LABOR HOSPITALARIA

ORGANIZACIÓN Y PASTORAL DE LA SALUD

2

Hermanos de San Juan de Dios Barcelona

Año 43. Segunda época. Abril - Mayo - Junio 1991
Número 220. Volumen XXIII

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

Sumario

1 **EDITORIAL: Razones de un compromiso - «Púrpura para todos»** 90

2 **UN CARDENAL PARA LA SANIDAD** 92
Miguel Martín Rodrigo
Primera felicitación al nuevo Cardenal - La púrpura a un verdadero romano - «Veo en la decisión del Santo Padre la voluntad de resaltar la relevancia del Pontificio Consejo»

3 **I CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN EUROPEA DE CUIDADOS PALIATIVOS** 96
Miguel Martín Rodrigo
Programa del Congreso - Cuidados paliativos: la tercera vía - «He sido testigo del trágico estado de soledad del ser humano cuando entra en fase de incurabilidad» - La prensa parisina se hizo amplio eco del Congreso - Una opción institucional por los cuidados paliativos

4 **ENFERMERÍA EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR** 120
Magda Boltà i Fisa, Guillem Puche i Rubio y Joaquim Erra i Mas

5 **«SOMOS UN ORGANISMO ECLESIAL QUE SE MANTIENE ABSOLUTAMENTE FIEL AL MAGISTERIO DE LA IGLESIA»** 130
Miguel Martín Rodrigo

6 **SALUD Y ENFERMEDAD DESDE LAS ANTROPOLOGÍAS ACTUALES** 137
Felisa Elizondo

7 **LA TERCERA EDAD: UNA ENCRUCIJADA** 143
M.ª Caridad Álvarez Andrés

8 **ÉTICA DE LA MANIPULACIÓN EN EL MUNDO DE LA SALUD MENTAL** 147
José-Román Flecha Andrés

9 **«PARA ESTUDIAR LA MENTE JAMÁS SE PODRÁ DESCUIDAR TODA LA VERDAD SOBRE EL HOMBRE»** 155

10 **CONVENCIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO** 158

11 **PROYECTO DE ATENCIÓN A ENFERMOS PROCEDENTES DE CENTROS PENITENCIARIOS** 166
Grupo PROSAC

12 **«TENEMOS LA IDEA ERRÓNEA DE QUE SOMOS CAPACES DE SOLUCIONAR TODOS LOS PROBLEMAS Y SATISFACER TODOS LOS DESEOS»** 168
Arnaldo Pangrazzi, Joaquín Plaza Montero y Miguel Martín Rodrigo

13 **INFORMACIONES** 172

1. EDITORIAL

1.1 RAZONES DE UN COMPROMISO

De un tiempo a esta parte LABOR HOSPITALARIA ha venido dedicando especial atención a todo cuanto se relacionaba con la atención a los enfermos terminales. Den un repaso sobre los últimos números y compruébenlo ustedes mismos.

Incluso habíamos hecho el propósito de concederle un especial trato de preferencia a este campo. Y ello como postura de lógica coherencia con la filosofía que sostiene la Institución de la que LABOR HOSPITALARIA es propiedad: la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Lo nuestro son los marginados y los enfermos, y de éstos, los más necesitados. Y hoy, los enfermos terminales forman parte de este colectivo.

Nuestra sociedad, desarrollada ella y con clara vocación hedonista, no admite bajo ningún concepto todo aquello que pueda cuestionarla. Y la muerte es el episodio más fehaciente de alarma y cuestionamiento de tal situación.

Nuestro sistema sanitario, orgulloso él de las conquistas alcanzadas mediante el avance científico-técnico y llamado a transformarse en acción eficaz de salud, se niega a admitir su limitación y su no omnipotencia. Y esta negación venía a condenar al olvido a un grupo de enfermos que, paradógicamente, eran suministrados por esta explosión científico-técnica. No pocos enfermos hoy terminales, sin el soporte que nos ofrece la Medicina actual, habrían *terminado* ya.

Miembros de esta misma sociedad, inmersos en este mundo sanitario, los Hermanos de San Juan de Dios queremos aportar nuestra contribución en la búsqueda y desarrollo de soluciones reales a estas personas, hermanos nuestros necesitados y, consecuentemente, sujetos primarios de nuestra vocación hospitalaria.

Por ello, LABOR HOSPITALARIA se ratifica en su compromiso de ofrecer sus páginas para sensibilizar, formar e informar sobre los Cuidados Paliativos. Este número es un claro ejemplo de ello. Hasta París nos fuimos para participar en el I Congreso de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos y trasmitiros nuestros hallazgos.

Conocemos bien las dificultades: campo recién estrenado en España, lo que conlleva una especial dificultad en encontrar material; necesidad de lanzar, consecuentemente, nuestras redes más allá de nuestras fronteras. Pero estamos decididos a hacerles frente en la medida de nuestras modestas posibilidades.

Pero como «amén de predicar conviene, no obstante, dar trigo», la propia Institución ha puesto manos a la obra y en estos momentos se halla comprometida en sacar adelante unos cuantos proyectos concretos de atención a enfermos terminales mediante la implantación de los Cuidados Paliativos. Algunos de ellos tan originales como el que supone la creación de un equipo de éstos en un hospital materno-infantil.

Porque estamos convencidos de lo que llevamos entre manos, LABOR HOSPITALARIA se compromete en no abandonar su servicio a esta realidad. Al mismo tiempo palpamos con gozo la gran acogida con la que este tema está siendo recibido; la respuesta concreta, aun cuando incipiente, que ya se está vislumbrando; y el punto de inflexión que está creando en los propios sistemas de salud en los que va conquistando su reconocimiento, hasta hace bien poco cuestionado.

Y es que, debemos admitirlo, resulta tan humano ayudar a las personas a morir con dignidad como lo es el promover y defender vivir con ellas.

LH

1.2 «PÚRPURA PARA TODOS»

Su Eminencia Monseñor Fiorenzo Angelini ha sido designado Cardenal por el Papa Juan Pablo II.

Para LABOR HOSPITALARIA, dicho nombramiento tiene dos vertientes que quisiera subrayar. En primer lugar supone un respaldo moral y una especie de homenaje hacia la persona que lo recibe. El Santo Padre otorga con el mismo su reconocimiento y confianza a unas personas que tanto desde su biografía personal como desde su hoja de servicios a la Iglesia, se han distinguido.

No nos cabe la menor duda que Juan Pablo II habrá querido premiar con la distinción del capelo cardenalicio a S. E. Mons. Angelini que —como podrán comprobar en las páginas interiores— ofrece una trayectoria personal y de servicio eclesial envidiable.

Pero no es menos cierto que este acontecimiento supone, al mismo tiempo, un reconocimiento y un estímulo a la institución y la labor que el afectado desempeña.

Y, en este sentido, conviene no olvidar que S. E. Mons. Angelini ha sido siempre «un hombre de la Pastoral de la Salud». Desde diferentes frentes pero, siempre con el mismo punto de mira. Un camino que le llevó hasta la Presidencia de la Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, creada por el propio Juan Pablo II. Pontificia Comisión que tras la remodelación de la Curia, promovida por la *Pastor Bonus,* pasó a ser Pontificio Consejo.

La rumorología daba como hecho que diversas personas que estaban al frente de prestigiosas instituciones de dicha Curia, accederían al Cardenalato. Y es que la importancia y significatividad de las mismas en el engranaje del Vaticano, así parecían exigirlo. Pero en lo que respecta al Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios no existía idéntica unanimidad.

Era un organismo nuevo y ofrecía dudas respecto a la importancia que se le concedería al mismo.

Pues bien, estas dudas se han disipado. El Presidente del mismo ha sido nombrado Cardenal. Y con ello, queremos reconocer el cariño y el apoyo que Juan Pablo II ha tenido siempre hacia el mundo de los enfermos, el mundo de la Pastoral de la Salud.

De alguna forma, se ha impuesto el capelo a esta parte tan importante de la acción pastoral de la Iglesia, y que con tanta solicitud ha atendido y sigue atendiendo el Santo Padre a lo largo de su fructífero Pontificado.

S. E. Mons. Angelini así lo ha reconocido también de forma expresa en la pequeña entrevista que publicamos en nuestras páginas interiores. Tan pronto ha sido conocedor del hecho de su Cardenalato, se ha apresurado a compartirlo con el mundo sanitario que tan bien conoce, su mundo.

De ahí que desde esa parte del mundo de la Pastoral de la Salud que es LABOR HOSPITALARIA, felicitemos sinceramente al nuevo purpurado, felicitemos con idéntica actitud al Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, y nos felicitemos a nosotros mismos.
La púrpura es para todos.

¡¡Felicidades!!

LH

MONSEÑOR FIORENZO ANGELINI
Presidente del Pontificio Consejo

2. UN CARDENAL PARA LA SANIDAD

2.1 PRIMERA FELICITACIÓN AL NUEVO CARDENAL

Una nueva noticia de última hora nos obliga a ampliar este número de LABOR HOSPITALARIA para recogerla, dada su importancia para todos quienes nos hallamos comprometidos en la Pastoral de la Salud y en la asistencia hospitalaria.

Mons. Fiorenzo Angelini, presidente del Pontificio Consejo de la Pastoral para los Agentes Sanitarios, ha sido elevado al cardenalato por el papa Juan Pablo II, en anuncio efectuado el día 29 de mayo de 1991.

El nuevo cardenal es conocido por nuestros lectores, pues frecuenta nuestras páginas y las de LABOR HOSPITALARIA con asiduidad, debido al cariño que le merecen los hermanos de san Juan de Dios de cuya Orden es hermano honorario y a la intensa actividad que desde la creación del Dicasterio que preside ha llevado a cabo.

La elevación al cardenalato de monseñor Angelini no es solamente un reconocimiento personal a su dedicación intensa desde la presidencia del Pontificio Consejo, sino también significa un alentador impulso al interés del Santo Padre por los enfermos, profesionales de la salud y en general por el mundo del sufrimiento.

Nos agregamos a todos cuantos felicitan al nuevo cardenal y con nuestra acción de gracias al Señor por su bondad, elevamos una oración para que esta nueva etapa en la responsabilidad eclesial de monseñor Angelini esté colmada de bendiciones.

* * *

En el momento del anuncio por el Papa de los nuevos cardenales en la Audiencia del miércoles día 29 de mayo de 1991, hacia las 12,30, estábamos reunidos en la Sede del Pontificio Consejo (Conciliazione 3) todos los miembros de la Secretaría y un grupo de amigos y otros miembros de institutos religiosos sanitarios.

El anuncio, gratamente esperado, fue acogido con un gran aplauso y emoción. En este momento, el subsecretario del Pontificio Consejo, padre Ruffini, leyó la carta firmada por el Papa, y el padre Redrado, secretario del Dicasterio, en nombre de todos, dirigió al nuevo cardenal la primera felicitación con las siguientes palabras:

«Proclama mi alma la grandeza del Señor,
se alegra mi espíritu en Dios mi Salvador»
(Lc. 1, 46-47)



Emmo. y Rvdmo. Mons. Fiorenzo Angelini, nuevo Cardenal de la Iglesia Católica

En este día tan especial para S.E., para nosotros y para la Iglesia, deseo en nombre del Pontificio Consejo de la Pastoral para los Agentes Sanitarios: Secretario, Subsecretario, y los componentes del Dicasterio, así como en nombre de los amigos aquí presentes y aun de aquellos que no nos acompañan físicamente, pero que están cercanos espiritualmente, deseo repito, en nombre de todos, expresar a S.E. nuestros sinceros augurios con ocasión de la comunicación oficial de su nombre entre los nuevos cardenales que el santo padre, Juan Pablo II, creará en el Consistorio anunciado para el 28 de junio próximo.

Estamos todos gozosos por el acontecimiento y damos gracias por todo lo que el Omnipotente ha hecho en la vida de S.E. Santo es el nombre de Aquél que realiza cosas grandes en la vida y en la historia de los hombres (cf. Magnificat).

La elevación de S.E. a la dignidad cardenalicia, además de ser un reconocimiento a su ejemplar e incansable ministerio presbiteral y episcopal, señala una nueva etapa en la historia de ese joven Dicasterio de la Curia Romana que S.E. dirige con tanta competencia y dedicación. Con S.E. y a través de S.E. se halla todo el mundo del sufrimiento y de la salud (enfermos, necesitados, profesionales sanitarios) la cual se siente reconocida y elevada también.

Nuestra congratulación y nuestra oración se dirigen a la Santísima Madre del Redentor, Salud de los Enfermos, para que Ella continúe acompañando a S.E. en este momento en el cual sois llamado a otras responsabilidades y le confirme siempre más y más en el generoso servicio a los hermanos, sobre todo a los que sufren, como S.E. lo ha efectuado constantemente.

Una vez más renuevo a S.E. la felicitación de todos y le aseguro nuestra oración, colaboración y amistad.

CURRÍCULUM VITAE DEL NUEVO CARDENAL

- Arzobispo. Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios.
- Nacido en Roma, 1 de agosto de 1916.
- Ordenación sacerdotal, 3 de febrero de 1940.
- Bachiller de Fisolofía.
- Doctor en Teología.
- Asistente Eclesiástico Nacional para los hombres de la Acción Católica Italiana, 1945-1959.
- Nombramiento papal como Comendador del Santo Espíritu y Delegado para la asistencia religiosa en los hospitales y universidades y clínicas de Roma, 15 de septiembre de 1955.
- Nombrado Obispo Titular de Messene, Auxiliar de Roma, 27 de junio de 1956.
- Consagrado Obispo, 29 de julio de 1956.
- Asistente Eclesiástico Nacional para la Asociación de Médicos Católicos Italianos.
- Presidente de la Escuela de Enfermería del Hospital San Juan de Dios de Roma, 1958-1979.
- Miembro honorífico de la Academia Lancisiana, 1964.
- Profesor extraordinario de Deontología Médica en la Universidad del Salvador de Buenos Aires, 1969.
- Profesor invitado de la Universidad de Santo Tomás de Manila.
- Miembro de la Academia de Ciencias de Nueva York, 1983.
- Miembro honorífico de la Conferencia de Coordinadores Diocesanos de Asuntos Sanitarios en Estados Unidos, 1985.
- Miembro honorífico de la Academia de la Historia del Arte Sanitario, 1985.
- Cart. Hermandad Hermanos San Juan de Dios.
- Medalla de Oro de Mérito en la Sanidad, Italia, 1961.
- Medalla de Oro de Mérito Social en la lucha contra la tuberculosis, 1961.
- Medalla de Oro por el Estudio de Donantes de Sangre, 1966.
- Medalla de Oro por el Estudio del Abuso de Drogas y Problemas Sociales Relacionados, 1970.
- Medalla de Oro de la Organización Mundial de la Salud durante la XXVI Sesión (1973) sobre el tema «Papel y responsabilidad del médico en la lucha contra las enfermedades sociales, especialmente en los países en vías de desarrollo»; estuvieron presentes representantes de 135 naciones.
- Medalla de Oro de la Federación Nacional de Médicos por el libro *El médico, un hombre para todos,* 1974.
- Promotor y Director de cursos sobre Ética Médica (17 ediciones), con la participación de Premios Nobel y especialista tanto italianos como extranjeros.
- Fundador y Director de la serie *Medicina y Moral* (17 tomos).
- Miembro de los comités promocional, organizativo y ejecutivo de los congresos nacionales e internacionales de Médicos Católicos.
- En el más reciente de los citados congresos (Roma, octubre del 82) a nivel internacional, participaron representantes de 71 naciones, y el papa Juan Pablo II les dirigió un mensaje.
- Ponente oficial en los congresos de médicos católicos.
- Organizador y guía de viajes para médicos italianos que han visitado universidades y hospitales de Europa, África, Australia, Estados Unidos, Canadá, Brasil, Argentina, Venezuela, Guatemala, India, Japón, Unión Soviética, China...
- Promotor de proyectos sanitarios para países del Tercer Mundo.
- Autor de 350 libros y artículos sobre medicina, ética, asistencia sanitaria en su dimensión social y religiosa.
- Premio Humanismo en la Medicina, concedido por la Universidad de Georgetown (Washington, Estados Unidos), 25-VI-86.
- Premio Sasakawa 1990 de la OMS.
- Promotor y Director de los cursos anuales de «Medicina y Moral», en Roma (veinte cursos) de carácter internacional, en la Universidad del Estado y el Consejo Nacional de Investigación.
- Director de la revista *Dolentium Hominum* en cinco ediciones lingüísticas, órgano oficial del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Trabajadores Sanitarios.
- Promotor y Director de las Conferencias Internacionales en el Vaticano.
  - — «El fármaco al servicio de la vida humana» (1986)
  - — «La Humanización de la Medicina» (1987)
  - — «Longevidad y calidad de vida» (1988)
  - — «Vivir, por qué? El SIDA» (1989)
  - — «La Mente Humana» (1990)

  con la participación de Premios Nobel, científicos, miembros de la Pontificia Academia de las Ciencias y personalidades sumamente cualificadas del mundo de la ciencia.

2.2 LA PÚRPURA A UN VERDADERO ROMANO

Desde 1984 el clero capitalino no tenía representantes en el Sacro Colegio

«Hay un *romano de Roma* entre los veintidós nuevos cardenales que el Papa nombrará el próximo 28 de este mes de junio. Se da una circunstancia especial de la larga historia de mil años del *sacro colegio,* porque desde el día 15 de octubre de 1984, en que falleció el cardenal Paolo Marella, el clero romano no tenía ningún representante en el *senado de la Iglesia.*

Es Fiorenzo Angelini el nuevo purpurado nacido a la sombra de las siete colinas; su figura no sólo es conocida en los

ambientes religiosos de la capital. Porque Angelini, 74 años, es desde el año 1985 «ministro de la Sanidad» de la Curia, siendo desde los primeros años de su sacerdocio (fue ordenado en 1940) un prete (sic) como se dice, en primera línea de la vida romana: en los años difíciles de la guerra y de la resistencia (hay una foto histórica que lo muestra al lado de Pío XII entre las ruinas de San Lorenzo, su primera parroquia) y en la época de la reconstrucción, cuando siendo vicepárroco de la Natividad de Via Gallia, fundó el «Secretariado del Pueblo», para la asistencia gratuita de los ciudadanos de cualquier clase o condición social: asistencia económica legal, médica, etc.

En 1946, a los cuarenta años, Pío XII lo nombró Obispo, asignándole el cuidado pastoral de los hospitales y de las clínicas de la Diócesis de Roma. Era la transformación del antiguo papel del «Comendador de Santo Espíritu», nacido a fines del año 500. En su responsabilidad de presidente de la Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, Angelini marcó una actividad capaz de reorientar la labor en el campo sanitario: durante 30 años ha sido el interlocutor ante los administradores de la capital, no solamente de los democristianos.

Es un gran amigo de Giulio Andreotti, con el cual participa como *tifosi* del fútbol por la Roma. Y un profundo lazo lo une a Juan Pablo II, a cuyo lado estuvo constantemente durante su hospitalización en el Policlínico *Gemelli,* después del atentado. Al Papa le es grato el esfuerzo que está realizando en favor de la sanidad polaca y de otros países de la Europa oriental, como Rusia en donde apenas se ha comenzado.

Angelini ha hallado grandes amigos en el mundo laico. Con Guttuso y De Chirico, por ejemplo, los cuales lo tuvieron como consejero espiritual en los meses anteriores a su desaparición. Fue asiduo al Palacio Grillo durante la enfermedad del pintor de *Vucciria.* Y en su despacho como director de la revista *Dolentium hominum* conserva un cuadro del artista, el cual al parecer se convirtió en el momento de la muerte.

(Tomado de *Il Tempo,* 31-V-1991)

Primeras declaraciones del nuevo Cardenal a LABOR HOSPITALARIA

2.3 «VEO EN LA DECISIÓN DEL SANTO PADRE LA VOLUNTAD DE RESALTAR LA RELEVANCIA DEL PONTIFICIO CONSEJO»

Tan pronto como nos llegó la noticia nos pusimos en contacto con el Ponticio Consejo. Y por mediación de los buenos oficios del hermano José L. Redrado, secretario del mismo y antiguo director de LABOR HOSPITALARIA, llegamos hasta el nuevo Cardenal.

Ni su biografía ni su pensamiento nos es extraño. El número anterior, dedicado con carácter monográfico al tema de Iglesia y Salud, recogía en sus páginas una amplia entrevista con el mismo. El primer año en que fue constituido el Pontificio Consejo —entonces Pontificia Comisión—, también mantuvimos una entrevista con S. E. Mons. Angelini.

No obstante sentíamos un enorme interés por conocer el significado que para él había tenido el reciente nombramiento de Cardenal por Juan Pablo II. Estas son sus respuestas.

—Eminencia, usted ha sido llamado por el papa Juan Pablo II a formar parte del Colegio Cardenalicio ¿cómo ha acogido esta decisión del Santo Padre?

Cuando el Santo Padre anuncia un Consistorio para la creación de nuevos cardenales, se suele añadir al nombre de los designados a esta dignidad la indicación del oficio que asumen dentro de la Iglesia.

En 1985, Juan Pablo II creó la Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios. Con la reforma de la Curia, a partir de la constitución *Pastor Bonus,* la Pontificia Comisión fue elevada a Pontificio Consejo que, desde su institución, tengo el honor de presidir. La decisión del Santo Padre de investir mi persona de la dignidad cardenalicia no se lee en clave de adecuación a una tradición, dado que el dicasterio de la Pastoral para los Agentes Sanitarios tiene pocos años de vida en el contexto de los organismos oficiales vaticanos, aun cuando por lo que se refiere a la dedicación de la Iglesia en esta misión —siguiendo el ejemplo de Cristo en el vivir con solicitud hacia quien sufre como actitud integrante de ésta— cuenta con dos mil años de historia.

Veo, pues, en la decisión del Santo Padre la voluntad —por lo demás coherente con todo el magisterio y el ministerio de su pontificado— de resaltar la relevancia de la finalidad y de la competencia del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios. En los hechos y en los documentos de Juan Pablo II se observa una creciente atención a los problemas de la sanidad y de la salud, que son ciertamente de carácter prioritario en el ámbito de la defensa y de la promoción de los derechos humanos fundamentales que son lo específico en el terreno pastoral de su ministerio pontificio.

Por un misterioso designio providencial, Juan Pablo II, tras el gravísimo atentado del 13 de mayo 1981, fue enfermo entre los enfermos en un lugar de sufrimiento y de cuidados. De la solicitud que desde el primer día de su pontificado había demostrado hacia los enfermos y los Agentes sanitarios, pasó a ser al mismo tiempo destinatario y testigo. De él nos ha llegado, en 1984, el más amplio documento del magisterio de la Iglesia sobre el significado cristiano del sufrimiento humano (La Carta apostólica *Salvifici Doloris)* y, en año sucesivo, la institución de un dicasterio pontificio para la pastoral sanitaria.



Juan Pablo II en animada conversación con Monseñor Fiorenzo Angelini. El padre Redrado y el padre Ruffini, secretario y subsecretario del Pontificio Consejo respectivamente, son testigos de la misma

—¿Qué significa para usted ser Cardenal?

Para cada cristiano, y especialmente si es un sacerdote o un obispo, todas las responsabilidades que se asumen o se aceptan, deben tener como parámetro el juicio de Dios, aun cuando la fe en su amor misericordioso debe prevalecer. Le diré, sin embargo, que frente a esta nueva y grave responsabilidad he tratado sobre todo de despojarme espiritualmente de ella; mi experiencia de sacerdote y de obispo, por un don de Dios que considero un privilegio, me ha dado la posibilidad de conocer de cerca a muchos sacerdotes y religiosos que han vivido y que viven su vocación heroicamente, en el silencio, escondidos, ignorados a menudo totalmente —si bien merecerían el mayor reconocimiento incluso desde un punto de vista exclusivamente humano. La humildad es verdad, y la que le decía es una gran verdad de la Iglesia y en la Iglesia.

En las dos últimas décadas —y hasta su santa muerte en noviembre de 1985— he tenido cercano a un santo monje, el Abad Ildebrando Gregori, benedictino silvestrino cuyo proceso de beatificación ya se ha iniciado. Las religiosas fundadas por él —Benedictinas Reparadoras de la Santa Faz de nuestro Señor Jesucristo—, yo mismo y las innumerables personas que recibieron de él una ayuda espiritual, le llaman *el Padre,* le debemos muchísimo a nivel espiritual.

En estos días he pensado y pienso en estas personas. Toda responsabilidad y todo oficio, en la Iglesia, deben medirse sobre la guía y sobre el ejemplo de los santos. Todo el resto posee los días de los hombres, no los días de Dios.

—¿Cuál es el significado de su nombramiento para el Discasterio que preside y para el mundo sanitario?

Ya lo he dicho, en parte, respondiendo a la primera pregunta. Ciertamente, al reconocimiento de la importancia de la finalidad y de los cometidos del dicasterio, se añade el estímulo a incrementar la acción. Los seis años transcurridos han sido intensos y promotores. Pero hay algo que considero digno de subrayar. El Pontificio Consejo no pretende ser un organismo de vértice, sino de servicio. Ello ha hecho y hace posible contar con la colaboración de sectores cada vez más vastos del mundo de la sanidad y de la salud. Y no me refiero solamente a la colaboración de los obispos, de los institutos religiosos masculinos y femeninos, sino a un número cada vez mayor de laicos.

Cuando fue instituido el dicasterio, su acogida fue halagüeña incluso en el mundo sanitario no católico; dentro del mundo sanitario católico y más aún en el campo de los agentes sanitarios, el nuevo organismo coronaba una larga espera. Ello no me sorprendió. Desde que —siendo joven sacerdote— me ocupaba de la asistencia a los enfermos y a los que sufren, conté con el apoyo y la colaboración determinante de los laicos. La pastoral sanitaria, hoy, es llamada en causa cada vez más con frecuencia por problemas de orden ético y moral. Cuestiones fundamentales relacionadas con la defensa y la promoción de la vida invisten a la medicina como ciencia, como investigación y como praxis. La bioética ya forma parte del bagaje formativo de los agentes sanitarios. La pastoral sanitaria no sería ni podrá ser evangelización si no fuese al corazón de estos problemas y no ayudase a los agentes sanitarios católicos a dar un valiente testimonio de su fe. En España, además, donde la consulta nacional para la Pastoral Sanitaria es muy activa, se recogen no pocos frutos de esta comunión activa de todos los componentes de la Iglesia. La potencialidad de acercamiento a las grandes cuestiones sociales de nuestro tiempo por parte de la pastoral sanitaria están prácticamente superadas. Las respuestas a los problemas de la droga y del SIDA, de las enfermedades endémicas en los países en vías de desarrollo, de la educación sanitaria, etc., suponen una opción de terreno que, ante todo, es ética y moral. El Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios puede y pretende hacer mucho en este sentido. Creo que es en este sentido del compromiso donde se deba reconocer el significado de mi respuesta a su pregunta.

Miguel Martín Rodrigo

3. I CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN EUROPEA DE CUIDADOS PALIATIVOS

Del 17 al 19 de octubre de 1990 tuvo lugar en el Hotel Meridien Montparnasse el I Congreso de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos.

LABOR HOSPITALARIA ha seguido siempre con especial interés cuanto concernía a este tipo de asistencia que considera es una respuesta adecuada al cada vez más grave problema que hoy significa el acompañamiento a los enfermos terminales.

Fruto de este interés son los diferentes artículos que de un tiempo a esta parte hemos reunido y publicado al respecto.

Y movidos por este mismo interés, LABOR HOSPITALARIA se hizo presente, asimismo, en dicho Congreso con el fin de conocer más de cerca y poder transmitir más fielmente a nuestros lectores lo que el mismo representaba.

Nuestro primer sentimiento fue la sorpresa. No es demasiado habitual encontrar a 1.600 participantes, provenientes de la práctica totalidad de los países europeos, reunidos para estudiar y compartir los datos ya obtenidos en la experiencia en un campo al que desde nuestra óptica española suponíamos todavía incipiente, salvo en el área anglosajona.

Pues no. Éramos 1.600 personas las que asistíamos. Probablemente demasiadas; seguramente demasiadas. A pesar de la magnífica organización con la que se desarrolló el Congreso, resultaron inevitables determinadas aglomeraciones en momentos concretos que dificultaban, bajo mi punto de vista, la fluidez de la comunicación y, por momentos, la posibilidad de haber dado al Congreso un carácter más participativo.



Pero conviene no olvidar que era el I Congreso de la Asociación Europea. Y, seguramente, esta puesta de largo académico, a nivel internacional, tuvo fuerza de convocatoria para reunir no sólo a quienes vienen haciendo camino en este campo, sino a otros que, sin mayor experiencia en el mismo, nos sentimos fuertemente solidarios con lo que significa. Lógicamente, tampoco podían faltar quienes, interesados por el tema, se hallaban a punto de comenzar a ponerlo en práctica en sus diferentes áreas de influencia.

A pesar de la inmensa multitud que durante esos días llenábamos el Gran Salón de Meridien Montparnasse Parisino, uno llegó a conectar con las diferentes vetas que concurrían en el Congreso.

La primera de ellas es la de constatar que los Cuidados Paliativos han llegado a desarrollar todo un cuerpo doctrinal propio con una elevada altura científica tanto en su vertiente más técnica —tratamiento de síntomas—, como en la más humanística —información, apoyo a las familias y profesionales, etc.—. Y en esta consecución, admitiendo el incuestionable liderato de los ingleses, con sus bien conocidos hospices, no podemos olvidar la participación desde otras zonas en las que van surgiendo ya procesos de experiencia elaborada y estructurada, es decir, ciencia.

Así las cosas queda suficientemente claro que los Cuidados Paliativos no son un proceso asistencial dirigidos, promovidos y desarrollados desde el campo del *amateurismo,* sino que están exigiendo ya un paulatino avance hacia la profesionalidad de quienes han de llevarlos a cabo. Eso sí, profesionalidad en el *sensu estricto* del vocablo, nunca enfrentado con el calor humano y la implicación personal que siempre se ha de dar por supuesta.

Otra veta fácilmente observable era el poder comprobar la cada vez mayor aceptación de este tipo de prestación asistencial por parte de los diversos sistemas sanitarios, y el continuo crecimiento de la demanda de los Cuidados Paliativos por parte de éstos. La necesidad de una atención correcta para conseguir un bien morir no es algo específico de determinados sistemas sanitarios más o menos deficitarios. Es una demanda que surge con pretensión de universalidad desde Rusia —cuyo representante bien lo remarcaba—, hasta Suecia. No es un problema ceñido al producto interior bruto, o al estado de la ciencia en su país, sino concerniente a todo cuanto influye en el proceso de atención a los pacientes terminales.
En análisis más detallado podríamos comprobar que determinadas deficiencias son más propias en un país que en otro, pero, a su vez, en éste existen otras que no se dan con tanta fuerza en aquél.
Pero, en definitiva, la necesidad de implantar un plan que tenga como objetivo el ayudar de una forma interdisciplinar al proceso de morir, es algo que se manifestaba como realidad universal.

También se podía percibir el paulatino enganche a este movimiento por parte de diferentes profesionales del mundo de la salud que, habiendo comenzado su actividad en otras áreas del mismo habían constatado la validez y originalidad del mismo. Básicamente cimentado sobre el mundo de la enfermería, no faltaban médicos que, desde las diferentes especialidades habían confluido en este campo. Tampoco estaban ausentes, aun cuando en menor número, farmacéuticos, sociólogos, psicólogos, agentes de pastoral, etc.

Finalmente, me gustaría dejar constancia del sentimiento de gozo que se transparentaba en todos los asistentes. Un sentimiento nacido de sentirse pioneros en un campo que, además de original, reunía los suficientes componentes para hacer sentir a las personas en él implicadas, su gran utilidad social y la gratificación personal y profesional correspondiente.

Miguel Martín Rodrigo

3.1 PROGRAMA DEL CONGRESO



«Que pueda aprender de vosotros», manifestó el Presidente de la República Francesa, François Mitterrand, que se hizo presente en el Congreso



La Duquesa de Kent, Presidenta de Honor de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos, estimuló a los congresistas a continuar su hermosa misión

MIÉRCOLES, 17 DE OCTUBRE

Hotel «Mèridien Montparnasse»
PARÍS, 17, 18 y 19 de octubre de 1990

8,00 - 8,30 ACOGIDA DE LOS CONGRESISTAS

8,30 - 8,45 APERTURA DEL CONGRESO (A 1)

- Profesor V. VENTAFRIDDA (Italia). Presidente de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos.
- Doctor M. ABIVEN (Francia). Presidente del Comité Organizador.

8,00 - 10,00 SESIÓN PLENARIA (A 2)

Preside: Doctor G. W. HANKS (Reino Unido). Presidente del Comité Científico.

- «¿Qué es un *buen cuidado paliativo* y cómo *realizarlo?*» Doctor D. DOYLE (R.U).
- Papel de los tratamientos antitumorales en el control de los síntomas. Profesor C. DECKERS (Bélgica).

10,00 - 10,30 DESCANSO

10,30 - 12,30 TALLERES

TALLER A 3 - SÍNTOMAS 1	TALLER A 4 - COMUNICACIÓN 1	MESA REDONDA A 5
Presiden: Mme. E. RUDBACK (Suecia) y Profesor C. DECKERS (Bélgica). • «Dolores sensibles e insensibles a los opiáceos». Doctor G. W. HANKS (Reino Unido). • «Vías de administración de los antiálgicos opiáceos». Doctor S. HUSEBO (Noruega). • «Tratamiento a domicilio de los dolores rebeldes». Doctor J. M. GOMAS (Francia). • «Escaras: tratamientos recientes». Mme. E. GUGGISBERG (Suiza). • «Cuidados de la boca en la fase última». Mme. L. ZUCKERMANN (Bélgica).	*Presiden:* Mme. J. G. SIMPSON (Reino Unido) y Doctor Y. CAMBERLEIN (Francia). • «Comunicación con el niño con dolor». Doctor A. PIQUARD-GAUVIN (Francia). • «Cáncer infantil: comunicación con el entorno». Mr. N. SMITH (Reino Unido). • «Comunicación con el enfermo canceroso». Mme. J. PILLOT (Francia). • «Comunicación con el equipo cuidador». Mme. M. RUSZNIEWSKI (Francia).	*Presiden:* Doctor R. TWYCROSS (Reino Unido) y Doctor P. MAGUIRE (Reino Unido). *Temas:* — Confusión. — Depresión. — Ansiedad.

12,30 - 14,00 ALMUERZO

14,00 - 15,00 SESIÓN PLENARIA

Preside: Doctor M. ABIVEN (Francia)

• «¿Dónde finalizar la vida: en el hospital o en el domicilio?» Profesor E. WILKES (Reino Unido).

15,00 - 15,30 DESCANSO

15,30 - 17,30 TALLERES

TALLER A 7 CUIDADOS A DOMICILIO	TALLER A 8 CUIDADOS EN LA INSTITUCIÓN	MESA REDONDA A 9
Presiden: Mme. S. WALLIN (Suecia) y Profesor V. VENTAFRIDDA (Italia). • «Composición del equipo de cuidados a domicilio». Doctor F. de CONNO (Italia). • «Papel de los voluntarios en el domicilio». Mme. C. FUSCO (Italia). • «Papel de la enfermera como ligazón entre la institución y el domicilio». Mme. P. CLENCH (Reino Unido). • «Papel de la Asistente Social». Mr. D. OLIVIERE (Reino Unido). • «Papel del Médico Generalista». Doctor G. ERRIEAU (Francia).	*Presiden:* Mme. B. WOUTERS (Bélgica) y Doctor J. STJERNSWARD (Suiza). • «¿Existe necesidad de más centros de Cuidados Paliativos?» Doctor C. REGNARD (Reino Unido). • «Organización de Cuidados Paliativos en un hospital general, en una unidad de C.P. y a domicilio». Doctor G. THORPE (Reino Unido). • «El Equipo Móvil de Cuidados paliativos en un hospital general». Mme. J. HOCKLEY (Reino Unido). • «Unidad de Cuidados Paliativos en un Servicio de Oncología». Profesor R. SCHAERER (Francia). • «Los cuidados Paliativos en los Servicios de Geriatría en Francia» (Encuesta Nacional). Doctor R. SEBAG-LANOE (Francia).	*Presiden:* Doctor M. H. SALAMAGNE (Francia) y Doctor G. di MOLA (Italia). *Tema:* Los diferentes servicios de Cuidados Paliativos en Europa: Modos de funcionamiento y problemas de desarrollo.

17,30 - 18,00 DESCANSO

18,00 - 19,30 ASAMBLEA GENERAL DE LA ASOCIACIÓN EUROPEA DE CUIDADOS PALIATIVOS

JUEVES, 18 DE OCTUBRE

9,00 - 10,00 ASAMBLEA PRIMARIA B 1

Preside: Doctor C. M. PARKES (Reino Unido).

• «Muerte, angustia y comunicación». Doctor E. GOLDENBERG (Francia).

10,00 - 10,30 DESCANSO

10,30 - 12,30 TALLERES

TALLER B 2 - SÍNTOMAS II	TALLER B 3 - COMUNICACIÓN II	MESA REDONDA B 4
Presiden: Mme. A. M. PANOSETTI (Suiza) y Profesor V. VENTAFRIDDA (Italia).	*Presiden:* Doctor R. SEBAG-LANOE (Francia) y Mme. E. KILLANDER (Suecia).	*Presiden:* Mr. H. LIBOREL (Francia) y Doctor C. M. PARKES (Reino Unido)
• «Cirugía Paliativa». Doctor I. JONEN-THIELEMANN (Alemania). • «Tratamientos médicos de la oclusión intestinal». Doctor M. BAINES (Reino Unido). • «Tratamientos de las náuseas y de los vómitos». Doctor A. HOY (Reino Unido). • «Hidratación y nutrición en los Cuidados Paliativos y Terminales». Doctor CH. H. RAPIN (Suiza). • «Tratamiento de las disneas». Doctor S. AHMEDZAI (Reino Unido).	• «El médico frente a las preguntas de los pacientes afectos de enfermedades graves». Profesor R. ZITTOUN (Francia). • «La enfermera y la comunicación». Mme. B. WOUTERS (Bélgica). • «Interacciones entre dolor y comunicación». Doctor M. H. SALAMAGNE (Francia). • «Dificultades de la comunicación con la persona mayor al final de la vida». Mme. K. PASQUETTAZ (Suiza). • «Comunicación y ayuda a las familias tras la muerte de las personas mayores». Mme. C. PURCE-JOXE (Francia) y Mme. P. RENARD (Francia).	*Tema* • «Comunicación y Apoyo para los Cuidadores».

12,30 - 14,00 ALMUERZO.

14,00 - 15,00 SESIÓN PLENARIA B 5.

Preside: Doctor T. J. MOE (Noruega).

• «Duelo y seguimiento del duelo». Doctor C. M. PARKES (Reino Unido)

15,00 - 15,30 DESCANSO

15,30 - 17,30 TALLERES

TALLER B 6 - LAS ÚLTIMAS HORAS	MESA REDONDA B 7 PRESENTACIÓN DE LOS POSTERS Y DISCUSIÓN	TALER B 8 - SIDA
Presiden: Mme. HELIN (Bélgica) y Doctor CH. H. RAPIN (Suiza).	*Presiden:* Profesor R. SCHAERER (Francia). y Doctor G. W. HANKS (Reino Unido).	*Presiden:* Profesor M. GENTILINI (Francia) y Profesor J. F. MALHERBE (Bélgica).
• «Papel del médico en las últimas horas». Doctor C. RIPAMONTI (Italia). • «Papel de la enfermera en las últimas horas». Mme. L. DANHARD (Suecia). • «Fin de la vida difícil: la tendencia a acelerar la muerte». PÈRE VERSPIEREN (Francia). • «Plan de actuación del equipo cuidador en las últimas horas de la vida». Mme. G. PERLETTI (Italia). • «Morir en la ternura». Mme. C. JOMAIN (Francia).	*Temas:* • «Tratamiento del dolor y de los síntomas». • Cuidados Paliativos a domicilio, en el hospital y en las Unidades de CP. • Organización. • Vía asociativa. • Formación y Educación.	• «Síntomas de la fase terminal del SIDA». Doctor M. SIFFERT (Francia). • «Cuadro psicológico y psiquiátrico de los enfermos de SIDA en la fase terminal». Doctor Y. EDEL (Francia). • «¿Cómo ayudar al entorno de los enfermos de SIDA en el domicilio o en el Hospital?» Mr. D. DEFFERT (Asociación AIDES). • *Coloquio abierto* con los ponentes y el padre G. d'AGREMONT

VIERNES, 19 DE OCTUBRE

9,00 - 10,00 TALLERES

TALLER C 1 LA ENFERMERA	TALLER C 2 FORMACIÓN DE LOS CUIDADORES	MESA REDONDA C 3 PRESENTACIÓN DE POSTERS Y DISCUSIÓN
Presiden: Mme. J. HOCKLEY (Reino Unido) y Mme. M. H. SHANAHAN (Francia). • «La enfermera» — Criterios de Selección. — Medios de Apoyo. Mme. J. G. SIMPSON (Reino Unido). • «La enfermera: formación inicial y continuada para los Cuidados Paliativos». Profesor J. WILSON BARNETT (Reino Unido). • COLOQUIO ABIERTO: Las demandas de enfermería en Cuidados Paliativos: clínica, formación e investigación.	*Presiden:* Doctor R. SEBAG-LANOE (Francia) y Doctor R. TWYCROSS (Reino Unido). • «Formación y rol del kineseterapeuta en Cuidados Paliativos». Mr. D. MARCANT (Suiza). • «Formación y rol del ergoterapeuta en Cuidados Paliativos». Mme. I. BUGGE (Noruega). • «Sensibilización del agente de pastoral». Rev. D. MURRAY (Reino Unido). • «Formación de los voluntarios en Cuidados Paliativos». Doctor M. TAMBURINI (Italia). • «Estado actual de la enseñanza de los Cuidados Paliativos en Europa». Doctor D. DOYLE (Reino Unido). • «Formación de los nuevos médicos en Cuidados Paliativos». Doctor R. HILLIER (Reino Unido). • «De la técnica a la empatía». Doctor F. TOSCANI (Italia).	*Presiden:* Profesor R. ZITTOUN (Francia) y Mme. B. WOUTERS (Bélgica). *Temas:* — Comunicación. — Aspectos psico-sociales. — Las últimas horas de la vida. — Selección y apoyo del equipo SIDA. — COLOQUIO ABIERTO.

11,00 - 11,30 DESCANSO

11,30 - 12,30 SESIÓN PLENARIA C 4

Preside: Doctor D. DOYLE (Reino Unido).

• «Cuidados Paliativos: Futuro». Doctor. J. STJERNSWARD (Suiza).

12,30 - 13,00 SESIÓN DE CLAUSURA DEL CONGRESO C 5

Profesor V. VENTAFRIDDA, Doctor G. W. HANKS y Doctor M. ABIVEN

...Y VA DE ENCUESTAS

MORIR EN SU CASA, y no en el hospital, es el deseo del 58 por 100 de los franceses, según una encuesta del Instituto Francés de la Opinión Pública.

Respecto a los parientes próximos, el 38 por 100 quieren que permanezcan en sus domicilios, el 20 por 100 que vayan al hospital y el 31 por 100 están dispuestos a recibirlos en su propio domicilio. La encuesta prueba que todavía es poco conocida la noción de *cuidados paliativos, que cuando los cuidados curativos* ya no son eficaces, trata de evitar los dolores y de acompañar al enfermo.

(ABC, 14-VI-91)

3.2 CUIDADOS PALIATIVOS: LA TERCERA VÍA

LABOR HOSPITALARIA agradece a la revista francesa L'Impact Médecin *la deferencia que ha tenido con ella concediéndole el oportuno permiso para publicar el material enmarcado en el presente apartado —«Cuidados Paliativos: la tercera vía»—, que consideramos ofrecen a nuestros lectores una adecuada visión del marco en el que hoy se sitúan este tipo de cuidados.*

3.2.1 UNA MEDICINA INTEGRAL

Considerados durante mucho tiempo como secundarios, los Cuidados Paliativos se revelan hoy como indispensables.

¿Frente a un paciente que sufre, el médico no tiene hoy otra elección que la de ser una especie de demiurgo decidiendo sobre la vida y la muerte, adepto a la eutanasia activa, o un defensor de la medicina moderna, que si no pretende curar todas las enfermedades, se considera en todos los casos *curativa?* Parece que una tercera vía sea posible, siguiendo la ruta trazada por los pioneros de los cuidados paliativos.

Este tipo de cuidados es, en cualquier caso, una necesidad. En Francia mueren cada año entre 530.000 y 540.000 personas de las que 130.000 lo son como consecuencia del cáncer. Según una encuesta americana[1], la única de este tipo, el 90 % de los enfermos de cáncer mueren después de haber cesado los tratamientos curativos, es decir, en fase *paliativa*[2]. Si se acepta la actual definición de cuidados paliativos, que se limita únicamente a los cuidados terminales, 120.000 personas, al menos, precisan en Francia de estos cuidados. ¿Los ancianos enfermos o los afectados de SIDA en fase terminal quedarían excluidos de tales cuidados?

Como subraya el doctor François Larue (Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario de París), ***«es en los pacientes cancerosos en los que es más fácil de definir lo que son los cuidados paliativos».*** Se trata, en general, de pacientes que presentan metástasis diseminadas, en los que la quimioterapia o la radioterapia han sido suprimidas a causa de sus efectos secundarios. Los cuidados paliativos conciernen pues a todas las enfermedades evolutivas donde la muerte se prevee cercana. La población de los atendidos por las unidades de cuidados paliativos está pues, constituida por un 95 % de pacientes cancerosos, comprendiendo el resto algunos enfermos de SIDA u otros afectos de enfermedades neurológicas degenerativas. No obstante, esta definición restrictiva debería ampliarse con la multiplicación de los equipos de cuidados paliativos y la diversificación de los modos de llevarla a cabo (unidades, equipos móviles, cuidados a domicilio).

Doctor BERTRAND LALARDRIE

1. Jane McCusker. «The Terminal Period of Cancer: Definition and Descriptive Epidemiology», Journ. of Chron. Dis.; 1984, 37, 5, 377-385.

2. Selon le dictionnaire «Littré», «paliativo» se llama a lo que tiene la virtud de calmar o de aliviar momentáneamente.

3.2.2 UNA ACTUACIÓN CON GEOMETRÍA VARIABLE

La Unidad de Cuidados Paliativos es la estructura más conocida, pero el Equipo Móvil y los Cuidados a Domicilio son igualmente posibles.

Si el concepto de Cuidados Paliativos es una realidad desde 1967 en Gran Bretaña, gracias a la energía de Cicely Saunders, no es sino muy reciente en nuestro país, impulsado por la circular Barzach de 26 de agosto de 1986 relativa a ***«la organización de los cuidados y el acompañamiento a los enfermos en fase terminal».*** Actualmente se lleva a cabo de tres formas: la Unidad de Cuidados Paliativos, el Equipo Móvil en el seno de un hospital y los Cuidados a Domicilio.

La primera Unidad de Cuidados Paliativos francesa fue creada en 1987 en el hos-

pital de la Ciudad Universitaria de París por el doctor Maurice Abiven. Después, quinces unidades, con un promedio de una decena de camas, han sido abiertas en Francia y cuyo papel es, según el doctor François Larue, ***«ayudar mediante cuidados específicos, físico o psicológicos, a los enfermos y a sus familias a ponerse en las mejores condiciones para que estas últimas puedan realizar el acompañamiento».***

Por su concepción arquitectónica, por su funcionamiento —nada de horarios de visitas, no prohibición a los niños, etc.—, ***«las Unidades de Cuidados Paliativos han roto el esquema que podía tenerse del hospital»,*** remarca el doctor Abiven que trata de integrar tales estructuras, mucho más pequeñas (4 camas), en todos los servicios en los que regularmente mueren los pacientes. El médico de Cuidados Paliativos, continúa siendo un médico. ***«No me gusta mucho que se diga que yo hago acompañamiento, explica el doctor Larue. Mientras se use este término no será posible enviar a los profesionales a interesarse en lo que es una verdadera disciplina médica».***

Pero ***«la Unidad de Cuidados Paliativos no cierra los cuidados paliativos»,*** subraya el doctor Jean-Marie Lassaunière que dirige el primer Equipo Móvil de cuidados Paliativos, creado en septiembre de 1989 en el *Hotel-Dieu* de París. En un año, 200 pacientes han sido seguidos. ***«Comparado a la media de los equipos móviles británicos, que tienen ahora trece años de rodaje, es un buen resultados»,*** constata el doctor Lassaunière. Es cierto que algunos servicios de cancerología no les llaman nunca, ***«se sitúan sin duda en un nivel de competición de saber».*** La experiencia inglesa lo tiene ya demostrado. Se trata por tanto, según Cicely Saunders, de ***«la solución europea que hará, sin duda, avanzar más las cosas».*** De hecho, ***«se nos llama más a menudo, cada vez de forma más precoz, a veces para pacientes que todavía están bajo la quimioterapia, señala el doctor Lassaunière. Ello demuestra que la concepción actual, tan mórbida de los cuidados paliativos, puede ir cediendo terreno hacia un acercamiento en la asociación del tratamiento curativo y los cuidados paliativos».*** Por otro lado, los médicos de estos Equipos Móviles, salvo caso de fuerza mayor, no prescriben nunca. Juegan un papel pedagógico esencial.

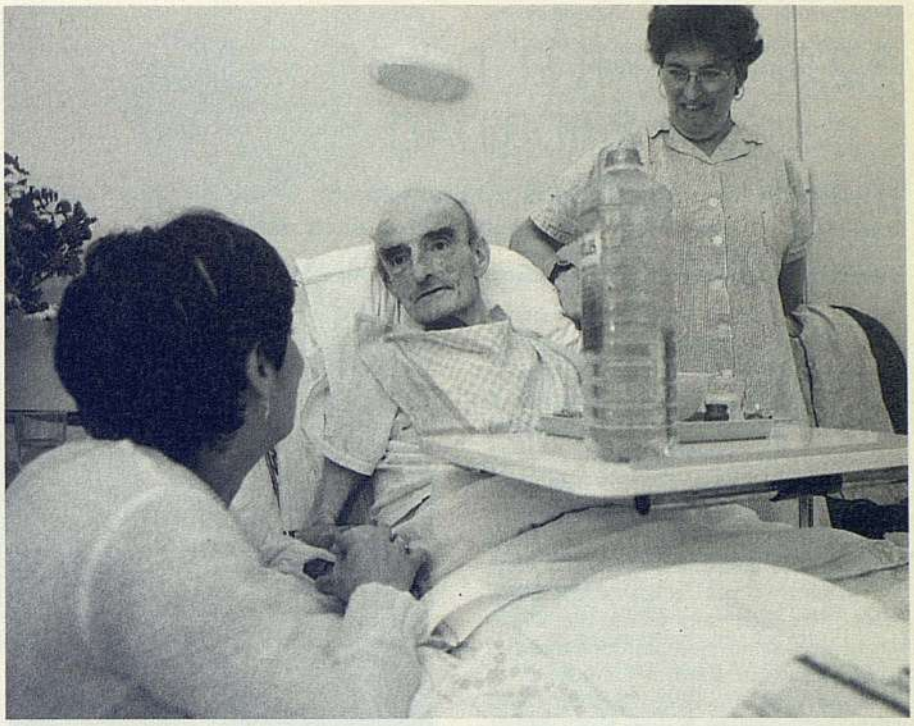
Tercera posibilidad de puesta en aplicación de los cuidados paliativos: los Cuidados a Domicilio. A menudo están asociados a lo desarrollado por las Unidades de CP o por los Equipos Móviles. Según un estudio americano, la duración de la fase paliativa de los cancerosos tiene una media de 94 días. La estancia en la Unidad es de 20 días. Los escasos pacientes que son asistidos en la Unidades de CP pasan, pues, más de dos meses en el domicilio. En cuanto a los otros, que constituyen la gran mayoría, deberán ser seguidos en sus domicilios —incluso si el 70 % de los franceses mueren en el hospital—, salvo si decidimos multiplicar las Unidades de CP, lo que algunos reconocen que sería una política no sólo irrealista sino también potencialmente peligrosa. Para el doctor Jean-Marie Gomas, 39 años, médico generalista en París, consultor de cuidados paliativos, ***«realizar cuidados paliativos es estar al servicio de un enfermo que se sabe no se sanará».*** Resultado: sobre 260 enfermos en fase paliativa, el doctor Gomas, ayudado por voluntarios, ha visto a un 40 % de los mismos morir en su domicilio, o sea el doble de la media regional. La hospitalización a domicilio no resuelve por sí sola los problemas de estos enfermos en fase terminal, que tienen más necesidad de cuidadores que pasen tiempo cerca de ellos, que de técnicas sofisticadas. Corresponde a los médicos generalistas y al personal de enfermería ser abanderados de los cuidados paliativos, puesto que ***«deben, según el doctor Gomas, formar parte del trabajo de todo cuidador».*** Haría falta para ello que se impartiera un mínimo de enseñanza al respecto en la Facultad.

Sobre esta cuestión tan crucial, los médicos que se ocupan de los cuidados paliativos están un tanto divididos. Algunos, como el doctor Maurice Abiven, están a favor de una disciplina de cuidados paliativos que todos los estudiantes deberían aprender al igual que lo hacen con la cardiología o la parasitología. ***«Ha llegado el momento de que se aprenda también la parte de la medicina que se ocupa de la muerte, exclama, y de que el tratamiento del dolor sea objeto también de exámenes».*** Otros, más realistas, proponen la instauración de *expertos,* como existen en gerontología o en medicina de urgencia. Esto sería un avance respecto a los diplomas universitarios, que únicamente existen en este momento en Bobigny, Villejuif (Hospital Paul Brousse) y Grenoble.

Pero todos están de acuerdo en conferir a los Unidades de Cuidados Paliativos el papel de investigación, de enseñanza y sensibilización, mencionado todo ello ya en la circular ministerial de 1986. Permanece el riesgo de que, por el efecto de la moda, cada uno reclame su propia Unidad de CP sin que exista una mínima regulación de evaluación de las necesidades, ni una estructura de evaluación de la enseñanza impartida por las Unidades.

Con el fin de evitar tales peligros, la Sociedad Francesa de Acompañamiento y de Cuidados Paliativos, podría jugar un papel consultor. Sería necesario, además, que los poderes públicos se interesasen por la cuestión. Este primer Congreso Europeo puede contribuir a ello.

Doctor B. L.



Ha llegado el momento de aprender también la parte de la Medicina que se ocupa de la muerte

3.2.3 TRATAR EL DOLOR CON PRIORIDAD

El peso de las mentalidades y la legislación sobre los morfínicos explican las insuficiencias en el tratamiento del dolor

Lamentable, intolerable, escandaloso, son los términos utilizados por cuantos se ocupan de los cuidados paliativos al referirse a la falta de atención dada al tratamiento del dolor canceroso en nuestro país. Esta situación queda bien reflejada por el lugar que Francia ocupa en el consumo mundial de morfina. En efecto, los franceses consumen cincuenta veces menos morfina por habitante que Dinamarca, veintidós veces menos que Canadá, 17 veces menos que Gran Bretaña, diez veces menos que Estados Unidos...

Según el doctor Louis Brasseur (Hospital de Kremlin-Bicêtre) se trata ***«de un verdadero problema de salud pública»*** puesto que, sobre los 200.000 nuevos cánceres descubiertos en Francia cada año, ***«más de la mitad de las personas afectadas sufren dolores importantes».*** Una proporción que se acerca al 80 % en fase terminal. Un sondeo efectuado este año por los doctores Louis Brasseur y François Larue señala que en el hospital menos de un tercio de ellos es poseedor de un carnet de sobredosis. Entre ellos, son numerosos lo que llegan a poseerlo desde hace más de cinco años; algunos ni saben ya dónde se encuentra.

El Consejo de los Colegios de Médicos ha realizado recientemente una encuesta en un pequeño departamento: en un año, para los 285 generalistas instalados, solamente 45 carnets de este tipo han sido distribuidos. Mientras, la morfina puede ser prescrita por no importa que médico. Si se aceptan las recomendaciones de la OMS, la gran mayoría de los dolores pueden ser aliviados.

¿Cuáles son, pues, las razones de esta situación *intolerable* que engloba no solamente el dolor en la cancerología sino también los dolores postoperatorios? Los especialistas interrogados ven cuatro principales. En primer lugar, un comportamiento inadaptado de los pacientes, que dudan en quejarse, considerando el dolor con una especie de fatalismo y el uso de la morfina como sinónimo de toxicomanía o de relación entre el aumento de la dosis y la falta de eficacia.

Más importante aparece el comportamiento inadaptado de los profesionales de la salud que son los médicos que han de prescribir, los farmacéuticos que han de dispensar o los mismos enfermos. Bastantes médicos continúan un querer *respetar* el dolor, por cuanto es un síntoma, lo que frecuentemente es verdad pero que no justifica la ausencia de tratamiento. Bastantes farmacéuticos, sobre todo los de guardia, no poseen morfínicos por miedo a los atracos por parte de los toxicómanos, mientras que este problema es muy desigualmente repartido en Francia. Todos mezclan acción terapéutica de morfina y toxicomanía, mientras que los estudios revelan que, sobre más de 11.000 pacientes que hayan recibido morfina durante períodos prolongados, los casos de toxicomanía han sido excepcionales.



No confundir toma terapéutica y toxicomanía

La tercera razón del poco uso de los antiálgicos la tiene el hecho de que ninguna enseñanza del tratamiento del dolor, y especialmente del manejo los efectos secundarios de los antiálgicos, no es hoy obligatoria.

En fin, la reglamentación francesa en este campo es prácticamente disuasoria. Para numerosos profesionales la obtención del carnet de sobredosis, en el Consejo Nacional de los Colegios Médicos y la duración máxima de prescripción de 7 días llevan a prescribir medicamentos menos eficaces que no necesitan estos trámites. Otros, y no son raros, no dudan en esquivar estas reglas. Si son regularmente esquivadas ¿continuarán justificándose? Tal es una de las conclusiones de una reunión que ha convocado en el Ministerio de la Salud a numerosos especialistas, pidiendo expresamente que la prioridad no se dé más a la lucha contra la toxicomanía en detrimento del alivio de los pacientes.

El otro imperativo que se desprende concierne a la integración del tratamiento del dolor en el programa del especialista. En fin, una sensibilización del público parece necesaria. Los enfermos deberían poder exigir un tratamiento correcto de su dolor al tiempo que un tratamiento adecuado de su enfermedad.

Doctor B. L.

3.2.4 EL HOSPITAL DE LA SONRISA

Desde 1988, Châteauneuf-sur-Charente abrió una de las 17 Unidades de Cuidados Paliativos en Francia. Reportaje.

Ella había leído en las cartas el día de su muerte. Había creído y decidido que este día no sería como los otros. El día H había pedido a los auxiliares le vistiesen con una ropa alegre y el champagne había corrido abundantemente.

Por la tarde, la anciana señora moría. Para el equipo asistencial de Châteauneuf-sur-Charente comienza entonces una larga reflexión sobre la muerte. Será seguida, por todo el personal, de un encuentro sobre el acompañamiento a los moribundos y, finalmente, de la apertura, en octubre de 1988, de una pequeña Unidad de Cuidados Paliativos.

«Las autoridades responsables nos han dicho: "Adelante, pero no cuenten sino con lo que ya tienen", explica el doctor Pierre



En Châteauneuf el enfermo no es reducido a una patología sino que se le considera un individuo, una persona

Soury, responsable del servicio y geriatra. No lo dudamos. Nos lanzamos a la empresa. A los pocos meses nuevos locales acogieron cinco camas suplementarias. El reconocimiento llegó más tarde».

Solamente un pasillo separa la casa de convalecencia de las cinco habitaciones de este servicio en el que se acompaña al fin de la vida. A la entrada se encuentra una habitación que, con su cristalera, su salón de estar, sus macetas con plantas verdes, su cocina integrada, podría ser la estancia habitual de cualquier casa. ***«Esta habitación pertenece a las familias y a los enfermos»,*** precisa Pierre Soury mientras que uno de ellos, en fase terminal de un cáncer generalizado, viene a servirse una cerveza. ***«Él quiere una cerveza para su desayuno. ¿Por qué no? No es ahora ello lo que le va a envenenar su vida»*** explica el doctor. En las habitaciones, un ramo de flores aguarda a los enfermos, y las puertas no están jamás cerradas.

Los pacientes no lo saben siempre, pero están aquí para morir. En semanas, a veces en meses. ***«Pero llega también el enfermo que muere dos horas después de su ingreso, suspira Pierre Soury. Los médicos no saben todavía evaluar la urgencia. En el futuro deberíamos trabajar adelantándonos, visitando al enfermo en el servicio en el que él es atendido».*** Frecuentemente algunos días antes de su llegada los pacientes se encuentran mucho mejor.

«Usted puede ver, nos dice la mujer de un paciente que sufre metástasis óseas y que es alimentado por sonda, en el Hospital de Angoulême, mi marido llevaba perfusión y jamás nos miraba. Hoy, pasea por el parque y comienza a comer un poco». Hace unos días se rompió una vértebra. ***«Había que elegir entre estar inmovilizado sobre una plancha durante 44 días o aumentar las dosis de morfina para permitirle el seguir desplazándose, indica Pierre Soury. En otro servicio el médico hubiera optado por la primera decisión. Aquí, lo hemos discutido conjuntamente y hemos creído que era ridículo robarle sus últimos días».*** Esto es sin duda la fuerza de un equipo. En cuidados paliativos el enfermo no es reducido a una patología, sino que es un individuo, con un nombre, una familia, amigos, una profesión. Cada martes, el médico, la supervisora, las dos enfermeras, las cuatro auxiliares, el kineseterapeuta y el psicólogo exponen sus observaciones; a veces también su fatiga.

Ciertamente, la primera tarea del médico y de los cuidadores es la de evitar el dolor, incluso de prevenirlo, ***«porque, hoy, dejar sufrir a un enfermo es inaceptable».*** Pero sobre todo es dar tiempo, escuchar y responder a los enfermos y a las familias que creen en una pronta mejoría. Responder, por otro lado, con un ***«sí, mañana irá mejor».*** Pero ¿cómo encontrar las palabras adecuadas para tantas horas pasadas junto a la cama del paciente, la mano tendida en la sien durante las últimas horas? ***«Es preciso vivirlo para comprenderlo»,*** balbucea Marie-France Jardinet, una de las enfermeras del servicio. Las palabras..., sus colegas no las encuentran sino para explicarnos que cuando ponen la almohada bajo la cabeza de un enfermo es la ocasión de poder acariciar su rostro. Por ello, para uno de los pacientes este se llama ***«el hospital de la sonrisa».***

Hace algunas semanas, en la *Charente libre,* se podía leer en una esquela mortuoria: ***«Agradecidos al personal del Hospital de Châteauneuf».***

CATHERINE BERNARD

3.2.5 CICELY SAUNDERS: EN EL ORIGEN DE LOS 140 «HOSPICES» INGLESES

Cicely Saunders es la fundadora del St. Christopher's Hospice de Londres, primer establecimiento de cuidados paliativos en el mundo. Reencuentro con una mujer excepcional.

Hoy con 72 años, ennoblecida por la Reina de Inglaterra, poseedora del título de *Dame,* Cicely Saunders mantiene una simplicidad que desarma.

Una explosión de risa acompaña sus frases más serias y no duda en remitirnos gentilmente a la situación francesa cuando planteamos dudas, por ejemplo, sobre la enseñanza de los estudiantes británicos en materia de cuidados paliativos. Una cosa es clara: una considerable fuerza habita en Cicely Saunders. ¿De dónde le viene? ***«Yo no habría hecho lo que he hecho si no creyera que Dios quería que lo hiciese»*** declara en tono distendido. Una amplia sonrisa. ***«Y jamás lo habría hecho sin su ayuda».***

La que sería fundadora del Movimiento Hospice comienza a interesarse por las necesidades de los moribundos en los años 40. Entonces ella no es sino una joven asistente social que presta servicios voluntа-



A los 33 años, Cicely Saunders comenzó sus estudios de Medicina con el objetivo de aliviar el dolor de los enfermos

rios por la tarde en el St. Lukes Hospital. Constata que el tratamiento de los dolores crónicos es de todo punto insuficiente y escucha atentamente las sugerencias de las enfermeras: lo mejor para los pacientes consiste en administrarles antiálgicos por vía oral cada cuatro horas, sin esperar a que el dolor se manifieste.

A los treinta y tres años comienza sus estudios de Medicina y desde 1951 va a poner sus criterios en práctica haciendo investigaciones sobre la administración oral de morfina. ***«Yo he desarrollado este método, cuenta ella, y he buscado otros medicamentos para los otros síntomas de los pacientes».*** Así descubre ella que el dolor no es sólo físico, sino también psíquico, social, espiritual. Cicely Saunders reconoce que el concepto de control de síntomas de una enfermedad *incontrolable* no era nuevo. ***«Solamente era necesario ponerlo a la luz de nuestros conocimientos modernos».*** Ella lo va a llamar *hospice care*. Para tener la posibilidad de tener en cuenta a toda la familia, de practicar los cuidados a domicilio, de hacer investigación y enseñanza, ella percibe la necesidad de separarse del National Health System y de los antiguos movimientos de caridad para fundar uno nuevo: el Movimiento Hospice.

En 1967 es creado de esta forma el primer establecimiento de este tipo, el St. Christopher's Hospice, financiado en un 70 % por donaciones. Hoy, sobrepasando la media nacional de los hospices (20 camas), posee 60 camas de las que 18 están en habitaciones individuales. 95 pacientes son atendidos en domicilio por un equipo completo de cuidadores, en colaboración estrecha con los médicos de familia.

En Gran Bretaña existen en estos momentos 140 hospices (centros especializados en cuidados paliativos), 600 enfermeras aseguran los cuidados a domicilio (donde pasan, según una reciente encuesta del St. Christopher's Hospice, el 80 % de su tiempo los pacientes que precisan cuidados paliativos), y 20 equipos volantes instalados cada uno en un hospital y denominados *support teams* o *paliative care teams*.

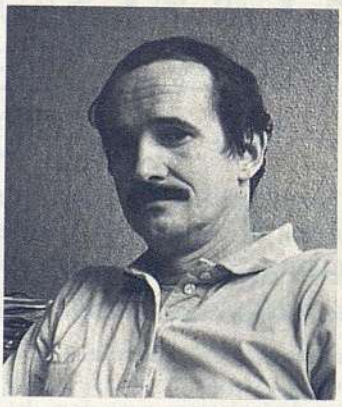
¿Cómo ve Cicely Saunders el futuro de las Unidades de Cuidados Paliativos en Europa? Como dirá Josephine Hockley en el I Congreso de Cuidados Paliativos, ***«creo que estos son los equipos "volantes" que quieren ser un medio para avanzar».*** Las Unidades de Cuidados Paliativos serían reservadas para los casos difíciles, para la investigación y para la *enseñanza de los enseñantes*.

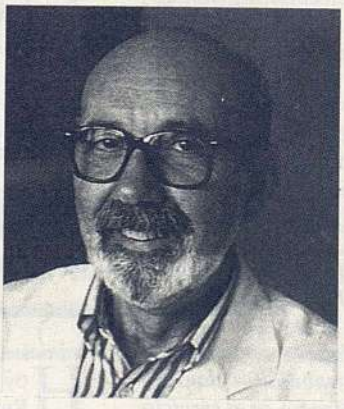
A la pregunta sobre si los hospices británicos no son una especie de tristes mortuorios, Cicely Saunders nos invita a interrogar a los pacientes al azar en los pasillos o en las salas de espera del Hospital. Responde unánime: ***«¡A very pleasant, peaceful place!»,*** donde los pacientes no se ven obligados a lamentarse de su suerte. Es un lugar tan acogedor que, en un último estallido de risa, Cicely Saunders nos confía que divisa, tanto para ella como para su marido que cuenta con 90 años, un final de vida en los muros del St. Christopher's Hospice...

Doctor B. L.

3.2.6 UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS: ¿A FAVOR O EN CONTRA?

La multiplicación de las Unidades de Cuidados Paliativos puede conducir a los médicos a descargarse de una parte esencial de su arte: la muerte.





Profesor Jean-Louis Lejonc *—izquierda—*, y doctor Maurice Abiven *—derecha—*: «Las Unidades de Cuidados Paliativos no deben convertirse en unos mortuorios»

El uno, el profesor Jean-Louis Lejonc, es coordinador del departamento médico de urgencias en el Hospital Henri-Mondor (Créteil). El otro, el doctor Maurice Abiven, es el fundador de la primera Unidad de Cuidados Paliativos, creada en 1987 en el Hospital de la Ciudad Universitaria (París). El primero se opone a la creación de una Unidad de CP en su hospital. El segundo es el Presidente de la Sociedad Francesa de Acompañamiento y Cuidados Paliativos. Se podría creer que, en lo que respecta al desarrollo de las Unidades de Cuidados Paliativos en nuestro país, sus propósitos son diametralmente opuestos. Y no es verdad. Ambos propug-

nan que la oferta no aumente la demanda, con todos los riesgos que ello comporta. ***«Yo temo, explica el profesor Jean-Louis Lejonc, que algunos de nuestros colegas especialistas cada vez más implicados en los avances técnicos de su disciplina, no estén también principalmente interesados en cerrar los ojos a sus fracasos. A encontrar en las Unidades de Cuidados Paliativos una especie de mortuorios que acojan los enfermos que ellos ya no quieren».***

El doctor Maurice Abiven no dice otra cosa cuando recuerda ***«los médicos que se "desentenderán" todavía más de sus moribundos».*** Es preciso remarcar, por otra parte, que las necesidades actuales precisarían de miles de Unidades. Como revancha, él se declara ***«favorable a la existencia de un cierto número de Unidades de Cuidados Paliativos, del orden de una o dos por ciudad con Facultad, destinadas a la formación, a la investigación y a la sensibilización del cuerpo médico respecto al problema de la muerte, que la medicina en cuanto ciencia ha olvidado».*** Para el doctor Maurice Abiven, no se deben promover tanto las Unidades de Cuidados Paliativos cuanto tratar de aplicar en su amplitud el concepto de cuidados paliativos. Lo que pasa, evidentemente, por la enseñanza. ***«Yo lucho no por una especialización sino por individualizar los cuidados paliativos en tanto que una nueva disciplina médica. Cada estudiante adquirirá así los reflejos que él podrá aplicar bien en el domicilio, bien en el hospital».*** No se verán entonces estas actuaciones denunciadas por el profesor Jean-Louis Lejonc, ***«que no quieren retomar sus pacientes cuando vienen para morir allí».*** Lo que le lleva a hacer, en las urgencias, ***«un equivalente de cuidados paliativos sin tener ni la misión ni los medios».***

Doctor B. L.

3.2.7 LAS TRES ETAPAS SUCESIVAS

Las recomendaciones simples de la OMS respecto a la utilización de los antiálgicos en los dolores cancerosos permiten aliviar a los enfermos de un 70 a un 90 % de los casos. Se sugiere seguir tres etapas sucesivas. La primera comprende los antiálgicos no opiáceos (aspirina, paracetamol, Ains) de acción periférica; la segunda, los opiáceos débiles (codeína, dextroproposifene) con o sin los no-opiáceos; la tercera, los opiáceos fuertes con o sin los no opiáceos.

Se han dictaminado algunos principios generales:

- La dosis de un analgésico debe estar dictaminada desde las necesidades individuales, pero no a demanda.
- Es preferible el empleo de medicaciones orales. Los efectos secundarios deben ser sistemáticamente tratados (antieméticos, laxantes).
- Medicamentos coadyuvantes son a veces necesarios (antidepresores, ansiolíticos, corticoesteroides, anticonvulsivantes, neurolépticos).
- La evolución debe ser cuidadosamente seguida para adaptar el tratamiento.

Elaborado y Publicado por los PROSAC de Sevilla

EL MÁS DIFÍCIL VIVIR

(Elementos para la Asistencia al enfermo en situación terminal)

Este manual es la conclusión final del Seminario sobre Eutanasia y Muerte Digna desarrollado durante un año por los Profesionales Sanitarios del Departamento Diocesano de Pastoral de la Salud de Sevilla.

Fue este un trabajo interdisciplinar en el que la colaboración sevillana, presentada al resto de los profesionales españoles en las IV JORNADAS NACIONALES de PROSACS de Montserrat, se propone sencillamente sensibilizar y establecer los elementos básicos para la asistencia al más difícil vivir de todo hombre cuando la muerte es ya una certeza inmediata e inevitable.

Es un libro dirigido preferentemente a profesionales pero que por la universalidad e importancia de las situaciones que trata, puede interesar igualmente a otros agentes de la Pastoral de la Salud, a estudiosos del tema, a voluntarios y al público en general.

Escrito desde la fe, sus autores han cuidado la dimensión profesional y humana de la atención al moribundo consciente de que es ahí, en esas tres circunstancias donde la asistencia al enfermo en situación terminal, alcanza sus principales objetivos.

Planteado en gran parte de una manera científica, aborda elementos indispensables en esta asistencia, define y precisa conceptos y se abre a los nuevos diseños de HOSPICES y Hospitalización domiciliaria. Insiste en la importancia del trabajo en equipo y profundiza en otros conceptos tan interesantes como la relación de ayuda, necesaria siempre en los profesionales que se dedican a este tipo de enfermos, y en aspectos éticos como la decisión y la ponderación terapéuticas.

En todo caso estimamos el libro como novedad interesante en una bibliografía nacional deficitaria en estos temas y aunque sólo fuera por el análisis de realidad y su diseño actual y práctico, resulta en todo caso digno y siempre útil para todos los agentes de la salud.

PROFESOR VITTORIO VENTAFRIDDA
Presidente de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos

3.3 «HE SIDO TESTIGO DEL TRÁGICO ESTADO DE SOLEDAD DEL SER HUMANO CUANDO ENTRA EN FASE DE INCURABILIDAD»

Aprovechando la celebración del I Congreso de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos, LABOR HOSPITALARIA tuvo la oportunidad de conocer al profesor Vittorio Ventafridda, presidente de la misma.

Y nos pareció oportuno solicitarle brevemente su opinión tanto sobre el propio Congreso como sobre la realidad actual y el futuro previsible que se vislumbra a la medicina paliativa.

Es un breve diálogo enmarcado en las prisas y los compromisos que nuestro interlocutor se vio inmerso dado su relevante papel en el desarrollo de esos días en París.

—¿En qué consisten, exactamente, los Cuidados Paliativos (CP)?

Los Cuidados Paliativos consisten en una ayuda directa al enfermo incurable para el control de todos sus problemas físicos, sus dolores y otros síntomas psicosociales, hasta el último instante de su vida. Son multidisciplinares en su función (labor en equipo: el médico, la enfermera, la trabajadora social, y sobre todo los familiares).

—Los Cuidados Paliativos ¿nacen frente o contra otro tipo de medicina o son perfectamente compatibles con la medicina tradicional?

Son compatibles con la medicina tradicional y se deben integrar en ella.

—¿Es que podemos afirmar hoy que la medicina y la farmacia están en disposición de evitar cualquier tipo de dolor físico por intenso que éste sea?

Podemos afirmar que los fármacos incluidos en la guía de la Organización Mundial de la Salud, puedan reducir los dolores físicos en cerca del 80 % de los enfermos de cáncer.

—La instauración de los C.P. como servicio dentro de un hospital, ¿qué tipo de «conversión» exige a los profesionales que se han de incorporar a los mismos?

Es precisa una reeducación mediante cursos teóricos y prácticos que se refieran a la atención de los enfermos terminales, sobre la muerte y sobre los moribundos.

—¿Cuántas unidades de C.P. hay en Europa en este momento, y cuántas camas representan dichas unidades?

Se ha dado una explosión de nuevas unidades en Europa y especialmente en Francia, Suiza, Bélgica e Italia Norte, siendo difícil de establecer el número de camas.

—¿Constituyen los C.P. el mejor antídoto frente a la petición de Eutanasia por parte del enfermo y/o de su familia?

Los Cuidados Paliativos están contra el concepto de Eutanasia deliberada y se aplican directamente a la calidad de vida del enfermo, no intentando prolongar ni acortar su vida.

—¿Qué dificultades se observan a la hora de instaurar estos cuidados? (Políticas, económicas, sociales, profesionales...).

Surgen dificultades de tipo político, económico y profesionales.

—¿Cómo se sitúan las Administraciones Públicas europeas frente a la nueva propuesta de los Cuidados Paliativos?

Reconocen la existencia del problema (Cáncer, 70 % de mortalidad; SIDA, 100 %, etc.) sobre todo en Inglaterra Francia, Bélgica y Escandinavia.



Profesor Vittorio Ventafridda,
Presidente de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos

—¿Qué futuro pronostica usted para los C.P. en Europa a corto, medio y largo plazo?

Un gran futuro porque los problemas de la mortalidad en algunas patologías como el Cáncer, aumentarán considerablemente en los próximos 10 años.

—¿Cuál es el desarrollo de los C.P. en estos momentos en España, desde la perspectiva de la Asociación Europea?

Conocemos la existencia de grupos en Barcelona y recientemente de otros en Madrid.

—¿Qué aportación puede hacer la Iglesia en cuanto institución (Pontificio Consejo para la Salud, Congregaciones dedicadas a la sanidad, Delegaciones diocesanas de Pastoral de la Salud...) al desarrollo e implantación de los C.P.?

Un gran apoyo en cuanto a las líneas éticas y de conducta terapéutica asistencial, según los principios insertos en la cultura cristiana.

—¿Y los cristianos de base —laicos-religiosos, sacerdotes— tienen algo específico que decir en este campo?

La ayuda espiritual es esencial en la labor multidisciplinar. Sostengo que la voluntad del ser humano que requiere ser aliviadoen su sufrimiento y sobre todo en su dolor, sea siempre respetada en su fase terminal, e igualmente respetada, en caso de que lo desee, la aceptación de su sufrimiento. No considero válido imponer esta aceptación contra la voluntad del enfermo para elevar su espíritu. En este contexto veo la labor del religioso y del cristiano laico.

—¿Qué ha significado para la Asociación que usted dirige el Congreso recientemente celebrado en París?

Un gran paso adelante para los pioneros de los Cuidados Paliativos.

—¿Qué puede significar el mismo en el desarrollo de los C.P. en Europa?

El inicio de la promoción de los Cuidados Paliativos en varios países europeos, adaptándolos a las diferentes culturas y contextos sociales.

—¿Cómo nació en usted la vocación específica hacia esta parte de la Medicina? ¿Cuál fue su proceso?

Trabajando cerca de 30 años en un instituto científico dedicado a la cura del cáncer en el campo de la terapia del dolor, he sido testigo de las grandes limitaciones de la ciencia médica y del trágico estado de soledad en que se encuentra el ser humano cuando entra en esta fase de incurabilidad. En los inicios de los años 80 modifiqué mi actitud siguiendo a mis enfermos hasta el último instante de sus vidas con la ayuda de enfermeros, psicólogos y voluntarios en sus mismas habitaciones. Un caleidoscopio de problemas referentes a los aspectos físicos (dolor y otros síntomas), problemas de la familia y de la comunicación, me hicieron comprender que en la medicina actual existe un vacío que conduce a una deshumanización que sufre el enfermo incurable, víctima de estas actitudes. Veo en los Cuidados Paliativos un nuevo aspecto de la medicina, porque se concentran sobre la subjetividad del ser humano y por tanto conducen solamente a mejorar su calidad de vida.

Gabino Gorostieta Ilundáin
y Miguel Martín Rodrigo

PROFESOR VITTORIO VENTAFRIDDA

1970	Director de la División de Terapia del Dolor y Curas Paliativas del Instituto Nacional para el Estudio y el Tratamiento de los Tumores de Milán.
1972	Socio fundador de la Sociedad Internacional para el Estudio y el Tratamiento del Dolor (IASP).
1978	Director Científico de la Fundación Floriani.
1984	Director del Centro de Colaboración para el Dolor de Cáncer de la OMS.
1987	Presidente de la Sociedad Italiana de Curas Paliativas.
1988	Presidente de la Sociedad Europea de Curas Paliativas.
1990	Consejero de la IASP.
1990	Presidente de la SIMPA (Escuela Italiana de Medicina Paliativa).

3.4 LA PRENSA PARISINA SE HIZO AMPLIO ECO DEL CONGRESO

3.4.1 LAS DEFENSAS DEL NIÑO ENFERMO

Paradójicamente, en el bebé, todo contacto físico sólo viene a ampliar el dolor. ¿Cómo comunicarse entonces con él? En el primer coloquio sobre los cuidados paliativos, un pediatra del Instituto Gustave Roussy presentó ayer las conclusiones de su trabajo.

Inaugurando, ayer el primer Congreso Europeo de Cuidados Paliativos (Libération del 16 de octubre), el presidente de la República ha querido, manifiestamente, dejar a un lado los cumplidos: *«Que pueda aprender de vosotros»*, ha pedido a los congresistas. *«De ordinario, en este género de circunstancias, mi cometido consiste en dar una lección a los que me han invitado. Con vosotros, yo dejo esta misión»*, ha dicho François Mitterrand. *«Porque yo he venido aquí como testigo. Para oíros a vosotros»*.

Esta discreción no es fingida, dado que la atmósfera de este coloquio se prestaba a ello. Así, esa misma mañana, la doctora Picquard de la unidad pediátrica del Instituto Gustave Roussy presentó un largo trabajo sobre *«la comunicación con el niño que padece dolor»*. Con una primera constatación que muestra bien el retraso acumulado en este campo: *«El interés de los adultos sobre el dolor de los niños es reciente. Se remonta únicamente a diez años»*, explica esta joven mujer.

Ella trabaja con niños afectados de cáncer, en el hospital de Villejuif. Ha estudiado a 50 niños, entre 7 y 12 años, todos hospitalizados en su servicio. *«En primer lugar, remarca el médico, cuando el niño sufre, se siente responsable de lo que tiene, del dolor. Se siente responsable de no estar lo suficientemente fuerte para combatirlo. El niño, a menudo, se avergüenza de estar enfermo. Por este motivo encontramos frecuentemente en él una aspiración a morir.»*

En estas condiciones, ¿cómo llega él a luchar contra el dolor, a defenderse simplemente del mismo? *«Hay una globalización de la sensación dolorosa»*, explica la doctora Picquard. *«Para el niño, el dolor se extiende a todo el cuerpo. No puede tener la perspectiva necesaria; muy rápidamente, el niño no puede entender el significado normal de su situación. Este sentimiento es mucho más fuerte para los menores de dos años; ven su vida globalmente y siempre con dolor.»*

Entonces, el lactante, frecuentemente crea un perímetro de protección, una especie de área, de muralla, alrededor de él. Su mundo. *«Si alguien lo observa, si una persona entra brutalmente en este perímetro, se replegará en sí mismo. El lactante no mirará a la persona hasta que ella marche. Más mayor, prosigue la doctora Picquard, su lucha contra el dolor podrá traducirse en la disminución de la vigilancia, llegando incluso a verdaderos estados de coma.»* Otras reacciones de defensa: lentitud de movimientos, falta de expresividad, falta de interés por el mundo de su entorno. *«Encontramos las caras que conocemos de estos niños y los creemos ausentes, sin reacciones. Cuando ante todo, ellos sienten dolor.»*

Cara a este misterio, en presencia de estos niños que se repliegan del mundo, se comprende que nada es más delicado que el restablecimiento de una verdadera comunicación.

«La primera regla es evitar, a toda costa, los gestos automáticos de contactos, caricias, insiste la doctora Picquard, pues no se sabe dónde el niño tiene dolor, es contraproducente decírselo. Muy frecuentemente los padres mecen a sus hijos y estos balanceos les hacen daño.» «En la primera etapa, prosigue la doctora Picquard, es necesario quedarse a distancia, evitar los mimos, no se debe consolar a cualquier precio, no se debe intentar despertarlo ni estimularlo. En nuestro Servicio proponemos una baja comunicación, el niño con dolor sólo puede soportar una relación extremadamente tenue.»

Y es médico constatar: *«Esto puede lastimar, pero los padres no nos son de gran auxilio. Casi podemos decir que no combaten el dolor de nuestro lado»*. Terrible constatación que puede explicarse así: *«Para los padres, el dolor puede ser sinónimo de empeoramiento del estado del niño. Eso que ellos rechazan. Pero también el dolor de su hijo les devuelve la imagen de la alteración, de la separación; en otros términos, él está enfermo, no ellos. El grito de dolor del niño es un grito que persigue; hay que dominar este sentimiento de persecución. La mayoría de las veces, los padres no pueden ver el dolor de sus hijos. Y además, son muy reticentes al empleo de la morfina»*.

La doctora Picquard muestra una diapositiva, aparentemente trivial. Una madre sentada que tiene, o más bien que aprieta, en sus brazos a su hijo de 5 años, aquejado de un cáncer. El niño parece

ausente, el rostro contraído. *«Mirar la mano del niño, explica la doctora Picquard, una mano firme, una mano que intenta apretar contra el brazo de su madre pues ésta le hace daño.»*

Llega otra diapo, una foto del mismo niño, pero en ésta el niño ríe y juega: *«Se llega a tratar el dolor, pero es un proceso largo. En todo caso, la relación no debe sustituir jamás el tratamiento antálgico».*

Una semana después, el niño murió.

ERIC FAVEREAU

Libération

UN TESTIGO LLAMADO MITTERRAND

El presidente François Mitterrand asistió a una de las sesiones plenarias del congreso.

«Yo he venido como testigo, ha dicho el presidente. Ya conozco lo que ustedes hacen. Será necesario entenderlo, no para instalar unidades de cuidados paliativos por todas partes —no hay que crear un sistema—, sino para que nuestra sociedad pueda inspirarse en la filosofía de los cuidados paliativos.»

«Se trata de aproximar la muerte de otra manera. Considero, ha proseguido François Mitterrand, que los trabajos de vuestra asociación aportan una nueva salida. Esta es una nueva labor que pasa delante de muchas otras».

3.4.2 CUIDADOS PALIATIVOS: UNA MEDICINA AL FINAL DE LA VIDA

Cada vez se muere más en el hospital, y el *acompañamiento* del enfermo, procedente de un ambiente familiar tradicional, falta por precisar. Cuando el enfermo está fuera de toda terapéutica, aún falta mucho por hacer.

Una nueva asociación, un primer congreso europeo, un concepto puesto de manifiesto de nuevo: el primer congreso de la Asociación europea de cuidados paliativos, que se celebra actualmente en París (17, 18, 19 de octubre), marca sin duda un hito, a finales de este siglo XX, en la evolución de las mentalidades, las de los médicos y las del público, en lo concerniente al acompañamiento de las personas en el fin de la vida.

Nuestros gobernantes han comprendido la importancia de esta reunión: Claude Évin, ministro de la salud, inauguró el congreso, y François Mitterrand, acudió al mismo ayer.

El uno y el otro, han percibido, ciertamente, la importancia del tema. *«Nuestra sociedad, declara Claude Évin, en el entusiasmo del progreso cada vez más rápido que consigue la medicina, no nos habla mucho de la muerte.»*

Es para hablar y tener en cuenta todos sus aspectos por lo que más de 1.500 participantes europeos se reúnen. Y esto por primera vez: La Asociación Europea de cuidados paliativos fue creada en diciembre de 1988. Su presidente, el profesor Vittorio Ventafridda (Milán) precisa: ***«El objetivo de la Asociación es el de respetar la vida y considerar la muerte como un proceso natural. Lo que implica, prácticamente, preservar una mejor calidad de vida hasta el fin de la misma».*** Una ambición que, a priori, no tiene nada de original ni de nuevo. Y no obstante, con la evolución de las formas de vida, y, paradójicamente también, del hecho del progreso de la medicina que *salva* (provisionalmente) cada vez más enfermos, surgen otras nuevas necesidades.

FASE TERMINAL

Desde la vertiente psicológica, el acompañamiento, eso que se hacía con tanta naturalidad cuando las personas morían en sus casas, con la proximidad de la familia, no puede ser reproducido sin modificación alguna, cuando el *paso* se produce en un medio hospitalario. Ahora bien, en los últimos veinte años, la proporción de los que mueren en el hospital o en instituciones ha pasado del 30 al 70 %. Respecto a los cuidados médicos propiamente dichos, durante estos últimos años se han producido importantes progresos que no siempre se aplican, frecuentemente por falta de conocimiento adecuado.

La Asociación Europea reúne las asociaciones nacionales. Si el concepto de cuidados paliativos y de las unidades especializadas en este campo nace en Gran Bretaña, Francia ocupa un lugar honorable.

Este es uno de los pocos países donde los textos ministeriales (una circular de agosto de 1986) legalizan las unidades de cuidados paliativos. El doctor Maurice Abiven, director de la primera unidad creada en el Hospital Universitario (París), es también presidente de la Sociedad francesa de acompañamiento y cuidados paliativos.

Los objetivos de la asociación europea, como los de la sociedad francesa, no se limitan, lejos de eso, a la creación de unidades: ellos se basan también en la promoción de los conocimientos, a dar una enseñanza a aquellos que lo desean, médicos, enfermeras, voluntarios, y a estudiar los problemas éticos que se derivan.

Paliativo, precisa un diccionario, significa: atenuar los síntomas de una enfermedad sin actuar sobre su causa. Los cuidados paliativos al final de la vida están dirigidos principalmente a los enfermos de cáncer, pero también a los de SIDA y a personas afectadas de ciertas enfermedades neurológicas o respiratorias en su fase terminal. ¿Por qué una lista tan restringida, cuando, finalmente, todos somos mortales?

Como explica el doctor Maurice Abiven, la particularidad de estas enfermedades es que su evolución llega a un momento en el que debemos reconocer y admitir que no podemos hacer nada más en términos de cuidados curativos, orientada a curar, ***«cuando el enfermo aún está relativamente vivo».*** Y frecuentemente por muchos meses.

Los especialistas afirman que, al menos en un 90 % de los casos, se pueden calmar totalmente el dolor físico de los cancerosos en fase terminal. Enseñar cómo y conseguirlo es uno de los objetivos de las sociedades de cuidados paliativos y de las unidades donde estos cuidados son aplicados.

Claude Évin a anunciado que en Francia se llevará a cabo una valoración destinada a saber que proporción de cuidados antálgicos eficaces se aplican: ***«Habrá alguna inconsciencia, ha dicho el ministro, al buscar de nuevo el progreso en las tecnologías punta muy sofisticadas que sólo afectan a un pequeño número, sin preo-***

cuparse del sufrimiento de unos 120.000 enfermos cancerosos que mueren cada año en Francia».

La práctica de los cuidados intensivos se va extendiendo, no sin continuos obstáculos. La enseñanza, en las facultades de medicina, se basa esencialmente en cómo curar. Muy frecuentemente, estima Maurice Abiven, los médicos que no pueden curar más tienen el sentimiento de que ellos no pueden hacer nada más. Es por tanto capital que el aprendizaje de los cuidados paliativos se difunda.

Sin embargo es preciso reconocer que muchos médicos ponen en práctica los cuidados paliativos y el acompañamiento como una secuencia lógica, a sus ojos, de los cuidados curativos.

Podemos hacer cuidados paliativos, no sin el conocimiento, pero sin designarlos explícitamente como tales...

Doctora MONIQUE VIGY

LE FIGARO

3.4.3 CAMBIAR LA MUERTE

Grandes desigualdades subsisten aún entre los países europeos. Pero la idea de cambiar la muerte, en el domicilio o en el hospital, hace su camino.

Con el primer congreso de la joven asociación europea de cuidados paliativos, se inicia una corriente irreversible de reconocimiento de la muerte que afirman hoy nuestras sociedades modernas.

Tras los precursores que fueron las Damas del Calvario, he aquí un siglo después, más recientemente, en 1967, el Saint Christopher's Hospice de Londres, estos son hoy todos los centros de cuidados que han integrado en su práctica el alivio de los sufrimientos y la atención llevada a necesidades específicas de los moribundos.

Claude Évin, en primer lugar, después el presidente Mitterrand, ha venido en persona a recordar esta dimensión de la medicina en la apertura de los debates. El ministro de la salud ha anunciado así la integración de los cuidados paliativos en la formación médica. F. Mitterrand, situándose en un terreno más simbólico, debía aportar un mensaje a los 2.000 congresistas: ***«He venido como testigo, para que nuestra sociedad se inspire desde ahora en la lección y la filosofía de los cuidados paliativos, y que en cada hogar, se aprenda a ponerse en contacto con la muerte de otro modo».***

EL REINO UNIDO EN CABEZA

«Hace veinticinco años, cuando realicé mi primera publicación sobre este tema, fue una excentricidad desviada y solitaria», remarca el profesor E. Wilkes (Londres). Hoy, el Reino Unido figura como país emblemático: 3.000 camas y 160 unidades se destinan a los cuidados paliativos, y los 360 médicos que se consagran a tiempo completo reciben, para su función, una formación de diez años. El acompañamiento forma parte de la enseñanza obligatoria impartida en las 35 facultades de medicina del país.

Francia, comparativamente, se muestra más tímida, con sus 27 estructuras de cuidados paliativos (151 camas), y efectivos en personal desiguales según los establecimientos. Pero dispone de una baza preciosa: La circular ***«relativa a la organización de los cuidados y el acompañamiento de los enfermos en fase terminal»*** de 1986, debido al trabajo de Geneviève Laroque, quien verdaderamente impulsó un movimiento de acompañamiento en Francia.

Con el tiempo, los diferentes países europeos buscan así los medios de acompañar la muerte. Ejemplo: hace dos años, Bélgica no aceptó los cuidados paliativos. Gracias al trabajo de la federación de asociaciones de cuidados paliativos, la puesta en marcha será efectiva en 1991. Cataluña también realiza un esfuerzo consecuente: contará con 20 unidades de cuidados paliativos (USP) en 1995, y el presupuesto para cuidados paliativos se multiplicará por ocho en cinco años.

SUIZA Y LA UNIÓN SOVIÉTICA CON RETRASO

Pero el trabajo puede también encontrar trabas de tipo administrativo de otra época. ***«En España, sólo se dispensan 2,5 kg de morfina por habitante y año, lo que es muy poco»,*** remarca el doctor Gómez. Actualmente, la prescripción de morfina necesita, en efecto, una triple receta. Una situación que debe ser modificada por próximas medidas legislativas.

Otros países han debido afrontar mayores dificultades. ***«Es muy difícil encontrar personas que acepten un trabajo aparentemente sin satisfacción tangible»,*** ha testimoniado G. Di Mola, por Italia. ***«Se realizan diversas tentativas para que los poderes públicos reconozcan oficialmente las USP y el cometido de todos los que participan en ellas».*** Ídem en Suiza, donde ***«los médicos son reticentes a la utilización de morfina, o la Administración raramente pone a disposición de los equipos los créditos necesarios, o la población, por último, está mal informada»,*** ha aportado I. Richoz.

Una situación curiosamente comparable a esta... de la Unión Soviética que, tal como la presenta el doctor V. Brjuzjin: ***«Es necesario vencer la resistencia de las autoridades del ministerio de la salud, dado que los representantes no consideran que se trate de un problema importante y se niegan dedicar dinero a ello. Un buen número de médicos aún piensan que el dolor es inevitable y que no se puede aliviar».***

¿Suiza y la URSS con las mismas dificultades? Una prueba de que el desarrollo de los cuidados paliativos es más una cuestión de voluntad que de medios.

MARIANNE GÓMEZ

LA CROIX

3.4.4 VIVIR LA MUERTE

François Mitterrand inauguró el 17 de octubre, el Primer Congreso de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos

En la apertura del congreso que ha reunido en París a 1.600 especialistas, el presidente de la República ha deseado, ***«no que se multipliquen por todas partes las unidades de cuidados paliativos —se necesita más tiempo, y no hay que crear***

un sistema—, pero que nuestra sociedad se inspire en esta filosofía, y sepa acercarse a la muerte con otro espíritu».

«Vivir toda su vida, amar todo su amor, morir toda su muerte»: nuestra sociedad que, a caballo entre dos siglos, a desocializado la muerte, es incapaz, hoy, de asumir este lema atribuido a Teresa de Ávila. En esta época de máximo desarrollo de la medicina y la ciencia, es paradójico constatar la necesidad de *desmedicalizar* la muerte, se desea, si no dar un nuevo sentido al *paso*, al menos asumir plenamente el fin de su vida!

Con la noción de cuidados paliativos —lo que falta hacer cuando se cree que no hay nada más por hacer, dice la doctora Thérèse Vanier del Saint Christopher's Hospice—, toda la ciencia médica, concebida hasta el momento para llegar a un acto de curación, se pone en evidencia.

Morimos cada vez más viejos: en Roma Imperial, la esperanza de vida era de veintinueve años; a comienzos del siglo veinte, en Europa Occidental la media de vida era de cincuenta años.

Hoy, en Europa Occidental, el 4,1 % de las muertes corresponden a personas mayores de noventa años y el 22,7 % mayores de ochenta. La prolongación de la esperanza de vida viene acompañada de otro cambio importante; en el siglo pasado, el 90 % de las personas morían en casa. En el transcurso de los últimos veinte años, la proporción de personas que mueren en hospitales o instituciones ha pasado del 30 al 70 %. Las condiciones de la muerte han cambiado radicalmente. Como escribe el padre Patrick Verspieren, teólogo, ***«en las sociedades occidentales, desde hace algunos decenios, la muerte ha sido rechazada, fuera de las representaciones colectivas y de los intercambios sociales: la mayoría de los ritos y rituales han caído en desuso».***

En estas condiciones ¿cómo *resocializar* la muerte? Hasta el presente, la mejor respuesta la dan los promotores de las unidades de cuidados paliativos, iniciados en Francia por el profesor Maurice Abiven, quien en 1987, creó la primera unidad de este tipo en el hospital internacional de la universidad de París (Le Monde, 4 de noviembre 1987 y 8 de agosto 1990). Este nuevo espíritu, que quiere particularmente evitar a los moribundos los continuos e intolerables dolores, proporcionarles cuidados atentos y adaptados, colmarlos de cuidados, amarlos y acompañarlos hasta el último instante, afortunadamente tiende a generalizarse en Francia.

La prueba está en los resultados de una encuesta nacional realizada en los servicios de geriatría francesa y publicada con ocasión del congreso europeo de París: el 80 % de los médicos que han participado en este estudio, dirigido por los doctores Michèle Salamagne y Renée Sebag-Lanoë, se declaran sensibilizados hacia los cuidados paliativos. Pero el 45 % de ellos subrayan la falta de formación del personal; el 36 % mencionan las dificultades en las relaciones con las familias y el 34 % hacen hincapie en las solicitudes de eutanasia. Sobre este último punto, la encuesta aporta datos inéditos. El 44 % de los geriatras afirman no administrar jamás cócteles líticos. El 36 % sólo los utilizan una o dos veces al año y el 13 % de cinco a diez por año.

Estos cócteles se prescriben esencialmente en los casos de dolor incontrolable (48 % de los casos) o de una prolongada agonía (38 %). De forma generalizada, la práctica de los cuidados paliativos parece no aumentar la frecuencia de solicitudes de eutanasia.

De hecho, estas nociones esconden dos filosofías radicalmente opuestas. Por un lado una atención y un respeto al moribundo, hasta su último suspiro; del otro, darle muerte porque él la ha pedido. ***«Los cuidados paliativos, explica el doctor Abiven, respetan al hombre y se centran en ayudarle en toda situación, incluso desesperada. La eutanasia utiliza la solución radical que se atribuye a su soledad.»***

El padre Patrick Verspieren ha mostrado, en el transcurso de este congreso, los límites de la medicina cara a la muerte: mencionando al psicoanalista Robert Higgins —***«jamás la muerte ha sorprendido al hombre tanto como hoy día»***—, recuerda que la medicina ***«contribuye, en torno a cada enfermo, a alejar la perspectiva de su fin, hasta el momento en que lo inevitable se impone, invadiendo el presente y vaciándolo de toda sustancia».*** También es para los asistentes causa de angustia e interrogaciones sobre su propio comportamiento.

Como bien ha explicado el doctor Emmanuel Goldenberg, ***«Para los cuidadores, aceptar la angustia que experimentan ante al sufrimiento y la cercanía de la muerte de un paciente, representa entrar con él en un proceso que le pueda permitir elaborar su propia angustia y la pueda superar o soportar. El acompañamiento aparece aquí como la única respuesta posible a lo que perdura de sufrimiento y angustia a pesar de los cuidados».***

Apadrinando este congreso, los poderes públicos han querido mostrar, claramente, la importancia que atribuyen a los cuidados paliativos.

¿Sabrán calibrar las consecuencias en términos financieros y procurar que el oscuro porvenir de los moribundos que continúan existiendo en Francia, desaparezca al fin?

FRANCK NOUCHI

Le Monde

3.5 UNA OPCIÓN INSTITUCIONAL POR LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Orden Hospitalaria de San Juan de Dios

Desde siempre, y de forma mucho más explícita tras el Capítulo Interprovincial celebrado en 1986, la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios ha hecho opción por los más débiles de nuestra sociedad. Somos conscientes de que no hemos sido llamados a solucionar todos los problemas de nuestros contemporáneos —¡qué más quisiéramos!—, pero sí convocados para hacernos presencia solidaria y testimonial junto a nuestros hermanos más necesitados.

Y en esta línea la Orden Hospitalaria ha descubierto en los enfermos terminales uno de esos grupos. Somos bien conscientes de que ellos constituyen hoy un colectivo de personas que, junto a su ya dolorosa situación, unen el abandono práctico, cuando no el olvido, de una sociedad que no está precisamente en buenas relaciones con cuanto tiene algo que ver con la muerte, y de un sistema sanitario más propenso a curar lo curable que a cuidar al ser humano en todas sus necesidades.

De ahí que de un tiempo a esta parte los hermanos de san Juan de Dios hemos ido haciendo opciones concretas en el campo de los Cuidados Paliativos. En lo que respecta a nuestra Provincia religiosa —la que es titular de LABOR HOSPITALARIA*—, y en las Provincias Españolas en general, han sido varios los centros que de una forma casi monográfica o con la creación de Unidades de Cuidados Paliativos, han dado pasos concretos en esta dirección.*

Ciñéndonos, repito, a nuestra Provincia la situación es ésta:

- El hospital de Zaragoza, *con una capacidad de 180 camas, destina treinta de ellas para acoger enfermos que, dado su proceso irreversible, nos son remitidos por otros centros.*
- El hospital de Pamplona *inicia en 20 de sus 150 camas una Unidad de Cuidados Paliativos para atender a muchos de los enfermos que ya eran atendidos en nuestro centro. Con la creación de dicha Unidad se va a dar cobertura estructural a algo que ya existía en la realidad.*
- El hospital Materno-Infantil de Barcelona, *con 360 camas, está en proceso de crear un Equipo de Cuidados Paliativos que actuaría potenciando la acción de los facultativos que, desde los diversos servicios acogen situaciones terminales de los niños. Va a ser un equipo pionero en España en Cuidados Paliativos Pediátricos.*
- El Albergue San Juan de Dios para transeúntes, *ubicado en plenas Ramblas barcelonesas, antes de que finalice el presente año 1991 tiene previsto el funcionamiento de una Unidad de Cuidados Paliativos para enfermos terminales, dedicando a ello 10 de sus 60 camas. La ubicación del centro, en la parte antigua de la ciudad, nos ha motivado a dar este paso ante la grave situación de estos enfermos de la zona y como experiencia piloto de una Unidad de Cuidados Paliativos en un centro no hospitalario.*

Son signos concretos de una opción que, sin pretender ser exclusiva, indica una especial sensibilidad hacia este ámbito de la Medicina. Y desde ellos, invitamos a otras muchas instituciones religiosas dedicadas a la sanidad a incluir, a la hora de su discernimiento apostólico, la posibilidad de optar en esta misma dirección. La propia Conferencia Episcopal Española estimulaba en su «Plan de Acción sobre la Eutanasia y la Asistencia a Bien Morir», entre otras acciones, las de:

- *«La creación de centros que presten una asistencia integral a los enfermos terminales».*
- *«Apoyar la reconversión de centros de la Iglesia para atender a los enfermos terminales».*

Con sencillez, pero también con ilusión, os presentamos estos proyectos, que son casi ya realidades. Y los presentamos dejando que sean los medios informativos de las respectivas ciudades los que transmitan nuestros pasos.

MIGUEL MARTÍN RODRIGO

Barcelona

3.5.1 SANT JOAN DE DÉU PROMUEVE UNA UNIDAD PARA NIÑOS TERMINALES

El hospital contará con el primer servicio pediátrico de España de curas paliativas.



El doctor José M.ª Martín expone las líneas maestras de lo que quiere ser el proyecto de *Cuidados Paliativos Pediátricos.* A su derecha: **el doctor Josep Ganduxé, director médico del hospital;** a su izquierda: **el doctor Xavier Gómez Batiste, director del programa *Vida als anys* de la Generalitat de Catalunya y miembro representante de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos**

ESPECIALISTAS AYUDARÁN AL PEQUEÑO Y A SUS FAMILIARES HASTA EL ÚLTIMO MOMENTO

El Hospital Sant Joan de Déu ha iniciado la puesta en marcha de la primera unidad pediátrica de curas paliativas que funciona en España. Esta unidad se basa en la asistencia adicional de un equipo de profesionales (psicólogos, médicos, enfermeras, psicoterapeutas y asistentes sociales) a niños enfermos en fase terminal, así como al equipo médico que lo asisten y a sus familiares, para ayudarles a afrontar la angustiosa situación cuando la medicina ya no puede hacer nada.

Controlar el dolor del enfermo y los síntomas de su enfermedad, informar a la familia y dar soporte al equipo médico que le atiende son los principios básicos de estas unidades que empiezan a funcionar para adultos en España y Catalunya de una forma más o menos regular.

EL DOLOR DE LA MUERTE

«La muerte es igual para todos, adultos y niños, pues provoca el mismo dolor, pero las implicaciones familiares y sociales son distintas. Uno piensa que una vida que empieza no debe acabar. Por ello, no es lo mismo que muera un aciano que un niño, cuya muerte, ni él mismo ni los familiares asumen», afirma el doctor Josep Maria Martín, responsable de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Sant Joan de Déu y de la nueva Unidad de Curas Paliativas. *«Los médicos esperamos siempre mantener la calidad de vida aunque ésta se acabe»,* añade.

En los últimos cinco años, se han producido en el Hospital Sant Joan de Déu de Esplugues un promedio de cien muertes anuales. La primera causa de muerte infantil son los accidentes de tráfico, pero mueren también niños de cáncer, enfermedades neurológicas degenerativas o prematuros y recién nacidos.

La Unidad de Curas Paliativas de Sant Joan de Déu fue presentada ayer a los profesionales del hospital por el doctor Xavier Gómez Batista, director del programa *Vida als anys* de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat. El inicio de esta unidad se enmarca en la experiencia piloto de curas paliativas que lleva a cabo la Generalitat.

La Administración autonómica contribuirá económicamente, en una cantidad no determinada todavía, en la puesta en marcha de la unidad, que se implantará de forma gradual y funcionará dentro de un mes a pleno rendimiento. Además, la nueva unidad servirá para la docencia y la investigación.

El Periódico
(8 de marzo de 1991)

CINCO CENTROS QUE CUIDAN HASTA EL FINAL

En España funcionan cinco centros hospitalarios que desarrollan las unidades de curas paliativas para adultos. En Cataluna, la Generalitat ha elaborado un plan de curas paliativas que desarrollará, en el plazo de cinco años, la implantación y el pleno desarrollo de estas unidades en seis hospitales.

Además, la Administración prevé la puesta en marcha de 30 equipos de soporte domiciliario que asisten al enfermo una vez que éste es enviado a casa para pasar la última etapa de su vida. La localidad de Vic cuenta desde hace tres años con un servicio de este tipo, siendo el pionero de esta experiencia.

La aplicación sanitaria de las curas paliativas en Catalunya constituye un proyecto piloto para la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Europa que incluye medidas de evaluación que, tomadas aquí, se utilizarán para su aplicación en otros puntos del continente europeo.

Uno de los objetivos de estas unidades paliativas es el de ayudar a morir cuando ya no se puede ayudar a curar, lo que genera además el estrés del personal sanitario que convive habitualmente con este tipo de enfermos.

Pamplona

3.5.2 UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA ENFERMOS TERMINALES

El Hospital San Juan de Dios va a crear un servicio de asistencia médica y psicológica a los pacientes, en sus últimos meses de vida.

Mejorar la calidad de vida de los enfermos terminales en sus últimos meses de vida es el objetivo de la Unidad de Cuidados Paliativos que se va a poner en marcha este año en el Hospital San Juan de Dios. Será la primera iniciativa de este tipo en Navarra y la quinta que se crea en España. Un equipo multidisciplinar es el encargado de dar una atención integral —médica y psicológica— a estos pacientes, que en la actualidad se ven abandonados *por el sistema sanitario cuando se comprueba el irreversible avance de la enfermedad.*

Cirugía, radioterapia, quimioterapia y otro tipo de tratamientos no se escatiman a la hora de intentar la curación o impedir el avance del cáncer. Una enfermedad que, en sus diversas manifestaciones, provoca 50.000 muertes al año en España.

El problema surge cuando todos los medios fallan y se confirma el irreversible avance de la afección con un fatal desenlace a medio plazo. Entonces, el sistema sanitario se *desentiende* en cierta forma de estos enfermos, que son enviados a su casa o pasan su última etapa de vida *perdidos* en la habitación de un hospital.

Evitar este abandono y mejorar al máximo posible la calidad de vida de estos pacientes es el objetivo de las Unidades de Cuidados Paliativos, que iniciaron su andadura en Iglaterra. Las unidades están dirigidas a personas con cualquier tipo de enfermedad en fase terminal, con un pronóstico de vida entre tres semanas y seis meses.

ASISTENCIA INTEGRAL

«Se trata de dar un tratamiento integral, desde el estrictamente médico para paliar el dolor y los síntomas que vayan apareciendo hasta la ayuda emocional y psicológica a pacientes y familiares, con el objetivo de que viva lo mejor posible sus últimos meses», explica Bosco Cordeiro, que será coordinador de la unidad.



El doctor Porta expuso brillantemente el tema *Cuidados paliativos. Principios básicos*

Para todo ello, se cuenta con un equipo multidisciplinar de facultativos, ATS, auxiliares, religiosos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y psicológicos. Estos últimos prestan su apoyo no al paciente sino al personal que atiende directamente al enfermo ***«porque hay que tener en cuenta que para estos profesionales son también situaciones muy estresantes o deprimentes»,*** agrega el coordinador.

La unidad presta su servicio tanto en el hospital como en los domicilios, ya que precisamente se intenta que el enfermo pase el menor tiempo posible hospitalizado.

MÁS DE 41.000 ESTANCIAS DURANTE EL PASADO AÑO

El Hospital San Juan de Dios registró durante el pasado año un total de 3.257 ingresos que dieron lugar a 41.000 estancias. El 86,7 % de los pacientes tenía más de sesenta años.

El centro, fundado por la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, mantiene un concierto con el Gobierno de Navarra configurándose como un hospital complementario a los de la red pública. Concretamente, en 1990 más del 98 % de los pacientes procedieron de la sanidad pública.

Las intervenciones quirúrgicas que no exigen más de siete días de hospitalización y la atención de enfermos con patologías crónicas, especialmente respiratorias y neurológicas, son las actividades más comunes.

Según los datos aportados por el director médico, José Manuel Cebeiro, el pasado año se realizaron 4.520 intervenciones quirúrgicas en las distintas especialidades de ginecología, urología, otorrinolaringología, oftalmología y traumatología.

Los ingresos ascendieron a 3.257 en cirugía y medicina interna que dieron lugar a 41.103 estancias y se registraron 1.315 urgencias. En este período se efectuaron 1.449 primeras consultas, 2.544 consultas sucesivas, así como 3.053 sesiones de hemodiálisis y 6.617 estudios radiológicos.

La elevada edad de los pacientes es una de las notas características del centro (el 86,7 % tiene más de sesenta años), aunque José Manuel Cebeiro insiste en que no se trata de un hospital geriátrico. «Lo que ocurre es que se atiende la reagudización de los procesos crónicos y éstos, en general, los padecen personas mayores», agrega.

Este tipo de servicios son *«difíciles de crear»* debido al elevado número de personas que se necesita, según explica Bosco Cordeiro. El Hospital San Juan de Dios lleva ya un tiempo preparando su establecimiento y tiene previsto ponerla en funcionamiento antes de que finalice este año. Mientras tanto se lleva a cabo una experiencia piloto en una planta del centro, introduciendo poco a poco la filosofía del proyecto.

La unidad contará con una capacidad de hospitalización para veinte enfermos, aunque podrá atender a más personas en sus domicilios.

Esta es la primera iniciativa que se va a poner en marcha en la Comunidad Foral y una de las pocas de España, ya que sólo hay servicios de este tipo en Vic, Santander, Lérida y Madrid.

D. Uriz

NAVARRA HOY
(5 de marzo de 1991)

3.5.3 EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PREPARA LA PRIMERA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA ALIVIAR A LOS ENFERMOS INCURABLES

El Hospital San Juan de Dios contará antes de final de año con una unidad permanente dedicada a los cuidados paliativos (la primera de Navarra según los rectores del centro) que funcionará no sólo en el interior del hospital sino que dispondrá también de una consulta externa y servicio a domicilio. Esta especialidad, sobre la que el servicio de medicina interna está haciendo una experiencia piloto, pretende aliviar tanto física como psíquicamente los sufrimientos de los enfermos incurables y sus familias.

Para el doctor José Manuel Cebeiro Lara, director médico del hospital se trata de formar: ***«un equipo multidisciplinar de profesionales médicos, de enfermería y auxiliares, asistentes sociales, capellán, psicólogo y terapeuta ocupacional».***

Con motivo de la celebración el día 8 de la festividad de su patrón, San Juan de Dios, están organizadas una serie de conferencias en las que entre otros temas se tratará sobre los fundamentos de los cuidados paliativos.



Don Juan Cabasés, director del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, disertó sobre el tema *Ley Foral de Salud*

TRATAR QUE LOS PACIENTES DISFRUTEN DE LA VIDA

Según señala el médico internista Bosco Cordeiro, la medicina paliativa se dedica a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

El sistema sanitario español —comentan los encargados del servicio de medicina interna— tiene poca experiencia en este campo, ya que sólo existen cinco centros que cuentan con un equipo permanente como el que el Hospital San Juan de Dios está preparando. El doctor Bosco Cordeiro explica que lo que pretende esta especialidad es evitar que ***«los enfermos mueran solos en los hospitales sin recibir un tratamiento íntegro. Estas personas y sus familiares sufren grandes impactos psicoemocionales y la medicina paliativa intenta tratar que disfruten de la vida, que no se depriman y que incluso salgan a la calle».***

El tratamiento podrá recibirse dentro del centro hospitalario en una de las veinte camas, de las ciento cincuenta que cuenta San Juan de Dios, que provisionalmente van a ser destinadas a estos cuidados. Pero lo que se trata a juicio de José Manuel Cebeiro, director médico del hospital, es que estos enfermos estén hospitalizados el menor tiempo posible y que los cuidados puedan continuarse en una consulta ambulatoria y a domicilio.

Al frente de este equipo en formación se encuentran los doctores Bosco Cordeiro, Javier Echeverría Iriarte y Jesús Viguria Arrieta médicos internistas. De momento estos tres médicos están realizando una experiencia piloto con los enfermos en fase terminal que están ingresados en el Hospital San Juan de Dios para comprobar qué tipo de necesidades específicas tienen y cuánto personal será necesario.

UNA EXPERIENCIA QUE NO SE SALE DE LOS PRESUPUESTOS

Cuando el proyecto funcione a pleno rendimiento se deberá aumentar el personal y sus horas de trabajo en el hospital, pero este gasto suplementario se incluye dentro del presupuesto normal del centro.

El director médico del centro define el

LA FESTIVIDAD DE SAN JUAN DE DIOS

Durante tres mañanas consecutivas se va a celebrar, a las doce del mediodía y en el salón de actos del hospital, un ciclo de conferencias sobre temas relacionados con la legislación y la práctica médica. Las sesiones comenzarán hoy día 5 con la intervención de Ángel Iriarte Arriazu, profesor de teología moral del Centro Superior de Estudios Teológicos de Pamplona que hablará sobre «El Comité de Etica en el Hospital, su razón de ser y sus funciones».

El día 6, Juan Cabasés, vicepresidente del Servicio Navarro de Salud presentará la «Ley Foral de Salud» y el día 7, la conferencia de José Porta Sales del Equipo de Soporte del Hospital Arnau de Vilanova (Lérida) versará sobre: «Los cuidados paliativos. Principios básicos».

Este ciclo precede a la fiesta del patrón que se celebra el 8 de marzo, día de San Juan de Dios y que comparten con los bomberos del Ayuntamiento y de la Diputación. Como todos los años los bomberos acudirán al hospital para festejarlo conjuntamente con el personal médico.

A las once se celebrará una misa que irá seguida de un aperitivo. En esta ocasión no se jugará el tradicional partido de fútbol entre bomberos y médicos por que como bromea el doctor José Manuel Cebeiro Lara: *«estamos ya viejos»*.

hospital como «prioritariamente público» ya que aunque pertenece a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios es un centro concertado con el Servicio Navarro de Salud y complementario a la red de uso público.

Tan sólo el 2 % de las plazas están destinadas a uso privado, que se utilizan fundamentalmente para pacientes de mutuas concertadas laborables y deportivas. José Manuel Cebeiro aclara que ***«no están concertadas un número fijo de camas dedicadas a uso público, ya que el concierto se hace según la ocupación de las plazas y el tiempo que están los pacientes hospitalizados.***

El 28 de diciembre del año pasado el hospital firmó un convenio económico con el Gobierno de Navarra que con el anuncio de las transferencias por parte de la Administración Central completa el acuerdo que se tenía con el INSALUD.

El hospital cuenta con las especialidades de medicina interna y cirugía en sus ramas de ginecología, urología, traumatología, otorrinolaringología y oftalmología.

BALANCE DEL AÑO ANTERIOR Y PROYECTOS FUTUROS

Doscientos profesionales del centro han atendido a los 3.257 pacientes que ingresaron el año pasado en las ciento cincuenta camas del Hospital San Juan de Dios, con una estancia media de 12,6 días en un centro que, como indica José Manuel Cebeiro, al ser pequeño ***«se puede dar a todos los enfermos un trato más humano, humanizar la asistencia».***

El servicio de medicina recibió 857 consultas y el número de intervenciones quirúrgicas fue de 4.520 y se ha dotado a los quirófanos de mejoras técnicas. San Juan de Dios cuenta con un servicio de radiología que realizó 617 estudios radiológicos. En los laboratorios, en los que recientemente se han automatizado los servicios, se practicaron 80.264 análisis.

Como objetivo para este año, la dirección del hospital, además del pleno funcionamiento de la Unidad de Cuidados Paliativos, quiere crear un servicio de rehabilitación para los enfermos ingresados. ***«Se crea para pacientes de edad con procesos agudos o crónicos cuyo encamamiento supone una disminución de sus facultades. Así si son ancianos que pueden estar usando antes de ser hospitalizados con el sesenta por ciento de sus posibilidades, que por lo menos no las pierdan».***

Berta Bernarte

DIARIO DE NAVARRA
(5 de marzo de 1991)

Zaragoza

3.5.4 ANCIANOS: ENFERMAN Y TAMBIÉN SE CURAN

La esperanza media de vida aumenta constantemente y aunque los ancianos tienen todos los derechos del mundo a ser tratados de sus dolencias, las estructuras sanitarias no se adaptan a las nuevas necesidades, los hospitales están llenos de ancianos y se prevé un colapso inmediato.

Indudablemente, uno de los grandes retos pendientes en las denominadas *sociedades civilizadas* es la adecuación de sus estructuras socio-sanitarias al enorme incremento del número de personas que alcanzan la *tercera edad*. Nuestros hospitales comienzan a saturarse de ancianos enfermos y amenazan con colapsar nuestras estructuras sanitarias en un breve plazo de tiempo.

Aparentemente, se está produciendo en nuestra sociedad una importante contradicción. Por una parte se invierten grandes sumas de dinero en avances tecnológicos y terapéuticos para alargar la vida y por otra se condena a los ancianos a vivir en condiciones precarias, sin que muchas veces se les proporcionen las máximas posibilidades de mejorar su calidad de vida y de asistirles correctamente en el fin de sus días. Por ejemplo, si a un anciano con una fractura de cadera se le practica una impecable intervención quirúrgica, pero se le niegan posteriormente los cuidados clínicos y rehabilitadores necesarios, estamos ante un triunfo de la técnica, pero ante un estrepitoso fracaso humano, ya que el porvenir de estos pacientes va a depender tanto de la intervención como de la rehabilitación.

La problemática de la ancianidad puede abordarse desde múltiples vertientes. Frecuentemente, los pacientes y/o los familiares se preguntan el porqué unos enfermos son hospitalizados y otros no, el porqué unos permanecen varios meses y otros, aparentemente más graves, son dados de alta, el porqué los cambios de hospital, etc. Intentamos responder algunas de estas cuestiones con el doctor Obis Sánchez y la doctora Martínez Casanova, quienes desde sus cargos de Director Mé-



Hospital San Juan de Dios de Zaragoza

dico del hospital San Juan de Dios y Responsable del Servicio de Atención al Paciente, respectivamente, viven diariamente esta temática.

SOCIEDAD ENVEJECIDA

Actualmente, el índice de personas mayores de 65 años se acerca al 17 % en los países Centroeuropeos y al 13 % en España. Para la primera década del siglo XXI se prevé que ascienda hasta el 25 % y 15 %, respectivamente. La esperanza de vida se estima en 75 años en los varones y 80 en las mujeres, habiéndose más que duplicado desde principios de siglo (en España era en 1900 de 35 años).

PATOLOGÍAS CRÓNICAS

La experiencia obtenida en el Hospital San Juan de Dios permite agrupar los enfermos hospitalizados en tres grandes grupos a tenor de su patología:

1) Pacientes con enfermedades crónicas que presentan agudizaciones o complicaciones y que, tras un período de tiempo en un hospital primario, son remitidos a otro hospital de *cuidados intermedios* para continuar el tratamiento: demencias seniles, enfermedades del hígado, cardiopatías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedades vasculares periféricas, etc.

2) Pacientes que presentan secuelas neurológicas o traumatológicas, quienes tras pasar el episodio agudo ingresan en «hospitales de cuidados intermedios» para iniciar o continuar tratamiento rehabilitador.

3) Pacientes que requieren cuidados paliativos como los que padecen procesos degenerativos malignos o los que presentan un gran deterioro por una patología múltiple y cronificada.

TRATAMIENTOS

A los pacientes con enfermedades cronificadas agravadas (grupo I) se les mantiene hospitalizados hasta su estabilización o resolución del problema puntual por el que ingresan. A su ingreso, se establecen individualmente unos objetivos terapéuticos, relacionados en la mayoría de los casos con el grado de autonomías, disfunción orgánica, control de esfínteres, estado de consciencia, etc. El alta hospitalaria se da cuando se alcanza los objetivos.

Con los enfermos que precisan rehabilitación (grupo 2) se realiza igualmente un plan de objetivos que pueden oscilar desde la recuperación de la autonomía total hasta la simple sedación. Este objetivo se revisa periódicamente dada la edad avanzada de la mayoría de los pacientes y el enfermo no es dado de alta hasta alcanzar las metas incluso, aunque el tiempo de hospitalización que precise sea muy largo. Por el contrario, si tras la valoración se llega a la conclusión de que no existe ninguna posibilidad de recuperación, el enfermo es dado de alta.

A los pacientes que requieren tratamiento paliativo como los enfermos de cáncer (grupo 3) se les realiza igualmente un examen psico-físico, destacando los problemas que el propio enfermo considera como más importantes. Se elabora un plan de trabajo en donde tiene especial relevancia el trabajo en equipo, estableciéndose una coordinación entre el equipo médico, el de enfermería y los ***«servicios de humanización»*** (capellán, asistente social, atención al paciente, etc.). Todas las medidas van encaminadas a aportarles el máximo confort posible, soporte psicológico y espiritual, alivio de su angustia y de sus miedos, concediendo a ello el tiempo necesario.

Respecto a estos pacientes es interesante describir una investigación realizada en un hospital de Nueva York. Un psicólogo, informado previamente del estado de los enfermos de diversas salas y de sus posibilidades de supervivencia, se sentó cronómetro en mano en el pasillo y se puso a medir el tiempo que transcurría desde que un paciente llamaba a la enfermera hasta que ésta acudía a la demanda. Constató que las enfermeras acudían rápidamente a las llamadas de los enfermos que estaban en vías de curación, mientras que respondían sin mostrar prisa alguna a los que estaban a punto de morir.

Cuando los resultados fueron mostrados a las enfermeras, todas afirmaron que eso no podía ser cierto ya que ellas acudían a todos con la misma celeridad. Su comportamiento expresaba evidentemente un instinto de defensa inconsciente contra la muerte y, quizá también, esa tan traída y llevada idea ante esas situaciones de «no hay nada que hacer», cuando por el contrario hay tanto y tan importante.

En cuanto a los pacientes en fase terminal, no oncológicos, normalmente son enfermos cuya patología de base arranca de mucho tiempo atrás y los ha llevado a un gran deterioro. Con cierta frecuencia es la familia la que necesita más ayuda que el propio enfermo (normalmente éste presenta un bajo nivel de consciencia) y es donde los aspectos sociales son difíciles de separar de los clínicos. Nos hemos encontrado con cierta frecuencia «situaciones herócias» en los domicilios o «muy delicadas» en las residencias de ancianos. Ambas, las hemos tratado de aliviar. Son enfermos que frecuentemente precisan de sonda nasogástrica para alimentación, incontinencia de esfínteres, etc. En estos casos, sin posibilidades de estabilización, con frecuentes infecciones respiratorias y urinarias, si están en su fase final, se mantienen hospitalizados, salvo que se consiga cierta estabilidad y la situación sociofamiliar sea idónea.

GERIATRÍA EN ARAGÓN

Aunque las disponibilidades sanitarias para la atención de los ancianos y enfermos crónicos son deficientes, en nuestra Comunidad Autónoma la situación es, en este sentido, privilegiada.

Se dispone de un hospital geriátrico (Hospital San Jorge) para patologías más agudas y del Hospital San Juan de Dios como hospital de «cuidados intermedios». También en Huesca existe otra unidad con estas características y en Teruel está en proyecto.

El Día de Aragón
(Domingo, 10 de marzo de 1991)

4. ENFERMERÍA EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Magda Boltà i Fisa
Guillem Puche i Rubio
Joaquim Erra i Mas
Diplomados de Enfermería del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona

Entendemos el trabajo multidisciplinar como una realidad que exige la evolución y necesidades del campo de la salud. Pocos se plantean hoy hacer abordajes a cualquier nivel sanitario contando sólo con la aportación de un colectivo profesional monográfico. Existe conciencia que cada día más las ciencias progresan en su desarrollo y de ahí dimana una especialización de cada una, de modo que puestas en común ofrecen la posibilidad de una atención mucho más completa y enriquecedora tanto para el usuario como para los mismos profesionales.

Desde Enfermería planteamos en este trabajo unas pistas sobre las posibilidades de aportación que podemos poner en común para hacer que el trabajo multidisciplinar sea cada día más una realidad en el entorno sanitario.

INTRODUCCIÓN A LA EVOLUCIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENFERMERÍA

Dado que el tema que nos ocupa versa sobre la aportación de la Enfermería dentro del equipo multidisciplinar o equipo de salud, hemos creído conveniente iniciar esta presentación, haciendo un recorrido esquemático que nos posibilite en primer lugar, refrescar la memoria de aquellos aspectos donde se centra la aportación específica de la Enfermería, y en segundo lugar, tomar de nuevo conciencia sobre el dinamismo de toda disciplina y por tanto también de la Enfermería. El entorno y las distintas aportaciones, tanto teóricas como prácticas, van forjando la necesidad de una adaptación y despliegue constante, en el ámbito sanitario.

No faltan autores que afirman que la Enfermería está presente desde los inicios más remotos de la humanidad, entendida como labor de cuidado, atención y prestación de recursos a las personas que presentaban dolencias, pero igual certidumbre presenta el que ha sido necesario que pasaran muchos años para que tomara una consolidación como tal, que contara con un reconocimiento profesional, y más aún que se estableciera como ciencia propia y autónoma. Podemos así afirmar que, gran parte de la literatura de Enfermería en los últimos años ha versado sobre su conceptualización, delimitación de funciones y concienciación de entidad propia. Es obligado el reconocer también una cierta heterogeneidad en la evolución e implantación de la Enfermería, que viene determinada sobre todo por dos aspectos:

— El propio colectivo de Enfermería.
— El entorno sanitario donde se ubica.

Ambos aspectos son decisivos en el ritmo y en las formas en las que se va llevando a cabo el desarrollo de la profesión.

En la medida que se va pasando de entender la Enfermería como una respuesta *intuitiva* en su prestación de cuidados hacia la aplicación de un método científico, se ha posibilitado que tanto los planes formativos como el ejercicio profesional, se fueran adaptando a un nuevo enfoque a veces desigual, dado que por un lado exige por parte de los propios profesionales una firme voluntad de preparación y adaptación, y por otro lado los marcos de los sistemas legales y sanitarios de los distintos países, han sido un factor impulsador o de freno en este proceso. Virginia Henderson en su artículo titulado «El concepto de Enfermería», habla de funciones distintas según la inserción geográfica y nos presenta Canadá como «singularmente afortunado por la cooperativa relación que hay entre los proveedores de salud».

El tema que nos ocupa es la relación con otras disciplinas y su proyección a la comunidad, y no podemos pasar por alto la importancia e influencia que supone la imagen que se tiene en el entorno, de la Enfermería. Del mismo modo que la demanda modifica la oferta, también ésta hace modificar la demanda. Existe entre la comunidad una gran variedad sobre la imagen de la Enfermería y no podemos olvidar que la experiencia que se tiene en la relación con los profesionales, influye muchísimo en la imagen que posteriormente se elabora del grupo profesional, por lo cual ello hará también variar el deseo de la comunidad acerca de la idoneidad e importancia de nuestra presencia en los distintos encuadres del sistema sanitario.

> “Podemos afirmar que gran parte de la literatura de Enfermería en los últimos años, ha versado sobre su conceptualización, delimitación de funciones y concienciación de entidad propia”

Distintos niveles de preparación-formación, distintas legislaciones y diversos grados de autonomía y profesionalidad para



«En un equipo de trabajo cada miembro debe responsabilizarse de áreas de trabajo o actividades concretas»

desarrollar la propia tarea, ha provocado, como afirman diversos estudios sociológicos, que exista una imagen pública confusa acerca del profesional de Enfermería.

Nosotros nos reafirmamos que sólo a partir del trabajo bien hecho y fundamentado, así como de un aceptable nivel de formación, se ha ido y debe consolidarse una profesión que todos coinciden en reconocer que ocupa en cantidad y continuidad un amplio abanico en la atención sanitaria de un país. Estamos convencidos, que tanto la Enfermería como cualquier otra disciplina del área de la salud, lejos de replegarse en sí misma, debe abrirse al trabajo multidisciplinar, haciendo así presente en las distintas vertientes del sistema sanitario, una aportación genuina, basada esencialmente en el cuidado y atención de la comunidad, tanto sana como enferma. El objetivo de promoción de salud y/o prevención de la enfermedad y el de atención de la enfermedad y el de atención y/o rehabilitación del enfermo, exigen la participación de las distintas disciplinas y sólo a partir de esta realidad se será capaz de realizar una atención exhaustiva e integral a una población que por ser humana lleva inherte el factor salud-enfermedad.

De lo expuesto, derivamos pues la necesidad de tener una clara especificación del contenido de la Enfermería y de la necesidad de los distintos ámbitos de formación que posibiliten el dar respuesta a la presencia en los distintos equipamientos de un sistema sanitario.

Perfil de la profesión de Enfermería

La Enfermería tiene por objeto el captar las necesidades del individuo y de la comunidad que deberán satisfacerse a partir de su plan de cuidados y/o plan de actuación, para contribuir al restablecimiento del mayor nivel de salud posible en caso de enfermedad y proporcionar los cuidados, controles y orientaciones necesarias para prevenir la enfermedad del individuo sano.

Contemplamos una doble orientación, hacia el individuo sano y hacia el individuo enfermo, que si bien nos es útil para manifestar la amplitud de la responsabilidad de la profesión, en la práctica ello se presenta en una dinámica interrelación, dado que la llamada población sana es susceptible de enfermar, como la población enferma de sanar, así como dentro de lo que solemos denominar población *sana,* existen los grupos con mayor riesgo y que por tanto exigirán de mayor atención y control y dentro de la población denominada *enferma,* existen los colectivos de crónicos, susceptibles también de programas específicos que favorezcan un nivel de calidad de vida lo más normalizado posible, así como una labor de prevención de un mayor deterioro. Esta realidad, nos hace pensar que sea cual fuere el ámbito donde la enfermera desarrolle su labor profesional, se verá obligada a atender en mayor o menor grado los distintos ámbitos de actuación que se explicitan en la presentación de las funciones de la Enfermería, que a modo de recordatorio se reparten en:

> «Sólo a partir del trabajo bien hecho y fundamentado, así como el de un aceptable nivel de formación, se ha ido y debe ir consolidándose nuestra profesión»

— Función asistencial.
— Función administrativa.
— Función docente.
— Función de investigación.

De ellas se desprenden distintas actividades, encaminadas a la «única función» de la enfermera, que presentaron Harner y Henderson y que transcribimos textualmente:

> «La enfermería es, principalmente, ayudar a la gente (enferma o sana) en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a la salud, o a su recuperación (o a una muerte en paz) que ellos llevarían a cabo, sin ayuda, si tuvieran la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Asimismo, la única contribución de la enfermería es ayudar a las personas a ser independientes de tal asistencia tan pronto como sea posible...»

Función compleja, que en el mismo artículo en que se presenta se afirmará que ello «exige entender las necesidades fundamentales del hombre, de forma tal que puedan ayudar a sus clientes o pacientes a procurar por todas aquellas necesidades

o hacer sus vidas tan normales como sea posible, incluso durante su enfermedad».

Ámbitos de actuación

En este apartado queremos sólo insinuar la diversidad de proyecciones profesionales, que se aborda más adelante con un apartado específico, pero que insistimos aquí en ello, para darnos cuenta que la pluralidad de proyecciones de la enfermería no es algo que se inventa en una noche plácida o llena de relámpagos sino que dimana directamente de la responsabilidad que asume la profesión en el momento que se define en los términos anteriormente señalados. Nos encontramos pues, ante el punto de enclave entre la profesión como tal, la necesidad de hacerse presente en distintos ámbitos y el consecuente trabajo multidisciplinar.

> «No realizamos una atención integral si cubrimos las necesidades biológicas de una persona sin tener en consideración los aspectos psicológicos y sociales que se verán afectados por esta causa»

En el Hospital, y dentro de éste en los distintos ámbitos que influyen y se llevan a cabo las tareas asistenciales, directa o indirectamente; en las Áreas de Salud, interviniendo en programas de prevención, estudio o seguimiento, y en la Administración, donde se coordinan y fraguan los programas y objectivos de salud, estará presente la Enfermería junto con otros profesionales, aportando desde su propia visión y conocimientos todo aquello que colabore en alcanzar el objetivo común y específico de cada ámbito. A partir de aquí, podemos ya intuir que se deriva ya la necesidad de un buen trabajo de equipo, así como la necesidad de formación específica multidisciplinar. No es novedosa pero sí poco explotada, la idea de empezar a compartir aulas en las materias comunes que atañen a distintos profesionales o también llamada «educación interdisciplinaria» que no sólo aunaría esfuerzos, sino que se convertiría en más enriquecedora, por las visiones de las distintas aportaciones y a su vez facilitaría en mucho, el posterior trabajo en equipo.

EL EQUIPO DE TRABAJO

La organización en las ciencias no difiere en exceso de la organización en las otras ciencias o procesos productivos, en los que la optimización de los recursos hacen necesaria la colaboración de distintos profesionales que generalmente tendrán un perfil profesional diferente.

Desde hace tiempo, la asistencia sanitaria va encaminada a una atención integral de la persona, abarcando los procesos bio-psico-sociales, lo que implica la participación de diferentes profesionales (médico, enfermera, asistente social...) hacia un mismo objetivo: LA PERSONA.

Si la atención que se pretende ofrecer es una atención individual, personalizada, no podemos tratar a cada uno de estos procesos (biológico, psicológico, social) de una manera separada, como si uno no tuviera nada que ver con el otro, sino que tenemos que aunar los esfuerzos y recursos necesarios para tratar a éstos como un todo. No realizamos una atención integral si cubrimos las necesidades biológicas de una persona sin tener en consideración los aspectos psicológicos y sociales, que se verán afectados por esta causa o atendemos de una manera individual a cada uno de los procesos de la persona. La atención integrada de cada uno de ellos va a precisar, como decíamos, de la participación de diferentes profesionales, cuyas actividades deberán realizarse de una manera coordinada dentro de un marco que denominaremos *Equipo Multidisciplinario de Trabajo.*

Los elementos o profesionales que componen un equipo de trabajo variarán en características y número, en función al tipo de atención que deban realizar; así como la composición de un equipo de atención primaria no será necesariamente igual a la de un equipo de atención hospitalaria.

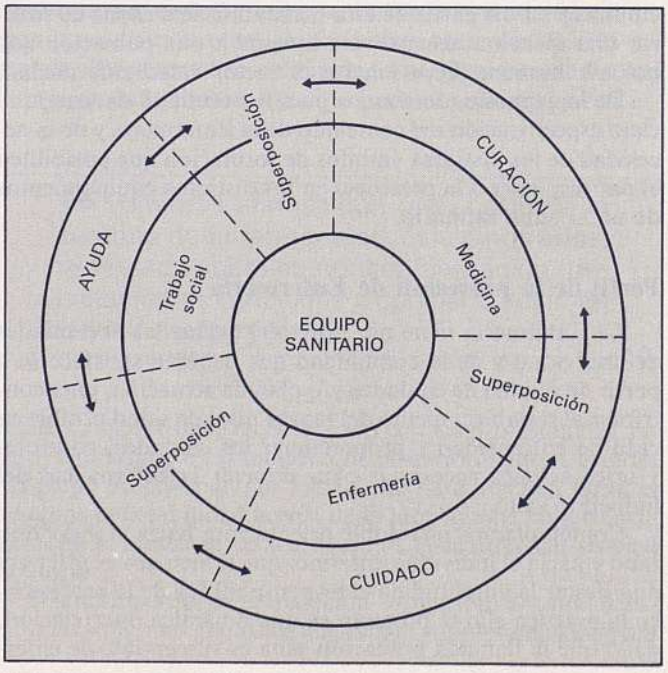
Si bien cada equipo o grupo de trabajo poseerá sus características propias, existen una serie de premisas que en todos se deberían de observar. Ello puede ayudarnos a la hora de implicarnos y situarnos en el diseño o funcionamiento de un grupo de trabajo.

Responsabilización de áreas concretas

En un equipo de trabajo cada miembro debe de responsabilizarse de áreas de trabajo o actividades concretas, delimitando muy bien su campo de actuación, aunque alguna de ellas puede ser de responsabilidad compartida con otro miembro del equipo. A este respecto y a modo de ejemplo, creemos que resulta ilustrativo uno de los gráficos diseñados por Dorothy C. Hall al presentar la relación de la Enfermería con la medicina y con el trabajo social.

Independientemente del grado de formación, titulación, experiencia..., en cada uno de los miembros que forman el equipo no debe de existir ningún tipo de jerarquías entre ellos. Entrar en un juego de rivalidades o liderazgos puede conllevar como riesgo la pérdida de vista del objeto marcado.

Una vez más, queremos recalcar que, sólo a partir del desarrollo y profundización de una ciencia, ésta encuentra su





«Enfermería compartirá con el Equipo de Atención Primaria de Salud una serie de objetivos dirigidos a mejorar y mantener el nivel de salud de las personas y comunidades de su área de influencia»

puesto y dignidad dentro de un equipo; se trata, en definitiva, de tener credibilidad profesional a partir del desarrollo de la profesión dejando de lado rencillas y suspicacias, a menudo anacrónicas, que conducen sólo a la malversación de energías en detrimento de la labor del equipo.

Metodología

Todo equipo debe marcarse una metodología de trabajo a la que ceñirse para realizar sus actividades. Ésta vendrá muy condicionada por el ámbito de actuación y por la formación y estilo de los miembros del equipo.

Marco de actuación

Se deben de establecer reglas que configuren el marco de actuación.

En el caso de un equipo de atención sanitaria, su marco de actuación será la persona y todo aquello que por su condición de enfermedad pueda afectarla, atendiendo a los aspectos biológico, psicológico, social, cultural, religioso. Ello configura un espacio común que ninguna de las disciplinas implicadas puede obviar en su aportación.

Planificación conjunta

La planificación, ejecución y evaluación de las diferentes actividades deberá ser realizada con la participación de todos los miembros del equipo, estando permeables a las mutuas sugerencias y vivenciando los resultados como algo que atañe a la totalidad del grupo de trabajo.

Coordinación

Todo grupo de personas con un objetivo común debe de estar coordinado, función que asumirá un miembro del mismo equipo de trabajo, no ajeno a él, sin que se deban establecer *a priori* ningún tipo de condicionamientos de acuerdo a su titulación o formación académica.

Trabajar en equipo es complejo y nada sencillo, y si son muchas las ventajas que se obtienen al hacerlo de esta forma también lo son los riesgos, que de no evitarse pueden llevar a la no consecución del objetivo marcado y fracaso del grupo.

Algunos de los riesgos a tener en cuenta son:

— Pérdida de una visión clara del objetivo por una definición errónea del marco de actuación.
— Falta de metodología de trabajo.
— Ambigüedad en la delimitación de responsabilidades.
— Fricciones por el liderazgo o control del grupo.
— Mala o nula coordinación.

La enfermera, como profesional de la salud y elemento básico de la organización sanitaria, formará parte activa de estos equipos multidisciplinarios en los diferentes campos de la atención sanitaria:

— salud pública;
— atención hospitalaria;
— administración;
— educación sanitaria;
— etc.,

en las que su formación específica y experiencia serán de un peso y valor específicos.

DIVERSAS PROYECCIONES PROFESIONALES

Intentamos presentar aquí, algunos de los ámbitos en los que la labor del profesional de Enfermería se lleva a cabo en la interrelación con otros profesionales, dentro de un equipo de trabajo multidisciplinar. No se trata de listados exhaustivos de tareas y/o funciones, puesto que ello varía según centros, zonas y orientaciones peculiares de los equipos. Aquí, lo que se pretende es dar una orientación general sobre lo que desde Enfermería debería atenderse bien colaborar en ello. Una vez más, la clasificación de ámbitos que presentamos responde a una necesidad de hacer agrupaciones más o menos diferenciables, siendo conscientes que en el desarrollo cotidiano existen múltiples interrelaciones y puntos en común. Al fin

y al cabo, la labor de cada día siempre es más de lo que se es capaz de plasmar en un papel.

La Enfermería en la Administración

Entendemos por el ámbito de la Administración, aquellos profesionales que forman parte, directamente o a partir de colaboraciones, con los grupos de gobierno que planifican y diseñan la política sanitaria de la sociedad.

Ello implica distintos niveles de actuación, que a grandes rasgos podemos señalar como:

— Ámbito estatal.
Como máximos responsables de la sanidad de estado.
— Ámbito autonómico.
De manera especial en aquellas comunidades autónomas donde la sanidad está transferida al gobierno autonómico.
— Ámbito local.
Regidorías de sanidad municipales, asociaciones de vecinos u otros colectivos que asuman en sus objetivos el incidir en la sanidad de su ámbito de actuación.

En cada caso, uno de estos niveles, con distinta responsabilidad y proyección, debería trabajarse si se mantiene el universal y deseado concepto de la atención integral, a partir de un equipo multidisciplinar formado por los distintos profesionales que en razón de sus competencias intervienen directamente en la atención sanitaria de la sociedad.

> “Todas las actividades que realiza Enfermería conllevan, a diferentes niveles, la función administrativa”

La Enfermería, en su cometido de detectar las necesidades del individuo y proporcionar directa o indirectamente aquellos cuidados y recursos orientados a satisfacerlas, no puede claudicar de hacerse presente de forma activa en estos equipos de gestión sanitaria. Es ciertamente una orientación que a primera vista poco tiene que ver con la clásica y más conocida imagen de la enfermera que presta directamente sus cuidados al usuario, pero no por ello es menos necesario, para que en la práctica de la asistencia directa sea posible la actuación interdisciplinaria. El diseño de atención sanitaria debe elaborarse contando con la participación de profesionales que tengan claro cuál es el lugar y actividad que la Enfermería debe desarrollar. Por otro lado, la formación específica posibilita poner de manifiesto tanto las peculiaridades como posibilidades de cada colectivo, con lo cual se hace posible el poder desarrollar programas reales en los que cada profesional se sienta representado y exista una adaptación entre su preparación y responsabilidad, con la labor encomendada.

La participación de la enfermera en este tipo de labor exige no sólo un conocimiento amplio de modelos y diversos procesos de atención de enfermería, sino también conocimientos organizativos y sociológicos que permitan una aportación válida en su captación de necesidades y ofrecimiento de recursos, tanto para el enriquecimiento del trabajo del equipo multidisciplinar como para el desarrollo y fomento de los profesionales, de su colectivo.

Tal como apuntábamos anteriormente, la incidencia en este campo, puede mantenerse bien sea a partir de formar parte de equipos establecidos de forma continua como a partir de colaboraciones esporádicas cuando éstas se soliciten para proyectos particulares. Ello dependerá sobre todo del nivel de actuación y de la peculiar organización y estilo de trabajo de cada ámbito y lugar.

La Enfermería en la atención primaria

La atención primaria la entendemos como aquella parte de la asistencia sanitaria en la que adquieren especial relevancia además de la atención curativa, la promoción y prevención de la salud así como la rehabilitación y la reinserción social. Esta concepción integral de la atención primaria va a precisar de la curación de unos equipos multidisciplinarios de trabajo que denominaremos Equipos de Atención Primaria de Salud.

La enfermera, como profesional que desarrollará su trabajo en el seno de uno de estos equipos, compartirá con éste una serie de objetivos que estarán dirigidos a mejorar y mantener el nivel de salud de las personas y comunidades de su área de influencia.

La formación y preparación de la enfermera de atención primaria debe de contemplar conocimientos sobre salud pública, prestación de cuidados, trato con personas sanas o enfermas, así como tener la capacidad de poder valorar de una forma global los problemas de salud, no olvidando funciones tan importantes en esta área de atención como son la formación y educación sanitarias.

Si bien el papel de la enfermera en el seno de un equipo de atención primaria se basa en las funciones propias de la enfermería, como son la asistencial, docente, administrativa e investigadora, el desarrollo de estas actividades se van a realizar en tres niveles bien diferenciados:

Atención directa

Es la que más tiempo y dedicación va a precisar por parte de la enfermera.

El espacio físico en el que desarrollará su actividad va a ser el centro de salud y el domicilio del paciente, tanto con carácter normal como urgente, siendo el primero el que ocupe la mayor parte de su tiempo.

En el centro de salud realizará actividades compartidas con otros miembros del equipo, como el médico, y propias como es la consulta de enfermería. Es en este espacio donde la enfermera desarrollará de una manera más personalizada su actividad de atención.

Entre las actividades más frecuentes podemos citar:

— Atención a pacientes crónicos.
— Actividades preventivas (inmunización, vacunaciones).
— Tratamientos terapéuticos.
— Educación sanitaria.

Otro espacio de atención por parte de la enfermería es el domicilio del paciente. Las causas que motivan el desplazamiento del profesional al domicilio del paciente pueden ser muchas, pero entre ellas podemos destacar:

— Control y atención a aquellos pacientes, entre ellos los crónicos, que han de estar encamados o tienen algún problema para su desplazamiento al centro de salud.
— Atención a pacientes terminales.
— Administración de medicación intravenosa continua.
— Atención a puérparas y recién nacidos.
— Realización de curas.
— Etc.



«Existe la necesidad de un buen trabajo de equipo, así como la de formación específica multidisciplinar»

La asistencia urgente también se contempla dentro de la atención primaria, pues generalmente va a ser ésta la que tenga el primer contacto con el paciente y su entorno (familia). Es cierto que algunas de estas necesidades urgentes de la población van a ser merecedoras de una atención hospitalaria, pero también lo es que otras muchas pueden y deben ser asumidas.

Programas de atención primaria de salud

A este nivel, las actividades de enfermería se basan en los siguientes objetivos.

Promoción de la salud. Basada principalmente en la información y educación sanitaria.

Prevención. Que dependiendo del nivel de la historia natural de la enfermedad en que se intervenga, se hablará de prevención primaria, secundaria o terciaria.

Cuidados curativos. Requiere el mayor tiempo de dedicación de la actividad en asistencia primaria. Las actividades de la enfermera se centrarán en:

— Valoración del estado general del paciente.
— Realización de las pruebas diagnósticas o complementarias.
— Aplicación de tratamientos terapéuticos.
— Técnicas propias de enfermería.
— Realización de curas.
— Seguimiento y control de los procesos.
— Fomento y control del autocuidado del paciente.

Rehabilitación. La atención en esta área de cuidados tiene como objetivo la adaptación del enfermo a su entorno natural de acuerdo con su nuevo estado de salud, así como mejorar éste y prevenir potenciales complicaciones.

Es en el campo de la rehabilitación donde adquiere mayor importancia la atención a los diferentes aspectos o procesos de la persona, teniendo que hablar de rehabilitación física, psíquica y social.

Administración

Todas las actividades que realiza la enfermera conllevan en ellas, a diferentes niveles, la función administrativa. La enfermera, como miembro del equipo de atención primaria participará con éste en las diferentes acciones administrativas y de coordinación. Así formará parte activa en la determinación de objetivos y prioridades, creación de programas de salud, protocolos, organización de actividades, distribución de recursos y evaluación del proceso.

Cada una de estas actividades, debe formar parte del programa conjunto del equipo y de ellas se desprende la mútua interdependencia con otros profesionales —médicos, trabajadores sociales, administrativos...— que generalmente conformen el equipo de salud, pero que puede y en muchas ocasiones debe ampliarse con la participación de otras disciplinas como la sociología, pedagogía, psicología..., bien sea para aspectos formativos del equipo o para orientaciones puntuales en objetivos concretos. De ello deducimos la necesidad de mantener el objetivo común a partir de una continua comunicación y relación interdisciplinaria.

La Enfermería en el hospital

Por tradición suele ser en el hospital el lugar donde la Enfermería tiene más estructurado su campo de actuación; si bien, como se apuntaba en el primer apartado, éste ha ido sufriendo variaciones distintas a la hora de concretarse en la realidad sanitaria de cada tiempo y lugar. Es también el hospital, un lugar de actuación que precisa de la actuación de un trabajo en equipo, para que la llamada *asistencia integral* pueda ser una realidad.

Tanto la larga trayectoria de la Enfermería en el marco del hospital, como la complejidad de los centros, nos lleva a considerar que es de una gran amplitud la aportación de los profesionales de Enfermería en el hospital, y aquí, para abordar el tema que nos ocupa, lo trataremos en dos bloques diferenciados:

— La Enfermería en la labor asistencial.
— La Enfermería en la labor de dirección y organización.

Sin con ello querer trazar una línea divisoria, creemos que en ambas dimensiones existe un contenido suficientemente amplio con una fuerte implicación interdisciplinaria de trabajo en equipo, que permite tratarse por separado.

Enfermería asistencial

La enfermera dedicada a la asistencia tiene definido su puesto como «responsable de realizar cuidados directos e integrales al paciente y su familia, cuyo propósito es proporcionar estos cuidados en todas las etapas del ciclo vital, teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, que afectan a la salud, la enfermedad y la muerte, protección y fomento de la salud y ayuda en la reincorporación del individuo en la sociedad».

Algunas de las tareas que llevan consigo sus funciones en el Hospital, se realizan específicamente desde la misma Enfermería, pero otras se desprenden de la colaboración con otros profesionales, trabajando en equipo para lograr la correcta atención integral del paciente.

En la función asistencial propiamente dicha, la enfermera debe ser capaz de valorar por sí sola, a través de sus conocimientos y la misma experiencia, las necesidades físicas de los pacientes y, a partir de ello, planificar y organizar la asistencia a los mismos, contando con la ayuda de los demás profesionales que están a su alrededor o a su cargo (como puede ser el personal auxiliar).

Los cuidados de Enfermería, como ya hemos dicho, deben ir encaminados a satisfacer las necesidades del paciente, realizando todas aquellas tareas definidas por la misma profesión (control de constantes vitales, práctica de curas, control de aseo e higiene del paciente...) y aquellas que vendrán orientadas por indicación médica (administración de medicamentos...).

También en este campo asistencial se debe prestar cuidados de Enfermería en los aspectos psíquicos, sociales y espirituales del paciente y familia, y es aquí también en donde la interrelación con otros profesionales se hace patente, ya que muchos de estos cuidados no los podrá realizar la enfermera por sí sola, requiriendo la ayuda de los mismos: psicólogos, asistentes sociales, personal religioso..., bien sea coordinando o solicitando la aportación de éstos directamente con el paciente, o bien recurriendo a ellos para ampliar o contrastar información y/o formación.

> “Unos mismos objetivos y una misma filosofía asistencial aglutinan a todos los profesionales y obligan, cada vez más, a actuar, también desde la dirección y organización, de modo interdisciplinar”

De ello se desprende la necesidad de formar parte de diferentes Comités existenciales en el hospital, como pueden ser: Comité de Farmacia, Comité de Ética..., en donde la visión de los diferentes profesionales en un mismo caso o en un mismo problema será una visión rica y plural.

Durante el proceso asistencial, la enfermera debe de estar en contacto continuamente con el resto del equipo de Enfermería que atiende a un mismo enfermo, ya que no olvidemos que el hospital es un centro en donde se actúa durante 24 horas al día y, por tanto, el paciente es tratado por varios profesionales del equipo de salud. Esta relación proporcionará una coordinación en la actuación, asegurando la eficacia en los cuidados de Enfermería. Es una de las características de los equipos hospitalarios, que en ellos, dentro de una misma unidad e interviniendo en los mismos pacientes, participen varios profesionales de Enfermería, lo que obliga a trabajar y coordinar la actuación propia aludida.

En la función administrativa nos encontramos con tareas que nos relacionan con otros profesionales, participando en planificación, organización y control de trabajo a realizar, para lograr conseguir con un mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales, aquellos objetivos marcados por la propia institución, sabiendo de antemano que el objetivo primordial es una adecuada atención al enfermo.

La enfermera, además, debe colaborar en la docencia de aquellos profesionales que están en período de formación, por lo que esto le obliga a un continuo reciclaje y contacto con las escuelas de Enfermería, y en cuanto a la investigación, debemos participar en los estudios e investigaciones que se llevan a cabo en el hospital, participando con otros profesionales, tanto en la Enfermería como en otras áreas de la salud, beneficiarias de lo que desde el hospital podemos aportar.

Dirección y organización

Siguiendo el proceso de desarrollo y evolución de la profesión, a pesar de la tradicional presencia de la Enfermería en los hospitales, es más reciente su cada vez mayor implicación en los temas directivos y organizativos de los centros.

Existe una vertiente muy relacionada con la propia ejecución de la Enfermería, que abarca todo aquello relacionado con el funcionamiento y organización de la división de Enfermería, pero también cabe considerar que ello es impensable realizarlo al margen del funcionamiento y organización del resto de divisiones profesionales que se encuentren presentes en el hospital.

Unos mismos objetivos y una misma filosofía asistencial aglutina a todos los profesionales y obliga cada vez más a actuar, también desde la dirección y organización, de modo interdisciplinario. Es casi impensable que puedan sostenerse proyectos asistenciales elaborados al margen del resto de profesionales, y pocos asumen ya el mero papel de adaptarse continuamente al ritmo y planteamientos de otra división, descuidando su peculiar aportación.

La filosofía de la institución es a menudo el punto aglutinador de origen, y será responsabilidad de la dirección de Enfermería el velar para que los objetivos y actividades se ajusten a ella. Por otro lado, en la tarea propia de obtención y distribución de recursos, se ve obligado a participar de un proyecto presupuestario común que se ajuste a la política de gobierno, que como miembro de la dirección del centro habrá colaborado en su elaboración.

Tampoco puede descuidarse la cada día más necesaria obligación de racionalizar la programación y desarrollo asistencial. Ello tiene una gran incidencia tanto en la dotación de recursos como en su distribución horaria y preparación formativa, y deberá gestarse en un continuo diálogo y coordinación con el resto de profesionales que intervienen en la labor asistencial.

Puesto que aquí se trata de presentar la incidencia de la Enfermería en un equipo multidisciplinario, haremos notar que es precisamente desde Enfermería donde se canalizan y articulan parte de los servicios complementarios e incluso administrativos del hospital. En la organización y planificación de su trabajo se ve necesario el trabajar de forma coordinada con servicios de pruebas complementarias así como de hostelería-cocina, ropería y administrativos-admisión. Ello obliga a que parte importante del trabajo de los supervisores de Enferme-



«Enfermería se halla estrechamente vinculada a las fases educativas o de salud escolar»

ría se centre en la coordinación para un buen funcionamiento y acoplamiento de tanta diversidad de servicios a los que debe recurrir para poder ofrecer una asistencia integral.

Así pues, forma parte del trabajo del directivo de enfermería, el mantener canales de comunicación con sus propias unidades y con el resto de servicios del hospital, para que se garantice la idónea participación y coordinación de todas las actividades, así como el participar en aquellos comités interdisciplinarios orientados a coordinar el funcionamiento global de las distintas unidades de la Institución.

La Enfermería en la educación

En este apartado apuntaremos la dimensión de Enfermería estrechamente vinculada en las fases educativas o salud escolar.

Es ciertamente en nuestro país un ámbito poco desarrollado, puesto que son muy pocos los centros escolares que cuentan con la presencia de algún profesional de enfermería; no obstante, no por ello debemos dejar de desarrollar las posibilidades reales que pueden realizarse en este ámbito.

También al plantearnos este marco, nos aparece la necesidad del trabajo en equipo como algo esencial y con gran importancia. A diferencia de la composición de los equipos multidisciplinarios del hospital, realidad con la que estamos más familiarizados, nos encontramos aquí inmersos en un equipo cuyos objetivos principales se orientan a la educación-formación. Entendemos que ello supone una readaptación de las funciones de Enfermería, de tal modo que, teniendo las mismas referencias, quizá varíen en la amplitud de dedicación y en su orientación.

Adivinamos una labor básica de asistencia en miras al cuidado del estado de salud, por ello entendemos la programación y desarrollo de revisiones, la detección de problemas de salud y el seguimiento de los mismos, en los casos que ello sea preciso. La integración en un equipo docente, abre al profesional de enfermería a hacer hincapié en la elaboración y realización de talleres de salud, programación de actividades informativas y formativas que favorezcan al máximo posible el llevar a cabo el educar para una vida sana. En todo ello va a ser indispensable el trabajar no de forma aislada, como miembros consultores, sino en el seno del centro, de modo que tanto el profesional de enfermería pueda ver orientados los aspectos pedagógicos como el profesorado verse apoyado y orientado por la enfermera.

Este profesional tiene también una incidencia importante en las familias de los alumnos, tanto en el seguimiento de situaciones concretas que lo precisen como en la orientación y formación de pautas y criterios de salud. Deberá crear su plan de actuación a partir de la realidad de cada centro, valoración de necesidades y canalización de demandas posibles. Asimismo será importante el mantener una intercomunicación constante con todos los componentes del centro, de tal forma que lo que se realice sea algo integrado en la programación global del centro y a su vez, responda a la necesidad de desarrollar aquellos contenidos que alcancen el objetivo de esta presencia.

No pretendemos llevar a cabo una lista de tareas y funciones, ello sería propio de un trabajo específico sobre el tema, pero tampoco renunciamos a hacer presente este ámbito de actuación, puesto que si bien está poco desarrollado, en lo que se refiere a presencias ya establecidas, recoge una serie de posibilidades de desarrollo profesional muy acordes a la orientación y formación que se viene dando a los DUE y por otro lado, la peculiaridad del marco y la *novedad* de su aplicación, permite el iniciar su desarrollo teniendo presente la importancia y necesidad de trabajar desde un equipo multidisciplinar.

EXPERIENCIAS

Nos pareció interesante y enriquecedor, recurrir a la aportación de algún profesional de Enfermería que estuviera desarrollando su labor en el marco de un equipo multidisciplinario. Para ello, optamos por orientar esta aportación a dos ámbitos muy concretos, el de la salud mental y el de la salud pública; el primero por contar con una trayectoria ya más o menos larga de trabajo en equipo y el segundo por ser un ámbito de más reciente implantación y orientado ya en su inicio hacia la labor multidisciplinaria. Teníamos interés en que no

fuera tanto una exposición teórica del tema sino que precisamente arrancara de la experiencia personal que se tuviera del trabajo de equipo. Por ello, corresponde a realidades muy concretas de nuestro entorno, que a modo de comunicación sirven de testimonios reales para nuestro artículo y pueden ayudarnos a descubrir aspectos vivenciales de nuestra labor.

Agradecemos pues, la aportación de:

Experiencia sobre la identidad de la Enfermería Psiquiátrica en los equipos de salud mental presentada por Antonio Vaquerizo i Cubero*.

En 1409, fray Gibert Jofré fundó en Valencia el primer manicomio en la historia de la asistencia psiquiátrica europea, convirtiéndose en la *cuna de la psiquiatría.* En la comunidad autónoma de Cataluña, en la segunda mitad del siglo pasado, se fundan una serie de instituciones privadas tomando como modelo asistencial el que estaba realizándose en el resto de Europa.

No es hasta 1932 cuando oficialmente se considera la necesidad de que las personas al cuidado directo del enfermo psíquico sean *personal especializado.* Publicando el Ministerio de Gobernación, el 16 de marzo de 1932, una orden «creando el título o diplomado de practicante, de enfermero y de enfermera psiquiátrica». Desafortunadamente, ninguna promoción pudo desarrollar el programa. En febrero de 1955 se desempolvó la antigua orden volviendo a convocarse «exámenes para la obtención del diploma de enfermería y practicante psiquiátrico» en donde se incluía un programa de estudios.

Desde entonces hasta ahora la Enfermería, y consecuentemente la Enfermería Psiquiátrica en su historia más reciente se ha visto obligada a sufrir profundos cambios. Cambios que han venido dados por los nuevos conceptos de salud y en consecuencia la incorporación de la enfermería a los tres niveles asistenciales en salud mental; desde la prevención a la cronicidad, pasando por la crisis. Esto ha provocado que el abanico de conocimientos específicos se haya ido ampliando, y nos encontramos en un momento de acoplamiento con las diferentes corrientes teórico-asistenciales y a su vez con los diferentes profesionales que forman el equipo asistencial.

Otro aspecto a tener en cuenta son las decisiones políticas que van a delimitar el tipo de asistencia sanitaria que se va a ofrecer al usuario. Van a ser estas decisiones de la Administración, las que van a enmarcar los ámbitos desde los cuales se va a ofrecer la asistencia, así como los recursos humanos con que contarán los diferentes dispositivos. En este sentido podrían destacarse dos vertientes asistenciales diferenciadas:

— Las que se han de producir dentro de los hospitales psiquiátricos (en nuestra comunidad autónoma, al parecer, continuarán existiendo estas instituciones, dada la imposibilidad de externación mínimamente digna en la que la asistencia básica necesaria esté garantizada), en mayor medida dirigida hacia la psicogeriatría. Un alto porcentaje de los residentes en hospitales psiquiátricos en unos años precisarán más cuidados propios de personas con una edad avanzada, que cuidados psiquiátricos.

— Las que se han de producir en los dispositivos asistenciales fuera del hospital psiquiátrico. Ejerciendo la función de contención del enfermo mental y su locura en el marco social e intentando evitar una rápida escalada en la cronificación.

En ambas vertientes asistenciales, para la Enfermería, al igual que para el resto de miembros del equipo se abren diferentes filosofías asistenciales desde donde abordar el sufrimiento, unas más centradas que otras en aspectos bio-psico-sociológicos que abonen el terreno bastante confuso aparentemente. El trabajo en equipo paradógicamente, aclararía la aparente confusión, al preguntarnos: ¿qué puede aportar la Enfermería al equipo? si desde las tareas diarias somos capaces de responder esta pregunta probablemente hallemos aquello que los teóricos hace años vienen buscando: la identidad profesional.

La identidad de la Enfermería Psiquiátrica posiblemente esté en lo cotidiano: lo cotidiano son las dolencias físicas, lo cotidiano son las emociones y el posible sufrimiento que éstas pueden provocar, lo cotidiano son los vínculos que la persona asistida mantiene con su familia. Detrás del axioma «toda conducta tiene un significado y generalmente es descifrable» se hallaría la aportación al equipo por parte del personal de Enfermería; la expresión emocional de la persona asistida durante las 24 horas en el caso de hospitalización completa, las horas correspondientes a hospitalización parcial, o el tiempo empleado en el control de seguimiento ambulatorio. Esto se traduciría en la observación y a ella se debería añadir una actitud terapéutica a través del intento de comprensión del sufrimiento de la persona asistida.

La identidad profesional vendrá dada por el desarrollo de un marco conceptual capaz de engarzar los diferentes ámbitos de incidencia de la Enfermería en salud mental. Así como la incorporación de las diferentes corrientes asistenciales, su articulación en el equipo y la decodificación de lo cotidiano como intento de aproximación al sufrimiento de la persona asistida.

Experiencia de Enfermería en los equipos de atención primaria presentada por Glòria Jodar i Solà*

Hace tan sólo tres años se inició con el funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria en las Áreas Básicas de Salud (ABS) del Area de Gestión «Costa de Ponent».

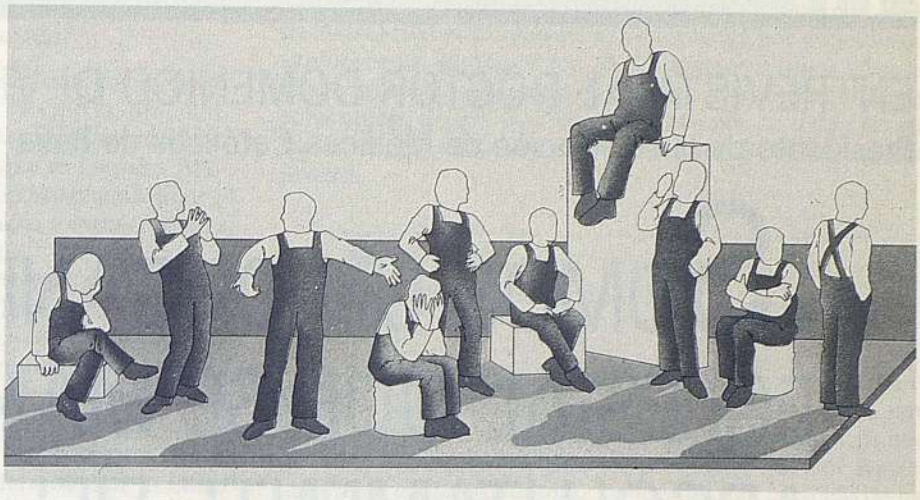
Algunos profesionales sanitarios, generalmente enfermeras y médicos, habían iniciado en algunos CAPS unos primeros intentos de trabajo en equipo, poniendo en marcha consultas de Enfermería en las que seguían programas para enfermos crónicos, visitas domiciliarias, atención a la mujer y al niño sano, etc.; lógicamente con recursos muy escasos, sin compartir el mismo horario laboral con el resto de profesionales, pero esto sí, con una buena dosis de buena voluntad.

Los resultados no eran siempre los más deseables y se hacía difícil poder alcanzar todos los objetivos que se planteaban, aun así, creo que sobre todo el personal de Enfermería hacía el intento de buscar el lugar que le correspondía en la atención primaria y poder al fin abandonar la tarea burocrática y administrativa que desarrollaba desde hacía tiempo y que evidentemente no era la suya.

Finalmente empezaron a funcionar algunas ABS, ello re-

* Diplomado en Enfermería del Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora de Montserrat de Sant Boi.

* Diplomada en Enfermería de una Área de Atención Primaria de la «Costa de Ponent» de Barcelona.



«Trabajar en equipo es complejo y nada sencillo»

presentó una mejora organizativa de todas las estructuras además de volver a definir las actividades de los distintos colectivos sanitarios.

Estos primeros años no han sido fáciles por la experiencia vivida en el sector, siendo sobre todo de consolidación de los equipos; muchas ABS se abrieron con personal interino, al poco tiempo se convocaron plazas fijas, cuando el equipo llevaba medio año o incluso un año en marcha. Ello supuso la incorporación de nuevos miembros al equipo, que volvían a replantearse tareas, programadas e incluso el funcionamiento general del ABS.

Todo ello ha contribuido a no poder todavía hablar mucho de resultados globales, entendiendo por globalidad los resultados comunes de todos los miembros del equipo. Sin embargo, es ya bastante difícil que un grupo de individuos compartan unos mismos objetivos y unas responsabilidades comunes que vayan orientadas a dar un sentido efectivo al usuario, más cuando todavía encontramos la idea de jerarquía y control vivida anteriormente.

Tampoco ha sido de gran ayuda la formación que han recibido médicos y enfermeras en la facultad, donde no se ha fomentado el trabajo en equipo, ni la atención primaria, centrándose en la patología aguda y desplazando la idea de prevención, educación y promoción de la salud a un segundo término, enfocado prácticamente a tareas exclusivas de enfermería.

Es necesario identificar muy claramente todos estos problemas, puesto que su comprensión es el primer paso para suprimirlos o abordarlos. De todos modos, no hay duda de que las ventajas han superado en muchas ocasiones los inconvenientes, tanto para el equipo como para la comunidad atendida.

El hecho de haber pasado de una relación unilateral médico-usuario a considerar el trabajo de un equipo multidisciplinar con objetivos únicos, que pretenden responder a las auténticas necesidades de la población y de los profesionales que integran el equipo, quizá no sea fácil, pero es posible.

Son muchos los factores que juegan a favor, como es:

- Compartir un mismo horario laboral.
- Compartir la misma herramienta de trabajo: el HCAP.
- Compartir la formación continuada y la formación en servicio.
- La docencia.
- La atención continuada.
- La atención domiciliaria.
- Los diseños y ejecución de programas y, en definitiva, el participar todos los miembros del equipo, sanitarios y no sanitarios, en la organización, ejecución y evaluación del conjunto de actividades que se desarrollan en el ámbito del equipo de atención primaria.

Ayuda también a responder a las necesidades de la comunidad, la entrada en el equipo de la figura del odontoestomatólogo y del asistente social, indispensables al integrar las actividades curativas, preventivas, de promoción de la salud, rehabilitación y reinserción social, orientadas al individuo y a la comunidad.

En definitiva y por terminar, cabe centrarse en una idea concreta: las necesidades de salud de la población son muy complejas para satisfacerlas por un solo grupo profesional. Sólo podrá hacerse si trabajan conjuntamente los distintos grupos profesionales; para ello es necesario que cada miembro del equipo reconozca y valore las aportaciones de los otros miembros, entonces quizá, estaremos en el camino adecuado.

ENTREVISTA AL DOCTOR DOMENICO DI VIRGILIO

Presidente de la Asociación de Médicos Católicos de Italia

5. «SOMOS UN ORGANISMO ECLESIAL QUE SE MANTIENE ABSOLUTAMENTE FIEL AL MAGISTERIO DE LA IGLESIA»

Dentro del funcionamiento democrático de las sociedades modernas, el movimiento asociacionista es una de las más ricas posibilidades que éste ofrece. Gracias al mismo, los diferentes grupos sociales pueden situarse en el tejido social al que aportan sus criterios, sus valores, su riqueza.

A veces, estos grupos tienen su origen en la vida de la Iglesia. Personas que, compartiendo fe y profesión, han decidido unirse con un objetivo inicial de comunión al tiempo que, desde ella, influir dentro del legítimo juego democrático en el propio contexto eclesial y social.

Uno de estos grupos es el que componen los profesionales de la salud. Con diferentes ritmos y estilos. Mientras en algunas naciones dicho movimiento se articula más específicamente en torno a las diferentes profesiones del mundo de la salud, en otras —éste es el caso de España— se pretende una convocatoria más amplia que englobe a todas ellas.

Conociendo el inicio y el camino andado por el PROSAC español —Profesionales Sanitarios Cristianos—, hemos creído oportuno acercarnos a otro tipo de este movimiento asociativo mucho más experimentado por cuanto su camino es largo y en el que sus inicios quedan lejos ya. Me estoy refiriendo a la Asociación de Médicos Católicos de Italia. Y más concretamente nos dirigimos a quien hoy se halla al frente de la misma, el doctor Domenico di Virgilio. Licenciado en Medicina y Cirugía en 1964, el doctor Di Virgilio está casado y tiene un hijo. Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital de las Hijas de San Camilo en Roma. Posee las especialidades de Cardiología, Medicina Interna y Gerontología.

Es miembro consultor del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud. Presidente de la Asociación de Médicos Católicos de Italia desde hace tres años. Vice-presidente de la Federación Europea de Médicos Católicos.

Su experiencia hace que cuanto nos va desgranando en la presente entrevista, tenga una especial importancia para quienes nos movemos en el campo de la salud. Y de modo más significativo para quienes en él se insertan como profesionales sanitarios cristianos.



Doctor Domenico di Virgilio, Presidente de la Asociación de Médicos Católicos de Italia

—Doctor Di Virgilio, ¿cuál es la identidad y la historia de la Asociación que usted preside?

La Asociación de Médicos Católicos de Italia nació cuando todavía no había terminado la II Guerra Mundial, en septiembre de 1944. Anteriormente los médicos católicos italianos pertenecían a una asociación que se llamaba Asociación de Laureados Católicos en la cual existían también profesionales no médicos: ingenieros, abogados y otros titulados que se declaraban abiertamente católicos.

Fue por voluntad expresa del papa Pío XII, y de acuerdo con los dirigentes de la Asociación de Laureados Católicos antes mencionada y algunos médicos, en concreto el doctor Gedda, el doctor Villani y el doctor Martarello, para los problemas cada vez más complejos de la Medicina, sobre todo en el campo ético, consideraron oportuno fundar una Asociación que se ocupase expresamente de los problemas de los médicos y, consecuentemente, de los enfermos. Por lo tanto nuestra Asociación cuenta con 45 años. Estamos presentes en 140 ciudades italianas, en cada región existe una coordinación de las diversas secciones y, finalmente, existe un Consejo Nacional que es elegido por los presidentes de estas secciones durante el Congreso Nacional que se celebra cada tres años. Este Consejo Nacional es el que elige al Presidente que dirige la Asociación por un período de tres años. Yo fui elegido Presidente del Congreso celebrado hace dos años en Florencia.

> “La AMCI acoge a 12.500 asociados de los 260.000 médicos que hay en Italia”

Tenemos unos Estatutos aprobados por la Conferencia Episcopal Italiana, puesto que somos un organismo eclesial y que se mantiene absolutamente fiel al Magisterio de la Iglesia. Quiero especialmente subrayar esta característica porque, probablemente, alguna Asociación Nacional de otros países, europeos o extraeuropeos, carezcan de ella. La pertenencia a la Asociación es, lógicamente, voluntaria y quienes a ella pertenecemos hemos optado por esta obediencia al Magisterio de la Iglesia.

—¿Cuántos miembros pertenecen a la Asociación en estos momentos y cuál es la pirámide de edad de los mismos?

En estos momentos somos 12.500 asociados en Italia. No somos muchos si tenemos presente que en Italia existen 260.000 médicos.

Pero este número, que reconocemos limitado, está justificado por el hecho de que nuestra Asociación no siendo un partido político, ni un sindicato, no ha hecho nunca una política del número. Nosotros nos reconocemos como un grupo de opinión. Por ello no es para nosotros fundamental el número aun cuando desde que he sido elegido Presidente, una de las decisiones que hemos tomado a sido la de procurar incrementar este número. ¿Con qué finalidad? Pues con la de estar más presentes e incardinados en esta dimensión de movimiento de opinión, es decir, de testimonio en los lugares de trabajo y en la vida de la enseñanza evangélica.

La edad media de los asociados es una edad media-alta. Hemos notado, como en todos los países occidentales, una crisis de valores, especialmente en el mundo de los jóvenes. Nuestra Asociación está compuesta, básicamente por personas que van desde los 40 años a los 70. En los dos últimos años hemos notado un incremento de médicos jóvenes ya que hemos constituido, a nivel de todas las secciones de todas las ciudades, un representante para los problemas de los médicos jóvenes.

> “En Italia hay 60.000 médicos en paro; tan sólo en Roma 6.000”

En Italia, la crisis de valores que he indicado antes, ha tenido especial incidencia en la Universidad en donde la Asociación Católica de Jóvenes Universitarios ha vivido unos años de cierto oscurantismo. Con los problemas habidos durante unos años en las parroquias, los jóvenes han carecido de una cierta formación como pude tener, por ejemplo, yo cuando era joven —provengo de los jóvenes de Acción Católica—. Y es que que antes existía un punto de referencia para los jóvenes católicos. Después de los años 60 se vivió, repito, una crisis de valores e incluso de las propias organizaciones católicas. Nosotros hemos notado esa crisis.

Ahora, mediante una serie de iniciativas como la que antes le he indicado; o como la de la creación de un representante de nuestra Asociación en todas las grandes Universidades que trata de acercarse a cuantos jóvenes se inscriben en la carrera de Medicina; la instauración todos los años de bolsas de estudio orientadas para los médicos jóvenes, menores de 35 años; favoreciendo la mayor participación de estos mismos médicos jóvenes en nuestro Congreso no exigiendo cuota alguna de inscripción —también nosotros tenemos el grave problema del paro en la Medicina, habiendo, tan sólo en Roma 6.000 médicos sin trabajo, 60.000 en Italia...— vamos notando una cierta recuperación de valores y, consecuentemente, un incremento de jóvenes médicos en nuestra Asociación.

—¿Tan grave es el problema del paro entre los médicos en Italia?

Es, ciertamente, un problema muy grave. Hay muchos jóvenes que accedieron a Medicina, probablemente, con la ilusión de unos fáciles ingresos. Esto ha sido un error, bien de la clase política que no ha sabido individualizar los objetivos de una forma bien precisa, bien de los médicos menos jóvenes que no hemos advertido que ejercer de médico no significa una fácil ganancia, sino, sobre todo acceder a una profesión que requiere, junto a una preparación técnica, una formación ética y un sacrificio por algunos años, antes de comenzar a ganar algo.

> “Recientemente, nuestra asociación ha sido reconocida como «Organización no Gubernamental». Era algo que deseábamos hace tiempo”

No me gusta ponerme de ejemplo, pero yo estuve cinco años, después de obtener la Licenciatura, sin ganar nada. Yo, eso sí, deseaba ardientemente ejercer de médico, y frecuenta-

ba los hospitales como muchos jóvenes de mi edad, pero sin ningún tipo de contraprestación.

—Profesor Di Virgilio, ¿qué actividades lleva a cabo la Asociación?

Nosotros, como Asociación de Médicos Católicos de Italia, gozamos de una inmensa fortuna como es la de haber disfrutado por tantos años de S. E. Mons. Fiorenzo Angelini como punto de referencia, un guía formidable. Lo que él sembró es lo que nosotros recogemos en estos momentos.

La estructura capilar de nuestra organización nos permite tener muchas manifestaciones, tanto a nivel local como nacional. Trataré de sintetizarle.

Nosotros disponemos de un periódico —ORIZZONTE MEDICO— con una periodicidad mensual. Tenemos una editorial que, junto a este periódico, nos permite realizar publicaciones anualmente. Este año, por ejemplo, hemos publicado un libro sobre el Comité de Ética que ha tenido un gran eco a nivel nacional. La bioética ha sido y es para nosotros un punto de referencia clave en la formación de nuestros asociados con el fin de poder incidir positivamente en nuestros ambientes laborales.

Luego tenemos una actividad espiritual: la formación espiritual de nuestros asociados. En todos los grupos de cada ciudad existe un sacerdote que es el Asistente Eclesiástico que cuida la dimensión espiritual. Realizamos un encuentro mensual para una formación desde el Evangelio o sobre aspectos espirituales. Hacemos una preparación especial para la Pascua, mediante conferencias y retiros, con toda la familia. Idéntica forma de preparación hacemos para Navidad. Realizamos peregrinaciones, a nivel regional, a los diversos santuarios; y a nivel nacional, hacemos lo propio a grandes santuarios: hemos ido a Fátima, Lourdes... En toda esta actividad espiritual procuramos incluir no sólo al médico sino a su familia.

Luego, cuidamos mucho la formación deontológica. Nuestros miembros trabajan mucho en los Colegios Profesionales de Médicos de sus respectivas ciudades. Tratamos de que nuestros profesionales salgan elegidos para esos organismos, con el fin de introducir en ellos nuestro testimonio y nuestras ideas.

A nivel internacional, nosotros somos parte de la Federación Europea de los Médicos Católicos, que preside en estos momentos el profesor Nenna y de la cual yo soy en estos momentos Vicepresidente. También tenemos al profesor De Francisis como representante italiano en la Federación Mundial.

Y una actividad recientemente inaugurada es la siguiente. Desde el pasado 1 de octubre, nuestra Asociación ha sido reconocida por el Gobierno italiano como «Organismo no gubernamental». Ello quiere decir que vamos a comenzar a actuar, con fondos estatales, en los países en vías de desarrollo para la construcción de hospitales y para la formación del personal, fundamentalmente en África y en América Latina. Es esta una actividad nueva, formidable, que nos ocupará muchísimo pero que hemos deseado y buscado sinceramente desde hace años.

> “Yo no he conocido todavía la utilización de la Asociación para la defensa de intereses de clase ni como medio de lucha política”

—¿No sería hoy más adecuado el crear una Asociación que acogiese a todos aquellos profesionales que trabajan en el mundo de la salud que otra, como es su caso, en la que sólo se agrupan una clase determinada de estos profesionales? Esto puede «oler» un tanto a un sindicato de clase que únicamente busca la defensa de sus asociados.

Comprendo bien su pregunta porque conozco el camino que ustedes están siguiendo en España. Nuestras respectivas posiciones parecerían estar en contraste pero creo que pueden ser conciliadas.

En la historia del asociacionismo católico en Italia este tipo de estructura se halla enraizada así. Estas asociaciones, así separadas, médicos, enfermeras, farmacéuticos, juristas..., no constituyen por sí un centro de poder, ni un movimiento de clase, ni un esfuerzo corporativo en orden a conseguir ventajas para la propia clase. No. En Italia estas organizaciones se configuran autónomamente, pero tan sólo en cuanto en una sociedad plural tan compleja como la italiana, en la que todos somos profundamente individualistas, el médico que puede hablar a otros médicos influye mucho más que el que ha de hablar, por ejemplo, a los farmacéuticos o a los juristas. Uno recibe más fácilmente el mensaje de aquel que ejerce su propia profesión.

> “Nuestros representantes en los sindicatos se han manifestado siempre en contra de la huelga sanitaria”

Pero esto, repito, no es contrario a vuestro planteamiento, ya que en Italia existe lo que denominamos la *Consulta* entre las diversas asociaciones de laicos a nivel nacional en la que todas ellas están representadas por medio de su presidencia generándose así un momento unitario. Esta consulta existe también a nivel diocesano: todas las diócesis tienen la *Consulta* en la que se hallan representadas todas las asociaciones católicas. Existe, asimismo, la *Consulta Sanitaria,* tan sólo para las asociaciones de este ámbito, en la que están los médicos, enfermeros, farmacéuticos, administrativos de la sanidad... En el hospital existe el Consejo Pastoral Hospitalario en el que también se encuentran representados todos los estamentos.

Esta división es aparente y no tiene un significado de clase. Pero según mi criterio ofrece una mayor potencialidad operativa; yo no he conocido todavía la utilización de la Asociación para la defensa de intereses de clase ni mucho menos como medio de lucha política. Nosotros nunca hemos presentado a nuestros candidatos para representar a nuestra Asociación sino para representar a la Iglesia.

Repito: para evitar cualquier amago de sectorialismo nosotros contamos con el Consejo Pastoral, con la Consulta Diocesana y con la Consulta Nacional. Y aún le diré algo más: los presidentes de las mayores asociaciones católicas de Italia se encuentran, a iniciativa de los médicos católicos —esto demuestra nuestra buena fe— (presidente del Movimiento Pro-Vida de Italia, enfermeros, farmacéuticos, juristas, objetores de conciencia, voluntariado), de forma periódica para examinar los problemas comunes. En este momento estamos examinando, de nuevo, el problema de la objeción de conciencia sobre la Ley de Alborto.

Nosotros tenemos una ley que legalizó el aborto en 1978, una pésima Ley que, no obstante, permite la objeción de conciencia. Y nosotros estamos preocupados porque nadie habla de esta objeción de conciencia. Por ello todo este movimiento de encuentro de Asociaciones hemos preparado estos últimos días, una carta común, firmada por todos nosotros, que enviaremos a todos aquellos nuevos titulados en la que les recordamos la posibilidad de acogerse a esta objeción.

—Habiéndose definido ustedes como un «movimiento de opinión», ¿Cuál es la incidencia que ustedes tienen dentro del tejido de la sociedad italiana en el ámbito de la política?

Permítame recordarle lo que Juan Pablo II afirma en la *Cristifideles Laici:* «Todos los católicos deben trabajar en la vida». Y la viña implica a todos los sectores: el cristiano debe comprometerse en el sindicato, en la política, en la acción social, en el voluntariado. Y nosotros, médicos, estamos comprometidos en todo ello. Sería absurdo dejar, por ejemplo, la política en sólo aquellos que no son católicos. Pero quede claro que cuando nosotros votamos a nuestros médicos, cuando se presentan a las elecciones, lo hacemos en cuanto católicos —y en el sentido preciso de este término—, exigiéndoles que den un testimonio —ya en la Cámara de Diputados, ya en el Senado— en las leyes que de una forma especial se ocupan de la dignidad del hombre, de los enfermos, de la ética, de la técnica. Ellos deben ofrecer su testimonio católico; eso es fundamental.

Así pues, nosotros como Asociación no hacemos política, bien sea porque no es correcto, sea porque lo impiden los Estatutos; pero queda bien claro que los católicos debemos interesarnos por la política, por el sindicato. El sindicato tiene una aspiración justa en orden a unas reivindicaciones justas, en la defensa de los trabajadores... Sin embargo, nuestros representantes en los sindicatos siempre se han manifestado en contra frente a la huelga en el mundo de la salud. Como médicos católicos no creemos sea un modo justo la huelga en este campo para reivindicar nuestros derechos. Si nosotros no estuviésemos presentes ahí, seguramente las huelgas sanitarias serían todavía más radicales.



«Nuestros representantes en los sindicatos siempre se han manifestado en contra frente a la huelga en el mundo de la salud»

—¿Cuáles son los mayores problemas a los que ustedes se han de enfrentar en estos momentos?

En este momento nosotros tenemos este problema principal: estamos muy preocupados por la explosión de la tecnología. Cada día vemos en el período nuevas conquistas técnicas. Y ello no significa que seamos contrarios al progreso y a la tecnología a quienes reconocemos los grandes beneficios que han reportado al hombre. Pero afirmamos que tecnología y progreso han de estar al servicio del hombre, y no a la inversa. Nuestro miedo en Italia, al igual que en las otras naciones, proviene del temor de que este progreso pueda ser utilizado en contra del hombre.

Hay cantidad de ejemplos. La fecundación *in vitro,* sin ir más lejos, y todas las técnicas, las más absurdas, que van contra la dignidad del hombre, no digo contra la enseñanza de la Iglesia. Es necesario llegar a un lugar de encuentro de ética natural, no hace falta ser católico para juzgar negativamente determinadas técnicas de fecundación.

Estamos preoacupados por todo esto y, al mismo tiempo, estamos empeñados en todas nuestras secciones y con nuestros representantes a nivel político, jurídico y científico en la Universidad a poner fin a toda esta desenfrenada carrera tecnológica y a encauzar la misma en favor del hombre.

El segundo problema que nos preocupa es la degradación ambiental. El ser humano forma una unidad con el ambiente; el uno influencia al otro y viceversa, de modo positivo o negativo. El hombre puede ser la causa de daños irreparables en el momento actual, y de forma especial con las generaciones futuras, si no encuentra un equilibrio con la naturaleza. Nuestro último Congreso Nacional ha afrontado el problema del medio ambiente y se han tomado medidas concretas de actuación al respecto. Algunas de nuestras secciones, por ejemplo, están haciendo campañas contra el tabaco, han hecho exposiciones fotográficas de la degradación ambiental, de las situaciones escandalosas en las que viven algunos de nuestros ancianos en ciertas residencias, de la forma inhumana en la que viven algunos de los inmigrantes extracomunitarios que han venido a nuestro país en busca de trabajo... Estamos co-

laborando con las Cáritas Diocesanas y otros entes que se relacionan con estos aspectos.

Y aquí también entra el mundo tecnológico, causa de la contaminación atmosférica mediante el uso de sustancias químicas y radiactivas que pueden ocasionar un grave daño al planeta en un futuro no lejano.

> "No hace falta ser católico para juzgar negativamente determinadas técnicas de fecundación"

En tercer lugar, ya lo hemos señalado antes, estamos comprometidos en el mundo de los jovenes. Estamos muy preocupados por ellos, y no sólo por los médicos jóvenes, sino por todos los jóvenes. Asistimos a un considerable aumento de las toxicodependencias, y no exclusivamente de las drogas químicas, sino también el alcoholismo, el tabaco, todo cuanto constituye un atentado para nuestros jóvenes. Colaboramos con las comunidades terapéuticas dando nuestro apoyo en la asistencia a los toxicodependientes, colaboramos con los centros de ayuda a la vida e intentamos acercarnos a los más jóvenes impartiendo conferencias en las escuelas —cuando obtenemos el permiso correspondiente— para hacerles conscientes desde el primer momento de los peligros de la droga, de las enfermedades transmisibles...

—¿Cómo ve usted el mundo de la salud en estos momentos, cuál sería el diagnóstico del mismo, desde la óptica de un médico católico italiano como usted?

En lo que respecta a Italia nosotros nos hallamos en un momento en el que estamos reformando el sistema sanitario nacional. Nosotros tenemos una ley de 1980 que da a todos los ciudadanos, en igualdad de condiciones, la asistencia sanitaria. Pero a lo largo de estos años hemos asistido a una degeneración de este aspecto. Este modo de entender la sanidad en Italia nos ha llevado a una excesiva *medicalización:* hemos asistido a una serie de descubrimientos no del todo necesarios, a un consumo de fármacos espantoso —todos los años el gasto sanitario ha sobrepasado en mucho lo previsto—; y, como consecuencia, la calidad del acto médico se ha reducido. Y es que esta reforma sanitaria ha cuidado mucho el aspecto técnico y no tanto la formación de los profesionales sanitarios. Estos, en concreto, han visto cómo se ha reducido su propia identidad. El centro del sistema sanitario en Italia no ha sido el enfermo y, consecuentemente, los profesionales sanitarios, sino los organismos que se ocupaban de la salud —nosotros les llamamos las Unidades Locales de Salud—, es decir, los políticos y los administradores. Esto ha traído el aspecto negativo de la deshumanización del hospital.

Nosotros estamos pagando sus consecuencias y actualmente los propios políticos están convencidos de la necesidad de reformar nuestro sistema sanitario. En estos días se está discutiendo en el Senado de la República de Italia el nuevo sistema nacional que retome estos valores, cada uno desde su propia responsabilidad y con el reconocimiento de la profesionalidad minusvalorado durante todos estos años.

Esto es necesario en estos momentos en los que, repito, los aspectos sanitarios, no sólo a nivel nacional sino supranacional, cuando asistimos a una conquista científica y tecnológica en los Estados Unidos, esto significa, inmediatamente, una demanda en los demás países y una reivindicación simultánea. Esto tiene sus aspectos negativos pero también positivos. Como corriente de opinión internacional puede motivar un movimiento de discernimiento y elección. Y aquí los grandes organismos internacionales —OMS y Asociaciones Internacionales—, podrán intervenir de una forma decisiva. Ello significa orientar la investigación, la prevención, la atención sanitaria, etc. Lo diré en pocas palabras: hoy, nosotros, no podemos desconocer que existe en el mundo un tercio de la población que está malnutrida, que todavía muere de enfermedades que son perfectamente curables. Y este aspecto debe afectar a todos los países. Una orientación sanitaria nacional no puede limitar su horizonte a los problemas propios, en cuanto los problemas de los demás se reflejarán en los nuestros. Lo he dicho antes: las poblaciones de África y de América Latina que vienen a trabajar a nuestros países traerán, también, una patología que nosotros creíamos perfectamente erradicadas (malaria...).

> "Nos preocupa seriamente el problema de la degradación ambiental"

Considero imprescindible que todas las naciones se preocupen de los problemas de las otras por un sentido cuando menos humanitario. Hoy no podemos dejar de pensar que mueren todavía miles de niños por un problema de alimentación, o por enfermedades infecciosas millones de personas, cuando sería suficiente dedicar a ellas una mínima parte de las medicaciones que nosotros derrochamos.

—Uno de los problemas que todavía no está medianamente solucionado en España es el de la asistencia a los enfermos mentales. Y se indica, con relativa frecuencia, la situación italiana como una de las posibles salidas al mismo. Profesor Di Virgilio: ¿Cuál es la situación actual de la asistencia psiquiátrica en Italia?

La Ley que impuso la reforma de la asistencia psiquiátrica en Italia —nosotros la llamamos la Ley 180— es una ley criticada por todos en estos momentos. La Ley Basaglia ha provocado muchas más dificultades que ventajas. Y ésta no es una idea personal mía sino de la gran mayoría de ciudadanos.

Ha creado grandes problemas en las familias, porque si bien es cierto que el enfermo mental es, ante todo, un enfermo que necesita toda nuestra ayuda y atención, no lo es menos que existen enfermos mentales que son peligrosos y que crean gravísimos problemas en el seno de las familias. Y por ello deben existir estructuras adecuadas en las que puedan ser acogidos, que no segregados. Es claro que es inhumana la idea del viejo manicomio, pero es también absurdo el pensar que un enfermo mental es lo mismo que un enfermo de pulmo-

> "El centro del sistema sanitario en Italia no ha sido el enfermo"



«Nuestra reforma sanitaria ha cuidado mucho el aspecto técnico y no tanto la formación de los profesionales sanitarios»

nía, y que puede andar tranquilamente por la ciudad cuando es un ser peligroso. No hablo de enfermedades mentales menores, sino de las mayores.

Actualmente existen varios proyectos en el Parlamento italiano para modificar la Ley 180 —Ley Basaglia— y que cuentan con el respaldo de una gran mayoría. Incluso porque hoy asistimos al incremento de unas enfermedades mentales de carácter involutivo; pensemos en las enfermedades degenerativas mentales, en la enfermedad de Alzheimer —que no es inicialmente una enfermedad mental pero que degenera en ella...— Y no quiero decir que un enfermo mental deba de ser tratado en un ambiente de hospital psiquiátrico; lo que indico es que, seguramente, los problemas psiquiátricos serán tanto más frecuentes cuanto se incremente el envejecimiento de la población. Ello exigirá una mayor dedicación de nuestras autoridades políticas y sanitarias por estos problemas.

En Italia existen hoy el convencimiento de la necesidad de reformar la asistencia psiquiátrica, preveyendo las estructuras cerradas, pero humanas, para estos pacientes.

—¿Cómo se encuentra hoy la formación en todos los aspectos de los nuevos médicos? ¿Se han perdido ya los profesionales «humanistas» del pasado en favor de los superespecialistas que parece reclamar el futuro de la Medicina?

Nosotros hemos vivido en nuestra Universidad unos años 60 muy difíciles. Se han dado dos fenómenos básicos. El primero, un enorme número de especializaciones que han dividido la Medicina con una clara influencia organicística. ha nacido una especialista para cada órgano, e incluso un subespecialista para ese mismo órgano. Esto ha privilegiado el aspecto técnico perdiendo de vista la unidad del individuo y, por lo tanto, la unidad de la patología.

Por otro lado hemos asistido a una decadencia de la dimensión humanística y de la visión global del hombre. Contemporáneamente esto ha significado una notable dificultad para la enseñanza de tipo ético.

Estos tres componentes (la superespecialización, el gran número de médicos y la dificultad de estar cercano a todos ellos), ha provocado una deshumanización de la Medicina, y el nacimiento de un médico técnico, más considerado como un biólogo que como un médico, pero desconocedor de la unidad del hombre en su aspecto psicológico y somático. Esto ha provocado una caída de la confianza entre el médico y el paciente, confianza que ha estado en la base de toda la Medicina y que ha comportado grandes beneficios.

> «La «Ley Basaglia» para la asistencia psiquiátrica ha provocado muchas más dificultades que ventajas»

En estos tres o cuatro últimos años asistimos a una vuelta, especialmente a través de la Sociedad Italiana de Medicina Interna que ha ejercido el reclamo de la propia CEE que ha criticado a Italia por el enorme número de especialidades —nosotros tenemos más de 64 escuelas de especialidad por Universidad—. Por otro lado se ha comenzado a constituir las Cátedras de Bioética, cosa que estimamos de gran importancia en orden a recomponer los valores de los que venimos hablando.

—Parece que ha cambiado o, en todo caso, está cambiando el papel del médico dentro del proceso de atención. Da la impresión de haberse caído del podium en el que entre todos le habíamos subido. ¿Está usted de acuerdo con nosotros? ¿Cuál es el papel del médico?

Ciertamente yo comparto con usted parte de su opinión. Hoy no goza el médico, en Italia, de la consideración de la que gozaba hace veinte o treinta años.

No existía una figura muy considerada como era la del médico de familia que hoy ha hecho desaparecer la socialización de la familia. Por otro lado también es bueno que se le haya despojado al médico de su omnipotencia, de su indiscutible autoridad, porque tampoco esto es positivo.

Hoy el médico parece irse acercando a lo que podíamos considerar la figura más justa. Es un profesional —y ello implica profesionalidad, formación y calidad científica y ética— que tiene su trabajo junto a otros que son también indispensables para llegar al objetivo común que no es otro que el de devolver la salud a quien ha perdido la salud, que previene la misma a quien todavía no la ha perdido. Hoy la salud es un objetivo común y no está en función de una sola persona que decide sobre todo y por todos. Pero no conviene olvidar

> «Los problemas reales de bioética que se dan en el interior de los hospitales son poco sentidos»



«También es bueno que se le haya despojado al médico de su omnipotencia, de su indiscutible autoridad»

que siempre recaerá sobre el médico la responsabilidad jurídica dada su situación de licenciado en Medicina.

Seguramente será imposible ya el retornar al pasado en el que el médico constituía una figura carismática. Yo creo que hoy ha llegado al nivel más bajo de la consideración del público, se ha perdido la confianza en él, duda del aspecto humanitario de este profesional, aunque comprenda que es un profesional que tiene derecho a una justa retribución.

El médico del presente y del futuro deberá ser un profesional preparado, dotado de gran humanidad, que sepa trabajar en equipo.

—¿En base a qué Código Deontológico actúan los médicos católicos italianos? ¿Poseen un Código propio?

En Italia existe una legislación por la cual todos los médicos, independientemente de su fe o credo político, se reconocen en su propio Colegio Profesional. Este organismo tiene su Código Deontológico que sirve para todos sus profesionales. El actual Código fue elaborado y aprobado hace tres años; nuestra Asociación trabajó activamente en ello colaborando en dicho proceso. En mi opinión es un óptimo Código. Nosotros, pues, no tenemos un Código Deontológico propio de los médicos católicos italianos.

—¿Y cómo se sitúa el médico católico en su diario contacto con sus colegas que no participan de sus propias creencias o confesión?

Ciertamente he de reconocer que en los últimos años bastantes médicos, por intereses propios, se han acercado a partidos políticos no católicos. Nosotros, médicos católicos, nunca nos hemos sentido en inferioridad, pero, realmente, hemos sido criticados por nuestra posición. Siempre estamos en clave de colaboración, evitamos lo que pudiera considerarse una lucha entre médicos católicos y no católicos aunque, ante ciertos problemas, nosotros hemos reivindicado fuertemente nuestros propios principios.

Cuando se ha tratado sobre la promulgación de la Ley del Aborto, por ejemplo, nosotros, médicos católicos elaboramos una especie de Decálogo que distribuimos a todos los médicos italianos, creyentes y no creyentes, explicando cómo debe comportarse un médico católico. Fuimos criticados por ello por determinados médicos, pero nunca llegamos a ningún enfrentamiento violento.

Ciertamente los médicos católicos, auténticos, estamos en minoría pero no por ello existe ninguna conflictualidad. Nosotros, médicos católicos, estamos por el ecumenismo, por el diálogo porque estamos convencidos que más allá de la fe puede darse un denominador común que respete la dignidad del hombre y que es la ética natural, fundamental para todos los hombres.

—Finalmente, profesor Di Virgilio, ¿cuál es el estado de la reflexión bioética, no ya en las Cátedras de Bioética, sino en los propios hospitales? ¿Existen los Comités de Ética, cuál es su funcionamiento?

En Italia tenemos un Comité Nacional de Ética desde hace pocos meses. En él los médicos católicos tenemos nuestros representantes. El presidente del Comité es un médico católico, el profesor Bompiani, y están presentes en el mismo cinco médicos más pertenecientes a nuestra Asociación.

Pero con anterioridad a la creación de este Comité Nacional ya existían en algunos hospitales los Comités de Ética locales, nacidos espontáneamente y de los que hemos formado y formamos parte.

Son Comités interdisciplinares en los que se hallan presentes abogados, médicos, enfermeros, farmacéuticos, capellanes o, en su caso, el pastor correspondiente cuando se aborda un problema particular de una religión determinada.

Esta es una realidad institucional, pero hay que decir que los problemas reales de bioética en el interior del hospital son poco sentidos. Yo trabajo en un hospital católico, un pequeño hospital en el que somos 70 médicos, y he de confesar que son pocos los que me siguen en este campo. Creen que es un campo especialmente difícil, que interesa poco, confunden la bioética con la religión, carecen de una formación en este sentido. Sólo cuando aparece un problema específico ves a la gente interesarse verdaderamente por este aspecto, aunque sin gran preparación para ello. Esto puede ser un grave problema.

Miguel Martín Rodrigo

6. SALUD Y ENFERMEDAD DESDE LAS ANTROPOLOGÍAS ACTUALES*

Felisa Elizondo



La autora del presente artículo nos ofrece un interesante acompañamiento desde el mismo, al campo de la antropología, punto de partida inevitable para, desde él, comprender el auténtico sentido de conceptos tan habitualmente barajados como no siempre del todo clarificados.

UNA RELATIVA ATENCIÓN AL TEMA

Si algo salta a la vista cuando se considera un enunciado como el título de esta charla es la escasa conexión que establecen las reflexiones antropológicas al uso (tanto de orden filosófico como teológico y aun cultural) entre lo que es el hombre y su posible o real condición de enfermo: su enfermabilidad o morbilidad. Salvo en las menciones que la enfermedad (y por contraste la salud) suele recibir al hablar del cuerpo como límite o en el contexto más amplio del mal, las antropologías parecen pensadas sobre un hombre al margen de esa posibilidad. Sin embargo, dada la presencia, insuprimible en unos casos y de larga duración en otros, de la enfermedad en el arco de la vida humana y en el conjunto social, no debería ser normal tan escaso margen de atención por parte de los tratados de antropología.

No desconocemos el desarrollo, en decenios recientes, de una antropología médica que cuenta con importantes páginas en su haber. En área castellana tenemos los trabajos de P. Laín Entralgo y otros en su círculo que han partido de presupuestos como la antropología de Zubiri para abordar el tema dentro del mundo de la medicina. Asimismo el área alemana ha realizado importantes aportaciones en este orden.

Nuestra aportación quiere rescatar aquello que, afirmado desde la antropología filosófica y la teología cristiana, puede considerarse como una mirada abierta, susceptible de agrandar su campo, sobre la salud/enfermedad. Todo saber que ahonde lo inabarcable e inagotable de lo humano, que contemple el dinamismo vital complejo e imparable que es el vivir consciente del hombre, tiene que encontrarse en algún momento con la presencia de la enfermedad en el itinerario personal de muchos de los hombres o mujeres.

Empezaremos delimitando el campo antropológico que tomaremos en consideración. Y en primer término descartaremos, por insuficiente, aquella antropología que reduce al hombre a hecho biológico y su existencia a proceso biológico. Lo que desde una reducción así puede esperarse sobre la enfermedad sería algo así como la descripción de un proceso o un estado en que el organismo padecería una alteración degenerante. La enfermedad vendría a ser «explicada» como algo que la biología advierte cuando por factores genéticos latentes y luego activados, o por influjos no del todo conocidos, se produce una variación en la vida de las células. O bien enfermar será la decadencia en la curva vital de un potencial orgánico de por sí limitado.

La reducción biologista conducirá consiguientemente a una naturalización de la enfermedad, exenta de dramatismo por lo esperable de esta posibilidad, y el hecho de enfermar suscitaría a lo más una notable curiosidad científica[1].

* Conferencia pronunciada en el curso sobre «Pastoral y Salud», organizado por el Departamento de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Española.

1. Que la tentación biologista no sea inactual lo muestra un estudio panorámico de las antropologías. Véase J. L. Ruiz de la Peña, *Las nuevas antro-*

Queda también a un lado una consideración de lo humano como una partícula-momento de la totalidad cósmica, de una fuerza impersonal omniabarcante que acaba deglutiendo cualquier entidad y anhelo personal en una especie de inmenso fundido. Aunque esta visión pancosmicista aporte la certeza de un final pacificante y sereno, curador de toda ansiedad ya desde ahora para quienes acceden a esta «nueva conciencia», esta visión que reaparece en nuestros días en movimientos como el conocido «New Age», una corriente que acarrea viejos temas gnósticos y esotéricos a la vez que sincretiza elementos del budismo, del Tao y de la psicología transpersonal, sumerge lo humano específico —la libertad insuprimible y responsable— en cascadas de energía y fuerzas cósmicas. Y el albedrío entrega sus armas ante una historia que es determinada por edades cósmicas. Una rendición de lo más personal a «un proceso sin sujeto ni fines». Una claudicación que sentimos como enorme a cambio de cierta cura de la inquietud e inseguridad que acompañan nuestro ser sujetos libres[2].

> “La comprensión de la enfermedad y de su correlativo, la salud, depende de forma decisiva de la consideración del hombre”

Una dificultad propia presentan asimismo aquellas posiciones estructuralistas que vacían de entidad al sujeto (y consiguientemente la libertad) hasta dar la impresión de que se trata sólo de un «lugar» donde se dan procesos en tercera persona.

LA UNIDAD DE LO HUMANO Y LA CORPORALIDAD

La comprensión de la enfermedad —y de su correlativo, la salud— depende de forma decisiva de la consideración del hombre. En la medida en que esta realidad no es parcializada y se respete la unidad psico-somática y la totalidad de dimensiones del *ser personal* que es, así como su relacionalidad, la enfermedad aparece como una verdadera situación humana, aflictiva y penosa en grados diversos, con toda la problematicidad y hondura que en el lenguaje esconden expresiones como «caer enfermo» «estar enfermo» o «ser enfermo». Máximamente cargadas de sentidos a descifrar para quien las escucha y peculiarmente significativas cuando se dicen en primera persona.

Decisiva para comprender más ampliamente el significado de la enfermedad en la existencia humana resulta la afirmación del hombre como un *ser unitario* y, por consiguiente, existiendo en una corporalidad que, lejos de ser un accidente de su existir, constituye el modo específico de su ser personal. Todo lo cual no quiere decir que el hombre se identifica sin más con la dimensión orgánica de su existencia, ya que una antropología respetuosa para con el inextricable enigma del ser humano sigue hablando de la unidad del ser del hombre; sin reducir éste a ninguno de los componentes de lo que es «una totalidad unitariamente configurada y ejecutora de actividades también unitarias», pero una unidad no equiparable a la de otros organismos vivos aun tan complejos como los animales superiores. No vamos a detenernos en cuanto la experiencia aporta a esta consideración básica de la unidad psicoorgánica inteligente, unidad viviente, que somos. La unidad psicosomática es supuesta en todo un campo de la medicina que lleva ese nombre y es claro el influjo de factores psíquicos en reacciones fisiológicas o biológicas; y a la inversa, la incidencia de sustancias químicas en estados de la psique, sin que de ello pueda inferirse que la mente humana se reduce a un proceso de múltiples reacciones químicas[3].

No es éste el lugar para discutir cómo la antropología actual habla del hombre como unidad personal que no sólo no escinde los términos unidos po «y» en la antigua formulación, sino que habla del «ser en cuerpo y alma»: «El hombre —que *es* cuerpo y *es* alma— es también y sobre todo *uno en cuerpo y alma* (...). El hombre no es cuerpo más alma, al modo de dos entidades completas y meramente adosadas. Es «todo entero y al mismo tiempo lo uno y lo otro, alma y cuerpo»; el hecho de *distinguir* esos dos momentos estructurales en el ser único y unitario que el hombre es, no autoriza a numerarlos como si fuesen unidades sumables»[4].

Al afirmar la unidad, la antropología actual intenta evitar el dualismo sin caer en una simplificación *monista* atendiendo a la experiencia de que yo soy sujeto del actuar (no mis manos ni mis músculos aislados) como señalaba ya la mejor antropología clásica. Mi «yo», conciencia, centro personal, vive y opera asumiendo y apropiándose la corporeidad: no vive ni siente a solas mi cuerpo, sino que soy yo quien vive, siente y padece, pues mi centro personal se expresa, se realiza y es afectado en el cuerpo y a través del cuerpo. En este sentido, más exacto que decir que «tengo un cuerpo» es decir que soy corpóreo y mi persona se da encarnadamente de manera que lo visible y lo invisible se penetran en mi existir y se contienen mutuamente[5].

Tal implicación recíproca de lo espiritual y corpóreo, rea-

pologías. Un reto a la teología. Santander, Sal Terrae, 1983, 71-130. Este autor, en un artículo posterior anota irónicamente: «El crónico destino de las antropologías parece ser la oscilación perpetua entre el angelismo de los dualismos y el animalismo de los biologismos. Ni que decir tiene que ninguna de estas alternativas pendulares dejan al hombre ser lo que es. El hombre no es ni un ángel degradado ni un ángel oprimido...; el hombre es el hombre. Ni más ni menos». (La tentación biologista: Communio 6 (1984) 518.

2. Cfr. M. Kehl, «Nueva era» frente al cristianismo, Barcelona, Herder, 1990.

3. La más atenta neurocirujía se mantiene cauta ante la identificación mente-cerebro y no desestima que en la comprensión de lo humano haya de mantenerse un principio espiritual que escapa a la constatación empírica, pero cuya suposición viene en ayuda de lo «no explicado» o «no explicado satisfactoriamente» en la complejidad del mundo psico-orgánico. (Cfr. los trabajos de D. Barcia y P. Gómez Borque en *El problema alma-cuerpo:* Communió 3/1987.

4. J. L. Ruiz de la Peña, *Jesucristo y la comprensión del hombre,* en VARIOS, *Jesucristo hoy,* Universidad Complutense, Madrid, 1990, 153. Afirmaciones así implican que no se pase por alto la licitud del término «*alma*», respectiva de «cuerpo» para mencionar el «momento óntico» especificativo de lo humano, o el co-principio transmaterial y transorgánico del ser del hombre que no puede ser explicado por su sola dimensión biológica. En este sentido se ha señalado también que «cuando la tradición cristiana habla del alma la concibe como un aspecto del hombre total y, por consiguiente, ligada al cuerpo y dispuesta a él. Además, no la limita al intelecto, sino que incluye la sensación, la afectividad, la memoria». (R. Brague *El cuerpo es para el Señor:* Communió 6 (1984, p. 574).

5. «Nuestra historia se inscribe en nosotros (...). El alma «informa» al cuerpo no sólo en el sentido aristotélico (dar una forma); sino también en el sentido de que ella imprime en él información, de tal suerte que el cuerpo informa acerca del alma. Pero la memoria que el cuerpo cristaliza es más amplia que nuestra conciencia. Podemos olvidar nuestro cuerpo. Pero él nos recuerda imponiéndonos sus leyes —en la enfermedad por ejemplo—. Nuestro cuerpo es como una memoria». (R. Brague, art. cit. 580-581).

> «El hombre no es cuerpo más alma, al modo de dos entidades completas y meramente adosadas»

firmada desde la antropología actual, tiene consecuencias en el orden salvífico y en la valoración cristiana del cuerpo, de tal manera que ha venido a subrayar la congruencia que se da entre la fe en la «resurrección de la carne» y la consideración del cuerpo como «templo del Espíritu», un templo donde el Espíritu se hace presente, templo símbolo de una Presencia[6].

LA CORPORALIDAD HUMANA

Somos corporalmente sin que nuestra identificación con el cuerpo sea nítida o, sin que lleguemos a vencer su opacidad, pues una resistencia del cuerpo a la libertad que intenta su posesión, parece acompañarnos de por vida: «De este cuerpo, yo no puedo decir ni que él es yo, ni que él no es yo, ni que él es para mí un objeto», escribió G. Marcel[7]. El cuerpo es condición de mi conocer siendo a la vez que objeto de conocimiento aquello a través de lo que conozco[8]. Es la mía una corporeidad personal a la vez subjetiva y objetiva: objeto y presencia sujetiva[9]. El cuerpo nos permite asomarnos a la realidad teniendo a la vez «el sentimiento de él»; es sentido como sentiente[10].

Cuanto llevamos dicho concuerda con la convicción de que el cuerpo humano, que es corporeidad «informada» por un principio difícil de definir pero que se resiste a ser eliminado, tiene un *rango superior* a lo meramente animal. Dotado de posibilidades de expresión y comunicación —basta pensar en el cuerpo simbolizador, en el lenguaje gestual múltiple, el rostro con todas sus valencias y la palabra— esta consideración del cuerpo humano tiene su correspondencia en el plano ético en la dignidad que se le reconoce por ser dimensión coextensiva de la persona[11].

Permeada de espiritualidad, la corporalidad humana que es «actualidad del alma en la materia», expresión y símbolo que apuntan a otra hondura, representa una *diferencia* insuprimible respecto de otros sistemas orgánicos complejos. Basta pensar en la diversa consideración y significado de la sexualidad humana respecto del apareamiento animal. El tema del «otro significado» del cuerpo humano tiene por ejemplo una vertiente advertible a través de un análisis del *pudor.* Más allá de su atribución a la esfera sexual, el pudor revela que la persona no se deja agotar en su cuerpo, en la desnudez de su cuerpo, ni en los sentimientos o convicciones que expresa. El pudor —así lo ha visto E. Mounier siguiendo la pista de otros pensadores como Hegel y Scheler, es una forma de negarse a ser poseído por la mirada del otro cuando esta mirada no reconoce aquella última hondura; aquella totalidad insondable que somos: «El pudor es el sentimiento que la persona humana tiene de no agotarse en sus expresiones y de no verse amenazado en su ser por quien tome el manifestarse de su existencia por la existencia total. El pudor físico —continúa Mounier— no significa que el cuerpo sea impuro, sino que yo soy espiritualmente más que el cuerpo que es mirado o tomado. El pudor de los sentimientos significa que cada uno de ellos me limita o me traiciona... Uno y otro pudor significan que yo no soy juguete de la naturaleza o de los otros. No experimento confusión ante esta desnudez o ante este personaje sino por no parecer más que esto»[12].

El pudor muestra —lo ha advertido Kierkegaard— que la angustia resiste, se rebela ante la posibilidad de que mi corporeidad sea considerada como mera corporalidad animal.

PERSONA Y ENFERMEDAD

Por decirlo con términos zubirianos, la realidad biológica del hombre y su actividad psico-orgánica, ese «ser siendo» que es en el dinamismo vital el ser humano, se da de manera que cada hombre se sabe realidad *suya,* realidad en forma de *suidad,* de *mismidad.* En el último nivel, hombre y mujer son seres *personales,* inagotables y a la vez abiertos, inacabados, susceptibles de ulterior y progresiva *personalización:* «movimiento de ser hacia el ser», «movimiento que se ultrapasa», había dicho Mounier de la persona[13]. Una progresiva autoposesión que es, al mismo tiempo relación múltiple entablada con el mundo y con otros —y en este sentido también «desposesión»[14]. Y una *relación-religación,* también y fundamentalmente, con la Realidad primera donde el ser personal arraiga, donde reconoce a la vez el fundamento y el sentido de ese ser[15].

> «Permeada de espiritualidad, la corporalidad humana representa una diferencia insuperable respecto de otros sistemas orgánicos complejos»

Hombres y mujeres experimentan su vivir, espiritual y corpóreo a un tiempo, *como indomable e irreversible.* Como fugitivo y amenazado, caduco en último término. Limitados en su *espacio,* los humanos, siempre seres en tensión, sienten que el *tiempo* representa a la vez que su modo de ser, una amenaza a su querer ser, a su deseo de seguir siendo. Y este *querer ser más* no es separable, sino que hay que tenerlo en cuenta, al plantear el significado de salud y enfermedad en el contexto humano. El necesario y natural querer ser plenamente, el querer ser feliz, ha hecho decir a Laín Entralgo que «No podrá ser cabalmente entendida la enfermedad humana —el estado de enfermedad en general y la individual enfermedad de

6. «Con sus estructuras y ritmos, el cuerpo ha sido creado para que sea «templo del Espíritu». Es «corporalmente» como toda la plenitud de la divinidad reside en Cristo» y nosotros estamos «asociados en él a esta plenitud» (Col. 2, 9). De ahí la pregunta apasionada del apóstol: ¿O no sabéis que vuestro cuerpo es santuario del Espíritu Santo? Glorificad por tanto a Dios en vuestro cuerpo» (ICor 6, 15; 19-20) (O. Clément *Sobre el hombre,* Madrid. Encuentro, 983, 94).

7. *Etre et avoir,* Paris, Montaigne-Aubier, 1935, p. 12.

8. Cfr. M. Merleau-Ponty, *Phenoménologie de la perception,* París, PUF 1945 p. 117 ss.

9. Cfr. Ch. Bruaire, *Philosophie du corp,* París, Seuil, 1968, p. 115 ss.

10. Cfr. V. Melchiorre, *Corpo e persona,* Génova, Marietti, 1986, p. 56.

11. Algunos de los textos de E. Lévinas muestran magníficamente la inviolable dignidad del cuerpo del otro como expresión de lo absoluto de la «alteridad».

12. *Le personalisme,* Oeuvres, Seuil, París, 1962. III, p. 464.

13. *Introduction aux éxistentialismes,* ibídem, p. 114.

14. *Le personalisme,* ibídem, p. 492.

15. Cfr. X. Zubiri, *Hombre y Dios,* Madrid, Alianza Ed., 1984.

cada paciente, por lo menos cuando sea crónica o neurótica la dolencia— sin alguna idea de lo que la felicidad es para el sujeto que la padece, y en consecuencia para el hombre en general»[16]. Se comprende por ello que la antropología mencione la *enfermabilidad* al considerar la presencia del *fracaso,* de la *negatividad* en la existencia humana.

Además, en esa preocupación vivida por seguir siendo, por expandir la propia vida, están implicados también los otros y la realidad cósmica, en la medida en que tales relaciones son constitutivas de la persona. Religado a una realidad que le sobrepasa, el hombre vive su propia realidad de persona en su corporeidad. Y como persona en relación y persona que es ser en-el cuerpo, vive el momento de la enfermedad. La dolencia afecta no sólo a su maravilloso organismo sino a ese ser *suyo,* originado y finalizado, ser en la sociedad y en la historia, ser en el mundo y en el tiempo.

UNA COMPRENSIÓN MÁS INTEGRADORA DE SALUD/ENFERMEDAD

Una visión más integral de lo humano, que se ha ido forjando en la antropología, ha incidido en la envergadura que hoy reconocemos a la salud y a la enfermedad. Que el hombre es *biología* y *biografía* equivale a decir que la medicina se muestra más atenta a la totalidad, aunque el *todo* personal desborde el puro saber-hacer del médico como científico. Así von Weizsäcker, siguiendo a Kant y Rickert, ha hablado del aspecto *cognoscible o fenoménico* de la enfermedad y del lado *nouménico* oculto, misterioso, puesto que en cualquier enfermedad subyace un yo personal afectivo que escapa a los análisis positivos.

La aportación del pensamiento existencial que habla del hombre como ser que nace excedido, llamado a sobrepasarse y trascenderse, a ensanchar su ser *(Dasein),* ha dejado entrever a contraluz lo que la enfermedad representa de merma, de no logro de ese desbordado *Dasein,* o de «situación límite». Con una forma de pensar al hombre en el entramado de las relaciones sociales y en parte conformado por ellas, las bases antropológicas acentúan también hoy el peso de factores económicos y de estructuras socio-históricas en el hacerse de ese hombre. Y, a la vez atienden a la trama social en la que el hombre, sano o enfermo, aparece inserto. De ahí que esta consideración del *homo aeconomicus* et *socialis* abarque en su visión no ya al individuo aislado sino al conjunto social y al condicionamiento histórico en que la enfermedad se da[17].

Por último la antropología teológica, que considera a la luz de la revelación al hombre-con los hombres en relación constitutiva y llamado a la amistad/amor con el Dios Creador y Salvador, ha tenido y tiene una tarea importante respecto de la consideración de la enfermedad y del horizonte de salud de los humanos (no olvidemos la relación estrecha entre «salud» y «salvación» en los textos judeo-cristianos).

Si cualquier visión que rescate al hombre del pancosmicismo y del biologismo (lo que no quiere decir que deje de apreciar los datos de la biología) ayuda a desvelar, al menos parcialmente, algo del «enigma» de la enfermedad y a ensanchar los contornos de la salud, una comprensión de lo humano que afirme una última hondura que roza las «manos creadoras de Dios», como dice la escritura y que considera a la persona *icono* de otro Rostro que nadie puede ver sin morir (tan cegador es en su claridad el rostro del Dios vivo) tiene que guardar en sí posibilidades de iluminación y claves de interpretación del también misterio de la existencia humana, y de la *situación humana* de enfermedad y de salud.

En esta mentalidad abierta a *todo el hombre,* la enfermabilidad y el caer enfermo son esperables puesto que la realidad *ontológicamente finita* manifiesta así su caducidad o su labilidad. Ahora bien, siendo como hemos dicho el hombre y la mujer realidades personales que exceden al plano de la naturaleza, la enfermedad atraviesa las «capas» múltiples de lo humano y alcanza esa hondura personal. Enfermedad y salud son, por tanto, abordables no sólo desde una óptica científica estricta, sino que su consideración pone en juego otras formas de conocimiento y relación. Ya el carácter de «arte» que se atribuye desde antiguo a la medicina implica algo de esto. Y el contacto y atención al enfermo lo documentan abundantemente.

De ahí que en nuestro tiempo asistamos a un intento de reunir y hacer complementarios los distintos ángulos de mira para evitar parcializar la comprensión. Asistimos también a un cuidado cada vez más atento a no tratar aisladamente esos componentes de «salud» o «enfermedad» reconociendo lo que de atípico y único hay en cada persona.

Así una nueva y más amplia «mentalidad antropopatológica» ha creído advertir D. Gracia en la larga reflexión de Laín Entralgo, para quien la enfermedad reúne tres momentos fundamentales: el *científico,* el *talitativo* (que considera la individualidad y sus notas constitutivas del hombre que enferma) y el momento *trascendental* o de apertura a aquella región de lo indecible y de lo inaferrable que subyace en la condición humana, sea ésta vivida plena o precariamente. En este mismo estilo situaríamos algunas aportaciones de Rof Carballo[18].

LA EXPERIENCIA DE LA ENFERMEDAD

Con una notable sabiduría médica en la que ciencia y humanismo resultan inseparables, P. Laín Entralgo ha advertido que en una auténtica práctica no pueden separarse estos tres planos o momentos que se dan en la experiencia de la enfermedad:

1. El *subconsciente-consciente proyectar* lo que uno va a ser y que tiene estrecha relación con el individualizarse de la enfermedad.
2. El *modo como el enfermo incorpora,* hace suyo, el padecimiento.
3. *La vivencia personal de la enfermedad:* el modo cómo la siente afectivamente y la interpreta. Una vivencia en la que nace la pregunta sobre el sentido de la enfermedad.

El decir popular: «cada uno es cada uno» y el «no hay enfermedades sino enfermos» resume algo de esta convicción de que en la enfermedad se implica un fondo personal, un proyecto y una «memoria» de vida, y se co-implican factores so-

16. Laín Entralgo, *Antropología médica,* Barcelona, Salvat, 1978, p. 57.

17. Véase D. Gracia Guillén, *Antropología médica,* en *Historia de la medicina* (dir. P. Laín Entralgo), Barcelona, Salvat, 1975, vol. VII, p. 117-118.

18. Cfr. D. Gracia Guillén, art. cit. p. 118-119. Véase P. Laín Entralgo, *La mentalidad biopatológica,* en *Historia de la Medicina,* Barcelona, Salvat, 1975, vol. VII, especialmente p. 197 y 202. Asimismo J. Rof Carballo, *Patología antropológica,* ibídem, p. 210.

> Limitados en su espacio, los humanos, siempre seres en tensión, sienten que el tiempo representa a la vez que su modo de ser, una amenaza a su querer ser, a su deseo de seguir siendo

ciales y económicos. Causas inmediatas (externas e internas) reacción psico-orgánica y reacción personal forman un triángulo en que el dinamismo corre en doble dirección pues los tres lados se comunican[19].

Estar enfermo, guardar cama en un centro sanitario o confinado en un ambiente reducido como es el que al enfermo le viene dado, representa para una persona una *anomalía* seria en su vida. Supone una *pausa* impuesta en su trabajo, una *limitación* en su actividad habitual, una *cisura* en sus relaciones acostumbradas y cierto *aislamiento* del entorno conocido. Además, un dolor o una disminución del vigor físico, comportan cierto *decaimiento* psíquico que cualquiera puede observar en sí o en los otros. Estar enfermo supone «estar a merced de», *desistir* por fuerza de la propia iniciativa, al menos en buena parte. Y lo que es más: por cuanto hemos dicho reconocerse enfermo provoca una *inquietud y una interrogación* inevitable respecto del sentido del propio vivir[20].

Oponemos natural resistencia a la enfermedad por cuanto significa abiertamente de alteración psicoorgánica y porque, veladamente, supone un cierto pregustar el final: un anticipo del trance de la muerte. La enfermedad —y más cuanto más serio es el caso— representa una *crisis* que junto con el dolor —también en grados diversos— comporta el sentimiento de debilidad y la espera, cargada de incertidumbre y aún de temor, de un diagnóstico o de la eficacia de un tratamiento. Comporta también una interrogación sobre el propio vivir que es coexistir y existir desde algo/Alguien y hacia algo/Alguien.

Toda una existencia, con sus planos retro y su entorno y sus figuraciones de futuro pivota sobre una afección o una disfunción que tiene un reflejo en el cuerpo o una localización en el organismo, que tiene efectos en la conducta observable. La enfermedad es el lado experimentable y aun el signo visible de aquella vulnerabilidad inseparable que nos acompaña, de nuestra radical precariedad, de nuestro no ser plenamente. Es *marca* de la finitud y anticipo —siquiera a distancia-de tiempo— del fin inexorable. De ahí que J. Mayer-Scheu escriba desde su práctica de ayuda que la posibilidad de una auténtica curación o de una verdadera aceptación por parte del enfermo depende en muchos casos —la mayoría— de que se aborde ese nivel profundo de una enfermedad: aquél a donde llegan las grietas de la *crisis* de un hombre o una mujer[21].

A LA BÚSQUEDA CONJUNTA DEL SENTIDO

Sin negar toda su validez a los recursos clínicos, hay que tener en cuenta que se da una afección en aquel nivel personal a que nos hemos referido. Un hondón donde afloran las preguntas y la pregunta religiosa. Y es en esos niveles donde sobrevive o se gesta la posibilidad de vivir la enfermedad y aún la no-curación *con sentido,* sin dejarse disminuir en humanidad por el embate, a veces agresivo y doloroso. «Curación», «alivio», «consuelo», «sanación» y «salvación» son palabras que pueden tener ecos muy varios, pero que en algún momento resuenan con su timbre más puro en la profundidad del enfermo, allá donde se deja vislumbrar un sentido y donde nace la esperanza.

Ahora bien, tal sentido y la esperanza naciente necesitan para emerger de la cercanía y del diálogo con otros buscadores de sentido o testigos de esperanza. Apertura, diálogo, compañía —y la compañía agraciante de Dios, decimos los creyentes— son reclamados para que el enfermo realice su camino de búsqueda y elabore en sí las respuestas a sus preguntas.

Experiencias realizadas por la logoterapia, y la observación de quienes se dedican con esmero a la atención y pastoral de enfermos, muestran qué posibilidades impensadas laten en quienes padecen y qué resortes emergen en ellos para vivir su situación y aun aceptar la muerte. Una dignidad y una fuerza que no guardan relación con su visible desvalimiento. Tanto Frankl como Kübler-Ross han expresado su maravilla ante ciertos casos —no tan escasos— en que la humanidad ha rebrotado de lo que parecía mero rescoldo.

Pero si es esperanzador pensar en lo impensable de los recursos de una persona, la enfermedad se presenta como un proceso crítico, y en sus diversas fases no oculta el riesgo de deshumanización que lleva consigo. Por ello ese proceso del yo necesita ser ayudado desde los otros que, sin sustituir al sujeto, sin precipitar su ritmo y sin dar por descontados tiempos y modos, resultan necesarios para que el sujeto paciente atraviese la prueba. Para que en su padecer no se vea desasistido de presencia ya que esa presencia, sea de palabra o de silencio, supone una búsqueda conjunta de sentido. Y no debería nuestra conciencia «llegar *demasiado* tarde a la cita con el prójimo» (Lévinas).

De modo certero, a propósito de la atención y presencia que el sufrimiento requiere, ha señalado D. Sölle que el dolor necesita hacerse *lenguaje.* Quien padece necesita, en primer término, liberar el dolor diciendo de sí, romper el cerco de mutismo que en el extremo, el sufrimiento impone. Necesita, también en primer término, una *actitud atenta y una silenciosa escucha* por parte de quienes se acercan en com-pasión (no conmiseración altiva!) y compañía.

Después de anotar que hay extremos de dolor que hacen a los hombres ciegos y mudos, aislados y concentrados en su dolor apurándolo con el ansia de que acabe, extremos que imponen respeto, consideración y silencio, Sölle señala tres pasos que van acercando algo de luz al dolor a la vez que éste, diciéndose, de algún modo se libera. Son éstos: el *grito,* el *lamento o la queja* ante alguien y la *expresión* explícita de la propia experiencia de quien sufre: «El lenguaje —señala— es una de las condiciones para que los hombres no permanezcan en el sufrimiento sin transformarse, para que no se vuelvan ciegos y sordos ante el dolor de sus semejantes, y para que den el paso desde un aguante puramente pasivo a un sufrimiento productivo, humanizador (...). El sufrimiento debe encontrar un lenguaje y proclamarse, y esto no sólo de modo vicario, en favor de muchos, sino en la persona de los que sufren. Es necesario que los hombres hablen para no ser destrozados por la desgracia o eliminados por la apatía. Lo importante no es dónde ni en qué forma ocurre esto, sino el que los hombres puedan formularse, o mejor, que aprendan a expre-

19. P. Laín Entralgo, *Antropología médica,* Barcelona, Salvat, 1978, p. 228 y 308-330.

20. Cfr. los diversos trabajos de H. C. Pieper, R. Ruthe y J. Mayer-Scheu, entre otros.

21. Cfr. J. Mayer-Scheu, *La pastoral sanitaria,* Concilium, 119 (1976), p. 425.

sarse, lo cual incluye las posibilidades no lingüísticas de expresión, depende el hecho de su vida. Sin la capacidad de comunicación con los demás, no puede darse ningún cambio. El permanecer callado, la falta total de comunicación significa la muerte[22].

Del grito primero, que expresa el estremecimiento, el momento supremo del dolor, ha observado Sölle, que el lenguaje del padecer pasa a la queja o al lamento. Y no raramente es queja ante el mismo Dios, tal como ha sido recogida en algunas de las más impresionantes páginas bíblicas. Y hay que saber que la queja, detrás de los términos negativos, guarda una necesidad de búsqueda. Quien se lamenta no querría dejar que la oscuridad anegue toda su existencia, o lo que es igual: lucha porque la esperanza no sea del todo abatida. Tanto o más que rebeldía o negación, el quejido puede ser oído como reclamo.

> «Que el hombre es biología y biografía equivale a decir que la Medicina se muestra más atenta a la totalidad, aunque el «todo espiritual» desborda el puro saber-hacer del médico como científico»

Si el grito es ya un alivio, el lamento ante alguien tiene poder liberador. A través de él el hombre puede ir transformando su dolor y dejar paso a algún sentido. Finalmente, una expresión o comunicación explícita de su propio percibir la enfermedad (del dolor con todos sus entrantes y contornos) ayuda a esa difícil meta que es «amar la vida de tal manera que su afirmación incluya el dolor»[23]. Una actitud que implica al centro vivo de la persona, que llega a aceptar el dolor porque atisba siquiera oscuramente, que no es del todo impermeable al sentido.

> «El ser humano —es la conclusión de Frankl en el libro que resume toda la historia de miseria y grandeza del campo de concentración— no es una cosa más entre otras cosas; las *cosas* se determinan unas a las otras; pero el *hombre,* en última instancia, es su propio determinante. Lo que llegue a ser —dentro de los límites de sus facultades y de su entorno— lo tiene que hacer por sí mismo (...). Nuestra generación es realista, pues hemos llegado a saber lo que realmente es el hombre. Después de todo, el hombre es ese ser que ha inventado las cámaras de gas de Auschwitz, pero también el ser que ha entrado en esas cámaras con la cabeza erguida y el *Padrenuestro* o el *Shema Yisrael* en sus labios»[24].

Y en una obra más reciente, repensando la tesis de fondo de su labor médica:

> «¿Cómo pude atreverme a afirmar que el hombre en el dolor puede ralizar lo más esencialmente humano en sí? ... Precisamente allí donde la situación es irreversible, allí se nos exige que cambiemos, es decir, que maduremos, que crezcamos, que nos trascendamos. Y eso es posible hasta el momento de la muerte (...). Pero que el sufrimiento sea realmente lo que le da al hombre la oportunidad de crecer y de trascenderse, nadie lo ha descrito mejor que el pintor y escultor Yehuda Bacon (...): «De niño pensaba, yo le contaré al mundo lo que en Auschwitz vi, con la esperanza de que el mundo cambiaría; pero el mundo no cambió, el mundo no quería escuchar hablar de Auschwitz. Sólo mucho después comprendí realmente cuál es el centro del dolor: el dolor realmente tiene sentido cuando tú mismo te conviertes en otro hombre»[25].

Estos y otros textos que no hemos leído documentan que es posible que una persona acosada por la enfermedad, incluso por la enfermedad mortal, llegue a comprender ese «síntoma de nuestra caducidad» que es el enfermar como un momento que le es ofrecido para que personalice aún más su existencia. De hecho, toda una tradición secular reconoce en el que ha padecido una sabiduría que es lo contrario de la superficialidad y el descompromiso con lo que se afirma.

Pero la experiencia de la enfermedad en sus mil modos puede resultar extremadamente penosa y oscura. Ese «exceso» y «mutismo» de los que habla D. Sölle amenazan con deshumanizar a quien sufre. Con cercarlo «como una jauría de chacales», como dice el versículo del salmo. Reconocer la interpenetración cuerpo-espíritu ayuda a comprender cómo puede mutilar el ánimo un insoportable dolor físico, y cómo puede lesionar el cuerpo un agudo sufrimiento moral. Por ello la práctica médica, y desde luego toda atención profunda al enfermo, ha de considerar ese modo personal con el que cada uno vive su enfermedad, ya que cada uno está abocado a enfrentar en primera persona ese margen doloroso de su vida.

Ahora bien, esto no quiere decir que pueda ni deba hacerlo a solas. Quien se encuentra en ese trance necesita verse reconocido como persona entre personas. Y ello en una medida que guarda relación con el grado de decaimiento que padece. Hay necesidad de que entonces, como nunca, la relación humana que es atención, escucha, cuidado y compañía —la fraternidad cristiana— se dé. Y esa relación, si no produce efectos medibles, no por eso deja de tener eficacia. Quien se siente reconocido con su rostro personal, con el relato de su vida y el dibujo de sus sueños, con su memoria de nombres queridos, con su personal temor a lo que desconoce, descubre al mismo tiempo y en sí mismo la posibilidad de llegar a decir incluso como el poeta Leopoldo Panero: «Yo te conozco dolor amigo».

O bien: «lo mejor de mi vida es el dolor».

El camino que va del diagnóstico temido a la asunción de la enfermedad es recorrido paso a paso, sin que nadie pueda sustituir al enfermo en su fatiga. Pero la suya puede y debe ser una fatiga acompañada, compartida —aquí la «compasión» de veras— por quienes reconocemos que cada persona *es ella misma siendo con los otros.* Así las convicciones de fondo en que vienen a concordar las visiones antropológicas más anchas, tienen una clara consecuencia ética.

La tiene, desde luego, la fe en Jesús, el Dios-Hombre, vulnerable a todo dolor y sanador de cuantos se le acercaron. Pero también para el cristiano vale la advertencia de que sólo una «compasión» auténtica hace entendibles palabras como éstas de la segunda Carta a los Corintios: «Aún cuando nuestro hombre exterior se va desmoronando, el hombre interior se renueva de día en día. En efecto, la leve tribulación de un momento nos produce, sobre toda medida, un pesado caudal de gloria, a cuantos no ponemos nuestros ojos en las cosas visibles, sino en las invisibles, pues las cosas visibles son pasjeras, las invisibles eternas» (2Cor 4, 16).

Es la palabra del que, al compartir el dolor del otro, condivide su propia esperanza.

22. D. Sölle, *Sufrimiento,* Salamanca, Sígueme, 1978, p. 81-82.
23. Cfr. Sölle, op. cit., p. 172.
24. *El hombre en busca de sentido,* Barcelona, Herder, 1979, p. 128.
25. *La voluntad de sentido,* Barcelona, Herder, 1988, p. 231.

7. LA TERCERA EDAD: UNA ENCRUCIJADA

M.ª Caridad Álvarez Andrés

La presente es una comunicación que su autora presentó en la última reunión de Profesionales Sanitarios Cristianos (PROSAC) celebrada en El Escorial (Madrid).

Tras un sencillo planteamiento de la realidad presente en que se halla la tercera edad, la autora esboza una serie de propuestas concretas sobre las que cree debería organizarse el próximo futuro de la misma.

Creemos se trata de un material bastante práctico que ayudará no poco a muchos de nuestros lectores, ubicados profesionalmente en este campo socio-sanitario.

ASPECTOS SOCIOLÓGICOS DE LA TERCERA EDAD

Según el artículo 50 de la Constitución Española, los poderes públicos garantizan mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.

En general, gran parte de nuestra vida la consumimos en jornadas apretadas de trabajo, relaciones sociales, proyectando y haciendo esquemas que puedan rentabilizar económicamente mayor bienestar a la familia y conseguir un futuro mejor.

Estamos en una sociedad competitiva, jerarquizada, insolidaria, haciendo que la vida para muchos, se convierta en una carrera de obstáculos y el futuro queda en pura ilusión.

La vida se convierte en una serie de metas; una lucha por salir adelante, que no deja tiempo para vivir otros aspectos de la realización personal que dan firmeza al desarrollo integral de la persona.

La esperanza de vida es de 75 años (media europea). La tercera edad comienza con la *jubilación,* tiempo que debería ser «un tiempo para vivir», como recompensa a todos los esfuerzos realizados durante la vida.

Hay quién habla con una visión optimista de los años de jubilación, de nuestros abuelos, de nuestros mayores y piensa que la Seguridad Social solucionará sus problemas económicos, les proveerá de residencias agradables, así como de los cuidados médicos necesarios, en definitiva, sueñan con los años de oro.



«No sólo es suficiente un alargamiento de la vida, sino que es preciso proporcionar más vida a la vejez»

Otra corriente de opinión, en cambio, no es tan optimista:

Los viejos están acabados, anticuados, confusos, chochos, gruñones, van mal vestidos, comen mal, gastan poco, no producen, no se adaptan a los cambios.

Si bien estos mitos en muchos casos son ciertos, habrá que decir que no deberíamos generalizar; que en ello intervendrá cultura, carácter y el apoyo social y familiar que reciba. Recordemos que *la mayor reforma de la Iglesia Católica, fue llevada a cabo por un longevo. «El Papa Juan y el Vaticano II».* Hay otros como Golda Meir, vigorosa ministra, Andrés Segovia, Picasso y muchos otros que fueron creativos hasta el fin de sus días.

«La juventud, divino tesoro», pero el oro de la experiencia se adquiere con los años, que el mayor puede legar al joven.

No es de extrañar que los niños, jóvenes, adultos, tengan un rechazo total al envejecimiento, y muchos ancianos no hagan nada por seguir viviendo. Al considerar la vejez como una especie de asunto para la caridad pública, tanto en el sentido afectivo como en el económico, la Sociedad no hace más que exteriorizar sus propios traumas; su carencia de respuesta satisfactoria al ciclo completo de la vida humana.

Nosotros hemos de considerar, «así como no se puede decir que el otoño, sea una estación mejor o peor que las otras», la vejez tampoco debemos enfocarla desde la mera referencia a las otras edades de la vida humana; y poco a poco, a medida que la edad avanza, pensemos *«lo bello debe dejar su puesto a lo sublime»*.

Desde una perspectiva lógica, la vejez no es ni un período detestable, ni tampoco sublime, y como todas las etapas de la vida, tiene sus problemas, sus tristezas, pero también con el apoyo social, posibilidades de alegría y realización, *desde el concepto que da Cristo a la vida, extendiendo su Humanidad,* a todos los sectores, incluyendo aquellas personas que por su deterioro mental o ideología distinta, no puedan percibir más que la décima parte de lo que pretendemos dar.

El anciano se desenvuelve en un mundo cruel, en una Sociedad extremadamente dura, con recursos económicos insuficientes.

Ahora dicen, «no se preocupe usted si su pensión no le alcanza y es propietario de piso, nosotros le aumentamos su pensión en X pesetas durante X años», bajo firma y contrato. Las inmobiliarias lo llaman con *bicho dentro;* y las residencias piratas (el negocio del siglo), el abuelo. Y con todo esto, me viene a la mente aquella frase de Calderón en «La vida es un sueño», ¡Ay de mí!, ¿además de vivir qué delito cometí?

DISCRIMINACIÓN EN EL TRABAJO

Incluso, cuando se llega a cierta edad, se intentará, por medio sutil y refinado, que se jubile anticipadamente; al ver recortados sus ingresos, sin posibilidad de extender sus conocimientos profesionales, una vez que ha perdido su actividad social, poco a poco van disminuyendo sus posibilidades de independencia económica y la valoración personal que conlleva, haciéndoles caer en grandes depresiones e incluso en el suicidio; o busca nuevos recursos de subsistir (si la cultura es baja, frecuente es verles recogiendo cartones).

EL ANCIANO ENFERMO

Una vez pasado el período agudo de la enfermedad, tenga familia o no, y a pesar de que la Constitución le ampara, se le pondrá en casa, *«El hospital debe quedar para curar», «El hospital no es un Asilo»,* y sucede, si la familia no está organizada que, o bien recae todo el peso, tanto físico como psíquico, en una sola persona, o desde el mismo hospital se intentará desviarle a otra institución, topando con el problema (salvo muy caras), no se encuentra un sitio donde el anciano pueda estar medianamente atendido.

PRESTACIONES DE AYUDA A DOMICILIO

¿Hay conciencia de la necesidad de ayuda a domicilio?

Sí, pero por urgente que presente el caso, bien podemos darlo por bueno, si sólo tardase un mes en recibirla, y dos horas dos veces por semana. Insuficiente para una persona que no tiene otro medio de ayuda y está postrada.

¿Cómo miden las necesidades los Centros de la Seguridad Social?

Diferencia dos escalas de *necesidades:*

1. Las necesidad potencial o aquella establecida mediante indicadores objetivos.
2. La necesidad real del servicio demanda por la población concernida.
   — El grado de validez.
   — La forma de convivencia.
   — El nivel de renta.

Según las investigaciones del Centro de estudios y desarrollo de la Salud, de un 15 a un 20 % de la población de 65 años y más, sufre problemas de validez, que les imposibilita de manera parcial o total para realizar las tareas cotidianas del hogar.

Y por otro lado, de manera estimativa, un 40 % de la población anciana, vive sola o con otra persona que supera los 65 años (matrimonio).

INSUFICIENTES PLAZAS

Cerca del 65 % de las pensiones españolas, están entre 35.000 y 40.000 pesetas al mes (estas cifras pueden considerarse la media), hay un porcentaje alto inferior y superior, y bastantes que están desde 0 a 15.000 pesetas (según Cáritas). Teniendo en cuenta que en problemas de validez, necesitan una asistenta a 600 pesetas/hora, luz, casa, mercado, es imposible para la supervivencia en casa.

La población total española es de 39.272.805 personas, y según Cáritas para 1995 el 17,98 % serán jubilados (unos ocho millones). En España se ofertan 120.000 plazas de Residencias de la Tercera Edad (entre públicas y privadas), así como plazas para válidos y asistidos.

Las previsiones del INE al 31 de enero de 1990, era de unos seis millones de jubilados (2,30 plazas por cada 100 ancianos).

La Comunidad Europea recomienda cinco plazas por cada cien ancianos; así el número de plazas en España debería estar en unas trescientas mil; teniendo un déficit de 180.000 plazas para válidos y unas 40.000 para asistidos.

LAS LISTAS DE ESPERA

En las Residencias estatales hay una espera de más de cuatro años; en las órdenes religiosas están a tope y la demanda es tan alta, que se van cubriendo cuando se producen bajas por defunción. No olvidemos, la atención institucionalizada resuelve muchos problemas, *crea empleo,* pero genera otro. En las instituciones está asegurada la atención técnica, pero está al descubierto el soporte psicológico.

LA FAMILIA

La industrialización hace que la mujer trabaje fuera de casa, y si el anciano o minusválido no se vale por sí mismo, arrastra problemas en la convivencia; la decadencia del matrimonio, aumento de divorcios, separaciones, restricción de hijos, aumenta el difícil papel de los ancianos en un ambiente familiar que no es el suyo.

EL HABITAT SOLITARIO

La separación residencial de generaciones, dificulta también. El envejecer solos aumenta el riesgo de vivir solos y de morir solos.

Se disente, se olvida y se vuelve a empezar, que las generaciones y los tiempos cambian; son distintas las costumbres a cuando ellos fueron jóvenes.

El anciano tiene tanto arraigo y afecto familiar, que cuando es llevado a Residencias rechaza la idea de abandono. Incluso de su mísera pensión (si le dejan algo), hará lo posible por guardar a los hijos o nietos; y éstos a lo sumo, irán unos minutos «una vez al mes» (comprenda abuela, no tengo tiempo), y los abuelos esperan contemplando sus fotos (si les dejan estos objetos personales) y hablando con sus compañeras de los éxitos familiares.

A los que viven solos debemos inculcarles que, con su pensión cubran sus necesidades, y eviten la mísera pobreza tratando de ahorrar.

CAPACIDADES MÍNIMAS QUE PRECISA EL ANCIANO PARA VIVIR SOLO

- Orientación respecto al tiempo, lugar y personas.
- Cocinar y alimentarse.
- Bañarse o ducharse.
- Vestirse.
- Limpiar la casa o poder pagar para que la limpien.
- Tener control de esfínteres.
- Trasladarse de la cama a la silla.
- Mantenerse de pie y caminar.
- Subir escaleras.
- No correr riesgos de accidentes, sobre todo de incendios.
- Poder ir a la compra, o tener alguien que le haga este servicio.
- Disponer de dinero y saber manejarlo.
- Capacidad para seguir instrucciones (tratamientos médicos).
- Capacidad para buscar asistencia si lo precisa.
- Proseguir los contactos sociales.

ALTERNATIVAS PARA ALIVIAR DICHOS PROBLEMAS

1.º **Considerando que** la asistencia domiciliaria a los ancianos en soledad, que no se valen por sí mismos, que no pueden estar con la familia por las razones que fueren; que les llega tarde la ayuda del ayuntamiento (dos horas, dos veces por semana), que es un sector de la población que carece de interés social (salvo en época de elecciones), que sufren innumerables achaques (depresiones, demencia senil, afecciones renales; con medicamentos que disminuyen los reflejos, que pueden ser causa de caída); pérdida de vista, de oído; que es imposible lograr una residencia (económicamente inalcanzable para una mayoría).

2.º **Notando que** la educación sanitaria está muy descuidada, aún creyéndola de máxima importancia, tanto en la atención primaria, secundaria, o terciaria; que en muchas ocasiones se van reduciendo al número de profesionales, apenas con tiempo de realizar sus tareas.

3.º **Habiendo comprobado que,** en muchos sectores sociales, el fracaso escolar va en aumento, niños callejeros, delincuencia juvenil, eleva sus cifras; así como adicción a droga, alcohol, juego, emigrantes, gitanos; sin profesores, ni sitio donde impartir enseñanza, con toda clase de necesidades al descubierto.



Gráfico según Cáritas

4.º **Teniendo en cuenta que** el sector social sensibilizado (voluntariado social) es insuficiente y la ayuda social escasa, que no cubre la tercera parte de los requisitos necesarios para que una persona anciana o incapacitada pueda vivir sola.

5.º **Convencidos de que** muchas personas en situación de *desempleo subvencionado* cobran un sueldo mayor o igual que estando en activo. (Que la clase activa tiene que mantener a todos los pasivos). Que el estar largo tiempo en ocio (socialmente no favorece más que al empleo sumergido, drogadicción, delincuencia...) que la responsabilidad social, concienciación ciudadana, no debe de recaer sobre unos pocos, ya sensibilizados, y pensando que «la crisis por la que atraviesa la sociedad es de todos, y entre todos debemos solucionarlo».

Después de haber reflexionado y de tomar como ejemplo a otros países de la Comunidad Europea.

Proponemos que, las personas que cobran el subsidio de paro dediquen una jornada más o menos larga (cinco horas diarias) a la atención de aquellos que carecen de todo recurso, o en cualquier obra social, de forma que a estas personas se les estimulen con puntos, válidos para acceder a un nuevo puesto de trabajo.

Estos trabajadores deberían de estar supeditados, o bien a los Servicios Sociales de Ayuda a Domicilio, a Centros de Salud o Ayuntamientos, con la misión prioritaria de mantener al anciano o persona necesitada en el mismo entorno familiar en que desarrollaron sus vidas. Del mismo modo, pueden prestar sus servicios a familias o personas que se hallan en especiales circunstancias, esto es, faltos de custodia o desestructuración familiar.

Uno de los objetivos que se perseguirían con esta labor sería la de prevenir los internamientos innecesarios, manteniendo el mayor tiempo posible al anciano en su domicilio, evitando riesgos, tanto para su persona como para la comunidad vecinal.

Es importante insistir en dos puntos fundamentales:

LA FORMACIÓN DEL PERSONAL Y SU ESTIMULACIÓN

1. **Formación.** Las personas que van a desempeñar esta tarea adquirirán una educación sanitaria y cada una de ellas

deben saber hasta donde pueden llegar. En cualquier caso, la formación ha de redundar en la calidad del servicio que se preste.

2. **Estimulación.** Para conseguir que el personal se sienta motivado en el trabajo, consideramos que hay que estimularle por medio de puntos en función del mes trabajado, garantizándoles la Seguridad Social.

CONCLUSIONES

En relación al trabajo expuesto diremos que:

— No sólo es suficiente un alargamiento de la vida, sino que es preciso proporcionar más vida a la vejez.
— Evitar por todos los medios la depresión, el aislamiento y la muerte social.
— Potenciar la actividad social en el jubilado sin tareas.
— Promover la mutua ayuda entre los mayores útiles.
— Sensibilizar a las familias para que el anciano quepa en el núcleo familiar.
— Sensibilizar sobre todo a las autoridades para dar cumplimiento al artículo 50, sin elevación de costos, ya que la presión fiscal es cada vez más alta (la clase activa debe mantener a la clase pasiva).
— Aprovechar al máximo todos los recursos (humanos especialmente); la falta de estructura social organizada, incapacita para dar una atención adecuada, como en justicia les pertenece.
— Para llevar a cabo todo lo anterior, proponemos a continuación algunas ideas personales, que podrán ser viables a corto, medio o largo plazo:

CORTO PLAZO

Desde hace dos décadas las guarderías infantiles son imprescindibles, disminuyendo en la actualidad por el descenso de natalidad. Siendo hoy necesarios los Centros de Día o guarderías de ancianos (o residencias de día en problemas de validez), donde los ancianos podrán vivir con otras personas sin perder el contacto familiar.

Tanto en los Centros de Día, como en las residencias diurnas, debe tenerse control de la salud y revisión de los tratamientos, evitando al máximo la automedicación y la polifarmacia.

Cada Centro, para mayor humanización y normalización de los servicios, debe de aprovechar bien todos los recursos, evitando la masificación, estudiando los casos por separado y manteniendo contacto con las familias del anciano (si la tiene).

Servicio de comedor: Si el jubilado hace uso de este servicio, aportar para los gastos según pensión.

Según estudios de la O.M.S., el 10 % de las personas de la tercera edad de aproximadamente 80 años, viven solas, tienen problemas de validez y sus pensiones son escasas.

FACTOR HUMANO QUE PODRÍA EMPLEARSE

1. **Paro subvencionado.** Este punto que creemos puede tener repercusión social y sindical, queda suficientemente ampliado y especificado aparte.

2. **Creación de unos servicios sociales.** Posiblemente es el que más personal aportaría. Hoy cada vez menos, vemos la necesidad de que chicos inexpertos entren en las fuerzas armadas; en cambio, hombre y mujer, hemos de retar a la marginación, esto o en breve tendremos en país tercermundista. Y por tanto, hemos de considerar: «Los mayores nos ayudaron a crecer, hoy devolvemos algo que en justicia les pertenece».

Este personal debe ser preparado con una educación sanitaria, dependiendo de los Servicios Sociales y Centros de Salud, estimulado con puntos para la obtención de un futuro puesto de trabajo. Teniendo en cuenta la situación demográfica y la Constitución Española: «No debe existir discriminación por ideología política, raza o religión».

3. **Sensibilización** parroquial o Instituciones organizadas para voluntariado bien preparado.

— Cáritas tiene continuamente cursos para su voluntariado.
— Cruz Roja está bien organizada en cuanto a su voluntariado.

Entre otras, estas instituciones funcionan bien y deben ser apoyadas.

CLUB DE ANCIANOS

Acogida
— Nombre, dirección, D.N.I., familiares cercanos.

Culturales
— Tertulias, charlas.
— Biblioteca (libros, prensa...)
— Formar e informar.

Recreativos
— *Bar:* A precio de costo (aportación mínima).
— *Excursiones:* En contacto con el Inserso, Cruz Roja y otras instituciones.
— *Vacaciones:* En contacto con el Inserso, Cruz Roja y otras instituciones.
— *Trabajos manuales:* Labores, Pinturas, Poesías. (Exposición).

Ocupacionales
— *Reuniones:* Presidentes, Vocales (elegidos por ellos).

Economía
— Cuotas. Aunque sean simbólicas deben pagar.
— Fondos.
— Donativos.

Salud
— *Preventiva:* Callista (a bajo precio. Revisión medicamentos. Revisión alimentación. Toma de T.A. Visita domiciliaria. (Recomendaciones en el panel).
— *Curativa:* Rehabilitación y terapias para evitar psicofármacos.

Mantenimiento
— *Limpieza.*
— *Orden.*
— *Decoración.*
— *Ejercicio.* Las personas útiles deben colaborar.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

— (Art. 50 de la Constitución).
— Las edades (don Pedro Laín Entralgo).
— La 3.ª edad, tiempo para vivir.
— (Congreso, mayo 1990) (FEDEO).
— La vejez y sus mitos (T. C. Salvat).
— Alternativas-conclusiones, son personales.

8. ÉTICA DE LA MANIPULACIÓN EN EL MUNDO DE LA SALUD MENTAL

José-Román Flecha Andrés
Decano de Teología de la Universidad Pontificia de Salamanca

El autor analiza los conceptos de manipulación y de salud mental a la luz del bien de la persona considerada integralmente. Valora las dificultades inherentes a la resolución de conflictos si no se utilizan las posibilidades de complementariedad de diferentes principios utilizados en bioética. Después trata cuestiones concretas como el internamiento involuntario y diferentes terapias aplicables al enfermo mental. La seriedad del análisis ético permite calificar este artículo como un buen punto de referencia para quienes deseen profundizar en la temática.

A juzgar por las innumerables proclamas de principios y propósitos, se diría que la nuestra es la era de los humanismos. Pareciera que finalmente el hombre se habría convertido en el centro de la atención. Como si el viejo mito del progreso técnico hubiera al fin descubierto los límites que la misma dignidad del hombre le impone, no para negarlo sino para llevarlo al verdadero progreso integral.



Y, sin embargo, el fenómeno humano y la humana aventura parecen de nuevo amenazados por nuevos mitos. El hombre parece haberse convertido en el último animal utilizado en la experimentación[1].

Cuando parecía que los estudios éticos perdían su relevancia en el mundo tecnificado y pragmatista de este siglo, de pronto una nueva rama ha venido a mostrar la vida del viejo tronco. La Bioética, trascendiendo los marcos de la antigua deontología médica, ha venido a plantear en el primer plano de la preocupación filosófica las preguntas fundamentales sobre el respeto a la vida. La Bioética y la Ecoética han venido a recordarnos que no todo lo que podemos hacer técnicamente estamos éticamente autorizados para llevarlo a cabo, a menos que hayamos decidido no solamente el suicidio de la especie y del planeta sino también la abdicación de toda racionalidad[2].

La Bioética, en particular, estudia sobre todo los problemas relativos a la manipulación de la vida humana tanto en sus orígenes como en sus momentos terminales. Pero no debería ser limitada a esas situaciones. La vida del ser humano está sujeta a continuos atentados y a diversos intentos de llevar a cabo lo que Paul Ramsey llamaba el «hombre fabricado» y lo que otros han descrito como el «hombre a la medida»[3].

Esos múltiples intentos han planteado de forma cada vez más urgente la necesidad de una reflexión coherente y plural que siente las bases para una ética de la manipulaicón humana[4], también por lo que se refiere al mundo de la salud mental, tan olvidado en nuestros antiguos manuales de Teología Moral[5].

1. Así comienza W. E. May su libro *Human Existence, Medicine and Ethics,* Chicago, 1977, 17, refiriéndose a un reportaje de la televisión CBS.

2. Por referirnos solamente a obras de fácil acceso entre nosotros, véase D. Gracia, *Fundamentos de bioética,* Madrid, 1988; M. Vidal, *Bioética. Estudios de bioética racional,* Madrid, 1989; E. López Azpitarte, *Ética y vida. Desafíos actuales,* Madrid, 1990.

3. P. Ramsey, *El hombre fabricado,* Madrid, 1973; W. van den Daele, *Mensch nach Mass? Ethische Probleme der Genmanipulation und Gentherapie,* München 1985.

4. Cf. B. Häring, *Ética de la manipulación,* Barcelona, 1978; J. Gafo, «Dilemas éticos de la experimentación humana», en *RazFe* 211 (1985) 607-620; E. Sgreccia, «La ética de la experimentación del medicamento», en *DolHom* 2 (1987) 60-75; P. Verspieren, «Experimentación humana», en *Mor* 11 (1989) 275-296.

5. Cf. J. M. Rodríguez Delgado, *Control físico de la mente. Hacia una sociedad psicocivilizada,* Madrid, 1972; Varios, *Planificación cerebral del hombre futuro,* Madrid, 1973. Son muy escasas las alusiones a este mundo que se encuentran en los manuales de Teología Moral. Así en M. Zalba, *Theologiae Moralis Compendium,* I, Madrid, 1958 apenas encontramos un par de aplicaciones concretas: «Non licet occidere... mente captos, quinullam utilita-

1. CUESTIÓN DE CONCEPTOS

Los antiguos manuales de Teología iniciaban siempre el estudio de cada tema con una situación del mismo en el ámbito global de la asignatura y con una delimitación de los términos que entraban en juego ya en su enunciado. Parecía como si quisieran acotar el terreno del estudio y clarificar los conceptos para evitar inútiles discusiones posteriores sobre el alcance de los mismos.

Al acercarnos al tema que hoy ocupa nuestra atención, dos bloques de conceptos la atraen: la manipulación y la salud mental. El segundo delimita el objeto del estudio, mientras que el primero califica el aspecto formal bajo el cual es considerado. Es preciso insistir: lo califica. De hecho, ambos bloques conceptuales exigen una más detenida reflexión.

1.1. **La pregunta por la manipulación.** En los últimos tiempos, y a medida que las posibilidades técnicas de intervención sobre el hombre y su vida se hacían más extensas y rutinarias, se ha podido comprobar el amplio fáctico de manipulaciones a las que el ser humano puede ser sometido.

Pero junto a la observación de lo fáctico surgía, y en buena hora, la reflexión sobre lo lícito de tales intervenciones.

Para algunos, apoyados en un planteamiento estrictamente positivista, la licitud de la manipulación viene determinada por las estipulaciones de los diversos ordenamientos legales y reglamentarios. Un paso más trata con frecuencia de justificar la misma existencia y aun la concreción de los preceptos o permisiones legales desde la presunción de su utilidad pública, del consenso social que las origina o del beneficio pragmático que de ellas se pretende obtener[6].

Para otros, en cambio, la eventual licitud de la manipulación del hombre ha de tener en cuenta la normatividad última de la naturaleza. Principio innegable, sin duda, si es que el ser del hombre ha de ser normativo para su propio actuar así como para la determinación de los límites del actuar ajeno sobre él. Pero principio altamente conflictivo, en cuanto que la percepción y la defensa de la misma «naturaleza» del hombre no es evidente inmediatamente, sino que pasa por múltiples mediaciones culturales e históricas.

La manipulación del hombre, por otra parte, puede estar motivada por intenciones de beneficencia o de maleficencia, si así se puede decir. No es la simple intención la que legitima la manipulación del ser humano, pero es cierto que la finalidad de tal intervención, así como los medios y los límites de la misma, modifican su calificación ética, que puede ser terapéutica o puede resultar abusiva.

De todas formas, la invocación de la naturaleza, como dimensión sagrada e intangible, que tantas veces ha funcionado como principio de discernimiento, no debería hacer olvidar otro principio tradicional, aunque unilateralmente utilizado, como es el de la responsabilidad administrativa y de tutela que el hombre ha de ejercer sobre su propia existencia. Ni puede hacer olvidar que la defensa de la naturaleza no se opone a lo que podríamos llamar la «ética de la prótesis». No

> «En los últimos tiempos se ha podido comprobar el amplio abanico fáctico de manipulaciones a las que el ser humano puede ser sometido»

parece ilícito, en efecto, que el ser humano acuda a instrumentos o intervenciones que, aun siendo artificiales, sirven de apoyo o corrección a la misma naturaleza humana, a sus funciones o mejor aún a la globalidad de la existencia humana personal.

En consecuencia, no toda manipulación sobre el ser humano ha de ser condenada a priori como inmoral. El criterio de discernimiento habrá de buscarse tanto en los fines perseguidos como en los medios utilizados, en los riesgos que se afrontan y en los beneficios que se espera obtener para el sujeto humano. La persona humana integral es el criterio último[7].

1.2. **La salud mental.** Si ya es problemático el concepto de «manipulación», no lo es menos el de «salud mental».

Es cierto que la Organización Mundial de la Salud ha ofrecido cuidadosas definiciones de cada enfermedad mental en su ICD-9, es decir, la «Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, del año 1978, desarrollada dos años después por la Asociación Psiquiátrica Americana, en su Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM-III). Pero las definiciones se quedan cortas cuando se trata de delimitar los índices del mencionado desorden. O más aún cuando se trata de evaluar la etiología última de la enfermedad y la relación existente entre el enfermo y el grupo social al que pertenece[8].

Desde siempre se ha observado que la percepción de la enfermedad mental variaba de acuerdo con la cultura ambiental. Otra forma de acercarse a la misma intuición es la observación de que los enfermos mentales son considerados con frecuencia como tales en el momento y en la medida en que ponen en entredicho, o simplemente en ridículo, las normas y esquemas sociales del grupo al que pertenecen.

Una observación dramática de tal relación es la que se desprende de los casos recientes de algunos disidentes políticos que han sido considerados como perturbados y, en consecuencia, forzados a un internamiento y a una terapia coactiva. Ha bastado el cambio de régimen político para que muchos de esos individuos pasen de la noche a la mañana del fichero de los enfermos mentales a las listas de los héroes nacionales.

Sin entrar en otras complicaciones, se pretende aquí sugerir que la manipulación en el mundo de la salud mental pone en cuestión y en entredicho concepciones muy respetables al interior de un determinado sistema socio-político que resulta yatrogénico en cuanto que él mismo configura un macroorganismo enfermo. La cuestión de la manipulación adquiere en ese contexto tintes especialmente dramáticos.

Tal vez habría sólo que añadir una cautela. Que no se piense solamente en organizaciones políticas dictatoriales. También las sociedades democráticas generan, producen, anatematizan, aíslan y manipulan sus propios enfermos mentales.

Así pues, una reflexión ética sobre la manipulación en el

tem materialem, magnum vero gravamen communitati afferunt» (p. 875); «Licet evirare hominem abnormiter et pathologic eroticum, cui alia remedia evaserint inefficacia, si eviratio indicata sit ad bonum totius corporis et systematis nervei» (p. 877).

6. Tales vienen a ser las razones con que pretende legitimarse la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida, I: *BOE* 24 de noviembre 1988.

7. Cf. B. Häring, *Ética de la manipulación*, 65-114: «Criterios para discernir el significado de la manipulación».

8. Cf. K. W. M. Fulford, *Moral Theory and Medical Practice*, Cambridge, 1989, 141-164: «Mental Illness».



mundo de la salud habría de comenzar precisamente por la clarificación de esa relación existente entre el individuo y la sociedad, es decir sobre las pautas de aceptabilidad del individuo en el seno del grupo social al que pertenece.

2. CUESTIÓN DE PRINCIPIOS

Las discusiones surgidas en diversos ámbitos de la sociedad, por ejemplo ante la eventualidad de la despenalización de ciertos comportamientos como el uso de las drogas, han evidenciado que los criterios de valoración de los mismos oscilan significativamente según el principio del que parta el razonamiento ético.

2.1. Para algunos, el principio fundamental ha de ser el de la *autonomía* del individuo. «Su cuerpo es suyo y puede hacer de él lo que quiera», se repite desde un lado y desde otro, en un contexto y el otro. Ahora bien, como el hombre no es pura corporalidad, sino un complejo ser de estructura psicosomática[9], el principio de la autonomía no puede ser entendido ni aplicado de forma reduccionista a la pura fisicalidad del fenómeno humano. Y por otro lado, el ser humano vive al convivir. No es un ser aislado sino un nudo de relaciones que originan su ser y condicionan su ser-así. De ahí que el principio de la autonomía tampoco pueda ser aplicado en el marco de un segundo reduccionismo que a fuerza de resaltar la individualidad desconociera la sociabilidad del ser humano. Si el cuerpo del drogadicto es «suyo», a la sociedad le interesa saber que no va drogando «su cuerpo» mientras pilota un avión. El principio de la autonomía ha de conjugarse con el principio de la alteridad o de la responsabilidad[10].

Por lo que a nuestro tema se refiere, la utilización del principio de autonomía para condenar a priori cualquier manipulación en el mundo de la salud mental correría el riesgo de ignorar situaciones de auténtico peligro que pueden correr las personas que conviven con el enfermo. El subrayado del principio de autonomía ayudará a reflexionar sobre la dignidad personal e inviolable de la persona, mientras que por otra parte podría motivar una inhibición hipócrita ante las verdaderas necesidades de la persona enferma así como de los que con ella han de convivir.

> “... Pero no toda manipulación sobre el ser humano ha de ser condenada a priori como inmoral... La persona humana integral es el criterio último”

2.2. De ahí que el principio de autonomía sea con frecuencia completado por el principio de *beneficencia.* La libertad del joven que conduce alegremente su motocicleta no impide la oportunidad y legitimidad de las normas que imponen el uso de un casco protector. La misma defensa de la autonomía personal exige con frecuencia intervenciones que, sólo a primera vista, parecen ser un obstáculo para dicha autonomía.

Mark Siegler ha tratado de compaginar las exigencias de ambos principios identificando seis factores que influyen legítimamente en la decisión médica de manejar los deseos de los enfermos críticos. He aquí esos factores:

1. **La capacidad del paciente para asumir opciones** (racionales) sobre su asistencia. ¿Tiene el paciente inteligencia y racionalidad suficientes como para tomar opciones?
2. **La coherencia del paciente con sus valores.** ¿Son sus opciones coherentes con sus valores y suficientemente independientes de los valores de las personas que podrían controlarlo?
3. **Edad.** En situaciones serias, especialmente de vida o muerte, ¿no será más fácilmente respetable la negativa de un paciente más maduro que la de personas mucho más jóvenes?
4. **Tipo de enfermedad.** Puede ser importante si la enfermedad puede ser diagnosticada y cuál es su pronóstico, especialmente si es posible una recuperación completa con el tratamiento adecuado.
5. **Las actitudes y los valores del médico responsable de la dedicación.** El fondo moral y religioso del médico y su actitud con respecto a la vida juegan un papel ineludible en su opción terapéutica.
6. **El contexto clínico.** Las decisiones son distintas cuando se toman en un equipo de asistencia sanitaria o en el marco de una consulta particular o en la casa del paciente[11].

9. Cf. M. Legrain, *Le corps humain du soupçon à l'évangélisation,* Paris 1978; A. Aisenson Kogan, *Cuerpo y persona. Filosofía y psicología del cuerpo vivido,* México 1981; M. Merleau-Ponty, *Fenomenología de la percepción,* Barcelona, 1985, primera parte (la ed. original es de 1945); B. M. Ashley, *Theologies of the Body: Humanist and Christian,* Braintree, Mass. 1985; J. L. Ruiz de la Peña, *Imagen de Dios. Antropología teológica fundamental,* Santander, 1988, 91-151; P. Laín Entralgo, *El cuerpo humano.* Teoría actual, Madrid, 1989.

10. T. L. Beauchamp; L. B. McCullought, *Ética Médica. Las responsabilidades morales de los médicos,* Barcelona, 1987, 26.

11. M. Siegler, «Critical Illness: The Limits of Autonomy», en *The Hastings Center Report,* 7 (oct. 1977) 13-15. Los citados T. L. Beauchamp y L. B. McCullogh afirman no suscribir completamente la séxtuple lista de Marck Siegler, aduciendo que algunos de esos factores (y muy especialmente el número 5) no deberían tener importancia en las decisiones de tratamiento: *o. c.* 155.

Los dos primeros factores son los que más interesan en este momento. La capacidad de elección del paciente y la coherencia axiológica de sus opciones resultan determinantes a la hora de decidir la inclinación hacia el principio de beneficiencia en lugar del principio de autonomía. En el fondo se trata de formular un juicio muy concreto sobre los valores que entran en conflicto en la situación particular del paciente, teniendo en cuenta los valores habituales que configuran su silueta ética, pero también una escala «objetiva» de valores que coloque la vida y la dignidad humana en los escalones más altos. Hay momentos en que una pretendida autonomía sería suicida por «inauténtica».

> «En la literatura sobre ética médica a veces se expresa esta idea en términos de la "autenticidad" del paciente o de los "actos que son característicos". El término *autenticidad* por lo general implica algo autoritario, genuino y verídico. En este contexto, las preferencias o comportamientos expresados por el paciente sólo son auténticos si la persona está actuando de forma que esté optando por cosas que son coherentes con lo que sería razonablemente esperable, dado su comportamiento anterior. La autenticidad es más que una mera *libertad* de elegir; es la elección por la persona que representa *fielmente* a la persona, expresando preferencias y creencias firmemente asentadas, a diferencia de los actos y las opciones motivados por deseos y aversiones de duración momentánea, breve o fugaz» [12].

Sólo habría que añadir una insistencia en el orden «objetivo» de los valores. El principio de beneficencia autoriza a una «manipulación» del paciente que, aun contraviniendo sus decisiones aparentemente autónomas pero evidentemente «inauténticas», tratara de salvaguardar el valor de su vida o, si se prefiere, el valor de la calidad de su vida [13].

2.3. Junto a estos principios la Bioética ha de barajar continuamente algunos otros como el de la *totalidad,* tan ampliamente utilizado en la moral tradicional. Las partes del organismo están al servicio de la integridad de la persona; en consecuencia, las partes pueden sacrificarse al todo. Los antiguos manuales solían afirmar que sería lícita la mutilación de un órgano para salvar a la persona y hasta adelantaban que se había de permitir tal mutilación aunque el brazo estuviera sano, pero atado a una cadena, en caso de inminente peligro [14].

Es cierto que ya Pío XII tuvo que condenar enérgicamente una cierta interpretación abusiva del principio de totalidad según la cual los individuos, como partes de un organismo social, podrían ser sacrificados en beneficio del bienestar colectivo [15]. Tal ampliación, con frecuencia invocada bajo el nazismo para justificar la manipulación y hasta la aniquilación de personas enfermas, impedidas o sencillamente pertenecientes a los grupos y razas perseguidos por el régimen, será evidentemente inmoral en el caso de ser aplicada a los problemas que nos ocupan relativos a la manipulación en el mundo de la salud mental.

Otro principio ético importante es el de la *confidencialidad* de los datos relativos al paciente. Su violación significaría una quiebra irreparable en la relación de confianza que se encuentra en la base de la misma profesión médico-sanitaria.

Sin embargo, como hemos escrito en otra ocasión al referirnos a los problemas que plantea el principio de la confidencialidad ante la aparición de los casos de SIDA [16], son muchas las circunstancias en que las exigencias de tal principio parecen entrar en conflicto con las representadas por el principio de beneficencia, tanto al aplicarlo al mismo individuo enfermo como al referirlo a la sociedad en la que vive. El problema suscitado por el llamado «caso Tarasoff» pone en evidencia el conflicto de valores que puede enfrentar en la práctica la necesidad de defender la confidencialidad de un diagnóstico con la eventual responsabilidad ante los desórdenes y hasta los crímenes perpetrados por el enfermo mental [17].

En tercer lugar nos encontramos con el principio del *consentimiento informado,* tan invocado en Bioética, sea para legitimar la experimentación terapéutica, como para indicar la licitud de operaciones quirúrgicas o hasta de procedimientos cada vez más rutinarios como el diagnóstico prenatal.

> “Que no se piense solamente en organizaciones políticas dictatoriales. También las sociedades democráticas generan, producen, anatematizan, aíslan y manipulan sus propios enfermos mentales”

Pero tal principio, que parece estar al servicio del mencionado principio de la autonomía, se hace especialmente problemático precisamente cuando se trata de aplicarlo en el mundo de la salud mental, especialmente en los casos en que se comprende que el consentimiento carece de la responsabilidad que exige la lucidez para captar los elementos fundamentales del proyecto terapéutico y la deliberación entre los riesgos y posibilidades que la intervención pudiera ofrecer.

La Asociación Psiquiátrica Mundial ha elaborado normas éticas, con valor de código deontológico, a las que deben referirse los profesionales de la salud mental de todos los países. Por lo que se refiere al consentimiento, así se expresa en concreto la *Declaración de Hawai,* adoptada por la Asamblea General de la Asociación en 1977:

> «No se deberá llevar a cabo ningún procedimiento o tratamiento contrario a la voluntad del paciente o sin contar con ésta, a menos que el paciente sea incapaz de expresar sus propios deseos o que, como consecuencia de su enfermedad psiquiátrica, no esté en grado de percibir cuál es su mejor interés o bien cuando, por las mismas razones, constituya una grave amenaza para los demás. En estos casos se puede y se debe proceder a un tratamiento coercitivo, con tal de que se realice

12. T. L. Beauchamp - L. B. McCullough, *Ética Médica,* 133.

13. Cf. A. Eser, «Heiligkeit und Qualität des Lebens. Zu Wandlungen im atrafrechtlichen Lebenschutz», en *StiZt* 200 (1982) 812-826; C. B. Cohen, «Quality of Life and the Analogy with the Nazis», en *JMedPhil* 8 (1983) 113-135; B. Grom, «Lebensqualität als psychisches Wohlbefinden», en *StiZt* 203 (1985) 3-16; J. R. Connery, «Quality of Life», en *LinacreQ* 53 (1986) 26-33; E. Sgreccia, «La qualità della vita», en *MedMor* 39 (1989) 461-464.

14. M. Zalba, *Theologiae Moralis Compendium,* I, 859.

15. Véase su alocución del 14 de septiembre de 1952: *Discorsi e Radiomessaggi di Sua Santità Pio XII* 14, Città del Vaticano, 1954, 328-329. Sobre este tema volvió el papa repetidas veces, por ejemplo en su discurso del 11 de septiembre de 1956: *Colección de Encíclicas y Documentos Pontificios,* 7.ª ed., Madrid, 1967, I, 1762. Véase también su discurso a los miembros de la Oficina Internacional de Documentación de Medicina Militar: *AAS* 45 (1953) 744-754.

16. Cf. J. R. Flecha, «Implicaciones éticas del SIDA en el ejercicio de la profesión sanitaria», en *Salmanticensis* 36 (1989) 319-340.

17. Cf. S. Spinsanti, *Etica bio-medica,* Roma, 1987, 127-129. Ver también A. A. Stone, *Law, Psychiatry and Morality,* Washington, D.C., 1984, 161-190.

en interés del paciente y que en un período razonable de tiempo se pueda presumir un consentimiento informado retroactivo y, siempre que sea posible, se obtenga el consentimiento de algún familiar del paciente» [18].

Tales cautelas tratan de actualizar e inspirarse en la declaración de los derechos de los enfermos mentales, promulgada el 20 de diciembre de 1971 por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

De esta breve exposición de los principios fundamentales invocados por la Bioética, se deduce al menos la consideración de la enorme dificultad que desde el punto de vista ético ofrece la manipulación de las personas en el ámbito de la salud mental. Como resulta evidente, la apelación a un solo principio encuentra con frecuencia un correctivo en las exigencias que de otro principio se derivan. El respecto a la dignidad de cada persona individual entra frecuentemente en conflicto con otros valores igualmente inesquivables.

Veamos a continuación algunos problemas concretos en los que tal conflicto se hace especialmente agudo.

3. UN ABANICO DE PROBLEMAS

Algunos de los problemas que en este terreno se presentan parecen referirse a la cuestión misma de la intervención terapéutica o su misión, mientras que otros, y con frecuencia los más llamativos y preocupantes, se refieren a la especificidad del mismo tratamiento, es decir a las diversas terapias empleadas con el enfermo mental.

3.1. Por referirnos a la primera cuestión, los especialistas de Bioética no han dejado de referirse a los problemas que suscitan las decisiones relativas a una *hospitalización o internamiento involuntarios o coactivos.* Se ha escrito, y no sin razón, que «las historias de nuestras leyes relativas al tratamiento de la salud mental describen con frecuencia unos cambios tan amplios como las oscilaciones del péndulo. En un extremo se encuentran los criterios amplios para la hospitalización involuntaria que subrayan el poder del Estado como *parens patriae* para cuidar de los incapaces de sí mismos. En el otro extremo están los criterios estrechos y estrictos que subrayan las libertades civiles de los enfermos mentales que garantizan su derecho a no ser hospitalizados o tratados contra su voluntad. Por abreviar, podríamos describir esto como una oscilación pendular entre el paternalismo y la libertad individual» [19].

Nos encontramos evidentemente ante una situación concreta en la que entran en conflicto los principios enumerados más arriba.

Los mismos autores recién citados tratan de diseñar un marco ético para los casos en que pacientes internados contra su voluntad rechacen un tratamiento terapéutico. En el caso de personas peligrosas para los demás, puede ocurrir que se den razones para su internamiento, incluso involuntario, pero que al mismo tiempo sean suficientemente competentes para aceptar un tratamiento o para rechazarlo. Si lo aceptan, tal decisión no convalida la involuntariedad del internamiento, pero en cierto modo la justifica como medio apropiado al fin de la terapia. Si, por el contrario, el paciente resulta competente para rechazar el tratamiento, se plantea un serio problema ético para el personal médico sanitario que parece ver reducido su papel al de simples carceleros. Por desagradable que ello parezca, deberían atender al rechazo del tratamiento por parte del paciente; deberían hacerle considerar los riesgos y beneficios de tal rechazo así como las posibilidades de otros tratamientos alternativos y, en fin, deberían manifestar al paciente que, a pesar de su rechazo a todo tratamiento habrá de permanecer confinado, aun involuntariamente, durante el tiempo que se considere peligroso para los demás. De todas formas, tal confinamiento no debería ser punitivo. Y, al fin de cuentas, si se pregunta si tal persona, peligrosa para otros y suficientemente competente para rechazar la terapia, debería ser tratada en contra de su voluntad, los autores citados contestan que «casi nunca». La matización obedece a la consideración de los intereses de terceras personas que deberían ampliar los límites de un modelo de intervención centrado solamente en el paciente. De todas formas, muchos de los pacientes internados involuntariamente por su peligrosidad, tampoco habrán de ser considerados como competentes para rechazar el tratamiento.



En el caso de personas peligrosas para sí mismas o necesitadas de cuidado y de tratamiento, los autores se inclinan con relativa facilidad hacia la invocación del principio de beneficencia y hacia una cierta orientación paternalista, invocando en todo caso la decisión surrogada de las personas vinculadas al paciente o bien la autorización de las autoridades judiciales [20].

18. *Declaración de Hawai,* n. 5. Véase un comentario en S. Spinsanti, *l.c.,* 133. O. N. Griese, *Catholic Indentity in Health Care: Principles and Practice,* Braintree, Mass., 1987, 193; K. Lebacqz - R. J. Levine, «Respect for Persons and Informed Consent to Participate in Research», en Th. A. Shannon (ed.), *Bioethics,* Mahwah, NJ, 1987 (3 ed.), 337-348.

19. A. E. Buchanan - D. W. Brock, *Deciding for Others. The Ethics of Surrogate Decision Making,* Cambridge, 1989, 312.

20. Cf. A. E. Buchanan - D. W. Brock, *o.c.,* 536-546; J. A. Muir Gray, «The Ethics of Compulsory Removal», en M. Lockwood (ed.), *Moral Dilemas in Modern Medicine,* Oxford, 1985, 92-110.

Todavía en el ámbito de la primera cuestión, referida a la intervención terapéutica o su omisión, se evoca con frecuencia el caso de los internamientos y ulteriores terapias, coactivos unos y otras, de que son objeto personas perseguidas por razones políticas. Tales métodos de purga ideológica, innumerables veces denunciados, constituyen uno de los fenómenos de manipulación más abiertamente inmorales y que degradan por igual tanto al sistema político que los propicia y encubre como a los profesionales de la medicina que se prestaran a llevarlos a cabo.

Resultan sobrecogedoras las páginas de los novelistas que nos han desvelado páginas vergonzosas de la historia reciente de los regímenes totalitarios.

Y resultan preocupantes las reflexiones de algunos filósofos que han considerado el peligro de una excesiva intromisión del Estado Terapéutico en el mundo de la salud mental:

> «Este Estado Terapéutico practica cada día un despojo mayor de la clásica ley criminal que, por lo menos, en medio de sus obvias imperfecciones, salvaguardaba la libertad y responsabilidad individual del criminal ante sus actos. Crecientes porciones del Código Penal son traspasadas por el Estado Terapéutico a un sistema de rehabilitación con frecuencia manipulador. Porque ya no se castiga al pecado y se perdona al pecador, según el viejo adagio, sino que se invierte radicalmente la ecuación: el pecado o crimen es irrelevante, importa el pecador. Pero aquí empiezan las insidiosas manipulaciones: tampoco interesa la persona del pecador, del reo, sino los daños que éste produjo o producirá al Estado. No obstante, esto se oculta hipócritamente y al "desviado" sólo se le ofrecen los aspectos exteriores humanitarios, "técnicos"; todo es por su cura y rehabilitación»[21].

Bastaría añadir que tras la presentación de tales sutiles maniobras del Estado para controlar la situación social, o, en su caso, la situación política, sólo queda designar el Estado concreto al que se refieren tales suspicacias y temores. En mayor o menor grado, el peligro puede encontrarse en cualquier rincón del planeta.

3.2. Hemos de referirnos ahora a la segunda cuestión enunciada, es decir a la que se refiere a las diversas *terapias empleadas con el enfermo mental.*

3.2.1. La *neuroquímica* ha abierto en los últimos tiempos horizontes amplísimos en el tratamiento de los enfermos mentales. Drogas psicoactivas o psicotrópicas pueden ejercer el papel de sedantes contra la ansiedad, activantes o energizantes, hipnóticos. Pero no se limita solamente a la modificación del humor, sino que puede prestar un enorme y apreciable servicio tanto en la curación como en la prevención de muchas afecciones, por ejemplo al ofrecernos un mejor conocimiento del modo como la nutrición afecta a la química de las neuronas.

El uso de las drogas abre al mismo tiempo innumerables interrogantes tanto terapéuticos como éticos, como en el caso de la hipermedicación, de la drogodependencia, de la sedación en beneficio no del paciente sino del entorno familiar o asistencial. El tema no queda lejos de algunas cuestiones actuales generalmente encuadradas en el marco de la eutanasia activa indirecta que intentando una sedación que mejorase la «calidad de vida» del paciente viniese a acortar su «cantidad de vida» y el proceso de su fallecimiento[22].

Otros problemas se refieren al llamado a veces «hedonismo psicotrópico», al uso infantil de drogas psicoactivas, a los riesgos de manipulación del cerebro humano, riesgos a los que hace años se refería ya el prestigioso moralista Bernhard Häring, cuando escribía:

> «Al parecer no existen dudas de que el progreso de la neuroquímica y de la neurobiología abre nuevos horizontes a la terapia, pero también acarrea nuevos peligros de manipulación. El control del comportamiento mediante drogas significa en todo caso una manipulación del cerebro humano, por lo cual expone el peligro de mayor manipulación de la libertad que en el caso de manipulación de cualquier otra función biológica del cuerpo humano. Incluso los médicos optimistas advierten que las drogas psicoactivas pueden ser una peligrosa arma manipulativa. Los sedantes anti-ansiedad, por ejemplo, pueden usarse no sólo para aliviar la soledad de una persona senescente o para disminuir la ansiedad de personas desgraciadas; pueden usarse principalmente para disminuir la preocupación de los que tienen a su cuidado otras personas»[23].

Creo que, a pesar de todo, los descubrimientos de la neuroquímica pueden aportar enormes beneficios terapéuticos. El fantasma de la eventual manipulación y sus riesgos no debe convertir en inmoral un tratamiento por sí mismo, siempre que haya una evaluación razonable de las ventajas previsibles. Nos encontramos de nuevo en esas situaciones en las que el mismo concepto de manipulación, dentro de su ambigüedad, puede significar la supresión de la libertad y dignidad de la persona y, por el contrario, su apoyo más eficaz.

Autores como el citado Sandro Spinsanti se felicitan de que la psicofarmacología haya vaciado los hospitales psiquiátricos al permitir controlar los síntomas del comportamiento psicótico, facilitando la reinserción del enfermo en su ambiente familiar y social. Pero se pregunta si tal reinserción es en verdad tan positiva si se considera el estado apagado y las reacciones lentas y mecánicas de muchos pacientes sobrecargados de fármacos, al tiempo que apuesta por el momento en que aparezcan nuevos fármacos capaces de «curar» efectivamente las psicosis[24].

Aun a pesar de sus innegables avances, a pesar de haber permitido superar los medios coercitivos de otros tiempos, la psicofarmacología seguiría siendo un mal menor.

3.2.2. Sin embargo, mayores reservas merecen a los moralistas las terapias de «electroshock» que recurren a la *estimulación eléctrica* del cerebro. Introducidas originalmente para tratar las crisis de los esquizofrénicos, se han demostrado aún más eficaces para el tratamiento de los desórdenes emotivos, particularmente la depresión, por ejemplo en casos de inminente probabilidad de suicidio.

La mayor parte de las reservas morales sobre tales procedimientos se centran en la posibilidad del consentimiento in-

21. Profesores del Instituto Superior de Filosofía de Valladolid, *La manipulación del hombre,* Salamanca, 1979, 98.

22. Cf. J. R. Flecha - J. M. Mugica, *La pregunta moral ante la eutanasia,* Salamanca, 1989 (2.ª ed.), 139-141; J. R. Flecha, «Eutanasia y muerte digna. Propuestas legales y juicios éticos», en *REspDerCan* 45 (1988), 199.

23. B. Häring, *Ética de la manipulación,* 194. Cf. A. S. Bellack (ed.), *A Clinical Guide for the Treatment of Schizophrenia,* New York, 1989, donde se identifican algunos errores en el tratamiento farmacológico y psicofarmacológico.

24. S. Spinsanti, *Etica bio-medica,* 134. Al tema de los confines éticos de la psicofarmacología está dedicado un número monográfico de *Medicina e Morale* 37 (1987) esp. 817-835.

formado del paciente, como en los efectos que a largo plazo se seguirán de tal terapia.

Por lo que se refiere a lo primero, parece más que cuestionable afirmar que el paciente concede su consentimiento a un tratamiento que todavía no conoce, si se trata de la primera experiencia, o que está en situación de muy relativa evaluación, si ya han tenido lugar otras aplicaciones. El eventual consentimiento difícilmente puede ser precedido de una información exhaustiva y sobre todo previsora de los posibles efectos.

Ese es precisamente el segundo interrogante, puesto que si los efectos inmediatos del «electroshock» son ya de por sí inquietantes, muchos especialistas se preguntan preocupados por los efectos que podrían seguirse a largo plazo sobre la autonomía del paciente y por el deterioro de su sistema nervioso[25].

Una terapia estrechamente vinculada con ésta es la de la implantación de electrodos, eventualmente conectados a ordenadores o sintonizados con emisores-receptores de radio. A pesar de los optimismos que hace veinte años manifestaba el doctor Delgado, a quien de cerca seguía el prof. B. Häring, no dejaba ya de advertir que «el uso terapéutico de electrodos en casos de enfermedad mental ha sido muy problemático y todavía debe considerarse en una fase experimental»[26]. Las cautelas más urgentes provienen en este caso de los riesgos a que se ve sometida la libertad humana, por exiguas que sean sus manifestaciones y por la posibilidad de reducir al ser humano a poco menos que un objeto de experimentación, al tiempo que se viola su intimidad y su derecho a la última privacidad.

3.2.3. Un tercer grupo de terapias está representado por la *neurocirugía* o *psicocirugía.* «La psicocirugía se adopta cuando el comportamiento de una persona se desvía radicalmente de las normas aceptables en la sociedad. Pero los resultados imprevistos son formidables. Cambia el temperamento y el carácter de la persona. Aun ahora, pese al creciente conocimiento de la estructura del cerebro, no se puede predecir qué consecuencias haya de tener»[27].

Aun reconociendo que muchos moralistas admitirían la licitud de tales intervenciones siempre que fueran beneficiosas para el paciente y no atentaran seriamente contra su libertad y personalidad, el profesor B. Häring subraya que, además de estos riesgos, existe siempre el hecho de la irreversibilidad del proceso y la incertidumbre de los resultados. Todo ello hace que las precauciones hayan de ser extremas.

Tras criticar las operaciones de lobotomía prefrontal llevadas a cabo entre los años 30 y 50, que disminuían la agresividad de los pacientes a costa de anular su capacidad cognitiva y volitiva, los autores Buchanan y Brock denuncian otras sofisticadas intervenciones modernas utilizadas con jóvenes que sufren de autismo grave, retrasos mentales o formas de esquizofrenia de otra forma intratables con el fin de controlar el comportamiento autodestructivo del paciente. A las razones aducidas previamente para cuestionar la eticidad de las terapias psicoquirúrgicas, estos autores se muestran negativos respecto a la legalidad y aun la moralidad del uso de las técnicas aversivas que consideran muy cercanas a la tortura[28].

3.2.4. La *psicoterapia* y las *terapias de grupo* suelen suscitar menos controversias en la opinión pública y menos interrogantes entre los dedicados a la reflexión ética sobre estos temas. De todas formas, tales tipos de terapia han de ser considerados desde dos puntos de vista.

Por una parte, los procedimientos de esta naturaleza parecen ser éticamente aceptables si el terapeuta está dotado de una adecuada competencia profesional, si se obtiene el consentimiento informado del paciente o de sus legítimos tutores y si se procura salvaguardar el respeto a la dignidad de la persona.

Pero, por otro lado, tanto en el psicoanálisis como en la psicoterapia de grupo se ha de poner un esmerado cuidado en respetar el misterio de la dignidad y la intimidad personal. Y eso no solamente porque el paciente tiene derecho a su intimidad sino también por los peligros de desintegración personal a los que podría conducir la revelación de esa misma intimidad.

En su famoso libro sobre el pecado, el doctor Karl Menninger dedica un apartado a reflexionar sobre los médicos en cuanto guías morales. Tras analizar el silencio respetuoso del psicoanalista que considera que la verdadera «curación» viene del proceso más que de él mismo, se pregunta si el psicoterapeuta no deberá comprometerse más activamente en la oferta o restrición de posibilidades, soluciones y valoraciones[29]. Aun admitiendo la oportunidad de tales observaciones, no se desvanece la sospecha de manipulación de la conducta a la que tal terapia puede dar lugar.

En ese contexto, el citado profesor B. Häring advierte contra los peligros de lavado de cerebro a los que, por hipótesis, pudiera estar orientada una combinación de métodos de exploración del cerebro y modificación de la conducta. Si es verdad que el riesgo no hace inmoral cualquier tratamiento, es evidente que se hacen necesarias múltiples cautelas legales para que la sociedad pueda controlar a los controladores de la conducta humana.

3.2.5. Un problema especial es el constituido por la *esterilización* de las personas con deficiencias psíquicas.

La Ley Orgánica 3/89 del 21 de junio, publicada en el BOE el 22 de junio de 1989, que actualiza el Código Penal, contiene un nuevo artículo 428 cuyo segundo párrafo dice literalmente así: «No será punible la esterilización de persona incapaz que adolezca de grave deficiencia psíquica, cuando aquélla haya sido autorizada por el Juez a petición del representante legal del incapaz, oído el dictamen de dos especialistas, el Ministerio Fiscal y previa exploración del incapaz».

Ya desde hace algunos años, y exactamente desde la entrada en vigor de la Ley Orgánica 8/1983 que venía a despenalizar la esterilización de las personas capaces de emitir un consentimiento libre, iba creándose la opinión de que, para-

25. S. Spinsanti, *o.c.,* 134-135. El tema suscita cada vez más interés. Recuérdese la reciente aparición de una nueva revista *Brain Topography* 1 (1989).

26. J. M. Rodríguez Delgado, *Physical Control of the Mind. Towards a Psychocivilized Society,* Nueva York, 1971, 209 (ver más arriba, nota 5). Se recordarán los irónicos comentarios que le dedica Maya Pines, *Los manipuladores del cerebro,* Madrid, 1985, 45-52 (ed. original en 1973).

27. B. Häring, *Ética de la manipulación,* 195.

28. A. E. Buchanan - D. W. Brock, *Deciding for Others,* 361-365. Sobre la experimentación en medicina, recuérdese el discurso de Pio XII a la Unión Médica Mundial, el 30 de septiembre de 1954. Cf. J. Gafo, «Psicocirugía, manipulación quirúrgica del comportamiento y sus problemas éticos», en *Misc-Comillas* 45 (1987) 323-389.

29. K. Menninger, *Whatever became of Sin?,* Nueva York, 1976, 213-219. Recuérdese también el discurso de Pío XII al V Congreso de Psicoterapia y Psicología Clínica, el 15 de abril de 1953.

dójicamente, quedaban fuera de la ley las intervenciones que parecían más necesarias, como eran precisamente las destinadas a las personas con una grave deficiencia psíquica.

Aun conociendo los pronunciamientos de Pío XII sobre el tema[30], se podría pensar que aunque fuera penalizable, la esterilización de los deficientes psíquicos graves pudiera ser lícita en determinados supuestos. Y ello en razón de dos importantes principios éticos, como el de totalidad y el de la paternidad responsable.

De acuerdo con el primero, se podría pensar que esterilizar a una joven que pudiera ser violada no significa un atropello de su dignidad sino una defensa de la misma y que la acción se justifica precisamente por razón del principio de totalidad, sin necesidad de ampliar excesivamente su ámbito de significación. Se trataría, en efecto, de defender la globalidad de una existencia personal.

Por otra parte, también el ideal de una maternidad responsable podría justificar tal intervención. Y eso en dos sentidos. Si la «responsabilidad» de la paternidad/maternidad se considera desde la eventual madre deficiente, parece que la intervención quirúrgica sería una ayuda externa prestada a una persona que por sí misma muy difícilmente podría ejercer tal responsabilidad. Si nos fijamos, en cambio, en el hijo concebido y criado en tales circunstancias habría que preguntarse si tal maternidad/crianza/educación podría ser responsable y si el eventual hijo no tendría derecho a ser engendrado y acogido en unas condiciones verdaderamente humanas y humanizadoras.

Como puede sospecharse, quedan todavía algunas incertidumbres como las relativas al «consentimiento informado» y a las dificultades para señalar los diversos grados de deficiencia a la hora de aplicar las debidas cautelas para salvaguardar el espíritu de la ley en armonía con el respeto debido a toda persona, también la deficiente. Por lo que se refiere a la primera suspicacia, habría que dejar clara la oposición a cualquier tipo de esterilización coactiva y, aun en la voluntaria, será problemática la obtención de un consentimiento realmente informado por parte del o de la paciente. Ahí se introduce el problema emergente de la responsabilidad moral de los padres o tutores o bien de un comité ético[31]. Y por lo que se refiere a los riesgos de deslizamiento o de «dominó» de unos casos a otros, su mera eventualidad exige del legislador, de las instituciones sociales y de los individuos el establecimiento de unas cautelas legales, un mayor esfuerzo educativo y un mayor sentido de la responsabilidad moral.

Pero aun considerando lícita tal esterilización, con las apuntadas reservas, la reciente Ley Orgánica parece desviar el problema al referirse a la «grave» deficiencia psíquica, que generalmente no constituye el problema más serio. Tales personas con *grave* deficiencia están habitualmente vigiladas y difícilmente tendrán que afrontar una maternidad no deseada.

Y en el caso de deficientes ligeros o medios, mientras que por un lado es posible una educación integral de la sexualidad como de otros hábitos de relación, la esterilización sería vista por ellos como una mutilación injustificada para la cual sería difícil obtener el consentimiento informado.

En consecuencia, si el mismo hecho de la esterilización de los deficientes ligeros y medios parece una manipulación muy cuestionable, la formulación concreta de la despenalización de la esterilización a deficientes graves, introducida por la L.O. 3/1989 me parece un tanto desafortunada desde el punto de vista ético[32].

4. CONCLUSIÓN

Las consideraciones anteriores nos han asomado por un momento a un horizonte en el que las posibilidades técnicas suscitan inmediatamente inevitables interrogantes éticos de no fácil respuesta. La dificultad de las soluciones, sin embargo, no puede justificar una inhibición en el esfuerzo de reflexión ni en el esfuerzo por mantener abierta una confrontación multidisciplinar sobre las diversas intervenciones en el terreno de la salud mental.

Por otra parte, la novedad de algunos procedimientos terapéuticos en un campo hasta hace poco tiempo inexplorado está exigiendo una moratoria en el uso de algunas técnicas que podrían resultar más invasivas de la dignidad e intimidad del paciente. Pero al mismo tiempo, está exigiendo igualmente la investigación novedosa y creativa sobre otras técnicas de tratamiento más respetuosas con la dignidad e individualidad de cada persona, como pudieran ser, por poner un solo ejemplo, las basadas en la constatación de la eficacia de una auténtica relación interpersonal[33].

Si tales técnicas fueran expeditivamente desechadas por su mayor costo en tiempo y en agentes sanitarios o por su eficacia menos llamativa y menos codificable experimentalmente, nuestra sociedad entera y nuestras instituciones sanitarias en particular estarían desvelando sus propias carencias y dolencias.

Todo ello significa que, en el terreno de la salud mental, parece necesario apelar, teórica y prácticamente, a un modelo terapéutico de carácter y alcance bio-psico-social. Sólo por ese camino se superarían los dualismos y parcelaciones reduccionistas que, nacidos de una antropología mutilada, orientan y motivan acercamientos y terapias del mismo signo.

«El hombre es lo que importa» habría que repetir con el verso de León Felipe. El hombre que ha de orientar tanto la investigación como la inversión, tanto la preocupación como la ocupación terapéutica. Pero el hombre vive cada vez más en el miedo, temiendo que sus productos y sus técnicas se vuelvan contra él y contra lo humano[34]. Tal sentimiento, lejos de ser un motivo para el desaliento y el fatalismo, ha de constituir, también en el terreno de la salud mental, un acicate para la esperanza y para la responsabilidad moral.

30. Pío XII condenaba la esterilización directa, al menos la coactiva, en el célebre discurso a las comadronas, el 29 de octubre de 1951, recordando tanto la encíclica Casti Connubi de Pío XI, como el decreto del Santo Oficio del 22 de febrero de 1940. Cf. L. Rossi, «Esterilidad (y esterilización)», en *Diccionario Enciclopédico de Teología Moral,* Madrid, 1978 (3.ª ed.), 343-349.

31. Cf. Ch. Vella, *Dalla Bioetica ai Comitati Etici,* Milán, 1988. R. E. Cranford - A. E. Doudera (eds.), *Institutional Ethics Committees and Health Care Decision Making,* Ann Arbor 1984; F. A. Isambert, «De la bioéthique aux comités d'éthique», en *Etudes* (1983) 671-683.

32. Cf. R. Rincon, «¿Eugenesia? ¿Liberalización sexual?», en Crítica n. 768 (sept-oct. 1989) 6-9.

33. Cf. J. J. López-Ibor Aliño, «Bioética y Psiquiatría», en J. Gafo (ed.), *Dilemas éticos de la medicina actual,* Madrid, 1986, 265-278.

34. Juan Pablo II, *Redemptor hominis,* 15:AAS 71 (1979) 86-89. Cf. S. Tyc-Dumont, «Neurobiologie et responsabilité sociale du scientifique», en C. Ambroselli (ed.), *Ethique Médicale et Droits de l'homme,* Le Méjan, Arles, 1988, 175-182; G. S. Everly, Jr., *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response,* New York, 1989; una obra en la que los aspectos técnicos son considerados en un amplio marco humanístico.

JUAN PABLO II
en la V Conferencia Internacional sobre *La mente humana*

9. «PARA ESTUDIAR LA MENTE JAMÁS SE PODRÁ DESCUIDAR TODA LA VERDAD SOBRE EL HOMBRE»



En el discurso de clausura de la V Conferencia Internacional sobre* La mente humana, *del 15 al 17 de noviembre del año pasado, y organizada por el Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, Juan Pablo II pronunció un importante discurso que a continuación reproducimos.

1 Este encuentro, ilustres señores, con ocasión de la V Conferencia Internacional promovida por el Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, sobre *La mente humana,* es para mí una grata y preciosa ocasión para expresar y confirmar la viva atención con la cual la Iglesia sigue los problemas de la sanidad y de la salud.

A todos vosotros —científicos, investigadores, estudiosos y pastores de almas— que con apasionada entrega os dedicáis al estudio del tema profundísimo y nobilísimo de la mente humana —en la cual la fe, iluminando las motivaciones racionales, nos ayuda a discernir una de las más altas confirmaciones del origen divino del hombre— van, por tanto, mi alabanza y mi estímulo. De hecho, es para vosotros motivo de orgullo y para todos nosotros de admiración evocar los grandes y audaces logros de este siglo en el conocimiento de la psique humana.

El campo ilimitado de las neurociencias —desde la neurobiología hasta la neuroquímica, desde la psicosomática hasta la psiconeuroendocrinología— propicia a la investigación la posibilidad de acercarse de una forma especialmente penetrante al umbral del propio misterio del hombre, que expresara tan maravillosamente san Agustín con las conocidas palabras: «*Factus sum mihimetipsi quaestio*»; «Yo mismo soy un gran problema para mí» *(Soliloquia,* II, 34).

2 Precisamente por la grandeza inabordable de la mente humana, el salmista ora así: «Al ver tu cielo, hechura de tus dedos, la luna y las estrellas, que fijaste tú, ¿qué es el hombre para que de él te acuerdes, el hijo de Adán para que de él te cuides? Apenas inferior a un dios le hiciste, coronándole de gloria y de esplendor; le hiciste señor de las obras de tus manos; todo fue puesto por ti bajo sus pies [...]» (Sal 8,4-7; cfr. Jb 7, 17s).

Por esto, constante y coherente es la línea de la reflexión cristiana al asociar estrechamente la *alteza de la mente humana a una especial intervención divina* (cfr. Gn 1,26). «Dios, nuestro Creador y Padre —explica Lactancio— dio al hombre la conciencia y la inteligencia a fin de que por ello fuera manifiesto que somos generados por Él, quien es inteligencia, conciencia y razón» *(De opificio Dei,* I, 1-2).

Además, ¿no es verdad que el hombre, justamente por la potencia de su mente, llega a Dios?

Traspasando los límites del universo, no sólo alcanza a Dios con seguridad, sino que entra en comunión con Él en la oración, la cual —según la hermosa expresión de San Juan Damasceno— es, precisamente, «ascensus mentis in Deum», «subida de la mente a Dios» (De fide orthodoxa, III, 24).

Por otra parte, por su semejanza con Dios, revelada por la mente humana, el hombre, como afirma el Concilio Vaticano II, es la «única criatura terrestre a la que Dios ha amado por sí mismo» *(Gaudium et spes,* 24), de tal manera que «todo lo que existe en la tierra tiene que ser referido al hombre como su centro y cumbre» *(ibíd.,* 12). En consecuencia, la plena afirmación de la mente humana, de sus funciones y capacidades, está en su derecho-deber de dominar la creación y sí misma según las finalidades queridas por el Creador (cfr. Gn 1,28). Es la mente, entonces, la que, siendo capaz de alcanzar a Dios, es al mismo tiempo dueña de la creación; éstas son dos atribuciones de valor incomparable, hasta el punto de colocarla por encima de todas las demás realidades creadas del universo visible.

3 Ahora bien, las neurociencias, que, ilustres señores, son el campo elegido de vuestra investigación especializada —la cual, puede decirse muy bien, abre nuevos horizontes—, no pueden prescindir de estos postulados esenciales e irrenunciables. En otras palabras, para estudiar la mente jamás se podrá descuidar *toda la verdad sobre el hombre,* en su unidad compacta de ser físico y espiritual; si bien se mueve sobre una base experimental, vuestra investigación no podrá ignorar esta segunda dimensión cualificante.

Hoy se habla de «inteligencia artificial» con referencia a las extraordinarias posibilidades de los «cerebros electrónicos». Conviene seguir recordando, que en la base de la informática y de la cibernética está el *dato superior de la inteligencia humana,* que, precisamente por su carácter espiritual y su consiguiente irreductibilidad a los solos fenómenos físico-químicos, al comprender *juzga libremente,* al entender *puede elegir también* y al conocer *vislumbra su destino último.*

En este sentido escribe san Agustín: «Dios le ha dado al alma humana la mente; en ella la razón y la inteligencia casi están dormidas en el niño, como si realmente no existiesen; con el aumento de edad, han de despertarse y desarrollarse después, para que la mente humana sea capaz de adquirir ciencia y doctrina, hábil para percibir la verdad y amar el bien» *(De Civitate Dei,* XXII, 24).

Pero para la recta maduración y desarrollo armonioso de la mente humana —y, por tanto, para la plena salud mental del individuo—, tiene también una gran relevancia la relación social. Ahora, el *elemento mediador de una síntesis positiva entre mente y vida social es el amor.* Sin amor la inteligencia humana es estéril y fría y termina, inevitablemente, por aridecerse. «La propia fe —en palabras del Apóstol Pablo— se hace operante a través del amor» (Ga 5,7).

El diálogo interdisciplinar de altísimo nivel, el intercambio de conocimientos y de experiencias y las hipótesis constructivas que habéis formulado en el transcurso de esta Conferencia Internacional —tan representativa de las diversas ciencias que abordan el estudio de la mente humana— no dejarán de favorecer una mayor sensibilidad individual y social ante la problemática vasta y compleja ligada a este tema.

Con las aportaciones convergentes de la farmacología moderna, de la psicología y de la psiquiatría se han establecido también terapias con resultados halagüeños y aplicaciones cada vez más amplias. Para los problemas relacionados con la tan entendida prolongación de la vida se han dado, asimismo, contribuciones farmacológicas y psicoterapéuticas de gran relevancia durante los últimos años en apoyo de la eficiencia de la mente humana.

Este esfuerzo loable de la ciencia producirá frutos tanto mayores cuanto más profunda sea la convicción de que el origen divino del hombre hace de la familia humana *una comunidad de hermanos* mediante el vínculo del amor recíproco. E innumerales son las pruebas —rigurosamente corroborados por la ciencia— de la singular aportación que puede ofrecer el amor, tanto preventiva como terapéuticamente, para superar no pocos disturbios mentales, a menudo causados por una organización desordenada de la vida personal y unas relaciones equivocadas o deficientes establecidas con los demás.

4 Frente a las enfermedades mentales las diversas culturas han reaccionado a menudo negativamente —en el pasado y a veces no dejan de hacerlo hoy también—, lle-

vando al aislamiento del enfermo mental y a su marginación. Es éste un drama penosamente advertido, sobre todo por quienes, conscientes de su propia enfermedad o espectadores inermes de su empeoramiento, padecen una soledad hecha más amarga por la cultura imperante de la eficiencia y por una mentalidad que, negándole todo valor al sufrimiento, a veces carga a los enfermos mentales con el peso adicional de un escarnio y desprecio. ¿Y cómo olvidar los grupos cada vez más amplios que, por motivo del aumento de longevidad, ven asimilada su condición de debilidad efectiva y de menor vivacidad intelectual a la de los enfermos o semienfermos mentales?

Tiene que estar claro, en primer lugar, que para sí mismos, para la sociedad y de forma particular, para la Iglesia, los enfermos mentales son como cualquier víctima de enfermedad, sea la que sea. Además, si bien *senectus ipsa morbus* sigue siendo verdad, los ancianos poseen capacidades y dones y energías restantes —fruto también de su experiencia— que constituyen una auténtica riqueza para las capas sociales más jóvenes.

5 Pasando ahora a la consideración de las debidas formas de actividad asistencial, quiero subrayar *la urgencia de una fuerte actuación preventiva.* La propia ciencia médica reconoce, por ejemplo, una relación estrechísima entre la manifestación y el empeoramiento de algunas patologías y disturbios mentales y la actual crisis de valores. Lo confirma —por citar una caso— la interdependencia entre el SIDA, la drogadicción y el uso desordenado de la sexualidad. ¿Cómo dejar de hablar de la agresión continuada a la serenidad y al equilibrio mental constituida por modelos sociales que llevan a la instrumentalización del hombre y a condicionamientos peligrosos de su libertad?

Por otra parte, no pocas enfermedades mentales vienen inducidas a menudo —y a gran escala, como demuestran unos datos estadísticos irrefutables— por condiciones antiguas y todavía no remediadas de miseria, desnutrición, deficiencias higiénico-sanitarias, degradación ambiental, etc. Y, desafortunadamente, allí donde la conciencia de estas situaciones insostenibles se ha hecho viva, faltan estructuras y personal para una idónea prevención y una terapia eficaz, para afrontar, en fin, la asistencia que le conviene a la dignidad de la persona humana.

6 Mi apelación más afligida va, por tanto, a los poderes públicos, a los científicos, a los investigadores, a los sociólogos, a todos los hombres de buena voluntad, a fin de que se comprometan a una actuación convergente para conocer mejor la inmensidad y complejidad del problema de los enfermos mentales y para preparar, también mediante disposiciones legislativas, instrumentos eficaces de intervención, con pleno respeto a la integridad y a la dignidad del enfermo.

La Iglesia, que mira a todos los que sufren con la misma atención y solicitud amorosa, invita a *privilegiar en la asistencia* a quienes, por determinadas enfermedades, conocen *el mayor riesgo de marginación y de aislamiento.* La Iglesia dirige de forma particular esta invitación a las Órdenes y Congregaciones religiosas masculinas y femeninas que por carisma institucional asisten a los enfermos mentales, sobre todo a los graves. Al reconocerlas y agradecerles por el gran bien que han hecho en este sector, las exhorta a perseverar con renovado ímpetu en este servicio delicado y nobilísimo. La Iglesia transmite igual aprecio y solicitud a los sacerdotes que se dedican a este apostolado, a las asociaciones, grupos de voluntarios y movimientos eclesiales y a cuantos, haciendo una elección verdaderamente cristiana, asumen esta tarea merecedora. Los profesionales de la salud, médicos, enfermeros y personal voluntario pueden sentir y vivir este servicio arduo como ocasión para exaltar, a través de la medicina, la grandeza de su profesión y misión.

Una palabra especial de estimación y afecto la dirijo a aquellas familias que, puestas a pruebas duramente por la enfermedad mental de un pariente, están dispuestas a asistirlo con amor y viven con humilde discreción, pero con una fuerza de ánimo excepcional, esta condición dolorosa. Que la Virgen Santísima transforme este tipo precioso de solidaridad en un don para toda la Iglesia y la humanidad. El amor cristiano, testificado a través del servicio a quienes sufren en el cuerpo y en el espíritu, nos acerca a Jesucristo, que, encarnándose, escogió la condición de esclavo, marginado y despreciado (Flp 2,7).

7 Si el sufrimiento es misterio, lo es de forma particular cuando al hombre le ataca las facultades más nobles, y sobre todo la mente. Inclinándonos ante este misterio, estamos llamados a recoger su lección de vida, que nos lleva a hacer el bien con el sufrimiento y a hacer el bien a quienes sufren (Carta apostólica *Salvifici doloris,* 30).

Toda enfermedad, directamente o indirectamente, agrede a la mente humana, que es el centro del sentir y del entender de la persona. Ilustres señores, permitid que me dirija, en este momento, con el más profundo afecto, a los que, por incapacidades físicas, por edad avanzada o por la condición de enfermos terminales padecen múltiples experiencias que debilitan, incluso de una forma gravísima, sus facultades mentales. Espero que vuestro estudio e investigación sobre esta parte nobilísima del hombre pongan siempre la mira en la persona humana en su globalidad, puesto que nada puede ser salvado enteramente del hombre si el objetivo no es la totalidad de su ser.

Con este deseo, sobre todos vosotros invoco de corazón la ayuda más viva del Señor Omnipotente, mientras os invito a considerar la experiencia vivida en estos días como una ocasión positiva y animadora para consolidar vuestras relaciones recíprocas, coordinar vuestras aportaciones y unir vuestras fuerzas en el servicio del hombre que sufre.

Que la Virgen Santísima, «Sedes sapientiae» y «Mater scientiae», acompañe vuestra labor cotidiana, sobre la cual, por la intercesión de Ella, imploro los favores celestes.

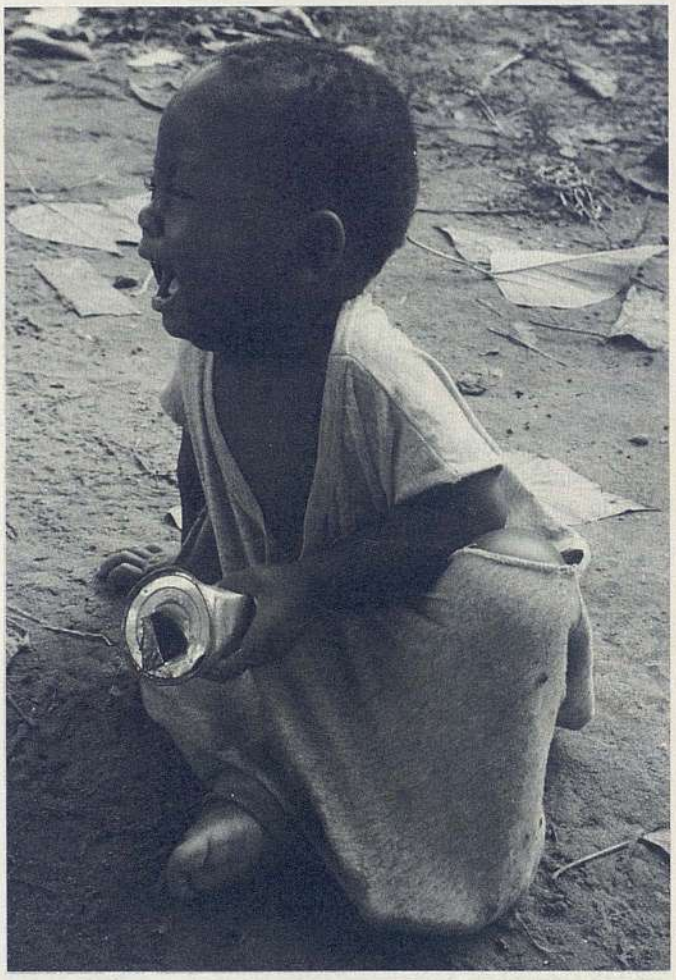
10. CONVENCIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO

El 20 de noviembre de 1989 la Asamblea General de la ONU aprueba el texto de la Convención sobre los Derechos del Niño.

Es un paso más en el camino de construcción de la conciencia humana respecto a las relaciones con sus semejantes. Un camino no siempre fácil, refugio muchas veces de salteadores que atacan a quienes por él transitan, especialmente a sus caminantes menos favorecidos por la vida.

Bien conscientes somos que Declaraciones como la presente no significan garantía alguna de defensa y promoción de lo que ellas mismas proclaman. Pero porque creemos en la importancia de lo simbólico de la vida, porque estamos convencidos de que necesitamos tal vez menos legislación y más utopía con la que alimentar nuestra vida, damos nuestra más sincera bienvenida a esta Declaración.

También Jesús era conocedor de que las «Bienaventuranzas» por él proclamadas nunca serían plenamente vividas, pero no por ello dejó de anunciarlas. «El que tenga oídos, que oiga».



PREÁMBULO

Los Estados Partes en la presente Convención

Considerando que, de conformidad con los principios proclamados en la Carta de las Naciones Unidas, la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana.

Teniendo presente que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre y en la dignidad y el valor de la persona humana, y su determinación de promover el progreso social y elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad.

Reconociendo que las Naciones Unidas han proclamado y acordado en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los Pactos Internacionales de Derechos Humanos que toda persona tiene todos los derechos y libertades enunciados en ellos, sin distinción alguna, por ejemplo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Recordando que en la Declaración Universal de Derechos Humanos las Naciones Unidas proclamaron que la infancia tiene derecho a cuidados y asistencia especiales.

Convencidos de que la familia, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños, debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad.

Reconociendo que el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión.

LA ELABORACIÓN DE UNA CONVENCIÓN



1978 El Gobierno de Polonia propone que, con motivo del Año Internacional del Niño que ha de celebrarse en 1979, se elabore un texto de Convención de los Derechos del Niño.

La Asamblea General de las Naciones Unidas decide establecer un grupo de trabajo dentro de la Comisión de Derechos Humanos.

1979 El grupo de trabajo comprende que es imposible que el texto de la Convención esté preparado para 1979. Se adopta un ritmo de trabajo de una sesión anual de una semana.

1988 Entre 1979 y 1988, el texto original polaco es revisado, modificado y ampliado. El texto final consta de un preámbulo y 54 artículos, que se deben en parte a la participación activa y eficaz de las organizaciones no gubernamentales en el grupo de trabajo. Contiene artículos de fondo, así como disposiciones de aplicación.

1989 En marzo, la Comisión de Derechos Humanos adopta el proyecto de texto tal como le es presentado por el grupo de trabajo.

El 20 de noviembre, la Asamblea General de la ONU adopta el texto de la Convención. Se requieren 20 ratificaciones para que entre en vigor.

Considerando que el niño debe estar plenamente preparado para una vida independiente en sociedad y ser educado en el espíritu de los ideales proclamados en la Carta de las Naciones Unidas y, en particular, en un espíritu de paz, dignidad, tolerancia, libertad, igualdad y solidaridad.

Teniendo presente que la necesidad de proporcionar al niño una protección especial ha sido enunciada en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño y en la Declaración de los Derechos del Niño adoptada por las Naciones Unidas en 1959, y reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (en particular, en los artículos 23 y 24), en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en particular, en el artículo 10) y en los convenios constitutivos e instrumentos pertinentes de los organismos especializados y de las organizaciones internacionales que se interesan en el bienestar del niño.

Teniendo presente que, como se indica en la Declaración de los derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1959, «el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento».

Recordando lo dispuesto en la Declaración sobre los principios sociales y jurídicos relativos a la protección y el bienestar de los niños con particular referencia a la adopción y la colocación en hogares de guarda en los planos nacional e internacional (resolución 41/85 de la Asamblea General, de 3 de diciembre de 1986); las Reglas mínimas de las Naciones Unidas para la administración de la justicia de menores («Reglas de Beijing») (resolución 40/33 de la Asamblea General, de 29 de noviembre de 1985); y la Declaración sobre la protección de la mujer y el niño en estados de emergencia o de conflicto armado (resolución 3318 (XXIX) de la Asamblea General, de 14 de diciembre de 1975).

Reconociendo que en todos los países del mundo hay niños que viven en condiciones excepcionalmente difíciles y que esos niños necesitan especial consideración.

Teniendo debidamente en cuenta la importancia de las tradiciones y los valores culturales de cada pueblo en la protección y desarrollo armonioso del niño.

Reconociendo la importancia de la cooperación internacional para el mejoramiento de las condiciones de vida de los niños en todos los países, en particular en los países en desarrollo.

Han convenido en lo siguiente:

Parte I

Artículo 1. Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de 18 años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

Artículo 2. 1. Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en esta Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales.

2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para asegurar que el niño sea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición, las actividades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, de sus tutores o de sus familiares.

Artículo 3. 1. En todas las medidas concernientes a los niños, que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.

2. Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas.

3. Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.

Artículo 4. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos en la presente Convención. En lo que respecta a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes adoptarán esas medidas hasta el máximo de los recursos de que dispongan y, cuando sea necesario, dentro del marco de la cooperación internacional.

Artículo 5. Los Estados Partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso, de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según establezca la costumbre local, de los tutores u otras personas encargadas legalmente del niño de impartirle, en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención.

Artículo 6. 1. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida.

2. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

Artículo 7. 1. El niño será registrado inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde éste a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos.

2. Los Estados Partes velarán por la aplicación de estos derechos de conformidad con su legislación nacional y las obligaciones que hayan contraído en virtud de los instrumentos internacionales pertinentes en esta esfera, sobre todo cuando el niño resultara de otro modo apátrida.

Artículo 8. 1. Los Estados Partes se comprometen a respetar el derecho del niño a preservar su identidad, incluidos la nacionalidad, nombre y relaciones familiares de conformidad con la ley sin injerencias ilícitas.

2. Cuando un niño sea privado ilegalmente de algunos de los elementos de su identidad o de todos ellos, los Estados Partes deberán prestar la asistencia y protección apropiadas con miras a restablecer rápidamente su identidad.

Artículo 9. 1. Los Estados Partes velarán por que el niño no sea separado de sus padres contra la voluntad de éstos, excepto cuando, a reserva de revisión judicial, las autoridades competentes determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que tal separación es necesaria en el interés superior del niño. Tal determinación puede ser necesaria en un caso particular, por ejemplo, en un caso en que el niño sea objeto de maltrato o descuido por parte de sus padres o cuando éstos viven separados y debe adoptarse una decisión acerca del lugar de residencia del niño.

2. En cualquier procedimiento entablado de conformidad con el párrafo 1, se ofrecerá a todas las partes interesadas la oportunidad de participar en él y de dar a conocer sus opiniones.

3. Los Estados Partes respetarán el derecho del niño que esté separado de uno o de ambos padres a mantener relaciones personales y contacto directo con ambos padres de modo regular, salvo si ello es contrario al interés superior del niño.

4. Cuando esa separación sea resultado de una medida adoptada por un Estado Parte, como la detención, el encarcelamiento, el exilio, la deportación o la muerte (incluido el fallecimiento debido a cualquier causa mientras la persona está encarcelada por el Estado) de uno de los padres del niño, o de ambos, o del niño, el Estado Parte proporcionará, cuando se le pida, a los padres, al niño o, si procede, a otro familiar, información básica acerca del paradero del familiar o familiares ausentes, a no ser que ello resultase perjudicial para el bienestar del niño. Los Estados Partes se cerciorarán además de que la presentación de tal petición no entrañe por sí misma consecuencias desfavorables para la persona o personas interesadas.

Artículo 10. 1. De conformidad con la obligación que incumbe a los Estados Partes a tenor de lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 9, toda solicitud hecha por un niño o por sus padres para entrar en un Estado Parte o para salir de él a los efectos de la reunión de la familia será atendida por los Estados Partes de manera positiva, humanitaria y expeditiva. Los Estados Partes garantizarán, además, que la presentación de tal petición no traerá consecuencias desfavorables para los peticionarios ni para sus familiares.

2. El niño cuyos padres residan en Estados diferentes tendrá derecho a mantener periódicamente, salvo en circunstancias excepcionales, relaciones personales y contactos directos con ambos padres. Con tal fin, y de conformidad con la obligación asumida por los Estados Partes en virtud del párrafo 2 del artículo 9, los Estados Partes respetarán el derecho del niño y de sus padres a salir de cualquier país, incluido el propio, y de entrar en su propio país. El derecho de salir de cualquier país estará sujeto solamente a las restricciones estipuladas por la ley y que sean necesarias para proteger la seguridad nacional, el orden público, la salud o la moral públicas o los derechos y libertades de otras personas y estén en consonancia con los demás derechos reconocidos por la presente Convención.

Artículo 11. 1. Los Estados Partes adoptarán medidas para luchar contra los traslados ilícitos de niños al extranjero y la retención ilícita de niños en el extranjero.

2. Para este fin, los Estados Partes promoverán la conclusión de acuerdos bilaterales o multilaterales o la adhesión a acuerdos existentes.

Artículo 12. 1. Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño.

2. Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidad de ser escuchado en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional.

Artículo 13. 1. El niño tendrá derecho a la libertad de expresión: ese derecho incluirá la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de todo tipo, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o impresas, en forma artística o por cualquier otro medio elegido por el niño.

2. El ejercicio de tal derecho podrá estar sujeto a ciertas restricciones, que serán únicamente las que la ley prevea y sean necesarias:

a) Para el respeto de los derechos o la reputación de los demás; o

b) Para la protección de la seguridad nacional o el orden público o para proteger la salud o la moral públicas.

Artículo 14. 1. Los Estados Partes respetarán el derecho del niño a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión.

2. Los Estados Partes respetarán los derechos y deberes de los padres y, en su caso, de los representantes legales, de guiar al niño en el ejercicio de su derecho de modo conforme a la evolución de sus facultades.

3. La libertad de manifestar la propia religión o las propias creencias estará sujeta únicamente a las limitaciones prescritas por la ley que sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos o los derechos y libertades fundamentales de los demás.

Artículo 15. 1. Los Estados Partes reconocen los derechos del niño a la libertad de asociación y a la libertad de celebrar reuniones pacíficas.

2. No se impondrán restricciones al ejercicio de estos derechos distintas de las establecidas de conformidad con la ley y que sean necesarias en una sociedad democrática, en interés de la seguridad nacional o pública, el orden público, la protección de la salud y la moral públicas o la protección de los derechos y libertades de los demás.

Artículo 16. 1. Ningún niño será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y a su reputación.

2. El niño tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o ataques.

Artículo 17. Los Estados Partes reconocen la importante función que desempeñan los medios de comunicación social y velarán por que el niño tenga acceso a información y material procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales, en especial la información y el material que tengan por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental. Con tal objeto, los Estados Partes:

a) Alentarán a los medios de comunicación social a difundir información y materiales de interés social y cultural para el niño, de conformidad con el espíritu del artículo 29.

b) Promoverán la cooperación internacional en la producción, el intercambio y la difusión de esa información y esos materiales procedentes de diversas fuentes culturales, nacionales e internacionales.

c) Alentarán la producción y difusión de libros para niños.

d) Alentarán a los medios de comunicación de masas a que tengan particularmente en cuenta las necesidades lingüísticas del niño perteneciente a un grupo minoritario o que sea indígena.

e) Promoverán la elaboración de directrices apropiadas para proteger al niño contra toda información y material perjudicial para su bienestar, teniendo en cuenta las disposiciones de los artículos 13 y 18.

Artículo 18. 1. Los Estados Partes pondrán el máximo empeño en garantizar el reconocimiento del principio de que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño. Incumbirá a los padres o, en su caso, a los representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el interés superior del niño.

2. A los efectos de garantizar y promover los derechos enunciados en esta Convención, los Estados Partes prestarán la asistencia apropiada a los padres y a los representantes legales para el desempeño de sus funciones en lo que respecta a la crianza del niño y velarán por la creación de instituciones, instalaciones y servicios por el cuidado de los niños.

3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para que los niños cuyos padres trabajan tengan derecho a beneficiarse de los servicios e instalaciones de guarda de niños en relación con los cuales se cumplan los requisitos establecidos.

Artículo 19. 1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

2. Esas medidas de protección deberán comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial.

Artículo 20. 1. Los niños temporal o permanentemente privados de su medio familiar, o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio, tendrán derecho a la protección y asistencia especiales del Estado.

2. Los Estados Partes asegurarán, de conformidad con sus leyes nacionales, otros tipos de cuidado para esos niños.

3. Entre esos cuidados figurarán, entre otras cosas, la colocación en otra familia, la Kafala del derecho islámico, la adopción, o de ser necesario la colocación en instituciones adecuadas de protección de menores. Al considerar las soluciones, se prestará particular atención



a la conviencia de que haya continuidad en la educación del niño y a su origen étnico, religioso, cultural y lingüístico.

Artículo 21. Los Estados Partes que reconocen y/o permiten el sistema de adopción cuidarán de que el interés superior del niño sea la consideración primordial y:

a) Velarán por que la adopción del niño sólo sea autorizada por las autoridades competentes, las cuales determinarán, con arreglo a las leyes y a los procedimientos aplicables y sobre la base de toda la información pertinente y fidedigna, que la adopción es admisible en vista de la situación jurídica del niño en relación con sus padres, parientes y representantes legales y que, cuando así se requiera, las personas interesadas hayan dado con conocimiento de causa su consentimiento a la adopción sobre la base del asesoramiento que pueda ser necesario.

b) Reconocerán que la adopción en otro país puede ser considerada como otro medio de cuidar del niño, en el caso de que éste no pueda ser colocado en un hogar de guarda o entregado a una familia adoptiva o no pueda ser atendido de manera adecuada en el país de origen.

c) Velarán por que el niño objeto de adopción en otro país goce de salvaguardias y normas equivalentes a las existentes respecto de la adopción en el país de origen.

d) Adoptarán todas las medidas apropiadas para garantizar que, en el caso de adopción en otro país, la colocación no dé lugar a beneficios financieros indebidos para quienes participan en ella.

e) Promoverán, cuando corresponda, los objetivos del presente artículo mediante la concertación de arreglos o acuerdos bilaterales o multilaterales y se esforzarán, dentro de este marco, por garantizar que la colocación del niño en otro país se efectúe por medio de las autoridades u organismos competentes.

Artículo 22. 1. Los Estados Partes adoptarán medidas adecuadas para lograr que el niño que trate de obtener el estatuto de refugiado o que sea considerado refugiado de conformidad con el derecho y los procedimientos internacionales o internos aplicables reciba, tanto si está solo como si está acompañado de sus padres o de cualquier otra persona, la protección y la asistencia humanitaria adecuadas para el disfrute de los derechos pertinentes enunciados en esta Convención y en otros instrumentos internacionales de derechos humanos o de carácter humanitario en que dichos Estados sean partes.

2. Al tal efecto, los Estados Partes cooperarán, en la forma que estimen apropiada, en todos los esfuerzos de las Naciones Unidas y demás organizaciones intergubernamentales competentes u organizaciones no gubernamentales que cooperen con las Naciones Unidas por proteger y ayudar a tal niño y localizar a los padres o a otros miembros de la familia de todo niño refugiado, a fin de obtener la información necesaria para que se reúna con su familia. En los casos en que no se pueda localizar a ninguno de los padres o miembros de la familia, se concederá al niño la misma protección que a cualquier otro niño privado permanente o temporalmente de su medio

familiar, por cualquier motivo, como se dispone en la presente Convención.

Artículo 23. 1. Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena decente en condiciones que aseguren dignidad, permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad.

2. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño impedido a recibir cuidados especiales y alentarán y asegurarán, con sujeción a los recursos disponibles, la prestación al niño que reúna las condiciones requeridas y a los responsables de su cuidado de la asistencia que se solicite y que sea adecuada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres o de otras personas que cuiden de él.

3. En atención a las necesidades especiales del niño impedido, la asistencia que se preste conforme al párrafo 2 será gratuita siempre que sea posible, habida cuenta de la situación económica de los padres o de las otras personas que cuiden del niño, y estará destinada a asegurar que el niño impedido tenga un acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento y reciba tales servicios en forma conducente a que el niño logre la integración social y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible.

4. Los Estados Partes promoverán, con espíritu de cooperación internacional, el intercambio de información adecuada en la esfera de la atención sanitaria preventiva y del tratamiento médico, psicológico y funcional de los niños impedidos, incluida la difusión de información sobre los métodos de rehabilitación y los servicios de enseñanza y formación profesional, así como el acceso a esa información a fin de que los Estados Partes puedan mejorar su capacidad y conocimientos y ampliar su experiencia en estas esferas. A este respecto, se tendrán especialmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Artículo 24. 1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez.

b Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud.

c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de tecnologías de fácil acceso y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable saluble, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente.

d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres.

e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos.

f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.

4. Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en este artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Artículo 25. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental, a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.

Artículo 26. 1. Los Estados Partes reconocerán a todos los niños el derecho a beneficiarse de la seguridad social, incluso del seguro social, y adoptarán las medidas necesarias para lograr la plena realización de este derecho de conformidad con su legislación nacional.

2. Las prestaciones deberían concederse, cuando corresponda, teniendo en cuenta los recursos y la situación del niño y de las personas que sean responsables del mantenimiento del niño, así como cualquier otra consideración pertinente a una solicitud de prestaciones hecha por el niño o en su nombre.

Artículo 27. 1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.

2. A los padres u otras personas responsables por el niño les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño.

3. Los Estados Partes, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda.

4. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para asegurar el pago de la pensión alimenticia por parte de los padres u otras personas que tengan la responsabilidad financiera por el niño, tanto si viven en el Estado Parte como si viven en el extranjero. En particular, cuando la persona que tenga la responsabilidad financiera por el niño resida en un país diferente de aquel en que resida el niño, los Estados Partes promoverán la adhesión a los convenios internacionales o la conclusión de dichos convenios, así como la concertación de cualesquiera otros arreglos apropiados.

Artículo 28. 1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a la educación y, con objeto de conseguir progresivamente y en condiciones de igualdad de oportunidades ese derecho, deberán en particular:

a) Implantar la enseñanza primaria obligatoria y gratuita para todos.

b) Fomentar el desarrollo, en sus distintas formas, de la enseñanza secundaria, incluida la enseñanza general y profesional, hacer que dispongan de ella y tengan acceso a ella todos los niños y adoptar medidas apropiadas tales como la implantación de la enseñanza gratuita y la concesión de asistencia financiera en caso de necesidad.

c) Hacer la enseñanza superior accesible a todos, sobre la base de la capacidad, por cuantos medios sean apropiados.

d) Hacer disponibles y accesibles a todos los niños la información y orientación en cuestiones educacionales y profesionales.

e) Adoptar medidas para fomentar la asistencia regular a las escuelas y reducir las tasas de abandono escolar.

2. Los Estados Partes adoptarán cuantas medidas sean adecuadas para velar por que la disciplina escolar se administre de modo compatible con la dignidad humana del niño y de conformidad con la presente Convención.

3. Los Estados Partes fomentarán y alentarán la cooperación internacional en cuestiones de educación, en particular a fin de contribuir a eliminar la ignorancia y el analfabetismo en todo el mundo y de facilitar el acceso a los conocimientos técnicos y a los métodos modernos de enseñanza. A este respecto, se tendrán especialmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Artículo 29. 1. Los Estados Partes convienen en que la educación del niño deberá estar encaminada a:

a) Desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades.

b) Inculcar al niño el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales y de los principios consagrados en la Carta de las Naciones Unidas.

c) Inculcar al niño el respeto de sus padres, de su propia identidad cultural, de su idioma y sus valores, de los valores nacionales del país en que vive, del país de que sea originario y de las civilizaciones distintas de la suya.

d) Preparar al niño para asumir una vida responsable en una sociedad libre, con espíritu de comprensión, paz, tolerancia, igualdad de los sexos y amistad entre todos los pueblos, grupos étnicos, nacionales y religiosos y personas de origen indígena.

e) Inculcar al niño el respeto del medio ambiente natural.

2. Nada de lo dispuesto en este artículo o en el artículo 28 se interpretará como una restricción de la libertad de los particulares y de las entidades para establecer y dirigir instituciones de enseñanza, a condición de que se respeten los principios enunciados en el párrafo 1 de este artículo y de que la educación impartida en tales instituciones se ajuste a las normas mínimas que prescriba el Estado.

Artículo 30. En los Estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas o personas de origen indígena, no se negará a un niño que pertenezca a tales minorías o que sea indígena el derecho que le corresponde, en común con los demás miembros de su grupo, a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión, o a emplear su propio idioma.

Artículo 31. 1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas apropiadas para su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes.

2. Los Estados Partes respetarán y promoverán el derecho del niño a participar plenamente en la vida cultural y artística y propiciarán oportunidades apropiadas, en condiciones de igualdad, de participar en la vida cultural, artística, recreativa y de esparcimiento.

Artículo 32. 1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a estar protegido contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación, o que sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.

2. Los Estados Partes adoptarán medidas legislativas y administrativas, sociales y educacionales para asegurar la aplicación de este artículo. Con ese propósito y teniendo en cuenta las disposiciones pertinentes de otros instrumentos internacionales, los Estados Partes, en particular:

a) Fijarán una edad o edades mínimas para trabajar.

b) Dispondrán la reglamentación apropiada de los horarios y condiciones de trabajo; y

c) Estipularán las penalidades u otras sanciones apropiadas para asegurar la aplicación eficaz de este artículo.

Artículo 33. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas, incluso medidas legislativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños del uso ilícito de los estupefacientes y sustancias psicotrópicas enumerados en los tratados internacionales pertinentes, y para impedir que se utilice a niños en la producción y el tráfico ilícitos de esas sustancias.

Artículo 34. Los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales. Con este fin, los Estados Partes tomarán, en particular, todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir:

a) La incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal.

b) La explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales.

c) La explotación del niño en espectáculos o materiales pornográficos.

Artículo 35. Los Estados Partes tomarán todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir el secuestro, la venta o la trata de niños para cualquier fin o en cualquier forma.



Artículo 36. Los Estados Partes protegerán al niño contra todas las otras formas de explotación que sean perjudiciales para cualquier aspecto de su bienestar.

Artículo 37. Los Estados Partes velarán porque:

a) Ningún niño sea sometido a torturas ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. En particular, no se impondrá la pena capital ni la de prisión perpetua sin posibilidad de excarcelación por delitos cometidos por menores de 18 años de edad.

b) Ningún niño será privado de su libertad ilegal o arbitrariamente. La detención, encarcelamiento o prisión de un niño se llevará a cabo de conformidad con la ley y se utilizará tan sólo como medida de último recurso y durante el período más breve que proceda.

c) Todo niño privado de libertad será tratado con la humanidad y respeto que merece la dignidad inherente a la persona humana, y de manera que se tengan en cuenta las necesidades de las personas de su edad. En particular, todo niño privado de libertad estará separado de los adultos, a menos que ello se considere contrario al interés superior del niño, y tendrá derecho a mantener contacto con su familia por medio de correspondencia y de visitas, salvo en circunstancias excepcionales.

d) Todo niño privado de su libertad tendrá derecho a un pronto acceso a la asistencia jurídica y otra asistencia adecuada, así como derecho a impugnar la legalidad de la privación de su libertad ante un tribunal u otra autoridad competente, independiente e imparcial y a una pronta decisión sobre dicha acción.

Artículo 38. 1. Los Estados Partes se comprometen a respetar y velar porque se respeten las normas del decreto internacional humanitario que les sean aplicables en los conflictos armados y que sean pertinentes para el niño.

2. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas posibles para asegurar que las personas que aún no hayan cumplido los 15 años de edad no participen directamente en las hostilidades.

3. Los Estados Partes se abstendrán de reclutar en las fuerzas armadas a las personas que no hayan cumplido los 15 años de edad. Si reclutan personas que hayan cumplido 15 años, pero que sean menores de 18, los Estados Partes procurarán dar prioridad a los de más edad.

4. De conformidad con las obligaciones dimanadas del derecho internacional humanitario de proteger a la población civil durante los conflictos armados, los Estados Partes adoptarán todas las medidas posibles para asegurar la protección y el cuidado de los niños afectados por un conflicto armado.

Artículo 39. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de: cualquier forma de abandono, explotación, o abuso, tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño.

Artículo 40. 1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño de quien se alegue que ha infringido las leyes penales o a quien se acuse a declare culpable de haber infringido esas leyes a ser tratado de manera acorde con el fomento de su sentido de la dignidad y el valor, que fortalezca el respeto del niño por los derechos humanos y la libertades fundamentales de terceros y en la que se tengan en cuenta la edad del niño y la importancia de promover la reintegración del niño y de que éste asuma una función constructiva en la sociedad.

2. Con ese fin y habida cuenta de las disposiciones pertinentes de los instrumentos internacionales, los Estados Partes garantizarán, en particular:

a) Que no se alegue que ningún niño ha infringido las leyes penales, ni se acuse o declare culpable a ningún niño de haber infringido esas leyes, por actos u omisiones que no estaban prohibidos por leyes nacionales o internacionales en el momento en que se cometieron.

b) Que todo niño del que se alegue que ha infringido las leyes penales o a quien se acuse de haber infringido esas leyes tenga, por lo menos, las siguientes garantías:

— A que se lo presuma inocente mientras no se pruebe su culpabilidad conforme a la ley.

— A ser informado sin demora y directamente o, cuando sea procedente, por intermedio de sus padres o su representante legal, de los cargos que pesan contra él y a disponer de asistencia jurídica u otra asistencia apropiada en la preparación y presentación de su defensa.

— A que la causa sea dirimida sin demora por una autoridad u órgano judicial competente, independiente e imparcial en una audiencia equitativa conforme a la ley y en presencia de un asesor jurídico u otro tipo de asesor adecuado, así como, a menos que se considere que ello sería contrario al mejor interés del niño, habida cuenta en particular de su edad o situación, de sus padres o representantes legales.

— A no ser obligado a prestar testimonio o a declararse culpable, interrogar o hacer que se interrogue a testigos de cargo y obtener la participación e interrogatorio de testigos de descargo en condiciones de igualdad.

— En caso de que se considere que ha infringido las leyes penales, a que esta decisión y toda medida impuesta en consecuencia sean sometidas a una autoridad u órgano judicial superior competente, independiente e imparcial, conforme a la ley.

— A que el niño tenga la asistencia gratuita de un intérprete si no comprende o no habla el idioma utilizado.

— A que se respete plenamente su vida privada en todas las fases del procedimiento.

3. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para promover el establecimiento de leyes, procedimientos autoridades e instituciones aplicables específicos para los niños de quienes se alegue que han infringido las leyes penales o a quienes se acuse o declare culpables de haber infringido esas leyes, y en particular:

a) El establecimiento de una edad mínima antes de la cual se presumirá que los niños no tienen capacidad para infringir las leyes penales:

b) Siempre que sea apropiado y deseable, la adopción de medidas para tratar a esos niños sin recurrir a procedimientos judiciales, en el entendimiento de que se respetarán plenamente los derechos humanos y las garantías legales.

4. Se dispondrá de diversas medidas, tales como el cuidado, las órdenes de orientación y supervisión, el asesoramiento, la libertad vigilada, la colocación familiar, los programas de enseñanza y formación profesional, así como otras posibilidades alternativas a la internación en instituciones, para asegurar que los niños sean tratados de manera apropiada para su bienestar y que guarde proporción tanto con sus circunstancias como con la infracción.

Artículo 41. Nada de los dispuesto en la presente Convención afectará a las disposiciones que sean más conducentes a la realización de los derechos del niño y que puedan estar recogidas en:

a) El derecho de un Estado Parte; o

b) El derecho internacional vigente con respecto a dicho Estado.

Parte II

Artículo 42. Los Estados Partes se comprometen a dar a conocer ampliamente los principios y disposiciones de la Convención por medios aficaces y apropiados, tanto a los adultos como a los niños.

Artículo 43. 1. Con la finalidad de examinar los progresos realizados en el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los Estados Partes en la presente Convención, se establecerá un Comité de los Derechos del Niño que desempeñará las funciones que a continuación se estipulan.

2. El Comité estará integrado por diez expertos de gran integridad moral y reconocida competencia en las esferas reguladas por la Convención. Los miembros del Comité serán elegidos por los Estados Partes entre sus nacionales y ejercerán sus funcioes a título personal, teniéndose debidamente en cuenta la distribución geográfica, así como los principales sistemas jurídicos.

3. Los miembros del Comité serán elegidos, en votación secreta, de una lista de personas designadas por los Estados Partes. Cada Estado podrá designar una persona escogida entre sus propios nacionales.

4. La elección inicial se celebrará a más tardar seis meses después de la entrada en vigor de la presente Convención y ulteriormente cada dos años. Con cuatro meses, como mínimo, de antelación respecto de la fecha de cada elección, el Secretario General de las Naciones Unidas dirigirá una carta a los Estados Partes invitándolos a que presenten sus candidaturas en un plazo de dos meses. El Secretario General preparará después una lista en la que figurarán por orden alfabético todos los candidatos propuestos, con indicación de los Estados Partes que los hayan designado, y la comunicará a los Estados Partes en la presente Convención.

5. Las elecciones se celebrarán en una reunión de los Estados Partes convocada por el Secretario General en la Sede de las Naciones Unidas. En esa reunión, en la que la presencia de dos tercios de los Estados Partes constituirá quórum, las personas seleccionadas para formar parte del Comité serán aquellos candidatos que obtengan el mayor número de votos y una mayoría absoluta de los votos de los representantes de los Estados Partes presentes y votantes.

6. Los miembros del Comité serán elegidos por un período de cuatro años. Podrán ser reelegidos si se presenta de nuevo su candidatura. El mandato de cinco de los miembros elegidos en la primera elección expirará al cabo de dos años; inmediatamente después de efectuada la primera elección, el Presidente de la reunión en que ésta se celebra elegirá por sorteo los nombres de esos cinco miembros.

7. Si un miembro del Comité muere o dimite o declara que por cualquier otra causa no puede seguir desempeñando sus funciones en el Comité, el Estado Parte que propuso a ese miembro designará entre sus propios nacionales a otro experto para ejercer el mandato hasta su término, a reserva de la aprobación del Comité.

8. El Comité adoptará su propio reglamento.

9. El Comité elegirá su Mesa por un período de dos años.

10. Las reuniones del Comité se celebrarán normalmente en la Sede de las Naciones Unidas o en cualquier otro lugar conveniente

que determine el Comité. El Comité se reunirá normalmente todos los años. La duración de las reuniones del Comité será determinada y revisada, si procediera, por una reunión de los Estados Partes en la presente Convención, a reserva de la aprobación de la Asamblea General.

11. El Secretario General de las Naciones Unidas proporcionará el personal y los servicios necesarios para el desempeño eficaz de las funciones del Comité establecido en virtud de la presente Convención.

12. Previa aprobación de la Asamblea General, los miembros del Comité establecido en virtud de la presente Convención recibirán emolumentos con cargo a los fondos de las Naciones Unidas, según las condiciones que la Asamblea pueda establecer.

Artículo 44. 1. Los Estados Partes se comprometen a presentar al Comité, por conducto del Secretario General de las Naciones Unidas, informes sobre las medidas que hayan adoptado para dar efecto a los derechos reconocidos en la Convención y sobre el progreso que hayan realizado en cuanto al goce de esos derechos:

a) En el plazo de dos años a partir de la fecha en la que para cada Estado Parte haya entrado en vigor la presente Convención.

b) En lo sucesivo, cada cinco años.

2. Los informes preparados en virtud del presente artículo deberán indicar las circunstancias y dificultades, si las hubiere, que afecten al grado de cumplimiento de las obligaciones derivadas de la presente Convención. Deberán asimismo, contener información suficiente para que el Comité tenga cabal comprensión de la aplicación de la Convención en el país de que se trate.

3. Los Estados Partes que hayan presentado un informe inicial completo al Comité no necesitan repetir en sucesivos informes presentados de conformidad con lo dispuesto en el inciso *b)* del párrafo 1 la información básica presentada anteriormente.

4. El Comité podrá pedir a los Estados Partes más información relativa a la aplicación de la Convención.

5. El Comité presentará cada dos años a la Asamblea General de las Naciones Unidas, por conducto del Consejo Económico y Social, informes sobre sus actividades.

6. Los Estados Partes darán a sus informes una amplia difusión entre el público de sus países respectivos.

Artículo 45. Con objeto de fomentar la aplicación efectiva de la Convención y de estimular la cooperación internacional en la esfera regulada por la Convención:

a) Los organismos especializados, el UNICEF y demás órganos de las Naciones Unidas tendrán derecho a estar representados en el examen de la aplicación de aquellas disposiciones de la presente Convención comprendidas en el ámbito de su mandato. El Comité podrá invitar a los organismos especializados, al UNICEF y a otros órganos competentes que considere apropiados a que proporcionen asesoramiento especializado sobre la aplicación de la Convención en los sectores que son de incumbencia de sus respectivos mandatos. El Comité podrá invitar a los organismos especializados, al UNICEF y demás órganos de las Naciones Unidas a que presenten informes sobre la aplicación de aquellas disposiciones de la presente Convención comprendidas en el ámbito de sus actividades.

b) El Comité transmitirá, según estime conveniente, a los organismos especializados, al UNICEF y a otros órganos competentes, los informes de los Estados Partes que contengan una solicitud de asesoramiento o de asistencia técnica, o en los que se indique esa necesidad, junto con las observaciones y sugerencias del Comité, si las hubiere, acerca de esas solicitudes o indicaciones.

c) El Comité podrá recomendar a la Asamblea General que pida al Secretario General que efectúe, en su nombre, estudios sobre cuestiones concretas relativas a los derechos del niño.

d) El Comité podrá formular sugerencias y recomendaciones generales basadas en la información recibida en virtud de los artículos 44 y 45 de la presente Convención. Dichas sugerencias y recomendaciones generales deberán transmitirse a los Estados Partes interesados y notificarse a la Asamblea General, junto con los comentarios, si los hubiere, de los Estados Partes.

Parte III

Artículo 46. La presente Convención estará abierta a la firma de todos los Estados.

Artículo 47. La presente Convención está sujeta a ratificación. Los instrumentos de ratificación se depositarán en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.

Artículo 48. La presente Convención permanecerá abierta a la adhesión de cualquier Estado. Los instrumentos de adhesión se depositarán en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.

Artículo 49. 1. La presente Convención entrará en vigor el trigésimo día siguiente a la fecha en que haya sido depositado el vigésimo instrumento de ratificación o de adhesión en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.

2. Para cada Estado que ratifique la Convención o se adhiera a ella después de haber sido depositado el vigésimo instrumento de ratificación o de adhesión, la Convención entrará en vigor el trigésimo día después del depósito por tal Estado de su instrumento de ratificación o adhesión.

Artículo 50. 1. Todo Estado Parte podrá proponer una enmienda y depositarla en poder del Secretario General de las Naciones Unidas. El Secretario General comunicará la enmienda propuesta a los Estados Partes, pidiéndoles que le notifiquen si desean que se convoque una conferencia de Estados Partes con el fin de examinar la propuesta y someterla a votación. Si dentro de los cuatro meses siguientes a la fecha de esa notificación un tercio, al menos, de los Estados Partes se declara en favor de tal convocatoria, el Secretario General convocaraá una conferencia con el auspicio de las Naciones Unidas. Toda enmienda adoptada por la mayoría de Estados Partes, presentes y votantes en la conferencia, será sometida por el Secretario General a todos los Estados Partes para su aceptación.

2. Toda enmienda adoptada de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo entrará en vigor cuando haya sido aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas y aceptada por una mayoría de dos tercios de los Estados Partes.

3. Cuando la enmiendas entren en vigor serán obligatorias para los Estados Partes que las hayan aceptado, en tanto que los demás Estados Partes seguirán obligados por las disposiciones de la presente Convención y por las enmiendas anteriores que hayan aceptado.

Artículo 51. 1. El Secretario General de las Naciones Unidas recibirá y comunicará a todos los Estados el texto de las reservas formuladas por los Estados en el momento de la ratificación o de la adhesión.

2. No se aceptará ninguna reserva incompatible con el objeto y el propósito de la presente Convención.

3. Toda reserva podrá ser retirada en cualquier momento por medio de una notificación hecha a ese efecto y dirigida al Secretario General de las Naciones Unidas, quien informará a todos los Estados. Esa notificación surtirá efecto en la fecha de su recepción por el Secretario General.

Artículo 52. Todo Estado Parte podrá denunciar la presente Convención mediante notificación hecha por escrito al Secretario General de las Naciones Unidas. La denuncia surtirá efecto un año después de la fecha en que la notificación haya sido recibida por le Secretario General.

Artículo 53. Se designa depositario de la presente Convención al Secretario General de las Naciones Unidas.

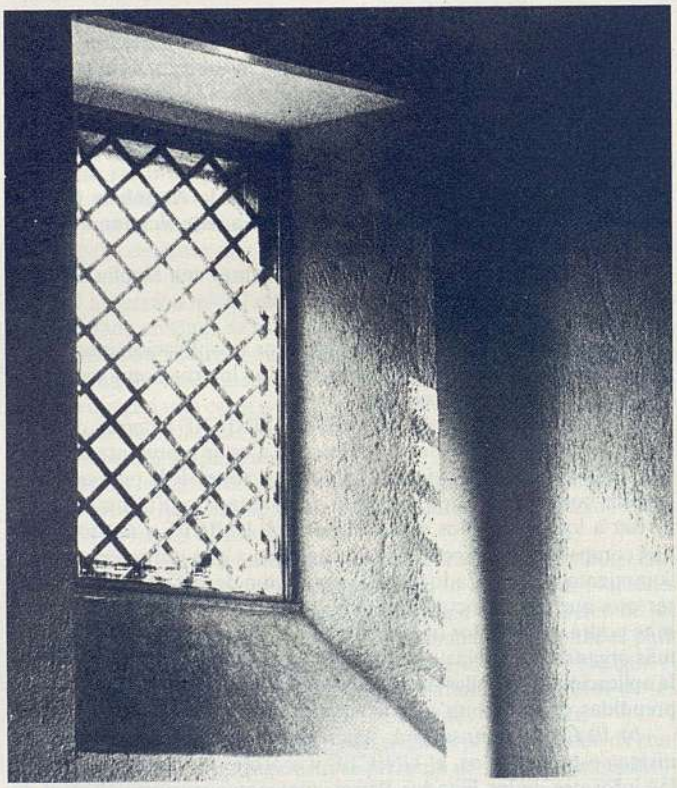
Artículo 54. El original de la presente Convención, cuyos textos en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso son igualmente auténticos, se depositará en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.

En testimonio de lo cual, los infrascritos plenipotenciarios, debidamente autorizados para ello por sus respectivos gobiernos, han firmado la presente Convención.

Hecho en ..... el ..... de ..... de 198....

11. PROYECTO DE ATENCIÓN A ENFERMOS PROCEDENTES DE CENTROS PENITENCIARIOS

Grupo PROSAC
Hospital San Millán. Logroño



El grupo de Profesionales Sanitarios Cristianos (PROSAC), insertado en el Hospital San Millán, de Logroño, con la doctora Pilar Criado al frente, ha elaborado este Proyecto tan original como humano que manifiesta bien a las claras cómo la sensibilidad cristiana se puede y debe materializar en hechos concretos.

Resulta emocionante que dicho Proyecto sea dedicado a la memoria del doctor J. R. Muñoz, riojano él, que fue asesinado por los GRAPO en Zaragoza a quienes los atendió durante su huelga de hambre. Y es, llanamente, conmovedor, cuando el alma de esta iniciativa es un familiar directo del malogrado facultativo.

1.ª FASE: **Estudio de la realidad**

1. *a)* Estudio de los acuerdos INSALUD-Ministerio de Justicia para la asistencia de presos en hospitales públicos.
   b) Estudio y conocimiento de las distintas situaciones judiciales y penales de los afectados: presos comunes, políticos, parte de condena cumplida, artículo 60...
2. Estudio de las condiciones de las dependencias destinadas a ellos en el hospital, que vayan de acuerdo con la dignidad de la persona.
3. Personal destinado a su atención.
4. Calidad de la atención por los distintos servicios del hospital a los que se pide consulta.
5. Número de enfermos que se atienden por término medio.
6. Patología más frecuente que presentan con especial atención a la problemática del SIDA y drogadicción.

2.ª FASE: **Presentación del proyecto**

— Dirección hospital.
— Dirección cárcel.

— CAS.
— Grupo pastoral sanitaria.
— Grupo voluntarios de prisiones.
— Grupos parroquiales que quieran colaborar.
— Departamento asistencia social hospital y atención al paciente.

3.ª FASE: Acogida al enfermo

a) Información de los casos que llegan.

b) Condiciones que presenta el enfermo.
— Ambulatorio.
— Ingreso.
— Si se vale por sí mismo.
— Situación psicológica.
— Situación de la familia.
— Situación penal.

c) Patología del enfermo (implica el secreto profesional) con especial atención:
— SIDA.
— Drogoaddicción.
Conexión:
— Asociación anti SIDA.
— Otros enfermos.
— Psicólogo.
— Proyecto hombre.
— ARAN.

d) Necesidades del enfermo:
— Información al paciente sobre el hospital y su situación como enfermo.
— Necesidad de acompañamiento y visita. (La soledad el principal problema que presenta.)
— Gestionar posibilidad de visitas:
— Grupo pastoral.
— Grupo voluntariado prisión.
— Grupos parroquiales.
— Trámites que necesitan:
— Tabaco, cosas de higiene, papeles, cartas...
— Llamadas telefónicas.
— Atención religiosa si lo requieren.
— Posibilidad en la habitación de TV, radio, libros, revistas... que haga más grata su estancia.
Todo ello bajo la supervisión y coordinación CAS.
— Conexión trabajadora social del hospital.
— Relación familiar:
— Avisar.
— Acompañar.
— Trámites.
— Viajes.
— Alojamiento.
— Relación policía acompañante:
— Ubicación digna.
— Información.
— Escucha.

4.ª FASE: Mentalización y formación

1. Personal que atiende al enfermo directamente:
— Charla con ellos y escucha de su opinión y sugerencias.
— Información sobre esta problemática.
— Formación.
2. Personal hospitalario en general sobre esta problemática:
— Charlas.
— Mesas redondas.
— Anesas.
— Vídeos.

5.ª FASE: De denuncia

De aquello que veamos no funciona adecuadamente o es injusto. Intentando primero una vía de diálogo con:
— Personal que le afecte.
— Dirección del hospital.
— Dirección INSALUD.
— Ministerio de Justicia.
— Administración pública.

6.ª FASE: Organización de un seminario de estudio sobre:

Los profesionales de la salud y su implicación en esta problemática.
— Estudio legal:
— Acatamiento órdenes judiciales.
— Derecho a la objeción de conciencia.
— Situaciones legales.
— Protección del personal:
— Nivel legal.
— Nivel físico.

7.ª FASE

Quisiéramos dedicar este estudio a la memoria del doctor J. R. Muñoz que dio su vida en el ejercicio de su profesión para salvar la de dos personas en esta situación, y como cristianos quisiéramos que para los que no entendieron su misión y ahora están en situación penal, en la cárcel, si un día necesitan atención médica la reciban dignamente como personas e hijos de Dios que son, y así, cumplir el Mandato del AMOR hasta a nuestros enemigos.

ENTREVISTA A D. CARLETON GAJDUSEK

Premio Nobel de Medicina 1976

12. «TENEMOS LA IDEA ERRÓNEA DE QUE SOMOS CAPACES DE SOLUCIONAR TODOS LOS PROBLEMAS Y SATISFACER TODOS LOS DESEOS»

La entrevista que transcribimos a continuación rezuma desde todos los puntos de vista la sinceridad y sencillez del gran hombre de ciencia.

No rehúye las respuestas. Enfoca el planteamiento, sitúa la cuestión en sus justos límites y responde directamente sobre aquello que le es propio. Pero no pretende sentar cátedra sobre aquellos otros campos que no son propios de la materia objeto de su inquietud científica directa.

Pero a través de sus respuestas y sobre todo del conocimiento de sus actos, nos podemos dar cuenta que no da la espalda a las problemáticas marginales al campo que ocupa su atención. Con toda sencillez nos responde: «Sí, he adoptado varios niños de aquellas culturas y los he integrado en mi propia familia»... el corazón y la mente equilibrados en la persona del gran científico.

La aparente tranquilidad ante las cuestiones éticas que pudieran derivarse de sus estudios deja entrever que no han estado ausentes los planteamientos. No se han rehuido, como no se han dejado de lado las vivencias de fe de los individuos y los pueblos con los que ha entrado en contacto. Pero la acción personal no ha pretendido adentrarse en la acción pastoral que se ha dejado a personas específicamente preparadas. La colaboración con los misioneros parece haber sido estrecha.

El trabajo en equipo se presenta como básico en sus actuaciones.



D. Carleton Gajdusek, Premio Nobel de Medicina, 1976

—En primer lugar, ¿cuál fue el motivo que le llevó a conseguir el Premio Nobel?

Descubrí un nuevo tipo de virus que causan infecciones lentas del sistema nervioso humano. Se trata de enfermedades crónicas causadas por virus, derivadas de infecciones padecidas muchos años antes, incluso décadas; a veces derivadas de infecciones víricas ocurridas durante la infancia.

En 1976 me fue concedido el Premio Nobel con motivo de estos descubrimientos.

Hoy día se ha asemejado con lo que ocurre en el SIDA en el que intervienen el HIV y el HIV1. Yo no descubrí estos virus, sino otros que nos llevaron a la conclusión de aquellas enfermedades crónicas diferidas.

—¿El descubrimiento citado se remonta, pues, al año 1976?

No, yo realicé el descubrimiento en los años 50 a 60, concretamente entre 1957 y 1967. En 1976 recibí el premio, antes de que se hiciera notorio el problema del SIDA. Los virus que actualmente nos ocupan son el HIW y el HTW1. No fueron éstos los que yo descubrí, sino otros que nos llevaron a la conclusión de infecciones crónicas alejadas de las primeras manifestaciones.

—Ante cualquier avance científico siempre nos preguntamos ¿puede plantear algunas cuestiones éticas?

Hay mucho interés en derivar este tema hacia cuestiones éticas; pero nosotros intentamos solamente resolver el problema de qué es lo que causa las enfermedades víricas cerebrales, sin entrar en otros cuestionamientos. Actualmente no existe ningún problema ético al respecto.

Estas enfermedades son letales, siempre causan la muerte y estamos intentando descubrir la causa para poder reducir el proceso de su cronicidad o corregirla.

No intentamos curar a los enfermos, sino únicamente descubrir la causa para poder prevenir la enfermedad. Mi laboratorio no produce ningún fármaco que cure a estos enfermos. Las personas que padecen esta enfermedad ya tienen lesionada una gran parte de su cerebro cuando se puede llegar al diagnóstico. En este momento cualquier elemento que frenase el proceso dejaría unas personas con graves deficiencias.

Nosotros nos concentramos en entender la causa e intentamos la prevención de la aparición de estas enfermedades.

—Al margen de esta cuestión, ¿qué relación cree que existe entre la ciencia y la fe?

La mayoría de nosotros, relacionados con la ciencia y especialmente con la neurología, estamos muy impresionados y muy interesados por la importancia de la fe personal y la fe de las comunidades.

Gran parte de mis trabajos los he hecho con *paganos*, principalmente en Nueva Guinea y con indios del Orinoco y del Amazonas. No son cristianos; nunca han oído hablar de Moises o de Jesús ni de misioneros. Yo mismo tengo niños adoptados que nunca habían oído hablar de estos hechos; sus parientes viven como los indios o mayas de antes de Cortés. Nosotros hemos trabajado mucho con estas gentes desde un punto de vista médico; nosotros no somos misioneros, pero muchos de ellos nos han acompañado hacia esas áreas.

Es muy importante ver cómo esas personas se enfrentan a su enfermedad y, en su cultura, creen que los espíritus enfurecidos de sus antepasados, o la magia, son la causa de sus males.

Desde su punto de vista todo se relaciona con cuestiones religiosas. Pero no hemos acabado de entender la relación entre sus creencias y sus valores. Tenemos grandes problemas para aprender y entender su lenguaje y, por tanto, para entender sus comportamientos.

He trabajado mucho con pueblos de Nueva Guinea y sé que los misioneros han tenido muchos problemas para introducir el cristianismo entre ellos. Pero eso no era nuestro trabajo específico.

—Permítame hacerle una pregunta particular ¿dice usted que ha adoptado niños?

Sí, he adoptado a varios niños de estas culturas y los he integrado dentro de mi propia familia.

—¿Cree que existe alguna relación entre las formas de vida y la enfermedad?

No he trabajado demasiado en el campo de la interacción entre sus creencias y la enfermedad. Nos limitamos a la investigación científica y así en Nueva Guinea, Melanesia y Micronesia hallamos enfermedades graves, fatales, y las estamos estudiando: *tropical spastic paraparesia, kuru, encefalitis esponjiforme*... Todas ellas son enfermedades crónicas mortales.

Claro que la gente tiene ideas muy complejas sobre las causas de sus enfermedades. Las religiones cristianas, representadas por católicos y otros misioneros, han estado trabajando para ayudar y aconsejar a estos pueblos; pero estas enfer medades son fatales y, por ahora, no existe para ellas ningún tratamiento.

—¿Qué ha significado su descubrimiento a nivel del arsenal terapéutico actual?

Mi laboratorio está principalmente involucrado en estos momentos en enfermedades crónicas del cerebro causadas por el virus HIW. Gracias a él descubrimos el papel del virus HTOW1 en una enfermedad llamada *tropical spastic* y estamos trabajando desde la India hasta las Seychelles, desde Indonesia hasta Nueva Guinea. También en el Japón es una enfermedad muy frecuente.

También investigamos la enfermedad de las «vacas lo-

cas» *(mad cow)*. Precisamente acabo de asistir a una conferencia sobre esta enfermedad en Inglaterra. Parece haber mucho misterio al respecto.

Estas son las dos grandes áreas que estamos investigando actualmente.

El objetivo principal es entender estas nuevas y extrañas enfermedades. Pero no estamos trabajando en pruebas terapéuticas curativas. Son intentos orientados fundamentalmente a la prevención.

—¿Qué opina usted acerca de la situación actual de la ciencia en el mundo?

No sé si puedo opinar acerca de esto. Hoy día gran parte de la actividad intelectual va dirigida a la investigación básica.

Durante el Renacimiento se daba poco espacio para la ciencia. La mayoría de las personas inteligentes trabajaban en el campo de las artes y en el espíritu renacentista apenas había lugar para la ciencia experimental.

Hoy podemos decir que de alguna manera la ciencia es una gran industria. El problema radica en que el gran público tiene un concepto equivocado de lo que es la ciencia y piensa que por medio de ella todo puede ser conseguido.

Sobre todo en Occidente tenemos la idea errónea de que somos capaces de solucionar todos los problemas y de satisfacer todos los deseos.

No vamos a alargar la vida humana más allá del siglo, ni tampoco solucionaremos todos los problemas de la vejez y de la medicina.

La ciencia ha de tener especial cuidado y empeño en dirigirse hacia áreas de las que podamos extraer ideas sobre nuevas fronteras.

—¿En qué misterio de la mente le gustaría a usted adentrarse?

En cómo nuestro pensamiento e individualidad creativa interacciona con el ambiente para producir el individuo humano.

Honestamente no podemos desarrollar nuestras ambiciones; no poseemos suficientes conocimientos. Ni siquiera hoy día que estamos cerca de conseguir resolver y descifrar las leyes genéticas y los fenómenos biológicos que determinan la organización del cerebro.

Si alguien se pregunta formalmente cómo funcionan los diferentes cerebros de todas las personalidades individuales, seguramente el idioma de la biología no le responderá. Es como en la física del sonido y las matemáticas de la comunicación, las cuales no explican la armonía, la emoción, la poesía, el drama...

En otras palabras: la utilización del lenguaje ha de ser explicado por otro lenguaje. No entenderemos mejor la arquitectura estudiando la física cuántica de los componentes de la obra.

Existen diferentes niveles de interpretación. Mi propia ambición es entender todo lo posible acerca de la biofísica básica; cómo funciona y a partir de ahí desarrollar un lenguaje especial para poder interpretar las altas formas creadas y la utilización de las mismas.

—Queremos agradecer en nombre de LABOR HOSPITALARIA todo lo que está haciendo en bien de la Humanidad.

¿Dónde se edita esta revista, en Madrid?

—No, en Barcelona.

Ah! Yo he estado en Valencia como jurado para la otorgación de un premio científico y también he trabajado en Zaragoza.

Arnaldo Pangrazzi,
Joaquín Plaza Montero
y Miguel Martín Rodrigo

¡Adiós, Luis!



Desde hace tres años, Luis aparecía puntualmente en nuestras páginas. No escribía artículo alguno. Pero sus ilustraciones eran por sí solas auténticos tratados de sensibilidad humana. No pocos de vosotros nos agradecísteis la fuerza y calidad expresiva que las mismas transmitían.

El 19 de marzo pasado murió, en Zaragoza, Luis Bernal Máñez. Su corazón, el que constantemente ponía en juego en cada encuentro personal y en todas y cada una de sus obras de arte, se rompió.

Se me ha ido mi primo, he perdido un colaborador, pero, sobre todo, siento a faltar a un amigo.

Miguel Martín Rodrigo
Director







13. INFORMACIONES

VI Conferencia Internacional - Pontificio Consejo (Vaticano)

DROGA Y ALCOHOLISMO CONTRA LA VIDA

Participará S. M. la Reina de España, doña Sofía

Del 21 al 23 de noviembre de 1991 se celebrará en la Gran Sala del Sínodo de la Ciudad del Vaticano la VI Conferencia Internacional, organizada por el Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, y que tan gran prestigio ha ido acumulando en las ediciones anteriores.

Este año, la Conferencia está dedicada a un tema tan actual como apasionante —Droga y alcoholismo contra la vida—. Tema que será abordado desde ponencias magistrales y mesas redondas en las que participarán destacadas personalidades.

Destacan, entre ellas, especialmente para los castellano-parlantes, las siguientes:

- **S. M. la Reina doña Sofía,** que el día 23 disertará sobre «Presente y futuro de la droga y del alcoholismo».
- **Gabriel García Márquez,** Premio Nobel de Literatura, que expondrá: «La coca de los Andes: aspecto histórico y cultural».
- **Juan Antonio Samaranch,** Presidente del Comité Olímpico Internacional, que participa en la mesa redonda sobre «La prevención» aportando su visión sobre «El papel del deporte».
- **Federico Mayor Zaragoza,** Director General de la UNESCO, con «Los jóvenes y la droga».

La Conferencia, que será presidida por el cardenal Fiorenzo Angelini, presidente del Pontificio Consejo, y por el profesor Giovanni Battista Marini Bettolo, presidente de la Academia Pontificia de las Ciencias, se iniciará con el discurso inaugural que pronunciará el cardenal López Trujillo, presidente del Pontificio Consejo para la Familia.

Para información e inscripciones dirigirse a:

Pontificio Consejo para la Pastoral de los A. S.
Via della Conciliazione, 3
00193 ROMA

Tels. 6896845 - 6896793 - 6896798
Fax 6896841

FALLO DEL JURADO DEL «XI CERTAMEN DE ENFERMERÍA ESPAÑOLA SAN JUAN DE DIOS»

El pasado día 5 de marzo, reunido el Jurado compuesto por las siguientes personas:

- — **ADOLFO BERZOSA BLANCO.** Periodista. Director de Noticias Médicas.
- — **MÁXIMO GONZÁLEZ JURADO.** Enfermero. Presidente del Consejo General de Enfermería.
- — **GINÉS GUTIÉRREZ SANTOS.** Enfermero (Secretario del Jurado).
- — **JUAN MUÑOZ MANSILLA.** Enfermero. Asesor para Asuntos de Enfermería. Gabinete del Ministro del M.S.C.
- — **CALIXTO PLUMED MORENO.** Enfermero. Director E.U.E. San Juan de Dios (Presidente del Jurado).
- — **PEDRO A. TORREJÓN GARCÍA.** Enfermero. Presidente de la Asociación de Enfermería en Salud Mental.
- — **FRANCISCO VENTOSA ESQUINALDO.** Enfermero. Presidente del Secretariado Permanente Interprovincial. Orden Hospitalaria San Juan de Dios.

falló los premios correspondientes al XI CERTAMEN. Los ganadores de los mismos fueron los que a continuación detallamos:

Primer premio

*Título: **Necesidades sociosanitarias de los ancianos: un reto para enfermería.***

Autores: JOSÉ LUIS GÁLVEZ GÁLVEZ, Diplomado U. en Enfermería. - FCO. JAVIER GARCÍA MONLLEÓ, Diplomado en Salud Pública y Administración Sanitaria.

Segundo premio

*Título: **Influencia del sexo y la edad en la incidencia y duración de los procesos.***

Autor: CARLOS C. ÁLVAREZ NEBREDA, Diplomado en Enfermería.

Tercer premio

*Título: **Estrés y salud en profesionales de enfermería.***

Autores: ELISA CARTAGENA DE LA PEÑA, Diplomada en Enfermería. Profesora Titular de Enfermería Médico-Quirúrgica. Universidad de Alicante. - AGUSTÍN CARUANA VAÑÓ, Doctor en Medicina. Profesor Honorario del Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante. - ABILIO REIG FERRER, Doctor en Psicología. Profesor Titular de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Alicante. - DOLORES RIBERA DOMENE. Doctora en Psicología. Profesora Titular de Ciencias de la Conducta en la Escuela Universitaria de Enfermería. Universi-

dad de Alicante. - M.ª TERESA ROMÀ FERRI. Diplomada en Enfermería. Ayudante de la L.R.U. en E.U. en Enfermería Materno-Infantil. Universidad de Alicante. - ISABEL SANS QUINTERO, Licenciada en Filología Inglesa. Profesora Titular de Inglés en la Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Alicante.

Menciones

1. *Título:* ***Shock séptico: Actuación de enfermería pediátrica.***
Autores: ALMUDENA OLMEDO ALONSO. TERESA ÁLVAREZ GÓMEZ. JUAN ÁNGEL TOLEDANO PEÑA. LUIS ÁVILA MARTÍN. DIEGO SOJO PECO. CONCEPCIÓN RODRÍGUEZ MÉNDEZ, todos Diplomados U. de Enfermería.

Título: ***Elaboración de protocolos de enfermería: ¿deben basarse en la experiencia de los profesionales? El caso de ancianos con fractura de cuello de fémur.***
Autores: FRANCISCO GALLARDO GÁLVEZ, Diplomado en Enfermería. Área de Sanidad y Servicios Sociales. Diputación Provincial de Sevilla. - JUAN ANTONIO GALLARDO GALVEZ, Diplomado en Enfermería. Hospital de Traumatología y Rehabilitación. Granada. Servicio Andaluz de Salud.

Título: ***Enfermería y lactancia materna: necesidad de educación de la gestante.***
Autores: ASUNCIÓN VALIENTE MORILLA, Matrona. Profesora Titular-Interina del Área Materno-Infantil. E.U.E. de la Universidad de Sevilla. - INMACULADA CRUZ DOMÍNGUEZ, Matrona. Profesora Asociada del Área Materno-Infantil. E.U.E. de la Universidad de Sevilla. - JOSÉ ANTONIO CERVERA LÓPEZ, Matrono. Supervisor de la Unidad de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. - ANGUSTIAS MORENO GABALDÓN, Matrona. Coordinadora de la Unidad de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla.

INTERESANTE INICIATIVA SANITARIO-PASTORAL EN TENERIFE

El 10 de febrero se inauguró en Tenerife la «Casa de Acogida Madre del Redentor», obra social de la Pastoral de la Salud asumida por toda la diócesis para enfermos desasistidos que necesitan convalecencia. Tiene capacidad para 68 personas y está atendida por una comunidad de religiosas.
Los 200 millones que ha supuesto la apertura de la misma han sido sufragados íntegramente con donativos de los creyentes.
Publicamos a continuación la Exhortación que el Obispo de Tenerife, monseñor Damián Iguacén, que ha nombrado a Julián de Armas —Delegado de Pastoral de la Salud en Tenerife— como director del mencionado centro, elaboró con dicho motivo.

LA ACOGIDA, EXIGENCIA DEL AMOR CRISTIANO

Queridos hermanos:

Con motivo de la apertura de la Casa de Acogida *Madre del Redentor,* erigida con los donativos de la comunidad diocesana en homenaje a la Santísima Virgen María en el Año Mariano, os invito a reflexionar sobre estos puntos: La acogida, una experiencia cristiana; La Casa de Acogida; En actitud permanente de acogida.

La acogida, una experiencia cristiana

Acogida es la acción de acoger. Acoger es dispensar buena aceptación, y, también, amparar y proteger. La acogida es una actitud típicamente cristiana. Nuestra religión cristiana, toda ella, es acogida a Dios y a los hijos de Dios. Dios ha tomado la iniciativa y se adelantó a nosotros; Él primero nos ha amado; es el que viene a nosotros y nos trae la salvación; Él llama a la puerta de todo hombre y mujer ofreciendo su amor; Él no odia nada de lo que ha hecho; Él es el Amigo de la vida.

Lo nuestro es acogerle, abrirle la puerta y dejarle entrar. Nuestro Dios no es un dios alejado, aunque es el Altísimo. Por nosotros los hombres y por nuestra salvación bajo del cielo y acampó entre nosotros. Sus delicias son estar con los hijos de los hombres. El problema no está en Él, sino en nosotros. No culpemos a Dios de nada. La culpa está en nosotros, si no aceptamos su Palabra y su salvación, si no le recibimos, si no le acogemos. «Vino a los suyos y los suyos no le recibieron». «Rompamos sus coyundas», gritaron los pueblos. «No queremos que éste reine sobre nosotros». Pero, cuando se le acoge, viene la paz y la salvación. «Si alguno me ama, yo también le amaré y mi Padre le amará y vendremos a él y pondremos nuestra morada en él».

Él ha venido a nosotros para que le acojamos: «Hijo mío, dame tu corazón». Esta acogida que damos a Dios en Cristo se hace exigencia de acogida también a los hijos de Dios, los hombres nuestros hermanos. Lo que hacemos a cualquiera se lo hacemos a Él. Cuando rechazamos a alguien, es a Él al que rechazamos. Cuando dejamos a alguien esperar a la puerta, es Él quien está a la puerta esperando.

La acogida al hermano es siempre, de un modo u otro, amparo y protección del hermano. Cuando alguien viene a nosotros, algo busca de nosotros, algo necesita de nosotros: tiempo, dinero, comprensión, compañía, consejo, amistad, una palabra de aliento. Acogerle es una actitud típicamente cristiana. Negarle el acceso, rechazarle o no acogerle cual debe ser, es un fallo gravísimo de caridad fraterna y de amor a Dios. La Casa de Acogida no es más que la expresión matizada de nuestro amor critiano.

La Casa de Acogida *Madre del Redentor*

La Casa de Acogida *Madre del Redentor* es un fruto del Año Mariano. Es un Monumento Diocesano conmemorativo de este acontecimiento jubilar. Es la expresión, hecha vida, de la entrañable devoción de nuestro pueblo a la Virgen del Magnificat que cantó la bondad de Dios para con los pobres. Es un esfuerzo comunitario por hacer llegar los frutos de la redención a un puñado de personas desvalidas, de salud precaria, carentes de cariño y amparo familiar cuando más lo necesitan.

La Casa de Acogida **Madre del Redentor** responde a una necesidad que está sin cubrir en nuestra comunidad diocesana. Hay personas que viven solas, sin especiales problemas mientras están sanas y buenas, pero cuando les aqueja una dolencia, que no es para hospitalizarlas, no tienen quien les cuide y atienda. A veces se trata sólo de unos días de cama; pero carecen de medio y de familiares que cuiden de ellos esos pocos días. La Casa de Acogida es precisamente, esa familia que les va a cuidar; allí se van a encontrar como en su propia casa, como entre parientes, como entre hermanos.

Otras veces se trata de personas dadas de alta ya en los centros donde han sido hospitalizados, pero que necesitan algunos días de convalecencia y algunos cuidados para reponerse del todo, y carecen de medios y de personas allegadas que lo hagan.

La Casa de Acogida acoge, también, a ancianos y enfermos no restablecidos del todo, que durante algún tiempo necesitan de atención y cuidados *familiares,* y no tienen posibilidades de ser atendidos en su domicilio o en otro lugar. En esta Casa serán acogidos los seres débiles que necesiten reposo, restablecimiento y convalecencia *familiar.*

Por tratarse de un servicio gratuito y *familiar* está a disposición de los más pobres, necesitados, abandonados y desatendi-

dos. En igualdad de condiciones, tendrán prioridad los más pobres, los que carezcan de posibilidades. Con esta Casa, unida a tantas admirables realidades de asistencia social y de promoción en manos de cristianos, la Comunidad diocesana quiere llevar a la práctica uno de los objetivos que se propuso en la Asamblea diocesana: *«atención preferente a los más pobres y desfavorecidos»*. No es un centro benéfico, es una casa *familiar*. No es un hospital; es una «familia» que acoge a los necesitados de cuidados no tanto médicos, como familiares.

La Casa de Acogida levantada con el entusiasmo y las aportaciones generosas del pueblo cristiano, ha de ser sostenida entre todos, pues no tiene recursos propios ni subvenciones ni pensiones. Esperamos que todos tengan algún detalle con ella. Se admiten ayudas alimenticias en especie y ayudas en metálico para sufragar los gastos que lleva la acogida y la atención adecuada. Es Obra Diocesana que entre todos hemos de sostener.

Hay muchos en nuestra comunidad que necesitan de estos cuidados. Que nadie dé un rodeo para no encontrarse con esta realidad y andar luego diciendo que no hay este tipo de necesitados o que son pocos y no vale la pena. Vale la pena, aunque sólo fuera uno. Tú puedes hacer lo del buen samaritano, que dejó el malherido en casa y dijo, sacando su cartera: toma esto, cúidale, y lo que gastes de más yo te lo abonaré. Depositemos nuestro dinero y nuestro cariño y entusiasmo, para que alguien cuide de nuestros hermanos débiles que hoy están desatendidos.

En actitud permanente de acogida

La Casa de Acogida *Madre del Redentor* no es una casa de acogida entre las ya existentes. No se trata de intentar solucionar, en parte, un problema de asistencia. Ante todo es un signo, una denuncia profética, una interpelación. Es necesario que todos seamos más acogedores. Una Casa diocesana de Acogida ha de ser como la conciencia de la Iglesia ante la comunidad diocesana que recuerde los esfuerzos que hemos de hacer para lograr una buena aceptación de todos, la necesidad de ser, no sólo multiplicando casas de acogida a ancianos, enfermos, marginados y pobres sino acogedores también de toda persona que venga a nosotros por alguna causa. Todos hemos de tener talante acogedor. Hemos de tener tiempo para atender sin prisas, para escuchar sin impaciencias, para perder el tiempo con los que necesitan hablar, expresarse, decir, explicarse, justificarse y hasta protestar y quejarse.

Hay personas que no acaban de ser buenas porque no se sienten ni amadas ni valoradas. Hay personas que se portan mal porque nadie les hace caso, nadie responde a sus legítimas aspiraciones. «Al que has de acallar no lo hagas llorar», dice la sabiduría

CURSOS ■ CURSOS ■ CURSOS ■ CURSOS ■ CURSOS

El Sanatorio San Francisco de Borja, de Fontilles, y patrocinado por la Soberana Orden Militar de Malta, organiza los cursos siguientes:

■ **XXVIII CURSO INTERNACIONAL DE LEPROLOGÍA PARA MÉDICOS**

Del 4 al 9 de noviembre de 1991.

■ **XXXIV CURSO INTERNACIONAL DE LEPROLOGÍA PARA MISIONEROS Y AUXILIARES SANITARIOS**

Del 7 al 19 de octubre de 1991.

Información:

Dr. J. Terencio de las Aguas
Sanatorio San Francisco de Borja
03791 FONTILLES
(Alicante - España)

■ **V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ATENCIÓN AL USUARIO DE LA SANIDAD**

«La atención al usuario en la calidad de los servicios sanitarios»

Bajo el patrocinio de la Conselleria de Sanidad y Consumo de la Generalitat Valenciana.

Valencia, 18-22 noviembre de 1991.

Secretaría Técnica

GAMA, S. A.
Hernán Cortés, 18
46004 VALENCIA

Tel. (96) 351 70 19

■ **I JORNADAS DE DERMOCOSMÉTICA**

22 y 23 de noviembre de 1991.

Valencia
(Feria Internacional de Muestras)

Información:

Grupo GEYSECO
Muntaner, 77
08011 BARCELONA

Tel. (93) 453 92 89
Fax (93) 453 24 94

■ **IX REUNIÓN NACIONAL DEL GRUPO ESPAÑOL PARA LA INVESTIGACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

25 y 26 de octubre de 1991.

Facultad de Medicina de Granada.

Información y Secretaría:

Grupo GEYSECO
Muntaner, 77
08011 BARCELONA

Tel. (93) 453 92 89
Fax (93) 453 24 94

■ **TECNOCLÍNIC 91 (SALÓN INTERNACIONAL DE LA TECNOLOGÍA Y EQUIPAMIENTOS PARA LA SANIDAD)**

Barcelona

21 al 24 de octubre de 1991.

Información:

Fira de Barcelona
Av. Reina M.ª Cristina, s/n.
08004 BARCELONA

Tel. (93) 423 31 01
Fax (93) 423 86 51

popular. «Si quieres que la gente sea más humana, hazla más feliz». El desprecio, el rechazo, la falta de acogida, el menosprecio, no son actitudes cristianas. El desprecio más sentido y doloroso se suele expresar con esta frase: «Nadie me hace caso». La gente necesita ser escuchada, ser atendida. No siempre podremos dar soluciones, ni muchas gentes piden eso; piden, eso sí, que se les escuche y se les atienda, piden comprensión. Cada uno hemos de ser *casas de acogida* de todos los que llaman a nuestras puertas para que les dediquemos un tiempo, en demanda de una palabra, un gesto de fraternidad, una atención de amigo. Son muchos los que casi sólo necesitan eso, ser escuchados y atendidos, valorarlos y tenerlos en cuenta. Todos, *casas de acogida.* Como Jesús, no rechacemos a nadie que venga.

La acogida es también preocupación por la vida y el crecimiento de los demás. Cuando falla el amor, falla también esta preocupación activa; el amor apela a todo, quiere salvar todas las situaciones, todo lo salvable, cuida, protege, busca soluciones, no se resigna, sin más, al castigo, al sufrimiento, a la ruina de los hermanos: se desvive por ello. Acoger es respetar. Respetar es ver y reconocer en cada uno su propio mundo de ilusiones, aspiraciones, problemas, con su personalidad propia, reconocer su alteridad. Cada persona es diferente y única. Acogerle es reconocer ese mundo que constituye la intimidad de cada persona, tener capacidad de ver al otro como otro, amarle por sí mismo, en Dios, de quien ha recibido esa personalidad, esa individualidad intransferible e inalienable.

Queridos hermanos: la apertura de la Casa de Acogida *Madre del Redentor,* ha de ser un acontecimiento que nos interpele a todos, una fecha histórica que marque un nuevo rumbo a la comunidad cristiana en los comportamientos de unos con otros: la buena aceptación mutua, la acogida fraterna.

Queridos sacerdotes: qué decisiva es la acogida que dispensamos a los que vienen a solicitar un sacramento, a pedir unos *papeles,* a exponer unos problemas, a veces quizás inoportunamente e incluso insolentemente: qué importante es la acogida en estos casos, acogida que ha de ser siempre evangélica, es decir, anuncio gozoso de salvación.

Queridos religiosos y religiosas: qué importante es la historia de la salvación de cada persona que viene a vosotros, en el campo de la enseñanza o de los servicios sociales, la acogida que halle en vosotros y el modo con que le tratéis.

Qué trascendental es para cualquier alejado o lejano del ámbito de lo religioso el trato, el encuentro, el contacto con un creyente, tanto en el seno de la familia, como en el campo laboral, como en lo social o en los tiempos de ocio. La impresión que produce en ellos el encuentro con hombres y mujeres de Iglesia puede ser una caída del muro que los alejaba o un laventarse barreras más infranqueables de mayor alejamiento.

Acogida; saber acoger a todos con naturalidad, con sentido común, con amor fraterno, con diálogo y tolerancia, con espíritu de Cristo que dice: «Venid a mí todos». «Al que venga a mí no lo echaré fuera». ¡No echar fuera a nadie! ¡No dejar a nadie fuera de nuestro corazón!

La acogida es una exigencia y una expresión del amor fraterno. Seremos más acogedores y la Casa de Acogida no será una hipocresía, sino exponente de un compromiso, de comprensión mutua, acogida fraterna universal.

Gracias a todos los que habéis hecho posible esta Casa. A completar ahora, en el corazón de cada uno la obra empezada.

Diócesis de Tenerife, enero de 1991.

✝ ***Damián Iguacén Borau***
Obispo de Tenerife



CONFIRMADO EN SU PUESTO EL HERMANO REDRADO

El papa Juan Pablo II ha confirmado al hermano José Luis Redrado como Secretario del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, cargo para el que le nombró en el año 1986. Los nombramientos de este ámbito tienen un período de duración de cinco años, renovables tantas veces cuantas estime conveniente el Santo Padre.

Nos alegramos por la confianza que el Pastor supremo de la Iglesia Católica ha vuelto a otorgar a nuestro hermano, al tiempo que le auguramos el mejor de los éxitos en su trabajo en el Pontificio Consejo. Y es que, conociendo al hermano Redrado, damos por descontado su esfuerzo y dedicación a la causa del mundo del dolor y de la enfermedad.

¡Felicidades, José Luis!!

DISTINCIÓN PARA ANTONIO MATACHANA, S. A.

La empresa ANTONIO MATACHANA, S. A., colaboradora habitual de nuestra revista, recibió el pasado 9 de mayo de manos del Conseller d'Indústria i Energia, señor Antoni Subirà, un diploma acreditativo como empresa finalista en los premios a la Calidad Industrial otorgados por la Generalitat de Catalunya para 1990.

Con este reconocimiento, MATACHANA, S. A., confirma la importancia que concede a la calidad de los productos fabricados unida a la aplicación de las tecnologías más avanzadas.

REVISTA DE PRENSA

• La gran preocupación que entre el público despiertan los problemas relacionados con la salud se traduce en el momento actual en una gran inquietud por la problemática que despierta la *organización de los sistemas de atención a los enfermos.*

• Como nos dice *Tribuna Médica* (22-febrero-1991) el Consejo General del Colegio de Médicos ha elaborado un estudio en el que evalúa el Sistema Nacional de Salud llegando a la conclusión de que «es preciso un viraje profundo y urgente de la sanidad en nuestro país». Basa sus conclusiones en los cambios sociales habidos en la población (aumento de la edad media, aumento de enfermos crónicos, de la demanda de servicios), junto con una rigidez del sistema, de sus estructuras y la falta de motivación de profesionales e Instituciones. Proponen las soluciones en base a conseguir para los ciudadanos la libre elección de profesionales y centros y el aumento de calidad de las Instituciones mediante las oportunas incentivaciones y el refuerzo de la formación continuada de los profesionales.

• En el mismo periódico, *Tribuna Médica* (1-marzo-1991), Alfonso Zurita dedica una dura crítica a la Comisión Interparlamentaria creada para el estudio del Sistema Nacional de Salud y hace hincapié en los enormes defectos e inoperancia de los órganos de gestión del actual sistema. Y en su profunda reforma cree que es donde deben basarse futuras reorganizaciones.

• *Jano* (15-20-marzo-1991) analiza también el documento que la Organización Médica Colegial ha entregado al señor Abril Martorell, como presidente de la Comisión Interparlamentaria de Análisis del Sistema Sanitario Español, y destaca del mismo la «necesidad de apertura completa del sistema» que entiende como potenciación de la figura del médico de cabecera, la libre elección de médico y la autonomía hospitalaria.

• La justificación de esta inquietud por la organización de la sanidad se pone con frecuencia de manifiesto por noticias que aparecen en la prensa. *El Mundo* (6-marzo-1991) se refiere en un artículo de Chano Montelongo a la situación de las urgencias en el hospital «Doce de Octubre» de Madrid, en el que concluye sobre la insuficiencia de camas de atención en relación a la demanda.

• Por su parte, Pedro Carreño, en *El Observador* (8-marzo-1991), señala que los usuarios ejercen cada vez más sus derechos, aunque concluye quejándose de la lentitud y farragosidad de los trámites judiciales cuando llega el caso. También señala, basándose en las declaraciones de Carme Serarols (presidenta de la Coordinadora de Usuarios de la Sanidad), la frecuente inhibición de los propios pacientes en la exposición de sus quejas, porque «piensan que no va a servir para nada». El articulista señala el riesgo de que el temor a las denuncias pueda colocar a los profesionales sanitarios, tal como ocurre en Estados Unidos, en una actuación a la defensiva. En el comentario que *El Observador* hace al final del artículo, se insiste en las dificultades que los usuarios encuentran en sus denuncias y se ponen en tela de juicio, a nuestro entender, con excesiva demagogia, los peritajes de médicos forenses o de otros especialistas.

Uno de los aspectos que más destacan todos los comentaristas en la organización de los sistemas de atención sanitaria es el de la *atención a la tercera edad.* A este respecto, *El Periódico* (17-marzo-1991) señala que el 23 % de las residencias de ancianos que funcionan en España son centros religiosos, según un estudio del Inserso. Un 14,1 % de todas las residencias son fundaciones y un 13,8 % son instituciones sin ánimo de lucro.

• Y otro aspecto de la Sanidad que no deja de aparecer en la prensa es *la problemática del SIDA.* Con motivo del I Congreso Nacional sobre el SIDA, celebrado en Madrid, han aparecido varios artículos con declaraciones de personalidades en este tema.

• L. A. Fernández Hermana en *El Periódico* (6-marzo-1991) señala las proyecciones que respecto a la extensión de la enfermedad para el año 2000 hace la OMS e indica que más de 20 millones de seres seran portadores de anticuerpos del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); en esta cifra no se incluyen los 10 millones de niños que se estima habrán recibido el virus de sus madres afectadas. Señala también que el 80 % de los casos afectaran a los países en desarrollo y todos los expertos subrayan la desproporción de los gastos sanitarios que comporta la atención de estos pacientes con los presupuestos de los países que se veran afectados en mayor manera. Nos parece importante señalar cómo en el congreso y, concretamente también por parte de la ministra Matilde Fernández, se subrayó la necesidad de promover la solidaridad con los portadores de anticuerpos frente al virus, el mínimo riesgo que comportan en sus actividades sociales ordinarias y la desproporción de la «enfermedad del miedo al SIDA» que se ha desencadenado.

• El doctor Emilio Bouza, en *El Mundo* (8-marzo-1991), hace un análisis de la situación de la enfermedad. Señala el aumento de la prevalencia de la drogadicción como factor predisponente al SIDA y con ello el mayor índice de transmisiones heterosexuales. Incide también en que si necesario es insistir en las medidas de prevención, no lo es menos el reforzar en gran manera los recursos dedicados a la atención de los enfermos ya que con la tecnología actual se han logrado grandes supervivencias. Subraya las grandes y gratificantes «lecciones de humanidad» que muchos de estos enfermos proporcionan y termina el artículo clamando porque se intente prevenir la «politización del SIDA».

• Nuevamente *El Periódico* (8-marzo-1991) se ocupa del problema del SIDA en una entrevista al doctor Luc Montaigner, del Instituto Pasteur de París, descubridor del virus. Señala el científico francés el misterio que envuelve todavía el proceso biológico que ocurre durante el período que media entre la entrada del virus en el organismo y el desarrollo de la enfermedad, que puede prolongarse varios años, y comenta los ensayos clínicos que se llevaran a cabo en diversos países con el nuevo fármaco DDI (didadosina) en paralelo al empleo del ya más conocido AZT (zidovudina). Se señala cómo las esperanzas que el ensayo de una nueva droga despiertan, deben ser mesuradas por la prudencia de lo incierto de sus resultados hasta el momento actual.

• Muchos de los temas que también aparecen en la prensa se refieren a *problemáticas en torno a la muerte.*

• Jaume Fabre, en *El Periódico* (7-febrero-1991), comenta el libro «*Per una mort més humana*» de Jordi Llimona, capuchino y socialista. Comenta que el autor considera que la forma más justa de morir es morir por los demás y que ello ocurre muchas veces en la vida ordinaria sin esperar a momentos extraordinarios.

• Señala que el autor acepta como una bella forma de morir, la de dar la vida en defensa de la comunidad con la que está comprometido porque «*de ella ha recibido educación, alimento y mil cosas más; quien no lo hace es un cobarde y los cobardes nunca me han gustado*».

• Sobre la pena de muerte duda sobre «*si puede alguna vez ser justa*» y supone que una condena injusta debe ayudar a enfrentarse con la muerte con más serenidad. Señala que no le gustaría encontrarse en la situación del abogado o del sacerdote que atiende a un condenado a muerte, pero si tuviera que hacerlo, pro-

curaría ayudarle a desangustiarse permanenciendo a su lado como él deseara, pero sobre todo mostrando humanidad.

• En la posición del hombre ante la muerte distingue entre conformismo y resignación. La conformidad la considera una actitud positiva que comporta aceptar la Naturaleza, pero no las condiciones que pueden ser injustas y luchar contra ellas; mientras que la resignación es abandonar esta lucha y resulta una actitud negativa.

• Señala que el autor considera que la serenidad ante la muerte depende en gran manera de la madurez de la persona y de algunos factores, como la soledad a la que destaca como un factor importante de angustia; pero resalta que la compañía más importantes es *«la compañía de uno mismo, haber vivido en comunión con todas las cosas del mundo y no estar enfrentado con ellas»*.

• Respecto al problema de la *eutanasia activa,* el autor señala que Jordi Llimona cree que en algún caso puede ser aceptable, siempre con la presencia de la autoridad civil, para evitar sufrimientos, porque *«si natural es el cultivo de la tierra, el aprovechamiento de la fuerza hidráulica, también lo es el control técnico de la muerte»*.

• Respecto a la *eutanasia,* la prensa se ha hecho amplio eco del juicio de las enfermeras y auxiliares de clínica acusadas de haber dado muerte a 42 pacientes en el hospital vienés de Leinz. En *El Mundo* (8-marzo-1991) se señala cómo Irene Leidolf, una de las acusadas, admitió haber dado muerte a 3 pacientes mediante la inyección de dosis excesivas de un calmante para aliviar su sufrimiento; pero admitió haber tenido remordimientos cuando preparaba las inyecciones.

• A propósito de estos casos, Ramon Pi, en *Jano* (22-28-marzo-1991), se plantea si en nuestro quehacer cotidiano los médicos y las enfermeras no estaremos en riesgo de olvidar que en realidad estamos para salvar la vida y no para acabar con ella. El caso de «los ángeles de la muerte», como ya se conoce a estas auxiliares de Viena, piensa el autor que puede ayudarnos a reflexionar sobre ello.

• Pero la eutanasia no es la única cuestión ética de que se hace eco la prensa. *La inseminación artificial a mujeres sin pareja* es el tema que aborda Manuel Guitart en *El Periódico* (17-marzo-1991) con motivo del embarazo de una mujer virgen en Gran Bretaña. El tema ha suscitado una viva polémica en la que se señalan por una parte «el egoísmo de esas madres castas para quienes sus hijos no son más que bienes de consumo», mientras que por otra parte se destaca que la mujer que quiere ser inseminada «es más consciente y cariñosa madre» que la gestante accidental. Por otro lado se destaca la importancia que para el niño puede tener la falta de la figura del padre, como uno de los derechos del niño; pero por los defensores de este tipo de inseminaciones se arguye que «no existe prueba de que sea malo para los niños ser criados sólo por la madre»; «el problema está en las familias traumatizadas por una muerte o por un divorcio».

• Como colofón de los comentarios de prensa queremos destacar la *propuesta de creación de una comisión nacional de bioética.* Pablo Araujo, en *Tribuna Médica* (1-febrero-1991), recoge el proyecto de Real Decreto del Ministerio de Sanidad que prevee la creación de la Comisión Nacional de Bioética. En el preámbulo se recoge que para aplicar las exigencias de la Ley General de Sanidad que por una parte asigna a la Administración sanitaria del Estado «valorar la seguridad, eficacia y eficiencia de las tecnologías relevantes para la salud y la asistencia sanitaria», y por otra «el evitar la mala práctica en la atención sanitaria», se plantean una serie de cuestiones sumamente delicadas. En efecto, la aplicación de ambas exigencias tiene, en la actualidad «una compleja y difícil vertiente entre los numerosos aspectos relacionados con la salud, la enfermedad y la asistencia, que exigen decisiones y criterios que, dentro del ámbito delimitado por la Constitución y por las leyes, vienen, en último término, definidos por criterios éticos, sociales y profesionales de muy delicada interpretación».

• Se prevee como «un órgano colegiado de estudio, información y asesoramiento en materia de bioética que sugiera criterios y posiciones respecto a cada uno de los problemas que se puedan plantear». En la propuesta se señala que la creación de la comisión no debe tener carácter de exclusión ni afectar al funcionamiento de comisiones o comités ya existentes en el ámbito de hospitales y áreas de salud con los que debe mantener «una adecuada relación de colaboración, les facilitará información y apoyará su funcionamiento».

• Materias propias serían la experimentación, los ensayos o pautas clínicas sobre personas, de medicamentos o de cualesquiera otros productos o tecnologías de carácter diagnóstico o terapéutico; manipulación genética, reproducción asistida, prácticas y métodos anticonceptivos, embarazo, aborto; utilización terapéutica de sangre, órganos humanos y material biológico. Confidencialidad y derecho a la información de las personas asistidas; decisiones sobre intervenciones sin el consentimiento de los interesados. Tratamiento e internamiento de enfermos mentales y drogadictos. Actuaciones con enfermos terminales, irreversibles. Utilización de órganos para trasplantes y en general cuantos otros asuntos requieran criterios éticos en el ámbito de la atención y asistencia sanitarias.

Doctor Joaquín Plaza Montero

CUATRO ESPAÑOLES INCORPORADOS AL PONTIFICIO CONSEJO

Juan Pablo II ha nombrado, por un quinquenio, nuevos miembros en el Pontificio Consejo en calidad de consultores del mismo. De entre ellos, hay cuatro españoles, a saber:

- **Sor Teresa López Beorlegui.** Psiquiatra y Superiora General de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón.
- **Padre Rudesindo Delgado.** Sacerdote. Director del Secretariado Nacional de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Española.
- **Doctor Diego Gracia Guillén.** Catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Miembro de la Real Academia de Medicinà.
- **Padre Ignacio Carrasco de Paula.** Rector del Ateneo Romano de la Santa Cruz.

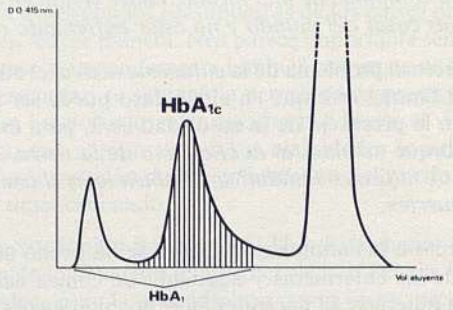
A todos ellos les damos la más cordial enhorabuena al tiempo que les deseamos el mejor de los éxitos en la misión que se les ha encomendado.

BioSystems

HEMOGLOBINA A_{1c}

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

DETERMINACION CROMATOGRAFICA DE LA Hb A_{1c}



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

Especialistas en diagnóstico clínico y biotecnología

atom

Passeig D'amunt, 18 **08024 BARCELONA** Tels. 214 79 04
Télex 51227 ATOM E

DR. F. M. DOMÉNECH TORNÉ — DR. J. SETOAIN QUINQUER

CETIR
CENTRE MÈDIC

ESTUDIS MORFOFUNCIONALS

FUNCIÓ Y MORFOLOGIA TIROÏDAL • GAMMAGRAFIA ÒSSIA • FETGE I VIES BILIARS • PULMONS: VENTILACIÓ. PERFUSIÓ I GAL·LI • MORFOLOGIA I FUNCIONALISME RENAL • CARDIOLOGIA NUCLEAR • GAMMAGRAFIA SUPRARRENAL • GAMMAGRAFIA ESPLÈNICA • FLEBOGAMMAGRAFIA • LIMFOGAMMAGRAFIA INDIRECTA • ESTUDIS DE DEGLUCIÓ • VIES LLAGRIMALS • HEMORRAGIES DIGESTIVES • DETECCIÓ DE MUCOSA GÀSTRICA ECTÒPICA • RASTREIG CORPORAL AMB ^{131}I I AMB ^{67}Ga • HISTEROSAL PINGOGAMMAGRAFIA • MARCATGES CEL·LULARS ERITRÒCITS. (LEUCÒCITS. PLAQUETES).

DENSITOMETRIA ÒSSIA

DETERMINACIÓ DEL CONTINGUT MINERAL DE L'OS.

LABORATORI NUCLEAR

RADIOIMMUNOANÀLISI (HORMONES, FÀRMACS, DROGUES) • MARCADORS TUMORALS • RECEPTORS HORMONALS • BIOQUIMICA.

ECOGRAFIA

ABDOMINAL • TIROÏDAL • TESTICULAR • MUSCULAR • GINECOLÒGICA • PROSTÀTICA TRANSRECTAL • PUNCIÓ ECODIRIGIDA.

TERAPÈUTICA

TERAPIA METABÓLICA • ARTICULAR • BETATERAPIA OFTÀLMICA • CURITERAPIA INTERSTICIAL (^{192}Ir).

C. Londres n.º 6, D9 - Tel. 322 10 12 - Fax 410 87 74 - 08029 BARCELONA