantenemos el contacto. Lo hacemos todo por medio de muchos contactos personales, ¿sabes? Escribimos lo necesario, pero damos más importancia a los contactos personales por medio de médicos, enfermeras o sacerdotes con una personalidad propicia, los cuales van realizando su labor en las Diócesis y poco a poco surge el organismo. Así en Lisboa, Oporto, Vizeu, Santarem, Évora tienen grupos magníficos, con Consejos Diocesanos de Patoral en el que intervienen activamente en un trabajo muy bonito. Las otras están comenzando y las menos se hallan paralizadas.

Hay al menos un momento en el año, en que todas las Parroquias y Diócesis trabajan en este campo: se trata del «Día Mundial del Enfermo». Se celebra el 5.º domingo de Cuaresma o de Pasión.

Nosotros enviamos los planes, hojas, folletos, esquemas catequísticos, etc. y tenemos la decisión de movilizar a todo el país; ilncluso las Diócesis menos dinámicas trabajan en esto, lo cual es un signo muy positivo.

-¿Y cuál es la situación de la pastoral de la salud en el ámbito de las parroquias?

En muchas de ellas existe el Grupo de los enfermos, o sea los Visitadores de Enfermos. En esta fecha que hemos indicado antes, especialmente, el Párroco lleva la Comunión a los enfermos.

Existen pocos Párrocos que no se preocupen por los enfermos pero existen pocos también que tengan organizada la Pastoral de la Salud. Y porque apreciamos esto, nosotros hemos organizado este año en Lisboa, que es donde mejor está organizada esta Pastoral, unas Jornadas sobre los núcleos parroquiales de Pastoral de Salud. (Nosotros hablamos siempre de Pastoral de Salud, nunca de Sanitaria). En Lisboa el 50 % de las Parroquias contestaron que trabajan en Pastoral de la Salud y ochenta y ocho Parroquias asistieron a las Jornadas.

Nuestro principal objetivo fue la creación en cada Parroquia de un núcleo de Pastoral de la Salud, para que ayudase a los enfermos domiciliados de la misma: los crónicos, los operados, los deficientes y los ancianos.

Nuestra propuesta para estos equipos o núcleos es ésta: que el Grupo de Pasforal de la Salud de la Parroquia y de la comunidad esté compuesta de médico, enfermero, visitadores, catequistas, jóvenes y otros con la misión de ir al encuentro de los que están aislados, solos, y enfermos de la Parroquia para ayudarles, no solamente en el aspecto espiritual, sino en todos los planos: el plan social e higiénico, de la vivienda, de su alimentación.

Y tenemos la esperanza de que cuando el esquema esté bien montado, sea el propio Estado quien subvencione el trabajo de las personas que hacen esto habitualmente, desde luego en colaboración con los Centros de Salud de la zona. En este momento tenemos ocho Parroquias piloto en Lisboa llevando a cabo este experimento, para servir de marco de referencia a las otras que están entrando también en este ritmo.

—Por lo que has ido citándonos, se intuye una diferencia sustancial en la forma de situarse los profesionales de la salud cristianos en Portugal y en España. Da la sensación de que vosotros no tenéis tantos problemas en vivir vuestra confesionalidad dentro de las propias estructuras sanitarias; existen Asociaciones de Médicos Católicos, Enfermeras Católicas... con una identidad parece que bien definida...

Tengo la sensación de que nuestra situación se debe mucho a la historia de las propias Asociaciones. La de Médicos Católicos tiene más de cincuenta años, siempre con gran vitalidad, sobre todo al norte del país. La de enfermeras también es muy dinámica, sobre todo en el centro e interior; ésta tiene cuarenta y siete años y posee asimismo una gran vitalidad.

66 El año pasado contactamos con más de 3.000 profesionales; este año lo hemos hecho ya con más de 4.000 99

66 En todos los hospitales tenemos los llamados "Grupos de Presencia Cristiana" 99

66 Habrá que reflexionar sobre los nuevos horizontes de la salud y ver cómo hemos de hacernos presentes en ellos 99

Hay que resaltar el hecho de que han pertenecido a ellas grandes catedráticos y profesionales de la salud, que no tuvieron temor de presentarse como tales. El Secretario General de la Asociación Internacional de Médicos Católicos es portugués, Catedrático de Medicina y Farmacología y con gran prestigio. El núcleo de médicos de Oporto es magnífico, así como el de Coimbra. En Lisboa son menos, pero los que se llaman católicos —unos doscientos cincuenta o trescientos mantienen una postura igual, siendo muy estimados en el plano científico. No intervienen desde actitudes beatíficas; están abiertos al diálogo y a los debates que se presentan; muchas veces son críticos del poder e intervienen en los sindicatos con sus opiniones, etc. Están integrados en las Comisiones de Ética y no rehúyen las dificultades, influyendo en los nombramientos como por ejemplo en las direcciones de los hospitales que no son efectuados por la comunidad hospitalaria, sino por el Ministerio.

Aceptan las tareas y responsabilidades sin temor y observan una postura lineal: crítica cuando es necesario, colaborante cuando se precisa, estimulante cuando lo requiere. En una palabra, son profesionales con una magnífica formación.



«Brasil es una realidad muy dura, tanto social como eclesialmente»

En cuanto a las enfermeras se da prácticamente la misma situación. Las primeras enfermeras que obtuvieron licenciaturas fueron un grupo de profesionales católicas, que se situaron prontamente en la dirección de las Escuelas permaneciendo en ellas durante muchos años.

En este momento los médicos y enfermeras católicos son consejeros de los sindicatos, los cuales se dirigen a ellos en lo referente a problemas relacionados con sus profesionales. Igual podemos decir del organismo que ustedes llaman Colegios de Médicos. Todo esto es posible porque siempre se mantuvo a gran altura el prestigio profesional y humano de las Asociaciones y de sus miembros.

—Sintetizando: ¿Qué tres objetivos base tendría la Comisión de Pastoral de la Salud en Portugal y qué tres dificultades básicas tienen en este momento?

Tres objetivos básicos:

- La humanización y la ética dentro de la humanización, como una forma de penetrar profundamente en la realidad sanitaria.
- Movilizar todas las fuerzas disponibles para atender a cuantos enfermos requieran atención.
- Anunciar a Cristo de una manera clara para la liberación del hombre y por la confesión de su persona.

Tres grandes dificultades:

 Llevar a todos la comprensión del cambio y la actitud de la Iglesia sobre la salud.

 Conseguir llevar el mensaje evangélico a las estructuras de poder sobre el problema de la salud y del derecho del hombre a la misma.

 Despertar en todos los organismos diocesanos y parroquiales el interés por la Pastoral de la Salud, por los hospitales y por los enfermos.

—¿Cuáles serían las convergencias y las diferencias de la Pastoral de la Salud entre Portugal y España?

Me parece que ustedes están más desarrollados. Nosotros empezamos. A mí me gusta decir esto: lo que nosotros estamos haciendo es por vuestra influencia. Cuando comenzamos establecí contacto con Rude y con otros; hemos llevado sacerdotes portugueses a vuestras reuniones y hemos traído a Portugal especialistas vuestros. El intercambio ha sido muy rico. Vosotros tenéis quince años de actividad y nosotros dimos principio a ella solamente hace seis.

66 El capellán está reconocido y subvencionado por el Estado 99

66 Pero no tenemos sacerdotes suficientes para cubrir todas las vacantes que hay 99

66 El Reglamento asigna 400 camas a cada capellán, lo cual es imposible de atender 99

Tenemos convergencias en la concepción de la Pastoral de la Salud y hay una diferencia de partida: vosotros partisteis de la realidad hospitalaria y parroquial hacia los profesionales; nosotros partimos de los profesionales.

Cuando llegamos aquí hace cinco años, hubo sorpresa ante el hecho de que mi comunicación era solamente con médicos y enfermos católicos y capellanes. Y ha sido a partir de estos elementos el comienzo, o sea que ha sido un punto de partida diferente.

Hay otra convergencia actual: la doble acción en los campos parroquiales y sanitarios, dos objetivos muy claros. Vuestra realidad social y económica me parece más desarrollada que la nuestra. Nosotros tenemos aún mucha gente pobre, mucha gente que nos obliga a reflexionar cómo llegar hasta ellos y llevarles el mensaje de Cristo, pero también la salud.

—Sorprende que el Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud no se haya hecho presente todavía en Portugal.

Monseñor Angelini y el padre Redrado estuvieron conmigo hace tres años en el Congreso de CICIAMS. Fue un encuentro muy rico, con dos mil enfermeros; los invité pero no hubo oportunidad en aquel entonces. Insistiré en mi invitación para que estén con nosotros el próximo año.

Pese a todo hemos estado siempre en comunicación con ellos e igualmente los Obispos, cuando van a Roma, hablan con Monseñor Angelini. Por otro lado, nosotros queremos presentarles un trabajo organizado, y como llevamos poco tiempo...

Creo que la Comisión Pontificia estimula a trabajar, pero solicita trabajos terminados y nosotros aún no estamos preparados para éstos.

—Recientemente ha estado usted en Brasil. Nos podría dar una visión, tipo flash, de una realidad que a nosotros muchas veces tan sólo se nos vende como paraíso turístico. ¿Cómo ha percibido allí la Pastoral de la Salud?

Me parece que están muy organizados con el apoyo de los PP Camilos y de los tuyos. Hay un trabajo muy elaborado por ambas Congregaciones. En plan diocesano no lo veo tan claro. Hay una gran miseria, con problemas enormes, sufrimientos y epidemias, sobre todo en el Noroeste y, aunque es un país de esperanza, también están sufriendo el dolor y las carencias más elementales.

Es un país de ruptura, con mucha riqueza, pero con mucha pobreza también y la Iglesia se desenvuelve con grandes dificultades. Es una realidad muy dura, tanto social como eclesialmente.

Estamos convencidos de que Víctor Feytor Pinto ha contribuido, y no poco, a acercarnos una realidad que estaba bien cerca de nosotros pero que, muy probablemente, nos resultaba desconocida.

Él no se cansa de repetir que está aprendiendo de nosotros. Yo estoy convencido de lo mucho que él y la Iglesia de Portugal nos puede y debe enseñar.

6. V JORNADAS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS CRISTIANOS (PROSAC)

En Montserrat, del 16 al 18 de marzo



Monseñor Javier Osés y el abad de Montserrat, don Sebastià Bardolet, junto a varios miembros de la Comisión Central de PROSAC, inauguran las IV Jornadas

Del 16 al 18 del presente mes de marzo se han celebrado en Montserrat las IV Jornadas de los Profesionales Sanitarios Cristianos (Prosac).

Doscientos cincuenta profesionales provenientes de todo el Estado español se dieron cita en las mismas, que fueron presididas por monseñor Javier Osés, obispo de Huesca y responsable delegado de la Conferencia Episcopal Española para la Pastoral Sanitaria, por el doctor Joan Viñas Sala, presidente

del Prosac, y por el padre Rudesindo Delgado, presidente del Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria.

Asistió al acto inaugural el Abad de Montserrat, Sebastià Bardolet, que dio la bienvenida a todos los participantes, al tiempo que les ofreció tanto la hospitalidad de los monjes benedictinos como la oración de los mismos por el fruto de las Jornadas.

Representando al señor Cardenal de Barcelona, se hizo pre-



Monseñor Javier Osés se dirige a la Asamblea

sente, el sábado día 17, monseñor Lluís Martínez Sistach, obispo auxiliar, quien participó en los trabajos de la jornada y presidió la liturgia vespertina del día.

Cabe destacar, por otro lado, y a título de invitados, la presencia del doctor Casera, representando al Pontificio Consejo de la Pastoral Sanitaria, así como el doctor André-Dominique Nenna, presidente de la Federación Europea de la Asociación de Médicos Católicos.

El doctor Helios Pardell, director del Centro de Estudios Colegiales del Colegio de Médicos de Barcelona, disertó sobre «El profesional sanitario y su papel en la comunidad». Monseñor Buenaventura Pelegrí iluminó el mismo campo desde la vertiente de la fe cristiana con su ponencia «Identidad y misión del profesional cristiano en la comunidad y en la Iglesia».

En relación al tema que la Iglesia ha elegido para el Día del Enfermo del presente año —«La Comunidad Cristiana y los Enfermos»—, se estudió el mismo por grupos, tras haber escuchado las ponencias anteriores.

Igualmente se trabajó por grupos lo referente al Seminario «Secreto Profesional y Derecho a la Intimidad», tema éste que se ha había venido trabajando a lo largo de todo el curso en cada una de las diócesis españolas. Se valoró muy positivamente el trabajo que el año anterior se hizo, en estos mismos Seminarios, sobre «La Eutanasia» y que sirvió de base para el «Plan de Acción sobre la Eutanasia» que elaboró la propia Conferencia Episcopal.

El tema del seminario del presente año fue preparado, conducido e iluminado por el doctor Francesc Abel, S.J., director del Instituto Borja de Bioética de Sant Cugat del Vallès.

Quienes hemos visto nacer el movimiento que intenta agrupar a los profesionales sanitarios cristianos de España, vamos percibiendo en su desarrollo la acción del Espíritu. Con unos principios sencillos, con una estructura elemental, pero con una enorme ilusión y generosidad por quienes en este momento se hallan integrados en el mismo, se observa en él la paulatina configuración de un marco adecuado para la presencia pastoral de la Iglesia —Pueblo de Dios— en el cada día más complejo mundo de la salud.

Ofrecemos a continuación las Conclusiones a las que se llegaron referente al tema «El Profesional Sanitario y su Papel en la Comunidad». En el momento de confeccionar el presente número de LABOR HOSPITALARIA todavía no disponíamos de las correspondientes al tema del Seminario sobre El Secreto Profesional. Es nuestro deseo poder ofrecérselas tan pronto se hallen en nuestro poder.

M. M. R.

CONCLUSIONES

EL PROFESIONAL SANITARIO Y SU PAPEL EN LA COMUNIDAD

¿Cuáles son las necesidades sanitarias más importantes de tu comunidad?

Un proyecto de salud eficaz

- Planificado y acorde con las necesidades de todos los ciudadanos sin diferencias ni marginación.
- Que promocione la salud de nuestra comunidad.
- Que insista en la asistencia primaria, la medicina preventiva y la educación sanitaria.

Una asistencia sanitaria

- Integral. Que incluya y atienda a todas las necesidades y a la totalidad de la persona.
- Personalizada, no masificada.
- Coordinada. Que evite las diferencias entre zonas rurales y urbanas, asistencia primaria y hospital, medicina general y especialidades. Asistencia intra y extrahospitalaria.
- Integrada en las circunstancias específicas de cada comunidad y de nuestro tiempo.
- Humanizada. Sin burocracia. Que respete la dignidad e intimidad. Atenta a los derechos de enfermos y familiares.
- Efectiva. Que evite las estancias largas, las demoras asistenciales, la masificación, las prisas y la rutina. Con infraestructura suficiente. Atenta a las necesidades específicas del enfermo, la familia y los profesionales. Que abarque toda la población: urbana, rural, concentrada, dispersa y sin distinciones de patología, marginados, terminales, planificación familiar, crónicos, etc. Con recursos humanos y materiales suficientes.
- Orientada, no politizada, dirigida preferentemente a los débiles, más pobres y marginados, con atención preferente a las zonas más deprimidas y con sistemas internos de control de función modernos y de garantía (comités).
- Incentivada, motivada.

De los profesionales

- Competencia profesional garantizada por la formación pre y postgraduada que incluya nuevas asignaturas adecuadas a las circunstancias actuales, especialmente bioética y sociología, que incluya cursos de humanización y que se complete con la formación continuada.
- Calidades humanas.
- Dedicación.
- Ejercicio profesional correcto. Trabajo en equipo, sin prisas ni stress, con una buena relación prof.-enfermo, conducta acorde con criterios morales sólidos individuales y colectivos, organizado en el tiempo sin excesos ni cansancio.
- Buenas relaciones humanas e interprofesionales.
- Sensibilización profesional. Que incluye la conciencia de servicio, la vocación y el sentido de la responsabilidad y el compromiso total con el enfermo.



Doctor Casera, que asistió como representante del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud

De la comunidad

- Estilo de vida sano.
- Educación sanitaria.
- Solidaridad social.

De la Iglesia

- A nivel de PROSACS identificación y acciones transformadoras e iluminadoras.
- Mayor presencia y contactos del Servicio Religioso.

EN CONCLUSIÓN SON NECESIDADES SANITARIAS MÁS IMPORTANTES

- Una asistencia sanitaria integral que cubra todas las necesidades de la persona, de todas las personas, sin marginaciones.
- Una mayor competencia y formación profesional acorde a las exigencias de nuestro tiempo en contenido y objetivos.
- Una sociedad o comunidad comprometida activamente con su salud,
- Una presencia eclesial más testimonial, más viva y efectiva en el mundo de la salud.

¿Están los profesionales sanitarios al servicio de la comunidad?

- Dos grupos opinan absolutamente que no.
- Algunos grupos creen que sí y especifican que determinadas actividades personales, el voluntariado, algunas inquietudes profesionales y comunidades religiosas dedicadas a



Monseñor Lluís Martínez Sistach, acompañado por el padre Ramón Caralt y por los miembros de la Comisión Central de PROSAC, preside la Liturgia de la Palabra

la patología de nuestro tiempo sí están al servicio de la comunidad.

- La gran mayoría opina que un sí pero muy limitado por motivos:
 - a) Personales. Estar al servicio de la dirección o de la entidad; prima intereses políticos, económicos, de prestigio, de poder o propaganda.
 - Estructurales o institucionales. Por problemas de burocracia, inadecuada gestión o planificación, desequilibrio entre oferta y demanda, incorrecta elección de prioridades asistenciales.
 - c) Profesionales. Por deformación profesional en la que se echa de menos una asistencia integral y a la familia y una conciencia profesional. En general enfermería suele tener una actitud mejor de servicio.

EN CONCLUSIÓN

- Se cubren más las necesidades técnicas o profesionales que las humanas o psicológicas.
- Falta formación continuada dirigida a mejorar la calidad asistencial.

¿Está al servicio de esas necesidades el sistema sanitario?

La mayoría opina que no

- Por los motivos siguientes:
 - a) Problemas de gestión. Escasez de recursos humanos y materiales. Recursos económicos mal distribuidos. El sistema sanitario piensa más en protegerse a sí mismo que en servir al enfermo (el hospital ha de estar al servicio del enfermo y no condicionar al enfermo a las necesidades del sistema).
 - Reduccionismos. Privatización de la cantidad sobre la calidad asistencial. Objetivos técnicos económicos o de imagen pública.
 - c) Desproporción oferta-demanda con la consiguiente masificación.
- Todo esto origina crispación y desánimo en pacientes y profesionales.
- Una asistencia despersonalizada.

- Un freno de la reforma sanitaria.
- Determinadas carencias significativas, como la asistencia psiquiátrica.
- Actitud a la defensiva del sistema, primando más las necesidades del centro que las de los pacientes.

Algunos opinan que sí

— En tal sentido aportan los aspectos positivos de la Ley de Sanidad. Las evidentes mejorías del sistema, pero determinadas dificultades estructurales, económicas y de gestión así como el desconocimiento de la Ley de Sanidad por parte de los mismos profesionales, entorpecen y hacen insuficiente la reforma.

¿DE QUÉ FORMA DEBEN ENSAMBLARSE LOS DISTINTOS PROFESIONALES EN EL SENO DEL EQUIPO DE SALUD?

- Estableciendo como objetivo común el enfermo y su asistencia integral.
- Limitando el personalismo y el individualismo y rompiendo el status profesional.
- Evitando la dilución de responsabilidades con una mejor competencia y rendimiento profesional, mayor vocación de servicio y presencia de Comités de Ética en las instituciones y en los colegios profesionales.
- Coordinando el trabajo, por medio del equipo de salud que debe incluir a la familia, a los trabajadores sociales y a los agentes de Pastoral, que deben actuar coordinadamente con los centros de salud y que deben ser tenidos en cuenta en la dinámica parroquial.

Todo esto exige. Una mayor conexión interestamental, jerarquización, reconocimiento de las diferentes funciones. Formación pre y post graduada específica. Mejor comunicación interprofesional. Concepto plural y compartido de salud y comités de ética que garanticen los límites de nuestra actuación profesional y defiendan la asistencia integral.

IDENTIDAD Y MISIÓN DEL PROFESIONAL CRISTIANO EN LA COMUNIDAD Y LA IGLESIA

Rasgos que debiera tener todo profesional cristiano

- Calidades humanas. Debe ser acogedor, compasivo, dialogante, equilibrado, alegre, respetuoso con el enfermo, amable, afectivo, cariñoso, con ternura, sensible y generoso.
- Calidades éticas. Responsable. Coherente, consecuente, auténtico, íntegro. Con principios morales sólidos. Honrado. Desinteresado. Con dedicación absoluta. Crítico y constructivo. Sano para sanar.
- Calidades profesionales. Competente, trabajador, dedicado, disponible, comprometido con el enfermo, compasivo, discreto, sereno, en superación y formación permanentes.
- Calidades cristianas. Ejercicio afectivo y efectivo del amor. Capaz de amar y dejarse amar, servicial, alegre, libre interiormente. Espiritual. Testigo de fe, esperanza y caridad. Lleno de Dios. Evangelizante. Actitud de oración. Sentido de trascendencia. Dispuesto siempre a compartir.

DIFICULTADES Y OBSTÁCULOS QUE ENCUENTRA EL PROSAC PARA VIVIR SU COMPROMISO EN EL MUNDO DE LA SALUD

Personales

sí

1-

le o-

os on en

an-

a-

- Falta de valores o calidades esenciales para manifestar nuestra actitud de fe: fortaleza, libertad, valentía y rigor personal.
- Incoherencias fe-vida y ético-profesionales que originan conductas no cristianas.
- Desmotivación cristiana en nuestra profesión; no percibimos nuestro compromiso cristiano en el mundo de la salud.
- Falta de formación cristiana.
- Fe individual.

Comunidad cristiana

- Insuficiente apoyo de las comunidades cristianas, por: falta de equipos de participación o desconocimiento de los mismos. Falta de encuentros y cauces específicos.
- Desconexión con las estructuras cristianas y con otros Prosac del centro.
- No identificación entre los objetivos cristianos y los de los organismos administrativos.

Ambientales o sociales

- Los valores socio-culturales imperantes en nuestro tiempo: secularización, pasivismo, agnosticismo, materialismo, consumismo, hedonismo, deformación política.
- Las características negativas de nuestro tiempo: el stress, la deshumanización, el rigor competitivo, las necesidades económicas.
- La mala conciencia colectiva que determina intolerancia, hostilidad e incomprensiones.

Profesionales

- Cansancio, apatía, desilusión, desencanto, desaliento.
- Tendencia al individualismo. Ambiente profesional poco facilitador, incluidas determinadas actitudes sindicales.
- Incomprensión.
- Miedo de que lo religioso pueda resultar negativo en determinados momentos para la familia o el enfermo.
- Falta de formación ético-profesional. Determinados problemas actuales como la eutanasia o el aborto que nos interpelan.

Estructurales-asistenciales

- Masificación. Burocracia. Tecnicismo. Deshumanización.



Doctor André-Dominique Nenna, presidente de la Federación Europea de Asociaciones de Médicos Católicos

ACCIONES CONCRETAS A EMPRENDER POR LOS PROSAC PARA ATENDER NUESTRAS NECESIDADES Y LAS DE LA COMUNIDAD

Acciones personales

- Testimonio fe-vida.
- Descubrir nuestra comunidad para entregarnos a ella.
- Redescubrir y proclamar los valores humanos y los principios morales de nuestra convivencia.

Prosac

- Descubrir a Cristo en el enfermo.
- Motivar a los profesionales desde nuestra fe y nuestras instituciones.
- Difundir y sensibilizar el movimiento Prosac: crear grupos Prosac en cada diócesis. Crear grupos de acción y reflexión en nuestra comunidad hospitalaria y parroquia con objetivos claros y prioritarios.
- Insistir en la formación, para mejorar nuestra calidad profesional, introduciendo nuevas asignaturas como la bioética. Colaborar en programas de formación del voluntariado y en grupos de formación permanente.
- Crear cauces y ámbitos de encuentro para intensificar nuestra comunicación mutua.
- Responsabilizarnos del movimiento Prosac y dinamizarlo.
 Garantizar su continuidad. Activar e integrarnos en los Comités de Humanización, Calidad, Bioética. Exigirlos.
- Establecer un diálogo con la Administración, sobre las prioridades asistenciales y la distribución justa de los recursos.
- Organizarnos. Trabajar coordinadamente con otros grupos de Pastoral de nuestra comunidad, con los responsables diocesanos, párroco y el servicio de asistencia religiosa.
- Ponernos en nuestra comunidad al servicio de los más débiles: marginados, crónicos, terminales.
- Promover una asistencia acorde en sus formas, a las necesidades específicas de nuestro tiempo: asistencia primaria, hospitalización y asistencia a domicilio, centros de crónicos, unidades de cuidados paliativos, hospices, unidades de rehabilitación e integración social.

— Promover una asistencia acorde en sus objetivos a las necesidades específicas de nuestro tiempo: promover la defensa de los derechos del enfermo, difundirlos y exigirlos. Humanizar nuestra asistencia sanitaria. Realizar una asistencia integral que contemple la totalidad de las necesidades y la totalidad de la persona humana. Trabajar en equipo soportando cada uno su propia responsabilidad.

De la comunidad

- Evangelizar desde la salud y la enfermedad.
- Ayudarla a descubrir su poder sanador.
- Activar la participación de la comunidad en los problemas sanitarios de la zona, usar los cauces existentes: relación de ayuda, consejo de salud; orientarlos, iluminarlos.
- Ayudar a los enfermos a integrarse en la comunidad y a la comunidad, a conocer, a aceptar y ayudar a sus enfermos.
- Colaborar en la educación sanitaria de la comunidad: campañas de formación e información comunitarias. Difundir un mejor conocimiento de la bioética y aplicarla a problemas específicos de nuestra comunidad. Organizar seminarios y encuentros.
- Sensibilizar a la comunidad en problemas específicos sobre enfermos teminales, crónicos, ancianos, unidades de cuidados paliativos, drogadicción, alcoholismo.
- Concienciarnos TODOS de qué es una comunidad. RECO-NOCER NUESTRA COMUNIDAD PARA INTEGRARNOS EN ELLA.

SE PROPONEN COMO ACCIONES PRIORITARIAS Y EVALUABLES EN PRÓXIMOS ENCUENTROS

- Relación sacerdotes-Prosac.
- Geriatría.
- Responsabilidad cristiana de los Prosac.
- S.I.D.A.
- Drogadictos.
- Asistencia primaria.
- Asistencia a crónicos.
- Derechos del enfermo.

7. CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA

Francesc Abel, S.J.

Director del Institut Borja de Bioètica Sant Cugat del Vallès (Barcelona)

El nuevo código de los Colegios Oficiales de Médicos (abreviado «C» desde ahora) ha introducido cambios que mejoran el redactado, la distribución de los artículos y algunos conceptos del antiguo código, aprobado en 1979. Poco o nada substancial ha cambiado, lo cual abre serios interrogantes sobre la misma función y necesidad de los códigos profesionales médicos. Presentamos, primero, los aspectos que consideramos positivos y, después, nuestras dificultades.

ASPECTOS POSITIVOS

En líneas generales ha mejorado el estilo, abandonándose en buena parte la retórica paternalista del último código; se pone más énfasis en los derechos de los enfermos, reconocidos como tales y se reconoce que «la principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia (art. 4.3. «C»). Este principio fue formulado asimismo en las Normas de Deontología del Colegio de Médicos de Barcelona del año 1979.

Destacamos también la mejor lógica en la distribución y agrupamiento de los artículos y por esto hay que felicitar a los redactores por el esfuerzo que ha supuesto. De los 130 artículos divididos en 19 capítulos, el nuevo «C» distribuye su contenido en 44 artículos distribuidos en 13 capítulos.

Si pasamos a puntos concretos, nos alegramos de las correcciones introducidas en el capítulo del secreto profesional, mucho mejor matizado. Hay que celebrar la introducción en el «C» del derecho del paciente a la intimidad amenazada por la informatización de las historias clínicas (art. 19), si bien lamentamos la timidez del redactado que diluye la fuerte exigencia de la Asociación Médica Mundial, de protegerla invitando a las asociaciones médicas nacionales a «rechazar cualquier esfuerzo por imponer una legislación sobre el pro-

cesamiento electrónico de datos que pueda poner en peligro o perjudicar el derecho del paciente al secreto, la seguridad y confidencia. Se deberá asegurar protecciones efectivas contra el uso no autorizado de retransmisiones de los registros de la seguridad social u otra información personal antes de que tal información entre a la computadora». (Asociación Médica Mundial. Postulado sobre el uso de la computadora en la medicina. Venecia, octubre de 1983.)

No se hace ninguna mención del deber del médico de informar al paciente de los datos informatizados, ni de la protección del derecho del paciente a que determinados aspectos biográficos, que pueden constar en una historia clínica, no sean informatizados, ni tampoco del derecho del paciente a borrar información que no desea comunicar.

Frente al discutido y discutible derecho de los pacientes a reclamar elementos documentales que le afectan como radiografías, pruebas clínicas, etc., que aceptaba el antiguo código en el artículo 39, el «C» ignora este derecho y se limita a reconocer que «es derecho del paciente obtener un certificado o informe, emitido por el médico, relativo a su estado de salud o enfermedad o sobre la asistencia que le ha prestado. El contenido del dictamen será auténtico y veraz y será entregado únicamente al paciente o a otra persona autorizada» (art. 12 «C»). Discutible mejora desde los intereses sanitarios institucionales y de los derechos de los usuarios, pero más comprensible desde el seguimiento clínico y de la investigación.

Nos parece interesante el puente tendido para un diálogo enriquecedor, a las denominadas Medicinas no Convencionales: «En tanto las llamadas Medicinas No Convencionales no hayan conseguido dotarse de una base científica aceptable, los médicos que las aplican están obligados a registrar objetivamente sus observaciones para hacer posible la evaluación de la eficacia de sus métodos» (art. 24.1 «C»).

DIFICULTADES

Al margen de las dificultades concretas que expondremos brevemente sobre algunos artículos del «C», queremos insistir en nuestra opinión acerca de la función que un código de ética médica profesional debería desempeñar en nuestra sociedad y que en su día fue recogida en la «Guia del Metge 1985» del Colegio de Médicos de Barcelona.

Creemos que un código profesional ha de recoger el con-

junto de valores morales o bienes que como médicos consideramos que se han de tutelar y promover y ante los cuales nos sentimos individual y colegialmente responsables. Estos valores hacia los cuales se orientan nuestras decisiones libres como profesionales de la medicina nos interpelan desde el fondo mismo de nuestro ser a manera de imperativo ético. Al protegerlos y promoverlos nos sentimos realizados como personas que cumplen su deber al servicio de los pacientes. El lenguaje en que se expresan estos valores es el normativo, necesario para transmitir, anunciar y comunicar los valores éticos. El criterio subyacente en un código médico profesional ha de ser un profundo respeto a la dignidad de la persona humana. Este es el criterio general y básico en todo esfuerzo para concretizar el deber ético.

Las normas deontológicas no agotan necesariamente todo el ámbito de los valores a proteger o promover. Acostumbran a tener en cuenta especialmente aquellos valores que se consideran más importantes y también aquellos que en un determinado momento corren el peligro de ser conculcados.

Un código de ética actualizado no puede ignorar los profundos cambios científicos y tecnológicos que se han producido en los últimos años en los campos de las tecnologías de la reproducción asistida, en el diagnóstico prenatal de los defectos congénitos, en la posibilidad de intervenciones sobre embriones y fetos humanos, en los proyectos de investigación terapéutica, en la atención a los pacientes crónicos y terminales. Tampoco puede ignorar los graves problemas y desajustes que crea la sociedad ante unas demandas sanitarias ilimitadas y unos recursos limitados. La mayoría de estos aspectos resultan prácticamente ignorados.

Una reflexión a fondo sobre los problemas éticos que se plantean en las distintas especialidades es necesaria y así se hace en otros países a través de comités nacionales o locales de ética médica. Estas reflexiones ayudan después a la formulación de normativas éticas y en última instancia a establecer unas bases para promulgación de leyes justas y necesarias. Esto creemos que es posible y necesario precisamente por el pluralismo ético de nuestra sociedad.

Creíamos, quizá equivocadamente, cuando servimos en el Comité de Ética del Colegio de Médicos de Barcelona, que existía en España la posibilidad de recoger en un código estas reflexiones que podrían ayudar a los mismos profesionales médicos y a los legisladores.

Denunciábamos el peligro de convertir a la ética médica en un simple tratado de medicina legal y convertir a los códigos de ética en manuales híbridos de etiqueta médica y vademécums abreviados de medicina legal. Ésta parece, en concreto, a nuestro parecer, la orientación de fondo del «C», en los artículos más necesarios y difíciles por lo complejos y polémicos.

Desde nuestra posición un código con esta orientación resulta inútil y siempre desfasado.

Y más en concreto consideramos poco afortunadas las formulaciones de los artículos 25 y 27 sobre el aborto, que simplifican indebidamente el problema, formulan imperativos, y exculpan de su cumplimiento. Es rebuscado el concepto de «ser humano embrio-fetal enfermo» y simplista el enfoque sobre la investigación. El artículo 27 sobre objeción de conciencia resulta también alambicado: «El médico no debe estar condicionado por acciones u omisiones ajenas a su propia libertad de declararse objetor de conciencia...» (art. 27.2 «C»).

En caso de que hubiéramos tenido voz en esta reforma habríamos sugerido el siguiente redactado: todo médico tiene derecho a negarse por razones de conciencia a aconsejar determinados métodos de regulación de la reproducción, a practicar la esterilización y la interrupción voluntaria del embarazo, y ha de tener presente que el personal sanitario que colabora con él tiene el mismo derecho. Una auténtica objeción de conciencia no puede comportar jamás ningún tipo de penalización en la práctica profesional.

Una enmienda a la totalidad sería nuestra redacción al pobre articulado sobre investigación, artículo 32 «C». Consideramos inaceptable el artículo 31 sobre el deber del médico, en casos de intentos de suicidio, huelga de hambre o rechazo de tratamiento. Demasiados problemas para resolverlos precipitadamente de un plumazo. Estos artículos restan credibilidad al nuevo código.

Suponemos que los redactores del «C» no dieron excesiva importancia a su posible función como ayuda ética clarificadora e inspiradora de decisiones. Acentuaron, en cambio, una posible utilidad como reglamento de uso interno adaptado a la normativa legal vigente. Debieron, sin embargo, preguntarse sobre cuestiones fundamentales cuando eligieron el inexplicable y misterioso título de «Nuevo Código de Ética y Deontología Médica». Hubiéramos agradecido una explicación, teniendo en cuenta que en el artículo 1.º define la deontología médica como el conjunto de principios y reglas éticas que deben inspirar y guiar la conducta profesional del médico. ¿Qué será el código de ética médica?

Francesc Abel, S.J.

Director del Instituto Borja de Bioética. Sant Cugat del Vallès (Barcelona)

DOCUMENTO

CAPÍTULO I

DEFINICIÓN Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

- Art. 1. La Deontología Médica es el conjunto de principios y reglas éticas que inspiran y guian la conducta profesional del médico.
- Art. 2. 1. Los deberes que impone este Código obligan a todos los médicos en el ejercicio de su profesión, cualquiera que sea la modalidad en que la practiquen.
- 2. El incumplimiento de alguna de las normas de este Código constituye una de las faltas disciplinarias tipificadas en los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial, cuya corrección se hará a través del procedimiento establecido en los citados Estatutos.

Art. 3. La OMC asume como uno de sus objetivos primordiales la promoción y desarrollo de la deontología profesional, dedicando su atención preferente a difundir el conocimiento de los preceptos de este Código y obligándose a velar por su cumplimiento.

CAPÍTULO II

PRINCIPIOS GENERALES

Art. 4. 1. La profesión médica está al servicio del hombre y de la sociedad. En consecuencia, respetar la vida humana y la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico.

- El médico debe cuidar con la misma conciencia y solicitud a todos los pacientes sin distinción por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
- La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia.
- El médico nunca perjudicará intencionadamente al enfermo ni le atenderá de manera negligente; y evitará cualquier demora injustificada en su asistencia.
- Todo médico, cualquiera que sea su especialidad o la modalidad de su ejercicio, debe prestar ayuda de urgencia al enfermo o al accidentado.
- 6. En situaciones de catástrofe, epidemia o riesgo de muerte el médico no puede abandonar a los enfermos, salvo que fuere obligado a hacerlo por la autoridad competente. Se presentará voluntariamente a colaborar en las tareas de auxilio.
- Art. 5. 1. El médico ha de ser consciente de sus deberes profesionales con la comunidad. Está obligado a procurar la mayor eficacia de su trabajo y un rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición.
- 2. Siendo el sistema sanitario el instrumento principal de la sociedad para la atención y promoción de la salud, los médicos han de velar para que en él se den los requisitos de calidad, suficiencia y mantenimiento de principios éticos. Están obligados a denunciar sus deficiencias en tanto las mismas puedan afectar a la correcta atención de los pacientes.
- Art. 6. En caso de huelga médica, el médico no queda eximido de sus obligaciones éticas hacia los pacientes a quienes debe asegurar los cuidados urgentes e inaplazables.

CAPÍTULO III

RELACIONES DEL MÉDICO CON SUS PACIENETS

- Art. 7. La eficacia de la asistencia médica exige una plena relación de confianza entre médico y enfermo. Ello presupone el respeto del derecho del paciente a elegir o cambiar de médico o de centro sanitario. Individualmente, el médico ha de facilitar el ejercicio de este derecho y corporativamente procurarán armonizarlo con las previsiones y necesidades derivadas de la ordenación sanitaria.
- Art. 8 1. En el ejercicio de su profesión, el médico respetará las convicciones del enfermo o sus allegados y se abstendrá de imponerles las propias.
- El médico actuará siempre con corrección, respetando con delicadeza la intimidad de su paciente.
- Art. 9 Cuando el médico acepte atender a un paciente se compromete a asegurarle la continuidad de sus servicios, que podrá suspender si llegara al convencimiento de no existir hacia él la necesaria confianza. Advertirá entonces de ello al enfermo o a sus familiares y facilitará que otro médico, al cual transmitirá la información oportuna, se haga cargo del paciente.
- Art. 10. Si el paciente, debidamente informado, no accediera a someterse a un examen o tratamiento que el médico considerase necesario, o si exigiera del médico un procedimiento que éste, por razones científicas o éticas, juzga inadecuado o inaceptable, el médico queda dispensado de su obligación de asistencia.
- **Art. 11.** 1. Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre el diagnóstico, pronóstico y posibilidades terapéuticas de su enfermedad; y el médico debe esforzarse en facilitársela con las palabras más adecuadas.
- Cuando las medidas propuestas supongan un riesgo importante para el paciente, el médico proporcionará información suficiente y ponderada, a fin de obtener el consentimiento imprescindible para practicarlas.
- 3. Si el enfermo no estuviese en condiciones de dar su consentimiento a la atención médica por ser menor de edad, estar incapacita-

do o por la urgencia de la situación, y resultase imposible obtenerlo de su familia o representante legal, el médico deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional.

- 4. En principio, el médico comunicará al paciente el diagnóstico de su enfermedad y le informará con delicadeza, circunspección y sentido de responsabilidad del pronóstico más probable. Lo hará también al familiar o allegado más íntimo o a otra persona que el paciente haya designado para tal fin.
- 5. En beneficio del paciente puede ser oportuno no comunicarle inmediatamente un pronóstico muy grave. Aunque esta actitud debe considerarse excepcional con el fin de salvaguardar el derecho del paciente a decidir sobre su futuro.
- Art. 12. Es derecho del paciente obtener un certificado o informe, emitido por el médico, relativo a su estado de salud o enfermedad o sobre la asistencia que le ha prestado. El contenido del dictamen será auténtico y veraz y será entregado únicamente al paciente o a otra persona autorizada.
- Art. 13. El trabajo en equipo no impedirá que el paciente conozca cuál es el médico que asume la responsabilidad de su atención.
- **Art. 14.** El consultorio médico deberá ser acorde con el respeto debido al enfermo y contará con los medios adecuados para los fines a cumplir.
- Art. 15. 1. El acto médico quedará registrado en la correspondiente historia o ficha clínica. El médico tiene el deber, y también el derecho, de redactarla.
- 2. El médico está obligado a conservar los protocolos clínicos y elementos materiales de diagnóstico. En caso de no continuar con su conservación por transcurso del tiempo, previo conocimiento del paciente, podrá destruir el material citado, sin perjuicio de lo que disponga la legislación especial.
- 3. Las historias clínicas se redactan y conservan para facilitar la asistencia del paciente. Se prohíbe cualquier otra finalidad, a no ser que se cumplan las reglas del secreto médico y se cuente con la autorización del médico y del paciente.
- 4. El análisis científico y estadístico de los datos contenidos en las historias y la presentación de algunos casos concretos pueden proporcionar informaciones muy valiosas, por lo que su publicación es autorizable desde el punto de vista deontológico con tal que se respete el derecho a la intimidad de los pacientes.
- El médico está obligado, a solicitud y en beneficio del enfermo, a proporcionar a otro colega los datos necesarios para completar el diagnóstico así como a facilitarle el examen de las pruebas realizadas.

CAPÍTULO IV

SECRETO PROFESIONAL DEL MÉDICO

- Art. 16. 1. El secreto del médico es inherente al ejercicio de la profesión y se establece como un derecho del paciente para su seguridad.
- El secreto profesional obliga a todos los médicos cualquiera que sea la modalidad de su ejercicio.
- 3. El médico guardará secreto de todo lo que el paciente le haya confiado y de lo que haya conocido en su ejercicio profesional.
 - 4. La muerte del enfermo no exime al médico del deber del secreto.
- Art. 17. 1. El médico tiene el deber de exigir a sus colaboradores absoluta discreción y observancia escrupulosa del secreto profesional. Ha de hacerles saber que ellos también están obligados a guardarlo.
- En el ejercicio de la medicina en equipo, cada médico es responsable de la totalidad del secreto. Los directivos de la institución tienen el deber de poner todos los medios necesarios para que esto sea posible.
- Art. 18. Con discreción, exclusivamente ante quien tenga que hacerlo y en sus justos y restringidos límites, el médico revelará el secreto en los siguientes casos:

- 1. Por imperativo legal. Si bien en sus declaraciones ante los Tribunales de Justicia deberá apreciar si, a pesar de todo, el secreto profesional le obliga a reservar ciertos datos. Si fuera necesario, pedirá asesoramiento al Colegio.
- Cuando el médico se vea injustamente perjudicado por causa del mantenimiento del secreto de un paciente y éste sea el autor voluntario del perjuicio.
- 3. Si con el silencio se diera lugar a un perjuicio al propio paciente u otras personas; o un peligro colectivo.
 - 4. En las enfermedades de declaración obligatoria.
- Cuando el médico comparezca como acusado ante el Colegio o sea llamado a testimoniar en materia disciplinaria. No obstante, tendrá derecho a no revelar las confidencias del paciente.
- Art. 19. 1. Los sistemas de informatización médica no comprometerán el derecho del paciente a la intimidad.
- Todo banco de datos que ha sido extraído de historias clínicas estará bajo la responsabilidad de un médico.
- Un banco de datos médicos no debe conectarse a una red informática no médica.
- Art. 20. Cuando un médico cesa en su trabajo privado, su archivo podrá ser transferido al colega que le suceda, salvo que los pacientes manifiesten su voluntad en contra. Cuando no tenga lugar tal sucesión, el archivo deberá ser destruido, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 16.2 de este Código.

CAPÍTULO V

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

- Art. 21. 1. Todos los pacientes tienen derecho a una atención médica de calidad científica y humana. El médico tiene la responsabilidad de prestarla, cualquiera que sea la modalidad de su práctica profesional comprometiéndose a emplear los recursos de la ciencia médica de manera adecuada a su paciente, según el arte médico del momento y las posibilidades a su alcance.
- Excepto en situación de urgencia, el médico debe abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad. En tal caso, propondrá que se recurra a otro compañero competente en la materia.
- Art. 22. 1. El médico debe disponer la libertad profesional y de las condiciones técnicas que le permitan actuar con independencia y garantía de calidad. En caso de que no se cumplan esas condiciones deberá informar de ello al organismo gestor de la asistencia y al paciente.
- 2. Individualmente o por mediación de las organizaciones profesionales, el médico debe llamar la atención de la comunidad sobre las deficiencias que impidan el correcto ejercicio profesional.
- Art. 23. El ejercicio de la Medicina es un servicio basado en el conocimiento científico, cuyo mantenimiento y actualización es un deber deontológico individual del médico y un compromiso ético de todas las organizaciones y autoridades que intervienen en la regulación de la profesión.
- Art. 24. 1. En tanto las llamadas Medicinas No Convencionales no hayan conseguido dotarse de una base científica aceptable, los médicos que las aplican están obligados a registrar objetivamente sus observaciones para hacer posible la evaluación de la eficacia de sus métodos.
- 2. No son éticas las prácticas inspiradas en el charlatanismo, las carentes de base científica o las que prometen a los enfermos o a sus familiares curaciones imposibles; los procedimientos ilusorios o insuficientemente probados, la aplicación de tratamientos simulados o de intervenciones quirúrgicas ficticias o el ejercicio de la Medicina mediante consultas exclusivamente por carta, teléfono, radio o prensa.
- No es deontológico facilitar el uso de consultorio, o encubrir de alguna manera a quien, sin poseer el título de médico, se dedica al ejercicio ilegal de la profesión.

CAPÍTULO VI

REPRODUCCIÓN. RESPETO A LA VIDA Y A LA DIGNIDAD DE LA PERSONA

- Art. 25. 1. No es deontológico admitir la existencia de un período en que la vida humana carece de valor. En consecuencia, el médico está obligado a respetarla desde su comienzo. No obstante, no se sancionará al médico que dentro de la legalidad actúe de forma contraria a este principio.
- 2. Al ser humano embriofetal enfermo se le debe tratar de acuerdo con las mismas directrices éticas, incluido el consentimiento informado de los progenitores, que inspiran el diagnóstico, la prevención, la terapéutica y la investigación aplicadas a los demás pacientes.
- Art. 26. El médico deberá dar a los pacientes que las soliciten las informaciones pertinentes en materia de reproducción humana a fin de que puedan decidir con suficiente conocimiento y responsabilidad.
- Art. 27. 1. Es conforme a la Deontología que el médico, por razón de sus convicciones éticas o científicas, se abstenga de intervenir en la práctica del aborto o en cuestiones de reproducción humana o de trasplante de órganos. Informará sin demora de las razones de su abstención, ofreciendo en su caso el tratamiento oportuno al problema por el que se le consultó. Y siempre respetará la libertad de las personas interesadas en buscar la opinión de otros médicos.
- 2. El médico no debe estar condicionado por acciones u omisiones ajenas a su propia libertad de declararse objetor de conciencia. Los Colegios de Médicos le prestarán, en todo caso, el asesoramiento y la ayuda necesaria.
- Art. 28. 1. El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de un paciente ni por propia decisión, ni cuando el enfermo o sus allegados lo soliciten ni por alguna otra exigencia. La eutanasia u «homicidio por compasión» es contraria a la ética médica.
- 2. En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Asistirá al enfermo hasta el final, con el respeto que merece la dignidad del hombre.
- 3. La decisión de poner término a la supervivencia artificial en caso de muerte cerebral sólo se tomará en función de los más rigurosos criterios científicos y las garantías exigidas por la Ley. Antes de suspender los cuidados, dos médicos cualificados e independientes del equipo encargado de obtener los órganos para trasplante suscribirán un documento que autentifique la situación.
- Art. 29. 1. Dados los beneficios del trasplante de órganos, es obligación del médico fomentar la donación.
- 2. Para la extracción de órganos y tejidos procedentes de cadáveres, al menos dos médicos comprobarán el fallecimiento del paciente, de acuerdo con los datos más recientes de la ciencia. Estos médicos serán independientes del equipo responsable del trasplante y redactarán sus informes. Los médicos encargados de la extracción comprobarán por todos los medios posibles que el donante no expresó, por escrito o verbalmente, su rechazo a la donación.
- 3. Para la realización de trasplantes de órganos procedentes de sujetos vivos, dos médicos certificarán que no afecta al estado general del donante. El médico responsable de la extracción se asegurará del libre consentimiento del donante, sin que haya mediado violencia, coacción o presión emocional o económica.
- Art. 30. 1. El médico jamás debe participar, secundar o admitir actos de tortura o malos tratos, cualesquiera que sean los argumentos invocados para ello. Está obligado, por el contrario, a denunciarlos a la autoridad competente.
- El médico que conociere que cualquier persona, y más aún si es mayor o incapacitado, para cuya atención ha sido requerido, es objeto de malos tratos deberá poner los medios necesarios para protegerlo y poniéndolo en conocimiento de la autoridad competente.

- Art. 31. El médico en ningún caso dejará de prestar su atención al paciente que lo necesitara por intento de suicidio, huelga de hambre o rechazo de tratamiento. Respetará la libertad de los pacientes y tratará de persuadirlos a que depongan su conducta, aplicando en las situaciones límite, previo requerimiento de la autorización judicial, la imprescindible asistencia médica.
- Art. 32. 1. El avance en Medicina está fundado en la investigación y por ello no puede prescindir, en muchos casos, de una experimentación sobre seres humanos, siendo la salud de éstos prioritaria para el médico investigador.

2. El protocolo de toda experimentación proyectada sobre seres humanos debe someterse a la aprobación previa por una Comisión

de Ética o de Ensayos Clínicos.

- 3. La investigación biomédica en seres humanos incluirá las garantías éticas exigidas por las Declaraciones de la Asociación Médica Mundial al respecto. Requieren una particular protección en este asunto aquellos seres humanos biológica y jurídicamente débiles o vulnerables.
- 4. Deberá recogerse el libre consentimiento del individuo objeto de la experimentación, o de quien tenga el deber de cuidarlo en caso de que sea menor o incapacitado, tras haberle informado de forma adecuada de los objetivos, métodos y beneficios previstos, así como sobre los riesgos y molestias potenciales. También se le indicará su derecho a no participar en la experimentación y a poder retirarse en cualquier momento, sin que por ello resulte perjudicado.

 Los riesgos o molestias que conlleven la experimentación sobre la persona no serán desproporcionados ni le supondrán merma

de su conciencia moral o de su dignidad.

6. El médico está obligado a mantener una clara distinción entre los procedimientos en fase de ensayo y los que ya han sido aceptados como válidos para la práctica correcta de la Medicina del momento. El ensayo clínico de nuevos procedimientos no privará al paciente de recibir un tratamiento válido.

CAPÍTULO VII

RELACIONES DE LOS MÉDICOS ENTRE SÍ

Art. 33. 1. La confraternidad entre los médicos es un deber primordial; sobre ella sólo tienen preferencia los derechos del paciente.

- 2. Los médicos deben tratarse entre sí con la debida deferencia, respeto y lealtad, sea cual fuere la relación jerárquica que exista entre ellos. Tienen la obligación de defender al colega que es objeto de ataques o denuncias injustas y compartirán sin ninguna reserva sus conocimientos científicos.
- 3. Los médicos se abstendrán de criticar despreciativamente las actuaciones profesionales de sus colegas. Hacerlo en presencia de pacientes, de sus familiares o de terceros es una circunstancia agravante.
- 4. Los disentimientos sobre cuestiones médicas, ya sean científicas, profesionales o deontológicas no darán lugar a polémicas públicas y deben discutirse en privado o en el seno de sesiones apropiadas. En caso de no llegar a un acuerdo, los médicos acudirán al Colegio, que tendrá una misión de arbitraje en estos conflictos.

5. No supone faltar al deber de confraternidad el que un médico comunique a su Colegio, de forma objetiva y con la debida discreción, las infracciones a las reglas de ética médica y de competencia

profesional de sus colegas.

- 6. En interés del enfermo, debe procurarse sustituir, cuando sea necesario, a un colega temporalmente impedido. El médico que haya sustituido a un compañero no debe atraer para sí los enfermos de éste.
- **Art. 34.** 1. Ningún médico se inmiscuirá en la asistencia que preste otro médico a un paciente, salvo en casos de urgencia o a petición del enfermo.
- 2. Cuando lo crea oportuno, el médico propondrá el colega que considere más idóneo como consultor o aceptará el que elija el paciente. Si sus opiniones difirieran radicalmente y el paciente o su familia deciden seguir el dictamen del consultor, el médico que venía tratando al enfermo quedará en libertad para suspender sus servicios.

Art. 35. 1. El ejercicio de la Medicina en equipo no debe dar lugar a excesos de actuaciones médicas.

Sin perjuicio de las posibles responsabilidades subsidiarias, la responsabilidad individual del médico no desaparece ni se diluye

por el hecho de trabajar en equipo.

- 3. La jerarquía dentro del equipo médico deberá ser respetada, pero nunca podrá constituir un instrumento de dominio o exaltación personal. Quien ostente la dirección del grupo cuidará de que exista un ambiente de exigencia ética y de tolerancia para la diversidad de opiniones profesionales. Y aceptará la abstención de actuar cuando alguno de sus componentes oponga una objeción razonada de ciencia o de conciencia.
- Los Colegios no autorizarán la constitución de grupos en los que pudiera darse la explotación de alguno de sus miembros por parte de otros.

CAPÍTULO VIII

RELACIONES CON OTRAS PROFESIONES SANITARIAS

Art. 36. 1. Los médicos deben mantener buenas relaciones con los demás profesionales al servicio de la Sanidad. Serán respetuosos con el personal auxiliar y atenderán sus opiniones acerca del cuidado de los enfermos, aun siendo diferentes de las propias.

 El médico respetará el ámbito de las peculiares competencias del personal que colabora con él, pero no permitirá que éste invada el área de su responsabilidad, cuando su actuación pudiera perjudi-

car al paciente.

CAPÍTULO IX

PUBLICIDAD

Art. 37. 1. La publicidad ha de ser objetiva y veraz, de modo que no levante falsas esperanzas o propague conceptos infundados.

- 2. Las menciones que figuren en las placas de la puerta del consultorio, en los membretes de cartas o recetas, en los anuncios de prensa y en los anuarios, guías y directorios profesionales serán discretas en su forma y contenido. Cuando los colegiados tengan duda acerca de esta materia, deberán consultar a la correspondiente Comisión de Deontología del Colegio.
- Nunca podrá hacerse mención de un título académico o profesional que no se posea.
- Si un médico se sirve de un seudónimo cuando comenta cuestiones relacionadas con la profesión, está obligado a declararlo a su Colegio.
- Sólo se podrá mencionar el Título académico o profesional que terminológicamente esté autorizado por la normativa vigente o las Directivas de la CEE.

CAPÍTULO X

PUBLICACIONES PROFESIONALES

- Art. 38. 1. El médico tiene el deber de comunicar prioritariamente a la prensa profesional los descubrimientos que haya realizado o las conclusiones derivadas de sus estudios científicos. Antes de divulgarlos al público no médico lo someterá al criterio de sus compañeros, siguiendo los cauces adecuados.
- Al publicar un trabajo de investigación clínica los autores harán constar que su protoçolo ha sido supervisado y aprobado por un Comité de Ética.
- 3. En materia de publicaciones científicas constituyen falta deontológica las siguientes incorrecciones: dar a conocer de modo prematuro o sensacionalista procedimientos de eficacia todavía no determinada o exagerar ésta; opinar sobre cuestiones en las que no se es competente; falsificar o inventar datos; plagiar lo publicado por otros autores; incluir como autor a quien no ha contribuido sustancialmente al diseño y realización del trabajo y publicar repetidamente los mismos hallazgos.

CAPÍTULO XI

RELACIONES DE LA CORPORACIÓN

Art. 39. 1. El médico, cualquiera que sea su situación profesional y jerárquica, tiene el deber de comparecer a la llamada que se le haga desde los Colegios Profesionales.

2. Es obligación del médico prestar su colaboración a la vida cor-

porativa y contribuir a las cargas correspondientes.

- Art. 40. 1. La OMC ha de esforzarse en conseguir que las normas deontológicas de este Código sean respetadas y protegidas por la Lev.
- La Organización Colegial defenderá a los colegiados que se vean perjudicados por causa del cumplimiento de los principios éticos.
- 3. La Corporación tiene el deber de velar por la buena calidad de la enseñanza de la Medicina, de la que no debe faltar la docencia de la Ética Médica. Y también de poner todos los medios a su alcance para conseguir que los médicos puedan recibir una formación continuada.
- 4. La Organización Colegial tiene el deber de intervenir en la organización sanitaria del país y en todos aquellos aspectos de la vida cívica que afecten a la salud de la población.
- Art. 41. 1. Todos los colegiados que hayan sido elegidos para algún cargo directivo están obligados a ajustar su conducta y decisiones a las normas estatutarias y deontológicas.
- 2. Los Directivos, más aún que quienes no lo son, están obligados a promover el interés común de la Organización Médica Colegial, de su Colegio, de la profesión médica y de todos los colegiados, a lo que deben subordinar cualquier otra conveniencia particular o de grupo. Su conducta nunca supondrá favor o abuso de poder, y ni siquiera infundirán sospecha de ello.
- 3. Los directivos no obstruirán las legítimas actuaciones de las Juntas o Asambleas, ni impedirán el ejercicio libre y responsable del derecho a decidir los asuntos por votación.
- 4. Debe respetarse siempre el derecho de interpelación a los directivos por parte de otros directivos o por los colegiados.
- 5. Los directivos guardarán secreto acerca de los asuntos que han conocido en el curso de su trabajo de gobierno.
- Los directivos de la Organización Colegial están obligados a mantener la unidad deontológica de toda la colegiación.

CAPÍTULO XII

RELACIÓN CON OTRAS INSTITUCIONES

Art. 42. 1. Todo médico está obligado a velar por el prestigio de la institución en la que trabaja. Secundará lealmente las normas que tiendan a la mejor asistencia de los enfermos. Y con igual leal-

tad pondrá en conocimiento de la dirección del centro las deficiencias de todo orden, incluidas las de orden ético, que perjudiquen esta correcta asistencia, denunciándolas ante el Colegio si no fueran corregidas.

- Las normas de la institución respetarán la libertad de prescripción del médico y señalarán que éste ejerce, en el área de su competencia, una autoridad efectiva sobre el personal colaborador.
- 3. Se prohíbe cualquier cláusula contractual, estatutaria o reglamentaria que reconozca como competente para juzgar conflictos deontológicos entre médicos a quien no lo sea.
- Art. 43. 1. Los médicos funcionarios y los que actúan en calidad de peritos deberán también acomodar sus actividades profesionales a las exigencias de este Código.

2. La actuación como perito es incompatible con la asistencia

médica al mismo paciente.

3. El médico perito debe comunicar previamente al interesado el título en virtud del cual actúa, la misión que le ha sido encargada y por quien. Si el paciente se negara a ser examinado, el médico renunciará a hacerlo. Tal falta de cooperación es asunto que debe ser resuelto entre el mandante y la persona implicada.

CAPÍTULO XIII

HONORARIOS

- Art. 44. 1. El acto médico nunca podrá tener como fin el lucro.
 2. El ejercicio de la Medicina es el medio de vida del médico, quien tiene derecho a ser remunerado de acuerdo con la importancia del servicio prestado, su propia competencia y cualificación profesional, circunstancias particulares eventuales y la situación económica del paciente.
- 3. Los honorarios médicos serán dignos pero no abusivos. Nunca podrán ser compartidos sin conocimiento de quien los abona ni percibidos por actos no realizados.
- 4. Sólo en casos excepcionales el médico podrá vender directamente al paciente remedios, medicamentos o aparatos. No podrá percibir comisión por sus prescripciones ni aceptar o exigir retribuciones de intermediarios.
- Las reclamaciones y litigios sobre honorarios se someterán al arbitraje de los Colegios.

ARTÍCULO FINAL

La Organización Médica Colegial revisará cada dos años, salvo nuevos y urgentes planteamientos éticos, este Código, adaptándolo y actualizándolo para hacerlo más eficaz en la promoción y desarrollo de los principios éticos que han de informar la conducta profesional.

8. CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA

Francesc Abel, S.J.

Director del Institut Borja de Bioètica Sant Cugat del Vallès (Barcelona)

El 18 de mayo de 1989, con la Resolución n.º 32/89, el Consejo General de los Colegios de Enfermería aprobó las Normas Deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de enfermería en España, con carácter Obligatorio para todos los profesionales del Estado español.

LH ofrece a sus lectores el texto de este documento que consta de 85 artículos, 6 normas adicionales, y viene precedido por una introducción del presidente del Consejo General de Enfermería de España, el señor Máximo A. González Jurado, y un prólogo. En la introducción se nos dice que el Código Deontológico Nacional es un elemento vivo basado en una ética inspirada en el bienestar

de las personas por las que actuamos profesionalmente. También se indica que la Organización Colegial de Enfermería ha venido asumiendo y recomendando hasta ahora el Código Deontológico elaborado en 1973 por el Consejo Internacional de Enfermería.

En el prólogo se apuntan los principios que se desarrollarán en el articulado. Destacamos como elementos fundamentales: 1.º la consideración del hombre como ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad; 2.º la responsabilidad en la planificación de la salud en el Estado español, con un profundo respeto por los derechos humanos de los pacientes; 3.º la responsabilidad que asumen el Consejo General y los Colegios Profesionales de Enfermería de preservar la autonomía profesional y la autorreglamentación en el control de las condiciones de trabajo, velando para que los estándares éticos de la profesión se mantengan actualizados.

COMENTARIO AL CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA

La redacción de un Cógido Deontológico siempre es tarea difícil y resulta tanto más satisfactoria cuanto mayor sea la base participativa en la elaboración del mismo. A medida que la base participativa es más amplia y plural resulta más difícil que el Código descienda a precisiones concretas. Por esta razón el prólogo de este Código nos coloca ya ante una perspectiva que anuncia los valores del mismo y también sus puntos flojos. En efecto se nos habla del deseo de que el Código Deontológico sea un instrumento eficaz para aplicar las reglas generales de la ética al trabajo profesional y simultáneamente se nos advierte que los redactores han preferido ser discretos a la hora de fijar instrucciones concretas, prefiriendo mostrar el sentido último, total y humano de la profesión. Si en los casos más difíciles esta discreción contradice el deseo de eficacia del Código, corresponde a los profesionales de enfermería decidirlo, si bien nos parece algo aventurado afirmar

que «construir modelos concretos» es competencia de la conciencia individual de cada profesional responsable. Con todo, el carácter de cierta provisionalidad ha sido aceptado por los redactores del Código, que han conseguido bastante bien el propósito de continuidad con los valores perennes de la profesión y de actualización en nuestro contexto científico, histórico, cultural y social.

Presentamos ahora algunas observaciones con la idea de un diálogo constructivo. Haremos una observación sobre la distribución del articulado; algunas observaciones sobre artículos concretos, y finalmente formularemos una pregunta.

SOBRE LA DISTRIBUCIÓN DE ARTÍCULOS

El Código realiza una distribución de artículos en tres apartados: la enfermera/o y el ser humano (del art. 4 al 22); la enfermera/o y la sociedad (del 23 al 51); la enfermera/o y el ejercicio profesional (del 52 al 84). Nos parece que en esta

distribución falta una mayor lógica que resulta evidente en los artículos 52 al 58, que posiblemente estarían mejor encuadrados en el primero de los apartados.

Creemos que se da un énfasis necesario pero desproporcionado en el conjunto del Código a los problemas relacionados con la información (arts. 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 17) y a los relacionados con el medio ambiente (arts. 23 al 30). Simultáneamente se destina un solo artículo (art. 18) al papel de la enfermera/o en la atención al enfermo terminal, y en ningún momento se habla del derecho fundamental de proteger el ejercicio del derecho a la libertad religiosa de este paciente.

Parece que un mejor redactado en los artículos mencionados anteriormente hubiera permitido concentrar las ideas reduciendo el articulado, y al mismo tiempo la problemática de la muerte y la atención al moribundo, a los familiares y a las relaciones con los otros miembros del equipo de salud merecían una mayor consideración.

Nos parece un acierto la introducción específica del respeto a los derechos de los disminuidos físicos, psíquicos e incapacitados (arts. 35, 36, 37); de los derechos de los niños (arts. 38 al 42); y de los ancianos (art. 43 al 46).

SOBRE ALGÚN ARTÍCULO CONCRETO

La discreción que en el prólogo del Código se nos dice ha presidido la redacción evitando dar instrucciones concretas, aparece abiertamente manifiesta en los artículos 16, 58, 63 y 78.

En efecto, en el artículo 16 se alude al aborto en los siguientes términos: «La enfermera/o tendrá presente que la vida es un derecho fundamental del ser humano y por tanto deberá evitar realizar acciones conducentes a su menoscabo, o que conduzcan a su destrucción» (cursiva nuestra). Esta formulación no impone deber alguno en un sentido estricto y parece más coincidente con lo que también se nos dice en la segunda conclusión del prólogo: «construir modelos concretos es competencia de la conciencia individual de cada profesional responsable».

Asimismo el artículo 78, que trata sobre la huelga, definida con el eufemismo de «suspensión organizada de los servicios profesionales», nos parece excesivamente etéreo y creemos que hubiera sido necesario un mayor compromiso por parte de los responsables de enfermería, indicando la «prioridad del derecho de los enfermos a ser cuidados sobre el derecho a la huelga y que el respeto por el sufrimiento humano es un principio absoluto que no puede ser violado, ni siquiera en las controversias de sindicatos, dignificación de la profesión, petición de aumentos de salarios, protestas ante la administración, etc.» (art. 50 del Cógido de Ética de Enfermería del Colegio Oficial de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería de Barcelona, Tarragona, Lérida y Gerona).

Los artículos 58 y 63 determinan que «La Enfermera/o no debe aceptar el cumplimiento de una responsabilidad que no sea de su competencia, en demérito del cumplimiento de sus propias funciones»; «Para lograr el mejor servicio de los pacientes, la Enfermera/o colaborará diligentemente con los otros miembros del equipo de salud. Respetará siempre las respectivas áreas de competencia, pero no permitirá que se le arrebate su propia autonomía profesional». Es posible que estos artículos aparentemente claros creen más problemas que soluciones. Parece que se da por sabido, conocido y corporativamente asumido lo que quizá todavía es objeto de debate dentro de la profesión: las funciones propias de enfermería frente a las funciones delegadas, el ámbito de competencia del médico y la enfermera/o en algunas cuestiones, como por ejemplo el deber de informar al paciente, al que el Código alude tantas veces, el significado de la autonomía profesional de la enfermería, la operatividad y fuerza de los colegios profesionales para proteger esta autonomía, que según cómo se defina no parece clara ni conveniente para los pacientes, y según cómo se comprenda puede ser la reivindicación de una profesión que ha alcanzado su madurez en algunos países.

ACABAREMOS CON UNA PREGUNTA

El nuevo Código aparece cuando los Colegios Profesionales de Enfermería de Cataluña tenían ya un Código vigente desde el 29 de octubre de 1986, y que no parece haberse tenido debidamente en cuenta. En muchos aspectos parece más concreto y orientativo, salvando los mismos valores que el Cógido vigente ahora en España. ¿Valdría la pena un estudio comparativo para pensar cómo podría mejorarse la nueva redacción futura del recién aprobado Código?

DOCUMENTO

RESOLUCIÓN NÚM. 32/89

Por la que se aprueban las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de Enfermería de España con carácter obligatorio.

Preámbulo

Conforme al artículo 75, párrafo 16 de los Estatutos de la Organización Colegial aprobados por el Real Decreto 1856/1978, de 29 de junio, se establece que el Consejo General aprobará las normas deontológicas que ordenen el ejercicio de la profesión, las cuales tendrán carácter de obligatorias.

En consecuencia, el Pleno del Consejo General, tras los oportunos informes jurídicos, así como el de los diferentes Colegios Provinciales, tal como preceptúa el artículo 75 de los Estatutos anteriormente citados y solicitados a éstos, con fecha 18 de mayo del presente año, entre otros, y por unanimidad de sus miembros; tomó el siguiente Acuerdo-Resolución, cuyo expediente completo obra en el archivo de este Consejo, sección de Resoluciones.

Primero. Se aprueba el Código Deontológico de la Profesión de Enfermería que se adjunta como anexo a la presente Resolución.

Segundo. El cumplimiento del mismo tendrá carácter obligatorio para todos los profesionales de Enfermería del Estado.

Tercero. El incumplimiento de dicho Código llevará implícito las sanciones disciplinarias previstas en los Estatutos de la Organización Colegial.

Disposición transitoria

Por el Consejo General se tomarán las medidas oportunas para la difusión a todos los profesionales de Enfermería del documento que contenga dicho Código.

Disposición final

El Código Deontológico de la Profesión de Enfermería entrará en vigor en el día de la fecha.

Y para que conste, expido y firmo la presente en Madrid a catorce de julio de mil novecientos ochenta y nueve.

EL SECRETARIO GENERAL, Fdo. Luis R. Rodríguez Díaz

V.º B.º
EL PRESIDENTE,
Fdo. Máximo A. González Jurado

INTRODUCCIÓN

La Organización Colegial de Enfermería ha venido asumiendo y recomendando hasta ahora el Código Deontológico, elaborado en 1973 por el Consejo Internacional de Enfermería, como guía para resolver los problemas éticos que el ejercicio de nuestra profesión pudiera plantear.

Sin embargo, la necesidad de disponer de un Código Deontológico especialmente concebido para los enfermeros y las enfermeras españolas, se estaba haciendo sentir cada vez más claramente. Por ello, en el mes de abril de 1988, el Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería designó un Comité formado por profesionales, enfermeros/as, que ejercían la profesión en diferentes ámbitos, con el fin de elaborar un primer proyecto que, posteriormente, fuese sometido a la opinión general del colectivo de Enfermería para asegurar que el nuevo Código tuviera un alcance verdaderamente estatal.

Ahora, finalizado este proceso, agradecemos las valiosas aportaciones recibidas por los Colegiados y Organizaciones de Enfermería que hemos tenido en cuenta, en la elaboración del presente Código.

Pensamos que nuestro Código Deontológico Nacional es un elemento vivo, basado en una ética inspirada en el bienestar de las personas, para las que actuamos profesionalmente; convencidos que contribuirá a mantener un nivel profesional y un status social digno de nuestra profesión.

> MÁXIMO A. GONZÁLEZ JURADO Presidente del Consejo General de Enfermería de España

PRÓLOGO

El establecimiento de un Código Deontológico que sirva de marco para el ejercicio profesional ha de partir, necesariamente, de un marco conceptual que unifique y delimite los conceptos que sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia Enfermería tengan los profesionales que la ejerzan.

El hombre como unidad indisoluble compuesto de cuerpo y mente, sujeto a los diferentes efectos que estos elementos producen sobre él, es, a su vez, un ser eminentemente social, inmerso en un medio que le influye positiva o negativamente dependiendo de múltiples factores, que pueden ser políticos, económicos, geográficos, culturales, etc., y estableciéndose una relación entre él y su entorno que determinará su grado de bienestar; de ahí que resulte fundamental contemplarlo desde un punto de vista integral.

Por ello, entendemos que el hombre es un ser bio-psico-socal di-

námico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad.

La salud se concibe como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que no siempre se sucede sin dificultad y que incluye la totalidad del ser humano. Dicha salud se relaciona con el estilo de vida de cada persona, y su forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que vive.

España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.

Respecto al papel de los enfermeros/as en la sociedad, hemos de tener en cuenta su responsabilidad en el área de:

- 1.º Prevención de las enfermedades.
- 2.º Mantenimiento de la salud.
- 3.º Atención, rehabilitación e integración social del enfermo.
- 4.º Educación para la salud.
- 5.º Formación, administración e investigación en Enfermería.

Debemos estar en disposición de propiciar una respuesta adecuada a los procesos de cambio que experimente la atención de salud, manteniendo normas de educación; siendo pioneros en la sugerencia de estrategias de puesta en práctica, que tengan en cuenta el contexto social, político y económico del país.

Partiendo de la base que la Enfermería como profesión constituye un servicio encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente, debemos tener presente que las/os enfermeras/os, han de enfatizar de manera prioritaria, dentro de sus programas:

- a) La adquisición de un compromiso profesional serio y responsable.
- b) La participación activa en la sociedad.
- c) Reconocimiento y aplicación en su ejercicio, de los principios de ética profesional.
- d) La adopción de un profundo respeto por los derechos humanos.

Son muchas las ocasiones en las que está en nuestras manos la dignidad de la naturaleza humana y de ahí nuestra mayor responsabilidad como profesionales de enfermería. Vivimos en una época en la que se hace preciso realizar una profunda reflexión sobre los aspectos humanos, valores y actitudes de las profesiones sanitarias, en general y de la profesión de enfermería en particular.

Por ello, tal vez sea el momento más idóneo para hablar de ética profesional, sin temor a moralismos trasnochados, sino sencillamente abordando, en el marco de un Código Deontológico, lo que constituye el armazón de nuestra profesión, más allá de sus elementos técnicos.

De lo anteriormente expuesto, extraemos las siguientes conclusiones:

- 1. En nuestro Cógido Deontológico deberán darse la mano continuidad y actualidad. Los valores básicos, permanentes e irrenunciables en Enfermería, han de ser conservados también en el futuro, pero habrá que examinar una y otra vez las antiguas concreciones de esos valores fundamentales para ver si todavía pueden cumplir su función. Si ya no logran asumir y hacer fructíferas las experiencias de la época, si desconocen la progresiva complejidad de la vida, deberán ser repensadas de nuevo y reformadas en confrontación con los modos de entender el nuevo tiempo.
- A la hora de fijar instrucciones concretas, conviene ser discretos; será preferible mostrar el sentido último, total y humano de nuestra profesión. Construir modelos concretos es competencia de la conciencia individual de cada profesional responsable.
- 3. La evaluación presente y futura nos pedirá un esfuerzo, un decidido valor, para emprender experiencias y aceptar lo provisional. A la vista de la complejidad de las condiciones de vida cada vez más diferenciadas, sería utópico que quisiéramos afrontar de antemano soluciones concretas a todos los problemas que se presentan hoy y se presentarán en el futuro. En suma, debemos ser conscien-

tes que por muchos Códigos Deontológicos que tengamos, el riesgo de la conciencia aumenta considerablemente.

Con estas reflexiones hemos elaborado un Código Deontológico para la Profesión de Enfermería en España, que sea un instrumento eficaz para aplicar las reglas generales de la ética al trabajo profesional. Insistir en esto parece, no pocas veces, una reiteración innecesaria ya que se da por supuesta en nuestra profesión; sin embargo, cada vez con mayor fuerza van aumentando las voces que hablan de falta de ética, y de deshumanización. Por ello, es necesario articular el contenido de nuestra responsabilidad profesional, no sea que con la evolución de la Enfermería como ciencia se nos vaya escapando su esencia fundamental, la de los valores que le sirven de sostén.

Se equivoca quien piensa que la ciencia nada tiene que ver con los valores; si la ciencia está hoy en crisis, probablemente sea por esta divergencia antinatural. Ha de correr paralela con esta dimensión humana y, por ello, situarse en el ámbito de lo moral.

Desearíamos que este Código sirviera para tener conciencia de que los valores que manejamos a diario son auténticamente fundamentales: la salud, la libertad, la dignidad, en una palabra, la vida humana, y nos ayudará a los profesionales de enfermería a fundamentar con razones de carácter ético las decisiones que tomemos.

Estamos convencidos, por último, de que un Código Deontológico, en cuanto a criterio ético, es estrictamente necesario para el buen desempeño de nuestra profesión, no sólo para hacer uso de él en situaciones extremas, sino para reflexionar a través de él en aquellas situaciones diarias en las que se pueden lesionar o infravalorar los derechos humanos.

Hacer Enfermería es algo que va más allá de la pura técnica; nuestras actitudes han de trascender al limitado marco que nos otorga un Código Deontológico, ya que ser Enfermero/a es gozar de un talante ante la vida, su origen creación, más allá de los límites del ser humano, para cuyo estímulo ojalá nos sirva este Código Profesional.

En el presente Código están prácticamente incardinados los tres grandes grupos, correspondientes a las distintas obligaciones morales:

- 1. La Enfermera/o y el ser humano.
- 2. La Enfermera/o y la sociedad.
- 3. La Enfermera/o y el ejercicio profesional.

Declaración Previa. La Moral Profesional no es más que una aplicación de las reglas generales de la moral al trabajo profesional del hombre, como la Ley Natural no es otra cosa que la participación de la Ley Eterna en la criatura racional.

La Deontología es el Conjunto de los deberes de los profesionales de Enfermería que han de inspirar su conducta.

CAPÍTULO I

ÁMBITO DE APLICACIÓN

- Art. 1. Las disposiciones del presente Código obligan a todos los Enfermeros/as inscritos en los Colegios, sea cual fuera la modalidad de su ejercicio (libre, al servicio de la Sanidad Pública, Privada, etc.). También serán de aplicación, para el resto de los extranjeros que por convenios, tratados internacionales puedan ejercer ocasionalmente en España.
- Art. 2. Una de las responsabilidades prioritarias del Consejo General y de los Colegios es la ordenación, en su ámbito respectivo, de la actividad profesional de los colegiados, velando por la ética y dignidad profesional y por el respeto debido a los derechos y dignidad de los enfermos.
- **Art. 3.** De conformidad con lo dispuesto en el artículo anterior, será función primordial del Consejo General y de los Colegios favorecer y exigir el cumplimiento de los deberes deontológicos de la profesión, recogidos en el presente código.

CAPÍTULO II

LA ENFERMERÍA Y EL SER HUMANO. DEBERES DE LAS ENFERMERAS/OS

Art. 4. La enfermera/o reconoce que la libertad y la igualdad en dignidad y derecho son valores compartidos por todos los seres humanos que se hallan garantizados por la Constitución Española y Declaración Universal de Derechos Humanos.

Por ello, la enfermera/o está obligada/o a tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud.

- Art. 5. Consecuentemente las enfermeras/os deben proteger al paciente, mientras esté a su cuidado, de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal.
- Art. 6. En ejercicio de sus funciones, las enfermeras/os están obligadas/os a respetar la libertad del paciente, a elegir y controlar la atención que se le presta.
- Art. 7. El consentimiento del paciente, en el ejercicio libre de la profesión, ha de ser obtenido siempre, con carácter previo, ante cualquier intervención de la enfermera/o. Y lo harán en reconocimiento del derecho moral que cada persona tiene a participar de forma libre, y válidamente manifestada sobre la atención que se le preste.
- Art. 8. Cuando el enfermo no esté en condiciones físicas y psíquicas de prestar su consentimiento, la enfermera/o tendrá que buscarlo a través de los familiares o allegados a éste.
- Art. 9. La Enfermera/o nunca empleará ni consentirá que otros empleen medidas de fuerza física o moral para obtener el consentimiento del paciente. En caso de ocurrir así, deberá ponerlo en conocimiento de las autoridades sanitarias y del Colegio Profesional respectivo con la mayor urgencia posible.
- Art. 10. Es responsabilidad de la Enfermera/o mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión, como cuando ésta se ejerce en las Instituciones Sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo.
- Art. 11. De conformidad con lo indicado en el artículo anterior, la enfermera/o deberá informar verazmente al paciente, dentro del límite de sus atribuciones. Cuando el contenido de esa información excede del nivel de su competencia, se remitirá al miembro del equipo de salud más adecuado.
- Art. 12. La Enfermera/o tendrá que valorar la situación física y psicológica del paciente antes de informarle de su real o potencial estado de salud; teniendo en cuenta, en todo momento que éste se encuentre en condiciones y disposiciones de entender, aceptar o decidir por sí mismo.
- **Art. 13.** Si la Enfermera/o es consciente que el paciente no está preparado para recibir la información pertinente y requerida, deberá dirigirse a los familiares o allegados del mismo.

CAPÍTULO III

DERECHOS DE LOS ENFERMOS Y PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Art. 14. Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la seguridad de su persona y a la protección de la salud. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, en su familia o su domicilio.

- Art. 15. La Enfermera/o garantizará y llevará a cabo un tratamiento correcto y adecuado a todas las personas que lo necesiten, independientemente de cuál pueda ser su padecimiento, edad o circunstancias de dichas personas.
- Art. 16. En su comportamiento profesional, la Enfermera/o tendrá presente que la vida es un derecho fundamental del ser humano y por tanto deberá evitar realizar acciones conducentes a su menoscabo o que conduzcan a su destrucción.
- Art. 17. La Enfermera/o no podrá participar en investigaciones científicas o en tratamientos experimentales, en pacientes que estén a su cuidado, si previamente no se hubiera obtenido de ellos, o de sus familiares o responsables, el correspondiente consentimiento libre e informado.
- Art. 18. Ante un enfermo terminal, la Enfermera/o, consciente de la alta calidad profesional de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que puedan afrontar la muerte, cuando ésta ya no pueda evitarse.
- Art. 19. La Enfermera/o guardará en secreto toda la información sobre el paciente que haya llegado a su conocimiento en el ejercicio de su trabajo.
- Art. 20. La Enfermera/o informará al paciente de los límites del secreto profesional y no adquirirá compromisos bajo secreto que entrañen malicia o dañen a terceros o a un bien público.
- Art. 21. Cuando la Enfermera/o se vea obligada a romper el secreto profesional por motivos legales, no debe olvidar que moralmente su primera preocupación ha de ser la seguridad del paciente y procurará reducir al mínimo indispensable la cantidad de información revelada y el número de personas que participen del secreto.
- Art. 22. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 16.1 de la Constitución Española, la Enfermera/o tiene, en el ejercicio de su profesión, el derecho a la objeción de conciencia que deberá ser debidamente explicitado ante cada caso concreto. El Consejo General y los Colegios velarán para que ninguna/o Enfermera/o pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho.

CAPÍTULO IV

LA ENFERMERA/O ANTE LA SOCIEDAD

- Art. 23. Las Enfermeras/os deben ayudar a detectar los efectos adversos que ejerce el medio ambiente sobre la salud de los hombres.
- Art. 24. Las Enfermeras/os deben mantenerse informados y en condiciones de poder informar sobre las medidas preventivas contra los riesgos de los factores ambientales, así como acerca de la conservación de los recursos actuales de que se dispone.
- Art. 25. Desde su ejercicio profesional, la Enfermera/o debe conocer, analizar, registrar y comunicar las consecuencias ecológicas de los contaminantes y sus efectos nocivos sobre los seres humanos, con el fin de participar en las medidas preventivas y/o curativas que se deban adoptar.
- Art. 26. La Enfermera/o, dentro de sus funciones, debe impartir la educación relativa a la salud de la Comunidad, con el fin de contribuir a la formación de una conciencia sana sobre los problemas del medio ambiente.

- Art. 27. Las Enfermeras/os deben cooperar con las autoridades de Salud en la planificación de actividades que permitan controlar el medio ambiente y sean relativas al mejoramiento de la atención de salud comunitaria.
- Art. 28. Las Enfermeras/os participarán en las acciones que ejercite o desarrolle la Comunidad respecto a sus propios problemas de salud.
- Art. 29. La Enfermera/o debe participar en los programas tendentes a reducir la acción nociva de los elementos químicos, biológicos o físicos causados por la industria y otras actividades humanas con el fin de contribuir a la mejora de la calidad de la población.
- Art. 30. La Enfermera/o participará en equipos multiprofesionales que desarrollan investigaciones epidemiológicas y experimentales dirigidas a obtener información sobre los riesgos ambientales que puedan afectar a la salud de la mejora de vida y trabajo determinando las acciones y evaluando los efectos de la intervención de Enfermería.

CAPÍTULO V

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

- Art. 31. El personal de enfermería deberá colaborar en la promoción de la Salud poniendo al servicio del logro de esa función social sus conocimientos científicos y conducta ética en el desarrollo de los diferentes programas que se planifiquen con ese objetivo.
- Art. 32. Los proyectos y programas de promoción de la salud han de respetar la integridad del grupo social teniendo en cuenta la gran diversidad de niveles socio-culturales y económicos.
- Art. 33. El personal de Enfermería deberá reconocer y conceder al grupo social el derecho que le corresponde en la promoción de la salud, permitiéndole una participación real en las decisiones que le conciernen.
- Art. 34. En el establecimiento de programas de promoción de la salud y en el reparto de los recursos disponibles, la Enfermera/o se guiará por el principio de justicia social de dar más al más necesitado. Los conceptos de justicia social son algo más que paternalismo.

CAPÍTULO VI

LA ENFERMERÍA Y LOS DISMINUIDOS FÍSICOS, PSÍOUICOS E INCAPACITADOS

- Art. 35. Como consecuencia del Derecho Público, que tienen los disminuidos físicos, psíquicos e incapacitados a ser integrados y readaptados a la Sociedad a la que pertenecen, las Enfermeras/os pondrán a su servicio tanto sus conocimientos profesionales como su capacidad de cuidados para que individualmente o colaborando con otros profesionales, se esfuercen en identificar las causas principales de la incapacidad con el fin de prevenirlas, curarlas o rehabilitarlas.
- Art. 36. Asimismo deberá colaborar con organismos, instituciones o asociaciones que tengan como finalidad la creación y desarrollo de servicios de prevención y atención a minusválidos e incapacitados.
- Art. 37. Igualmente deberán colaborar en la educación y formación de la Comunidad para que aquellos miembros que su-

fran incapacidades o minusvalías puedan ser integrados en la misma y, a través de ellas, en la Sociedad.

CAPÍTULO VII

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL DERECHO DEL NIÑO A CRECER EN SALUD Y DIGNIDAD, COMO OBLIGACIÓN ÉTICA Y RESPONSABILIDAD SOCIAL

- Art. 38. Las Enfermeras/os en su ejercicio profesional deben salvaguardar los derechos del niño.
- Art. 39. La Enfermera/o denunciará y protegerá a los niños de cualquier forma de abusos y denunciará a las autoridades competentes los casos de los que tenga conocimiento.
- Art. 40. En el ejercicio de su profesión la Enfermera/o promoverá la salud y el bienestar familiar a fin de que en dicho núcleo los niños sean deseados, protegidos y cuidados de forma que puedan crecer con salud y dignidad.
- Art. 41. La Enfermera/o deberá contribuir, mediante su trabajo, y en la medida de su capacidad, a que todos los niños tengan adecuada alimentación, vivienda, educación y reciban los necesarios cuidados preventivos y curativos de salud.
- Art. 42. La Enfermera/o contribuirá a intensificar las formas de protección y cuidados destinados a los niños que tienen necesidades especiales, evitando que sean maltratados y explotados, en todo su ciclo vital. También procurará la reinserción o adopción de los niños abandonados.

CAPÍTULO VIII

LA ENFERMERÍA ANTE EL DERECHO A UNA ANCIANIDAD MÁS DIGNA, SALUDABLE Y FELIZ COMO CONTRIBUCIÓN ÉTICA Y SOCIAL AL DESARROLLO ARMONIOSO DE LA SOCIEDAD

- Art. 43. Las Enfermeras/os deben prestar atención de salud tanto al anciano enfermo como sano, al objeto de mantener su independencia, fomentando su autocuidado para garantizar un mejoramiento de la calidad de vida.
- Art. 44. En el ámbito de su competencia profesional, la enfermera/o será responsable de los programas de educación para la salud dirigidos al anciano.
- Art. 45. Las Enfermeras/os deben influir en la política de salud para que se ponga a disposición de todos los ancianos que lo precisen una atención de salud competente y humana. Esa atención será integral e incluirá, entre otras medidas, la adaptación material de la vivienda y el acceso a actividades de tiempo libre.
- Art. 46. La Enfermera/o debe incluir en sus programas de educación la atención integral de Enfermería al anciano.

CAPÍTULO IX

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE EL DERECHO QUE TODA PERSONA TIENE A LA LIBERTAD, SEGURIDAD Y A SER RECONOCIDOS, TRATADOS Y RESPETADOS COMO SERES HUMANOS

Art. 47. Las Enfermeras/os deberán rechazar enérgicamente cualquier tipo de presiones que puedan ejercérseles, con la finali-

dad de utilizar o manipular sus conocimientos o habilidades en perjuicio de los seres humanos.

- Art. 48. Cuando se diera la circunstancia a que alude el artículo anterior, la Enfermera/o deberá, en defensa de los principios éticos de la profesión, denunciar el caso ante su Colegio. En caso necesario, éste, a través del Consejo General, pondrá en conocimiento de la Autoridad o de la opinión pública las irregularidades indicadas, y adoptará las acciones necesarias y urgentes que el caso requiera, a fin de establecer el orden ético alterado y defender la dignidad y libertad de los Colegiados.
- Art. 49. Ninguna Enfermera/o podrá participar en cualquier forma de tortura y métodos que permitan someter a sesiones de sufrimiento a cualquier ser humano.
- Art. 50. En caso de emergencia, la Enfermera/o está obligada/o a prestar su auxilio profesional al herido o enfermo. En situaciones de catástrofe, deberá ponerse voluntariamente a disposición de quienes coordinan los programas de ayuda sanitaria.
- Art. 51. La Enfermera/o cooperará con los organismos oportunos a solucionar los problemas de salud de presos y refugiados, ayudando a su adaptación a un nuevo modo de vida.

CAPÍTULO X

NORMAS COMUNES EN EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN

- Art. 52. La Enfermera/o ejercerá su profesión con respeto a la dignidad humana y a la singularidad de cada paciente sin hacer distinción alguna por razones de situación social, económica, características personales o naturaleza del problema de salud que le aquejen. Administrará sus cuidados en función exclusivamente de las necesidades de sus pacientes.
- Art. 53. La Enfermera/o tendrá como responsabilidad primordial profesional la salvaguardia de los Derechos Humanos, orientando su atención hacia las personas que requieran sus cuidados.
- Art. 54. La Enfermera/o debe adoptar las medidas necesarias para proteger al paciente cuando los cuidados que se le presten sean o puedan ser amenazados por cualquier persona.
- Art. 55. La Enfermera/o tiene la obligación de defender los derechos del paciente ante malos tratos físicos o mentales, y se opondrá por igual a que se le someta a tratamientos fútiles o a que se le niegue la asistencia sanitaria.
- Art. 56. La Enfermera/o asume la responsabilidad de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio de su profesión.
- Art. 57. La Enfermera/o debe ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia, cualquiera que sea el ámbito de acción.
- Art. 58. La Enfermera/o no debe aceptar el cumplimiento de una responsabilidad que no sea de su competencia, en demérito del cumplimiento de sus propias funciones.
- Art. 59. La Enfermera/o nunca deberá delegar en cualquier otro miembro del equipo de salud funciones que le son propias y para las cuales no están los demás debidamente capacitados.
- Art. 60. Será responsabilidad de la Enfermera/o actualizar constantemente sus conocimientos personales, con el fin de evitar actuaciones que puedan ocasionar la pérdida de salud o de vida de las personas que atiende.

- Art. 61. La Enfermera/o está obligada a denunciar cuantas actitudes negativas observe hacia el paciente, en cualquiera de los miembros del equipo de salud. No puede hacerse cómplice de personas que descuidan deliberada y culpablemente sus deberes profesionales.
- Art. 62. Las relaciones de la Enfermera/o con sus colegas y con los restantes profesionales con quienes coopera deberán basarse en el respeto mutuo de las personas y de las funciones específicas de cada uno.
- Art. 63. Para lograr el mejor servicio de los pacientes, la Enfermera/o colaborará diligentemente con los otros miembros del equipo de salud. Respetará siempre las respectivas áreas de competencia, pero no permitirá que se le arrebate su propia autonomía profesional.
- Art. 64. La Enfermera/o debe solicitar, siempre que sea necesario, la colaboración de los miembros de otras profesiones de salud, que asegure al público un servicio de mejor calidad.
- Art. 65. Es deber de la Enfermera/o compartir con sus colegas aquellos conocimientos y experiencias que puedan contribuir al mejor servicio de los enfermos y al fortalecimiento de la profesión.
- Art. 66. La Enfermera/o, en el trato con subordinados, superiores, colegas y otros profesionales sanitarios, se guiará siempre por las reglas de buena educación y cortesía.
- Art. 67. La Enfermera/o en las relaciones con sus colegas nunca practicará la competencia desleal, ni realizará publicidad profesional engañosa para acaparar clientes. La Enfermera/o considerará como un honor que sus colegas la llamen para que preste cuidados de enfermería a ellos o a sus familiares más cercanos. Es norma tradicional no exigir en esas circunstancias el pago de los honorarios devengados por los actos profesionales realizados.
- Art. 68. La Enfermera/o no aceptará hacerse cargo de un cliente que está siendo atendido por otro colega sin el previo consentimiento de éste, excepto por una causa muy justificada, y en caso de urgencia.

CAPÍTULO XI

LA EDUCACIÓN Y LA INVESTIGACIÓN DE LA ENFERMERÍA

- Art. 69. La Enfermera/o, no solamente estará preparada para practicar, sino, que deberá poseer los conocimientos y habilidades científicas, que la lex Artis, exige en cada momento a la Enfermera/o competente.
- Art. 70. La Enfermera/o será consciente de la necesidad de una permanente puesta al día y mediante la educación continuada y desarrollo del conjunto de conocimientos sobre los cuales se basa su ejercicio profesional.
- Art. 71. La Enfermera/o deberá valorar sus propias necesidades de aprendizaje, buscando los recursos apropiados y siendo capaz de autodirigir su propia formación.
- Art. 72. La Enfermera/o debe asumir individual y colectivamente la responsabilidad de la educación en la Enfermería a todos sus niveles.
- Art. 73. La Enfermera/o debe procurar investigar sistemáticamente, en el campo de su actividad profesional, con el fin de mejorar los cuidados de Enfermería, desechar prácticas incorrectas

y ampliar el cuerpo de conocimientos sobre los que se basa la actividad profesional.

- Art. 74. Es obligación de la Enfermera/o que participe en investigación, vigilar que la vida, la salud y la intimidad de los seres sometidos a estudio no estén expuestas a riesgos físicos o morales desproporcionados en el curso de estas investigaciones.
- Art. 75. La Enfermera/o, al actuar ya sea como investigadora, como asistente de investigación o como experta que valora críticamente los resultados de la investigación, debe tener presentes los principios promulgados por la declaración de Helsinki y los que regulan la ética de la publicación científica.

CAPÍTULO XII CONDICIONES DE TRABAJO

- Art. 76. La Enfermera/o que acceda a puestos de relevancia o responsabilidad en la Administración Sanitaria o en centros sanitarios, deberá tratar en todo momento con corrección a sus colegas, aun en el caso de surgir discrepancias.
- Art. 77. Las Enfemeras/os deben trabajar para asegurar y mantener unas condiciones laborales que respeten la atención al paciente y la satisfacción de los profesionales.
- Art. 78. Aun en caso de conflictos laborales y de suspensión organizada de los servicios profesionales, la Enfermera/o tendrá presente que su primera responsabilidad es atender a los intereses de los enfermos.
- Art. 79. La Enfermera/o que participe en un conflicto laboral tiene el deber de coordinar y comunicar las medidas adoptadas para garantizar la continuidad de los cuidados que necesitan sus pacientes.
- Art. 80. Cuando la Enfermera/o observare que las deficiencias que se dan en las instituciones sanitarias, públicas o privadas en que presta sus servicios, pueden influir negativamente sobre la salud o la rehabilitación de los pacientes que tiene a su cargo, deberá ponerlo en conocimiento del Colegio, para que éste tome las medidas oportunas. El Colegio, si la gravedad del caso lo requiere, lo comunicará al Consejo General, para que éste, a nivel de Estado, ejerza las acciones oportunas ante los organismos competentes y dicte las instrucciones necesarias para la debida protección de los pacientes y del personal de Enfermería.

CAPÍTULO XIII

PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA PLANIFICACIÓN SANITARIA

- Art. 81. La participación del Personal de Enfermería en la Planificación Sanitaria se ejercerá:
 - a) A través de los Consejos Generales y Colegios respecto a las normas y disposiciones que se dicten.
 - b) A través de las Enfermeras/os en la ejecución de los planes o en la elaboración de los programas locales concretos.
- Art. 82. Las Enfermeras/os deben participar plenamente, a través del Consejo General, de las Agrupaciones de Colegios o de los propios Colegios, en las comisiones de planificación y en los consejos de administración en que se decide las políticas sanitarias a nivel estatal, autonómico o provincial.

- Art. 83. Los Enfermeros/as forman parte integrante y cualificada de la asistencia sanitaria, siendo responsables de los servicios de enfermería que dirigen.
- Art. 84. Las Enfermeras/os procuran estar presentes y participar activamente, a título individual y con independencia de las actuaciones corporativas, en todo el sistema nacional de salud y en sus organismos locales autonómicos y estatales.
- Art. final. El Consejo General se obliga a mantener al día el contenido de este Código Deontológico y publicará oportunamente el texto de los artículos nuevos o modificados.

NORMAS ADICIONALES

Primera. Por medio de la acción colectiva se cumple una más efectiva definición y control de calidad de los Servicios de Enfermería. Por tanto, el Consejo General de Enfermería asume la responsabilidad de preservar la autonomía profesional y la autorreglamentación en el control de las condiciones de trabajo, velando para que los estándares éticos de la profesión se mantengan actualizados.

Segunda. El Consejo General y los Colegios Profesionales de Enfermería deben prestar continua atención a los derechos, necesidades e intereses legítimos de los profesionales de enfermería y de las personas que reciben sus cuidados.

Tercera. El Consejo General y los Colegios Profesionales de Enfermería deben adoptar actitud abierta a las diferentes corrientes que circulan en la profesión, siempre que redunde en una mejor calidad en la atención y cuidados hacia la salud de todos los ciudadanos.

Cuarta. Con el fin de asegurar el respeto y la armonía profesional entre todos sus miembros, es esencial que exista una comunicación y colaboración constante entre el Consejo General, los Colegios Profesionales y cualquier otra asociación de Enfermería.

Quinta. El Consejo General de Enfermería de España asume la responsabilidad de velar por los valores éticos de la Profesión, arbitrando las acciones pertinentes.

Sexta. Los responsables de la Organización Colegial de Enfermería de España, en cualquiera de sus niveles, miembros de Juntas de Gobierno y otros órganos de los Colegios Provinciales, de los Consejos Autonómicos u órganos de similar rango que existan o se constituyan en el futuro, Pleno del Consejo General, y en definitiva, cuantas personas ostenten cualquier cargo electivo o de designación en la Organización Colegial, vienen especialmente obligados a guardar y hacer guardar, en la medida de sus competencias, las normas recogidas en este Código y en la normativa general de la Enfermería y su Organización Colegial.

En consecuencia, y a tenor del artículo 57. a) y c) y 58. a) del RD 1856/78, de 29 de junio, incurrirán en responsabilidad disciplinaria aquellos que por comisión, omisión o simple negligencia en el cumplimiento de sus funciones, se conduzcan en forma contraria a las disposiciones de este Código o de cualquier otra norma de obligado cumplimiento en materia ética o deontológica o permitan, con su abstención u omisión, que otros lo hagan sin aplicar las medidas legales a su alcance, en defensa de las reglas y preceptos éticos y deontológicos de la Enfermería.

MA

9. 1. ASAMBLEA PLENARIA DEL PONTIFICIO CONSEJO

(9-11 febrero 1990)

José L. Redrado, O.H.

INTRODUCCIÓN

Durante los días 9 al 11 de febrero de 1990 el Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios ha tenido su primera Asamblea Plenaria; la reunión ha coincidido con el quinto aniversario de la institución del Dicasterio por el Papa Juan Pablo II con el *Motu Proprio* Dolentium Hominum, 11 febrero 1985.

Según el reglamento (art. 64), la reunión plenaria debe hacerse, a ser posible, cada año, y tienen derecho a la asistencia todos los miembros.

Al tratarse de un Dicasterio nuevo, hemos preferido hacer camino durante estos cinco años antes de llegar a la primera Plenaria.

Junto con el Presidente, el Secretario y el Subsecretario, han participado en la misma los *Miembros* del Dicasterio, que son en total 27 (varios cardenales, obispos, superiores generales de Instituciones sanitarias y ocho laicos). También habíamos convocado a los *Consultores*, en total 35, de los cuales 22 son laicos. Tanto los miembros como los consultores son de nombramiento pontificio.

La documentación preparada y ofrecida a los participantes ha consistido en tres dossiers —actividades durante el quinquenio, viajes realizados y finalidad de los mismos, contenidos y difusión de la revista *Dolentium Hominum*—. También un elenco con las direcciones de los Miembros y Consultores y otro con las de los obispos responsables de la Pastoral sanitaria en cada nación.

PROGRAMA

El contenido fundamental del programa ha sido la «Relación de la actividad desarrollada por el Dicasterio durante estos cinco años», presentada por Monseñor Angelini. Otro grupo de relaciones preparadas por varios Miembros y Consultores han sido las siguientes: Iglesia y política sanitaria en el mundo, Hospitales católicos, Asociaciones católicas, La Sanidad en los países en desarrollo, Apostolado del sufrimiento, Las vocaciones al servicio de los enfermos, Código deontológico, Formación y coordinación de la Pastoral Sanitaria. Todas estas relaciones han puesto de manifiesto el abanico de materias tan importantes en las cuales el Pontificio Consejo está presente.

DESARROLLO

La animación de la Asamblea la han llevado a cabo el Presidente, el Secretario y el Subsecretario.

La jornada comenzaba con la celebración de la Eucaristía en una de las capillas de las grutas vaticanas. Después continuaban los trabajos en el *Aula Vecchia del Sinodo*. Exposición de las materias, diálogo, pequeños grupos; ésta ha sido la dinámica fundamental.

Las diversas reflexiones personales o de grupo han manifestado a la dirección del Dicasterio abundantes ideas que serán otros tantos momentos de actividad que el Dicasterio pretende desarrollar.

ENCUENTRO CON EL PAPA

Como es habitual en este tipo de Asambleas de los diferentes Dicasterios, el Papa se encuentra un día con los participantes. Aparte del saludo personalizado, es de importancia el discurso que dirige a los asistentes; el discurso del Papa ha ofrecido en esta ocasión una síntesis de la actividad, nos ha impulsado a seguir trabajando y ha reafirmado cuán importante es la pastoral sanitaria en el conjunto de toda la pastoral de la Iglesia.

Recogemos el discurso íntegro que el Santo Padre pronunció a la Asamblea.

CONCLUSIÓN

Esta primera asamblea ha sido una ocasión para dar a conocer ante sus Miembros y Consultores la vida y la actividad de este joven Dicasterio y, a la luz de esta presentación y reflexión en común, ofrecer, asimismo, nuevas ideas que ayuden a esta segunda etapa. Junto con esta afirmación debemos señalar también otra finalidad que esperamos se haya conseguido: llegar a interesar, integrar y responsabilizar más a sus Miembros y Consultores en todo cuanto se refiere a las funciones asignadas por el Papa al Dicasterio en el momento de su institución; es decir, deseamos que los Miembros y Consultores no se conviertan en simples nombramientos, sino que sientan como suya la misión y participen en la misma de forma activa.

DISCURSO DEL PAPA

 Este encuentro con vosotros cobra un especial significado puesto que tiene lugar con ocasión de la primera asamblea plenaria de este Pontificio Consejo que —como se sabe— sustituyó a la Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios.

VASTO Y DELICADO TRABAJO

Mi cordial saludo va ante todo al Presidente del Dicasterio, el arzobispo monseñor Fiorenzo Angelini, a los señores cardenales y a los venerados hermanos en el Episcopado, que son miembros del mismo. Se extiende, luego, al secretario y al subsecretario, a los sacerdotes, a los religiosos y a los laicos, a los consultores y también a los expertos. Todos habéis contribuido de forma generosa y laudable al vasto y delicado trabajo que ha llevado a cabo con gran eficacia este Dicasterio en su primer quinquenio de vida. Os felicito sinceramente por ello a cada uno de vosotros.

La gran actividad desarrollada en tan breve tiempo confirma la oportunidad, es más, la necesidad que había de que entre los organismos centrales de la Iglesia existiese también un Dicasterio específicamente dedicado a la pastoral para el mundo tan amplio y complejo de la sanidad. Un Dicasterio, el vuestro, que aun siendo «joven» por su institución y su estructuración, está llamado a realizar tareas que han sido siempre primarias y constantes en la vida de la Iglesia de todos los tiempos. «De hecho, en el correr de los siglos, la Iglesia ha sido muy sensible al ministerio para con los enfermos y los que sufren, como parte integrante de su misión», siguiendo en ello «el preclaro ejemplo de su Fundador y Maestro» (Motu proprio Dolentium hominum, 1: cl. L'Osservatore Romano, edición en lengua española, 24 de febrero de 1985, pág. 1).

PASTORAL SANITARIA

2. Este Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios no fue creado sólo para responder a una urgencia especialmente sentida hoy en la vida de la Iglesia, sino también para afrontar de modo nuevo, más orgánico y efectivo, las exigencias de nuestro tiempo, los problemas y las instancias que afectan directamente al bien de la persona humana y de la sociedad. En efecto, antes aún que un específico sector de la pastoral de conjunto o global, la pastoral sanitaria es una prerrogativa que no puede menos de acompañar e integrar la acción evangelizadora de la Iglesia. Las nuevas fronteras abiertas por el progreso de la ciencia y de la técnica, la así llamada socialización de la medicina, la creciente interdependencia entre los pueblos, colocan los

problemas de la sanidad y de la salud en el centro del esfuerzo en favor de la promoción de los derechos humanos, y entre estos —no cabe duda— son fundamentales los que se refieren a la tutela de la vida desde su concepción hasta su término natural.

Ya en 1982, hablando a los médicos católicos de todo el mundo, subrayaba yo la urgencia de que las diversas instituciones creadas y promovidas directa o indirectamente por la Iglesia en el campo sanitario encontrasen una nueva ordenación operativa. Y añadía: «la coordinación a nivel mundial podría consentir un anuncio mejor y una defensa más eficaz de vuestra fe, cultura, y compromiso cristiano en la investigación cienfífica y en la profesión» (cf. *L'Osservatore Romano*, edición en lengua española, 17 de octubre de 1982, pág. 16). Esto vale para todos aquellos que, con funciones y tareas diversas, actúan en el ámbito de la sanidad y de la salud, y quieren inspirarse en la enseñanza y en el ejemplo de Cristo, bajo la guía del Magisterio de la Iglesia.

En efecto, desde el tiempo en que el Señor Jesús vivió en esta tierra hasta nuestros días, el anuncio de la Buena Nueva ha sido siempre preparado y acompañado por una atención preferencial hacia los que sufren, bajo cuyos rasgos quiso esconderse el mismo Hijo de Dios (cf. Mt. 25, 36. 40).

Por eso muy oportunamente el Concilio Vaticano II en la Constitución dogmática sobre la Iglesia quiso reafirmar la relación entre evangelización y pastoral sanitaria: «Como Cristo fue enviado por el Padre a evangelizar a los pobres y levantar a los oprimidos (Lc 4, 18), para buscar y salvar lo que estaba perdido (Lc 19, 10); así también la Iglesia abraza con su amor a todos los afligidos por la debilidad humana; más aún, reconoce en los pobres y en los que sufren la imagen de su Fundador pobre y paciente, se esfuerza en remediar sus necesidades y procura servir en ellos a Cristo» (Lumen gentium, 8).

TRES PRERROGATIVAS

3. La coordinación y la colaboración en el plano eclesial y en el de las relaciones entre los pueblos es el primer fruto de aquella solidaridad que no sólo es una virtud humana, sino que también, a la luz de nuestra fe, «tiende a superarse a sí misma, al revestirse de las dimensiones específicamente cristianas de gratuidad total, perdón y reconciliación. Entonces el prójimo no es solamente un ser humano con sus derechos y su igualdad fundamental con todos, sino que se convierte en la imagen viva de Dios Padre, rescatada por la sangre de Jesucristo y puesta bajo la acción permanente del Espíritu Santo» (Sollicitudo rei socialis, 40; cf. L'Osservatore Romano, edición en lengua española, 28 de febrero de 1988, pág. 20). Cuando esa colaboración y coordinación se lle-



Miembros, consultores y expertos en la audiencia del Papa

van a cabo en el campo de la sanidad y de la salud, de verdad se les proporciona voz también a los más débiles e indefensos, y se recupera en todos los hombres el vínculo que más profundamente y casi necesariamente los une, a saber, el amor a la vida.

En este objetivo general entran las finalidades distintivas de este Dicasterio, como fueron formuladas en el Motu proprio con que fue creado (loc. cit., 6). El cuadro de las actividades realizadas por el Pontificio Consejo durante el pasado quinquenio demuestra claramente el celo, la entrega y el rigor con que sus responsables, sus miembros y los generosos colaboradores voluntarios—a los que va mi agradecido aprecio y mi vivo aliento— han seguido las indicaciones contenidas en dicho documento. La amplitud del trabajo realizado, su rica articulación, las múltiples iniciativas llevadas a cabo, o al menos comenzadas, han puesto de manifiesto tres prerrogativas particulares, que merecen ser destacadas: me refiero a la visión integral de los conceptos de sanidad y de salud, que se ha ido afirmando; a la perspectiva internacional que ha asumido vuestra acción; y, en el ámbito del mundo cristiano, a la dimensión ecuménica de vuestro trabajo.

VISIÓN INTEGRAL

4. La visión integral de los conceptos de sanidad y de salud—la primera, entendida como política, legislación y programación sanitaria, y la segunda como bienestar físico, psíquico y espiritual— comprende todo un conjunto de intereses e intervenciones que van más allá de la simple atención o cuidado de los enfermos. En efecto, con ella se abraza el vastísimo campo de las exigencias que plantea la educación sanitaria y la medicina preventiva, curativa y rehabilitativa, con las respectivas e inseparables implicaciones de orden ético, moral, espiritual y social. Salud individual y salud de la comunidad política son, en efecto, «condición necesaria y garantía segura para el desarrollo de todo el hombre y de todos los hombres» (Sollicitudo rei socialis, 44).

En otras palabras, como la pastoral sanitaria está llamada a revestir de esperanza toda la acción pastoral de la Iglesia, así la solicitud por la salud integral del individuo y de la comunidad social implica atención no sólo a los problemas médicos, sino también a todas las ansias, a los interrogantes y a las expectativas por los que siempre se siente «tocado» el hombre que sufre.

Estos y otros temas afrontados y profundizados a lo largo de esta asamblea plenaria revisten una singular importancia pastoral. En efecto, entre los diversos asuntos que estáis estudiando se encuentra también el esfuerzo por la formación de quienes están llamados al servicio espiritual de los enfermos; tema éste que está estrechamente vinculado con el objeto del próximo Sínodo de los Obispos. Por lo demás, nunca se subrayará lo suficiente la función formativa que la pastoral sanitaria desempeña en favor de los candidatos al sacerdocio y a la vida religiosa de especial consagración: es para ellos una auténtica escuela de vida y medio seguro de madurez personal y de elecciones generosas, puesto que se inspira directamente en el ejemplo de Jesús, médico de las almas y de los cuerpos.

PERSPECTIVA INTERNACIONAL

5. La perspectiva internacional de la acción de la Iglesia fue una preocupación profunda del Concilio Vaticano II, que invitó explícitamente a los cristianos a colaborar, con todo generoso esfuerzo, en la edificación del orden internacional (cf. Gaudium et spes, 88). Los resultados obtenidos por vuestro Dicasterio y las premisas puestas para ulteriores pasos adelante en este campo, vienen a confirmar que el mundo de la sanidad y de la salud presenta singulares oportunidades de cooperación a nivel internacional. Por lo demás, los problemas de la salud, entendida en su sentido más amplio, nunca son ajenos a las más importantes cuestiones del orden internacional, como lo atestigua, por ejemplo, el grave problema ecológico.

Los mismos temas tratados en las Conferencias internacionales promovidas por vuestro Dicasterio —desde los medicamentos hasta la humanización de la medicina, desde la longevidad y calidad de la vida hasta el SIDA y la reflexión sobre la mente humana, sobre la que tratará otra Conferencia que se halla en fase de preparación— están tan estrechamente vinculados con el problema de los derechos humanos y de la persistencia de los desequilibrios entre las diversas áreas del mundo, que ponen de manifiesto que nada mejor que el derecho a la salud lleva a la defensa del derecho prioritario a la vida y a su calidad, en el contexto de respeto a la persona humana, creada a imagen y semejanza de Dios.

DIMENSIÓN ECUMÉNICA

6. La dimensión ecuménica, por último, ya felizmente proyectada desde el momento de la institución de este Dicasterio, ha permitido a vuestro trabajo expresarse con creatividad y dinamismo, manteniéndolo alejado de todo riesgo de burocratización y de aridez. Si nada mejor que la necesidad de la salud favorece el encuentro entre los hombres, independientemente de su condición, cultura, mentalidad e ideología, esta misma exigencia en el campo cristiano contribuye eficazmente a promover el encuentro entre los miembros de Iglesias y comunidades eclesiales diversas, en el espíritu de aquella caridad única que caracteriza, que debe caracterizar ante el mundo a los verdaderos discípulos de Cristo (cf. Jn 13, 55; 1 Co 13, 1 ss.). Este espíritu de apertura de diálogo ha hecho posibles también formas de estrecha y útil cooperación con instituciones sanitarias y para-sanitarias no vinculadas a la Iglesia católica, pero que están dispuestas a actuar juntamente con ella y que -en muchos casos- ya lo han hecho, con buenos resultados.

He observado con alegría en vuestras relaciones la aportación que ha dado a esta dimensión ecuménica la eficaz colaboración prestada por las Representaciones Pontificias, así como también por el Pontificio Consejo «Cor Unum» y por «Cáritas» en todo el mundo.

TAREA PRECIOSA E INSUSTITUIBLE

7. Además, dentro de la comunidad eclesial la tarea de vuestro Dicasterio es y sigue siendo siempre preciosa e insustituible. Como prueba de ello, me complace recordar la rapidez con que el Pontificio Consejo ha solicitado de las Conferencias Episcopales - encontrando una pronta acogida - el nombramiento de un obispo delegado para la pastoral sanitaria; la puesta en marcha del censo, que ya ha dado origen a un primer catálogo de las instituciones sanitarias católicas: el ingente esfuerzo para lograr una información constante acerca de las directrices del Magisterio de la Iglesia sobre los más graves problemas relacionados con la ética médica y la investigación científica (información asegurada por la revista «Dolentium hominum. Iglesia y salud en el mundo», publicada en varias lenguas, y por otros oportunos subsidios). Quiero también recordar los numerosos encuentros que se han tenido en varios países y a todos los niveles; la promoción de ayudas a lugares y áreas necesitados de equipos médicos, incluso sofisticados; el esfuerzo realizado para acrecentar la sensibilidad de las Iglesias particulares y de los institutos religiosos con respecto a la pastoral sanitaria; la constante disponibilidad a mantener la conexión con los demás dicasterios de la Curia Romana en relación con el mundo sanitario y sus problemas. Todo esto constituye una concreta manifestación de aquella ansia pastoral que, además de contribuir a que la acción de la Iglesia sea acogida con agrado, ha aumentado su esfuerzo en la pastoral sanitaria,

En todo el mundo la Iglesia católica está presente al lado de quien sufre, con sus diversas instituciones, cuya historia abunda en radiantes ejemplos de santidad, en silenciosa y heroica entrega, en laboriosas pero seguras conquistas. Y es significativo el hecho de que los años de vida de vuestro joven Dicasterio hayan sido distinguidos con la elevación al honor de los altares de figuras de sacerdotes, religiosas y laicos que han exaltado, con la caridad cristiana, la ciencia médica y la pastoral sanitaria.

Pastores, sacerdotes, religiosos, religiosas y fieles laicos constituyen una fuerza muy notable al servicio de la sanidad y de la salud. Sin embargo, hoy problemas nuevos apremian la conciencia cristiana, exigiendo de parte de cuantos están empeñados en la pastoral sanitaria, y de cuantos por su profesión trabajan en la investigación científica y en la asistencia médica, una actualización formativa a la que vuestro Dicasterio puede ofrecer una contribución determinante.

SIGNO DE LA MISIÓN

8. Amadísimos hermanos y hermanas, la conciencia de que el mandato de evangelizar, confiado a la Iglesia, está estrechamente vinculado con el anuncio del *Evangelio del sufrimiento*, ha de ser para vosotros motivo de creciente entusiasmo: «En el programa mesiánico de Cristo, que es a la vez el programa del Reino de Dios, el sufrimiento está presente en el mundo para provocar amor, para hacer nacer obras de amor al prójimo, para transformar toda la civilización humana en la civilización del amor.» (Salvifici doloris, 30).

A esta luz, vuestro Dicasterio está llamado a convertirse en «signo» de la misión que la Iglesia tiene de salir al encuentro del hombre en su sufrimiento.

Acoged, por tanto, mi cordial aliento a perseverar con firme entrega en vuestro trabajo. Que os sirva de estímulo la oración de tantas y tantas personas que en su dolor se encomiendan a la misericordia y a la infinita bondad del Señor. Y la Virgen Santísima, sede de la sabiduría y salud de los enfermos, Madre del amor y del dolor, consuelo de cuantos sufren y sostén de quien actúa a su servicio, enriquezca vuestro ministerio con las prerrogativas de la bondad, de la misericordia, de la ternura pronta a socorrer y de la inagotable generosidad.

Con estos deseos os imparto de corazón la bendición apostólica.

10. NFORMACIONES

El Pontificio Consejo visita Rusia

UNA LUZ QUE COMIENZA A BRILLAR

La Unión Soviética parece estar de moda.
Hasta los relojes con el signo de la perestroika
y de Raïsa, la mujer de Gorbachov, se cotizan bien
y dan a quienes los llevan un aire interesante, nuevo.
Nadie, hace unos meses, hubiera pensado que
lo que está sucediendo en la Unión Soviética se

pudiera pensar, y sin embargo, ahí estamos: se caen los muros, se hacen visitas oficiales, se proclaman libertades...

Es verdad que estamos aún en un claro-oscuro de los acontecimientos, pero los resultados, hasta el presente, se encaminan por senderos más positivos.

En este ambiente de cosas, el Dicasterio de la Sanidad del Vaticano — Pontificio Consejo de la Pastoral para los Agentes Sanitarios—, uno de los Dicasterios más viajeros del Vaticano, no podía faltar en Rusia para pulsar la salud, ver centros sanitarios, hablar con los profesionales y dar una mano en este nuevo camino que comienza.

Tenemos en nuestra Redacción un Dossier del viaje oficial a la Unión Soviética, 1 al 8 abril 1990, presidido por S.E. Fiorenzo Angelini, presidente del Dicasterio y al que acompañaban el secretario



Moscú.
Hospital del Estado
en el que se atienden
600 ancianos
y en el que desarrollan
su misión 15 religiosas
de la Congregación
de la Madre Teresa
de Calcuta

y subsecretario de dicho Dicasterio, padres José L. Redrado y Felice Ruffini, junto con el consultor profesor Franco Splendori y los expertos doctores Gaetano Frajese y Dina Nerozzi.

El Dossier es todo un diario de encuentros, visitas oficiales, centros sanitarios visitados, expresiones de congratulación...

Para hacer más vivo y asequible a nuestros lectores el significado de este viaje, estamos al habla con el padre Redrado y el profesor Splendori de quienes esperamos una amplia información.

—Padre Redrado, profesor Splendori: ¿Cuál ha sido la finalidad del viaje a Rusia?

—Todo vino casi sin pensarlo. Al día siguiente de la visita de Gorvachov al Papa, hubo un encuentro en la Asociación Italia-URSS para tratar del tema de Salud en Rusia. Fuimos invitados a participar en dicho coloquio y tuvimos la ocasión de conocer y hablar con el profesor Chuchalin, vicepresidente de la Academia Médica de las Ciencias de Moscú al que invitamos a visitar nuestra Sede, cosa que realizó al día siguiente con un grupo de su delegación. Ahí nació nuestra visita, ya que el profesor Chuchalin invitó a monseñor Angelini a hablar en la Sede de la Academia en Moscú. Ésta fue, pues, la primera finalidad. Después se fueron construyendo otros objetivos, pues fuimos objeto de otra visita, la del Ministro de Salud de Ucrania, profesor Anatholy Romanienko. Y se fue construyendo el programa, cada vez más intenso, todo él preparado para nuestra visita a Moscú, Kiev y Leningrado.

-¿Y la acogida?

—La acogida ha sido excepcional. Las personas que nos han acompañado, como guías, intérpretes y, sobre todo, los responsables del programa, nos han cautivado. En seguida hemos hecho amistad; nos hemos encontrado libres para manifestar nuestros criterios, respetando las diversas opciones. Hemos encontrado mucha delicadeza y sensibilidad.

Cuéntennos algunos actos y encuentros principales tenidos con ocasión de este viaje

—El programa desarrollado ha sido intenso. En Moscú hemos visitado la Sede de la Primera Región, escuchando de su Alcalde todos los problemas sanitarios que se vive en la misma. Hemos visitado también un centro del Estado para 600 ancianos. En Kiev nuestra visita se ha centrado en el Instituto Radiológico, tanto la Clínica para niños, como el hospital para adultos, dos hospitales con secciones para enfermos afectados por la catástrofe de Chernobyl. En Leningrado hemos visitado la Academia Médico-Militar y el Instituto Médico para Postgraduados.

Entre los actos académicos realizados cabe destacar la conferencia dada por monseñor Angelini en la Sede de la Academia Médica de las Ciencias de Moscú; otra en el Aula del Instituto de Pediatría de Kiev y, finalmente, un gran encuentro con más de 400 médicos, una buena parte de profesores, en el Instituto Médico para Postgraduados en Leningrado. En todos estos actos hemos apreciado el gran interés por los temas humanos y éticos. Al finalizar uno de estos actos Académicos, en el que monseñor Angelini expuso el tema deshumanización de la medicina, el Académico y ex Ministro de Sanidad de Ucrania, profesor Romanienko, se expresó así: «Gracias a la Iglesia de Roma por este encuentro. No creíamos que nuestros ideales y los de la Iglesia fuesen los mismos en lo que respecta a la defensa de la vida.

Nunca hubiéramos imaginado que la medicina y la propia humanización estuvieran tan unidas en la Iglesia. Por este motivo deseamos colaborar con la Iglesia católica...».

Nos hemos encontrado con personalidades en el campo sanitario: el joven Ministro de Sanidad de Ucrania, Juri Spizenko, el primer Viceministro de Sanidad de Moscú. I. N. Denisoff, el alcalde de la Primera Región de Moscú, Vjacesley Grigerievich, el Académico Anatholy Romanienko y el profesor Chuchalin, Vicepresidente de la Academia Médica de las ciencias. Y podríamos seguir la lista que nos haría interminables.

—Todo cuanto nos han dicho hasta ahora va muy relacionado con la finalidad del Dicasterio, pero habrán tenido también algunos contactos a nivel de Iglesia.

—Por supuesto. A nivel de Iglesia ortodoxa señalamos las visitas realizadas al Patriarca de Moscú, S.E. Kirill; al Metropolita S.E. Filarète de Kiev; y al Metropolita de Leningrado, S.E. Alexi.

Por lo que respecta a la Iglesia católica, cada día celebrábamos en una iglesia: San Luis en Moscú; Exaltación de la Santa Cruz en Kiev; y San Pedro en Leningrado. Fueron momentos vivos, intensos, llenos de emoción; pensábamos que toda esa gente salía de unas largas catacumbas. En todas estas ocasiones nos vimos sorprendidos por una gran cantidad de gente. Una celebración particular fue la que tuvimos en Moscú, en el «Centre for social Services I», un centro del Estado donde se acogen 600 ancianos. Aquí, en este centro, viven 15 religiosas de la Madre Teresa de Calcuta, desempeñando trabajos muy sencillos, humildes y de gran acogida, sobre todo a los ancianos mas necesitados. En su capilla, dentro del hospital del Estado, celebramos una Eucaristía llena de recuerdos y emoción. Ninguno de los presentes lo hubiera pensado, pero fue realidad: estaba presente hasta el director del centro; quizá llevado por la curiosidad, o por el respeto a los huéspedes ilustres, pero allí estaba. Y hablamos abiertamente de religión, de vocaciones, de preparación para la Pastoral Sanitaria... Con las religiosas saludamos también a un joven sacerdote que las dirige y presta servicio religioso en el centro. Hemos visto la simpatía y el respeto que todos tienen hacia las religiosas.

El director del centro, doctor Truttachen, agradeciendo nuestra visita, nos manifestó:

«En 1989 nos visitó la madre Teresa y pidió organizar una comunidad religiosa y accedimos a ello; con las religiosas se ha mejorado la asistencia. Han contribuido mucho».

—Fuera de protocolos y visitas oficiales: ustedes ¿qué han visto en la Unión Soviétiva?

 La sociedad rusa actualmente está experimentando dificultades; esta primera y parcial apertura a la libertad no viene acompañada por la comodidad del bienestar material, ni disfrute de la certeza de un veloz restablecimiento de un estado democrático o de una estructura para la tutela de los derechos sociales. El fervor de las iniciativas y de las luchas de los radicalistas y del mismo gorbaciobismo viven una fase de expectación y de temor. La verdad es que la crisis del Estado y el retraso social son de tal modo graves que ni el voluntarismo de los reformadores es suficiente para guiar como se quisiera la desastrosa caída de un Estado que es ineficaz y que obstaculiza. Lo que más nos impresionó, en cambio, es el prodigioso renacimiento del espíritu religioso de esa gente. La ideología materialista pertenece ya a la historia: el presente manifiesta una búsqueda personal y conmovedora del valor ético del hombre; del redescubrimiento de las raíces cristianas de su pasado e incluso, para muchos, significa ir al encuentro de Dios. De hecho, estas primera solicitudes de democracia se expresan en temas característicos de la evangelización cristiana, o



Kiev-Clinic. Con un grupo de niños afectados por la catástrofe de Chernobyl

sea: el valor de un nuevo humanismo personalista; la libertad de expresión, de movimiento, de cultura; la trascendencia del hombre; la participación laboriosa, pero serena, en una desmedida dificultad nacional sufrida sin guerra o revolución... El velo que hasta ahora cubría las grandes necesidades del pueblo ruso ya se ha caído sin ruido y clamor: mientras que la nomenclatura se queja de las libertades de la burguesía, la gente humilde todavía pide respuesta a las necesidades rudimentarias de alimentación, vivienda, trabajo, salud...

—¿Cómo se vive allí la «perestroika», todo el proceso de cambio?

-Hoy en día la perestroika es vivida con el entusiasmo y la conciencia del fin de un época terrible, del fracaso del dogmatismo marxista, y de la urgencia de la veloz limpieza de los escombros del pueblo y de sus instituciones. Existe, sin duda, un sentido de desorientación debido a la pérdida de las certezas opresivas del Partido; como también una difusa miseria material que vive la gente humilde, como siempre, con dignidad personal y la consolación de que ya algo ha cambiado. Se vive la perestroika como un viaje espacial: después del despego, todos viven el suspense que resulta de su condición de riesgos inimaginables e inaccesibles. La perestroika está de hecho sujeta a riesgos: una improbable reacción de conservadores no del todo desarmados; una crisis internacional causada por la centralización de los grupos étnicos; un aparente y rápido bajón económico del pueblo. No obstante, la posibilidad de parar la perestroika es cada vez más lejana, ya que la gente, la clase obrera, los intelectuales saben que no pueden volverse atrás, aunque sea evidente que hoy se está viviendo

la fase más delicada de la transición del viejo al nuevo y, como siempre antes del amanecer, la noche es más oscura que nunca.

En fin, aunque sea evidente para todos que la perestroika debería sobrevivir, por lo menos en el presente, ninguno podría afirmar lo mismo respecto a su inventor, Gorbachov, y a aquellos que lograra conservar de la URSS actual.

—Una pregunta un poco delicada: ¿Ustedes creen que Occidente se puede fiar de todos estos cambios de la Unión Soviética?

—Hace ocho meses la reunificación de Alemania era impensable; entre hoy y el verano se lanzarán los acuerdos para liberar Europa de las tropas y de las armas americanas y soviéticas. En junio, Bush y Gorbachov firmarán el convenio para reducir las armas nucleares estratégicas. Mientras tanto, en Europa centro-oriental las elecciones libres han dado el poder a fuerzas no comunistas. «El imperio externo» de la URSS está llegando a su fin, la presión de la historia contra el poder soviético es inmensa. El PCUS —anuncia Gorbachov— ya no tendrá el monopolio del poder como en los últimos setenta años. En el ejército se están pidiendo reformas...

Los sovietólogos del Pentágono prevén antes del año 2000 una nueva disposición europea donde la CEE comprenderá también los Países del Este y los Bálticos. En conclusión, parece que el proceso es irreversible: la importancia de las relaciones económicas internacionales ha superado la amenaza de las fuerzas armadas.

Gracias, padre Redrado y profesor Splendori, por esta colaboración.

REPRES

Día histórico para la Iglesia en el Camillianum de Roma

PRIMER DOCTOR EN TEOLOGÍA PASTORAL SANITARIA

Ofrecemos a nuestros lectores las siguientes noticias sobre el CAMILLIANUM, enviadas por nuestro redactor en Roma, hermano José L. Redrado. Son noticias de primera mano que, seguro, llenarán de alegría a cuantos trabajan en el sector de la salud.

El día se ha convertido en historia: es el 6 de marzo de 1990. Por primera vez, después de dos mil años de historia de la Iglesia, tenemos el primer doctor en Teología Pastoral Sanitaria, grado académico dado por el reciente Instituto Camillianum, en Roma.

Seis de marzo, a las cinco de la tarde, el doctorando, Massimo Petrini, presenta ante el tribunal su tesis «Líneas pastorales con los moribundos». En el acto, un grupo de profesores y varios alumnos; a esta fecha histórica quiso unirse también el Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios con la presencia del hermano José L. Redrado, Secretario del Dicasterio. Al finalizar el acto, se dirigió a los presentes con las siguientes expresiones de felicitación:

En nombre del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, de su Presidente, monseñor Fiorenzo Angelini, ausente estos días de Roma, expreso mi más emotiva felicitación al *Camillianum*. Este día hace historia, no sólo para el Camillianum, sino para toda la Iglesia: es la primera vez en toda la historia de la Iglesia que se confiere el doctorado en Teología Pastoral Sanitaria.

Mi enhorabuena calurosa, expresiva, también al nuevo doctor Massimo Petrini por el título que hoy le viene conferido y por el hecho de ser un laico el primero en conseguirlo; le deseo que manifieste a todos, a través de su enseñanza y de su vida al servicio de la Iglesia, de los enfermos y del personal sanitario los valores humanos, éticos y espirituales que contiene este título que hoy le confiere el Instituto Camillianum. Usted, doctor Massimo Petroni, encabeza la lista, que deseo sea larga, de tantos y tantos otros que estudian y estudiarán en este Instituto.

Aprovecho esta ocasión para decir también a la dirección del Camillianum una palabra de ánimo y de esperanza, para decirles cuán importante es el trabajo del *Camillianum*, llamado a formas amagneticos:

- Capaces de animar la acción evangelizadora en los centros de salud.
- Capaces de formar nuevos Agentes de Pastoral Sanitaria.
- Capaces de cambiar muchas formas de hacer hoy la pastoral con los enfermos.
- Capaces de entusiasmar y de multiplicar con un nuevo espíritu la presencia de la Iglesia entre los enfermos, entre el personal sanitario y el voluntariado.
- Capaces de hacer descubrir a la comunidad cristiana la obligación de cuidar de los enfermos y de los necesitados.

Que este tipo de encuentros se multipliquen en el *Camillia-num*, a fin de que el Instituto cumpla plenamente con su vocación docente.

Enhorabuena al *Camillianum*. Enhorabuena al nuevo Doctor. Ofrecemos, a continuación, la breve entrevista que mantuvimos con el doctor Massimo Petrini:

—Doctor Massimo Petrini: usted es el primer Doctor en Teología Pastoral Sanitaria de toda la historia de la Iglesia y, además, laico: ¿qué siente al saber esto?

—No puedo negar que cuando se escucha «el primer doctor en Teología Pastoral Sanitaria de toda la historia de la Iglesia» la impresión que se experimenta es la de una fuerte responsabilidad. Por otro lado, el hecho de que sea un laico estimo que pueda constituir el signo de la riqueza de esta misma Iglesia, y de la colaboración que todos estamos llamados a prestar en la previsión del Reino de Dios.

Es ésta además la sensación que siempre me ha acompañado durante estos cuatro años: estudiar con sacerdotes, con religiosos, con otros laicos, pienso que constituye una experiencia viva de la necesaria multiplicidad y complementariedad de los cometidos de la Iglesia.

Viniendo ahora a un ámbito mucho más restringido, debo también agradecer a mi familia el haberme animado, comprendido y «soportado» en este largo período mío de estudios.

—Brevemente, ¿cuál es su experiencia de dos años en el Camillianum?

—La experiencia de multiplicidad y de complementariedad de los cometidos en la Iglesia, estudiando en el Camillianum, se ha enriquecido especialmente, incluso en la conciencia vivida de la universalidad de la Iglesia: considero efectivamente un mayor enriquecimiento el hecho de haber tenido compañeros de curso provenientes del mundo entero que, incluso cuando eran italianos, muchos de ellos eran también sacerdotes y religiosas provenientes de largos períodos de misión. El intercambio de experiencias, la confluencia de tantas modalidades pastorales —experiencias que por otra parte eran compartidas por muchísimos profesores—creo que enriquezcan mucho ampliando horizontes de visión.

Es por ello que el Camillianum debe continuar favoreciendo, durante los estudios, las ocasiones de fraternización de los estudiantes entre ellos en un estudio que debe también ser desarrollo de la persona en su integridad.

—Usted ha presentado para el título de doctor la tesis «Lí-NEAS DE PASTORAL CON EL MORIBUNDO» ¿por qué? ¿qué novedad aporta su tesis a la inmensa literatura que sobre el tema existe hoy?

-Esta tesis representa el desarrollo de mi anterior trabajo sobre pastoral de la muerte, tesis de licencia en la Pontificia Universidad Lateranense. Si en ella la atención se centraba en el fenómeno muerte, en este trabajo la atención se dirige al hombre que vive su muerte y sobre los múltiples aspectos que condicionan su asistencia. En la tesis se reflejan también indicaciones facilitadas por un cuestionario suministrado a un muestrario de 2.700 ancianos, en el marco de una más vasta investigación sobre las problemáticas de la población anciana. Cuando elaboraba las preguntas mi finalidad era lá de verificar en la práctica las necesidades a las que la pastoral debe saber responder. Considero además que mi trabajo puede ser al menos como una suma de las problemáticas que comporta la asistencia a quien sufre. Por otra parte, el moribundo debe ser contemplado como un hombre que vive una experiencia existencial en la cual se agudizan muchas necesidades, comunes además a todos los que sufren y a sus familias. Se deriva pues una pastoral que no se limita a atender al cónyuge Un momento de la defensa de la tesis por don Massimo Petrini ante el Tribunal compuesto —de izquierda a derecha— por el padre Giuseppe Cinà, presidente del Camillianum, padre Angelo Brusco, moderador general, y monseñor Elio Sgreccia, director del Centro de Bioética de la Universidad Católica del Sacro Cuore de Roma



sino que se haga cargo de todo un núcleo familiar, porque es todo el núcleo familiar quien vive una situación de sufrimiento.

—¿Qué mensaje daría a los responsables de la diócesis en relación con la Pastoral Sanitaria, y a la dirección del Camillianum?

—Estimo que se debe siempre tender a una progresiva formación de todos cuantos trabajan pastoralmente en contacto con el sufrimiento humano, así como a una centralización de la pastoral sanitaria en la vida de la Iglesia local, partiendo de la parroquia. No hay duda de que el sufrimiento requiere un compromiso de solidaridad y un testimonio de ayuda, que también son indispensables para la humanización de la medicina, tan repetidamente invocada.

Humanización que significa, fundamentalmente, respeto hacia la vida humana en todas sus fases, aquel respeto que puede ser también punto de encuentro con quienes no son cristianos y poner de manifiesto un testimonio humano del amor de Dios.

> Padre José Luis Redrado, O.H. Secretario del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios

Roma

MONSEÑOR FIORENZO ANGELINI RECIBE EL PREMIO SASAKAWA PARA LA SALUD

El día 9 de mayo, ante 1.200 delegados de los 67 países asociados a la Organización Mundial de la Salud, reunidos en Ginebra desde el 7 al 18 de mayo para la celebración de la 43.ºr asamblea anual, fue otorgado el *Premio Sasakawa para la Salud* al arzobispo monseñor Fiorenzo Angelini, presidente del Pontificio Consejo de la Pastoral para los Agentes Sanitarios.

Fue instituido este insigne reconocimiento por el industrial japonés Ryoichi Sasakawa para que el OMS premie cada año «una o más personas, o una o más instituciones, que hayan realizado una excelente obra innovadora en el desarrollo del campo de la salud». Su asignación a monseñor Angelini constituye un reconocimiento de alta instancia por los méritos del arzobispo y la dinámica que él imprime en la labor del Consejo que preside, así como el reconocimiento oficial, de parte del organismo mundial de la salud más cualificado, por el papel que desempeña la Iglesia Católica en el desarrollo de la asistencia sanitaria en el mundo. Dirigiéndose a la asamblea, el alto prelado habló sobre «Los aspectos humanos y éticos de la medicina», diciendo entre otras cosas: «...la ciencia y la práctica médica son llamadas cada día a paragonarse con la totalidad de la persona humana. El defender, el promover, y el recobrar la salud llevan necesariamente consigo el considerar al hombre en su totalidad».

Han acompañado a monseñor Angelini a tan importante acto el padre José L. Redrado, O.H., secretario del Dicasterio; los profesores Manni y Splendori, consultores, y un pequeño grupo de amigos del galardonado y del Pontificio Consejo.

Nuestra felicitación a monseñor Angelini y a los componentes del Pontificio Consejo que él preside.



Satisfacción en los rostros de todos el día de la concesión del Premio a Monseñor Angelini. Al Honorable Giulio Andreotti, Presidente del Consejo de Ministros de Italia —sentado—, le rodean —de izquierda a derecha—: Monseñor Angelini; Doctor Hiroshi Nakajima, Director General de la OMS; y el señor Sasakawa, fundador del Premio que lleva su nombre.

DIEGO GRACIA GUILLÉN, MIEMBRO DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA

El doctor Diego Gracia Guillén, Catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, ha ingresado en la Real Academia de Medicina, Sección de Bioética, con la medalla número 41.

Su discurso de ingreso, pronunciado el pasado 3 de abril, versó sobre el tema: *Primun non nocere*, el principio de no maleficencia como fundamento de la ética médica.

Para quienes formamos la familia de LABOR HOSPITALA-RIA constituye una grata noticia el que alguien tan cercano a ella, y un hombre que se mueve en los movedizos terrenos de la humanización y la bioética, por los que con mayor o menor acierto también nos movemos nosotros, haya tenido acceso a tan ilustre cornoración.

Transcribimos, finalmente, las últimas palabras del discurso de contestación que pronunció don Pedro Laín Entralgo y con las que difícilmente cabe describir con mayor precisión la personalidad del nuevo académico, el doctor Diego Gracia Guillén:

«...un médico que desde la historia de la Medicina, la bioética y el pensamiento filosófico, con prestigio internacional sabe pensar y trabajar a la altura de nuestro tiempo, desde hoy va a ser miembro de esta Academia. Felicitémosle y felicitémonos.»



REUNIONES CIENTÍFICAS VARIAS

XXXIII CURSO INTERNACIONAL DE LEPROLOGÍA PARA MISIONEROS Y AUXILIARES SANITARIOS

Organiza: Sanatorio San Francisco de Borja de Fontilles.

Patrocina: Soberana Orden Militar de Malta.

Colaboran: Escuela de Dermatología-Universidad de Valencia, Ministerio de Sanidad y Consumo, Profesores de Dermatología de las Facultades de Medicina.

Lugar: Sanatorio de Fontilles, 17 a 29 de septiembre de 1990. Informes: Comité Ejecutivo Internacional. 3 Place Claparede, GINEBRA y doctor José Terencio de las Aguas. Sanatorio San Francisco de Borja, 03791 FONTILLES (Alicante-España).

I CONGRESO CATALÁN DE ODONTO-ESTOMATOLOGÍA

Lugar: Barcelona, 7, 8 y 9 de febrero de 1991. Palacio de Congresos.

Secretaría: Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Cataluña. Vía Layetana, 31. Tel. 310 15 55. 08003 BAR-CELONA.

IV CONGRESO DE PSIQUIATRÍA SAN JUAN DE DIOS

Conmemorativo del 3.º Centenario de la Canonización de San Juan de Dios (1690-1990) y del 1.º Centenario de la Restauración de la Orden Hospitalaria en Portugal (1891-1991).

Lugar: Lisboa, 7 a 9 de febrero de 1991. Biblioteca Juan Pablo II de la Universidad Católica Portuguesa.

Tema: «Progreso Científico y Humanización en Psiquiatría».

Inscripciones: Secretariado del IV Congreso de Psiquiatría San Juan de Dios. Casa de Salud de Telhal. 2725 MEM-MARTINS. Tel. 926 30 21.

II CONGRESO EUROPEO DE GERONTOLOGÍA

Lugar: Madrid, 11, 12, 13 y 14 de septiembre de 1991.
 Secretaría: GEYSECO, S. A. Capitán Haya, 60, 2.ª Tel. 571 38 04.
 28020 MADRID.

II CONGRESO EUROPEO DE GERONTOLOGÍA

Lugar: Madrid, 11, 12, 13 y 14 de septiembre de 1991.

JORNADAS «HORIZONTE ASISTENCIAL A LA TERCERA EDAD»

Organiza: Fundación Matía y Centro de Fundaciones. Lugar: Donostia-San Sebastián .

Fechas: 21 y 22 de junio de 1990.

Inscripciones: Fundación Matía. Avda. de Zarautz, 123. 20009 DONOSTIA-SAN SEBASTIÁN



Ofrezca la oportunidad de suscribirse a

LABOR HOSPITALARIA

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

LABOR HOSPITALARIA

es una revista útil para:

EL MEDICO ■ LA ENFERMERA ■ EL ADMINISTRADOR ■ EL GERENTE ■ EL CAPELLAN LA RELIGIOSA ■ PARA TODO AQUEL QUE SE OCUPA DEL ENFERMO

LABOR HOSPITALARIA

Suscripción anual (4 números)
España: 2.000 pesetas
Extranjero: Correo ordinario (23 \$) / correo aéreo (26 \$)

- 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 NORMATIVAS ÉTICO-JURÍDICAS RECIENTES, N.º 202 (1986)
- UNA ORDEN HOSPITALARIA PLANTEA SU FUTURO N.º 206 (1987)
- LOS ENFERMOS MÁS DESASISTIDOS Y NECESITADOS N.º 208 (1988)
- LA FAMILIA DEL ENFERMO, N.º 211 (1989)
- INGENIERÍA GENÉTICA AL SERVICIO DE LA PERSONA N.º 214 (1989)
- LA COMUNIDAD CRISTIANA Y LOS ENFERMOS N.º 215 (1990)

Números monográficos de Labor Hospitalaria







Pídalos a la dirección de la Revista

Revista SELARE

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

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



NUESTRA COMÚN PREOCUPACIÓN.

Tener un gesto amable con un paciente es muy fácil, lograr su curación y dedicarle la máxima atención posible, ya es un poco más difícil.

Pero es mucho más sencillo cuando pensamos que su salud es nuestra común preocupación.

En el proceso curativo intervienen muchos factores, y es precisamente durante ese período cuando se demuestra lo estrecha que es nuestra colaboración.

Disponer de un equipo médico cualificado y de un personal hospitalario preparado, es tan necesario como contar con unas instalaciones y equipamientos fiables.

Matachana División Hospitales aporta esos equipamientos, desde bolsas y controles de esterilización, sistema de distribución de comidas, lámparas y mesas de operaciones, hasta las centrales completas de esterilización.

Todo para hacer de nuestra común preocupación una tarea sencilla, tan fácil como tener un gesto amable.



División Hospitales

Vía Augusta, 11 - Tel. (93) 218 46 05 - 08006 BARCELONA San Bernardo, 110 - Tel. (91) 445 20 75 - 28015 MADRID





LIMPIEZA PROFILACTICA

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

RESULTADOS PROFILACTICOS:

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

AREA DE PRESTACION:

Barcelona y su comarca solamente.

CONSULTAS Y PEDIDOS:

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

REFERENCIAS:

Nuestro servicio de limpieza se realiza en 14 países.

