

Hermanos de  
San Juan de Dios  
Barcelona

Año 47. Segunda época. Abril - Mayo - Junio 1995  
Número 236. Volumen XXVII

### CONSEJO DE REDACCIÓN

#### Director

MIGUEL MARTÍN

#### Redactores

MARIANO GALVE  
JOAQUÍN PLAZA  
CALIXTO PLUMED  
FRANCISCO SOLA

#### Administración

JOSÉ ANTONIO TÓRRE

#### Secretaría de Dirección

LOURDES COLL  
EDUARDO GARCÍA

### CONSEJO ASESOR

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

### DIRECCIÓN

Curia Provincial  
Hermanos de San Juan de Dios  
Carretera Esplugas s/n  
Teléfono 280 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	<b>EDITORIAL. Huelga en el mundo de la salud</b>	136
2	<b>10 AÑOS DEL PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES SANITARIOS</b> José L. Redrado, O.H.	138
3	<b>PRESENCIA DE LOS HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS EN EL MUNDO DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD</b> Ramón Martín, O.H.	145
4	<b>PROFESOR JOSÉ LUIS LÓPEZ ARANGUREN:</b> <b>«VIVO DE LA ESPERANZA, NO CREO QUE SE PUEDA SER VERDADERAMENTE ÉTICO SIN ELLA»</b> Miguel Martín Rodrigo, O.H. y Jesús Conde Herranz	153
5	<b>LA TERCERA EDAD:</b> <b>UNA APERTURA A LA TRASCENDENCIA</b> Eduardo López Azpitarte	159
6	<b>ASPECTOS ÉTICOS DE LA ASISTENCIA AL ENFERMO CON DOLOR CRÓNICO</b> Omar França-Tarragó, S.I.	164
7	<b>REFLEXIONES PASTORALES EN TORNO AL SUFRIMIENTO</b> Manuel Cuyás, S.I.	172
8	<b>I JORNADAS SOBRE ASPECTOS BIOÉTICOS DE LA INTERVENCIÓN SANITARIA EN PRISIONES</b> Josep Ballester i Roselló	174
9	<b>TRANSEÚNTES: SIN TECHO, NI DERECHO</b>	181
9.1	<b>No a la limosna, sí a la promoción</b> Pepe Nerín Baselga	181
9.2	<b>Reflexión sobre la mendicidad</b> Félix Felipe	183
10	<b>RECORTES DE PRENSA</b>	185
10.1	<b>«La automedicación de morfina por el enfermo es muy importante en los cuidados paliativos»</b> Xavier Gómez Batiste	185
10.2	<b>«Disculpo totalmente a los colegas que huyen del enfermo terminal»</b> Jaime Sanz Ortiz	187
10.3	<b>«El síndrome de Burn-Out puede convertirse en la epidemia de los hospitales»</b> Gloria Fernández Cantí	188

# 1. EDITORIAL

## HUELGA EN EL MUNDO DE LA SALUD

**L**ABOR HOSPITALARIA desea manifestar la sorpresa y el dolor que produce una huelga de profesionales de la salud por el hecho de que los perjudicados casi en exclusiva son los usuarios o pacientes, víctimas inocentes y relativamente ajenas al conflicto que genera la huelga.

**U**na huelga de médicos no es una huelga cualquiera ya que afecta al más esencial de los servicios públicos: el de la salud. El médico tiene una responsabilidad ética prioritaria de prestar a cada paciente la mejor asistencia que le sea posible en beneficio de su salud. Así, se reconoce en la casi totalidad de los códigos deontológicos. Por otra parte, los médicos asalariados, que constituyen la inmensa mayoría tienen derecho a la huelga como mecanismo de defensa de sus derechos y justos intereses, reconocido para todos los trabajadores en el artículo 18 de la Constitución. «Negar este derecho a los médicos en todo momento y circunstancia en base a su responsabilidad ética, es condenar al médico a una heroicidad perpetua, ni valorada ni reconocida por la sociedad» (Manuel Cuyás).

**E**n caso de huelga médica, sólo justificable cuando se han agotado todas las formas de solución negociada, el código deontológico recuerda que el médico no queda eximido de sus obligaciones éticas hacia los pacientes a quienes debe asegurar los cuidados urgentes e inaplazables. El tiempo de duración de la huelga debe ser forzosamente limitado para evitar daños irreparables a la población en general y a la necesaria confianza en el estamento médico.

**E**n la huelga de médicos que estamos viviendo en el momento de escribir estas líneas la opinión pública se pregunta sobre la seriedad de la misma, por su legitimación dado su carácter indefinido y por el hecho de que la misma Organización Médica Colegial, que apoya la huelga, manifiesta que ésta repugna a la profesión y expresa su estupor ante la intransigencia de la Administración y la falta de capacidad técnica de los negociadores. La opinión pública, además, es informada por los medios de comunicación social que las pretensiones económicas de los médicos no son razonables y que sus reivindicaciones van más allá de las cuestiones puramente económicas. Así se tiene la impresión que los problemas en juego y sus soluciones tienen un alcance mucho más profundo.

**E**n efecto, aun cuando el problema salarial haya sido el detonante de la huelga podemos ver con claridad, que el problema de fondo es diferente. Se trata nada más y nada menos de la sanidad pública, del modelo organizativo de los hospitales, de la promoción individual de los médicos, dignificación de su trabajo, desmotivador por la agobiante presión asistencial, de las posibilidades de formación continuada, y un largo etcétera. En este contexto hay que colocar

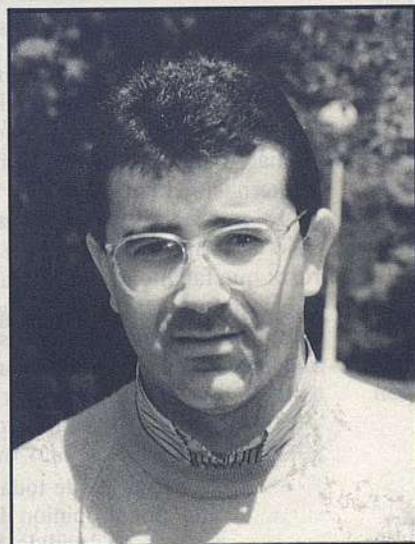
también la llamada realizada por el Sindicato de Enfermeras (Satse) a un paro indefinido. El Código de Ética de Enfermería de los Colegios catalanes especifica claramente que el derecho de los enfermos a ser cuidados tiene prioridad sobre el derecho a la huelga y que el respeto por el sufrimiento humano es un principio absoluto que no puede ser violado ni siquiera en las controversias de sindicatos, dignificación de la profesión, petición de aumentos salariales, protestas ante la Administración, etc. Si a estos hechos sumamos distintas convocatorias de huelga por distintas razones dentro del sector de la salud no dudamos que lo que realmente se cuestiona es la sanidad pública en su conjunto.

**L**os problemas de la sanidad pública y del personal que está a su servicio no pueden solucionarse con una huelga. Ésta ya ha conseguido un importante objetivo que es aflorar a la opinión pública un problema ante el cual la mayoría de los médicos se siente impotente y que la falta de soluciones justas y adecuadas perjudican la calidad de las prestaciones. No es de extrañar que muchos médicos en huelga han seguido atendiendo a sus pacientes y se han limitado a sacrificar sus salarios expresando así que son a la vez, agentes y víctimas de la huelga iniciada.

**L**ABOR HOSPITALARIA cree que el problema de la sanidad pública española ha de pasar a través de un análisis político y social. Las fuerzas políticas deberían poder pactar proyectos a corto, medio y largo alcance que indicaran hacia dónde tienen que ir los hospitales para mejorar la calidad asistencial, disminuir la masificación y buscar soluciones creativas oportunas y posibles. Esto ha de ser factible si no se instrumentaliza el problema de la sanidad pública con carácter electoralista. Este esfuerzo bien vale la pena para el bien de todos.

LH

## EL HERMANO JESÚS ETAYO ARRONDO NUEVO SUPERIOR PROVINCIAL



**E**n el XVIII Capítulo Provincial, celebrado en Sant Antoni de Vilamajor (Barcelona), del 2 al 9 de mayo pasado, fue elegido Superior Provincial el hermano Jesús Etayo Arrondo.

**N**atural de Fustiñana (Navarra) hizo la profesión simple el 29 de septiembre de 1977, ratificándola de forma solemne el 12 de octubre de 1983. El 21 de septiembre de 1985 era ordenado sacerdote por monseñor Javier Osés en su pueblo natal.

**H**a desempeñado en la Orden Hospitalaria, fundamentalmente, cargos relacionados con la formación de los candidatos y hermanos (maestro de novicios y maestro de escolásticos). Ha conjugado dicho servicio con el ministerio pastoral en diferentes centros de la Orden.

## 2. 10 AÑOS DEL PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES SANITARIOS

**José L. Redrado, O.H.**  
Secretario del Pontificio Consejo

### UNA FECHA IMPORTANTE

El 11 de febrero de 1985 es una fecha importante para la Iglesia, para los enfermos, para los Institutos religiosos sanitarios y para todos los profesionales de la salud. El papa Juan Pablo II, con el Motu Proprio *Dolentium Hominum* instituye la Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios.

Con la reforma de la Curia Romana (*Pastor Bonus*, 28 de junio de 1988), la Comisión Pontificia se convierte en el PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES SANITARIOS.

El Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios ha sido instituido por Juan Pablo II con la tarea primaria de «manifestar la solicitud de la Iglesia hacia los enfermos, ayudando a los que desarrollan un servicio hacia ellos y hacia todos los que sufren, a fin de que el apostolado de la misericordia, al que están dedicados, responda cada vez mejor a las nuevas exigencias» (Const. Apost. *Pastor Bonus*, art. 152).

### RAZONES QUE HAN MOVIDO AL PAPA A INSTITUIR ESTE DICASTERIO

#### El vivo interés de la Iglesia por los hombres que sufren

La Iglesia tiene en Cristo, que pasó haciendo el bien, un ejemplo a imitar. Desde siempre, en toda su historia, ésta ha favorecido las obras de misericordia, incluso a través de la presencia activa de muchos institutos que se dedican a los enfermos y ha asociado también a la misión de evangelización la de asistencia y ayuda a los enfermos.

#### Destino de la persona humana

En el servicio a los enfermos, la Iglesia está guiada por una concepción precisa de la persona y trata de que los profesio-

nales de la salud tengan una visión integral del hombre y de su destino dentro de los planes de Dios.

El dolor y el sufrimiento son fenómenos que al ser humano le plantean grandes interrogantes.

La medicina debe tener como objetivo al hombre en su conjunto.

### Cambios importantes realizados en el campo de la salud

El progreso en cuanto se refiere a la salud ha sido muy significativo en estos últimos años.

La preocupación de los Estados ha sido igualmente mucho más intensa y abundante, constituyendo los diferentes Ministerios de la Sanidad y emitiendo leyes en favor de la misma.

Todo ello es una riqueza para la persona y para la sociedad, pero todos estos cambios plantean delicados problemas que afectan no solamente al ámbito social e institucional, sino también al aspecto religioso y ético.

Se trata de temas humanos como el dolor, la enfermedad y la muerte e igualmente se trata de la función de la medicina, del médico, ante las preguntas que plantean estos temas.

### Coordinación de todos los organismos sanitarios

Se impone una mejor coordinación de todos los organismos dedicados al mundo sanitario: congregaciones e instituciones religiosas, colegios y asociaciones médicas, enfermeros, farmacéuticos, voluntarios y organismos diocesanos nacionales e internacionales.

La acción individual no es suficiente: se requiere un trabajo de conjunto, inteligente, programado, constante y generoso: que facilite un mejor anuncio del Evangelio, y que privilegie la formación ético-religiosa más intensa de los agentes sanitarios, con una visión cristiana en favor del hombre, salvaguardando sus valores y sus derechos esenciales.

### Institución

«A la luz de todas estas consideraciones, y sostenido por la opinión de expertos, sacerdotes, religiosos y laicos, he decidido *Motu Proprio* instituir la Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanita-

rios, cuya función será coordinar todas las Instituciones católicas, religiosas y laicas, que se dedican a la pastoral de enfermos» (*Motu Proprio, Dolentium Hominum*, 11 febrero 1985, n. 6).

## FUNCIONES

1. Estimular y promover las obras de formación, estudio y acción de las diferentes asociaciones e instituciones en el campo sanitario.
2. Coordinar las actividades de los diferentes dicasterios de la Curia Romana en relación con el campo sanitario.
3. Explicar, difundir y defender las enseñanzas de la Iglesia en materia de sanidad.
4. Colaborar con las Iglesias locales y particularmente con las comisiones episcopales de pastoral sanitaria.
5. Seguir con atención y estudiar los programas sanitarios y su repercusión en la pastoral de la Iglesia.

## ACONTECIMIENTOS INMEDIATOS E IMPORTANTES QUE INCIDEN EN LA CREACIÓN DE ESTE DICASTERIO

### Atentado y enfermedad del Papa (mayo 1981)

Es una fecha importante por cuanto se refiere a la experiencia del dolor. Un Papa, además, sensible al mundo de los enfermos, cercano a la pastoral sanitaria, que practicó desde su ministerio sacerdotal.

### XV Congreso Mundial de Médicos Católicos (Roma, 1-5 octubre 1982)

En el discurso de clausura de este Congreso, el papa Juan Pablo II indicó la necesidad de un trabajo programado, conjunto, constante, ya que «no es suficiente una acción individual». Dijo el Papa:

«Una coordinación a nivel mundial permitiría de hecho un mejor anuncio y una defensa más eficaz de vuestra fe, de vuestra cultura, de vuestro compromiso cristiano en la investigación científica y en vuestra tarea profesional».

¿Quién no ve en estas palabras una referencia a lo que sería el futuro Pontificio Consejo?

### Sínodo de la Reconciliación (1983)

El padre General de los Hermanos de San Juan de Dios participa en el Sínodo y junto a su breve discurso presenta a los Padres Sinodales un documento escrito titulado: *Reconciliación en el campo sanitario* (Cfr. LABOR HOSPITALARIA n.º 190/1983).

### Carta del Papa *Salvifici Doloris* sobre el sufrimiento humano (11/2/1984)

## ORGANIGRAMA DEL PONTIFICIO CONSEJO

1. El vértice del Dicasterio está compuesto por el Presidente, el Secretario y el Subsecretario.
2. Forman parte del Pontificio Consejo 36 miembros representantes de diferentes dicasterios romanos, instituciones religioso-sanitarias y siete laicos. Además, alrededor de cincuenta consultores (teólogos, pastoralistas, médicos...) de los cuales 29 son laicos. Expertos *ad hoc*. Secretaría y otros colaboradores. Voluntarios que llevan a cabo cometidos cotidianamente en Secretaría.

## ACTIVIDAD DEL PONTIFICIO CONSEJO

El trabajo cotidiano se efectúa con la presencia del Presidente, Secretario, Subsecretario, miembros de la Secretaría y del Voluntariado.

La rica y difusa actividad de una década del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios comprende, además de la actividad en la sede, las relaciones con los Episcopados, las Nunciaturas, Organizaciones católicas internacionales, Organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, Instituciones nacionales e internacionales interesadas en los problemas de la sanidad y de la salud, Facultades de Medicina y Centros de bioética nacionales e internacionales, etc.

1. Los momentos y las ocasiones de colaboración con las Conferencias Episcopales son numerosos: además de las visitas *ad limina* y las frecuentes visitas pastorales en las Iglesias particulares, la colaboración del Dicasterio se concreta tanto a través de las solicitudes de algunos obispos o conferencias episcopales acerca de temas de pastoral sanitaria o de bioética sobre las que desean tener una aclaración o una opinión autorizada, como implicando a las Conferencias Episcopales en la preparación de las conferencias internacionales anuales y en las asambleas plenarias del dicasterio, solicitándoles el envío de material e información que pueda ayudarnos a delimitar bien la temática, teniendo en cuenta la variedad contextual de la problemática. Hoy, casi todas las Conferencias Episcopales tienen un obispo encargado de la pastoral sanitaria.

2. La colaboración con los representantes pontificios se ha revelado muy preciada, tanto por la obra de sensibilización sobre los problemas sanitarios en las respectivas legaciones, cuanto por la función transmisora de las disposiciones, consultas e iniciativas del Pontificio Consejo con las Conferencias Episcopales.

“ La Iglesia ha favorecido las obras de misericordia y ha asociado también a la misión de evangelización la de asistencia y ayuda a los enfermos ”

“ El progreso en cuanto se refiere a la salud ha sido muy significativo en estos últimos años ”

3. El Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios es un lugar de promoción y de confrontación a nivel científico y cultural de muy alto nivel. Además de los estudios y de las iniciativas culturales, su actividad editorial es fecunda. La organización y la promoción de una Conferencia mundial anual sobre un tema de gran actualidad en el ámbito médico-científico —con la participación de científicos, expertos, pastores y delegados de países, organismos y conferencias episcopales— ha hecho conocer en todo el mundo el apostolado particular de la Iglesia en el mundo del sufrimiento y de la salud.

4. La animación de las diferentes organizaciones y federaciones internacionales católicas (farmacéuticos, médicos, enfermeros, hospitales, capellanes de hospital, voluntarios, etc.) es una valiosa ayuda del Dicasterio y «favorece la actividad teórica y práctica» (Const. Apost. *Pastor Bonus*, art. 153) de las mencionadas organizaciones que tienen necesidad de un «alma complementaria» para desarrollar con autoridad y en nombre de la Iglesia el papel, difícil e insustituible, que tienen de asistir a los enfermos y a los que sufren.

5. Para poder «seguir atentamente las novedades en el campo legislativo y científico que afectan a la salud, con el provechoso fin de que se tenga cuenta de ello oportunamente en la obra pastoral de la Iglesia» (Cost. Apost. *Pastor Bonus*, art. 153), el Pontificio Consejo participa en congresos y reuniones organizados por los diferentes organismos eclesiales o laicos, a nivel tanto nacional como internacional y sobre diferentes argumentos de notable relevancia para la pastoral sanitaria y la bioética. Se puede recordar nuestra presencia y nuestras intervenciones en la O.M.S. (Ginebra), la UNESCO (París), el Consejo de Europa (Estrasburgo), algunas prestigiosas academias, como la de Moscú, etc. Por otro lado, el Dicasterio ha estado presente frecuentemente en las reuniones internacionales que afectan a la sanidad y a la salud en cuanto observador, delegado o representante de la Santa Sede.

6. El binomio salud y evangelización es una constante todavía verificable hoy. Antes aun de construir una capilla, muchos misioneros han hecho y hacen aún un pequeño dispensario. En los continentes visitados, siempre somos bien acogidos por todos, independientemente de las ideologías, religiones, cultura, etc. La salud es como un *preámbulo* para la evangelización; es más, la pastoral sanitaria es una fuerza de penetración allí donde la evangelización no lo logra.

7. En muchos países de África, de Asia y también de Europa, se está llevando a cabo una verdadera actividad ecuménica en torno a problemas graves de la sanidad y de la salud, como las amenazas a la vida, el SIDA, etc. La postura del Patriarca de Moscú sobre la Conferencia del Cairo ha puesto en

evidencia la posición ortodoxa sobre la cuestión de la vida que, en muchos aspectos, se asemeja a la católica. Es la primera vez que las autoridades religiosas ortodoxas se han pronunciado con autoridad sobre este grave y delicado argumento.

8. El servicio de nuestro Dicasterio a las Iglesias particulares se verifica también en las multiformes ayudas de las que se benefician. Además de las ayudas en medicinas, ambulancias, becas de estudio, material médico, varias formas de caridad, el Dicasterio ha organizado por primera vez un curso de actualización dirigido a los Agentes Sanitarios del Senegal donde ha enviado expertos y profesores para impartir un curso intensivo de pastoral sanitaria, etc.

9. Un curso de pastoral sanitaria permanente se ha iniciado desde hace algunos años en la Universidad Lateranense y en el Instituto Católico de Abidjan (Costa de Marfil), con la ayuda económica del Pontificio Consejo. Por otro lado, el Dicasterio está presente en el *Camillianum* y en el Instituto *Regina Mundi*.

10. La Jornada Mundial del Enfermo, iniciativa providencial del Papa para la promoción y la animación de la pastoral sanitaria en todo el mundo.

#### 11. Actividades específicas:

— *Revista Dolentium Hominum*. Se publica en cuatro lenguas (italiano, español, francés e inglés); aparecen tres números al año. Los temas importantes —siempre en el campo de la salud— son sobre todo de teología, ética, pastoral, magisterio de la Iglesia, testimonios y experiencias. Es un instrumento de conocimiento, información y coordinación.

— *Viajes pastorales* (Cfr. Anexos 1 y 2). Bajo esta denominación podemos recordar los muchos viajes llevados a cabo, todos ellos con motivo de encuentros, congresos o por invitación de la autoridades eclesásticas de los diferentes países. Normalmente intervienen en los encuentros el Presidente y el Secretario del Dicasterio; en algunas ocasiones también el Subsecretario y algunos consultores.

En los encuentros se establecen relaciones con las autoridades eclesásticas, se visitan las estructuras sanitarias y se mantienen encuentros con los diferentes grupos: médicos, enfermeros, capellanes, voluntariado.

— *Publicaciones* (Cfr. Anexo 3). El Pontificio Consejo ha publicado diferentes libros para la animación de la pastoral sanitaria, de los que señalamos algunos por su importancia y difusión:

a) *INDEX*: Un volumen de 1.156 páginas que catalogan 12.500 instituciones sanitarias que pertenecen a la Iglesia o donde ésta se encuentra presente. Ha sido publicada recientemente una segunda edición del mismo (1994) que recoge datos sobre 22.000 estructuras sanitarias católicas.

b) *CARTA de los Agentes Sanitarios*: es fruto de una preparación larga, atenta y pluridisciplinar. El volumen ha sido traducido en diferentes lenguas con gran éxito en su difusión. Se desea que este instrumento de trabajo sea parte integrante de la formación inicial y permanente de los Agentes Sanitarios, de tal forma que su testimonio sea una demostración de que la Iglesia, defendiendo la vida, abre su corazón y sus brazos a todos los hombres, porque el mensaje de Cristo se dirige a todos los hombres.

---

“ Se requiere un trabajo conjunto que facilite un mejor anuncio del Evangelio y privilegie la formación ético-religiosa de los agentes sanitarios ”

“ Hoy, casi todas las Conferencias Episcopales tienen un obispo encargado de la pastoral sanitaria ”

---

- c) OTRAS publicaciones, también en diferentes lenguas, dignas de mencionarse son: *Curate Infirmos, Jornada Mundial del Enfermo, Formación sacerdotal y pastoral sanitaria, Los laicos en el mundo del sufrimiento y de la salud...*
- d) El Pontificio Consejo ha publicado un videofilm, cuyo título es: *Juan Pablo II y los enfermos: el valor del sufrimiento*, traducida en lengua española, francesa e inglesa.

**Conferencias Internacionales en Vaticano** (Cfr. Anexo 4). Desde que se instituyó el Dicasterio, el Pontificio Consejo ha organizado cada año en Vaticano una Conferencia Internacional de tres días de duración, sobre temas de gran actualidad en medicina, como por ejemplo: el SIDA, la mente humana, la humanización de la medicina, droga y alcoholismo, el niño es el futuro de la sociedad, de Hipócrates al Buen Samaritano...

El tema de cada conferencia es tratado por unos ochenta conferenciantes (premios Nobel, científicos, teólogos, moralistas, pastoralistas). El argumento central de la conferencia se analiza, por lo tanto, de forma científica, teológica, social, teológico-pastoral. El Santo Padre concluye siempre estas conferencias durante un discurso. Los participantes son numerosos y proceden de más de cien países. Las actas de la conferencia se publican en el primer número de cada año de la revista *Dolentium Hominum*.

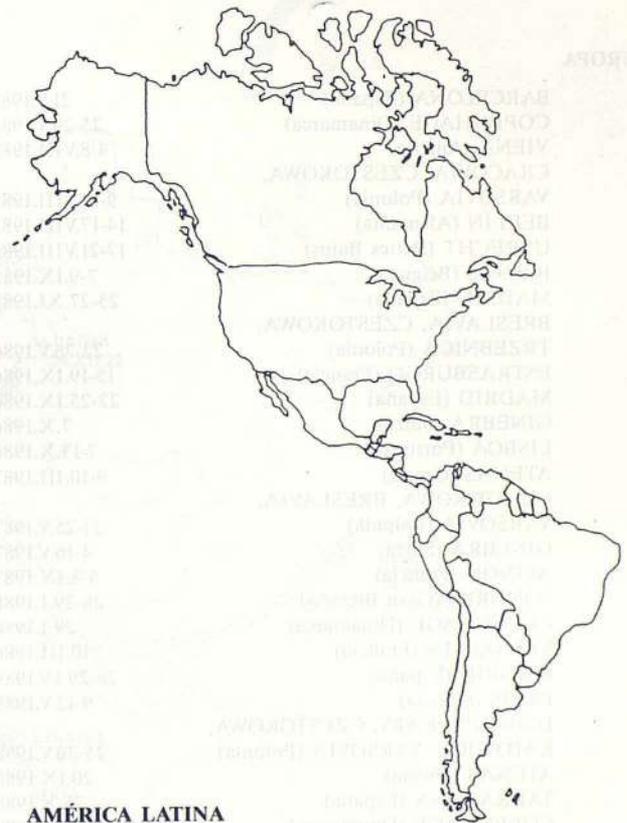
3. Frente al *futuro*, la Iglesia debe hacer un verdadero esfuerzo de consolidación, animación, integración, iluminación y coordinación. El Pontificio Consejo está llamado a ser un verdadero exponente de este trabajo.

## Anexo 1

### PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES SANITARIOS. VIAJES PASTORALES 1985-1991

#### NORTEAMÉRICA

U.S.A.	
CALIFORNIA	1-4.VI.1985
CHICAGO, NUEVA YORK, WASHINGTON	18-27.VI.1986
DALLAS	9-13.II.1987
FILADELFIA, NUEVA YORK, BOSTON	19-25.VI.1988
NUEVA YORK, BOSTON, WASHINGTON	11-17.IX.1989
WASHINGTON	25-26.IV.1990
NUEVA YORK, WATERBURG	13-20.VI.1990
NUEVA YORK, VALHALLA	31.I.1991
NUEVA YORK	31-2.II.1992



#### AMÉRICA LATINA

BRASIL, ARGENTINA,	5-18.VIII.1986
COLOMBIA	16.VIII.1986
CARACAS (Venezuela)	6-15.IV.1988
CUBA, PANAMÁ, PERÚ, CHILE	16-20.XI.1988
CUBA	2-8.VII.1989
BOGOTÁ (Colombia)	2-6.X.1989

## CONCLUSIÓN

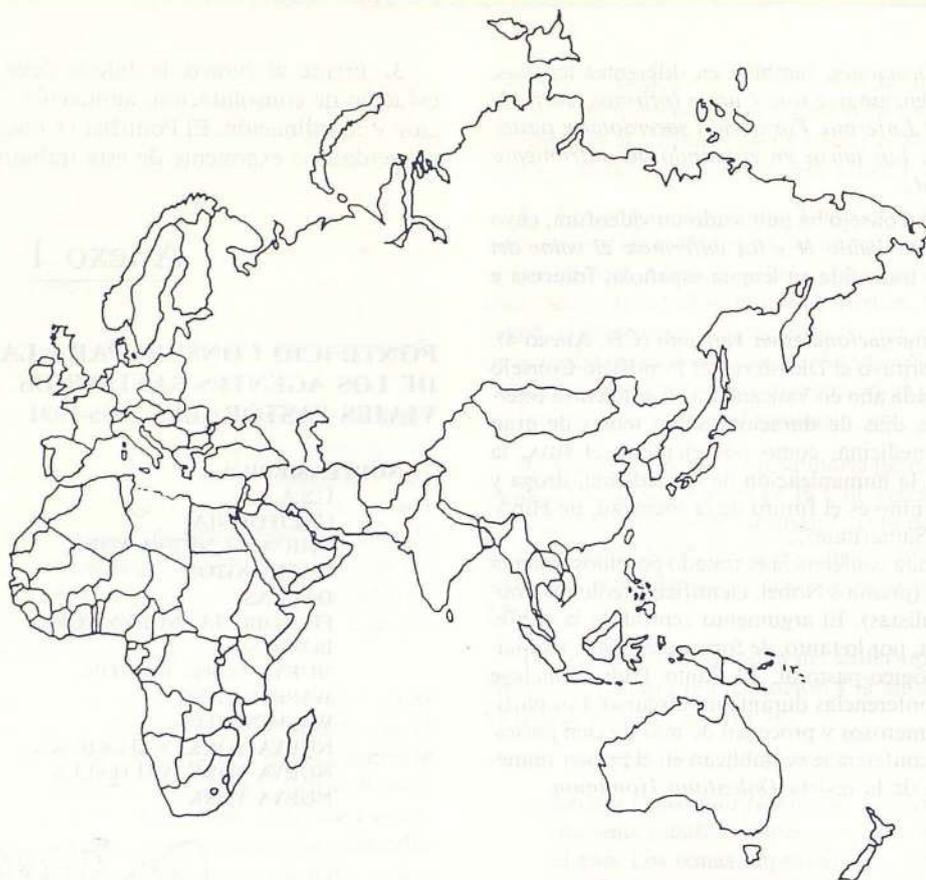
«Es siempre edificante llevar a los enfermos, al menos a aquellos que pueden ir, a los santuarios, aunque no siempre son los que tienen más necesidad; hoy es necesario, sobre todo, que la Iglesia emprenda una peregrinación al hospital, donde, en muchos países, van muchas más personas que a las parroquias o donde permanece viva la presencia de Cristo que quiere la reconciliación» [Padre Pierluigi Marchesi en el Sínodo de la Reconciliación (1983)].

Es necesaria una Pastoral sanitaria organizada, programada, vivaz; una catequesis nueva para el personal sanitario a todos los niveles, una catequesis sobre la vida, sobre la enfermedad, sobre el sufrir, sobre el morir, al pueblo de Dios: una revisión de las dimensiones apostólicas de las almas consagradas al servicio de los enfermos y, finalmente, una renovada formación para los ministros de los sacramentos que actúan en los hospitales. Si se puede comprender la atención de la pastoral por ambientes particulares: los obreros, los intelectuales, los jóvenes, el turismo,

1. La Iglesia siempre ha estado presente en el mundo del dolor. Toda la historia nos lo confirma.

2. Hoy la Iglesia toma conciencia y responsabilidad. Los últimos documentos y el estilo del actual Pontífice subrayan esta afirmación.

Es expresión de un nuevo despertar, como sugirió el padre General de los Hermanos de San Juan de Dios, la emigración, la familia y los ecologistas; no olvidemos, sin embargo, que también todos nosotros perteneceremos un día al pueblo de los enfermos, de los moribundos: será el modo inevitable de encontrarnos con Cristo, reconciliándonos e invitándonos a su Pascua».



## EUROPA

BARCELONA (España)	21.V.1985
COPENHAGE (Dinamarca)	25-29.V.1985
VIENA (Austria)	4-8.VIII.1985
CRACOVIA, CZESTOKOWA, VARSOVIA (Polonia)	9-13.VIII.1985
BERLÍN (Alemania)	14-17.VIII.1985
UTRECHT (Países Bajos)	17-21.VIII.1985
BRUJAS (Bélgica)	7-9.IX.1985
MADRID (España)	25-27.XI.1985
BRESLAVIA, CZESTOKOWA, TRZEBNICA (Polonia)	22-26.V.1986
ESTRASBURGO (Francia)	15-19.IX.1986
MADRID (España)	22-25.IX.1986
GINEBRA (Suiza)	7.X.1986
LISBOA (Portugal)	7-13.X.1986
ATENAS (Grecia)	8-10.III.1987
CZESTOKOWA, BRESLAVIA, VARSOVIA (Polonia)	21-25.V.1987
GINEBRA (Suiza)	4-16.V.1987
AVIÑÓN (Francia)	5-8.IX.1987
LONDRES (Gran Bretaña)	26-29.I.1988
COPENHAGE (Dinamarca)	29.I.1988
VERSALLES (Francia)	10.III.1988
MADRID (España)	26-29.IV.1988
PARÍS (Francia)	9-12.V.1988
LODZ, PYEKARY, CZESTOKOWA, KATOWICE, VARSOVIA (Polonia)	25-30.V.1988
ATENAS (Grecia)	20.IX.1988
TARRAGONA (España)	25.X.1988
COPENHAGE (Dinamarca)	17-18.IV.1989
LOURDES (Francia)	2-6.VI.1989
DANZICA, VARSOVIA, TARNOW (Polonia)	20-24.VI.1989
LENINGRADO, MOSCÚ, KIEV (Rusia)	1-8.IV.1990
GINEBRA (Suiza)	9.V.1990
BRESLAVIA, VARSOVIA,	

SIEDLCE (Polonia)	20-25.VI.1990
MADRID (España)	29-4.X.1990
CRACOVIA (Polonia)	24.XI.1990
LENINGRADO (Rusia)	12.XII.1990
MADRID (España)	1-4.V.1991
MOSCÚ (Rusia)	9-14.V.1991
FÁTIMA (Portugal)	20-21.IX.1991
MOSCÚ (Rusia)	2-4.IX.1991
LOURDES (Francia)	1-3.XI.1991
(Italia)	
FRANKFURT (Alemania)	11.XII.1991
ZAGREB (Croacia)	27-29.XII.1991

## ÁFRICA

GHANA	2-6.II.1985
BURKINA FASO, COSTA DE MARFIL	16-20.VII.1985
ACCRA (Ghana)	2.VI.1986
OUIDAH, COTONOU, ZINVIE (Benin)	
AFAGNAM, LOME (Togo)	13-17.I.1987
NIGERIA, CAMERÚN	23-3.III.1988
MADAGASCAR, LA REUNIÓN, MAURICIO	26-4.X.1988
TRANSVAAL (Sudáfrica)	10-14.II.1989
ZAIRE, ZAMBIA, MALAWI	20-28.III.1990

## ASIA Y OCEANÍA

HYDERABAB, BOMBAY (India)	6-10.XI.1986
JERUSALÉN (Israel)	10-13.IV.1987
NAGOYA, TOKIO (Japón)	15-22.VI.1987
KERALA (India)	2-12.VIII.1987
MANILA (Filipinas)	21-22.I.1988
QUONG-CHING (China)	23-27.III.1988
BENGALA (India)	7-8.VIII.1988
KERALA (India)	13-21.I.1992

NOTA: La crónica de estas visitas se encuentra en la revista *Dolentium Hominum* del número 1 al 18.

## Anexo 2

### PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES SANITARIOS. VIAJES PASTORALES 1992-1994

**VIAJES 1992:** ALBANIA, CHILE, INDIA, LÍBANO, POLONIA, RUSIA, REPÚBLICA DOMINICANA, SIRIA, ESPAÑA, ESTADOS UNIDOS, ITALIA: Venecia, Capri, Messina.

**VIAJES 1993:** FRANCIA, INDIA, RUMANIA, ESPAÑA, ESTADOS UNIDOS, ITALIA: Troina, Palestrina, Isla del Gran Sasso.

**VIAJES 1994:** BÉLGICA, FED. RUSA, INDIA, POLONIA, PORTUGAL, ESPAÑA, ISRAEL, ESTADOS UNIDOS, ITALIA: Rimini.

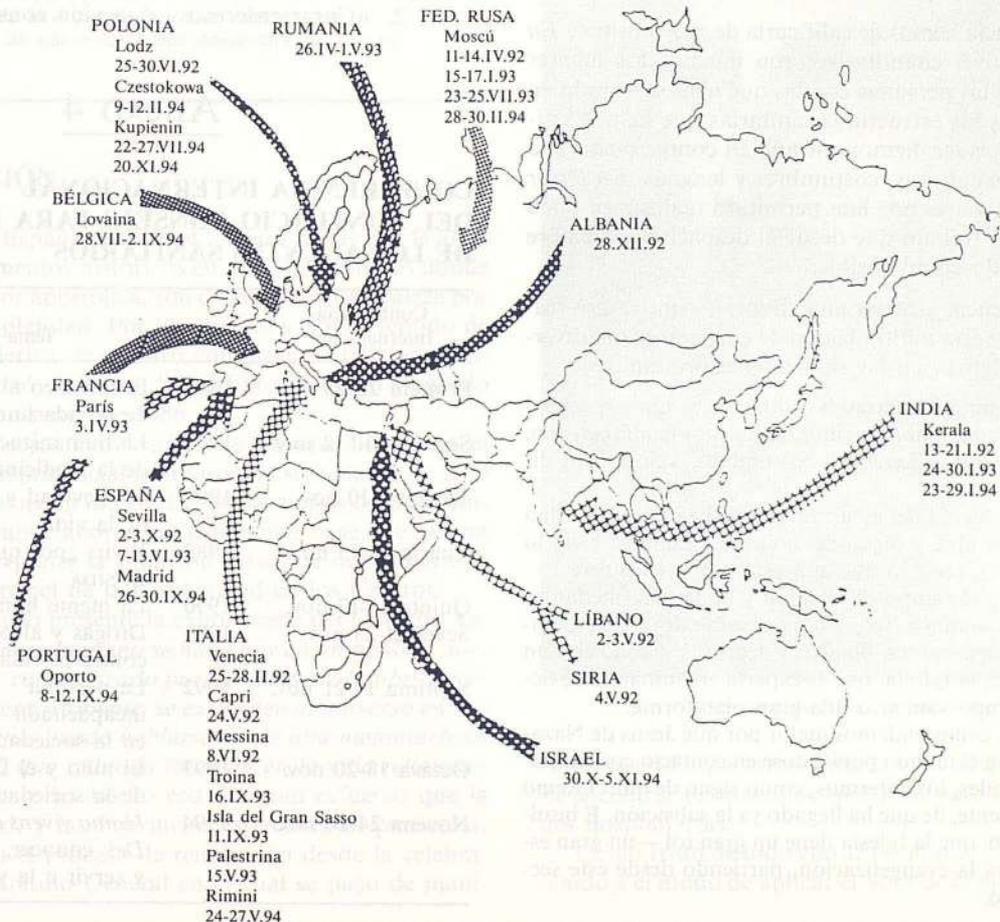
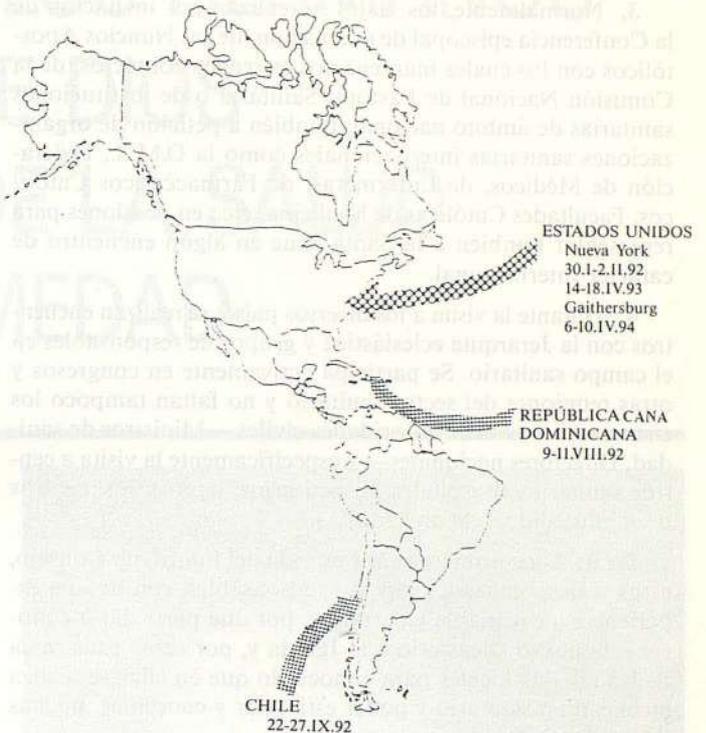
NOTA: La crónica de estas visitas se encuentra en la revista *Dolentium Hominum* del número 20 al 27.

### SIGNIFICADO Y EXPERIENCIA DE ESTOS VIAJES

1. Una actividad que confirma el carácter pastoral de nuestro Pontificio Consejo son los viajes realizados durante estos siete primeros años de vida del dicasterio por el Presi-

dente, Secretario y Subsecretario. En algunas ocasiones han acompañado algunos de nuestros consultores y expertos.

2. Los viajes tienen como finalidad realizar las funciones propias señaladas por el Papa en su institución, cuales son las



de estimular, coordinar, dar a conocer, estar en conexión con las iglesias locales, seguir con atención y estudiar los diversos programas del sector sanitario y ver su importancia e implicaciones en la Pastoral de la Iglesia.

3. Normalmente, los viajes se realizan por invitación de la Conferencia episcopal de una nación, de los Nuncios Apostólicos con los cuales mantenemos estrechos contactos, de la Comisión Nacional de Pastoral Sanitaria o de instituciones sanitarias de ámbito nacional; también a petición de organizaciones sanitarias internacionales como la O.M.S., Federación de Médicos, de Enfermeras, de Farmacéuticos Católicos, Facultades Católicas de Medicina, etc.; en ocasiones para representar también a la Santa Sede en algún encuentro de carácter internacional.

4. Durante la visita a los diversos países se realizan encuentros con la Jerarquía eclesial y grupos de responsables en el campo sanitario. Se participa activamente en congresos y otras reuniones del sector sanitario y no faltan tampoco los encuentros a nivel de autoridades civiles —Ministros de sanidad, Directores nacionales— y específicamente la visita a centros sanitarios (hospitales, dispensarios, leprosarios, centros de minusválidos, de ancianos...).

5. En estos primeros años de vida del Pontificio Consejo, estos viajes, realizados por sus responsables, son de una experiencia incalculable y permiten, por una parte dar a conocer este nuevo Dicasterio a la Iglesia y, por otra, estar cerca de las iglesias locales para conocer lo que en ellas se realiza en el campo sanitario y poder estimular y coordinar muchas de sus tareas.

6. La experiencia hemos de calificarla de muy positiva. *En primer lugar*, a nivel cuantitativo: son muchos los lugares visitados, muchas las personas con las que hemos entrado en relación y muchas las estructuras sanitarias que hemos visitado. *En segundo lugar*, hemos entrado en contacto con una gran diferencia de culturas, costumbres y lenguas. *En tercer lugar*, todos estos viajes nos han permitido realizar en poco tiempo un intenso trabajo que desde el despacho es siempre lento y no del todo comprensible.

7. Una experiencia —mejor una vivencia— que vamos realizando a través de esta multiplicidad de encuentros tan diversos se podría sintetizar en las siguientes expresiones:

- Vemos los grandes contrastes y diferencias que existen en nuestro mundo: pobreza-riqueza, cultura-analfabetismo, enfermedad-salud. Lenguas, costumbres, valores tan diversos...
- Nos damos cuenta del esfuerzo que realiza la humanidad por una vida libre y digna del hombre y también todo lo que aún falta, todo lo que aún está por conseguirse.
- Vemos cómo el campo de la salud y de la enfermedad es un lenguaje común a ricos y pobres, creyentes y no creyentes, sabios e ignorantes, blancos y negros. Y siendo común este lenguaje, la Iglesia, que es experta en humanidad, tiene en el campo sanitario una gran plataforma.
- Finalmente, comprendemos mejor por qué Jesús de Nazaret evangeliza el mundo poniéndose en contacto con los pobres, los débiles, los enfermos, como signo de que el Reino se hace presente, de que ha llegado ya la salvación. E intuimos, por eso, que la Iglesia tiene un gran rol —un gran espacio— para la evangelización, partiendo desde este sector sanitario.

## Anexo 3

### ACTIVIDAD EDITORIAL DEL PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES SANITARIOS

- 1986 *Ecclesia instituta valentudini fovendae toto orbe terrarum. Index: Primera edición.*
- 1987 1. Los laicos en el mundo del sufrimiento y de la salud.  
2. Los religiosos en el mundo del sufrimiento y de la salud.
- 1990 1. Los sacramentos: Fármaco de inmortalidad. Jean Pierre Schaller.  
2. Formación sacerdotal y pastoral sanitaria.
- 1991 La formación del sacerdote para la pastoral de la familia. Ramón García de Haro.
- 1992 1. Pastoral sanitaria y nueva evangelización de Europa.  
2. La primera evangelización en América Latina y la atención de la Iglesia para los enfermos. Card. Fiorenzo Angellini.  
3. Pontificio Consejo para la pastoral de los agentes sanitarios: nota histórica, finalidad, estructura, actividad.  
4. Jornada Mundial del Enfermo.
- 1994 1. *Ecclesia instituta valentudini fovendae toto orbe terrarum. Index: Segunda edición.*  
2. «Curar enfermos» y la vida consagrada.

## Anexo 4

### CONFERENCIA INTERNACIONAL DEL PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES SANITARIOS

Conferencia Internacional	Año	Tema	Revista número
Primera 23-25 oct.	1986	El fármaco al servicio de la vida humana	4
Segunda 10-12 nov.	1987	La humanización de la medicina	7
Tercera 8-10 nov.	1988	Longevidad y calidad de la vida	8
Cuarta 13-15 nov.	1989	Vivir: ¿por qué? El SIDA	13
Quinta 15-17 nov.	1990	La mente humana	16
Sexta 21-23 nov.	1991	Drogas y alcoholismo contra la vida	19
Séptima 19-21 nov.	1992	La persona incapacitada en la sociedad	22
Octava 18-20 nov.	1993	El niño y el futuro de la sociedad	25
Novena 24-26 nov.	1994	<i>Homo vivens est gloria Dei: conocer, amar y servir a la vida</i>	28

### 3. PRESENCIA DE LOS HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS EN EL MUNDO DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

*Ramón Martín, O.H.*

*Os ofrecemos la comunicación de la Comisión Interprovincial que el hermano Ramón Martín llevó a cabo en el I Congreso Nacional «Iglesia y Salud», celebrado en Madrid el pasado mes de septiembre. Debido al número monográfico sobre el sufrimiento quedó pospuesto hasta el presente número.*

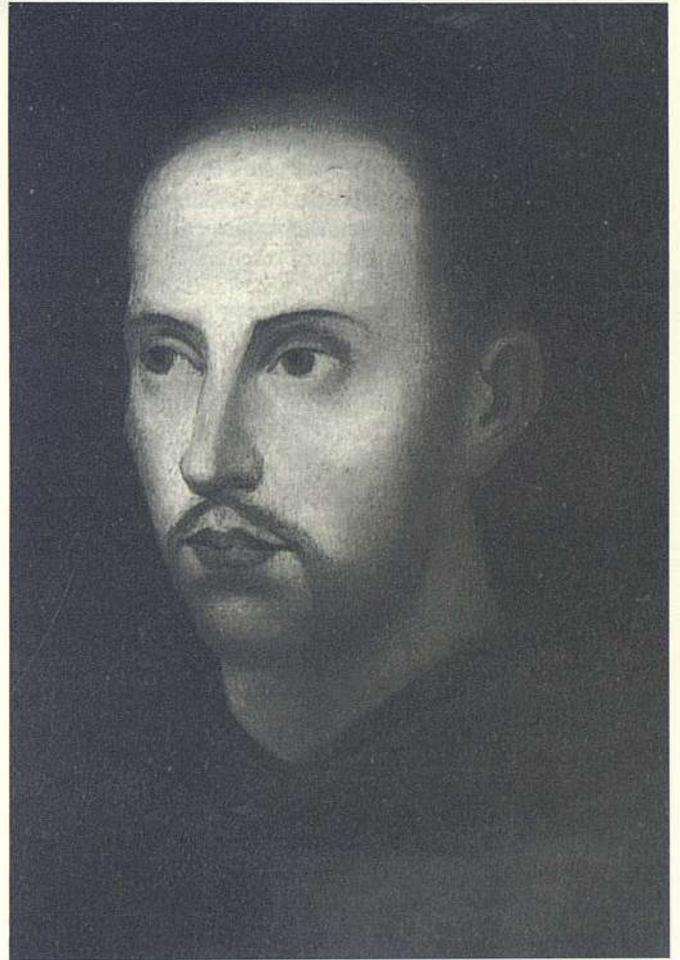
*El hermano Ramón expuso ante los 800 asistentes al evento la presencia de la Orden Hospitalaria en el mundo de la salud y de la enfermedad. Una interesante comunicación de cómo la Orden desarrolla su misión.*

#### INTRODUCCIÓN

La Orden en España siente que los problemas que le afectan en estos momentos históricos en todos los campos donde desarrolla su labor apostólica, son de la misma naturaleza por su origen y complejidad. Por eso mismo y por el sentido de unidad que se deriva de nuestro compromiso religioso-hospitalario, se estimó necesario la celebración de un Capítulo Interprovincial en mayo de 1986.

Los tres Consejos Provinciales de España junto con el Secretariado Interprovincial acordaron en septiembre de 1985 nombrar una Comisión integrada por hermanos de las distintas provincias, para elaborar un documento base que tuviera como objetivo exponer la situación actual de nuestra Orden en España y el papel de la Comunidad en los Centros.

El Capítulo tuvo presente la exhortación del Concilio Vaticano II: «*El género humano se halla hoy en un período nuevo de la historia, caracterizado por cambios profundos y acelerados que, progresivamente, se extienden al universo entero (...). Tan es así, que puede hablarse ya de una metamorfosis social y cultural, que redundará también en la vida religiosa*» (GS 4). También se ha hecho eco del gran esfuerzo que la Orden en general, y las Provincias españolas en particular, han realizado en el proceso de renovación desde la celebración del LIX Capítulo General en el cual se puso de mani-



San Juan de Dios, fundador de la Orden Hospitalaria.

fiesto la crisis que atravesaba la vida religiosa y la necesidad de encontrar orientaciones positivas para nuestras comunidades hospitalarias.

Como fruto de todo ello se estudió en profundidad el contenido y el modo de aplicar el Voto de hospitalidad y el Caris-

“ Desde la muerte de Juan de Dios hasta hoy, la misión de los hermanos hospitalarios se extiende a los cinco continentes llevando su presencia entre los enfermos y necesitados ”

“ Nuestra Orden en España está desarrollando su carisma fundamentalmente en obras propias y algunas de bastante envergadura ”

ma de la Orden. Esto llevó consigo las declaraciones del Capítulo extraordinario celebrado en Roma en diciembre de 1979, en donde, una vez más el hermano General decía en su discurso de apertura: «... el religioso hospitalario debe comprender este mundo si no quiere estar fuera de él, y sobre todo, debe ser capaz de decir una palabra, lanzar un mensaje, tener una actitud profética a costa de sentirse acusado, de estar fuera del mundo, fuera de la historia y del tiempo...» (CGE, II, B, b2).

La obra de los hermanos de san Juan de Dios se inicia en Granada en el 1538, con el propio Juan Ciudad a quien más tarde se dará el nombre de Juan de Dios. Muere en 1550 dejando unos compañeros que continuarán su obra hasta los tiempos actuales. En el correr de estos casi cinco siglos, la misión de los hermanos hospitalarios se extiende a los cinco continentes llevando su presencia entre los enfermos y necesitados. Los hermanos han estado presentes en momentos de paz y de guerra siempre donde la necesidad del hombre que sufre lo requería. De esta manera, en 1995 se celebrará en toda la Orden el V Centenario, desarrollándose los actos más importantes en Montemor-o-Novo (Portugal) lugar de nacimiento del Santo; Granada, ciudad donde el Santo lleva a cabo su misión más importante; y Roma, sede de la actual Curia Generalicia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

### Causas que inciden en nuestra presencia actual en España

Si al comienzo de siglo nos dedicamos preferentemente a la psiquiatría y a los niños inválidos, en los años 50 al 70 se desplazó la finalidad a la asistencia en centros generales infantiles y centros médico-quirúrgicos.

La evolución de la sanidad en estos últimos diez años ha variado la misma cultura de la población, que entiende salud/enfermedad como un proceso único resultante de la interacción entre procesos vitales del individuo y los factores externos que le rodean.

Como consecuencia el concepto de atención se fundamenta en dos postulados básicos:

- La Salud y la enfermedad se sitúan en la interacción entre el individuo y su medio (concepto ecológico).
- La atención como proceso que integra los aspectos de fomento/preVENCIÓN/recuperación, de forma inseparable (concepto integral).

Ante todo esto, la población española va haciéndose más consciente de sus necesidades en materia de salud. Consecuentemente y ejerciendo sus derechos demanda que esas necesi-

dades sean atendidas por la justicia y no sólo por caridad.

Nuestra Orden en España está desarrollando su carisma fundamentalmente en obras propias y algunas de bastante envergadura.

La evolución histórica de los centros nos ha llevado a plantearnos su organización de la manera más científica posible.

La persona a quien atendemos es lo más importante de nuestra Institución, nuestro modelo asistencial compagina perfectamente la ciencia, los avances de la técnica y la humanización, respetando siempre la dignidad del hombre y buscando una asistencia integral; elemento esencial en el servicio de nuestros centros es la dimensión religiosa como oferta de salvación y curación.

Nuestros centros están abiertos a toda persona que necesite asistencia cualquiera que sea su condición religiosa, social o económica, sin más limitaciones que las que se derivan de las propias características específicas del centro, las cuales deberán ser de público conocimiento. El ámbito de aplicación de nuestras actividades son: centros médico/quirúrgicos, psiquiátricos, centros para disminuidos, centros geronto-lógicos, albergues para transeúntes y otros entre los que se contemplan los centros para atender alguna actividad de interés social, con mayor incidencia en las actividades dirigidas al mundo de la marginación.

## APORTACIÓN DE DATOS

### PRESENCIA DE LA ORDEN EN ESPAÑA (Estadística a 31-XII-1993)

#### RECURSOS GENERALES

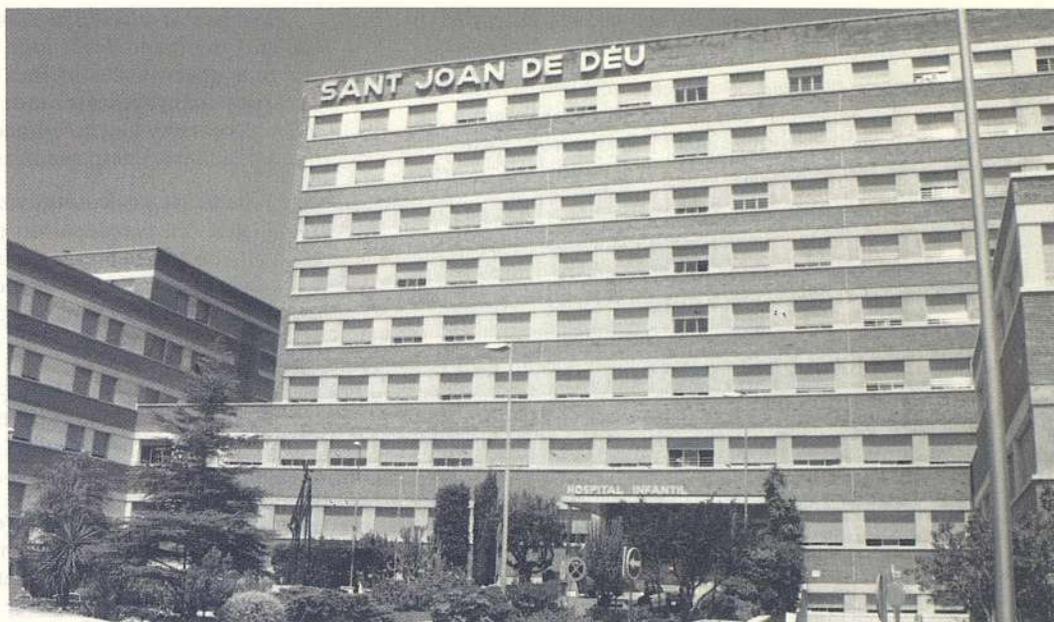
Recursos	N.º centros	N.º camas/plazas	N.º enfermos ingresados	N.º estancias	N.º consultas	N.º urg./rehab.	N.º personal
Hospitalarios	24	5.856	71.834	1.811.318	492.864	235.573	5.337
Sociales	19	2.200	8.459	586.870	292	182.003	812
Total	43	8.056	80.293	2.398.188	493.156	417.576	6.149

#### RECURSOS HOSPITALARIOS

Recursos	N.º centros	N.º camas	N.º enfermos ingresados	N.º estancias	N.º consultas	N.º urg./rehab.	N.º personal
H. generales	14	2.562	65.760	697.909	468.862	233.022	3.628
H. monográficos	4	462	1.393	154.201	1.595	0	417
H. psiquiátricos	6	2.832	4.681	959.208	22.407	2.551	1.292
Total	24	5.856	71.834	1.811.318	492.864	235.573	5.337

#### RECURSOS SOCIALES

Recursos	N.º centros	N.º plazas	N.º atendidos	N.º estancias	N.º consultas	N.º sesión/rehabil.	N.º personal
Minusvalías	8	1.389	1.763	382.302	292	182.003	607
Vejez	4	364	400	92.003	0	0	121
Drogodependencias	1	51	287	18.300	0	0	16
Sin techo	6	396	6.009	94.265	0	0	68
Total	19	2.200	8.459	586.870	292	182.003	812



Hospital Sant Joan de Déu.  
Barcelona.

## FILOSOFÍA DE LA ORDEN

Intentando recopilar las orientaciones básicas de futuro para nuestros centros asistenciales, desde hace varios años, la formulación a la que hemos llegado es la siguiente:

- *El enfermo* o el acogido es lo más importante de nuestra Institución.
- Los centros hospitalarios de la Orden de San Juan de Dios se caracterizan por su sentido de competencia profesional, justicia social y solidaridad con todos los hombres, *privilegiando a los más necesitados*, y siempre sin ánimo de lucro.
- *Nuestro modelo asistencial* compagina perfectamente la ciencia, los avances de la técnica y la humanización, respetando siempre la dignidad del hombre, y buscando una asistencia integral.
- Nuestros centros asistenciales son y se definen como *centros confesionales católicos*, donde se observan y defienden los principios evangélicos, las leyes sociales de la Iglesia y las normas referentes a los derechos humanos.
- En nuestros centros, trabajamos por hacer una *buena asistencia técnica*, fundamentalmente humanizada, dando preponderancia a la Carta de Derechos y Deberes del Enfermo.
- Consideramos elemento esencial en la *asistencia la dimensión religiosa* como oferta de salvación y curación, respetando otros credos y planteamientos de la vida.
- En el ejercicio de la asistencia, nos guiamos por los principios de la *ética católica*.
- *Las relaciones entre los miembros* que componen la Institución, están fundamentadas en el Derecho Laboral, no obstante, respetando el criterio de todos, queremos formar una alianza con cuantos se sienten inspirados por el espíritu de san Juan de Dios.
- *La Orden Hospitalaria* está siempre abierta a la colaboración con organismos tanto de la Iglesia como de la sociedad en el campo de su misión, atendiendo de manera preferencial a los sectores sociales más abandonados.
- *La propiedad de nuestros centros* solamente tiene sentido en la medida que está en función de la misión de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

Estos principios son la expresión de la cultura que la Orden ha ido fraguando a lo largo de su historia en su afán de responder a las necesidades de los enfermos y necesitados como seguidores de Jesús de Nazaret y de san Juan de Dios.

*Tres son los pilares antropológicos* a la hora de sintetizar la aportación de nuestra cultura institucional:

- Dios Creador del mundo y Señor de la historia.
- El hombre como criatura de Dios, a su imagen y semejanza.
- La vida como Don del Creador.

No nos vamos a extender en explicar el significado de estos temas, pero sí queremos remarcar las implicaciones que para nuestra Institución tienen en la dinámica ordinaria de trabajo.

### Implicaciones para la asistencia

Este fundamento conlleva el reconocimiento de unas connotaciones tanto para las obras y los profesionales que en ellas trabajan, como para los enfermos:

**Universalidad.** Atendemos esta dimensión en cuanto que toda persona se hace merecedora de la misma atención y trato, al margen de su situación, posibilidades, historia personal, nivel de conciencia, etc.

**Individualidad.** El ser humano es único e irreplicable, por tanto debe ser atendido según sus peculiaridades y con un respeto total hacia su intimidad, como manifestación de esa individualidad.

**Sociabilidad.** Es relativamente fácil comprender esta dimensión del hombre; pero no resulta tan fácil de armonizarla con la labor asistencial, pues si bien es cierto que en la dimensión de necesitado recibe el servicio de la sociedad, con ligereza olvidamos la aportación que a la sociedad está llamado a hacer la persona en esta situación que vive.

**Dinamicidad.** En el marco cristiano, entendemos al hombre como un ser en continuo proyecto de realización. También en la situación de enfermedad o de limitación se debe poten-

ciar el desarrollo de este proyecto, aun cuando las expectativas que se exteriorizan sean muy limitadas.

**Conciencia y Libertad.** Solamente con una actitud vigilante, se podrá garantizar que la situación del enfermo y el protagonismo de los profesionales en la dinámica asistencial no anulan ambos aspectos.

**Trascendencia.** El hombre es un ser abierto a Dios, su Creador. Cuidar y promover el dato de la fe en los enfermos es una responsabilidad ineludible en nuestra asistencia, capaz de proporcionar salud, curación y sentido a la realidad que se vive.

## Valores de la cultura institucional

En nuestro caso, todo lo expuesto consideramos que ha cuajado en una serie de valores de la cultura de la Institución y que manifestamos como:

**Apertura.** No se contempla en los centros más limitación para el ingreso que las que conlleva la orientación asistencial que se presta.

Y esta situación se da, no tan sólo por el respeto que profesamos a quien piensa y es distinto, sino también por el derecho de toda persona a ser atendido en su necesidad.

**Cuidado de la acogida.** Es una de las características más antiguas. Existen relatos del mismo Juan de Dios y de los primeros hermanos, que detallan el esmero y la importancia que daban a la recepción y acogida del enfermo. Debe ser para nosotros un gran filón de posibilidades de actuación.

**Preparación por atender a la persona integralmente.** No por más conocido debemos dejar de tener presente el concepto de integralidad de la persona, y quizá favorecer aspectos hoy más en boga, como es la importancia de la familia, entorno, participación del paciente, dimensión trascendente y espiritual. Etc. En definitiva todo aquello que palíe la experiencia de enfermedad como fragmentación.

En este sentido la Orden siempre ha promovido de forma especial la atención espiritual y el cuidado pastoral de sus asistidos, a quienes trata de llevar y acercar el amor misericordioso del Padre.

**Difusión y promoción de los derechos del enfermo.** Viencia de este aspecto no sólo desde lo legal, sino a partir del convencimiento, colaborando activamente tanto en la práctica como en la reflexión, en desarrollarlos y hacerlos realidad.

**Humanización de la asistencia.** Con una acertada visión de futuro, se reflexionó y se ha vivido como algo propio la preocupación por este tema. De ello han derivado sin duda, numerosos matices que han dado un tono determinado en los centros, si bien son aspectos en los que siempre habrá que seguir insistiendo. La clave está en hacer que sea el enfermo y el necesitado el verdadero centro de la Institución.

“ La evolución histórica de los centros nos ha llevado a plantearnos su organización de la manera más científica posible ”

“ Respetamos siempre la dignidad del hombre y buscamos una asistencia integral ”

**Favorecer la relación personal.** Otro de los elementos que venimos valorando desde hace años es crear un ambiente de cercanía, que inspire confianza y familiaridad. Supone evitar situarnos exclusivamente desde el rol profesional, para pasar a establecer entre los profesionales y con los pacientes y familiares relaciones interpersonales.

**Preparación técnico-profesional acorde a cada época y posibilidades.** La preocupación por ofrecer una asistencia de calidad, con los medios y recursos que el entorno posibilita en cada lugar, se ha considerado siempre como derecho tanto del profesional por formarse como del usuario a recibir una atención cualificada.

Desde siempre se ha entendido que los aspectos caritativos deben compatibilizarse con el rigor profesional, para que realmente podamos ofrecer una situación válida y no discriminatoria al hombre de cada momento histórico.

**Preferencia por los más necesitados.** Pretendemos que los grupos más desfavorecidos, por su cronicidad, tipo de enfermedad, rechazo social, etc., sean merecedores de una preocupación especial, de modo que se incida eficazmente en la transformación de una realidad o se mitiguen sus efectos.

## PROYECCIÓN INSTITUCIONAL

Los centros asistenciales

**Criterios.** Seleccionar nuestra presencia en centros propios y apoyar la inserción en la red pública, solamente cuando se garantice su necesidad social y se acepten nuestros presupuestos ético-morales.

Llevar a cabo una dedicación preferencial por los:

**Hospitales psiquiátricos.**

- Enfermos mentales crónicos.
- Psicogeriatría.

**Hospitales generales.**

- Enfermos de larga estancia.
- Unidades de Cuidados Paliativos.

**Centros geriátricos.**

**Centros para minusválidos psíquicos.**

- Adultos.
- Severos profundos.

**Centros para transeúntes.**

- Atención.
- Reinserción.

**Otras formas de presencia.**

- Barrios suburbanos.
- Ambientes rurales.
- Asistencia a domicilio.
- Rehabilitación de drogadictos.
- Asistencia enfermos de Sida, etc.

Estando abiertos a colaboraciones mixtas e intercongregacionales en este campo.



Hospital San Juan de Dios. León.

### Modelo de organización

Sin que cree límites a los principios ideológicos de la Orden, la organización está enfocada para cubrir dos prioridades fundamentales:

- La gestión asistencial orientada al interés sanitario, social y económico de los centros.
- La calidad asistencial como objetivo básico que justifica la existencia de los distintos centros.

La estructura organizativa está compuesta por:

#### *Órgano de Gobierno. Hermano Provincial y su Consejo.*

El Consejo Provincial es el órgano superior de gobierno y representación.

Le corresponde definir la dedicación de los centros y marcar las grandes líneas de actuación.

#### *Órganos de Dirección.*

*Unipersonales.* Gerencia y Dirección.

*Colegiado.* Comité de Dirección o Junta de Gobierno.

Son los responsables de la toma de decisiones en cada centro. También tienen entre sus funciones alcanzar los objetivos asistenciales y apostólicos.

#### *Órganos consultivos.* Junta de Comunidad, Juntas Técnicas y Comisiones.

Son el espacio de consulta y participación interdisciplinar.

A la Junta de Comunidad se le reservan de manera especial todos los temas que puedan incidir en la identidad de la obra y en la filosofía de la Institución.

### Servicios a potenciar

Creemos y apostamos por unas actuaciones en los centros acordes y coherentes con la filosofía de la Orden.

**Servicio de Atención al Paciente.** Llevamos varios años hablando de la humanización y cómo implantarla en las obras asistenciales, es indudable que un centro es humano en su trato, cuando logra que este objetivo sea compartido por todos los profesionales.

El elemento de contraste, de cómo se lleva a efecto la humanización en la asistencia, está en el grado de cumplimiento de los derechos del enfermo.

Creemos que es al servicio de atención al paciente al que corresponde, de manera especial, la defensa de los derechos del enfermo.

La puesta en marcha de este servicio exigirá ser creativos y será un lugar donde los hermanos podamos desempeñar un papel motor e impulsor.

**Servicio pastoral.** Desde su integración en el centro y en los equipos asistenciales debe realizar la tarea del acompañamiento humanizador y evangelizador de los enfermos y sus familiares, haciendo posible, donde lo sea, el encuentro del hombre con Dios. El apoyo y la cercanía a los profesionales constituye otro objetivo importante en el desempeño de su misión por ir creando en el centro un espacio para la comunión y la promoción de la identidad juandediana.

**Comité de Ética.** Debemos hacer del hospital un lugar de diálogo entre fe y ciencia. Es una tarea difícil, no exenta de posibles errores, pero es necesario avanzar por ella. Este medio, creemos que es el adecuado para dar una respuesta colectiva a diferentes cuestiones que el día a día en el quehacer hospitalario hacen surgir y que no es justo que el profesional de turno deba afrontar en solitario y a su libre albedrío.

Hay que configurar Comités de Ética; donde sea necesario, a nivel de cada centro; en otro caso, que se haga en un ámbito asistencial superior.

### Los nuevos necesitados

Es una de las opciones claras por donde la Orden camina y quiere potenciar desde su misión carismática.

Es necesario que abramos los ojos y el corazón a la realidad que nos rodea. La sociedad está evolucionando y en su marcha está dejando mucha gente caída, quizá demasiada y por norma, el que cae es difícil que vuelva a subir al tren: ancianos solitarios, droga, SIDA, enfermos crónicos, psiquiatría, disminuidos psíquicos profundos, niños abandonados, maltratados, etc., una lista que podría hacerse interminable.

Estamos llamados a dar una respuesta solidaria, es necesario que profundizemos dónde puede serlo con más fuerza.

Los campos a iniciar son múltiples y las posibilidades son escasas; construir no es fácil y cuesta consolidar los nuevos

programas de trabajo. Hace falta fuerza para ello y creemos que aquí los colaboradores también pueden desempeñar una gran labor de colaboración y de protagonismo.

Creemos que en las nuevas obras sociales es necesaria la aportación comprometida de los colaboradores.

“ El número de hermanos no importa pero lo que importa es la intensidad con que vivimos ”

“ La Comunidad Hospitalaria tiene como misión la Evangelización del mundo de la salud, mediante el servicio ”

Actualmente la Orden en España está presente en siete albergues para transeúntes, un centro monográfico para drogodependientes, siete unidades de cuidados paliativos —una de ellas infantil y otra para enfermos de Sida—, cuatro centros para ancianos, seis centros para disminuidos psíquicos y seis hospitales psiquiátricos.

## Los hermanos

La Orden nunca ha sido numerosa y en estos momentos vivimos un proceso que se caracteriza por la disminución en el número de vocaciones y por el envejecimiento de los hermanos.

Éste será el marco donde nos moveremos, pero lo que importa es la intensidad con que vivamos, el número, nunca ha sido el elemento fuerte en la historia de la salvación.

**Misión específica de los hermanos.** La Comunidad Hospitalaria tiene como misión la Evangelización del mundo de la salud, mediante el servicio. De ahí que toda Comunidad está llamada a anunciar y hacer presente el Reino entre los pobres y enfermos para que se manifieste el amor especial del Padre para con los más débiles.

Esta función de anuncio y presencia del Reino, implica:

- Evangelizar desde su estilo de vida, viviendo y expresando con gozo su identidad y consagración, viviendo y expresando la fraternidad.
- Evangelizar con su presencia y acción sanadora.
- Evangelizar con su trabajo concreto.

## Acciones a privilegiar en la misión de los hermanos

Cada Comunidad, teniendo en cuenta las peculiaridades de la misma y del centro, verá qué aspectos y qué tareas concretas conviene que desempeñen los hermanos, para ser fieles a su vocación. Teniendo siempre en cuenta el papel de la propia Comunidad, que ha de ser protagonista en dicha reflexión, proponemos algunas líneas orientativas, sugiriendo los lugares y puestos de trabajo que los hermanos estamos llamados a ocupar de cara al futuro, para mantenernos fieles a nuestra misión hospitalaria:

- Tareas que favorezcan la humanización de la asistencia hospitalaria: unidades de admisión y de atención al paciente, voluntariado, morgue, obras benéficas...

- Trabajo en plantas o unidades que se pueden considerar especiales por el tipo de enfermos, que podríamos definir como los más necesitados, y requieren una atención esmerada: unidades de oncología, de larga estancia, ancianos, enfermos terminales, enfermos psiquiátricos...
- Trabajo en los Servicios de Pastoral: acompañamiento pastoral —humano y religioso— a los enfermos, familiares y profesionales.

## Vivir la misión con sentido profético, siendo:

**Testigos y guías morales.** La misión esencial del hermano, partiendo de su labor profesional, se ha de centrar en asumir un papel de testimonio, de orientación, de formación con los colaboradores para que sean ellos los que asuman el protagonismo en la asistencia integral al enfermo y necesitado.

La misión de gestión, de dirección, de administración, de mando intermedio y de asistencia está pasando a los colaboradores; nosotros debemos reservarnos un papel protagonista de velar, de ser conciencia que anima el servicio y la asistencia.

Es un cambio muy grande el que se propone, es un cambio en el que nos pueden faltar las fuerzas, pero es un cambio que nos pide hoy la Iglesia.

**Función de conciencia crítica.** Vivimos en una sociedad en la que los avances de la ciencia están poniendo al alcance del hombre medios y posibilidades insospechadas por ellos mismos y por los resultados que proporcionan.

Vivimos en una sociedad que se está manifestando de por sí injusta en el reparto de esos medios y en las posibilidades de disfrute de la humanidad de los mismos.

A los religiosos nos cabe un papel de testimonio y de denuncia reivindicando la fidelidad y la responsabilidad; la fidelidad a la estirpe humana, pues estamos corriendo el riesgo de volvernos en contra del hombre en la aplicación de la ciencia y la medicina; la responsabilidad en el uso de esta ciencia y sobre todo en la distribución de sus resultados y en un más justo acceso de toda la humanidad a los mismos.

Ésta es una misión concreta de cómo interpretar la cuestión ética, o si lo desean de cómo iluminar la ciencia desde la fe.

Pero también nos corresponde una conciencia crítica, cuando sea necesario.

Corremos al riesgo de que en situaciones extremas, el hombre enfermo sea víctima de la injusticia, o de que no se respeten debidamente sus derechos, es ahí donde será necesario asumir una función de conciencia crítica.

La conciencia crítica en su manifestación más amplia es denuncia, pero también debe ser propuesta y con facilidad nos limitamos a lo primero y olvidamos lo segundo.

**Función de anticipadores.** Este tema creo que no necesita mucha explicación, pues todos tenemos claro qué significa anticiparse, colocarse por delante, no con el ánimo de ser el primero, pero sí con el ánimo de dar una respuesta, donde la sociedad se niega, o no puede hacerlo.

Las formas son múltiples, los espacios donde poder ejercitar esta función también, es cuestión de decidirse sabiendo que el que decide siempre renuncia, pero que lo importante no está en mirar lo que se ha renunciado, sino fijarse en lo que se ha escogido.

## Colaboradores

Nuestro fundador ya inició su andadura con la incorporación de colaboradores en su obra apostólica, es cierto que



Hospital Juan Grande.  
Jerez de la Frontera (Cádiz).

algunos acabaron asumiendo la condición de hermanos, pero otros muchos, antes y después siguieron en esa colaboración en su propia condición.

En la actualidad cabría decir que el momento del colaborador en los centros de la Orden es fundamental.

La Institución ha ido incorporando cada vez más colaboradores y en estos momentos son ellos los que hacen posible cada una de las obras apostólicas, tanto por el número, como por la responsabilidad que asumen.

### Líneas prioritarias

El reto del hospital católico es el gran tema que tenemos entre manos; vivimos en una sociedad plural y como tal abierta a cualquier iniciativa y al mismo tiempo indiferente a muchas de ellas.

Si queremos que la Institución siga aportando algún grano de singularidad en el mundo de la salud y de lo social, es necesario proyectar una construcción conjunta del tema.

El tema que nos ocupa es una de esas iniciativas que se pueden perder si no se apoyan de forma decidida.

Nuestra apuesta es por unas obras abiertas a todos los colaboradores que se sientan llamados a llevar adelante el proyecto evangélico y eclesial inspirado en el espíritu y en los valores de san Juan de Dios, siempre desde el mutuo respeto a la Institución y a cada una de las personas.

### Delegación

En un breve espacio de tiempo, 15-20 años, ha pasado a manos de los colaboradores el funcionamiento de los centros, pues son ellos los que hacen que funcione.

¿Por dónde debemos caminar? Es algo que nos corresponde a todos construir, no tendría mucho sentido que lo hiciéramos desde esta ponencia, pues estaríamos actuando precisamente en contra de la delegación.

Los Comités de Dirección es evidente que, poco a poco, serán todos ellos mayoritariamente formados por colaboradores y que el puesto de gerente irá también en esta línea.

El resto de lugares que configuran el centro no es previsible nuevas delegaciones, pues todas ellas ya están efectuadas.

Ahora bien el objetivo fundamental no está tanto en lo descrito hasta ahora, sino en cómo plasmar conjuntamente esta nueva forma de ser y estar. En otras palabras ¿en qué se debe manifestar esta delegación?

Hay que lograr que el servicio sea la respuesta de un colectivo de verdaderos y auténticos profesionales, cada uno en su campo y en su lugar, pero teniendo claro que el elemento central y más importante es el hombre enfermo y también el necesitado.

Un paso más adelante será darle una impronta especial que permita una escala de valores distinta a aplicar, tanto en el día a día, como en las decisiones fundamentales de gestión.

En este proyecto está el mantenimiento y potenciación del carisma y la misión de la Institución.

Quizá sean demasiadas conclusiones, pero así lo entendemos; es preciso lograr que en los centros de san Juan de Dios haya un sello de identidad en el trato que se le proporcione al usuario.

Aquí puede radicar el factor esencial en el desarrollo del proyecto juandediano.

### Participación

Cuando se menciona la palabra participación, es posible que a todos nos venga a la cabeza una idea diferente de lo que debe significar este concepto. Unos, pensarán en la presencia de representantes en el Comité de Dirección; otros, en crear órganos intermedios de decisión.

En nuestro caso, no es por ahí, por donde orientamos el tema, creemos que los equipos de dirección con su estructu-

ra, composición y funciones asignadas son un cauce adecuado para llevar adelante la gestión del centro.

Creemos y apostamos por una participación que permita que los objetivos y programas de trabajo emanen de las escalas inferiores hacia arriba; es necesario lograr que el Comité de Dirección sea el que deba velar la puesta en práctica de los objetivos y la coordinación de los mismos.

Debemos lograr que los equipos de trabajo sean los que orienten el servicio, desde el día a día, pero sobre todo desde la programación, desde la motivación; para ello será imprescindible que los órganos superiores estén atentos al movimiento y prestos a una respuesta ágil y aglutinadora.

---

“ El reto del hospital católico es el gran tema que tenemos entre manos ”

“ Es preciso lograr que en los centros de San Juan de Dios haya un sello de identidad en el trato que se le proporcione al usuario ”

“ Queremos seguir siendo en la Iglesia y en la sociedad española, expresión viva y sacramental de la presencia de Dios ”

---

La forma y el cómo debe llevarse a efecto todo este cambio es algo que debe surgir de la idiosincrasia de cada centro y de sus profesionales; no nos toca a nosotros arbitrarlo; quizá, nuestro papel esté en velar su puesta en práctica y coordinación.

También vemos un elemento importante de participación, todos aquellos instrumentos que hagan posible la presencia de la sociedad en el centro, en algunos de ellos, el voluntariado ha sido un cauce, que consideramos que es válido, pero que no debe tenerse por exclusivo.

En este enfoque de participación habrá que agudizar el ingenio, para que el elemento fundamental, el usuario, también esté presente.

### Voluntarios

Cada vez se habla más de este servicio y constantemente surgen iniciativas para configurar grupos de personas dispuestas a colaborar de forma desinteresada.

No pretendemos seguir la moda, hace tiempo que apostamos por un lugar en el centro donde los creyentes pudieran manifestar su vida de fe desde el compromiso de amor con

los hermanos y donde todos pudieran vivir un compromiso de solidaridad en la construcción de un mundo mejor.

### CONCLUSIÓN

Ésta es una breve reseña de cómo la Orden de San Juan de Dios desarrolla su misión y está presente hoy en España y de cómo proyecta su futuro, siempre con la inquietud de responder creativamente a las necesidades de los hombres enfermos y necesitados a quienes tratamos de llevar el amor del Padre al estilo de san Juan de Dios.

Como siempre es un reto difícil, pero no estamos solos. Contamos con la fuerza del Señor y con la aportación de un sinfín de colaboradores (profesionales de la salud, voluntarios, bienhechores), que hacen posible que el proyecto de Juan de Dios siga vivo en nuestros días.

Hay mucho por hacer, pero reafirmamos nuestra opción por estar cerca de los que sufren desde centros ciertamente complejos y tecnificados que requieren organización, profesionalidad y muchos medios, hasta pequeñas iniciativas en favor de los más desfavorecidos y necesitados.

Queremos en definitiva seguir siendo en la Iglesia y en la sociedad española, expresión viva y sacramental de la presencia de Dios cerca de los que sufren, siendo al mismo tiempo, portadores de la vida y la salud que nace de la fe en el Señor.

### BIBLIOGRAFÍA

- *Constituciones de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios*. (Roma, 1984).
- *Presencia de la Orden en España*. Capítulos Interprovinciales. (Ciempozuelos, 1986 y 1989).
- *Presencia de la Comunidad en las Obras Apostólicas*. Capítulo Interprovincial. (Ciempozuelos, 1992).
- *Juan de Dios sigue vivo*. Documento del Gobierno General de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. (Málaga, 1991).
- *Hermanos y colaboradores unidos para servir y promover la vida*. Documento del Gobierno General de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. (Roma, 1992).
- *La Humanización. Respuesta del religioso hospitalario en una situación histórica*. Marchessi, Pierluigi. (Roma, 1981).
- *La hospitalidad de los Hermanos de San Juan de Dios hacia el año 2000*. Marchessi, Pierluigi. (Roma, 1984).
- *Principios ideológicos de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios*. (Madrid, 1989).
- *Manual de Organización y Funcionamiento de los centros asistenciales de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios*. (Madrid, 1992).

PROFESOR JOSÉ LUIS LÓPEZ ARANGUREN  
Catedrático de Ética y Sociología

## 4. «VIVO DE LA ESPERANZA, NO CREO QUE SE PUEDA SER VERDADERAMENTE ÉTICO SIN ELLA»

*Para quienes nos movemos en los difíciles terrenos de la ética, y más específicamente de la bioética, el profesor José Luis Aranguren significa uno de estos bastiones sobre los que, en el proceso de nuestra formación, fundamentamos nuestros conocimientos.*

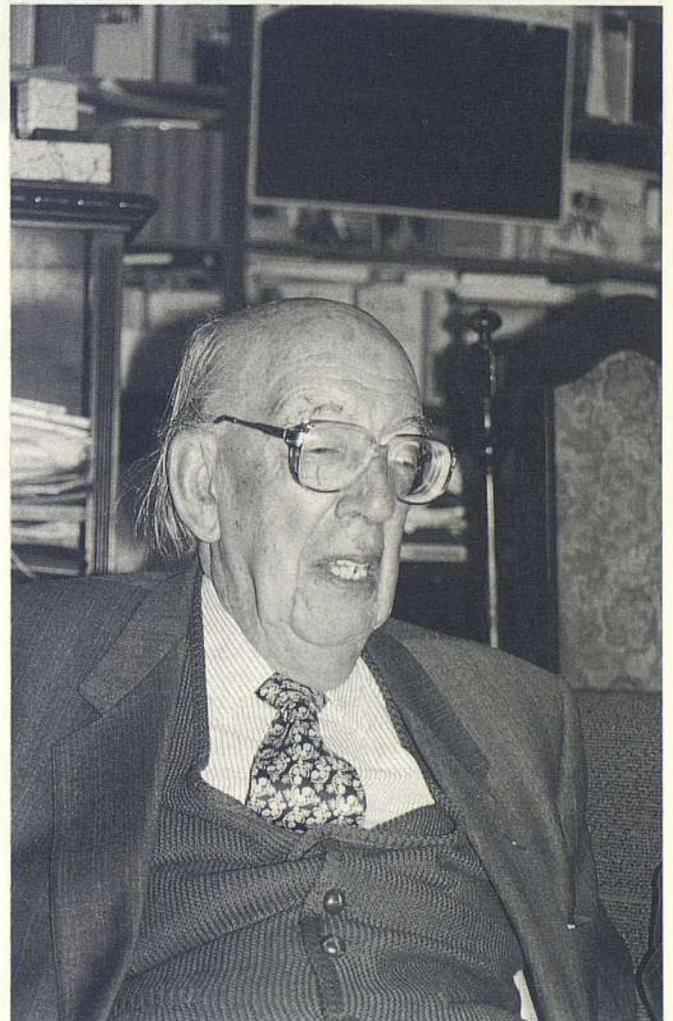
*Pionero de la dicha reflexión, y honestamente comprometido con sus principios, le tocaron momentos difíciles dentro de la situación socio-política y, consecuentemente, también universitaria. Pero su talante de pensador honrado, le hicieron asumir los mismos sin renunciar a sus principios más básicos.*

*Con el paso de los años, parece que la propia sociedad le quiere ir pagando, de alguna forma, el precio tan elevado que le impuso. Así, últimamente, ha tenido el honor de ser proclamado Premio Príncipe de Asturias en el campo de las Humanidades, así como Doctor Honoris Causa por la Universidad de Santiago. Dos reconocimientos suficientemente significativos del aprecio hacia una trayectoria tan fructífera como honesta.*

*LABOR HOSPITALARIA se ha dirigido al profesor Aranguren para dialogar con él sobre la situación actual de la reflexión ética en nuestro país, la situación de la formación humanística en la Universidad española... Sus respuestas son, a menudo, cortas, tajantes. Da la impresión de sentir un cierto pesar por el horizonte hacia el que parece enfocarse nuestra sociedad. Pero mantiene su hábito de esperanza en el hombre y en que éste, tarde o temprano, se orientará desde la brújula de los valores, la única guía que llena de sentido la vida de las personas, la evolución de una sociedad.*

—Profesor Aranguren: comencemos, si le parece bien, por el marco fundamental de la sociedad en que vivimos. ¿Cómo la ve usted? ¿Qué valores piensa que están en baja, y cuáles en alza?

**N**os encontramos en una sociedad con características malas. Hay minorías que están interesadas en valores recuperables como el de la ecología. Algún grupo minoritario de la juventud también está moviéndose en la insumisión, insumisión extendida a otros campos. Sería también muy conve-



El profesor Aranguren, reciente Premio Príncipe de Asturias.

## JOSÉ LUIS LÓPEZ ARANGUREN

Nacido en Ávila en 1909, fue profesor de Ética y Sociología en la Universidad de Madrid de 1955 a 1965, año en que fue separado de la cátedra por motivos políticos. Desde entonces profesó un semestre cada año en la Universidad de California en Santa Bárbara, hasta 1976, en que le fue restituida la cátedra de Madrid.

Según Adela Cortina<sup>1</sup>, en el conjunto de trabajos de J. L. López Aranguren puede rastrearse una *ética del carácter y de la felicidad*. Su pensamiento hunde sus raíces en una tradición tan nuestra como la iniciada por Ortega y Zubiri, que ofrece sin duda orientaciones para vivir día tras día; una tradición que urge prolongar, si queremos tener alguna vez una oferta propia. La moral, decía Ortega, es el propio ser de la persona cuando se encuentra en su quicio y plena eficacia vital: cuando tiene arrestos suficientes para afrontar los retos diarios. Pero para esto, para tener la moral alta, es preciso forjarse día a día cuidadosamente un carácter hasta hacerse —como decía Séneca— artífice de la propia vida.

En su *ÉTICA*<sup>2</sup> toma Aranguren esta idea de la moral del carácter, de hondas resonancias aristotélicas, y la une a la herencia de Zubiri sacando, entre otras, dos ideas claves. La primera es que no existen personas amoraes, porque todos tenemos que forjarnos un carácter y todos tenemos que hacer elecciones a lo largo de nuestra vida, justificándolas; tal es la idea de la *moral como estructura*, oriunda de la tradición de Zubiri, y a la que Diego Gracia ha llamado luego *protomoral*<sup>3</sup>. La segunda es la afirmación de que hay algo que no podemos elegir, que es el *deseo de ser felices*. Es ésta una posibilidad nuestra de la que no nos apropiamos, sino que está ya siempre apropiada. La felicidad no es sólo el fruto del esfuerzo, el resultado seguro de una serie de prácticas, sino que es también un regalo que otros u Otro nos hacen, y es de inteligentes estar abiertos a él.

Por su parte, José Ferrater Mora<sup>4</sup>, destaca lo considerable que ha sido la *influencia* de Aranguren sobre las últimas generaciones de filósofos españoles. A partir del ejercicio de su cátedra en 1955, difundió corrientes filosóficas contemporáneas, dando amplia cabida a la discusión de problemas éticos por parte de filósofos de diversas tendencias y, sin adscribirse estrictamente a ninguna de estas corrientes, introdujo problemáticas poco cultivadas por entonces en los ambientes universitarios de España. Se preocupó también de proveer a su teoría ética de una dimensión social y de ligarla al debate de cuestiones fundamentales sociales y políticas, e investigó la constitución social de la moral individual en numerosos estudios.

Los primeros trabajos de Aranguren en ética y en filosofía de la religión pusieron de relieve la importancia del *talante religioso*, rechazando la ruptura entre lo ético y lo religioso así como la identificación entre ambas realidades y saberes. Lo que Aranguren postula es que la ética está abierta a la religión, de modo que la posible confluencia entre ambas se encuentra más en el punto de partida que en el de llegada.

Siendo católico practicante, el pensamiento de Aranguren a lo largo de los años se ha caracterizado por una actitud de inconformismo y por un compromiso intelectual y moral, tanto en el ámbito de las creencias católicas como en todos los demás problemas filosóficos, sociales, políticos y culturales, compromiso que él mismo ha calificado de irónico.

La editorial Trotta de Madrid está publicando en varios volúmenes las obras completas de J. L. López-Aranguren.

1. Cf. ABC Cultural, n.º 163, 16-12-94, pág. 63.

2. La primera edición data de 1958 y fue publicada en la Biblioteca de la Revista de Occidente, de Madrid.

3. Cf. D. Gracia Guillén: *Fundamentos de Bioética*, Ed. Eudema; Madrid, 1989; págs. 366-382.

4. Cf. J. Ferrater Mora: *Diccionario de Filosofía*, vol. I, Ed. Circulo de Lectores; Barcelona, 1991; págs. 194 s.

niente una revolución interior de los partidos políticos para hacerlos más verdaderamente auténticos y vivos.

—¿Cómo ve el panorama político en estos momentos?

Mal, porque no sabe uno qué elegir. Los que no somos de derechas sino más bien de izquierdas nos hemos quedado, por una parte, muy defraudados con el PSOE pero, por otra, no existe ninguna confianza en el PP. En cuanto a Izquierda Unida, es más bien una izquierda desunida. De modo que el panorama político lo veo mal.

—En este marco, ¿cuál es el papel de las personas que, como usted, apuestan por una reflexión ética y por una carga de valores sociales?

Nuestro papel es un poco como el que en otra época, y en esta misma felizmente, les corresponde a muchos de ustedes desde aquí: predicar, predicar laicamente claro está, éste es nuestro papel. Antiguamente, en Francia, antes de que

“Sería muy conveniente una revolución interior de los partidos políticos”

“El papel de los intelectuales es predicar laicamente, particularmente a los jóvenes”

se inventara la palabra *intellectual*, el intelectual era llamado *clerk*, que naturalmente deriva de clérigo. Somos una especie de *clérigos laicos* y eso es lo que debemos de hacer, predicar, particularmente a los jóvenes.

—¿No tiene la sensación de predicar en el desierto?

Sí, muchas veces tenemos esa sensación. Pero, de todos modos, cuando predicamos, se nos levanta el ánimo. Yo doy muchas conferencias a las que siempre viene muchísima gente, y viene gente joven. Y siempre yo impongo la necesidad de un coloquio vivo. Ésa es, en fin, nuestra función.

—En su libro clásico sobre la ética, usted, en *convivencia con Xavier Zubiri, distingue entre la moral como estructura y la moral como contenido. ¿Cree usted que la juventud de hoy tiene de alguna manera claro que todo ser humano, por el hecho de serlo, tiene una estructura ética dentro de sí, estructura que luego desarrollará con arreglo a los contenidos concretos que le salgan al paso y que elija libremente? ¿Cree que, al menos, esto lo capta la juventud actual?*

Lo capta a su modo, es decir, de una manera completamente deformada porque, en definitiva, la moral como estructura significa el carácter, la fuerza de voluntad, el talante y todo eso. Ellos lo tienen pero para tonterías, para pelearse contra la gente partidaria de Barcelona si ellos son de Madrid, etc., etc. Pero moral como estructura y talante lo tenemos todos, salvo aquellas personas a las que llamamos «ese pobre hombre»; a veces lo decimos más suavemente: «es un buen hombre», esa expresión suele significar generalmente que es un hombre sin carácter.



Entrevistamos a José Luis Aranguren en su estudio madrileño.

—¿Qué significan para usted, a este mismo respecto, estos gestos concretos que está haciendo la juventud, o por lo menos un sector de la misma cada vez más amplio, al participar en campañas como la del 0,7 o adhiriéndose a movimientos de voluntariado que van a países del Tercer Mundo, tanto de África como de América, o en zonas tan conflictivas como Bosnia-Herzegovina y otras? ¿Qué lectura hace de esto?

Como antes he sugerido, es una esperanza. La juventud, o por lo menos una parte de la juventud, está movilizándose en un sentido que es verdaderamente positivo.

—¿Cree usted que nuestra juventud tiene un verdadero talento y una estructura mentalmente adecuada para ayudar a construir lo que hoy en día damos en llamar ética civil, que hasta cierto punto puede llegar a ser una realidad pero que, de momento, parece ser más una aspiración?

No, los jóvenes están más bien en los alrededores de esa ética civil, es decir, toman partido a favor de la ecología y de otras causas, pero no se dan cuenta de que una dimen-

“La moral como estructura significa el carácter, la fuerza de voluntad y el talento”

“Los jóvenes se movilizan por cuestiones como la ecología pero no se dan cuenta de su dimensión política”

sión fundamental del hombre es la dimensión política. Nosotros somos los responsables de lo que, en definitiva, ocurra políticamente, y eso es lo que todavía los jóvenes no acaban de entender. Los jóvenes se movilizan para esas otras cuestiones antes aludidas, pero no para la cuestión directamente política.

—Teniendo en cuenta la circunstancia de que hoy (día en que entrevistamos al profesor Aranguren) ha fallecido el cardenal Tarancón, ¿qué valoración haría usted, en el contexto de esta sociedad nuestra, de su aportación a la misma?

Excelente, excelente. Yo conocí poco al cardenal Tarancón, pero me pareció una figura verdaderamente fundamental. En una época como ésta, en la que ya las cosas han cambiado, en la que ya una gran parte de órdenes religiosas y sacerdotes en general se han hecho mucho más abiertos, es decir, mucho menos fundamentalistas de lo que eran en otra época, Tarancón ha sido el precursor de todo ello, y su papel fue absolutamente fundamental en la transición del franquismo a la democracia.

—Hablábamos del planteamiento de una ética civil, pero actualmente, en el ámbito de la bioética, se da un conflicto entre ética civil y ética confesional. ¿Es la única salida una ética fundamentada sólo en la razón, sin apelar a otro tipo de revelaciones o de magisterios? ¿Es eso lo deseable, o debemos compaginar la ética civil con otro tipo de éticas? ¿Ética civil o ética confesional?

Vivimos en una sociedad que, por desgracia, ya no es religiosa sino laica; entonces, y en la medida de lo posible,

---

“ De acuerdo a mis convicciones religiosas, pienso que los poderes políticos deberían atender los puntos de vista religiosos ”

“ Yo no soy partidario de una ética civil ”

---

si se pueden compaginar la ética religiosa y la civil, tanto mejor. Pero, cuando menos, hay que apelar a la ética civil. Esa es precisamente la característica de nuestro Gobierno, que ya no es un Gobierno en el que la Iglesia y el Estado están íntimamente unidos como en otra época.

—*Siempre desde el punto de vista de la ética civil, ¿cómo ve usted el papel que juega en este momento el poder político en la sanidad? ¿Cómo habría que juzgar sus planteamientos sanitarios y su actuación desde criterios bioéticos, si es que usted se ha asomado a este mundo?*

Felizmente, a pesar de mis muchos años, gozo de una bastante buena salud y, realmente, no conozco el mundo sanitario.

—*El poder político ha de legislar sobre aspectos que inciden en problemas bioéticos, llámense aborto, eutanasia, etc. ¿Cómo se han de situar los poderes políticos ante esta problemática?*

Pienso, de acuerdo con mis convicciones religiosas, que nuestros poderes políticos deberían atender, ante todo o por lo menos, los puntos de vista religiosos.

—*Desde la ética civil de la que estamos hablando, no me encaja la afirmación que usted hace de que los poderes públicos deberían mirar los aspectos religiosos a la hora de legislar estos planteamientos.*

Yo no soy partidario de una ética civil; soy una persona religiosa y pienso que una ética civil es el mínimo posible pero, naturalmente, es deseable que eso se amplíe.

—*Planteando las cosas de un modo más general, parece que estamos asistiendo al declive del llamado estado del bienestar el cual, en cuanto a prestaciones sanitarias, ha sido especialmente generoso, y parece que entramos en un periodo de vacas flacas. Ante tal panorama, ¿debe seguir siendo el Estado el gestor fundamental de los recursos sanitarios, o debe admitir un componente privado cada vez mayor?*

Creo que habría que recabar el máximo posible de ayudas, pues nos encontramos, además, en un momento de crisis de responsabilidad. Para eso sí que el Estado debería invitar a la Iglesia a que ayude.

—*Usted es un eminente filósofo y, desde su estudio, reflexiona, escribe... Los progresos sobre todo en las tecnologías médicas están haciendo no sólo más rápido y fácil lo que antes costaba mucho más tiempo, sino que están interpelando a la propia identidad del ser humano. ¿Cuál es su actitud ante estos temas?*

Yo estoy más bien muy prevenido en contra de la intervención de la medicina en las cuestiones fundamentales.

—*Mirando a todas estas aventuras científicas, por un lado fascinantes, y por otro enormemente preocupantes, como puede ser la manipulación del genoma humano, ¿cómo ve la antropología subyacente a este tipo, digamos, de aventuras científicas?*

Es difícil de encontrar. Por ejemplo, la clonación, a mí me parece mal. No se puede arrancar una parte de la vitalidad de un ser humano para dársela a otro, como no sea que él mismo se ofrezca.

—*¿Qué tendría que decir la filosofía a la ciencia aplicada, en concreto a las tecnologías médicas, desde una visión antropológica?*

En definitiva es la bioética, la presencia de la ética en la biología, la que tiene que hablar en este aspecto.

—*¿Está contento con la forma que se está desarrollando la bioética en España?*

No sigo muy de cerca esta cuestión.

—*Da la sensación de que el filósofo tiene un poco de miedo a dar su opinión sobre esta cuestión, es decir, que le resulta incómodo entrar a discutir estos temas de los planteamientos biomédicos y de los grandes retos de la bioética hoy.*

Yo no sé hasta qué punto eso es cierto; en mi caso, no creo. Hay cuestiones que yo ignoro absolutamente y por tanto no puedo hablar de ellas. Soy partidario de la bioética.

---

“ Nos encontramos en un momento de crisis de responsabilidad ”

“ Soy partidario de la bioética ”

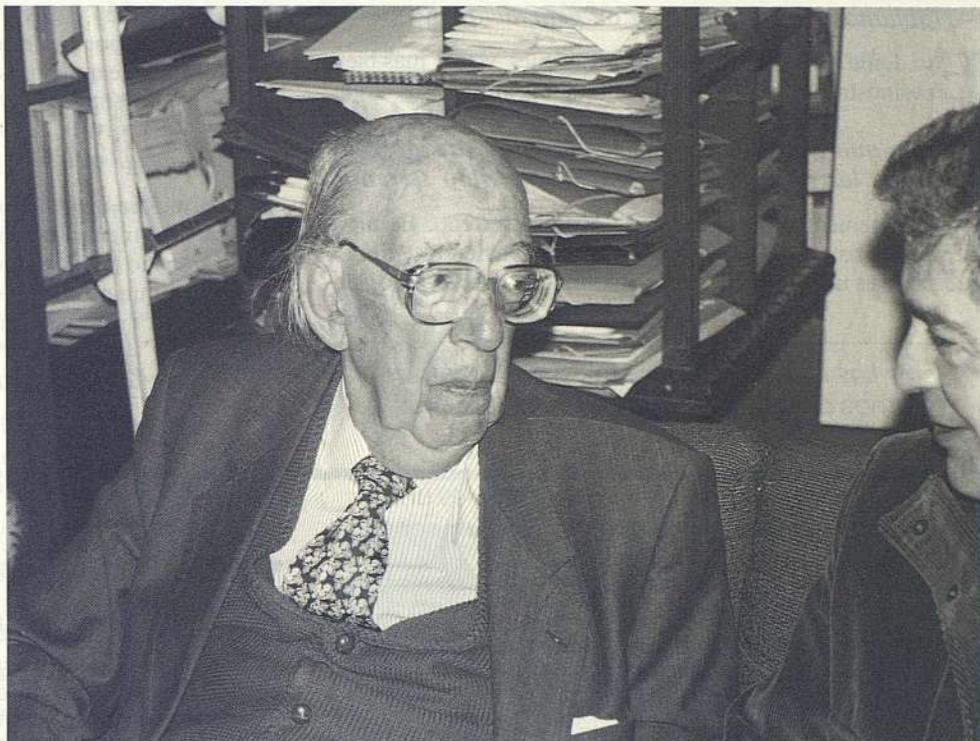
---

—*¿Cómo ve el tratamiento que los medios de comunicación dan a la ética: ayudan o entorpecen?*

No ayudan, más bien al contrario.

—*El papel de la Iglesia Católica, quiérase o no, ha sido a lo largo de la historia, y es hoy, un factor importante en la reflexión ética. Gran parte de la reflexión ética ha nacido ahí. Pero usted, nosotros y cualquiera vemos que hoy día vivimos en una sociedad plural, en una sociedad donde la ética civil constituye un código mínimo. ¿Cuál sería el papel de la Iglesia en la construcción de un terreno ético más fecundo?*

Yo diría que la Iglesia tendría que hacer ese mismo papel, al que antes me he referido cuando he hablado de los intelectuales; pero, desde luego, debería hacerlo con mucha mayor grandeza. Los intelectuales son los predicadores civiles y la Iglesia es la predicadora religiosa; y luego unos y otros deberíamos unirnos para que realmente la bioética prospere.



El pensamiento de Aranguren se caracteriza por una actitud de inconformismo y por un compromiso intelectual y moral en todos los ámbitos.

—De lo hablado hasta ahora parece desprenderse un cierto desencanto de la sociedad respecto de la formación ética. No obstante, usted sigue confiando en realidades que pertenecen a lo íntimo del hombre: la honradez, la honestidad, en definitiva, los grandes parámetros éticos que tarde o temprano, ante la evidencia de la corrupción, ante la visión de una sociedad que no nos satisface, volveremos a recuperar estos valores.

Yo vivo de la esperanza, no creo que se pueda ser verdaderamente ético sin la esperanza. Yo vivo de ella. Y creo que ya se dan esos síntomas a los que antes nos referíamos de un cambio en la sociedad, un cambio que quizás tarde en llegar pero que yo espero que llegue.

—El tema que estuvimos tratando en las Jornadas Nacionales de Pastoral Sanitaria no es un tema monográfico, como en otras ocasiones, sino un tema muy general, muy de fondo y a su modo muy radical: el dolor y el sufrimiento en la enfermedad. ¿Podría decirnos algo acerca del tratamiento que ha dado la filosofía al sufrimiento humano? ¿Ha contribuido a aliviarlo, por ejemplo, tratando de darle un sentido. Viktor Frankl dice que «no destruye tanto el sufrimiento como el sufrir sin sentido». ¿Ha sido la filosofía a lo largo de su historia una ayuda para encontrar un sentido al sufrimiento humano?

Una ayuda sí, pero una ayuda vinculada a la religión, que desde luego es fundamental desde ese punto de vista.

—Hoy en día estamos viviendo una aventura fascinante, que es la aparición de la llamada medicina paliativa, que pretende integrar los diversos aspectos —biológicos, psíquicos, sociales y espirituales— que han de estar pre-

sentes en la asistencia a quienes les ha llegado el tiempo de morir. Usted en su *ÉTICA* tiene una reflexión preciosa, que sigue siendo tremendamente actual, acerca de la muerte y de la vivencia de la muerte y su sentido ético. ¿Ve alguna variación entre lo que escribió entonces y la forma en que hoy se percibe y se vive el panorama del hombre en la última etapa de su vida?

Sí, por desgracia veo que la mayor parte de las gentes no viven la muerte así, sino como algo que tiene que ocurrir, a lo que están condenados, por decirlo así. La vida se acaba y nada más.

—¿A qué cree usted que se debe fundamentalmente esta variación?

Se debe a la pérdida de la fe en sí.

—Una de las lacras del mundo de la salud, que percibimos los que nos movemos por él, es la escasa —por no decir nula— formación humanística de los nuevos profesionales de la salud. Junto a eminentes médicos humanistas, como los profesores Laín Entralgo y Gracia Guillén, hoy nos encontramos con médicos jóvenes que saben muchísimas cosas de una determinada parcela científico-técnica, pero que no tienen una estructura filosófica, ni una perspectiva histórica, y mucho menos antropológica, que les ayude a conocer qué y quién es el ser humano. ¿Usted lo percibe también así?

Pues sí, yo diría que en general es lo que está ocurriendo. Sin embargo, hay excepciones, por ejemplo, Pedro Laín —que acaban de mencionar— es una persona que continúa, y que es continuado, porque Diego Gracia es su sucesor en la cátedra y está en su misma línea.

—*Hablamos de personas, no de generaciones.*

Es desde luego. En cuanto a generaciones, yo soy más bien pesimista por el momento, aunque optimista a la larga.

—*¿Cree que en el panorama actual de la universidad española, las humanidades siguen perdiendo terreno?*

Evidentemente están perdiendo todo el terreno. Es algo desastroso. La universidad se está convirtiendo en algo que ya no es una universidad; es algo mucho más tecnológico

---

“ Los intelectuales y la Iglesia deberíamos unirnos para que la bioética realmente prospere ”

“ La filosofía vinculada a la religión es una ayuda fundamental para encontrar un sentido al sufrimiento humano ”

---

que realmente humanístico, como tendría que ser. La universidad tiene que enseñar ciencias y humanidades pero no tecnología. Está ocurriendo algo de lo que he hablado muchas veces, la universidad se está convirtiendo en un superbachillerato. El bachillerato fue una invención de la época napoleónica como consecuencia de la Revolución Francesa. Entonces se comprendió que lo que se entendía por burguesía y, en definitiva, el artesanado, tenía derecho también a un tipo de educación, que no era la educación absolutamente primaria, pero tampoco era educación universitaria. Entonces se inventó el bachillerato. El nombre de bachillerato era el título infimo que daba la universidad, y este título se tomó de la universidad y se trasladó para denominar así a la enseñanza secundaria. Por eso yo suelo decir que la universidad actual no es más que un superbachillerato.

—*¿Y ni siquiera en determinados lugares como pueden ser Alemania, Inglaterra, Francia o incluso en Estados Unidos; en las universidades de estos países no se ve algún vestigio de recuperación del sentido de las humanidades?*

Puedo hablar sobre todo de los Estados Unidos donde, gracias al general Franco que me separó de la cátedra, pasé nada menos que 11 años, en Santa Bárbara, y allí no enseñé nunca lo que aquí se llama licenciatura, que allí se sigue llamando *bachelor* porque ellos no han cambiado. Ellos han continuado como en la época anterior a la reforma napoleónica, y en Inglaterra igual, por varias razones. Yo diría que yo no enseñé para nada *bachelor*, sino que enseñaba lo que aquí llamamos tercer ciclo, lo que ya sería verdaderamente ir a la universidad. Percibí una gran diferencia: lo que ellos llaman bachillerato, y nosotros conocemos por licenciatura, me pareció malo; en cambio, el tercer ciclo me pareció muy bueno. Yo

me encontré muy a gusto allí con un número muy reducido de estudiantes por profesor, lo que te permitía establecer una relación verdaderamente estrecha entre unos y otros y una gran calidad de enseñanza.

—*¿Cuál es su opinión sobre el aborto?*

En principio, estoy en contra de todo tipo de aborto. Nuestro hijo menor era un niño que nació con el síndrome de Down, y no puedo recordarle sin sentir una tremenda emoción. Creo que por muy reducidas que estén las condiciones intelectuales del ser humano, estoy en contra del aborto.

—*¿Y sobre la eutanasia?*

Habría que distinguir la eutanasia activa de la pasiva. Dar muerte a una persona, me parece una especie de homicidio; prolongar una vida que ya es inútil, no me parece razonable. Por ejemplo, tenemos el caso del cardenal Tarancón. Él mismo había dado orden de que no se le prolongara la vida abusivamente. Pero lo que hoy están planteando las asociaciones en pro de una muerte digna sería que cada uno es digno de morir cuando le dé la gana, la eutanasia voluntaria. El ser humano nunca puede pedir que le apliquen la muerte porque tiene muchos dolores, o porque cree que su vida no

---

“ Por muy reducidas que estén las condiciones intelectuales del ser humano, estoy en contra del aborto ”

“ Dar muerte a una persona, me parece una especie de homicidio; prolongar una vida que ya es inútil, no me parece razonable ”

---

tiene sentido. Estoy en contra de todo eso. Lo que hay que hacer es procurar dar sentido a esa vida, hablarle a esa persona seriamente sobre una posibilidad de sentido de su vida.

—*¿Conoce el texto del testamento vital publicado por la Conferencia Episcopal Española?*

No lo conozco.

—*¿Qué opina sobre la manipulación genética?*

También estoy en contra, en principio, aunque depende de si es curativa o no.

**Miguel Martín Rodrigo**

Director de LABOR HOSPITALARIA

**Jesús Conde Herranz**

Miembro del Consejo Asesor de LABOR HOSPITALARIA

# 5. LA TERCERA EDAD: UNA APERTURA A LA TRASCENDENCIA

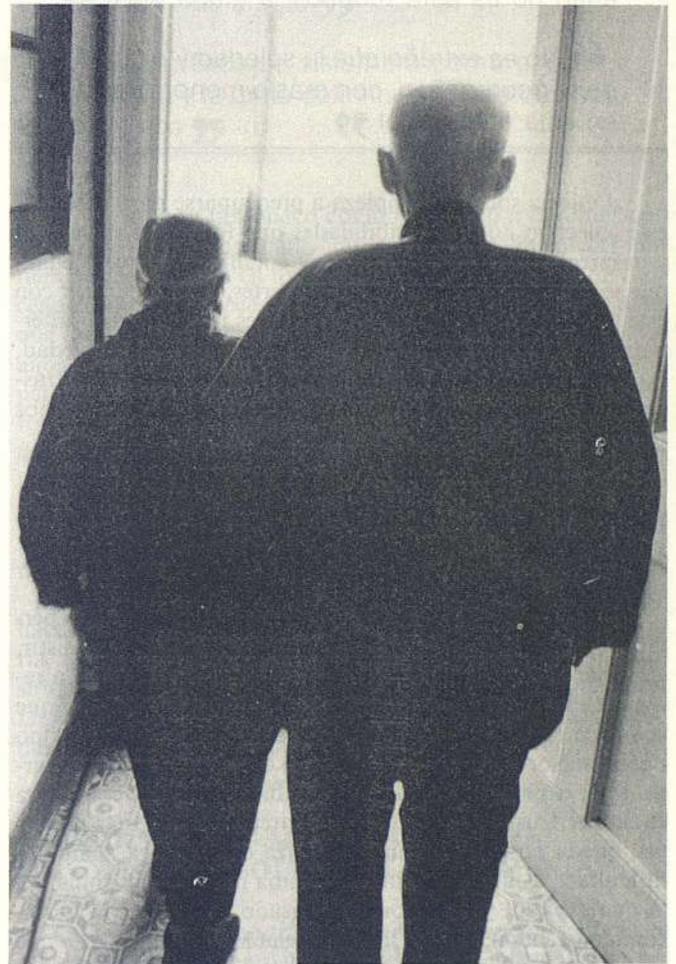
*Eduardo López Azpitarte*

## LA NUEVA SITUACIÓN PSICOLÓGICA

*Las estadísticas señalan el progresivo aumento de personas mayores en nuestra sociedad. En el espacio de unos años, la pirámide de edades va a sufrir un cambio espectacular y significativo. Y lo que preocupa no es tanto el envejecimiento en sí, sino la velocidad y amplitud que reviste, hasta el punto de que el siglo XXI podrá pasar a la historia como el siglo de la ancianidad. En los próximos años, casi el 20 % de la población en las naciones desarrolladas serán personas mayores de 65 años.*

*Por otra parte, la medicina ha mejorado extraordinariamente el nivel de salud psíquica y biológica de nuestros mayores. La geriatría y la gerontología, como nuevas especialidades médicas, han posibilitado que estas personas se acerquen a la vejez en condiciones de prevenir mucho mejor sus deficiencias, hacer frente a sus posibles patologías y recibir las ayudas necesarias para esta situación. Aunque todavía nos quede mucho que avanzar por este camino, no cabe duda que ya hemos recorrido un buen trecho.*

*Todo esto significa que, antes del envejecimiento más pronunciado, a un tanto por ciento bastante grande de individuos les quedará un período de 15 ó 20 años, en los que, sin mayores limitaciones o deficiencias, se encontrarán apartados de toda actividad social, al margen del trabajo o profesión que habían desarrollado anteriormente. Es decir, la jubilación no se identifica con la inutilidad, con el pasivismo ocioso, con la invalidez del cuerpo o de la mente. Se trata más bien de una época en la que aún es posible abrirse a otras dimensiones, henchidas de riqueza y optimismo.*



«Podríamos decir que en la vejez se manifiesta la verdad más profunda del ser humano».

## EL ENFRENTAMIENTO CON LA REALIDAD: UNA SITUACIÓN NO SIEMPRE AGRADABLE

Es cierto que humanamente no es para muchos la etapa ideal. Sería ingenuo no admitir las experiencias negativas que afectan en estos momentos. Hay como un cierto sentimiento de rechazo social, pues la cultura dominante no aprecia la vida de aquellos que no producen y hasta se les designa con el nombre de clases pasivas. Los jóvenes vienen por detrás, abriendo nuevos caminos y dejando marginados a los que entregaron

su vida con anterioridad, sin agradecer muchas veces los servicios prestados. Son ciudadanos de un país extraño, en el que no siempre se encuentran integrados. Los mensajes implícitos que reciben les hacen sentirse sin esta pertenencia, pues la cultura, los gustos y costumbres, la pérdida de amistades, provocan cada vez más el aislamiento de un entorno que les resulta lejano e incomprensible. Hasta los cambios urbanísticos ter-

minan por destruir aquellos lugares que guardaban los recuerdos y momentos felices de otras épocas.

No es extraño, por tanto, que la soledad y el abandono acompañen, con más o menos fuerza, en esta etapa final. Pero reconocer con realismo esta situación, no significa dejarse vencer cobardemente por ella. Lo peor en tales momentos sería encerrarse en sí mismo, huir con los recuerdos hacia un mundo pasado para no encontrarse con la realidad de la que quieren ingenuamente escaparse. O llevar una vida de inercia y aburrimiento, que pretenden encubrir con otras evasiones superficiales y que no eliminan su malestar interior. Una cierta tristeza persiste por dentro que agría y entorpece las buenas relaciones con los demás y que, a veces también, aflora en el rostro de estas personas.

---

“Es cierto que humanamente la tercera edad no es para muchos la etapa ideal”

“No es extraño que la soledad y el abandono acompañen, con más o menos fuerza, en esta etapa final”

---

La misma sociedad empieza a preocuparse para ofrecer a este colectivo nuevas posibilidades que fomenten su cultura y desarrollo humano. Las aulas y cursillos de tercera edad, que se van multiplicando por todas partes, buscan cumplir con este objetivo. Sin embargo, los creyentes tenemos otras alternativas para conseguirlo, que quisiera sugerir con brevedad. La vejez constituye para nosotros una llamada hacia la trascendencia, que nos abre a Dios y a las personas que nos rodean.

## LA EXPERIENCIA DEL ENVEJECIMIENTO: HACIA UNA RECONCILIACIÓN HUMANA

La vida se constata en las vivencias inevitables de las pérdidas y despojos. Desde que nacemos no es posible subsistir, sin dejar a nuestras espaldas algo que abandonamos. La renuncia es condición necesaria para seguir adelante. Lo que acontece es que, para el joven y el adulto, tales pérdidas no tienen mayor resonancia, pues viven de cara a un futuro, cargado de expectativas y nuevas posibilidades, que compensa cualquier frustración. Aun en las circunstancias más molestas, queda por dentro una esperanza que suaviza cualquier dificultad. Están en camino hacia una meta que ilusiona y a la que aspiran, y abandonar el pasado lo hacen con gusto, como una condición necesaria para subir hacia arriba. Lo que se deja es para suplirlo de inmediato con otra alternativa mejor.

En la persona mayor, su mirada se centra mucho más en el pasado ante las pocas posibilidades que le ofrece su porvenir. La realidad que ahora vive ha perdido la riqueza de otros momentos anteriores. El deterioro orgánico, aun sin patologías concretas, aumenta de forma continua. La impresión de que las capacidades biológicas se reducen, y la falta de fuerza, en los diferentes niveles de la personalidad, recuerdan con insistencia, aunque no interese constatarlo, que la esperanza de vida se va también agotando. No se trata sólo de las pérdi-

das más dramáticas, como la enfermedad crónica, el ingreso en una institución asistencial o una inmovilidad permanente, sino ese cúmulo de pequeños gestos e incidentes de la vida ordinaria que, aunque sean mínimos e insignificantes desde fuera, transmiten un mensaje permanente: han dejado de ser lo que eran antes.

Por eso, no queda otro consuelo que evocar su pasado para que otros vean —y la misma persona mayor se convenza— que sigue siendo alguien, a pesar de las deficiencias actuales. Si necesita repetir los acontecimientos de su historia es porque desea que otros la escuchen para que nadie olvide que su vida fue bastante diferente a la que ahora se va apagando. El *aún no* del joven, que dinamiza y estimula su avance en medio de sus abandonos inevitables, se ha convertido en el *ya no* del viejo, sin nada para substituirlos.

Yo creo que, aun humanamente, es posible llegar a una reconciliación. Se trata de reconocer la propia finitud de la existencia y aceptar el destino que a todos nos afecta, aunque sea doloroso, sin rebeliones internas que no sirven para nada. Hay que enfrentarse con esta verdad, por muy desagradable que parezca, como la única condición para vivir con paz y serenidad estos momentos. Es entonces, cuando el creyente puede escuchar la llamada de Dios con una fuerza más grande. Si el abrazo con el destino constituye, incluso, una terapia psicológica, la mirada sobrenatural ofrece una nueva perspectiva, cargada de esperanza.

## DIOS SE ACERCA ENTRE LOS DESPOJOS DE LA VIDA

A estas alturas de la vida, cualquier persona ha tenido ya múltiples experiencias de tantas cosas como se van quedando en el camino. Son muchas las pequeñas muertes que se han vivido para no darse cuenta de que todo es frágil y relativo. Sólo Dios se vislumbra como el único absoluto y la meta definitiva hacia la que nos dirigimos. Lo que acontece, como sabemos también por experiencia, es que nuestro caminar se hace cansino y lento, pues nos sentimos muchas veces atraídos por otras realidades que oscurecen a Dios. Nos cuesta estar libres y despojados para convertirlo, de verdad, en el valor más importante. Por ello, cuando la vida nos impone con realismo ese continuo despojo, el cristiano podría ver, en ese acontecimiento humano y universal, una presencia salvadora.

Dios mismo es quien acosa, destruye ilusiones engañosas, cierra salidas falsas, despoja de lastres que paralizan, corta amarras, purifica el corazón y lo libera, para que por fin no tengamos otro remedio que entregarnos a Él. Es una pedagogía amorosa que facilita este gran descubrimiento. La ruptura de tantas esperanzas ha hecho vislumbrar la única Esperanza. Las estadísticas constatan que la religiosidad aumenta en las personas mayores. Algunos interpretan este dato como una búsqueda de seguridad definitiva, cuando las humanas se vienen abajo; como recurso eficaz para superar los temores inconscientes ante la muerte y el más allá desconocido. Aunque la experiencia sobrenatural tenga sus ambigüedades y esté condicionada por mecanismos psicológicos, sería falso encontrarle esta sola explicación. Son momentos propicios para comprender mejor la relatividad de las cosas y alzar la mirada por encima de ellas, abriéndose con asombro a los nue-

vos horizontes de la fe. Como si Dios quisiera prepararle a cada anciano la hora en que él también, como Simeón, pudiera recitar su cántico gozoso: «ahora, Señor, según tu palabra, puedes dejar a tu siervo irse en paz, porque han visto mis ojos tu salvación» (Lc 2, 29-30).

### LA OFRENDA DE LA PROPIA VIDA: GESTO DE SUMISIÓN Y AGRADECIMIENTO

Si es la hora del encuentro con el Dios que nos espera y al que hemos consagrado la vida, estos años finales revisten una significación especial. Es la época propicia para entregar en manos del Creador, como gesto de sumisión y agradecimiento, la ofrenda última y definitiva. El fue el origen de nuestra existencia, que un día recibimos como regalo de su amor, y también la meta final a la que estamos destinados. Lo que hace tiempo se nos dio, queremos de nuevo entregarlo a su dueño con cariño.

Esta respuesta agradecida es lo mejor que puede realizarse durante la ancianidad. Jesús mismo había dicho que nadie tiene más amor que el que da la vida por sus amigos. «Por eso me ama mi Padre, porque yo me desprendo de la vida para recobrarla de nuevo. Nadie me la quita, la doy voluntariamente» (Jn 10, 17-18). Esta frase, que puede aplicarse a la experiencia de nuestro morir diario —mientras la vida se agota progresivamente—, alcanza su mayor expresión en este último trayecto, cuando todo se apaga y desvanece. Es el momento de la ofrenda final, después de haber ido entregando tantas cosas como fueron desapareciendo. Ahora sólo queda un resto de existencia, al que seguimos apegados por ser lo más nuestro y lo que más queremos. Entregarla voluntariamente al Señor es el gesto de cariño más verdadero.

“ La vejez constituye, para los creyentes, una llamada hacia la trascendencia ”

“ En la persona mayor, su mirada se centra mucho más en el pasado ante las pocas posibilidades que le ofrece su porvenir ”

El verdadero creyente, podríamos decir, se adelanta a su propia sentencia. No es la enfermedad ni los años los que imponen su ley, aunque no podamos evitarla, es el corazón quien ofrenda la vida porque no tiene nada mejor que ofrecer. Hasta la impotencia final se hace fecunda. La siembra que acepta pudrirse, como el grano de trigo para producir la cosecha, no acaba hundida en el surco: «el que ama su vida la pierde y el que desprecia la propia vida en este mundo la conserva para una vida eterna» (Jn 12, 25).

### TESTIGOS DE LA TRASCENDENCIA: CONTEMPLANDO LAS HUELLAS DE DIOS EN EL PASADO

No creo que haya otra oración más densa y auténtica que ésta, para llenar los ratos de silencio y hasta para cicatrizar

las heridas del corazón. Tampoco se requiere mucho esfuerzo ni un gasto de energías excesivo. Es el recuerdo permanente, que se explicita en muchas ocasiones, de que la vida entera se le ofrenda al Señor, como el gesto de amor más grande. Nadie sabe la vejez que le espera. Los condicionantes de todo tipo pueden reducir al extremo la energía vital. Es una posibilidad que no depende de nosotros y que ciertamente no resulta deseable. En cualquier caso, por ello, habría que estar preparado para semejante eventualidad. Y la única forma de prevenirla es haberse acostumbrado a repetir con anterioridad, cuando las fuerzas y la lucidez aún se conservan plenamente, esta entrega confiada y agradecida.

“ Es posible llegar a una reconciliación tratando de reconocer la propia finitud de la existencia y aceptando el destino que a todos nos afecta ”

“ Sólo Dios se vislumbra como el único absoluto y la meta definitiva hacia la que nos dirigimos ”

En un mundo tan opaco como el nuestro a la dimensión religiosa, estas personas mayores, aunque puedan parecer inútiles, se convertirían en un testimonio impresionante de trascendencia. Todos necesitamos que nos repitan muchas veces que Dios es lo único absoluto. Un rostro estropeado por los años y una vida gastada, sin el relieve y la influencia de antes, pero hechida de esperanza e iluminada por la fe, es un regalo formidable para todos. No hay nostalgia del pasado, como si deseara conservar aún lo que ya se entregó con gusto. Si también echa la mirada hacia atrás y goza con recordar lo anterior es porque, desde la cima en la que ahora se encuentra, se hace más fácil contemplar las huellas de Dios en su pequeña historia que todavía continúa.

Pero esta cercanía de Dios fomenta también una apertura hacia los demás, que elimina el riesgo de una actitud solitaria, egoísta, centrada en sus preocupaciones personales, como si los otros no contaran nada más que para valerse de ellos. La sabiduría que los mayores han remansado en su corazón debería manifestarse, sobre todo, en esta doble actitud.

### LA HORA INEVITABLE DEL RELEVO: UNA ACTITUD SOLIDARIA Y ALTRUISTA

La realidad demuestra lo que duele aceptar la hora del relevo, del aparcamiento, cuando por detrás llegan nuevas generaciones que desean abrirse paso y se empieza a no contar ya con la experiencia de los mayores. Muchos proclaman y quieren convencerse a sí mismos, contra la injusticia que los otros cometen, que aún están capacitados para cumplir con las tareas de siempre y con una preparación superior a cualquier novato. Cuesta entregar el testigo, como si fuera un robo que se comete cuando alguien nos sustituye, sin acordarnos que eso mismo hicimos nosotros con anterioridad y sin ningún complejo de culpa, cuando también se apartaron a los que nos precedían por delante.

Es curioso constatar cómo todas las justificaciones que se ofrecen para no perder el trabajo activo, la responsabilidad y la influencia de antes sólo tienen un valor definitivo para el sujeto que las hace y que intenta repetirlas para llegar a convencerse. Lo que molesta es asumir las condiciones del destino. Que el ritmo de vida trepidante, dinámico y creador no sólo ha ido disminuyendo con el paso de los años, sino que ahora, con la conciencia de que aún podría continuar más tiempo, lo condenan a una marginación laboral y lo relegan como algo que ya no es necesario.

---

“ Entregar la vida voluntariamente al Señor es el gesto más verdadero ”

“ El sereno retiro hacia la jubilación es una actitud solidaria con aquellos que buscan un horizonte más estable ”

---

Aun cuando todavía existieran fuerzas y capacidad para desempeñar el mismo trabajo y se deseara la permanencia en él, hay que recordar que por detrás vienen otros, cargados de ilusiones y esperanzas que no podrán realizar, mientras no haya espacio para ellos en una sociedad donde no caben todos los trabajadores. El sereno retiro hacia la jubilación es una actitud solidaria con aquellos que buscan un horizonte más estable y una forma de caridad evangélica para los que están, por esas circunstancias, necesitados de estímulo y ayuda. El relevo así aceptado es fruto de una comprensión benevolente que, a lo mejor, no tienen los jóvenes con las personas de mayor edad. Pero en algo habrá de notarse la sensatez y la sabiduría de los mayores. Su solera, como la de los buenos vinos, se almacena en las bodegas del tiempo.

### **LIBERTAD PARA LA AYUDA Y EL SERVICIO: LA VIDA QUE SE COMPARTE**

Una época también en la que, por la ausencia de otras obligaciones laborales, queda un espacio de tiempo mayor para otro tipo de actividades. Las circunstancias de cada uno podrán ser diferentes y, en algunos casos, ciertos condicionantes podrían disminuir el margen de libertad. Pero la salud y la capacidad de este colectivo serán todavía, durante bastantes años, una fuerza y una riqueza, que no deberían perderse con el aburrimiento y el ocio estéril. Es consolador observar la ayuda formidable que muchos de estos creyentes ofrecen a la pastoral de la Iglesia o en trabajos sociales. El tiempo y el corazón que ponen en tantos servicios asistenciales de toda índole, que no es necesario ahora enumerar aquí. El aumento significativo de personas en esta situación exigiría también, por parte de los responsables de estas instituciones, una adecuada planificación para ofrecer a cada uno los trabajos más adecuados a su propia capacidad.

La vida que se entrega a Dios es para compartirla también con los otros. Y esta doble apertura religiosa se convertiría además, incluso desde el punto de vista psicológico, en una estupenda laborterapia para las personas mayores. La sensa-

ción de estar ocupadas y de que todavía prestan alguna colaboración, no sólo entretiene, sino que dinamiza y estimula para no darse por vencidas y quedar encerradas en sus propios problemas. No hay mejor regalo para la psicología del anciano que fomentarle de esta manera el sentimiento alegre de que, a pesar de sus posibles achaques, continúa siendo útil y provechoso. A algunos les he oído decir, cuando se les ofrecía retirarse de su trabajo para su mayor comodidad, que prefieren el cansancio y el esfuerzo de una tarea que no permanecer ociosos y sentirse por completo inútiles.

El esfuerzo social que hoy se hace para llenar los muchos tiempos libres en las personas de tercera edad es digno de todo encomio. Es una forma de potenciar los valores personales, cultivar las propias aficiones, descubrir otras maneras de distraerse que no sean sólo tomar el sol, ver la tele o jugar a las cartas, aunque tampoco esto sea condenable en su debida proporción. Pero esta alternativa humana quedará suplida con creces, cuando el creyente consagra este período de su existencia a las tareas más en consonancia con su propia fe. El servicio a la Iglesia, en sus diferentes modalidades, dejará más lleno el corazón que cualquier otra actividad.

### **EL MOMENTO DE LA AUTENTICIDAD: NO EXISTEN ANCIANOS INÚTILES**

La sabiduría del Eclesiástico recuerda con un enorme realismo: «Cuando llega el fin del hombre, se revela su historia...: que sólo a su término es conocido el hombre» (Si 11, 27-28). Traducido a nuestra manera, podríamos decir que en la vejez se manifiesta la verdad más profunda del ser humano, lo que llevamos por dentro y habíamos escondido bajo las apariencias de una fachada exterior, que ya no se puede sostener. Las fuerzas físicas y las presiones sociales se han debilitado hasta el punto de no poder encubrir la realidad de nuestro interior. Aflora hacia afuera la autenticidad positiva o negativa que se había labrado por dentro, en el curso de la propia historia. A medida que se envejece, la persona demuestra sencillamente lo que es, sin las máscaras que deformaban su verdadera imagen.

---

“ La sensación de estar ocupados y de que todavía prestan alguna colaboración, no sólo entretiene sino que dinamiza y estimula ”

“ El gran regalo de la fe es la certeza de que, en el atardecer de la vida, se ve con más fuerza la cercanía de Dios ”

---

Ahora que las personas mayores irán aumentando de manera significativa, como hemos dicho, sería una gracia extraordinaria que, en la misma proporción, fueran cada vez más los ancianos y ancianas que se convirtieran en testigos de esta doble trascendencia hacia Dios y hacia los demás. Lo más opuesto a una comunidad cristiana es un pueblo de viejos, que no se identifica por la fecha de su nacimiento, sino por la falta de alegría, esperanza, ilusión, solidaridad. El creyente que

se ha dejado iluminar por Dios vive con un talante distinto, porque ha descubierto —y lo transmite sin querer a su alrededor— que sólo Él vale la pena, sin que ello suponga un desprecio o rechazo de los buenos momentos, de los gozos humanos, de tantas experiencias positivas, que hicieron el camino más gustoso y llevadero. Recogiendo una metáfora de san Pablo (2 Cor 5, 1), también él, en la medida que la morada terrena se desvanece y las esperanzas humanas se quiebran, siente la experiencia interior de que Alguien queda como absoluto, como lo único de veras importante.

El gran regalo de la fe es la certeza de que, en el atardecer de la vida, se ve con más fuerza la cercanía de Dios. Y esta misma presencia invita, a su vez, a una entrega generosa al servicio y preocupación por los demás. Aunque no se pueda dar mucho, pero lo más importante en estos momentos, como el óbolo de la viuda (Lc 21, 1-4), es ofrecer, con el corazón henchido de cariño, lo poco que se tiene. Si este testimonio se multiplicara, nadie podría decir, entonces, que la vejez termina siendo una edad inútil e insensata.

## BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO SCHÖKEL, L.: *Esperanza. Meditaciones bíblicas para la tercera edad*. Sal Terrae; Santander, 1991.
- LAFORREST, J.: *Introducción a la gerontología. El arte de envejecer*. Herder; Barcelona, 1991.
- COS, M.: *Siempre hay un mañana. Antología de escritos y testimonios sobre el hecho de envejecer*. Scripta; Barcelona, 1992.
- LÓPEZ JIMÉNEZ, J. J.: *La jubilación: opción o imposición social*. REIS, n.º 60 (1992), 91-126.
- LÓPEZ AZPITARTE, E.: *¿La edad inútil? Para ayudar y prepararse a la vejez*. Paulinas; Madrid, 1993.
- GÓMEZ ORTIZ, M.: *Sabiduría y demonios de la tercera edad*. Sal Terrae, 81 (1993), 753-760.
- MOLERO, C.: *Ancianidad y política social*. Razón y Fe, 227 (1993), 359-372.
- PANIAGUA GIL, J.: *El envejecimiento de la población y sus consecuencias sociales e individuales*. Revista de Fomento Social, 48 (1993), 423-432.
- LÓPEZ JIMÉNEZ, J. J.: *Aislamiento y soledad en las personas mayores*. Razón y Fe, 230 (1994), 31-40.

**bioètica & debat**

TRIBUNA OBERTA DE L'INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA - N. 1

Para suscribirse a  
**BIOÈTICA & DEBAT**

DIRIGIRSE A

**INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA**

Llaseres, 30

08190 Sant Cugat del Vallès

Tel. (93) 674 47 66

Fax (93) 674 79 80

**H**a aparecido la revista **BIOÈTICA & DEBAT** editada por el Institut Borja de Bioètica. De momento, está escrita sólo en catalán y sacará cuatro números al año. Esta publicación pretende ser un espacio informativo de las cuestiones éticas derivadas del progreso de la ciencia y la técnica y, por supuesto, una tribuna abierta al debate sobre las mismas.

**D**esde **BIOÈTICA & DEBAT** se contribuirá a hacer públicos los estudios y la tarea tan positiva que lleva años realizando el Institut Borja de Bioètica.

**L**ABOR HOSPITALARIA no puede menos que felicitar al doctor Francesc Abel, como director del Institut Borja de Bioètica, y a Núria Terribas, como directora de **BIOÈTICA & DEBAT**, y encomiarles para que sigan adelante con el reto editorial de plantear este debate bioético tan necesario en nuestros días.

# 6. ASPECTOS ÉTICOS DE LA ASISTENCIA AL ENFERMO CON DOLOR CRÓNICO\*

Omar França-Tarragó, S.I.

Doctor en Medicina. Licenciado en Ética Teológica

No quisiera tratar el tema del dolor de forma tan amplia que termine hablando de la condición limitada del hombre, ni caer en el extremo opuesto, con un enfoque tan específico que se limite a analizar los esquemas de tratamiento farmacológico recomendados por la OMS para combatir el dolor. Tampoco quisiera enfocar este tema a la luz de los grandes criterios éticos válidos para cualquier relación profesional-paciente. En ese caso hablar de la ética del dolor no sería diferente a la ética de cualquier tipo de relación profesional-paciente. Creo que lo adecuado es situarnos a un nivel intermedio entre el enfoque más general y amplio posible y el más particular y concreto. Debido a que trataremos de profundizar en algunos de los problemas éticos que suscita el enfermo que tiene dolor prolongado o crónico dejaremos de lado los problemas éticos causados por el enfermo que tiene una enfermedad terminal (cuyo planteamiento nos conduciría a tratar lo que se refiere a la Eutanasia) ni los causados por el enfermo que sufre dolor de tipo psicológico o social (cuya problemática es particular y compleja). Nos mantendremos en un planteo amplio del tema —sobre todo teniendo a la vista el enfermo con dolor crónico— pero con la aspiración de decir algo significativo a quien trabaja como enfermero o enfermera asistiendo a ese tipo de enfermos.

Nuestro enfoque preciso no será ¿qué podríamos hacer ante el enfermo que sufre dolor crónico? sino responder a una pregunta que tiene como contenido un imperativo propiamente ético, es decir: ¿QUÉ DEBEMOS HACER ANTE EL PACIENTE QUE RECLAMA NUESTRA ATENCIÓN POR SU DOLOR CRÓNICO?

Pero para responder a esta pregunta, debo intentar precisar lo más clara y específicamente posible en qué consiste ese fenómeno que llamamos *dolor*. No se puede saber «lo que hay que hacer» en una situación imprevista —cualquiera sea— si primero no analizamos con detenimiento en qué consiste ese

algo nuevo que se nos presenta. Con el dolor nos pasa algo parecido. Si bien el tema del sufrimiento es tan viejo como el hombre, su abordaje en la actualidad es novedoso porque es nueva la sensibilidad para afrontarlo y las posibilidades técnicas de luchar contra él.

Esos dos planos: «el fenómeno del dolor» y «nuestra responsabilidad ética ante él» estructurarán las dos partes que conformarán este artículo.

## EL HECHO DEL DOLOR

Dado que el dolor parece que es un asunto que compete a los médicos, nada mejor que recurrir al máximo organismo especializado en este tema para conocer su definición al respecto. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, que es una organización interprofesional pero integrada fundamentalmente por médicos, define así al fenómeno:

«El dolor es una desagradable experiencia sensorial y emocional que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos o que se describe en función de dicha lesión.

¿Qué llama la atención de esta definición?

Que sólo concibe el dolor como algo orgánico, o con una base orgánica. Según la Asociación internacional, el dolor no puede ser sólo psicológico o sólo social, en última instancia, según su definición, es ineludible que tenga una referencia orgánica. Si bien esto es discutible, no es el momento de hacerlo.

Que con esta definición nada podemos sacar en limpio con respecto a la ética del dolor; nos deja con tan pocos elementos de juicio como antes de leerla.

Pero la definición continúa, y a renglón seguido dice:

«El dolor siempre es subjetivo. Cada individuo aprende a aplicar este término a través de sus experiencias traumáticas juveniles. Indudablemente, se trata de una sensación en una o más partes del cuerpo pero también es siempre desagradable y, por consiguiente, supone una experiencia emocional»<sup>1</sup>.

\* Conferencia pronunciada el 3 de marzo de 1995 en las XI Jornadas para el desarrollo y humanización de la enfermería sobre «El profesional de la enfermería ante el dolor». Organizadas por el Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos (Madrid).

1. ASOCIACIÓN INTERNACIONAL PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR: Sub Committee on taxonomy of pain terms. *A list with definitions and notes on usage*. Pain 6 (1979) 249-252.



«Una de las principales virtudes que debe tener todo enfermero cuando se relaciona con sus pacientes es saber hacer las cosas».

En este caso se agregan otros elementos que son relevantes desde el punto de vista ético:

El dolor, aún el dolor orgánico que siempre tiene base anatómica para los de las As. In. Dolor, es «siempre subjetivo».

Dice que «cada individuo aprende a aplicar este término». Es decir, que cada persona *interpreta* su dolor con tonalidades propias.

Es evidente que la As. In. Dolor está utilizando ahora la clave psicológica de una escuela muy particular: el conductismo. La Teoría del aprendizaje —como también se le suele llamar— establece que los individuos perpetúan su conducta en base a estímulos reforzadores positivos o negativos. En el caso del dolor, los psicólogos conductistas dicen que el paciente adopta patrones de conducta que pueden acentuar o disminuir el dolor, tal como lo veremos más abajo.

Pero lo que nos interesa de esta definición es que da a entender que cada individuo interpreta su dolor siempre de forma subjetiva.

Y aquí es donde importa que estudiemos someramente la Antropología y la sociología del dolor, porque las interpretaciones que los seres humanos han hecho de este fenómeno no siempre han sido las mismas a lo largo de la historia. Y la interpretación respecto al dolor que hoy en día está socialmente más de moda, puede que no sea la más conveniente para enfrentar al dolor de forma humanizadora y positiva. Podemos adelantar —antes de exponer la evolución histórica a la que enseguida vamos— que hay interpretaciones que *acentúan* el dolor y otras que lo *relativizan*. Veamos pues algunos datos que provienen de la antropología del dolor y de la enfermedad.

“Cada individuo interpreta su dolor siempre de forma subjetiva”

“Una primera concepción respecto al dolor es que la presencia de éste significa que quien lo sufre está despojado de la *gracia*, por tanto, el dolor es una *des-gracia*”

## ANTROPOLOGÍA Y SOCIOLOGÍA SOBRE EL DOLOR

Retomando a D. Gracia podemos sistematizar en 4 las concepciones que sobre el dolor y el sufrimiento se han ido elaborando en la historia del pensamiento<sup>2</sup>:

### Dolor como des-gracia

En el mundo judaico el dolor se interpreta como fruto o consecuencia de que el individuo hubiese pecado. Así, el relato de libro del Génesis en la Biblia muestra que, a partir del pecado, Adán y Eva empiezan a tener que sufrir el sudor de la frente y a vivir al desamparo del paraíso. Y Eva, empieza a experimentar los dolores del parto. Esta concepción que sostiene que detrás de cada dolor hay un castigo por el pecado no es exclusiva del judaísmo precristiano. Las religiones orientales cuando hablan de que el alma se reencarna, aluden al hecho de que, cuando alguien es en esta vida una mala persona —un pecador—, se volverá a reencarnar en una persona desgraciada o que tenga algún tipo de padecimiento en una próxima existencia. En efecto, las religiones budistas interpretan que el dolor o la desgracia actual de una persona se debe a que está pagando las consecuencias de haber sido un malvado en una anterior encarnación. En esta primera concepción respecto al dolor, la presencia de éste significa que, quien lo sufre, está despojado de la Gracia o alejado de Dios a causa del pecado. Ergo, el dolor es una des-gracia.

Pero esta concepción del dolor como des-gracia no es propia del cristianismo. Ni la Biblia ni Jesucristo están de acuerdo con ella. Ya el viejo Job expresa una nueva idea respecto al dolor y al sufrimiento y se niega radicalmente a pensar que las enfermedades que le habían sobrevenido hubiesen sido causadas por su pecado ya que él tenía la certeza de haber sido

2. D. GRACIA: (*El dolor en la cultura occidental* 23-40. En: AAVV. Fe Cristiana y Sociedad Moderna 10. Madrid 1989. Ed. SM). En él nos hemos basado para exponer las tres primeras concepciones históricas sobre el dolor. También de él hemos retomado la poesía de Antonio Machado y la cita de Valle Inclán abajo transcritas.

un hombre justo y haber obrado de acuerdo con Dios. Las palabras de Job han quedado como ejemplo de lo contrario a la pasividad, es decir, como el clamor del justo que exige el esclarecimiento de la verdad y la justicia. En uno de los pasajes bíblicos más interesantes en este sentido Job se enardece y niega rotundamente la doctrina común de aquella época que consideraba que todas las desgracias eran consecuencia de haber pecado. Y dice así, dirigiéndose a Dios:

«Pero es a Dios a quien hablo,  
y a Dios a quien quiero replicar» (13, 1).  
Él me puede matar, por eso yo no tengo otra esperanza  
que defender mi propia conducta ante su rostro (13, 15).  
Mirad he preparado un juicio ante él  
sabiendo que tengo razón (v. 18).  
Arguye Tú y yo responderé (dirigiéndose a Dios).  
¿Cuántas son mis faltas y mis pecados?  
¡Házmelos saber! ¿Por qué ocultas tu rostro? (v. 22-24).  
...

Lejos de mí daros la razón (dirigiéndose a sus detractores)  
hasta mi último suspiro mantendré mi inocencia.  
Me he aferrado en que soy justo y no lo soltaré,  
mi corazón no se avergüenza de lo que ha vivido (27, 5-6).

Esta forma de pensar que se niega a aceptar que su enfermedad fuese castigo del pecado queda reafirmada definitivamente por aquel pasaje del Evangelio en el que le traen a Jesús un ciego de nacimiento y le preguntan al Maestro: ¿Quién ha pecado, él o sus padres, para que haya nacido ciego? En la pregunta estaba perfectamente planteada la ideología del dolor como castigo divino. Pero Jesús, rompiendo claramente con esa ideología dice textualmente: «Ni él pecó ni sus padres; este (dolor) es para que se manifiesten en él las obras de Dios» (Jn. 9, 1-3). La respuesta de Jesús implica la superación de una concepción del dolor como des-gracia (es decir, originada en el pecado de los individuos) y un nuevo planteamiento del sentido del dolor. Éste pasa a ser concebido como oportunidad para la liberación; y la enfermedad, como una ocasión para descubrir algo completamente fuera de lo corriente. En el texto evangélico que acabamos de citar lo nuevo que puede descubrir el ciego son «las obras de Dios», es decir, su misericordia liberadora del mal.

### Dolor como des-orden

La concepción del dolor como des-gracia —o no tener la gracia de Dios— es propio del mundo semítico, dentro del cual está el judaísmo. Pero en el mundo griego, y posteriormente en el Cristianismo a lo largo de toda la edad media, se interpreta el dolor en clave filosófica, como desorden del curso natural de las cosas. Es decir, se considera que las cosas en el mundo tienen su razón de ser, su orden, su finalidad. Cuando ese orden se cambia o se distorsiona, sobreviene el caos, la enfermedad o el dolor, etc. Dice Hipócrates: «los dolores sobrevienen siempre que hay una transformación y corrupción de la naturaleza. Los dolores se curan por los contrarios»<sup>3</sup>.

Esta concepción griega del dolor implica un cierto optimismo, ya que al ser causado por el desorden de la naturaleza, si el hombre logra evitar que se produzca esa disarmonía o logra poner las cosas en su lugar, todo vuelve a su cauce que es la salud.

3. Citado por D. Gracia, id. p. 27.

Una segunda característica de esta concepción metafísico-teológica del dolor es su talante negociador. Como se pensaba que las leyes de la naturaleza últimamente dependían de Dios, la enfermedad o el dolor también se conciben como posibles de negociación y de llegar a un acuerdo con el Supremo Legislador. De ahí que se considera obvio pedir a Dios la curación o un milagro extraordinario. La arraigada tradición de peregrinar a santuarios o recurrir a los santos para pedir la curación —en una prolongada y persistente negociación con Dios, no exenta de promesas de mejor comportamiento por parte del enfermo—, es por todos conocida. Si al cabo de este largo proceso negociador para ser librado de la enfermedad tanto ésta como el dolor permanecían, el individuo lo interpretaba como una prueba purificadora enviada por Dios que —entre otras cosas— le servía para disminuir las futuras penas del purgatorio.

### Dolor como des-dicha

En la cultura moderna —a partir del siglo XVII— junto con una ruptura de la visión teológica del mundo, empieza a pensarse que el dolor no es desorden ni desgracia, ni prueba puesta por Dios —tal como lo vimos en las dos concepciones anteriores— sino lisa y llanamente ruptura absurda del bienestar y felicidad del ser humano, impedimento para la dicha o pura amenaza para el hombre.

“ Jesús da un nuevo planteamiento del sentido del dolor, es concebido como oportunidad para la liberación ”

“ En el mundo griego, el dolor se interpreta en clave filosófica como desorden del curso natural de las cosas ”

Dentro de esta tercera concepción —que podríamos caracterizar como secular y romántico-emotivista— se piensa que el dolor es única y exclusiva negatividad e imposibilidad de sentido para los sueños y realizaciones del ser humano. En consecuencia la búsqueda del máximo bienestar alcanzable por la medicina se absolutiza y el rol que se exige a los médicos y profesionales de la salud es que se ocupen de suprimir todo dolor y enfermedad.

Ya a partir de Descartes se empieza a creer que la medicina acabará, en un plazo prudente de tiempo, con el dolor y la desdicha. Máxima expresión de esta concepción es la definición de salud de la OMS en 1946: «un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad».

A partir de esta concepción romántico-emotivista y utópica del dolor, la salud se convierte en criterio de moral: «bueno es lo que produce salud y malo es lo que produce enfermedad o dolor». Se trata de una búsqueda de la salud de manera obsesiva conformando en la sociedad actual una actitud enfermiza, nueva *enfermedad* a la que Ivan Illich bautizó con el nombre de Némesis médica.

Esta interpretación del dolor como sin sentido absoluto, y de la medicina como la institución social encargada de su-

primir el sin sentido por medio de la terapéutica médica o psicológica, está originada en una sensibilidad sociológica hoy ampliamente aceptada: una actitud hedonista ante la vida que consiste en la búsqueda del máximo de placer y el mínimo de dolor. Esto implica una imagen triunfalista o prometeica del ser humano. Es como si, quienes se ubicaran en esta concepción, se guiaran por el lema subconsciente de: ¡venceremos el dolor!, ¡acabaremos con la vejez!, ¡suprimiremos los sinsabores! Ésta es también una concepción metafísica respecto al dolor y a la enfermedad, aunque de signo contrario a la anterior: la del dolor como desorden.

### El dolor como eu-patía

Ante el dolor, sólo caben 4 posturas vitales o interpretaciones ideológicas: la 1.<sup>a</sup> es negarlo —cosa que nadie hace—; la 2.<sup>a</sup> intentar negociar con él, tal como lo vimos en la segunda concepción, la 3.<sup>a</sup> es «rasgarse las vestiduras» y proclamar que es un absurdo o un castigo —tal como lo hace la primera y tercera concepción vista anteriormente—, o finalmente, una cuarta forma de interpretarlo sería la de intentar padecerlo bien, es decir, vivir el dolor como una eupatía.

Esta última tradición de pensamiento existe desde muy antiguo. Ya vimos sus rastros en Job y en Jesucristo. Considerar al dolor como una eu-patía, es considerarlo como algo concordante con la condición siempre limitada del ser humano, que no trastorna irreparablemente el sentido de la vida, al contrario de lo que sostiene la tercera de las concepciones que hemos visto. La palabra griega *eu*: significa bueno, y la palabra *pathos*: se traduce por pasión o padecimiento. Su unión en un solo vocablo significa «buen padecer» o «padecer bien». Parecería una paradoja decir que se puede «padecer bien» (de la misma manera que lo es decir que se puede «morir bien»). Pero así como existe la palabra Eutanasia para referirse a una muerte tranquila y buena, podemos decir que la eupatía es una buena traducción de esta actitud modesta y humilde respecto a la realidad del dolor que lo entiendo como condición ineludible en la vida del ser humano.

Mientras que en la anteriormente expuesta concepción romántico-emotivista del dolor se asignaba a los *peritos* terapéuticos la empresa de acabar definitivamente con los padecimientos, en la interpretación eu-patía del dolor se entiende que el ser humano es intrínsecamente finito y limitado, que puede acabar con ciertos dolores pero nunca evitar que surjan otros nuevos. Esta cuarta concepción no se rasga las vestiduras cuando ve que los médicos han acabado con los dolores insufribles de la gota o con la epidemia de viruela pero que han aparecido otros padecimientos que antes no existían o que han pasado a primer término los que antes permanecían ocultos:

- Nuevos tipos de descontrol de uno mismo: modernas drogadicciones como el juego, el sexo compulsivo, la anorexia nerviosa incontrolable, etc.
- El sentimiento de hastío y de vivir al día porque no hay mucha perspectiva hacia adelante.
- Sentimiento de falta de pertenencia a todo (el individuo que vive su vida como un monótono círculo de trabajo-casa-trabajo).
- El dolor de la invalidez.
- El dolor de la depresión y la soledad.

- El dolor de la miseria, del hambre, de la violencia, de la venganza.
- El dolor de los matrimonios desafortunados, de la amistad traicionada.

De todos estos dolores, de los antiguos, de los actuales y de los que vendrán en el futuro no nos podemos librar. El dolor es un constitutivo formal de la vida humana. El ser humano es un ser finito y, como tal, sin dolor no es hombre<sup>4</sup>. En la interpretación eupática del dolor éste es concebido como una posibilidad de padecer-bien. No deja de reconocer esta tradición de pensamiento que el dolor es un padecimiento, pero lo considera en sus posibilidades positivas y no en su absurdidad.

Sólo el hombre que es «doliente» con aquel «dolorido sentir» —como decía Garcilaso de la Vega— busca, inquiera, investiga, se transforma. Por eso el dolor así concebido es oportunidad de crecimiento y maduración; puede espiritualizar y elevar: «Sólo el gran dolor es el último liberador del espíritu» decía Nietzsche. Y el psiquiatra vienés V. Frankl, que tanto ha reflexionado sobre el dolor y el sin sentido a partir de su propia experiencia de haber pesado 40 kg en uno de los campos de concentración del fascismo, dice a propósito lo siguiente:

«... la vida del hombre no se colma solamente creando y gozando, sino también sufriendo... Preguntémonos honradamente si estaríamos dispuestos a suprimir de nuestra vida las experiencias desventuradas en materia amorosa, a borrar de ella las vivencias dolorosas o desdichadas, y nos contestaremos sin duda que no. La plenitud de dolor no significó para nosotros ni mucho menos el vacío de la vida. Por el contrario, el hombre madura en el dolor y crece en él<sup>5</sup>. ... Ya en el plano puramente biológico sabemos que el dolor cumple las funciones de un aviso y una advertencia llenos de sentido. Análogas funciones desempeña en el campo anímico-espiritual. El sufrimiento tiende a salvaguardar al hombre de caer en la apatía, en la rigidez mortal del alma... más aún, el hombre crece y madura en el sufrimiento, el dolor le temple, le hace más rico y más poderoso<sup>6</sup>. ... Es en efecto el análisis de la existencia el que nos descubre el sentido del sufrimiento, el que nos revela que el dolor y la pena forman parte, con pleno sentido de la vida, del mismo modo que la indigencia el destino y la muerte. No es posible separarles de la vida sin destruir su sentido mismo. Querer amputar la miseria y la muerte, el destino y el sufrimiento, vale tanto como pretender quitarle a la vida su forma propia y específica. Son precisamente los golpes del destino, descargados sobre la vida en la forja ardiente del sufrimiento, los que le dan su forma y estructura propias<sup>7</sup>.

Estas palabras, dichas en boca de este ex-discípulo de Freud que no habla del dolor en teoría sino después de haber vivido la miseria, el hambre y la debilidad extrema de un campo de concentración, tienen una fuerza especial. La misma idea pero

4. A. TORRES QUEIRUGA: *El mal entre el misterio y la explicación*. Razón y Fe 219 (1989) 357-376.

5. V. FRANKL: *Psicoanálisis y Existencialismo*. FCE, México, 1950, p. 132.

6. Id., p. 137.

7. Id., p. 138.

expresada de forma poética la podemos leer en estos versos de Valle Inclán:

«Es la tristeza, divina herencia,  
corazón, triste, buen corazón.  
Sólo dolores labran conciencia,  
dolor es la ciencia de Salomón».

Y nada mejor para terminar este recorrido histórico por las distintas concepciones antropológicas que citar una hermosísima poesía de Antonio Machado, donde se expresa patéticamente la doble vivencia del ser humano frente al dolor: como eu-patía y como des-dicha. Por un lado la posibilidad de experimentarlo en su potencialidad positiva y transformadora de sentido. Machado habla de «gusanos» convertidos en «mariposas»; o «flores amargas» convertidas en «blanca cera»; o «agua de noria» «regando una huerta». Y por contrario el carácter brutal del dolor como desdicha: que *golpea* el corazón para derribarlo a golpe de piqueta como a «muralla vieja», que es «torrente» que «arranca limo a la tierra», «cizaña en sementera» o «carcoma en madera».

«Eran ayer mis dolores  
como gusanos de seda  
que iban labrando capullos;  
hoy son mariposas negras».

¡De cuántas flores amargas  
he sacado blanca cera!  
¡Oh tiempo en que mis pesares  
trabajaban como abejas!

Hoy son como avenas locas,  
o cizaña en sementera,  
como tizón en espiga,  
como carcoma en madera

¡Oh tiempo en que mis dolores  
tenían lágrimas buenas  
y eran como agua de noria  
que va regando una huerta!  
Hoy son agua de torrente  
que arranca limo a la tierra

Dolores que ayer hicieron  
de mi corazón colmena  
hoy tratan mi corazón  
como a una muralla vieja:  
quieren derribarlo, y pronto,  
al golpe de la piqueta

De esta forma Machado es testigo de la perpetua oscilación de la experiencia del dolor, tan profunda y radicalmente humana, pero cuya solución sólo depende de la capacidad del individuo para lograrla.

## MEDICINA DEL DOLOR<sup>8</sup>

Con estas 4 concepciones o interpretaciones diversas antes expuestas hemos visto cómo se ha interpretado el fenómeno dolor a lo largo de la historia. Pero ¿qué dicen los científicos de hoy con respecto a este fenómeno? Después de siglos de búsqueda, la conclusión de los especialistas a partir de las más modernas investigaciones, es tan sencilla como ésta: *el dolor*

8. P. GARCÍA BARRENO: *Aspectos fisiopatológicos del dolor*. 19-132. En: A. DOU (ed.). *El dolor*, Ed. EPCO, Madrid, 1992.

*es siempre subjetivo, siempre el resultado de una interpretación hecha a nivel cerebral*. En efecto, la As. Int. del Dolor recoge este resultado en la definición que analizamos. Pero podemos rescatar algunos otros datos provenientes de la investigación médica del dolor, que son significativos para nuestra perspectiva ética:

*Ningún sistema nervioso recibe los estímulos aferentes como una página en blanco.*

- Por ejemplo, el 80 % de los dolores de espalda no tienen tejido lesionado conocido.
- El 40 % de los pacientes que ingresan a urgencia por lesiones graves —sorprendentemente— no tienen dolores agudos. Y de los que lo tienen, sólo un 20 % lo cuentan en grado suficiente como para que necesite la atención de un experto en dolor.
- Hay dolores crónicos descritos por los pacientes en los mismos términos que aquellos usados por los que tienen patología evidente, pero sin causa aparente.
- Es un hecho comprobado que las personas pueden soportar dolores intensísimos si es con una finalidad deportiva, bélica, o aun económica. Recordemos al respecto los faquires, que están especialmente entrenados para *ignorar* los estímulos dolorosos que reciben de sus miembros.

*La totalidad de los estímulos periféricos interactúan a su entrada al sistema nervioso central y lo transforman.* El SNC cambia con el tiempo después de una agresión. El estímulo puede permanecer inalterado pero la reactividad cambia. Se ha observado en ese sentido que soldados que tienen una alta motivación para la pelea pueden volver al campo de batalla aún con heridas que les causarían dolor muy intenso en condiciones normales. Los ejércitos saben que soldados con alta motivación son capaces de reaccionar a las adversidades y dolores físicos con mucha más rapidez e inteligencia que los soldados desanimados.

*Todas las vías conocidas de transmisión nerviosa están sujetas a controles originados en el propio sistema nervioso central.* A partir de la década del 50 se pudo saber que los aspectos cuantitativos como cualitativos del dolor percibido venían determinados por un sinnúmero de variables fisiológicas y psicológicas de muy difícil precisión. La percepción del dolor no se debería sólo a la actividad de las vías nociceptivas (es decir, las que conducen la sensación dolorosa) sino al resultado de varios sistemas neurales interactuantes. Ningún estímulo existe aislado, su efecto depende de la presencia de otros estímulos periféricos así como de la actividad global del sistema NC. Esto tiene implicaciones enormes en lo que se refiere al control del dolor puesto que la acción unilocalizada sería ineficaz para el tratamiento mientras que la acción multifactorial sería la más incisiva.

*El dolor, adecuadamente tratado*, se domina en casi la totalidad de los casos. Es sabido por los especialistas del dolor —y ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud— que buena parte de que no se trate correctamente el dolor de los pacientes se debe a que muchos profesionales de la salud desconocen que se disponga actualmente de métodos eficaces. En el caso del cáncer —que es una de las causas más frecuentes de dolor prolongado— los informes indican que el 70 % de los pacientes lo experimentan. De éstos, el 20 % se queja de dolor moderado a suave, el 50 % tiene síntomas moderados o intensos y el 30 % sufre dolores severos o extre-

mos. Sin embargo, dice el documento de la OMS (1987) que el tratamiento con medicamentos analgésicos «utilizado correctamente, permite dominar el dolor en más del 90 % de los enfermos»<sup>9</sup>.

Pero aún teniendo en cuenta que en el 90 % de los casos el dolor puede ser dominado sólo con analgesia farmacológica las modernas estrategias terapéuticas incluyen otros métodos que amplían sustancialmente la capacidad del paciente para afrontar su dolor:

- *Fármacos* opiáceos, no opiáceos y coadyuvantes. Según la OMS son «la piedra angular del tratamiento»<sup>10</sup>.
- *Acupuntura*.
- *Dieta rica* en hidratos de carbono (60 %), moderada en grasas (25 %) y restricción proteica (15 %). Al parecer la serotonina potencia la analgesia inducida por opioides con lo cual se puede manipular los neurotransmisores por medio de la dieta.
- *Técnicas de neuropotenciación por estímulos* eléctricos (sea transcutánea o por implantación en nervios periféricos, médula o cerebro).
- *Bloqueo regional* por anestésicos locales o medulares y drogas opiáceas por bombas de infusión continua. También neurolisis local por sustancias (alcohol, fenol, crioterapia, laserterapia en nervios periféricos, ganglios, médula o neuroadenolisis hipofisaria).
- *Psicocirugía periférica*, central psicocirugía.

## ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL DOLOR<sup>11</sup>

Habiendo señalado las características del *fenómeno* dolor desde la perspectiva médica, necesitamos complementarlo con la perspectiva psicológica. Los psicólogos señalan como los factores intervinientes más relevantes del dolor a los siguientes:

**Aspectos afectivos.** Al normal incremento de la excitación simpática y de la tensión muscular presentes en todo síndrome doloroso se agrega la ansiedad o la angustia anticipativa, el enfado y los trastornos depresivos del humor que son todos factores que repercuten desfavorablemente en la percepción subjetiva del dolor y exacerban el sufrimiento.

**Factores cognitivos y de comportamiento.** El paciente con dolor tiende a tener una atención selectiva, es decir, a percibir toda la realidad que le rodea desde el centro de su dolor y según ese punto de vista. Y es clave en este sentido la interpretación que el paciente elija entre las 4 concepciones antropológicas del dolor que vimos más arriba. Porque según cual sea la elegida, será su reacción de tipo fisiológico y psico-social al padecimiento. Recordemos lo que describe tan vivamente V. Frankl cuando cuenta lo sucedido en el campo de concentración nazi. Según él los presos que perdían el sentido de sus vidas dejaban de resistir al dolor y a las enfermedades propias de aquellas condiciones inhumanas de reclusión:

«El hombre no puede llevar lo que merece una existencia, sin tener un punto fijo en el horizonte de su porvenir... En el momento en que el hombre no le es posi-

ble prever el término de una interinidad en el curso de su vida, no puede trazarse ninguna meta ni proponerse ninguna misión, la vida pierde forzosamente todo contenido y toda significación. El hundimiento psíquico por falta de un punto espiritual de apoyo, aquel entregarse totalmente a una apatía total, era un fenómeno tan conocido como tenido entre todos los reclusos de los campos, y constituía, con frecuencia, un proceso tan rápido que en pocos días podía conducir y conducía a muchos a la catástrofe... Quienes caían en este estado de negativismo... se jugaban la vida<sup>12</sup>.

»Pero el coraje de vivir o el cansancio de vivir se mostraban como dependientes única y exclusivamente de si uno poseía la fe en un sentido de la vida, de su vida. Una frase de Nietzsche se podía poner como lema sobre todo el trabajo psicoterapéutico en el campo de concentración: «quien tiene un por qué vivir soporta cualquier cómo». Un «por qué», éste es el contenido de la vida; y el cómo, éste eran aquellas condiciones que hacían tan difícil la vida en el campo de concentración que sólo era soportable en general con mira a un por qué. Por consiguiente, siempre que se ofrecía la oportunidad había que hacer que los detenidos tomaran conciencia del «por qué» de su vida, de su meta en la vida, para conseguir que estuviesen internamente a la altura y que pudiesen aguantar el terrible «cómo» de la existencia del momento, los horrores de la vida en el campo. Por encima de cualquier psicoterapia, era importante en el campo apelar a lo que he llamado la voluntad de sentido...<sup>13</sup>. ¿Qué es pues el hombre? Es el ser que siempre decide lo que es. Es el ser que inventó las cámaras de gas, pero al mismo tiempo es también el ser que ha ido a las cámaras de gas con la cabeza orgulloosamente erguida y con el Padrenuestro o el Sh'ma Ysrael en los labios»<sup>14</sup>.

En general todas las psicologías humanísticas rescatan la importancia decisiva de que el paciente pueda darle *sentido* a los padecimientos y adversidades de la vida. Pero además, muchos de los lectores tendrán experiencia con pacientes que se sitúan ante su dolor y enfermedad con valentía y espíritu de lucha, y viven mucho más tiempo del previsto; o, por el contrario, los que sucumben pronto porque claudican a la lucha o se niegan a encontrar sentido a su adversidad.

**Factores individuales o constitucionales.** La personalidad y las características fisiopsicológicas del paciente son otro factor muy importante en la lucha contra el dolor. Las reacciones de tipo constitucional o propias de cada individuo no son sólo a nivel fisiológico sino a nivel del contexto familiar y social. En efecto, el dolor puede ser exagerado o atemperado según cual sea el estilo a la *mentalidad* para enfrentar o dar sentido al dolor que tenga la familia o las amistades del paciente. Dicen los sociólogos que hay pueblos que tienen como característica ser más *quejosos* y *lamentosos* que otros que suelen estar más conforme con lo que les pasa. Con las familias de los pacientes que se enfrentan al dolor, o con ellos mismos, sucede algo parecido.

9. OMS: *Alivio del dolor en el cáncer*. Lab. Hosp. 222 (1992:4), 291-297.

10. OMS: op cit., p. 293.

11. P. GARCÍA BARRENO: *Aspectos fisiopatológicos del dolor*. Op. cit., p. 99 ss.

12. V. E. FRANKL: *Psicoanálisis y existencialismo*. FCE, México, 1950, p. 125-26.

13. V. FRANKL: *Logoterapia y análisis existencial*. Ed. Herder, Barcelona, 1990, p. 219.

14. Id., p. 225.



«Como se pensaba que las leyes de la naturaleza dependían de Dios, la enfermedad o el dolor también se conciben como pasibles de negociación».

Entre las técnicas que los psicólogos pueden aportar, como coadyuvantes a las de tipo médico, para enfrentar al sistema doloroso están las siguientes:

- *Biocontrol* (biofeedback). Consiste en «un proceso por el que una persona aprende a confiar en influir sobre respuestas fisiológicas de dos clases: aquellas que no están normalmente bajo control voluntario, o las que estándolo lo han perdido debido a un proceso patológico»<sup>15</sup>.
- *Hipnosis*.
- *Relajación*.
- *Diálogo existencial* de búsqueda de sentido.

## ALGUNAS CONCLUSIONES PARCIALES

Hemos visto con los datos que nos aportaba la perspectiva antropológico-sociológica y la médico-psicológica que el dolor es un fenómeno polifactorial y *sistémico*, es decir: tiene una base orgánica pero también una base psicológica y filosófico-social. Más que de síntoma habría que hablar de sistema doloroso.

En todo caso, cualquiera sea la base que lo origine, está comprobado que el dolor es modificado no sólo por la «sensibilidad neurofisiológica particular de cada paciente sino —y muy significativamente— por la *interpretación* o el *sentido* propio que el individuo dé a ese sistema doloroso.

Si bien la *sensibilidad* orgánica (donde interviene el mayor o menor concentración de terminaciones nerviosas, el mayor o menor nivel de transmisores neuroquímicos, etc.) puede ser constitucional de cada persona, la interpretación filosófico-social que el paciente haga de esas sensaciones jugarán un papel fundamentalísimo para acentuar o disminuir el dolor.

En conclusión podemos decir que el combate contra el *sistema doloroso* sólo tendrá éxito si empleamos una *terapéuti-*

*ca sistémica*. Y una acción eficaz de ese tipo se afirma sobre tres grandes *patas*:

- Los medios terapéuticos de tipo médico que cuente el paciente para atemperar la *brutalidad* colapsante del sistema doloroso en sus grados extremos o muy severos.
- Los auxilios psicológicos eficaces para coadyuvar la acción instaurada a nivel neurofisiológico —entre los que se cuenta la posibilidad de multiplicar los estímulos psicológicos de todo tipo— y desviar la atención psicológica y social del paciente a otros objetos que no sean el propio dolor.
- El que pueda tener a mano aquel «sistema de interpretación del dolor» (las diversas concepciones antropológico-filosóficas que vimos más arriba) que sea apropiado para elaborar una «red cognitiva propia de sentido» ante su dolor.

El intento aislado de usar sólo uno de estos medios de tratamiento —es decir, una mentalidad terapéutica no *sistémica*—, seguramente resultará ineficaz y decepcionante. En cambio el empleo conjunto o *sistémico* de los tres tipos de acción, muy probablemente redundará en los más óptimos resultados terapéuticos contra el sistema doloroso. Teniendo en cuenta estos datos, podemos decir algo respecto al *deber* ético que tiene el profesional de la enfermería cuando se trata de asistir a un enfermo con dolor crónico.

## ÉTICA DE LA ASISTENCIA AL ENFERMO CON DOLOR

La enfermera Verena Tschudin<sup>16</sup> señala algunas de las virtudes principales que debe tener todo enfermero cuando se relaciona con sus pacientes. Nosotros creemos que son perfectamente válidas como ideales éticos de referencia cuando se trata de asistir al enfermo con dolor crónico.

15. P. GARCÍA BARRENO, op. cit., p. 102.

16. *Ethics in nursing: the caring relationship*. Butterworth-Henemann Oxford 1992, p. 2-4.

### Conocimiento y competencia: saber hacer

En este caso, que el/la enfermera sepa hacer las cosas, significa que conoce todas las posibilidades terapéuticas que pueden emplearse para combatir al sistema doloroso. Y que sabe aplicar correctamente algunas de ellas o, en su defecto, derivar a las personas que lo sepan hacer. En el caso del dolor, todo saber hacer pasa por una asistencia sistémica o polifactorial (global e integral), es decir, una asistencia que tenga en cuenta los diversos aspectos de la lucha contra el sistema doloroso dolor:

- Analgesia farmacológica.
- Masajes-relajación-acupuntura.
- Estimulación psíquica colateral.
- Diálogo existencial de apoyo psicológico y búsqueda de sentido.

### Confiabilidad basada en la honestidad y la verdad

La confiabilidad surgirá si la relación está basada en la suficiente y verdadera información que requiera el enfermo. El paciente necesita saber cual es el *porvenir* de su dolor. Necesita saber exactamente cuáles son las causas que lo generan, los motivos desencadenantes y sus diversos atenuantes. Necesita saber si su dolor va a ceder o no y cuanto tardará en ceder. Un paciente implicado en la lucha contra el sistema doloroso es el que colabora en la evitación de los motivos desencadenantes o exacerbantes y busca favorecer todos los medios que lo puedan atenuar. Proporcionar una información suficiente y adecuada para que el paciente se implique en esta lucha es un deber primordial del enfermero.

Para esto se necesita un paciente consciente. Luchar contra el dolor conservando la conciencia, es lo primero que debemos buscar. No sólo debemos hacerlo porque es terapéuticamente posible hacerlo sino porque es un imperativo ético. Lo mejor del hombre es la conciencia, de manera que toda terapéutica basada en suprimir la conciencia para calmar el sistema doloroso es, en principio, una mala terapéutica. No sólo mala desde un punto de vista técnico —porque implica que no se está usando el sistema terapéutico disponible en la actualidad—, sino *mala* en el sentido ético de la palabra, porque se le está privando al hombre de la sede misma de su dignidad que es la conciencia.

Pero en segundo lugar una sólida confiabilidad del enfermero/a sólo podrá darse si se basa en la honestidad. Esto quiere decir la capacidad de no crear falsas expectativas en el paciente, que alienten posteriormente las desilusiones o la sensación de que se le está engañando. La honestidad es el justo medio entre la verdad y la esperanza. Decir la verdad a un paciente no significa quitarle toda esperanza.

### Compasión y coraje

La palabra *compasión* en su origen griego significa tener pasión con el otro. Es decir, saber ponerse en el lugar del otro para sentir, junto con él, todo lo que significa el dolor. Sin una verdadera compasión no hay una buena relación enfermera/paciente.

Y... «pariente cercana» de la compasión es la flexibilidad, esa virtud que nos capacita —cuando las circunstancias así lo exigen— para ir más allá de las costumbres o más allá de las normas, no para transgredirlas caprichosamente, sino para

cumplir el verdadero espíritu de ellas y no su fría letra. Por ejemplo permitir que a un paciente canceroso internado en un hospital se le pueda dar un vaso de vino con las comidas, ya que eso relaja, facilita la comunicación y potencia la analgesia, es tan eficaz y tan bueno para el paciente como aumentar la dosis de cualquier medicamento o dar unos buenos masajes en la espalda.

El *coraje* es una antigua palabra que significa firmeza del corazón. Y enfrentarse al dolor implica coraje en una lucha firme. Pero no es el paciente sólo el que debe luchar para atenuar y darle sentido al dolor sino que es una empresa común con el/la enfermera. Si implica coraje o valentía para el paciente, también implica lo mismo para el/la enfermera.

### Esperanza

Si es importante la verdad en la relación con el enfermo no lo es menos la esperanza. Más aún, habría que decir que al verdad siempre encierra una porción de esperanza. De ahí que una asistencia éticamente responsable del enfermo con dolor sería aquella que le posibilite desentrañar sus capacidades de resistencia contra el *sistema doloroso* y de encontrar sentido positivo a su condición dolorida.

### Humildad y paciencia

*Humildad*, porque cada paciente es cada paciente. No podemos ir con la idea de que lo sabemos todo y nada hay por descubrir con cada enfermo. Y *paciencia* porque el enfermo muchas veces se venga de su dolor, no luchando contra él, sino agrediendo a quienes más se ocupan de su cuidado. Sin embargo, quien tiene verdadera compasión, no tendrá dificultad en tener también paciencia.

Como dice la enfermera Patricia Benner<sup>17</sup> se trata de lograr en el paciente tres actitudes fundamentales:

- Activar su potencialidad de esperanza ante el dolor.
- Posibilitar que halle una interpretación aceptable de la enfermedad, del dolor, del miedo, o de la angustia, a fin de escoger con él los medios idóneos para cuidarlo y controlarlo.
- Incentivar que se anime a buscar apoyo social ya que de esto depende en última instancia que encuentre el auxilio físico, emocional, y espiritual, que necesite para superar cualquier dificultad, por grande que sea.

### EN SUMA: LA ÉTICA DE LA ASISTENCIA AL ENFERMO CON DOLOR PODRÍA RESUMIRSE EN DOS AXIOMAS FUNDAMENTALES

1. Abrir el abanico de posibilidades técnico-terapéuticas tanto como sea posible.
2. Ayudar al enfermo a que despliegue su capacidad de esperanza y sentido tanto cuanto sea necesario.

*Un buen hacer técnico sumado al despliegue de la esperanza son los dos ingredientes imprescindibles para que un enfermero ayude al bien-padecer de la persona, es decir, para que le permita alcanzar la eu-patía ante el sistema doloroso.*

17. *Práctica progresiva en enfermería: manual de comportamiento profesional*. Grijalbo, Madrid, 1989, p. 77.

# 7. REFLEXIONES PASTORALES EN TORNO AL SUFRIMIENTO

*Manuel Cuyás, S. I.*

*Cuanto se dice en esta comunicación sobre el sufrimiento y su relación con la madurez personal, la culpabilidad y la santificación pertenece ya al patrimonio de la cultura generalizada, pero entiendo que conviene insistir en determinados aspectos, porque muchas de las personas con quienes tratamos: alumnos, pacientes, penitentes, siguen siendo víctimas de su emotividad y de inveterados prejuicios.*

## SUFRIMIENTO CONTRA PLACER

Englobando en el concepto *sufrimiento* toda clase de sensaciones anímicas o corporales, emotivas y afectivas, provocadas por la conciencia de algún mal y, en contraposición a él, entendiendo por *placer* toda complacencia de nuestras potencias corporales y anímicas en el bien de algún modo poseído, se suele esperar del moralista católico que ponderará las ventajas del primero y los peligros del segundo. No debe ser así.

Placer y sufrimiento adolecen de la ambigüedad inherente a toda realidad temporal y carecen en sí mismos de entidad ética; comparten a este respecto el juicio merecido por la actividad humana que los produce. Físicamente considerado, el placer es bueno; denota salud y perfección en la acción que lo procura. Puede honestamente ser buscado como fin próximo y, más aún, como estímulo para actuar bien. El dolor, por el contrario, es un mal y hace daño. Sólo un falso misticismo puede considerarlo en sí mismo positivo. Su único beneficio directo consiste, cuando no es crónico, en su cualidad de síntoma, capaz de llamar la atención sobre la causa que lo provoca y de abrir de este modo la posibilidad de eliminarlo en su raíz.

## MADUREZ PERSONAL

El modo como han sobrellevado el sufrimiento algunas personalidades, les ha procurado notable madurez personal y habilidad para tratar con otros, pero ese valor humanizante no proviene del dolor necesariamente y presupone en el sujeto voluntad de sufrirlo, aunque su libertad se limite de hecho a aceptar lo ineludible. Una motivación razonable y fuerte per-

mite entonces integrarlo en el proyecto de vida, no solamente a nivel intelectual sino también en el contexto emotivo-afectivo que, con un sistema lógico de valores, configura la personalidad total. De ahí la madurez conseguida.

## CULPABILIDAD

Vale la pena llamar también la atención sobre la errónea tendencia a vincular algunos males (enfermedades transmisibles, desgracias que parece hubiesen podido evitarse, etc.) con el pecado, entendido éste como transgresión ética. En relación con la repulsa de una culpa moral, santo Tomás (Supl. q. 3, a. 1 c) distingue dos tipos de dolor: el que identifica con la verdadera contrición o personalización del disgusto por el pecado cometido, acto de la voluntad racional, y el que consiste en una conmoción de la sensibilidad, causada por simple redundancia del primero en ésta o provocada a ese mismo nivel por el penitente para acentuar la reprobación asumida.

La vergüenza, el temor y la desazón, que acompañan el segundo dolor, no provienen del pecado en sí mismo y no sirven, por consiguiente, para decidir y medir su existencia o gravedad, sino de lo inconveniente del comportamiento, tal como es ahora percibido sensible o racionalmente, y del miedo al deshonor consiguiente, factores extrínsecos a la culpa (I II, q. 42, a. 3, ad 4) y substraídos al control directo de la voluntad.

Considerar aquí el dolor-contrición nos alejaría del tema. El dolor-sentimiento, por el contrario, entra de lleno en él, causa malestar, alimenta las turbulencias obsesivas y aboca frecuentemente en la patología y en la angustia que atentan al escrupuloso. Aunque no entre en el horizonte contemplado por santo Tomás todo el conjunto de factores psicológicos englobados hoy en el *sentimiento de culpabilidad*, la necesaria distinción entre éste y el *sentido de culpa o del pecado* se halla ya esbozada por él, cuando separa la auténtica contrición del dolor que califica como culpabilidad pasional o sensitiva.

## RECONCILIACIÓN Y PSICOTERAPIA

No estoy seguro de que todos los confesores distingamos ya suficientemente entre uno y otro dolor al poner nuestra atención en la función sacramental y en el cuidado pastoral propios de nuestro ministerio. El que la Teología moral no nos prepare para aplicar determinadas técnicas propias del psicoterapeuta profesional, obliga a no adentrarnos en esta tarea,

pero no podemos negar, sin más, al penitente escrupuloso el alivio que supone para él descargar su ansiosa emotividad en nuestra comprensiva escucha y en las palabras de reconciliación con Dios. Debemos, con todo, evitar que identifique él su angustia con el pecado y sacarlo además, en lo posible, del círculo vicioso que le lleva de aquella a su evacuación mediante un acto de reconciliación vivido más como algo mágico que como experiencia personal y religiosa. El axioma *Paenitentii credendum est tam pro se quam contra se loquenti* debe aplicarse con discreción.

No conviene, por otra parte, que el psiquiatra se precipite tendiendo a etiquetar globalmente como patología cualquier sentimiento de culpa. Los factores psicológicos podrían ocultarle una dimensión ética que, asumida responsablemente por el enfermo, prestaría apoyo a su acción terapéutica. El sentimiento de culpabilidad no tiene siempre y necesariamente que ver con alguna culpa moral, pero, cuando es así, facilitar la concienciación de ésta y su reparación se mueve en la línea de la personalización total del propio ser y de su historia con la consiguiente maduración del sujeto.

Médicos y confesores, si no mutilan la realidad, ni se salen de su propia competencia, experimentarán que el camino de la madurez pasa por la verdad responsablemente asumida: «conoceréis la verdad y la verdad os hará libres» (Jn 8, 32).

## SANTIFICACIÓN

Los conocimientos aportados por la experiencia y la Teología místicas no autorizan el prejuicio de que el cristiano debería ver en el sufrimiento un beneficio directo y aceptarlo siempre como una bendición. Sería inhumano y, lo que no es humano, no es cristiano. La Biblia presenta el sufrimiento como algo que no debería darse. La obra salvadora de Jesucristo quiere liberar al hombre del pecado y de sus consecuencias: la enfermedad, el dolor y la muerte. Luchar ya desde ahora contra esas secuelas hace creíble el Evangelio. Como norma general urge, pues, el principio de que el dolor debe ser suprimido, eliminando o controlando su causa y, en la medida de lo posible, sin privar al paciente de sus facultades más nobles: conocimiento y libertad; se preservan así el valor humano y la dimensión ética del suceso. El analgésico adecuado debería reducir el dolor al mínimo, cuando no lo puede eliminar del todo, y conservar a la vez el máximo de conciencia.

Lo específicamente cristiano al respecto proviene de la nueva dimensión que otorga al sufrimiento del bautizado el haber sido éste conspujado y conresucitado místicamente con Cristo al recibir el sacramento. En virtud del mismo la aceptación razonablemente motivada del dolor adquiere una fuerza configuradora del Crucificado en él, que lo convierte en fuente de santificación personal y de fecundidad apostólica. Sabemos por san Pablo (Col 1, 24) que, como miembros del Cuerpo místico de Jesucristo, podemos completar lo que falta a su Pasión, a saber, cooperar en la asunción subjetiva por parte de la humanidad de su valor objetivo, infinito desde el punto de vista redentivo y santificador.

No quiere esto decir que el cristiano deba, sólo por serlo, padecer más de lo que correspondería a cualquier otro hombre en las mismas circunstancias, pero explica que, incluso sin una especial vocación a la mística del dolor, el *medium virtutis* de la templanza y de la fortaleza se hayan desplazado para él hacia una mayor austeridad e incluso disponibilidad para soportar el dolor, como obvia explicitación en el comportamiento de una humilde aceptación de la voluntad divina, consecuencia natural de la concepción cristiana del mundo y de la vida. De ahí que algunos cristianos se sientan movidos a moderar razonablemente el uso de analgésicos y narcóticos para asociarse más profunda y conscientemente a los sufrimientos y a la obra de reconciliación, realizada fundamentalmente en Cristo, en favor de toda la humanidad.

Conviene dejar muy claro que, para participar del mérito que fluye de la Cruz, no basta sufrir; es preciso que los padecimientos expresen el amor oblativo propio del misterio pascual. La ley fundamental de la perfección humana y cristiana sigue siendo en el orden místico el amor a Dios y a los hermanos, la donación de sí mismo en el Hijo al Padre por la santificación de todos.

Quiero advertir finalmente que esas valencias positivas del dolor no suprimen su peligrosidad. Una voluntariosa e indiscreta adicción a la espiritualidad del sufrimiento entraña siempre el peligro de abocar en una actitud morbosa e involutiva. Quien decide jugar el papel de víctima expiatoria, sin haber sido elevado por el Espíritu Santo a ese nivel místico cae en la inutilidad humana y en la esterilidad sobrenatural. Sólo Dios conoce sus planes respecto a cada persona en particular y nadie puede arrogarse el acceso a un camino místico sin haber sido llevado a él por la gracia. Una competente discreción de espíritus debería confirmarle a uno en tal camino.

# 8. JORNADAS SOBRE ASPECTOS BIOÉTICOS DE LA INTERVENCIÓN SANITARIA EN PRISIONES

Organización y aspectos éticos de la asistencia sanitaria en las prisiones de Catalunya

**Josep Ballester i Roselló**

Director del Programa Sanitario  
Dirección General de Servicios Penitenciarios y de Rehabilitación  
Departamento de Justicia  
Generalitat de Catalunya

*El abordaje del cada vez más complejo proceso de enfermar de la población reclusa atendiendo a su incremento espectacular desde el año 1984, año en que son asumidas las competencias en materia penitenciaria por parte de la Generalitat de Catalunya, así como el progresivo aumento tanto de la incidencia como la prevalencia de la patología asociada directa o indirectamente al consumo de drogas por vía parenteral (UDVP), hacía necesario afrontar la cuestión sanitaria en prisiones desde una perspectiva mucho más atrevida que la simplemente curativa, es decir, desde una óptica sanitarista y, por tanto, multidisciplinaria, con todo lo que ello suponía de interrelación entre los estamentos implicados.*

*Dicho esto, es necesario enfatizar otro aspecto muy importante y es el marco legal que reconoce, por mandato constitucional y por ordenamiento jurídico penitenciario, el derecho al acceso a la atención y protección integral de la salud de la población reclusa y, más específicamente en Catalunya, lo que dispone la nueva ley de ordenación sanitaria de 9 de julio de 1990 que se refiere a los colectivos más desfavorecidos regulando su acceso a la universalización de la asistencia sanitaria gratuita en el seno de la sanidad pública<sup>1</sup>.*

## RECURSOS SANITARIOS PENITENCIARIOS

La población penitenciaria catalana en el momento de los traspasos competenciales en 1984 era de 1.609 internos; hoy, diez años más tarde, asciende a 6.690<sup>2</sup>. En aquel entonces esta población se distribuía en 8 centros penitenciarios. Actualmente, Catalunya dispone de 10 instalaciones penitenciarias (6 de ellas en el área metropolitana de Barcelona, 3 de las cuales son de nueva creación).

En cuanto a la dotación de los recursos sanitarios transfe-

ridos en su momento, a la precaria dotación de personal funcional (sanitario incluido), se añadía la inexistencia de centro hospitalario penitenciario de referencia (ni general ni psiquiátrico), reduciéndose la dotación a una obsoleta unidad de confinados ubicada en el Hospital Clínico de Barcelona, con diez camas<sup>3</sup>. Era necesario, pues, buscar soluciones al panorama y aquellos elementos de precariedad manifiesta condicionaron el modelo final.

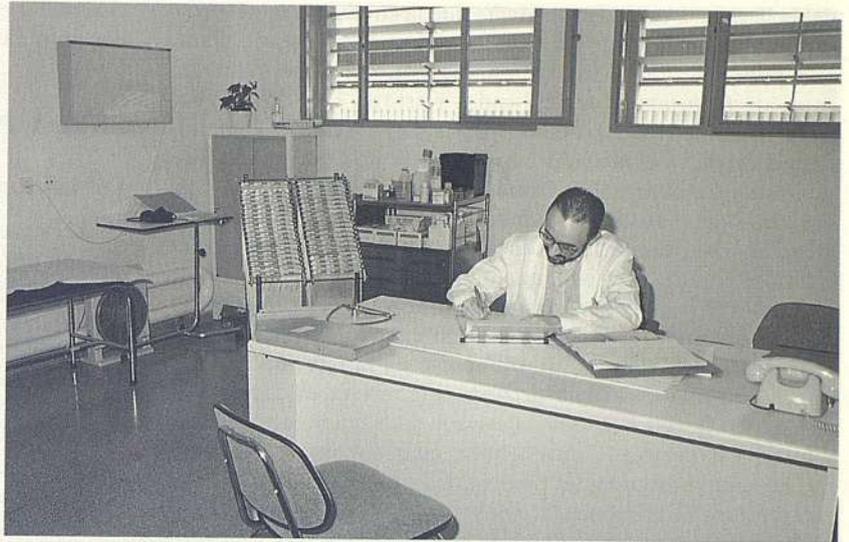
## PROGRAMA SANITARIO

Diseñado como una actuación interdepartamental de las Consejerías de Justicia y de Sanidad y Seguridad Social, en septiembre de 1990 se pone en marcha, adscrito a la Direc-

### CUADRO 1

#### A) BLOQUE DE ASISTENCIA PRIMARIA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

1. Consolidación de los actuales equipos sanitarios de las enfermerías penitenciarias, homologando su organización al modelo de Equipo de Atención Primaria del Servicio Catalán de la Salud. Dependencia orgánica del Departamento de Justicia.
2. Potenciar todos los programas de prevención y control de la salud.
3. Integración de las especialidades médicas del primer y segundo nivel hospitalarias a las consultas de las enfermerías penitenciarias.
4. Dotación de unidad radiológica básica a la totalidad de enfermerías penitenciarias.
5. Reformar enfermerías pendientes: Centro Penitenciario de Jóvenes, Centro Penitenciario de Mujeres de Barcelona, Centro Penitenciario Ponent y Centro Penitenciario de Figueras.
6. Despliegamiento informático integral del actual sistema de información sanitaria.



Consulta médica en el Centre Penitenciari de Quatre Camins.

ción General de Servicios Penitenciarios y de Rehabilitación, un programa piloto con la finalidad de estudiar en profundidad la situación, priorizar necesidades, analizar la relación coste/beneficios de sus objetivos y proponer un plan estratégico a corto, medio y largo plazo. Se establecieron cuatro bloques temáticos (los cuadros 1 y 2 desarrollan cada uno de ellos):

- A) Atención primaria y promoción de la salud.
- B) Asistencia hospitalaria.
- C) Salud mental.
- D) Atención socio-sanitaria.

Las tablas I y II muestran la evolución de la dotación del personal sanitario en los centros penitenciarios catalanes des-

de los trasposos, así como la dotación y distribución de las camas de enfermería a finales de 1993.

## PRESUPUESTOS Y EQUIDAD SANITARIA

En realidad, se trataba de priorizar, de determinar si aquellos objetivos eran asumibles, quién los financiaba y cómo

TABLA I

### Evolución de la dotación del personal sanitario en los centros penitenciarios.

Año	Sub. Méd.	Jefe Méd. y/o Téc.	Jefe Enf.	ATS DSP*	Aux. Clín.	Aux. Psíqu.	Médic. Psíqu.	Espec. Médico	Aux. Adm.	Total	
1991	4	2	42	6	38	40	4	3	40	7	186
1992	4	2	44	6	47	49	4	10	33	9	209
1993	4	2	46	5	50	53	4	10	34	9	217

Fuente: Dirección General de Servicios Penitenciarios y de Rehabilitación.

TABLA II

### Distribución de camas de enfermería en septiembre de 1993.

Centro penitenciario	Disponibles	Ocupadas	Ocupación %
CP d'Homes Barcelona	102	67	65,7
CP Quatre Camins	116	68	58,6
CP Ponent	60	26	43,3
CP de Joves de Barcelona	16	7	43,8
CP de Dones de Barcelona	25	12	48,0
CP de Girona	8	5	62,5
CP de Figueres	9	0	0
CP de Tarragona	18	5	27,7
CP Brians (homes)	56	27	48,2
CP Brians (dones)	25	0	0
(Pendiente puesta en marcha)			

Fuente: Dirección General de Servicios Penitenciarios y de Rehabilitación.

CUADRO 2

#### B) BLOQUE DE ASISTENCIA HOSPITALARIA

1. Puesta en marcha e integración del Pabellón penitenciario del Hospital de Terrasa con el resto de enfermerías y hospitales concertados con la red pública.

2. Habilitación de unidad de confinados adecuados a aquellos hospitales públicos que todavía disponen (Hospital del Mar de Barcelona, Hospital de Sant Pau y Santa Tecla de Tarragona y Hospital de Figueres).

#### C) BLOQUE DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

1. Redacción de un plan de necesidades y un plan funcional que permita integrar los equipamientos psiquiátricos penitenciarios con los recursos psiquiátricos públicos actuales dentro del marco del Programa de Salud Mental del Servicio Catalán de la Salud.

2. Creación de una unidad de tratamiento psiquiátrico hospitalario.

#### D) BLOQUE DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIO

Consolidar el centro de curas paliativas para enfermos terminales (Alberg Sant Joan de Déu).

debía llevarse a cabo. Era evidente que la envergadura del proyecto precisaba un acuerdo institucional y presupuestario. Para ello, pues, era imprescindible establecer un nexo permanente entre los departamentos implicados y así fue. El 4 de julio de 1991, al amparo del artículo 3 de la Ley Orgánica General Penitenciaria<sup>4</sup> y el artículo 2 a) de la Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya<sup>1</sup>, se firma un convenio de prestaciones sanitarias entre Justicia y Sanidad asegurando en el futuro la atención socio-sanitaria de todos los internos del territorio de Catalunya bajo el sistema nacional de salud<sup>5</sup>.

Con la firma de aquel convenio, se acepta formalmente un cambio cultural que consiste en la integración progresiva de la atención médico-sanitaria del preso en la red pública, renunciando a la existencia de un doble rasero, es decir, a la duplicidad de redes asistenciales: una para ciudadanos libres y otra para reclusos. Quizás ahora, cuatro años después, no nos resulta sorprendente, pero aquella decisión suponía un paso extraordinario hacia la normalización, la integración de un colectivo, los presos, hombres y mujeres recluidos en prisión por ordenamiento jurídico, pero sin pérdida de cualquier otro derecho fundamental.

Existe un antecedente de vital importancia que, sobremañera, ha influido en esta transformación del modelo asistencial y es la redacción en 1987 del proyecto de Plan Funcional del futuro Hospital Penitenciario de Catalunya. En aquel momento, las autoridades sanitarias, con un criterio básicamente de eficacia y eficiencia del sistema, renunciaron a construir un equipamiento de uso exclusivo penitenciario y se optó por ampliar un hospital general público, dotándolo de los necesarios sistemas de seguridad que permitieran la atención sanitaria adecuada con las suficientes garantías para el personal asistencial.

## LA COMPRA DE SERVICIOS SANITARIOS (PROVISIÓN)

La especial configuración de la realidad sanitaria catalana ha jugado a favor, si se me permite esta licencia, para incorporar un nuevo modelo asistencial en las prisiones; es decir, la amplia mayoría del sector público concertado (instituciones religiosas sanitarias, fundaciones, empresas sanitarias, sin ánimo de lucro, corporaciones locales, consorcios sanitarios, etc.) y la inexistencia de infraestructuras penitenciarias transferidas permite llegar, no sin resistencias, a acuerdos, pactos, cláusulas, conciertos, etc., que facilitarán el acceso de profesionales sanitarios de la red pública y sus instituciones a la propia prisión y viceversa, estableciéndose un flujo de intercambio regenerador y normalizador. Hoy, por ejemplo, es normal la presencia, en la enfermería de la cárcel de cumplimiento de Quatre Camins, en la Roca del Vallès, cerca de Barcelona, atendiendo a los mismos pacientes, de médicos de cabecera del propio centro junto a especialistas del Hospital General de Granollers. Asimismo, con la puesta en marcha del Pabellón Hospitalario Penitenciario del Consorcio Sanitario de Terrassa (40 plazas), es normal la presencia en la misma unidad de hospitalización de personal sanitario laboral, dependiendo del hospital; funcionarios de vigilancia penitenciaria del Departamento de Justicia y policía autonómica ejerciendo la custodia del recinto exterior. Creo, sinceramente que, en este sentido, hemos dado un paso enorme en la transforma-

ción del modelo rígido, vertical y autoritario hacia otro mucho más flexible, horizontal integrador y solidario<sup>7-8</sup>.

## SIDA Y PRISIÓN

### Dimensión humana del problema

Recientes publicaciones establecen una prevalencia de infección por el HIV en prisiones españolas de alrededor de un 30-40 %<sup>9</sup>, porcentajes extraordinariamente superiores a las prevalencias de los países de nuestro entorno occidental. Ello responde básicamente a la presencia en prisión de un colectivo mayoritario de personas jóvenes, con una edad media de 30 años, con una historia familiar distócica en su mayoría, bajo nivel de instrucción, sin trabajo en un 83 % en el momento de su ingreso en prisión y en la mayoría de los pacientes VIH-sida clínico con antecedentes de prácticas de riesgo, es decir, usuarios de droga por vía parenteral<sup>9</sup>.

Quizás tengamos que recordar que el primer caso de sida detectado en las prisiones catalanas se remonta a 1984<sup>10</sup>. A finales de 1994, se han notificado un total de 850 casos, de los cuales, un 93 % corresponden a hombres. Un 98 % de los casos clínicos pertenece al colectivo UDVP (ver tabla III).

Está claro que el principal problema de salud en prisiones, hoy por hoy, es el síndrome de inmunodeficiencia adquirido y que desde el punto de vista sanitario, cualquier proyecto debe pasar por la prevención como arma más segura y eficaz para combatirla. La alta prevalencia de la infección en el medio y su carácter transmisible convierte y compromete a la organización penitenciaria a desarrollar un papel informativo, educativo y de prevención a todos los niveles mientras las personas afectadas permanezcan dependientes del sistema correccional. Así es como lo reconocen las últimas directivas de la OMS sobre la infección por el VIH y la sida en las prisiones, de marzo de 1993<sup>11</sup>.

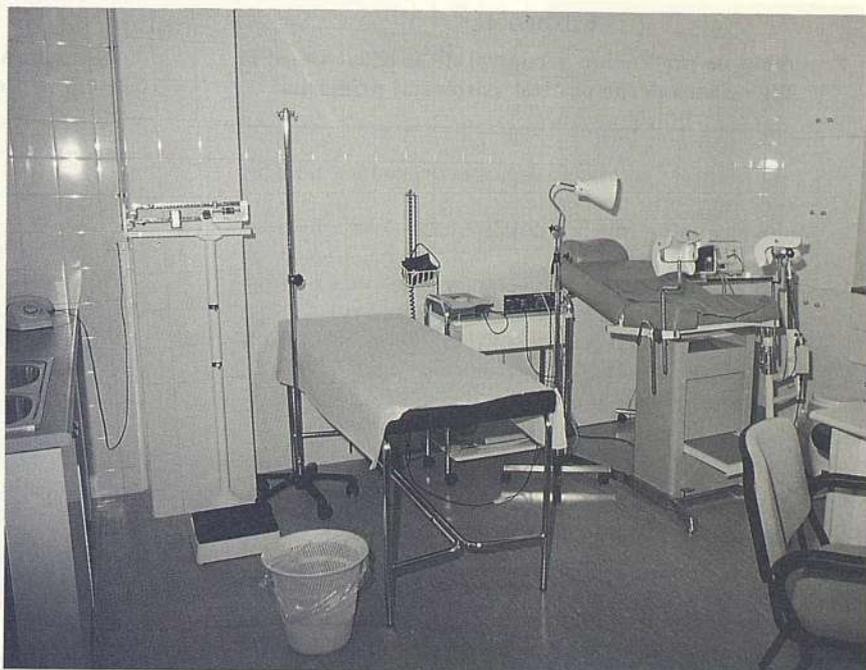
Pero, más allá de la dimensión epidemiológica, hay otra, la dimensión humana que trasciende a cualquier diseño o proyecto médico-sanitario. El drama humano, lo cotidiano, la presencia de la muerte. Tal y como dice M. Merino en su ponencia de la II Reunión Nacional sobre el Sida, celebrada en

TABLA III  
Evolución de los nuevos casos de Sida confirmados por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social.

Año	Número	Número acumulado
1985	1 caso	1
1986	5 casos	6
1987	33 casos	39
1988	70 casos	109
1989	97 casos	206
1990	55 casos	261
1991	99 casos	360
1992	152 casos	512
1993	126 casos	687
1994*	163 casos	850

\* Fecha referida a 30-09-94.

Fuente: Programa Sanitario. DGSPR.



Sala ginecológica  
en el Centre Penitenciari  
de Brians (mujeres).

Cáceres el año pasado<sup>12</sup>: «El paciente sabe que es portador de un virus que probablemente va a entrar en acción en un futuro (...) lo que se convierte en un pensamiento obsesivo (...) presentando reacciones emocionales de impotencia, ansiedad, angustia e inseguridad». Ante esta situación, el sanitario, sea médico, enfermero, etc., no es ajeno. La presencia de la muerte, asociada a la condición de infectado, produce ineludiblemente un proceso de desgaste profesional que exige a la Administración, una intervención activa. Estoy convencido que esta intervención pasa por un proceso de contención institucional, de elaboración del llamado duelo psicológico mediante el establecimiento de espacios de discusión y análisis profesionales, de formación específica (y no necesariamente médica) en el campo de las humanidades.

Es imprescindible un análisis bioético de la intervención sanitaria en los servicios penitenciarios y este análisis debe recibir el apoyo, sin demagogia ni morbosidad, de los estamentos externos, al sistema correccional. Un claro ejemplo de esta colaboración, ha sido la contribución del Instituto Borja de Bioética de Sant Cugat del Vallès (Barcelona) en la organización de las Primeras Jornadas sobre *Aspectos bioéticos de la intervención sanitaria en las prisiones*, celebradas recientemente en Barcelona, bajo los auspicios del Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada y la Dirección General de Servicios Penitenciarios y de Rehabilitación de la Generalitat de Catalunya. Sus conclusiones, estoy seguro, van a permitir orientar el trabajo humano de nuestros profesionales en una dirección en la que, normalmente, los manuales, las guías y los textos monográficos que describen los protocolos del manejo del sida hacen muy poco hincapié.

En relación a los afectados, pues hasta ahora nos hemos referido al impacto que genera en los profesionales, otro nivel de actuación es el de la promoción de la salud comunitaria (en este caso la penitenciaria). El diseño de los actuales programas de prevención de la sida, inciden en la modificación del patrón de conducta (en relación al consumo intravenoso, en relación a las prácticas sexuales con protección, etc.).

### CUADRO 3

#### Programas de prevención y promoción de la Salud actualmente en marcha en los Centros Penitenciarios dependientes de la Generalitat de Catalunya (diciembre de 1992).

##### GENERALES

- Programa de Prevención y Control del Virus de la Inmunodeficiencia Humana<sup>1</sup>.
- Programa de Prevención y Control de la Hepatitis B<sup>2</sup>.
- Programa de Prevención y Control de la tuberculosis Pulmonar<sup>2</sup>.
- Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual<sup>2</sup>.
- Programa de Atención Odontológica a los centros penitenciarios.
- Programa de Ingresos a centros penitenciarios.
- Programa de Atención a la Mujer.
- Programa de Higiene Alimentaria y Saneamiento Ambiental<sup>2</sup>.

##### SOCIOSANITARIOS

- Programa Piloto de Mantenimiento con Metadona (Modelo. Barcelona)<sup>3</sup>.
- Programa de Atención a los enfermos terminales<sup>4</sup>.

##### Coordinación con:

1. Programa de Prevención y Control de la Sida a Catalunya. Departamento de Sanidad y Seguridad Social.
2. Dirección General de Salud Pública. Departamento de Sanidad y Seguridad Social.
3. Órgano Técnico de Drogodependencias. Departamento de Sanidad y Seguridad Social.
4. Programa Vida als Anys. Servei Català de la Salut. Departamento de Sanidad y Seguridad Social.

CUADRO 4

**Programa de prevención y control de la Sida. DGSPR.  
Actividades desde el nivel asistencial primario.**

- Información y educación sanitaria sistemática al ingreso de un centro penitenciario.
- Suministro de elementos de prevención (lejía, preservativos, trépticos, etc.).
- Determinación serol6gica voluntaria del VIH e informaci6n y consejo asistido de los resultados.
- Orientaci6n inicial pacientes VIH (+) e incorporaci6n protocolo de seguimiento (protocolo seg6n CDC).
- Protocolo de incorporaci6n zidovudina AZT.
- Monitorizaci6n diagn6stico en estadios clínicos.
- Declaraci6n y notificaci6n (MDO).
- Intervenci6n psicosocial en pacientes enfermos e interrelaci6n con programas de drogodependencias.
- Coordinaci6n con programas de enfermería (educaci6n, bioprotecci6n, atenciones especiales y evaluaci6n dependencia).
- Coordinaci6n Comisiones Sociales Penitenciarias, propuestas de libertad condicional (artículo 60 del Reglamento Penitenciario).
- Colaboraci6n y derivaci6n PADES y HOSPICE del Programa *Vida als Anys*.

En Catalunya, la Direcci6n General de Prisiones viene desarrollando en estos 6ltimos a6os un programa no reglado de educaci6n para la salud basado en los siguientes criterios<sup>13, 14</sup>:

- a) Acci6n multidisciplinaria de todos los estamentos implicados.
- b) Programas de intervenci6n en toxicomanías participados con entidades extrapenitenciarias (libres de drogas, sustitutos opiáceos, etc.).
- c) Programas de promoci6n y prevenci6n de la salud coordinados (ver cuadros 3 y 4).

### DIMENSI6N ECON6MICA DEL PROBLEMA

El impacto econ6mico que supone el desarrollo de los procedimientos, mecanismos de derivaci6n asistenciales y atenci6n socio-sanitaria de los internos afectados por la infecci6n VIH-sida, representa otra dimensi6n del problema. Un reciente estudio de los servicios penitenciarios de Catalunya, comunicado en el Congreso Nacional de Sida en Bilbao, en marzo de 1993, pone de manifiesto el incremento en el gasto farmacol6gico que representa para los presupuestos de servicios penitenciarios el aumento absoluto del n6mero de profilaxis primarias y secundarias, atendiendo a las recomendaciones de los organismos internacionales. En 1992, 320 internos (el 5,4 % de la poblaci6n reclusa catalana) recibían tratamiento con AZT (zidovudina). En enero de 1993, el porcentaje ya era del 7,5 %. S6lo el coste directo en antirretrovirales en 1993 ha supuesto alrededor de 150 millones pesetas. A finales de 1994, el 10 % de la poblaci6n penitenciaria catalana recibía dichos tratamientos<sup>15-16</sup>.

Asimismo, tal y como describe el cuadro 4, aquellos pacientes penitenciarios que seg6n los protocolos asistenciales requieren atenci6n hospitalaria, es decir, que presentan un cua-

TABLA IV

**Estructura funcional comparada del gasto sanitario consolidado el a6o 1993 del Servicio Catalán de la Salud y el de la DGSPR.**

	SCS %	DGSPR %
Atenci6n especializada	53,30	29,75
Atenci6n primaria	23,36	55,88
Farmacia	18,53	14,42
Otros	4,81	—
	100	100

Fuente: Servicio Catalán de la Salud/DGSPR.

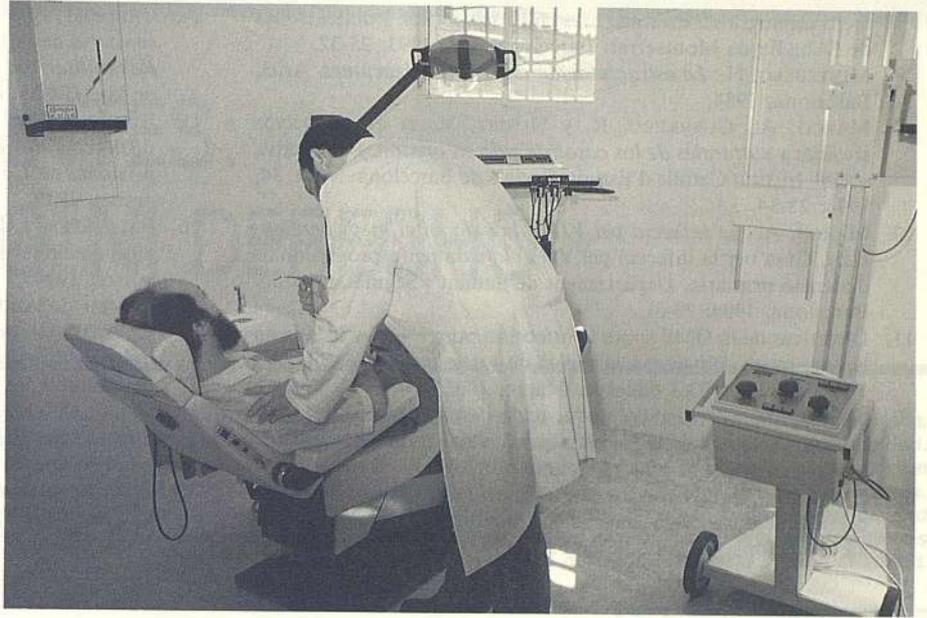
dro clínic que precisa una mayor atenci6n de la que se puede dispensar en las enfermerías de los centros penitenciarios, son atendidas por los hospitales de referencia de la red p6blica (XHUP) de Catalunya. Ello, de acuerdo con las tesis de Romeo Casabona en cuanto a los deberes de asistencia de los pacientes penitenciarios, publicados recientemente en JANO<sup>17</sup>, ha representado unos costes sanitarios consolidados en el ejercicio econ6mico de 1993 de m6s de dos mil millones de pesetas, lo que es lo mismo que una asignaci6n per cápita de gasto sanitario de 327.000 pesetas por cada uno de los 6.500 internos y a6o que ocupaban a finales del ejercicio las cárceles catalanas. Esto supone un coste de 3,8 veces superior al de la poblaci6n general, seg6n se desprende del presupuesto consolidado de 1993 del Servicio Catalán de la Salud<sup>18</sup>.

Un an6lisis funcional de los costes citados, a6n no siendo el objetivo de este trabajo, es imprescindible si lo que realmente queremos es reflexionar sobre los aspectos éticos de la actual organizaci6n de la asistencia sanitaria en las prisiones catalanas. Muy probablemente m6s de un analista podría objetar si es necesario este gasto, como se concreta y con base a qué criterios sanitarios, etc. En realidad, este artículo es lo que ha pretendido hacer hasta aquí. La tabla IV pone de manifiesto las características de la distribuci6n porcentual de los gastos sanitarios de la Direcci6n General de Servicios Penitenciarios y de Rehabilitaci6n comparados con los del Servicio Catalán de la Salud en 1993<sup>18</sup>.

Esta distribuci6n obedece a las características básicas del sector sanitario penitenciario: orientaci6n del servicio hacia la Atenci6n Primaria (56 % aproximadamente del gasto) frente a la Atenci6n Hospitalaria (30 % del total) que representa el mayor impacto en el SCS. Es de destacar que el Departamento de Justicia no gestiona directamente ning6n servicio hospitalario. Toda la asistencia terciaria es extrapenitenciaria a trav6s de la red hospitalaria p6blica concertada. Los costes directos por este concepto han supuesto en 1993 un total de 555.000.000 pesetas, asumidos directamente por el Servicio Catalán de la Salud.

Un trabajo reciente de J. Riviera en la revista *Salut Catalunya*<sup>19</sup> aporta datos en cuanto a los costes de la asistencia sanitaria de los pacientes infectados por VIH-sida. El estudio, basado en un registro individualizado de la utilizaci6n de recursos de un grupo de pacientes de un gran hospital de Barcelona, ha estimado el coste anual por persona-fase sida en 2,9 millones de pesetas (1992). Estas cifras serían muy similares a las obtenidas por el Programa Sanitario de la

Sala de especialistas  
en el Centre Penitenciari  
de Girona.



DGSPR al considerar la frecuentación hospitalaria de la población penitenciaria ajustada a casos declarados sida-clínico y el coste económico traducido en concertos y cláusulas complementarias firmados con los hospitales.

Este impacto económico es evidente que trasciende a la organización penitenciaria: los costes sociales directos e indirectos se añaden a los puramente médico-sanitarios y, además, el proceso desborda los equipamientos hospitalarios al transformarse en una enfermedad crónica. Por consiguiente, cualquier proyecto de planificación a medio y largo plazo exigiría decisiones de carácter bioético y no sólo asistencial.

### LA APUESTA POR EL FUTURO. BASES PARA UN CIERTO OPTIMISMO

Hay elementos de franca preocupación. Un ejemplo de ello es que hoy, en Catalunya, tenemos cien veces más casos de sida clínico en las prisiones que en la calle, treinta veces más tuberculosis y tres veces más hepatitis que en el exterior. Si bien es cierto esto, no menos cierto es que la prevalencia de infección VIH-sida en prisión parece seguir una tendencia a estabilizarse a la baja, al menos así lo confirman recientes cribajes no relacionados y aún no publicados pero que nos permiten mirar con un cierto optimismo.

Asimismo, y con optimismo, se han puesto recientemente en marcha dos programas socio-sanitarios en las prisiones catalanas; el Programa Piloto de Mantenimiento con Metadona (PPMM), iniciado en la cárcel Modelo de Barcelona a finales de 1992 y generalizado actualmente (enero 1995) a todos los centros penitenciarios dependientes de la Generalitat de Catalunya. Este programa con sustitutos opiáceos ha sido posible gracias a la colaboración del Órgano Técnico de Drogodependencias de Catalunya y persigue los objetivos de los programas de reducción de riesgo (reducción riesgo de infección en UDVP, control sanitario de la infección tuberculosa, registro sanitario, etc.) complementándose con programas libres de droga y la existencia de dos comunidades terapéuticas intrapenitenciarias en dos centros penitenciarios del

área metropolitana de Barcelona (La Roca del Vallès y Sant Esteve de Sesrovires).

Por otra parte, la participación directa de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en la puesta en marcha de un recurso de cuidados paliativos para atender a los enfermos en fase terminal de sida beneficiarios de la concesión de libertad condicional, constituye un paso cualitativo en la dignificación de la atención sanitaria de este colectivo y un claro ejemplo de solidaridad. Ello es también motivo de esperanza, como lo es que a partir de esta experiencia, hoy, dos años después, otros centros socio-sanitarios del área metropolitana de Barcelona también ingresan pacientes en fase terminal, procedentes de diferentes prisiones.

Finalmente, recordar tan sólo el reto que supone este modelo sanitario que apuesta por un concepto de salud basado en la aportación que en su momento, si cabe hoy más actual que nunca, hizo el *X Congrés de metges i biòlegs de llengua catalana de Perpinyà* en 1976<sup>29</sup> y que definía la salud como aquella manera de *vivir, autònoma*, aún sin libertad física, *solidaria*, como el entorno y las personas y *jovial*, a pesar de la tristeza que supone el cumplimiento de la condena.

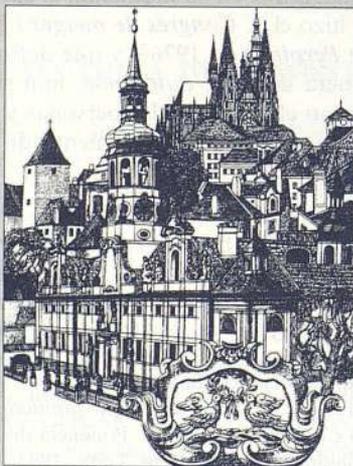
### BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 15/90, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria a Catalunya.
2. Evolució de la població penitenciària a Catalunya. Novembre 1991-març 1993. Justidata, núm. 5, Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada, 1993.
3. BALLESTER, J.: *Integración de la sanidad penitenciaria en el Servicio Catalán de la Salud*. Ponencia del I Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria. León, 1993.
4. Ley 1/1979, de 26 de septiembre, Orgánica General Penitenciaria. BOE 239, de 5 de octubre de 1979.
5. Convenio de prestaciones sanitarias entre los Departamentos de Justicia y de Sanidad y Seguridad Social.
6. Proposta de pla funcional de l'Hospital General Penitenciari de Catalunya. Departament de Justícia i de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Juliol, 1987.
7. MARCO, A.: *Salut i presons*. Qüestions de vida cristiana. Nú-

- mero monogràfic. Presons: Més enllà dels tòpics. Publicacions de l'Abadia de Montserrat. Barcelona, 168, 1993: 25-32.
8. MINTZBERG, H.: *La estructuración de las organizaciones*. Ariel, Barcelona, 1984.
  9. MARCO, A., GUERRERO, R. y HUMET, V., et al.: *Aspectos sociales y culturales de los casos de sida en prisión*. Perspectiva social. Institut Catòlic d'Estudis Socials de Barcelona. Núm. 34, 1994: 23-34.
  10. MARCO, A.: *La infecció pel VIH i la sida en el medi penitenciar*. Guia per la infecció pel VIH i la sida per a professionals d'atenció primària. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, 1994: 78-81.
  11. Directivas de la OMS sobre la infecció por el VIH y la sida en las prisiones. Programa mundial de lucha contra la sida. W. HO/EPA/DIR/93.3 Ginebra. Marzo, 1993.
  12. MERINO, M.: *Prevención y educación desde la consulta ambulatoria*. Ponencia de la II Reunión nacional sobre el sida. Pub. of SEISIDA. Vol. 5, núm. 3, marzo, 1993.
  13. BALLESTER, J.: *L'educació per a la salut a les presons*. Ponència del I Seminari Sida, Educació i Comunitat. Fundació La Caixa. Barcelona, 4 i 5 de desembre, 1992.
  14. CALDERÓ, A. y BALLESTER, J.: *Programa de actuación socio-sanitaria de la Dirección General de Servicios Penitenciarios y Rehabilitación*. Ponencia del IV Simposium Europeo Regional de la AIDS. Barcelona, 25 y 26 de enero de 1991.
  15. ESPINOSA, M. I., SARDÀ, P. y MARCO, A., et al.: *Tratamiento farmacológico en pacientes VIH +: impacto económico en las prisiones de Catalunya*. II Congreso Nacional de Sida. Bilbao, marzo, 1993.
  16. BALLESTER, J.: *Problemática en prisiones*. Ponencia en II Reunión Nacional sobre el Sida. Pub. of SEISIDA, vol. 5, núm. 3, marzo, 1994.
  17. ROMEO CASABONA, C.M.: *El deber de asistencia médica a los pacientes de sida*. Jano, vol. XLIV, núm. 1024, 1993: 45-51.
  18. Fulls Econòmics del Sistema Sanitari. Núm. 20. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Octubre-desembre, 1993: 9-16.
  19. RIVIRA, J., et al.: *Els costos de l'assistència sanitària als malalts infectats pel VIH i la sida: una aproximació empírica*. Salut Catalunya, vol. 6, núm. 4, 1992: 139-144.
  20. FONT, J.: *La salut. Funció social de la medicina*. Ponència X Congrés de metges i biòlegs de llengua catalana. ACMCB i SCB. Barcelona, 1976.

**8.º CONGRESO EUROPEO  
FEDERACIÓN EUROPEA DE ASOCIACIONES DE MÉDICOS CATÓLICOS**

**La medicina de hoy y nuestra imagen del hombre**



Del 5 al 9 de junio de 1996

Praga - República Checa

**INFORMACIÓN:**

8.º Congreso Europeo de FEAMC

P.O. Box 88, Sokolská 31

120 26 Prague 2, Czech Republic

Tels. 42 2/29 72 71 // 29 68 89 // 24 91 51 95

Fax 42 2/29 46 10 // 24 21 68 36

# 9. TRANSEÚNTES: SIN TECHO, NI DERECHO

*Hace ya unos meses, concretamente el pasado 28 de enero, se celebró el día de los sin techo. Esta jornada estuvo marcada por una serie de encuentros en los que se reflexionó sobre la mendicidad. En Huesca se llevó a cabo uno de estos encuentros donde se debatieron criterios, se sugirieron algunos otros y se reflexionó para ver cómo facilitar la puesta en práctica de los mismos. De las ponencias allí expuestas LABOR HOSPITALARIA ofrece dos de ellas sobre la realidad de la mendicidad en nuestro entorno y, de la mano del Evangelio, se profundiza en algunas cuestiones de obligada referencia para el cristiano.*

## 9.1 NO A LA LIMOSNA, SÍ A LA PROMOCIÓN

Ponerse a hablar sobre el asunto de la mendicidad produce en principio una cierta sensación de desasosiego ya que te obliga a caminar por el filo de una navaja entre la realidad y las apariencias, entre la injusticia y la picaresca e incluso en ocasiones la profesionalidad mendicante; y te enfrenta con tu propia responsabilidad como creyente que no sabe si da una respuesta adecuada o inadecuada al deber de caridad que es el fundamento de nuestro comportamiento. Pero no hay que echarse atrás sino afrontar el problema y adoptar posturas claras fruto de una reflexión no superficial sino que intenta ir a la raíz de los problemas para ayudar a las personas a vivir como tales.

Comenzaré por describir los *tipos* de mendigos con los que nos topamos:

- Para empezar nos encontramos con los que se sitúan en la puerta o en el patio de la iglesia, aprovechando la mentalización que se produce en las mismas acerca de la necesidad de practicar la ayuda al prójimo. Su comportamiento suele ser respetuoso, abriendo la puerta, limpios y con educación.
- Hay quienes, sin embargo, no se quedan ahí sino que acuden a la casa parroquial a pedirle directamente al cura, o que incluso se cuelan en el templo y piden en el interior del mismo. Los cierto es que en ocasiones pierden esa actitud de respeto mencionada y reaccionan violentamente si no les da lo que solicitan, por lo cual ha sido necesario en alguna ocasión el recurso a la policía.
- Otros piden en plena vía pública, normalmente en lugares estratégicos. Suelen utilizar carteles expresando su indigencia o adoptar posturas conmovedoras (por ejemplo, ponerse de rodillas). Hay que decir igualmente que suelen organizarse entre ellos para repartir puestos y horas y que a veces se pelean por ocupar un puesto codiciado.



- Los hay que van pidiendo por los pisos, utilizando en determinados casos tarjetas especiales de recomendación.
- Están los que organizan representaciones en la calle, fundamentalmente de carácter musical o pictórico.
- Y los hay, finalmente, que se mueven acompañando a las personas a lo largo de la calle y solicitando su limosna.

¿Cómo suele reaccionar la gente ante los mendigos? Voy a empezar describiendo comportamientos que obedecen a criterios que me parecen incorrectos.

- Hay reacciones de *conmiseración*. Se derraman *lágrimas de cocodrilo* al ver su imagen enternecedora, pero estas lágrimas se olvidan al doblar la esquina de la calle y fijarnos en otros aspectos más risueños.
- Se duda: ¿me engaña?, ¿lo necesita de verdad o es un pícaro que hace su negocio de esta forma? Pero, por si acaso, le doy limosna y ya está.
- Le doy para quitármelo de encima, para que deje de molestarme o porque igual se enfada si no le doy nada y empieza a meterse conmigo.
- Le doy porque es un *deber* cristiano ayudar al pobre (claro que sin profundizar en qué debería consistir esa *ayuda* para que resultara más eficaz).
- Le doy para descargar mi conciencia: hago una *obra buena* (y así me siento yo también *buena* persona).
- Le doy o damos por cuestión de *imagen*. ¿Qué diría la gente si yo, persona de Iglesia, religioso o religiosa, no ayudo (= doy limosna), sobre todo si tenemos en cuenta que los Obispos de Aragón dicen que debemos poner nuestras personas e instituciones al servicio de los pobres?
- Y los hay, igualmente, que reclaman que se prohíba tajantemente la mendicidad porque es un escándalo la imagen de miseria que dan los mendigos en lugares como la calle principal o la hermosa entrada de nuestra iglesia.

Detrás de todo esto suele haber posicionamientos bastante incorrectos, como por ejemplo:

- Reducir el problema de la mendicidad al plano individual del pobre, prescindiendo de que es un problema más amplio y con unas causas relacionadas con el tipo de sociedad que nos hemos montado.
- Dar limosna con una mano, mientras que con la otra nos negamos a reducir nuestros gastos consumistas.
- Observar el problema descomprometidamente, como algo que no afecta a mi estilo de vida y de cuya solución yo también soy responsable.

Puestos a buscar soluciones a esta cuestión, no estará de más intentar reflexionar sobre las *consecuencias* que produce la práctica de la limosna:

- Es evidente que puede paliar una urgencia inmediata, por ejemplo el hambre del momento. Pero también lo es que:
- Degrada al que la practica. Mantiene al mendigo en su situación. Genera dependencia y, por tanto, pasividad. Favorece el aumento de los que se dedican a pedirla. Invita a ganar dinero de manera *fácil*. Provoca incluso disputas entre los mismos mendigos.
- Resta eficacia a los programas de los servicios sociales: los mendigos no quieren utilizarlos si tienen la confianza y seguridad de que en la calle y sin mayor esfuerzo van a obtener lo que quieren.
- Supone fomentar muchísimo el engaño, la estafa y la picaresca.

- Y, en definitiva, es *INEFICAZ*: llevamos años dando limosna y no se soluciona el problema, sino más bien parece que al contrario.

## HACIA UNOS CRITERIOS DE ACTUACIÓN

A continuación os expongo algunos puntos claves que pueden ayudarnos a afrontar la problemática de la mendicidad desde unos criterios fruto de la reflexión desde la Plataforma Regional de Acción Social con Transeúntes.

- En primer lugar hay que englobar el fenómeno de la mendicidad dentro del más amplio de la *pobreza*. Se trata, por tanto, de pobres, aunque en la forma de relacionarnos con ellos conviene diversificar las situaciones: son pobres que mendigan.
- Nuestro objetivo fundamental es *humanizar*: queremos ayudar a que la persona sea persona, que se libere y tenga esperanza, en definitiva, que viva con toda su dignidad.
- Nuestra actuación debe encuadrarse dentro de las exigencias de la *justicia* que la sociedad debe a todos y cada uno de sus miembros. No se trata de que parchemos la injusticia: es preciso el reconocimiento y el ejercicio de sus derechos como ciudadanos, y esto hay que exigirselo especialmente a las autoridades públicas.
- Y, finalmente, si queremos hacer algo válido movidos por nuestra fe de creyentes en Jesucristo Liberador, tenemos que *encarnarnos* metiéndonos a fondo en el problema conducidos por el *amor* al prójimo: acercarnos de lleno a la miseria del otro para luchar juntos y superar la situación.

Estamos hablando de *pobreza* y conviene destacar su aspecto social: hay causas sociales muy concretas que están provocando la existencia de pobres y, más en concreto, de mendigos. Por eso es imprescindible comenzar con un adecuado *análisis de la realidad* de la situación de éstos que nos lleve a una actuación social con un proyecto social *global* para el desarrollo y promoción de los mendigos y que afecte a todas sus necesidades como personas. No se trata de hacer *asistencialismo* (que parchea, descoordinadamente y sin un proyecto claro) sino *promoción*. Y hacerlo *mojándonos*, no dando unas migajas en forma de limosna que a nada comprometen y nada solucionan.

La limosna, tal como afirmamos desde la citada Plataforma Regional, es indigna de la persona y una ofensa al Dios de todos. Y, puestos a dar orientaciones bien concretas, aquí os ofrecemos algunas:

- Debemos abandonar la práctica de la limosna individual dada al mendigo que te la pide.
- Es preferible y deseable que ese dinero se entregue a las organizaciones concretas que realizan un trabajo dignificador.
- Hay que favorecer el compromiso y la colaboración de los ciudadanos con estas organizaciones.
- Para facilitar lo anterior, hay que informar de los servicios concretos ya existentes así como de sus direcciones, empezando por los de la misma parroquia.
- En cualquier caso siempre será mejor ofrecer un trabajo que no una limosna.
- Y, en definitiva, debe ser labor de la Administración Pública, obligada por los preceptos constitucionales y apoyada por las organizaciones privadas, la tarea de solucionar

el problema de la mendicidad, ya que sus raíces se alimentan de la injusta organización social en que vivimos.

Ojalá asumamos las auténticas exigencias del amor al prójimo y no caigamos en las *trampas* que los mismos mendigos (buenos conocedores de nuestras *debilidades* sensibleras) explotan con habilidad. Y esto vale incluso para cuando se nos presentan a horas en que ya están cerrados los servicios de asistencia: por eso lo hacen, para conmovernos más. Recordemos

que el amor no está reñido con la exigencia, y que al ceder ante sus *chantajes* no les ayudamos en absoluto sino que reforzamos su estrategia que, entre otras cosas, les impide dar pasos válidos para promocionarse como personas.

**Pepe Nerín Baselga**

Sacerdote y psicólogo.

Miembro de la Plataforma Regional de Acción Social con transeúntes

## 9.2 REFLEXIÓN SOBRE LA MENDICIDAD

Los mendigos son un colectivo muy particular y específico: alguien los ha llamado *clase postmoderna*, ya que manifiestan todo un vacío, insuficiencia social e ineficacia de las respuestas dadas en general.

¿Qué hay que hacer? No es nada fácil. Pero, lo que queda claro, es que la mendicidad-limosna no sólo no sirve, sino que es negativa.

La solución no está en suprimir la limosna, porque nos molesta su presencia, sino porque no es una salida digna. Hay que buscar otros caminos más dignos. La respuesta adecuada desde la fe ha de brotar de la articulación metodológica entre la realidad del medigo analizada y discernida y la revelación divina.

Esta reflexión se centra sólo en la segunda: contemplar a los mendigos desde la mirada de Dios revelado en su Hijo, Jesucristo, pues quien la ve a él ve al Padre (Jn. 14, 9).

### JESÚS Y LOS POBRES

Jesús hace de su opción por los pobres el distintivo de su misión (Luc. 4, 18; Mat. 11, 4-5). Joachim Jeremías hace notar que Jesús «no sólo dice que el tiempo de la salvación ha llegado, sino: ¡la salvación ha llegado a los pobres!»

Jesús se pone sistemáticamente del lado de los pobres; a no ser que concurran otras circunstancias, como ocurre en la parábola del fariseo y el publicano: un pobre que se considera con derechos ante Dios y un rico que, reconociendo su pecado, mendiga la salvación (Luc. 18, 9-14). La razón de la predilección de Dios por los pobres se encuentra en Dios, no en ellos; se encuentra en el amor misericordioso del Padre.

El gesto característico de Jesús es el compartir la mesa con ellos (Luc, 15, 1ss). «Este interés inédito por lo perdido» se puede considerar como un rasgo característico del Evangelio: hecho en llamativo contraste con la mentalidad de las personas piadosas de aquel tiempo. Un ejemplo. Qumran: «Los cojos, los mancos, los tuertos, los ciegos, los sordos, los mudos, los que tengan algún defecto que les deforme la figura o simplemente los demasiados viejos... ninguno de todos estos debe tomar asiento en el consejo de la comunidad. Que ninguno

de ellos entre a tomar parte en la reunión de los hombres de renombre.

Los signos, que Jesús realiza, son signos de amor misericordioso, en los que destaca la humanización, la transformación de la condición de los pobres (los ciegos ven...). La acción de Jesús abarca a todo el hombre: lo biológico, lo personal, lo social, libera de la-ceguera del sistema, de la esclavitud del corazón (perdona) y crea en ellos confianza y esperanza.

Sus signos son Buena Noticia para los pobres. Algo es Buena Noticia porque promete un futuro mejor, porque nos permite mirarlo esperanzados, porque nos llena de energía, nos eleva la moral para enfrentarnos al mundo y a todos sus desafíos.

### LA EMINENTE DIGNIDAD DE LOS POBRES EN LA IGLESIA PRIMITIVA

La centralidad cristiana de la opción por los pobres forma parte del legado de la Iglesia primitiva, la cual dejará este mensaje sencillo y decisivo: la encarnación como comunión entre Dios y los hombres constituye el fundamento creyente y teológico de la doctrina cristiana sobre los pobres y sobre la propiedad. La dignidad del pobre para la Iglesia se fundamenta:

#### Son personas iguales en dignidad

«Es libre como tú y participa de tu dignidad y, sin embargo, a ese que no te es inferior en nada, lo valoras con frecuencia en menos que a tus perros» (San Juan Crisóstomo). «A ese que despreciamos y no podemos mirar porque su vista nos da náuseas, es un semejante nuestro hecho del mismo barro y los mismos materiales que nosotros» (San Jerónimo).

Esta dignidad del pobre no se traduce sólo en la necesidad de ayudarlo, sino también en la imposibilidad de sentirse superior a él por el mero hecho de ayudarlo: «Miras al pobre y le desprecias; no piensas que es hombre como tú» (San Cesáreo de Arlés).

Por tanto, el mendigo no puede reducirse a su mendicidad-

el problema de la mendicidad, ya que sus raíces se alimentan de la injusta organización social en que vivimos.

Ojalá asumamos las auténticas exigencias del amor al prójimo y no caigamos en las *trampas* que los mismos mendigos (buenos conocedores de nuestras *debilidades* sensibleras) explotan con habilidad. Y esto vale incluso para cuando se nos presentan a horas en que ya están cerrados los servicios de asistencia: por eso lo hacen, para conmovernos más. Recordemos

que el amor no está reñido con la exigencia, y que al ceder ante sus *chantajes* no les ayudamos en absoluto sino que reforzamos su estrategia que, entre otras cosas, les impide dar pasos válidos para promocionarse como personas.

**Pepe Nerín Baselga**

Sacerdote y psicólogo.

Miembro de la Plataforma Regional de Acción Social con transeúntes

## 9.2 REFLEXIÓN SOBRE LA MENDICIDAD

Los mendigos son un colectivo muy particular y específico: alguien los ha llamado *clase postmoderna*, ya que manifiestan todo un vacío, insuficiencia social e ineficacia de las respuestas dadas en general.

¿Qué hay que hacer? No es nada fácil. Pero, lo que queda claro, es que la mendicidad-limosna no sólo no sirve, sino que es negativa.

La solución no está en suprimir la limosna, porque nos molesta su presencia, sino porque no es una salida digna. Hay que buscar otros caminos más dignos. La respuesta adecuada desde la fe ha de brotar de la articulación metodológica entre la realidad del medigo analizada y discernida y la revelación divina.

Esta reflexión se centra sólo en la segunda: contemplar a los mendigos desde la mirada de Dios revelado en su Hijo, Jesucristo, pues quien la ve a él ve al Padre (Jn. 14, 9).

### JESÚS Y LOS POBRES

Jesús hace de su opción por los pobres el distintivo de su misión (Luc. 4, 18; Mat. 11, 4-5). Joachim Jeremías hace notar que Jesús «no sólo dice que el tiempo de la salvación ha llegado, sino: ¡la salvación ha llegado a los pobres!»

Jesús se pone sistemáticamente del lado de los pobres; a no ser que concurran otras circunstancias, como ocurre en la parábola del fariseo y el publicano: un pobre que se considera con derechos ante Dios y un rico que, reconociendo su pecado, mendiga la salvación (Luc. 18, 9-14). La razón de la predilección de Dios por los pobres se encuentra en Dios, no en ellos; se encuentra en el amor misericordioso del Padre.

El gesto característico de Jesús es el compartir la mesa con ellos (Luc, 15, 1ss). «Este interés inédito por lo perdido» se puede considerar como un rasgo característico del Evangelio: hecho en llamativo contraste con la mentalidad de las personas piadosas de aquel tiempo. Un ejemplo. Qumran: «Los cojos, los mancos, los tuertos, los ciegos, los sordos, los mudos, los que tengan algún defecto que les deforme la figura o simplemente los demasiados viejos... ninguno de todos estos debe tomar asiento en el consejo de la comunidad. Que ninguno

de ellos entre a tomar parte en la reunión de los hombres de renombre.

Los signos, que Jesús realiza, son signos de amor misericordioso, en los que destaca la humanización, la transformación de la condición de los pobres (los ciegos ven...). La acción de Jesús abarca a todo el hombre: lo biológico, lo personal, lo social, libera de la-ceguera del sistema, de la esclavitud del corazón (perdona) y crea en ellos confianza y esperanza.

Sus signos son Buena Noticia para los pobres. Algo es Buena Noticia porque promete un futuro mejor, porque nos permite mirarlo esperanzados, porque nos llena de energía, nos eleva la moral para enfrentarnos al mundo y a todos sus desafíos.

### LA EMINENTE DIGNIDAD DE LOS POBRES EN LA IGLESIA PRIMITIVA

La centralidad cristiana de la opción por los pobres forma parte del legado de la Iglesia primitiva, la cual dejará este mensaje sencillo y decisivo: la encarnación como comunión entre Dios y los hombres constituye el fundamento creyente y teológico de la doctrina cristiana sobre los pobres y sobre la propiedad. La dignidad del pobre para la Iglesia se fundamenta:

#### Son personas iguales en dignidad

«Es libre como tú y participa de tu dignidad y, sin embargo, a ese que no te es inferior en nada, lo valoras con frecuencia en menos que a tus perros» (San Juan Crisóstomo). «A ese que despreciamos y no podemos mirar porque su vista nos da náuseas, es un semejante nuestro hecho del mismo barro y los mismos materiales que nosotros» (San Jerónimo).

Esta dignidad del pobre no se traduce sólo en la necesidad de ayudarlo, sino también en la imposibilidad de sentirse superior a él por el mero hecho de ayudarlo: «Miras al pobre y le desprecias; no piensas que es hombre como tú» (San Cesáreo de Arlés).

Por tanto, el mendigo no puede reducirse a su mendicidad-

pobreza, ahí radica la crítica al puro asistencialismo, tiene que ser reconocido como sujeto humano, que, aunque excluido, vulnerable dada la fragilidad de sus relaciones sociales y desvalido (falto de valía), es digno de ser respetado en sus derechos fundamentales como persona única y situada. El considerar al mendigo como sujeto situado y condicionado por toda una historia es muy importante; de lo contrario, se pueden marcar metas y exigencias para las que puede ser incapaz de realizarlas, aumentando, de este modo, su problema y su desvalimiento. Pero se puede caer en el extremo opuesto: considerarlo de que no es capaz de hacer nada.

### Representan a Cristo

Son vicarios de Cristo. «Ellos representan a la persona del salvador, porque el Señor por su bondad les prestó su propia persona» (San Gregorio de Nisa).

El interés por el pobre-mendigo no es sólo asistencial, social, es también interés humano y de fe. Los pobres-mendigos no sólo tienen hambre de pan, tienen hambre también de dignidad, de salud integral, de sentido, de misterio. No son huérfanos, tienen un Padre y una familia (la de los hijos de Dios), aunque se encuentran fuera, excluidos.

Todo esto ha de quedar reflejado en la forma de relacionarse con ellos. Sin duda que habrá mendigos que se les pueda considerar como enfermos crónicos, con una personalidad muy deteriorada y, por tanto, nunca llegarán a ser autosuficientes. A estas personas será necesario ayudarles de por vida.

Los nazis, los darwinistas sociales y otros escupen sobre ellos. Recordemos, por ejemplo, a Nietzsche: «Los débiles y malogrados deben perecer; éste es el axioma capital de nuestro amor al hombre. Y hasta se les debe ayudar a perecer... La

compasión atenta contra la ley de la evolución, que es la ley de la selección». Nosotros, los cristianos por el contrario, afirmamos que la condición de imagen de Dios será siempre el gran atributo del hombre sin atributo. Eh aquí, el testimonio de Lucio Lombardo-Radice: «Desde un punto de vista cristiano es también importante dedicarse a una criatura humana, cuidarla y amarla, aunque esta entrega nuestra sea improductiva. Para el cristiano es importante dar todo su tiempo con gozo y alegría al enfermo incurable, y dárselo gratuitamente; para el cristiano es importante acompañar con amor y paciencia al anciano, ya inútil, en su camino hacia la muerte; es importante cuidar bondadosamente a los seres humanos últimos, a los más infelices y a los más imperfectos, incluso a aquellos en los que resultan ya casi indiscernibles los rasgos humanos».

### LA LIMOSNA

Para la Iglesia primitiva la obligación de la limosna era de estricta justicia; casi tanto como la obligación de no retener lo robado. Esto puede resultar sorprendente hoy en que la gente percibe y arguye que la mendicidad es una especie de mafia bien montada y de gente vaga. Pero, dicha constatación, aunque sea verdadera, no cuestiona el hecho de la limosna, sino el modo de practicarla. La verdadera solución está en canalizar las ayudas a través de instituciones especializadas, que son las únicas capaces de ofrecer a cada uno el tratamiento que necesitan.

**Félix Felipe**

Sacerdote.

Miembro del Comité de Ética HSJD. Zaragoza



**FUNDACION  
JUAN CIUDAD**  
O.N.G. PARA PROMOCION DE LA SALUD EN EL TERCER MUNDO

---

**HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS**

---

**SALUD** *para todos*

*La fundación desarrolla su labor humanitaria  
con 6.000 camas hospitalarias en África y América Latina*

FUNDACION JUAN CIUDAD - O.N.G.  
C/ Herreros de Tejada, 3  
28016 MADRID • Telf.: 457 55 03

CONTRIBUYE CON:

- Medicamentos
- Instrumental y aparataje sanitario
- Alimentos
- Ayuda económica

Banco Santander / Suc. 139 (Madrid) / N° Cuenta: 13.726

# 10. RECORTES DE PRENSA

*Se ha celebrado el V Congreso de la Sociedad Española de Oncología Médica el pasado mes de mayo en San Sebastián en el que se ha llevado a cabo una sesión dedicada a los cuidados paliativos.*

*Por tal razón, recogemos del número 1.495 (1995) de TRIBUNA MÉDICA, un par de entrevistas con dos de los médicos más significativos dentro del panorama de la medicina paliativa de nuestro país: el doctor Xavier Gómez-Batiste y el doctor Jaime Sanz Ortiz.*

*Por otra parte, reproducimos del mismo número de TRIBUNA MÉDICA una entrevista con la doctora Gloria Fernández Cantí que nos habla de un tema que parece puede convertirse en un grave problema para los profesionales de la salud: el «síndrome del burn-out» (síndrome del profesional quemado).*

*Agradecemos desde estas líneas la inestimable colaboración de los compañeros de TRIBUNA MÉDICA al concedernos su permiso para reproducir estas interesantes entrevistas para nuestros lectores.*



## XAVIER GÓMEZ BATISTE

*Asesor de Cuidados Paliativos del Instituto Catalán de la Salud y coordinador del programa piloto de la OMS en cuidados paliativos para Hispanoamérica*

### 10.1 «LA AUTOMEDICACIÓN DE MORFINA POR EL ENFERMO ES MUY IMPORTANTE EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS»

*El empleo masivo de la morfina de liberación controlada ha incidido de manera espectacular en el desarrollo de la atención a los pacientes desahuciados, según revela el doctor Gómez Batiste, en cuyo hospital se implementará la automedicación de morfina en su domicilio por los enfermos, como un decidido paso adelante en la gestión de este tipo de situaciones. Junto con esta valiosa herramienta terapéutica, la asunción por los gobiernos de la necesidad de los cuidados paliativos como una cuestión de salud pública, es el otro gran pilar en el que descansa el éxito de estos programas, según se afirma en la presente entrevista.*

*—En la sesión de cuidados paliativos se insistió en la idea de que la medicina paliativa no es monopolio de ninguna especialidad, sin embargo, hasta el momento parece seguir en manos de oncólogos...*

Esos no es del todo verdad. Los cuidados paliativos han surgido en casi todo el mundo amparados por la atención de los enfermos de cáncer y las organizaciones oncológicas, pero ya hay muchos programas que extienden los cuidados paliativos a los enfermos de sida, los geriátricos y los crónicos avanzados. En el programa que tenemos en Cataluña ya disponemos de unas cuarenta camas para enfermos de sida y también de equipos que atienden enfermos terminales que no son de cáncer, y también enfermos crónicos; en mi hospital contamos con un equipo que atiende enfermos respiratorios avanzados crónicos a domicilio; por tanto, esta idea, como es buena, se extiende a otras disciplinas. Cuando analizamos la procedencia de los profesionales implicados encontramos oncólogos, médicos de atención primaria, internistas, y otros que proceden de muchas especialidades.

*—¿Cómo se forman en Cataluña los expertos en cuidados paliativos?*

Hemos asociado la formación a la implementación de recursos y tenemos tres niveles: uno básico, de impregnación, donde el instrumento fundamental es un curso de 20 horas con carácter de pre-grado y post-grado; otro nivel que sería el intermedio, para gente que ya tenga un poco de experiencia; y finalmente estamos diseñando con el Instituto de Estudios de la Salud lo que será la titulación de expertos, para lo cual el candidato ideal sería una persona con formación y experiencia MIR de cualquier especialidad relacionada y una práctica residencial de seis meses a un año conviviendo con equipos paliativos. Creo que si no se da esta última condición, el aprendizaje tiene mucho menos valor.

*—¿Considera que los cuidados paliativos deben llegar a tener rango de especialidad, como ya sucede en Canadá?*

Es un debate prematuro, porque, como expuso uno de los conferenciantes, la especialidad depende de una serie de condiciones objetivas, que actualmente se dan en los cuidados paliativos, pero también tiene que ser un proceso aceptado y pactado con los demás compañeros para no producir hiatos extemporáneos. Proponemos un camino gradual en el cual llegar a la especialidad no es un objetivo, pero sí es una meta muy importante que los que se dedican a esto estén bien formados. Si más adelante surge la necesidad de una especialidad, habrá un debate y probablemente lleguemos a un acuerdo.

*—¿Estima que los cuidados paliativos continúan siendo considerados como una medicina de segunda categoría?*

Igual que ha sucedido con la geriatría y otras especialidades que dan una respuesta muy adecuada a problemas sociales y sanitarios importantes, los cuidados paliativos atienden una demanda social que les da su riqueza precisamente, aportando al sistema sanitario una visión mucho más integrada

de la sociedad, sus demandas y sus necesidades. Ahora bien, hay que hacer una interfase, que es la experiencia de los hospices británicos, que es lo más alejado de la corriente principal del pensamiento médico. Con todo lo valioso que ha sido la aportación de los hospices, hemos aprendido que el camino no pasa por estas iniciativas privadas sino por convertir los cuidados paliativos en programas de gobierno. Así es la experiencia de Cataluña, igual que la que se pondrá en marcha en Canarias dentro de poco tiempo; ambos responden a un problema de salud pública y desarrollan de forma integrada y globalizada recursos de cuidados paliativos en hospitales y en la comunidad, como en Cataluña, por ejemplo, donde contamos con 12 unidades en hospitales, otras 12 en centros sanitarios y 40 equipos diseminados en la comunidad, además del programa de formación de los equipos standard, lo que resulta en una cobertura muy elevada de cuidados paliativos e indicadores como el suministro de morfina, que da una idea de cómo están los cuidados paliativos en España, que son muy elevados actualmente. La manera de resolver este problema es con una solución de salud pública basada en estas iniciativas que generen recursos específicos y formación, integradas de forma global. Por este motivo el objetivo del centro colaborador de la OMS será diseñar programas intergubernamentales para el desarrollo de los cuidados paliativos bajo estos principios, porque tratándose de un problema de salud pública, la Administración tiene que tomar cartas en el asunto.

*—¿En qué medida ha incidido en la mejora de los cuidados paliativos en España la administración masiva a los enfermos de morfina de liberación controlada?*

Ha incidido de forma espectacular, permitiendo, con una prescripción fácil y eficaz, dar respuesta al control del dolor. Ha promovido que los enfermos puedan ser más atendidos en su domicilio hasta sus últimos días, simplificando mucho el tratamiento del dolor y otros síntomas. Aunque se podría decir que la mejor norma sobre la morfina es la que no existe, tal como ocurre en los países nórdicos, la legislación del Ministerio de Sanidad al respecto, en la que los expertos hemos participado bastante, representa un paso muy importante que hay que completar con la formación. Si bien ahora resulta más sencillo prescribir morfina, en la medida en que los médicos persistan creyendo en los mitos desacreditadores de la morfina, este analgésico seguirá siendo poco prescrito.

*—¿Qué posibilidades hay de que el enfermo llegue a gestionar su condición terminal, aprendiendo a autoadministrarse morfina, bajo supervisión de los médicos?*

De hecho, eso ya lo practicamos en Cataluña: cuando sugerimos y hablamos con los enfermos sobre cómo tratar y prevenir las crisis de dolor, les decimos que tomen morfina sin miedo, dando educación sanitaria a la familia sobre este asunto. En la nueva unidad que tenemos en el hospital pondremos experiencias de automedicación, en la línea de los cuidados paliativos que ponen al equipo sanitario como servidor de los objetivos personales del enfermo; lo cual, aplicado a la terapéutica, quiere decir que la automedicación en cuidados paliativos es muy importante.

—¿No existe cierta reticencia en los niveles gubernamentales a asumir los cuidados paliativos como una prioridad?

El desarrollo de los cuidados paliativos es una competencia de los gobiernos, y en este momento no hay argumentos para negarse a ello, puesto que son eficaces, responden a las necesidades del dolor, racionalizan los recursos e incluso el argumento de la falta de dinero ha dejado de tener peso, como lo prueba el que 200 camas de estas unidades en Cataluña hayan ahorrado más de 1.500 millones de pesetas en un año, con personas que si no hubieran estado en camas de agudos, donde la tarifa es el doble. Durante mucho tiempo se

dijo que esto era cosa de los ingleses, pero los enfermos son iguales en todas partes, y ahora que hay referencias en España de los programas de Canarias y Cataluña, no quedan excusas para que los gobiernos no los asuman. Vale la pena mencionar que el gobierno de Portugal ha solicitado formalmente el apoyo de expertos españoles para diseñar su programa, y lo mismo, los Institutos de Cáncer de Chile, Colombia y México.

—¿Podría decirse que España está irradiando al exterior su modelo de cuidados paliativos?

Sí, y esa irradiación se produce desde Canarias, Madrid y Cataluña.

## JAIME SANZ ORTIZ

Jefe de la Unidad de Oncología Médica y Cuidados Paliativos del Hospital Marqués de Valdecilla, Santander

# 10.2 «DISCULPO TOTALMENTE A LOS COLEGAS QUE HUYEN DEL ENFERMO TERMINAL»

*Durante largos años, dos maneras distintas de entender la medicina ha coexistido sin apenas contacto entre sí: por un lado, la biomedicina, que asume la distinción cartesiana entre cuerpo y mente y su fuerte sustrato biomolecular; por el otro, la medicina paliativa, que contempla al hombre y la enfermedad interactivamente, conforme las definió el doctor Sanz Ortiz en la conferencia que dictó en la sesión dedicada a cuidados paliativos. «Ha llegado la hora de romper estos compartimentos, de superar el tabú de la muerte como fracaso profesional; ése es el envite y no está resuelto», manifestó el especialista.*



—¿Por qué marca usted esa división tajante entre biomedicina y medicina paliativa?

El gran desarrollo de los medios técnicos y científicos en la fase terapéutica actual ha copado todo el tiempo del profesional para aprenderlos y aplicarlos, dejando un poco olvidada la terapia sintomática del paciente y la terapia paliativa. A pesar de seguir progresando en lo curativo, no hay que olvidar el avance paliativo. Esto debe recalcar, dado que la biología molecular tiene más y mejor prensa que la medicina paliativa, que habla de la muerte y el enfrentamiento del ser humano con la misma.

—¿Cómo ha evolucionado la medicina paliativa en España?

De España es muy satisfactorio hablar, puesto que en los últimos diez años se ha pasado de no haber absolutamente nada en cuanto a cuidados paliativos, a existir en este momento 77 unidades funcionando en todo el país, que van a dar una cobertura superior al 20% de los enfermos oncológicos en fase terminal. Para un país como el nuestro este avance

es notable, pues los anglosajones, que tienen una experiencia de treinta años en la materia, sólo han conseguido una cobertura no superior al 20%, es decir, la misma que nosotros, que comenzamos con retraso.

—¿Se restringe la medicina paliativa al enfermo oncológico o se extiende al cuidado de otros enfermos terminales?

La medicina paliativa no es una forma de pensar, es una forma de ser. Cualquier paciente puede tener síntomas que necesiten controlarse y por lo tanto hay que atenderlo, y por lo cual la medicina paliativa es útil en cualquier campo.

—¿No existe cierta reticencia en los niveles gubernamentales a asumir los cuidados paliativos como una prioridad?

El desarrollo de los cuidados paliativos es una competencia de los gobiernos, y en este momento no hay argumentos para negarse a ello, puesto que son eficaces, responden a las necesidades del dolor, racionalizan los recursos e incluso el argumento de la falta de dinero ha dejado de tener peso, como lo prueba el que 200 camas de estas unidades en Cataluña hayan ahorrado más de 1.500 millones de pesetas en un año, con personas que si no hubieran estado en camas de agudos, donde la tarifa es el doble. Durante mucho tiempo se

dijo que esto era cosa de los ingleses, pero los enfermos son iguales en todas partes, y ahora que hay referencias en España de los programas de Canarias y Cataluña, no quedan excusas para que los gobiernos no los asuman. Vale la pena mencionar que el gobierno de Portugal ha solicitado formalmente el apoyo de expertos españoles para diseñar su programa, y lo mismo, los Institutos de Cáncer de Chile, Colombia y México.

—¿Podría decirse que España está irradiando al exterior su modelo de cuidados paliativos?

Sí, y esa irradiación se produce desde Canarias, Madrid y Cataluña.

## JAIME SANZ ORTIZ

Jefe de la Unidad de Oncología Médica y Cuidados Paliativos del Hospital Marqués de Valdecilla, Santander

# 10.2 «DISCULPO TOTALMENTE A LOS COLEGAS QUE HUYEN DEL ENFERMO TERMINAL»

*Durante largos años, dos maneras distintas de entender la medicina ha coexistido sin apenas contacto entre sí: por un lado, la biomedicina, que asume la distinción cartesiana entre cuerpo y mente y su fuerte sustrato biomolecular; por el otro, la medicina paliativa, que contempla al hombre y la enfermedad interactivamente, conforme las definió el doctor Sanz Ortiz en la conferencia que dictó en la sesión dedicada a cuidados paliativos. «Ha llegado la hora de romper estos compartimentos, de superar el tabú de la muerte como fracaso profesional; ése es el envite y no está resuelto», manifestó el especialista.*



—¿Por qué marca usted esa división tajante entre biomedicina y medicina paliativa?

El gran desarrollo de los medios técnicos y científicos en la fase terapéutica actual ha copado todo el tiempo del profesional para aprenderlos y aplicarlos, dejando un poco olvidada la terapia sintomática del paciente y la terapia paliativa. A pesar de seguir progresando en lo curativo, no hay que olvidar el avance paliativo. Esto debe recalcar, dado que la biología molecular tiene más y mejor prensa que la medicina paliativa, que habla de la muerte y el enfrentamiento del ser humano con la misma.

—¿Cómo ha evolucionado la medicina paliativa en España?

De España es muy satisfactorio hablar, puesto que en los últimos diez años se ha pasado de no haber absolutamente nada en cuanto a cuidados paliativos, a existir en este momento 77 unidades funcionando en todo el país, que van a dar una cobertura superior al 20% de los enfermos oncológicos en fase terminal. Para un país como el nuestro este avance

es notable, pues los anglosajones, que tienen una experiencia de treinta años en la materia, sólo han conseguido una cobertura no superior al 20%, es decir, la misma que nosotros, que comenzamos con retraso.

—¿Se restringe la medicina paliativa al enfermo oncológico o se extiende al cuidado de otros enfermos terminales?

La medicina paliativa no es una forma de pensar, es una forma de ser. Cualquier paciente puede tener síntomas que necesiten controlarse y por lo tanto hay que atenderlo, y por lo cual la medicina paliativa es útil en cualquier campo.

—*No obstante, el paciente asistido en España dentro de esta disciplina sigue siendo mayoritariamente el enfermo terminal oncológico...*

Las unidades de cuidados paliativos han surgido lógicamente donde estaba el problema, es decir, en los servicios de oncología, y las unidades del Dolor han ido creando equipos que atiendan las necesidades del paciente oncológico. Aparte de que el 90 % de los enfermos terminales proceden del campo de la neoplasia.

—*¿Considera que todavía se mantiene el relativo desinterés que mostraban los oncólogos por el enfermo terminal?*

No, lentamente se va despertando en ellos un interés. Todo lo que suponga un cambio de actitud para la sociedad es mucho más lento que conseguir recursos económicos para comprar un aparato de 600 millones; pero en este congreso hemos tenido una prueba del cambio en curso, en la medida en que ha habido una mesa redonda de dos horas planteando la necesidad de los cuidados paliativos que, de haber un desinterés por parte de los oncólogos, no se hubiera planteado. Se ha progresado mucho, y hay que tener paciencia, ser tolerante, seguir insistiendo en la formación del oncólogo y enseñarle cómo se puede vivir y trabajar mejor ayudando a esto.

—*¿Qué ha aportado la introducción de la morfina de liberación controlada al manejo de los cuidados paliativos?*

Ha sido la primera morfina con la que hemos contado en el mercado nacional para prescribir. Afortunadamente, desde mayo de 1994, con el nuevo decreto de la liberación de prescripción de estupefacientes su administración se ha faci-

litado, lo que ha representado una cosa importante para estos enfermos y para los profesionales que tenemos que prescribirla.

—*¿Se ha transformado esta morfina en la herramienta farmacológica por excelencia para los cuidados paliativos?*

Es el analgésico mejor usado, que ofrece mayor fiabilidad, eficacia, y que mayor grado de confort produce en el paciente que tiene indicaciones. Su consumo representa, por otra parte, el mejor indicador del desarrollo de la medicina paliativa en España, registrándose un espectacular avance, que se mide en el número de kilos consumidos por cada millón de habitantes al año. Hemos pasado de 2,7 kilos en 1982 a 4,5 kilos a la fecha de hoy.

—*Uno de los ponentes en la sesión de cuidados paliativos se refirió a la enorme satisfacción que le produce al profesional ver morir plácidamente a un enfermo, ¿comparte ese sentimiento?*

Una práctica como la nuestra cambia completamente la escala de valores; en vez de estar preocupado por las cosas intrascendentes y los problemas absurdos que se montan las personas sanas, cuando los contemplas desde el prisma del enfermo terminal dejan de ser tales problemas. Pero es esencial meterse en la piel del paciente, si no, no se le puede ayudar. Ésa es la razón por la que algunos médicos huyen del enfermo terminal, no por malos profesionales sino porque no pueden soportar ponerse frente a su propia muerte. Yo disculpo total y absolutamente al compañero que huye de la situación, y si puedo, le ayudaré, pero en ningún caso le condenaré.

P. FRANCESCUTTI  
(Tribuna Médica, Vol. XXXII, n.º 1.495, 1995)

GLORIA FERNÁNDEZ CANTI

Especialista del Departamento de Psiquiatría  
del Hospital Clínico de Zaragoza

## 10.3 «EL SÍNDROME DE BURN-OUT PUEDE CONVERTIRSE EN LA EPIDEMIA DE LOS HOSPITALES»

La doctora Gloria Fernández Cantí, especialista del Departamento de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, está investigando la incidencia del Burn-out —síndrome del profesional quemado— en los centros sanitarios. En opinión de la doctora Fernández Cantí, este síndrome, que tiene una incidencia directa sobre la productividad laboral y la relación con los pacientes, corre el riesgo de convertirse en una verdadera epidemia en los hospitales. La especialista aragonesa reclama del Insalud una potenciación de los recursos humanos para aminorar el problema, con lo que se contribuiría a una sensible reducción del gasto sanitario.

—*No obstante, el paciente asistido en España dentro de esta disciplina sigue siendo mayoritariamente el enfermo terminal oncológico...*

Las unidades de cuidados paliativos han surgido lógicamente donde estaba el problema, es decir, en los servicios de oncología, y las unidades del Dolor han ido creando equipos que atiendan las necesidades del paciente oncológico. Aparte de que el 90 % de los enfermos terminales proceden del campo de la neoplasia.

—*¿Considera que todavía se mantiene el relativo desinterés que mostraban los oncólogos por el enfermo terminal?*

No, lentamente se va despertando en ellos un interés. Todo lo que suponga un cambio de actitud para la sociedad es mucho más lento que conseguir recursos económicos para comprar un aparato de 600 millones; pero en este congreso hemos tenido una prueba del cambio en curso, en la medida en que ha habido una mesa redonda de dos horas planteando la necesidad de los cuidados paliativos que, de haber un desinterés por parte de los oncólogos, no se hubiera planteado. Se ha progresado mucho, y hay que tener paciencia, ser tolerante, seguir insistiendo en la formación del oncólogo y enseñarle cómo se puede vivir y trabajar mejor ayudando a esto.

—*¿Qué ha aportado la introducción de la morfina de liberación controlada al manejo de los cuidados paliativos?*

Ha sido la primera morfina con la que hemos contado en el mercado nacional para prescribir. Afortunadamente, desde mayo de 1994, con el nuevo decreto de la liberación de prescripción de estupefacientes su administración se ha faci-

litado, lo que ha representado una cosa importante para estos enfermos y para los profesionales que tenemos que prescribirla.

—*¿Se ha transformado esta morfina en la herramienta farmacológica por excelencia para los cuidados paliativos?*

Es el analgésico mejor usado, que ofrece mayor fiabilidad, eficacia, y que mayor grado de confort produce en el paciente que tiene indicaciones. Su consumo representa, por otra parte, el mejor indicador del desarrollo de la medicina paliativa en España, registrándose un espectacular avance, que se mide en el número de kilos consumidos por cada millón de habitantes al año. Hemos pasado de 2,7 kilos en 1982 a 4,5 kilos a la fecha de hoy.

—*Uno de los ponentes en la sesión de cuidados paliativos se refirió a la enorme satisfacción que le produce al profesional ver morir plácidamente a un enfermo, ¿comparte ese sentimiento?*

Una práctica como la nuestra cambia completamente la escala de valores; en vez de estar preocupado por las cosas intrascendentes y los problemas absurdos que se montan las personas sanas, cuando los contemplas desde el prisma del enfermo terminal dejan de ser tales problemas. Pero es esencial meterse en la piel del paciente, si no, no se le puede ayudar. Ésa es la razón por la que algunos médicos huyen del enfermo terminal, no por malos profesionales sino porque no pueden soportar ponerse frente a su propia muerte. Yo disculpo total y absolutamente al compañero que huye de la situación, y si puedo, le ayudaré, pero en ningún caso le condenaré.

P. FRANCESCUTTI  
(Tribuna Médica, Vol. XXXII, n.º 1.495, 1995)

GLORIA FERNÁNDEZ CANTI

Especialista del Departamento de Psiquiatría  
del Hospital Clínico de Zaragoza

## 10.3 «EL SÍNDROME DE BURN-OUT PUEDE CONVERTIRSE EN LA EPIDEMIA DE LOS HOSPITALES»

La doctora Gloria Fernández Cantí, especialista del Departamento de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, está investigando la incidencia del Burn-out —síndrome del profesional quemado— en los centros sanitarios. En opinión de la doctora Fernández Cantí, este síndrome, que tiene una incidencia directa sobre la productividad laboral y la relación con los pacientes, corre el riesgo de convertirse en una verdadera epidemia en los hospitales. La especialista aragonesa reclama del Insalud una potenciación de los recursos humanos para aminorar el problema, con lo que se contribuiría a una sensible reducción del gasto sanitario.

### —¿Qué características definen a este síndrome?

La sintomatología del Burn-out puede agruparse en torno a tres ejes básicos: el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal en el trabajo. Los incluidos en el primer grupo de síntomas consideran la imposibilidad de *dar más de sí* en el trabajo y se caracterizan por el cansancio psicológico y la falta de ilusión. Por su parte, en el apartado de despersonalización se agrupan sentimientos de distanciamiento hacia los sujetos objeto del trabajo profesional —en este caso, pacientes—, actitudes cínicas ante ellos o desinterés sobre lo que pudiera ocurrirles. Ésta es una dimensión que implicaría una conducta de riesgo por parte del profesional y que vendría a responder a una reacción defensiva frente a la vivencia de impotencia ante la situación. Por último, en el tercer eje, se valora la disminución del sentimiento de realización personal en el trabajo o la sensación de que no se está desarrollando bien el trabajo y, en consecuencia, el profesional tiene una sensación negativa respecto a la tarea que está desarrollando. Según estas tres subescalas, que integran el MBI —Maslach Burnout Inventory—, se efectúa la medición de la intensidad de padecimiento del síndrome. Siguiendo la metodología desarrollada por Maslach y Jhonson en 1982, el padecimiento del síndrome de Burn-out implica que, de modo simultáneo, aparezcan cifras elevadas en las dos primeras escalas y bajas en la tercera. En virtud de estos parámetros, el burnout viene a definirse como un síndrome caracterizado por un cansancio emocional, que lleva a una pérdida de motivación y fracaso. Las repercusiones para una empresa de servicios, como es la asistencia sanitaria, son muy considerables, lo que ha llevado a un creciente interés por el estudio de este síndrome desde su perspectiva organizacional. Así, se ha descubierto una estrecha relación con los índices de absentismo, retrasos en el trabajo y, en general, con los indicadores de calidad del servicio.

### —¿Cuál viene a ser la etiología del síndrome?

El Bur-out relaciona tres aspectos que influyen en su aparición: Las características personales del sujeto que lo padece, su puesto de trabajo y la organización en la que éste se desarrolla. Se ha demostrado que las personas con alta necesidad de reparación inmediata, con baja autoestima o con gran actividad ante el ambiente son más proclives a padecer el síndrome. Según las investigaciones desarrolladas por Schaufeli en 1993 han probado que las personas que tienen necesidad de comparación social adquieren rápidamente unos niveles similares de burnout a los presentes en el ambiente en que éstas se encuentran. Este fenómeno ha sido denominado *contagio de Burn-out*, que adquiere unas características de verdadera epidemia en determinados ambientes, como la rama hospitalaria. De ahí la importancia de desarrollar una política de potenciación de los recursos humanos que evite este tipo de riesgos. Yo creo que el Insalud se ha ido concienciando crecientemente sobre este problema, aún cuando a su actuación le queda todavía bastante trecho por recorrer.

### —¿Qué tipo de variables pueden influir sobre la aparición y desarrollo de este síndrome?

Existen algunas variables personales, como el sexo, que pueden facilitar la aparición de Burn-out. Entre los hombres parece existir una menor tendencia a sufrir este síndrome, qui-



zás por una menor implicación afectiva en su trabajo. También se aprecia entre los varones una tendencia a presentar mayores niveles de despersonalización, si bien los resultados no son uniformes en todas las investigaciones. Lo que sí se ha determinado con bastante nitidez es la existencia de determinados puestos de riesgo, como los servicios con ancianos, pacientes oncológicos o aquejados de mal pronóstico en los hospitales.

Según una investigación realizada en 1992 por el profesor López Roig en la Universidad de Alicante y centrada en un Servicio de Oncología, los niveles de burnout más elevados correspondieron al personal que llevaba menos tiempo en el servicio, quienes acusaban también un nivel de despersonalización más alto que los trabajadores más antiguos. Ello parece indicar que una mayor habilidad y conocimiento en el trato con los pacientes son factores que vienen a proteger, en la práctica, del padecimiento del burnout. También resulta curioso la repercusión que el uso de nueva tecnología en las Unidades de Cuidados Intensivos representa para los niveles de burnout, ya que las investigaciones desarrolladas concluyen que la mayor inversión en estas unidades viene a incrementar, tanto el rendimiento de las mismas, como los niveles del síndrome entre el personal de estos servicios.

También las variables organizacionales muestran su importancia en el desarrollo del burnout. La falta de atención por parte de la organización, la poca autonomía laboral, la ambigüedad y conflicto del rol han demostrado su relación con la precipitación del síndrome de estar quemado. Asimismo, la aparición de niveles altos en alguna de las tres subescalas que antes mencionaba y no en las otras tiene una interpretación específica. Así, un alto agotamiento emocional puede aparecer como consecuencia de un stress laboral, pero si se mantiene un bajo nivel de despersonalización y un alto sentimiento de realización personal, estamos ante sujetos que mantienen un equilibrio psicológico que evita la aparición del cuadro sintomático de burnout. Y también puede ser una etapa en el desarrollo del síndrome, caso de que existan factores organizacionales o personales que precipiten la aparición del Burn-out.

A. CENZANO

(Tribuna Médica, Vol. XXXII, n.º 1.495, 1995)

## Congresos ■ Cursos ■ Reuniones ■ Jornadas ■ Conferencias

### ■ XXXVIII CURSO INTERNACIONAL DE LEPROLOGÍA PARA MISIONEROS, DIPLOMADOS EN ENFERMERÍA Y TRABAJADORES SOCIALES

Del 8 al 21 de octubre de 1995.  
Fontilles (Alicante).

#### Información

Comité Ejecutivo Internacional  
3 Place Claparede  
GINEBRA (Suiza)

Dr. José Terencio de las Aguas  
Sanatorio San Francisco de Borja  
03791 FONTILLES

### ■ CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN ANESTESIA/REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR

9, 10 y 11 de noviembre de 1995.  
Salamanca

#### Información

VIAJES Y CONGRESOS, S.A.  
Sierpes, 9, 1.º B  
37002 SALAMANCA  
Tel. (923) 26 72 92  
Fax (923) 26 92 08

### ■ XXXII CURSO INTERNACIONAL DE LEPROLOGÍA PARA MÉDICOS

Del 12 al 18 de noviembre de 1995.  
Fontilles (Alicante).

#### Información

Comité Ejecutivo Internacional  
3 Place Claparede  
GINEBRA (Suiza)

Dr. José Terencio de las Aguas  
Sanatorio San Francisco de Borja  
03791 FONTILLES

### ■ FUNDACIÓN MAPFRE MEDICINA «CONVOCATORIA DE BECAS PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS EN JOHN HOPKINS UNIVERSITY»

#### Información

FUNDACIÓN MAPFRE  
MEDICINA  
Ctra. Pozuelo a Majadahonda,  
Km. 3,5  
28220 MAJADAHONDA  
Tels. (91) 626 55 00  
626 57 04  
Fax (91) 626 58 25  
639 26 07

### ■ UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE COMILLAS (MADRID) (Instituto Universitario de Administración y Dirección de Empresas y E.U.E. San Juan de Dios)

Curso 1995-96  
Especialista en Dirección y Gestión de Servicios de Enfermería

Sesiones informativas:  
15, 22 y 29 de junio;  
12, 21 y 28 de septiembre a las 19 h

#### Información

Instituto Universitario  
de Administración y Dirección  
de Empresas (ICADE)  
M.ª Teresa Salvador  
Avda. Alfonso XIII, 162  
28016 MADRID  
Tel. (91) 350 20 70

### ■ UNIVERSITAT RAMON LLULL

Sección de Educación Social.  
Gestionada por la Fundació  
Pere Tarrés.  
Facultad de Psicología  
y Pedagogía Blanquerna.

MASTER INTERVENCIÓN  
SOCIO-EDUCATIVA  
CON MENORES: NIÑOS,  
ADOLESCENTES  
Y JÓVENES EN RIESGO  
O CONFLICTO SOCIAL

DIPLOMA UNIVERSITARIO  
DE POSTGRADO.  
DIRECCIÓN Y GESTIÓN  
DE ORGANIZACIONES  
NO LUCRATIVAS  
Y DE ECONOMÍA SOCIAL

#### Información

Fundació Pere Tarrés  
Numància, 149  
08029 BARCELONA  
Tel. (93) 410 16 02  
Fax (93) 419 62 68

Fundació Pere Tarrés  
Carolines, 10  
08012 BARCELONA  
Tel. (93) 415 25 51  
Fax (93) 218 65 90