

Hermanos de
San Juan de Dios
Barcelona
Provincia de San Rafael

Año 53. Segunda época. Abril - Mayo - Junio 2001
Número 260. Volumen XXXIII

CONSEJO DE REDACCIÓN

Director

MIGUEL MARTÍN

Redactores

MARIANO GALVE
JOAQUÍN PLAZA
CALIXTO PLUMED
FRANCISCO SOLA

Administración

JOSÉ LUIS GARCÍA IMAS

Secretaría de Dirección

MAITE HEREU

CONSEJO ASESOR

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

DIRECCIÓN Y REDACCIÓN

Curia Provincial

Hermanos de San Juan de Dios

Doctor Antoni Pujadas, 40
Teléfono 93 630 30 90
08830 SANT BOI DE LLOBREGAT
(Barcelona)

E-mail: curia@ohsjd.es

Información y suscripciones

E-mail: revistas@ohsjd.es

<http://www.ohsjd.es>

Publicación autorizada por el Ministerio
de Sanidad como Soporte Válido.
Ref. SVR n.º 401.

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

Sumario

Editorial

**ADIÓS AGRADECIDO
A UN VERDADERO HUMANISTA** 67

**GLOBALIZACIÓN
Y MARGINACIÓN SOCIAL** 70

José Luis García Imas, O.H.

**INMIGRACIÓN:
COMPROMISO PROFESIONAL
DESDE LOS VALORES DE SAN JUAN DE DIOS** 80

Àngels Pedrola, Núria Roca y Carme Vega

**LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS
SIN HOGAR** 86

Luis Loren

**ATENCIÓN SANITARIA A LAS PERSONAS
SIN HOGAR** 91

Álvaro Monzón

**PROTOCOLOS DEL COMITÉ DE ÉTICA
ASISTENCIAL DEL HOSPITAL SANT JOAN
DE DÉU DE ESPLUGUES (BARCELONA)**

**Principios generales de ética
en investigación biomédica** 93

Información en torno a los *exitus* 99

Maltrato en la infancia 102

Adiós agradecido a un verdadero humanista

El pasado 5 de junio moría, en su casa de Madrid,
DON PEDRO LAÍN ENTRALGO.

Nacido en Urrea de Gaén (Teruel) en 1908, era Doctor en Medicina y Cirugía y Licenciado en Ciencias Químicas. Perteneció a las Academias de la Historia, de la Medicina y de la Lengua, siendo Director de esta última desde 1982 hasta 1987. Fue Rector de la Universidad Complutense de Madrid entre 1952 y 1956.

Recibió numerosos e importantes premios como reconocimiento a su ingente labor: Premio Nacional de Teatro (1970), Premio Montaigne de Periodismo (1975), Gran Cruz de la Orden Civil de Alfonso X el Sabio (1978), Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad (1980), Premio Aznar de periodismo (1980), Príncipe de Asturias de Comunicación y Humanidades (1989), Premio Internacional Menéndez Pelayo (1991), Premio Internacional de Ensayo Jovellanos (1999). Asimismo fue finalista en diversas ocasiones del Premio Cervantes.

Enorme y variada su producción literaria, producto de su apertura a todo el ámbito de los saberes, señalamos los siguientes títulos: «España como problema» (1949), «Historia de la Medicina» (1954, revisada y reeditada en 1970 y 1982), «Teoría y realidad del otro» (1961), «La espera y la esperanza» (1962), «La relación médico-enfermo» (1964), «Descargo de conciencia» (1976), «Antropología médica» (1984), «Ciencia, técnica y medicina» (1986), «Cuerpo y alma» (1991), «Crear, esperar, amar» (1993), «Esperanza en tiempos de crisis» (1994), «El problema de ser cristiano» (1996), «¿Qué es el hombre?» (1999). Su último libro publicado fue «La empresa de envejecer» (2001). Trabajaba en estos momentos en «El morir de la persona».

Los elogios a su persona y a su obra han sido unánimes. «Don Pedro Laín Entralgo, para siempre entre los más esclarecidos espíritus de nuestro tiempo» (Federico Mayor Zaragoza); «Quienes hemos tenido el privilegio de conocer a Don Pedro Laín sabemos hasta qué punto era militante de la concordia» (Víctor García de la Concha, Director de la Real Academia Española); «No fue el primero de los historiadores españoles de la medicina, pero sí seguramente el mejor, el que con más garra persiguió la comprensión

profunda de la actividad y sentido de la medicina» (José Manuel Sánchez Ron, Catedrático de la Ciencia en la Universidad Autónoma de Madrid); «Fue una persona muy difícil de repetir porque amaba las ciencias y las letras en toda esa extensión clásica de gran humanista» (Carmen Iglesias, Académica de la Historia). «Ha sido un maestro ejemplar, de una generosidad y de una limpieza sin tacha, de quien hoy muchos españoles nos sentimos irremediabilmente huérfanos» (Eduardo García de Enterría, de la Real Academia Española). Elocuentes los titulares de la prensa escrita cuando informaba de la noticia de su muerte: «Una figura intelectual del siglo XX español» (La Vanguardia); «Se apaga la mirada curiosa y múltiple de Laín» (El País). «El humanismo pierde a Pedro Laín Entralgo» (El Mundo). «El humanismo pierde la figura del aragonés Pedro Laín Entralgo. La cultura española queda huérfana de un maestro multidisciplinar» (El Periódico). Lorenzo Gomis titula un artículo suyo en *La Vanguardia*, dedicado a Laín: «Hombre de ciencia y Conciencia»...

Viene Don Pedro Laín al editorial de LABOR HOSPITALARIA porque reconocemos en él la gran talla humanista de un pensador, amplio en saberes, reflexivo ante la realidad cotidiana, buceador de la urdimbre humana, catalizador del encuentro interdisciplinar posibilitado en él de forma admirable, honesto en sus principios, valiente en sus propuestas... Y capaz de profundo autoanálisis, desde el que asumir los errores, pedir perdón, hecho casi insólito entre los seres humanos cuando éstos han alcanzado el predicamento y la fama.

A dentrase en su «Descargo de conciencia» es toda una delicia. Acompañar a un hombre de este fuste por su biografía, penetrando en los sentimientos más profundos que se van fraguando en ella; descubrir sus experiencias más vitales que le van cincelandando como persona; descubrir el por qué de sus apuestas; en todo caso, acompañar el camino de un hombre que, arrancando de una guerra civil, trata de posicionarse en la vida desde un talante de honestidad intelectual, apertura ideológica, coherencia. Todo ello acompañado de un desgarramiento interior, de un asumir quedar relegado en el contexto político (y en sus circunstancias ello implicaba también el social y económico) que le llevó a lo que él mismo denominó, tras su cese como Rector de la Universidad Complutense, «el exilio interior».

Valga de ejemplo. Hablándonos de su familia, Don Pedro nos cuenta el perfil republicano, liberal y no creyente de su padre, así como las recias convicciones católicas de su madre. Y ambos, amándose de veras, respetándose. Basándose en esta experiencia incrustada en su alma desde los inicios de su vida, Laín cree que «sembró en mí el germen de la reconciliación, de la convivencia entre iguales, el de tolerar la disidencia, y no la enemistad».

Cristiano convencido, católico, también abordó en sus reflexiones el tema de la fe. En uno de sus libros lo hace de forma explícita («El problema de ser cristiano»). Casualmente (¿) resulta significativo la omisión que del mismo hacen determinados medios cuando detallan su producción. Implícitamente, su opción cristiana permeabiliza toda su obra y su pensamiento. En el mencionado libro subraya el principal y único mandamiento de Dios: «convertirse en prójimo del menesteroso». Hace desde ahí toda una auténtica antropología en la que sitúa la «proximidad» a la que el cristiano es llamado.

Desde su profundo humanismo, desde el amplio conocimiento de la historia y filosofía de la Medicina, desde sus vastos conocimientos en el campo de la física y, sobre todo de la química, Laín pergeña todo un proyecto interdisciplinar en el que el hombre es situado en el centro de todo un trabajo interdisciplinar, o mejor

transdisciplinar. Por ello, Laín Entralgo no puede dejar de ser considerado como uno de los bastiones de todo el desarrollo actual de la ética médica, de la deontología, de la bioética. En pocos como él éste era un debate tan rico como provechoso.

LABOR HOSPITALARIA tuvo el enorme placer de poder acoger una entrevista en sus páginas hace ya unos años (cf. 1985; 17 (196):87-91). Su aportación tiene hoy la misma actualidad que el día en el que fue publicada. Y es que la sabiduría auténtica sobrepasa al tiempo, a las modas, a las coyunturas políticas. Sus apelaciones por una enseñanza más humanista de los profesionales de la salud no han perdido vigencia; más bien hoy se está extrapolando dicha necesidad hacia todo el sistema educativo de nuestra sociedad.

Aparte de todo, queda también una razón que, si bien no es la más importante, no deja de tener su valor humano por la que LABOR HOSPITALARIA siente de un modo especial tan sensible pérdida. El director de la misma es paisano de Don Pedro Laín Entralgo; todavía más, nació no sólo en su pueblo sino en la que fuera su misma casa. Mas no estamos ahora por una proclama localista. Con Pedro Laín todos hemos perdido algo, mucho. Quienes nos movemos en un espacio como LABOR HOSPITALARIA, demasiado. Sólo nos consuela esperar que su inmensa sementera vaya floreciendo poco a poco en quienes, aunque sea a distancia, apostamos por los mismos retos hacia los que él encauzó su vida: el hombre, su dignidad.

Descanse en paz
DON PEDRO LAÍN ENTRALGO.

LH

Hno. PASCUAL PILES reelegido superior general **Hno. JOAQUIM ERRA elegido nuevo superior provincial**



▪ El Hno. Pascual Piles y el Hno. Joaquim Erra en una instantánea durante el XX Capítulo Provincial.

Durante el LXV Capítulo General, que tuvo lugar en Granada entre los días 5 y 25 de noviembre de 2000, fue reelegido en su cargo el Hno. Pascual Piles para el próximo sexenio.

Junto al Hno. Pascual Piles, fue aprobado el Consejo General, compuesto por el Hno. Donatus Forkan como primer Consejero; el Hno. Emerich Steirgerwald como segundo Consejero; el Hno. Luis María Aldana como tercer Consejero; el Hno. Pietro Cicinelli como cuarto Consejero; el Hno. Vincent Cochamkunel como quinto Consejero y el Hno. Leopoldo Gnami como sexto Consejero.

Por otra parte, se ha celebrado durante los días 27 de abril al 4 de mayo, el XX Capítulo de nuestra Provincia de Aragón en Sant Antoni de Vilamajor, en el que fue elegido el Hno. Joaquim Erra i Mas como nuevo Superior Provincial. También se aprobó la composición del nuevo Gobierno Provincial del que forman parte el Hno. José Luis Fonseca como primer Consejero; el Hno. Benjamín Pamplona como segundo Consejero; el Hno. Juan Bta. Carbó como tercer Consejero y el Hno. Miguel Martín como cuarto Consejero.

Desde LABOR HOSPITALARIA felicitamos a quienes han sido elegidos para desempeñar la misión de animación y la autoridad de la Orden, tanto en el Gobierno General como en el Provincial.

Globalización y marginación social

*HNO. JOSÉ LUIS
GARCÍA IMAS*

*Gerente de Sant Joan de Déu
Serveis Socials. València y del Albergue
Jesús Abandonado. Murcia*

A la hora de preparar este encuentro, he creído oportuno hacer una breve reflexión acerca de nuestro mundo y de su evolución, pues si bien es cierto, que la marginación social es aquella parte de la sociedad que menos sociedad es, también es cierto, que cada sociedad tiene la marginación que ella misma genera. No lo perdamos de vista, cada sociedad genera su propia marginación.

Creo que en la medida que todos vayamos descubriendo qué está ocurriendo entre nosotros, podremos ir conociendo qué nos pasa a los humanos y el por qué de nuestras acciones y reacciones.

Todos hemos oído hablar de la globalización, todos hemos visto libros, revistas, reportajes en televisión, etc., en que se nos insiste en el tema. No vamos a definirlo pero sí podemos sacar una conclusión. La globalización conlleva que la vida de los que hoy estamos reunidos en este encuentro, no es neutra a lo que en estos momentos ocurre en otras partes del mundo.

Ha habido miles de años en la humanidad que no ha sido así, pero hoy nadie puede asegurar que su vida está al margen de lo que pueda ocurrir en cualquier parte del globo. Si bien es cierto que no ocurre lo mismo con todos los habitantes de la tierra ya que hay lugares más globalizados y lugares menos globalizados.

Pensemos, por ejemplo, que la rueda es un invento de las culturas mesopotámicas y que hasta el año 1500 de nuestra era no llegó al continente americano.

Hoy esto es imposible en nuestra humanidad, lo que se produce en un rincón del mundo occidental, en breve incide y cambia la vida de todos los que forman parte de él.

Una primera conclusión se impone, para nosotros que desde la opción de vida religiosa hemos aprendido unas pautas culturales de vida muy regulares y estables, puede que gran parte de nuestro entramado cultural deba ser cambiado. Ya no sirve ha sido así, ahora puede que tenga que ser de otra manera.

Son frecuentes entre nosotros manifestaciones de que es necesario ser fuerte, de que hay que estar construido como persona para poder situarse ante esta sociedad de influencia e invasión constante de nuestra intimidad. Pensemos por un momento, que muchas de las personas que acuden a nuestros servicios, lo que les caracteriza es su debilidad, la poca consistencia de su ser como personas, la facilidad con la que buscan compensaciones y escapes.

Pues de la misma manera que reconocemos lo que incide en nuestra vida, de igual modo incide en la vida de las personas que atendemos, es más si tenemos en cuenta que son personas con menos resortes que nosotros, si reconocemos que son personas con menos apoyos que nosotros; es decir que están más a la intemperie, es lógico, que se vean más arrastrados por los cambios y las influencias, bien de forma consciente o inconsciente, que es peor.

ORIGEN DE LAS OBRAS JUANEDIANAS

BARCELONA

Fue en el inicio de los bulliciosos 70, los años que en España siempre irán asociados al cambio; si bien hemos de reconocer que las instituciones religiosas ya habían cambiado y mucho en los años 60, los años conciliares.

Repito, fue en estos años, cuando la Orden en Barcelona puso en marcha el nuevo hospital materno infantil Sant Joan de Déu, fue en esta época, cuando los hermanos se plantearon como poner en funcionamiento un nuevo proyecto en la ciudad, más próximo a la Obra Benéfica, el nuevo hospital vivía al amparo del concierto con la Seguridad Social, sin que por ello dejase de atender las demandas de beneficencia que al mismo llegaban, y que fuera una respuesta a las necesidades sociales del momento.

Los que ya estamos en los 40, o los que hace una o varias décadas que pasaron por la edad del *demonio meridiano*, recordamos el año 1973, el año de la crisis del petróleo. La Europa del desarrollo, la Europa del crecimiento continuo desde el final de la segunda guerra mundial. Esa Europa que no conocía límites a su expansión, se encontró con un susto mayúsculo, pues los países productores de petróleo agrupados en la OPEP, decidieron ponerse de acuerdo y subieron el precio del barril, de forma considerable. El resfriado de la economía americana, supuso una tiritona fatal para toda Europa.

En España, que vivíamos a la sombra de los planes de desarrollo, que auguraban pan para cada español, pero hacía años que manifestábamos hambre de algo más que pan y no sólo en el mundo de la economía; la tiritona nos hizo entrar en una gripe crónica, de la que todavía no nos hemos superado. No nos engañemos, en los momentos de más desarrollo de este país, el paro lo teníamos desplazado fuera de casa, fue con la tiritona de Europa, cuando nos enteramos de este fenómeno y por desgracia, este fenómeno sigue vigente y con mucha fuerza en la España actual, la gripe del paro se ha hecho crónica entre nosotros.

«Con Franco no había paro», es la frase preferida por los nostálgicos del viejo régimen —cada vez menos, gracias a Dios—. Es cierto, con Franco los parados estaban trabajando en Europa, fuera de casa y ayudando al desarrollo de este país, pues con las divisas que ellos mandaban se estaban pagando los bienes de equipo que se importaban, o paradoja de la vida, bienes de equipo que iban a zonas, de las que no eran los originarios que estaban en el exterior dejándose algo de sí mismos; pero bueno, no nos enrollemos, que este no es el tema de nuestro artículo.

Como decía, el 73, la crisis del petróleo, la emigración, etc. fueron un conjunto de elementos que sentaron

las bases para el inicio de una forma concreta de marginación en torno a las grandes ciudades. Eran el resultado del primer fracaso del desarrollismo. Eran personas que habían salido de casa en búsqueda de un futuro para sí y los suyos, pero que la crisis les había dejado en el camino, en la calle y sin futuro y fue en las grandes ciudades donde primero se manifestó este colectivo de marginación.

Barcelona, de paso para los que iban y volvían fue una puerta abierta a este fenómeno de marginación.

A este colectivo se propuso atender la Orden cuando quiso poner en marcha un proyecto complementario al Hospital Materno-Infantil moderno que acababa de nacer.

VALENCIA

Fechas similares y motivos parecidos se pueden indicar para el centro de Valencia, con la salvedad de que en este caso, no fue nuestra Institución la que puso en marcha la obra, sino que la llevaron a puerto las Damas Apostólicas.

Hay hermanos, que en los primeros setenta estaban en Valencia, que recuerdan la convocatoria de la CONFER (Confederación de Religiosos y Religiosas) regional para solicitar colaboración con el nuevo proyecto que se ponía en marcha.

De hecho, cuando nosotros asumimos el centro, todavía había algún religioso de otras instituciones que colaboraba en el Albergue.

HUESCA

Huesca es la expresión del albergue tradicional municipal, que tiene sus orígenes en los años 40, de acuerdo con la normativa vigente en el país y que como expresión concreta se debe a una reforma realizada hacia final de los 70 para poner en marcha el albergue y el comedor social, si bien como proyectos independientes.

MURCIA

De los años 70 también es la iniciativa de Jesús Abandonado, proyecto que nace en Andalucía para atender a las personas que están en el ámbito de las calles y que en el caso de Murcia en los años 80 se independiza del proyecto inicial y adquiere autonomía propia, para pasar a una entidad jurídica de ámbito diocesano en los primeros 90.

Es decir, el conjunto de los cuatro proyectos, si va o no va, tiene una línea motora común y un inicio en el tiempo relativamente parecido.

Muchas de las personas que acuden a nuestros servicios, lo que les caracteriza es su debilidad, la poca consistencia de su ser como personas, la facilidad con la que buscan compensaciones y escapes.

LOS USUARIOS

EL CONCEPTO DE TRANSEÚNTE

Era aquella persona que iba y venía, sin un rumbo muy fijo y que se adaptaba a las situaciones, de la mejor manera posible. Hemos de reconocer que su nivel de exigencia no era muy alto, pues su espíritu de adaptación estaba por encima de lo demás.

El trabajo temporal, la mendicidad ocasional, alguna otra cosilla como la venta de rastrillo, etc., le permitía subsistir, con alguna temporada en los centros de acogida.

No vamos a presentarlo como un ser simpático y agradable, pero lo reconocemos todos, con el transeúnte se trabajaba con menos tensión y conflicto.

Evidentemente, era un mundo con alcohol, con mucho alcohol y con algo de salud mental alterada, en ocasiones.

EL CONCEPTO DE EMIGRANTE, SIN ASENTAMIENTO

Emigrantes que fueron a conquistar América y volvieron de vacío, los hubo siempre, podríamos decir, que desde Colón. No obstante, es en los años 70, cuando en las ciudades aparece un colectivo importante de personas que han salido de su lugar de origen y en el lugar de destino no se han asentado.

- *Son emigrantes del mundo rural a la ciudad*, que no encuentran trabajo y se adaptan como pueden, iniciando un proceso de degradación personal de la mano de la ausencia de una salida a sus vidas.
- *Son emigrantes hacia fuera de España*, que con la crisis del petróleo se quedan descolgados y se ven obligados a volver, optando por las grandes ciudades, sin que por ello encuentren una solución a su situación.

Transeúntes y emigrantes no asentados son el colectivo más importante de las personas que son atendidas en su etapa inicial en los albergues.

Unas palabras acerca de los extranjeros. Salvo en los centros más del interior, como Huesca, extranjeros ha habido siempre en los albergues.

En Barcelona en finales de los 70 y primeros de los 80, los extranjeros venían de Sudamérica, eran los años de las dictaduras y muchos ciudadanos de esos países buscaban una salida en España.

En Murcia, del norte de África, siempre han contado con una importante representación.

ARTICULACIÓN DEL ESTADO DEL BIENESTAR. LOS DIFERENTES SERVICIOS ASISTENCIALES

Del año 1970 al año 1995, España ha logrado una gran transformación, como todo cambio presenta luces y sombras, habrá quien querrá ver más las luces y habrá quien se incline por las sombras. Creo que una valoración objetiva nos permitirá estar de acuerdo en el cambio y aspectos importantes de este cambio por lo que incide en nosotros.

LA GENERALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN

Ya antes de 1970 el sistema educativo estaba extendido por todo el país, de hecho, si no lo hubiera estado, más de uno de nosotros seríamos hoy analfabetos, pero es cierto que la legislación y la articulación como realidad social pública es a partir de estos años.

De la mano de esta articulación, con unos años de demora en el tiempo ha aparecido el fenómeno del fracaso escolar. No todos los niños y adolescentes que fracasan en la escuela acaban en la marginación, pero las nuevas generaciones de marginados sociales que aparecen en las grandes ciudades como tribus específicas, son personas que han fracasado en su proceso formativo.

Es más estos grupos de jóvenes de ámbito nacional e internacional, tienen a gala que viven al margen de la sociedad, que son un proyecto alternativo. Difícilmente se les ve por los servicios sociales, del tipo que sean; dicen querer vivir al margen de la sociedad y prescinden de sus servicios.

LA GENERALIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

La universalización de la sanidad en el país, también es un servicio alcanzado en los años referidos. En este caso, se ha realizado desde la articulación del mapa sanitario de las autonomías.

Este proceso tiene como positivo que los servicios sanitarios son más accesibles a los marginados sociales y pueden hacer uso de los mismos, pero tiene el gran inconveniente, que el sistema ha sido concebido y pensado para la atención de los enfermos agudos.

Los crónicos, los enfermos crónicos parece que no tienen lugar en el sistema, y que no hay suficiente dotación presupuestaria para ellos. Son atendidos cuando hay una reagudización, pero acto seguido, vuelven al domicilio.

La pega es manifiesta, y cuando no hay familia, ni domicilio soporte posterior, ¿qué hacemos?.

La enfermedad mental, las personas con dependencias de la droga legal y/o ilegal, son el exponente más claro de esta situación y son un colectivo importante en la marginación social de las ciudades. Reciben atención de una forma puntual y se les pide que sostengan su vida, con la ayuda de los suyos, cuando si están enfermos es porque no pueden sostener sus proyectos de vida y por eso caen en la desestructuración personal o en la dependencia.

No digamos nada, cuando no hay familia o la relación está deteriorada o ha desaparecido.

La población marginal que ha venido a nuestros centros, o que sigue viniendo donde no ha habido un desplazamiento por la población extranjera, en una proporción muy alta respondía al perfil de estas personas con problemas de salud mental en un sentido amplio y con el agravante del alcohol y/o la droga ilegal.

LA TERRITORIALIZACIÓN DE LAS PRESTACIONES SOCIALES Y EN ESPECIAL DE LAS PRESTACIONES NO CONTRIBUTIVAS

No es aventurado indicar que un importante colectivo de personas descritas en el apartado de transeúntes y de emigrantes sin asentamiento, al llegar a la tercera edad y con la implantación de las prestaciones sociales, han logrado una fuente de ingresos, que si bien no les alcanza para satisfacer sus necesidades básicas, sí les permite, con la ayuda de algún apañón en actividad económica sumergida tener un ritmo de vida estable, con puntuales demandas a los servicios sociales.

La PNC, o ayuda de ese estilo, más algunas horas al día de colaboración en la hostelería, o la venta ambulante, o en otras actividades, les permite a muchas personas pagarse la cama, puede que la comida —en caso contrario irán a un comedor social, o similar—; a cambio, tendrán que renunciar a su vida de trasiego de ciudad en ciudad y permanecer de una manera más estable en un lugar concreto.

DEMOGRAFÍA DE LOS PAÍSES DESARROLLADOS

Todos los países desarrollados, a partir de un momento concreto de su evolución presentan un doble fenómeno: el envejecimiento y la caída de la natalidad.

En unos países el fenómeno es más lento, en otros es más acelerado, pero en todos se presenta este doble fenómeno. En el caso de España y sus autonomías, el fenómeno ha sido muy acelerado, excesivamente acelerado.

El resultado es el mismo, falta mano de obra para que la economía siga su curso. Si se viven momentos de depresión económica, hace falta menos mano de obra, si se viven momentos de euforia, hace falta mucha mano de obra, que como no la hay ha de venir de fuera.

De esta manera, los emigrantes pasan a ser la piedra base para la articulación de los estados desarrollados:

- Asumen los trabajos que los ciudadanos de aquí no hacemos, bien por que no somos suficientes, o bien por que no queremos hacer.
- Con sus cotizaciones, pasan a ser la garantía de futuro de nuestros sistemas de pensiones, o mejor dicho, los que evitan la banca rota del sistema, pues la garantía de futuro, ya, es un tema más delicado.

Por una razón o por otra, imperiosamente los países desarrollados y España no es una excepción, necesitan la llegada de mano de obra cada año y de forma ininterrumpida, salvo que ocurra un cataclismo económico.

La mecanización de la economía, no llega a todos los sectores y hay sectores en los que la mano de obra básica es imprescindible:

- **El campo.** Por sus precios y sus condiciones, los de aquí no queremos hacer estas tareas y los de fuera son los que las asumen. En especial todo lo que conlleve trabajo de temporada.
- **La construcción.** Por sus condiciones de fuerza física y su penuria, tampoco es un sector al que se apuntan muchos nacionales no cualificados.
- **Los servicios.** Los horarios, la exigencia hace que donde no hay cualificación, la mano de obra sea de fuera; si bien todavía nos queda mucho camino por recorrer, hasta que aceptemos que determinadas etnias nos presten ciertos servicios; ahora bien, llegar, llegará.

EL FENÓMENO DE LA GLOBALIZACIÓN

A NIVEL MUNDIAL

Poca cosa falta a añadir de lo indicado, pues de todos es conocido que en el fenómeno de la globalización, lo primero que se produce es una concentración de la ri-

queza en determinados países y un aumento de la pobreza en otros.

No olvidemos que el drama de la globalización radica en que no es un fenómeno neutro y de que globalmente hay países que ya no cuentan y que han perdido interés a nivel planetario. Lógicamente a los ciudadanos de esos países les quedan dos caminos, subsistir como puedan, si es que pueden llegar a subsistir o emigrar, si es que tienen fuerzas y reúnen los recursos necesarios para hacer el viaje, recursos que a nivel de su economía doméstica suponen cifras desmedidas.

No es neutro de qué países proceden los emigrantes, tanto del norte de África, como del centro de África, lo mismo que los países del este de donde están viviendo los emigrantes. Pensemos que hay redes de explotación de este fenómeno migratorio y de las personas que en él se desplazan.

A NIVEL DE CADA PAÍS

De la misma manera, a nivel de cada país, la globalización está dando lugar a una concentración de la riqueza y a una diferenciación entre los que acceden a la globalización y los que quedan al margen.

Hoy en España hay menos ricos, más ricos y más pobres, más pobres. Se está aumentando la distancia entre unos y otros, todo y que al estar en una país que participa y se beneficia del hecho de la globalización, los efectos globales e individuales, en lo negativo, no tienen nada que ver, con los países que no acceden al reparto del pastel.

QUÉ NOS ESTÁ PASANDO Y QUÉ SUCEDE CON NUESTROS USUARIOS

En un mundo tan dinámico como el nuestro, el colectivo de personas que hacen uso de los servicios sociales destinados a la atención de personas sin hogar, o fuera del mismo, presenta también signos de cambio acelerado.

Al mismo tiempo, la aparición de las ayudas sociales y la delegación territorial de la gestión de las mismas, comportan un cambio en la conducta de los usuarios tradicionales de estos centros. El transeúnte que vivía rodando por el país, se ve en cierta manera condicionado a permanecer en un lugar concreto, o en todo caso, sus salidas pasan a tener un carácter más limitado en el tiempo. La ayuda limitada que supone la prestación social, junto con algún apaño, hacen posible que la demanda del centro de acción social pase a ser con carácter más puntual y esporádico.

En un mundo tan dinámico como el nuestro, el colectivo de personas que hacen uso de los servicios sociales destinados a la atención de personas sin hogar, o fuera del mismo, presenta también signos de cambio acelerado.

El colectivo de personas que su deterioro social se ve aumentado y complicado por problemas con el alcohol, drogas, juego, pérdida de salud y de manera especial la salud mental, sigue presente en estos centros de atención.

Además, la coordinación de los diferentes recursos que se dedican a la atención social en las grandes ciudades, permiten una cierta diferenciación y complementariedad entre los mismos.

Como es obvio, hemos de reconocer que los usuarios de los servicios sociales son diversos y que por esto, se exigen respuestas diferentes. Sobre la base de un servicio común, el albergue, se exigen programas complementarios más específicos y adaptados a las necesidades de las personas.

En el Albergue, se realiza la acogida y atención a todas las demandas y desde ahí, se orientará hacia los otros programas de actuación.

Veamos un detalle de los diferentes programas, en función de la situación de las personas:

- Hay un grupo de personas que, su presencia en el centro obedece a un alto en el camino en su ir y venir por las tierras de España. Es una parada y fonda en el sentido más literal; con estas personas la intervención de la trabajadora social no tiene mucho sentido, salvo que sea para aprovechar el momento adecuado y contrastarles sus posibilidades reales de futuro y la oportunidad de introducir un cambio en sus vidas.
- Otras personas demandan el albergue como un espacio de estar, hasta que surja una nueva oportunidad para reemprender su vida. En este caso, la intervención de la trabajadora social tiene como elemento clave la coherencia entre los planteamientos del residente y la respuesta que esta dando. No estará de más observar si hay algún problema añadido, que inicialmente no se ha manifestado, o del que no se tiene conciencia.
- Personas con claros problemas de salud. Exigirá una oferta de atención en la que se priorice el cuidado de

uno mismo, antes de la búsqueda de una solución laboral puntual.

- Personas con graves problemas de dependencia —droga, alcohol, juego, institucional, etc.—. Se impone plantear esa situación, antes que ninguna otra acción. Es posible que la persona afecta niegue la situación, o que considere que no es tal problema en su vida; en este caso, si no cambia de criterio, no tiene sentido intentar nuevas etapas.
- Personas con graves problemas de dependencia y que manifiestan deseos de abordar su problema —si bien son los menos—, será la oportunidad para iniciar programas específicos.
- Extranjeros, la mayor parte de ellos han venido al país buscando una salida a sus vidas. La ayuda inicial hasta que consiguen una salida laboral y de residencia, suele ser suficiente en la mayoría de los casos; es cierto que hay un grupo, que con el paso del tiempo puede ir aumentando, que presentan características muy similares a las personas sin techo nacionales, pero en este caso, se deberán asimilar a las personas ya descritas.

CIERTAS IDEAS RESUMEN Y PISTAS DE FUTURO

Sin que me sienta capaz de poder expresar todo lo que tras el fenómeno de la marginación se encuentra, a presente y sobre todo a futuro, sí me veo con ánimo de dar algunas pinceladas orientadoras de por donde pueden estar algunas pistas de futuro.

DESDE LA SALUD

Todo lo relacionado con la enfermedad se plantea y se planteará como un concepto de intervención desde la rapidez y la agilidad, lo cual, no lo perdamos de vista, es un inconveniente para todos los procesos asistenciales que conlleven tiempo, es decir, para todo aquello que conlleve cronificación y hospitalización larga.

El servicio sanitario se orienta hacia la intervención puntual y con el menor tiempo posible de presencia en el hospital. Se da por hecho que a la familia le toca asumir el proceso de convalecencia. Claro está nadie se plantea qué puede ocurrir si la familia no existe.

Si para la atención sanitaria ya se cuenta con la lista de espera —no olvidemos que la puerta que se está utilizando para privatizar la asistencia sanitaria de agudos, está siendo ésta— para la asistencia de enfermos crónicos la lista de espera la hará inasumible, pues será muy difícil encontrar la plaza que se necesita en el momento preciso.

Para las personas que viven al margen de la sociedad, el tema no tendrá salida y del hospital, pasarán a la calle.

La convalecencia será un espacio privilegiado para la acción apostólica, bien desde el acompañamiento y soporte a domicilio, bien desde servicios adecuados para esta atención.

DESDE LOS SERVICIOS SOCIALES

En la articulación del estado de bienestar que se ha ido haciendo en Europa a lo largo de este siglo, a presente y a futuro, la viabilidad económica del mismo presenta interrogantes. Lo que a finales de los años 80 algunas voces manifestaban en centro Europa y que si discutían con fuerza, en la segunda mitad de los 90 se han expresado en toda Europa y no escuchan voces contrarias.

El sistema con dificultad se aguantará y las pensiones no se podrán mantener al nivel que actualmente se garantizan. Cabe esperar que las más bajas serán las menos afectadas, pero vamos camino de unas pensiones, que para muchas personas no serán suficientes para hacer frente a la vejez.

La familia, presenta una disminución muy grande en el número de sus componentes, por ende pensemos en la situación de tantas personas ancianas que en estos momentos se están sosteniendo en la acogida de sus hijos, ni que sea rotando de forma periódica entre ellos, o de los que gozan de la asistencia en una residencia, que parte de su coste es asumido por los hijos.

Si hay pocos hijos, habrá más dificultad para repartir el esfuerzo de acoger al anciano y para cubrir el coste de la residencia.

El tema del marginado anciano, aquel que contará con una pensión no contributiva y que en estos momentos está siendo acogido en residencias de ancianos de religiosas o de entidades públicas, es un campo de futuro ilimitado, pues ambas están en dificultad a futuro:

- *Las primeras*, por su orientación, la mayor parte del coste lo asume la dedicación exclusiva y total de religiosas, que carecen de relevo.
- *Las segundas* verán limitada su dotación de presupuesto y por ende aumentarán el coste de la asistencia.

DESDE LA REALIDAD DE LOS CIUDADANOS DE OTROS PAÍSES

Es necesaria y pasará a ser imprescindible la presencia de ciudadanos de otros países para garantizar la continuidad de la actividad económica. Por otro lado, hay países que no soportan la tensión interna y la única salida que encuentran es la emigración.

El inconveniente está en que los países desarrollados

queremos controlar la presencia de los foráneos, para que no entre en tensión nuestro nivel de vida, en función de nuestras necesidades. A este fin estamos aplicando unas medidas de control que se consiguen saltar de forma constante y que dan lugar a un lucrativo negocio en el nuevo tráfico de esclavos, en este caso tráfico hacia la supuesta libertad de futuro.

Por otro lado, no hay voluntad política de arbitrar espacios para la acogida de estas personas, pues existe el temor de que si se arbitran estos espacios y centros de acogida, se está fomentando la afluencia de las persona.

Por encima de todo, estas personas necesitan ser acogidas y apoyadas, es más la experiencia dice, que con pequeñas ayudas se alcanzan grandes logros en la consecución de la autonomía personal de estos ciudadanos del mundo.

Hay un inconveniente a afrontar que es el tema del idioma, pues una persona se siente mucho más acogida, cuando puede expresarse en su lengua, cuando puede manifestar sus dudas, sus temores, sus inquietudes en su lengua, sabiendo que es entendido.

Hay un tema todavía más importante que es la cultura específica de cada pueblo, que dificulta la relación y la dinámica de funcionamiento y que fácilmente nos coloca a las puertas de la tentación de imponer la nuestra. No es fácil este tema y puede dar lugar a conflictos, que nadie desea.

Unas palabras sobre un tema especial. Recientemente el gobierno de los Estados Unidos ha declarado como tema de seguridad nacional, la enfermedad del SIDA, no es fácil determinar que intereses se están escondiendo detrás de una declaración de este tipo, invita a pensar que los hay. Un matiz que no se nos debe escapar, es el hecho de que es de dominio público que la enfermedad del SIDA en zonas concretas del planeta —África y Asia— es una pandemia. Si añadimos que muchos de esos países son el lugar de origen de los emigrantes, quizá encontremos un por qué a la decisión, si bien puede haber otros.

DESDE LOS MARGINADOS DE LOS MARGINADOS

Los enfermos mentales

No hay voluntad política de arbitrar una respuesta desde la necesidad real que tienen estas personas, se aplican formas intermedias, pero a las mismas no pueden acceder los enfermos mentales marginados.

A la atención al enfermo mental le queda mucho camino que recorrer y los planificadores sanitarios, los gestores sanitarios y sobre todo los políticos, tienen pánico al coste de la asistencia de por vida a tantas personas.

Mientras no sean un problema de orden público —y en este sentido el egoísmo de nuestra sociedad y de cada uno de sus miembros, cada vez aumenta más situaciones imposibles en la calle—, no se abordará el problema de los enfermos mentales en la calle.

Las personas con problemas de dependencias

El alcohol, la droga blanda, la droga dura, el juego, cada vez dejan a más personas en la calle y cada vez tienen más difícil su reinserción. El camino de reconstrucción es largo, penoso y difícil, muy difícil y en muchos casos, faltan motivaciones para afrontar un reto de estas dimensiones.

Los jóvenes que van de alternativos

Todos los hemos visto en su entorno de nuevas tribus nómadas, que van de un sitio para otro, en función de la presión que les ejerce la policía local y les obliga a desplazarse.

Van de proyecto alternativo, pero lo cierto es que a media tarde o a media noche, el alcohol, las pastillas, los porros, etc., han reducido a cada uno de estos jóvenes a auténticas piltrafas humanas. Sin olvidar que más de uno de ellos, no ha de esperar a la noche para estar en ese estado.

No se presenta nada fácil apoyar a estos jóvenes e intentar un proyecto de futuro con ellos, son incapaces de afrontar todo aquello que no conlleve aquí y ahora y no hay proyecto de reinserción que no conlleve, con sabemos dónde y no sabemos cuándo.

Para todos ellos hay algunas pistas a indicar:

- Cualquier cosa que se quiera hacer, exige una actitud de acompañamiento sin esperar resultados a corto plazo y ya veremos lo que puede ocurrir con los años.
- Como todo acompañamiento se debe iniciar desde la necesidad que ellos presentan y sienten y viendo si se puede dar respuesta a las mismas. Esto no es óbice, para que en cuanto sea posible comprometer al otro en la respuesta, ahora bien, es necesario ser muy creativos a la hora de ver ese compromiso del otro.
- Se deberá tener claro cuáles son los límites y dónde se deben colocar.
- De entrada, el espacio vital que tienen, sea el que sea, no puede ponerse en crisis, todo lo que conlleve poner en crisis ese espacio vital, es fracaso seguro de la propuesta que llevemos.
- Si se alcanzan respuestas que permitan un proyecto de grupo, nunca podrá ser superior a un número de

personas, que nos permita hacer frente a todas las situaciones de crisis que puedan ocurrir —que ocurrirán—, siempre desde respuestas individualizadas.

- Nuestro rol, si es que llega a existir, desde luego nunca será posible con el concepto de rol profesional que tenemos, por ejemplo, en el campo de los hospitales, será algo totalmente difuso y en necesidad de cambio frecuente.
- Nuestros conceptos morales, pues eso, deberán quedar en nuestros conceptos morales y no pueden ser impuestos y si han de ser expuestos, habrá que hacerlo con mucha prudencia y modestia.
- El encuentro en la fe, está llamado a ser un encuentro en la medida que el otro, pasa a sentirse interrogado por nuestra vida, por nuestra respuesta a su lado y por el por qué de todo esto. Sin renunciar a dar razón de nuestra fe, nos tocará dar respuesta vital a necesidades e intuiciones sobre la trascendencia y el lugar de Dios en la vida y en la nuestra.

Algunas cuestiones que nos pueden ayudar a la reflexión

- Cuando la Provincia inició este camino, ¿recuerdas cuál era tu tesisura sobre el mismo?, ¿y en el ambiente de la Provincia?, ¿qué opinión recuerdas había entre los hermanos?
- Sobre la evolución que ha tenido nuestro país en las cuatro últimas décadas, ¿te has parado en algún momento a valorar la misma? ¿A qué conclusiones has llegado? ¿Crees que este cambio ha afectado a la Provincia y a sus obras? ¿Dónde ves esos signos del cambio?
- Ante el fenómeno demográfico que esta viviendo Europa. ¿Qué piensas del mismo? ¿Qué crees que motiva que Europa haya pasado a ser el continente de las cunas vacías y de los ancianos?
- Hace años que estamos oyendo que el mundo es una aldea global ¿Crees que incide esto en tu vida? En Huesca, en Barcelona,... ¿serías capaz de indicar que signos hay en la vida ordinaria de ese cambio?
- Los extranjeros. ¿Consideras que España es un país acogedor o los estamos rechazando? ¿Tienes algún conocimiento de lo que cobran los extranjeros, sabes si hay diferencias en relación a lo que cobramos los españoles?
- Seguro que has visto, has leído sobre el drama de las personas que intentan entrar de forma ilegal en el país. ¿A qué crees que se debe esta situación?
- Sobre las pistas de futuro. ¿Estas de acuerdo con ellas? ¿En qué difieres de las mismas? ¿Te ves capaz de iniciar un camino, como el que se indica?

Inmigración: Compromiso profesional desde los valores de San Juan de Dios

«Era forastero y me acogisteis...»

MATEO 24, 45-25-36

«La mayoría se sumergió en la sociedad del hombre blanco buscando la bondad prometida, que incluía alimentos sin límites, y murieron en la pobreza, la forma legal de esclavitud.»

MARLO MORGAN. Las voces del desierto

ÀNGELS
PEDROLA I SEGARRA,
NÚRIA ROCA I CAPARÀ,
CARME VEGA
I MONTEAGUDO.
E.U.I. Sant Joan de Déu
Barcelona

El objetivo de este trabajo es hacer una reflexión sobre el compromiso profesional con el colectivo de inmigrantes, desde la ética y los valores juandedianos. Los elementos para esta reflexión los hemos extraído, principalmente, de la Carta de Identidad de la Orden de San Juan de Dios, de revisiones bibliográficas y del análisis de la situación actual de las personas inmigradas.

Vivimos una época marcada por desórdenes de tipo social, político y sobre todo económico. Las *desigualdades* en el mundo son cada vez mayores. El desequilibrio mundial se acentúa y perpetúa a sí mismo. El abismo de las desigualdades entre países y personas parece insalvable.

Gran parte de las poblaciones de África, Asia y América del Sur y Central viven en la pobreza, la exclusión y la marginalidad: infancias robadas, muertes por hambre o enfermedades curables, miseria obscena, explotación de mujeres y niños, avance del SIDA... son fruto de un sistema económico, social y político perverso, donde la persona no ocupa el primer lugar en la escala de valores y ve su dignidad amenazada porque está privada de satisfacer las necesidades básicas: salud, educación, alimentación, vivienda, trabajo y participación social y cultural en la comunidad.

Las *migraciones* son una de las múltiples consecuencias que se derivan de esta cruda realidad. Son un fenómeno social actual y de siempre. Es un hecho unido a la propia historia de la humanidad. No es nuevo de ahora, ni desaparecerá en el futuro.

Uno de los principios de la Orden de San Juan de Dios es estar al lado de los pobres, marginados y de los que sufren, como imperativo evangélico de justicia.

El número de inmigrantes irá en aumento y el endurecimiento de las políticas migratorias sólo conseguirá empeorar las condiciones del proceso migratorio (viaje, asentamiento, posibilidad de integración en la nueva sociedad, hostilidades...).

En un contexto mundial de orden económico injusto, conflictos bélicos y represión, globalización de los medios de comunicación y desigualdad de oportunidades, la migración es una estrategia de supervivencia.

El objetivo de este trabajo es hacer una *reflexión sobre el compromiso profesional con el colectivo de inmigrantes*, desde la *ética y los valores juandedianos*. Los elementos para esta reflexión los hemos extraído, principalmente, de la *Carta de Identidad de la Orden de San Juan de Dios*, de revisiones bibliográficas y del análisis de la situación actual de las personas inmigradas.

En la Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios¹ se recoge que:

«... la pobreza opresiva —a causa de estructuras sociales injustas que excluyen a los pobres— genera una violencia sistemática contra la dignidad de hombres, mujeres, niños y no nacidos que no puede tolerarse...».

Uno de los principios de la Orden de San Juan de Dios *es estar al lado de los pobres, marginados y de los que sufren, como imperativo evangélico de justicia*. Esta filosofía de servicio es quizás uno de los rasgos más característicos de la Orden, y parte de los orígenes mismos de su fundación.

Juan de Dios dio prueba de ello estando al lado de los marginados de su época; judíos, esclavos y moriscos fueron atendidos y cuidados por él. Tenemos constancia de este hecho en las cartas que escribió el santo y en la recopilación de los testimonios de su proceso de beatificación, recogidos por su primer bibliógrafo Francisco de Castro. Recordemos que igual que en cualquier parte y en cualquier época la Granada del siglo XVI tenía sus marginados.

Las siguientes citas lo confirman:

1. Carta d'Identitat de l'Ordre Hospitalari de Sant Joan de Déu. L'assistència als malalts i al necessitats segons l'estil de Sant Joan de Déu. 2000: 75.

Testimonio 42²:

«Bartolome Fernandez de Alaejos. Dice que teniendo 18 o 20 años por mandato de su padre fue a Granada... y le enseñaron como una cosa del cielo al bendito J.D., que no era muy alto de cuerpo y tenía un crucifijo grande en los pechos y llevaba una callasa en la mano, y cuando le vió le iba acompañando un negro, y decía la gente que él había ordenado que le acompañara».

Testimonio 17³:

«Daba limosnas a pobres vergonzantes, viudas, doncellas y toda gente...»

Testimonio 47⁴:

«Esta testigo vido muchas veces que el bendito padre buscaba pobres vergonzantes a quienes daba limosnas gruesas en cantidad, y a otros les llevaba medicinas por estar lastimados entonces o muy enfermos».

Flos Sanctorum, por el maestro Alonso de Villegas. Tercera parte, en su apéndice; edición toledana de 1588, fol. 98 V.:

«Vido una vez muerto uno de los envergonzantes en su propia casa, y no teniendo a la sazón con que hazelle enterrar, habló con un hombre rico que vivía allí cerca, y pidióle remediase aquella falta. El otro se escusó, que no podía ni tenía que darle; fue Juan de Dios y cargose del muerto y trúxole a su casa y dixo: Tanta obligación teneis vos para enterrarle como yo; yo no tengo de qué; vos, que teneis, enterradle»⁵.

Recoger los valores juandedianos, sobre todo el principio de Justicia, es el paso imprescindible para mejorar la salud de los colectivos más desfavorecidos.

Ustedes estarán de acuerdo en que recoger los *valores juandedianos*, sobre todo el principio de Justicia, es el paso imprescindible para mejorar la salud de los colectivos más desfavorecidos, entre ellos el de los inmigrantes que, procedentes del Tercer Mundo, llegan a nuestro país en busca de un mejor *proyecto de vida*.

La migración es un acto doloroso y forzado, en la ma-

2. De Castro, F. Historia de la vida y santas obras de Iuá de Dios. Granada, en casa de Antonio de Libríxa, 1585: 221.

3. De Castro, F. Idem: 244.

4. De Castro, F. Idem: 245.

5. De Castro, F. Idem: 168.

Los inmigrantes ponen de manifiesto la existencia de las desigualdades sociales en España y también, como consecuencia de ello, las desigualdades en materia de salud.

yoría de casos; y supone un trasplante cultural y social no siempre fácil de poder afrontar. La mayoría de los inmigrantes extracomunitarios son víctimas de una legislación que los margina y criminaliza, de un mercado laboral donde sus derechos como trabajadores no son tenidos en cuenta, de una exclusión social donde necesidades como salud, vivienda, comida... no siempre pueden ser satisfechas y también son víctimas de nuestro rechazo pasivo, de nuestra ignorancia y sobre todo de estereotipos y prejuicios.

No obstante todas estas dificultades, siguen viniendo. Vienen porque el deseo de cambio y de vida mejor son muy fuertes. Pero también siguen viniendo porque les decimos que necesitamos mano de obra barata, porque a los gobiernos de los países de origen les interesa exportar paro y conflicto social, porque los traficantes de personas existen y porque el sistema económico mundial (la famosa globalización) necesita nuevos esclavos del siglo XXI.

Podemos afirmar que la *mayoría de inmigrantes son personas sanas* que aportan muchos beneficios a los empresarios y al propio sistema, a costa de su salud, y que además resultan muy baratos a las administraciones. La persona que migra sufre la migración en propia carne. El cuerpo y el espíritu sufren el estrés físico y emocional, la soledad, la pérdida de la autoestima, la angustia, los sentimientos de culpabilidad por todo lo que han dejado. La migración es un factor de riesgo para la salud. La herida que genera la migración cuesta mucho de cicatrizar. A veces no curará jamás. Al cambio y a las pérdidas (familia, cultura, personas, paisajes) hay que añadir las dificultades para superar la pobreza.

Los inmigrantes, en gran medida llegados de países donde la salud tiene futuro sombrío, ponen de manifiesto la existencia de las *desigualdades sociales en España* y también, como consecuencia de ello, las desigualdades en materia de salud. Forman parte del peldaño más bajo de la estructura social de nuestro país. Un entramado de circunstancias convierten a los inmigrantes en personas especialmente vulnerables: El desconocimiento del sistema sanitario, las diferencias culturales en la

apreciación del estado de salud y enfermedad, barreras lingüísticas, desinterés de las administraciones.

La emigración, así como la pérdida de la salud no suponen una rebaja en la dignidad de la persona, ni en sus derechos universales inviolables e inalienables, aunque sí ponen de manifiesto la *vulnerabilidad* de todo ser humano. Cualquier persona podemos vernos en la necesidad de emigrar y sin duda todos somos potencialmente enfermos.

Diferentes estudios realizados en países con un número importante de inmigrantes demuestran que las *condiciones de salud* de este colectivo están determinadas por su situación en el mercado laboral (trabajo sumergido, sueldos bajos, trabajos marginales y peligrosos, sobreexplotación en definitiva), por la marginación social y cultural en la que viven, por el riesgo jurídico que soportan, por las carencias de vivienda, los déficits nutricionales, por la falta de redes de soporte social y también por nuestra incompreensión.

El *derecho a la salud* es de todos y para todos. Es un derecho que está por encima de cualquier otra consideración. Así lo reconoce la Carta de los Derechos Humanos, la OMS y las leyes de nuestro país. Si tenemos en cuenta, como señala la OMS, que la principal causa de enfermedades en el mundo es la pobreza, mejorar las condiciones de vida de este colectivo es la prioridad ineludible.

Los inmigrantes se ven en la necesidad de aprender las pautas culturales de la sociedad de acogida, también en lo que se refiere al cuidado y restauración de la salud. Para un inmigrante —aunque no sólo para ellos— el complicado funcionamiento de las instituciones sanitarias puede hacerlas inaccesibles. Si queremos que nuestras instituciones cumplan su objetivo, servir a las personas que las necesiten, somos quienes trabajamos en ellas los que podemos y debemos hacerlas asequibles y humanas: orientando, informando, facilitando trámites, en definitiva *traduciendo* su funcionamiento. «Sentirse aceptado y acogido es un elemento esencial para vivir un estado de seguridad y confianza»⁶.

Asegurar la salud de los inmigrantes requiere una acción interdisciplinaria donde médicos, enfermeras, antropólogos, psicólogos, agentes de salud, etc., trabajen de manera dinámica y flexible, pero donde, sobre todo, se incluya a los propios inmigrantes para que puedan opinar y decidir sobre sus necesidades y prioridades en salud. Es imprescindible su participación como interlocutores válidos en el debate sobre los temas relacionados con su salud.

Los *profesionales de la salud* no debemos olvidar que la enfermedad y la búsqueda de la recuperación de la salud es un hecho universal, aunque tome formas culturales muy diversas. Lo que es enfermedad en una

6. Carta d'Identitat de l'Ordre Hospitalari de Sant Joan de Déu. L'assistència als malalts i al necessitats segons l'estil de Sant Joan de Déu. 2000: 90.

La medicina y la enfermería han de ser transculturales, abiertas más allá de nuestro universo socio-cultural, para poder responder al compromiso que como profesionales de la salud nos es ineludible.

cultura, no lo es en la otra y también pueden ser muy distintos los mecanismos de curación o sanación. Esto nos obliga necesariamente a establecer un diálogo intercultural cuando profesionales y usuarios pertenecemos a marcos culturales distintos. Un diálogo que nos permita conocer mutuamente los respectivos contextos y huir de los estereotipos que acaban por despersonalizar a aquel que es diferente.

Es imperativo que los servicios de salud estén abiertos a la diversidad cultural, tanto en la enfermedad como en la salud. La medicina y la enfermería han de ser *transculturales*, abiertas más allá de nuestro universo socio-cultural, para poder responder al compromiso que como profesionales de la salud nos es ineludible. *Ser capaces de «salir de nosotros mismos» y «entrar en los otros»*. ¿Pero aprender nuevas formas significa olvidar el bagaje cultural previo? Todas las personas llevamos con nosotros una historia de vida, un sentido de nosotros mismos y unos valores que no son irrenunciables. También los inmigrantes. Cuando dos culturas se encuentran, lo lógico es que surja una nueva cultura *híbrida* o si se quiere *sincrética*, conservando aquello que todavía es útil —aunque esa utilidad sea simbólica— e incorporando nuevas adquisiciones. Aquí surge de nuevo esa necesidad de diálogo intercultural basado en el respeto, que facilitará una relación de entendimiento. Hace falta poner en marcha una *sensibilidad* que nos permita conocer el patrimonio cultural del *otro/s* para establecer un proceso de comunicación que signifique algo más que la transmisión de ordenes, pautas o conocimientos sanitarios. Ningún grupo aceptará adoptar un comportamiento que no armonice con sus representaciones culturales.

Sólo de esta forma conseguiremos una sanidad algo más digna para todos y contribuiremos realmente para que el hecho migratorio sea un proyecto de mejora del nivel de vida.

La Carta de los Derechos Humanos y la formulación de los Derechos de las Personas Enfermas constituyen un instrumento útil de protección en situaciones de vul-

nerabilidad. Defender y velar por el cumplimiento de estos derechos debe ser la base de nuestras actuaciones, pero como señala Victoria Camps⁷.

«... éstos (los derechos de los enfermos) no pueden enmarcarse en una lectura reduccionista que mire únicamente al campo asistencial. Problemas estructurales como las desigualdades de acceso a la atención, o en la calidad de la misma deben ser objeto de debate público del que no podemos eximirnos ni como profesionales ni como ciudadanos/nas».

Operar a partir de nuestra *ética personal* para contribuir a la *ética social* es el primer paso para conseguir una acción colectiva que cambie la realidad de los que más sufren. La redistribución de los recursos y la igualdad de oportunidades son las premisas claves para que la pobreza humana, no entendida en términos exclusivamente económicos, vaya disminuyendo.

El trato injusto, intolerante, xenófobo y racista perjudica a los inmigrantes pero también a nosotros. Reivindicar la justicia, la equidad y la solidaridad es necesario cuando la pobreza forma parte de nuestra realidad más próxima, pero también nos hace más humanos. Hacer énfasis en la *igualdad de las personas*, no significa negar la diversidad cultural en un sentido amplio. Precisamente la diversidad constituye una de las mayores riquezas de la humanidad, y el reconocimiento de esa *igualdad en la diversidad* es el primer paso para la Justicia.

Para terminar, reafirmar que ante esta situación de desigualdades sociales y complejidad multicultural, nuestro quehacer profesional debe enmarcarse en un compromiso ético. Los principios de: *autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia*, cumplen la función de recordarnos que la ciencia, la tecnología y los profesionales estamos al servicio de las personas, sin discriminación.

Nuestras actuaciones deben velar por el cumplimiento de los derechos de las personas.

En concreto, nuestras actuaciones deben velar por el cumplimiento de los derechos de las personas. Desde la responsabilidad personal, buscando la excelencia profesional de nuestra práctica, y desde la responsabilidad social, participando como profesionales y como ciudadanos en los debates públicos que suscitan las desigual-

7. Camps, V. La humanització de la sanitat.

Nuestro quehacer debe enmarcarse en este compromiso ético, recordando que la finalidad de la ética es una vida más justa y más humana.

dades de acceso o de calidad de la asistencia sanitaria de los colectivos más vulnerables.

Mejorar la salud de los inmigrantes, al igual que la de los colectivos más desfavorecidos, no pasa exclusivamente por hacer una atención sanitaria específica, que también. Pasa por mejorar sus condiciones de vida, por favorecer el proceso de adaptación social y, sobre todo, por reafirmar los derechos fundamentales, que como personas y trabajadores tienen. Garantizar la calidad de la asistencia es, en definitiva, reconocer la diversidad sobre la base del respeto, lo que supone ofrecer una respuesta justa y humana.

Así pues, nuestro quehacer debe enmarcarse en este **compromiso ético**, recordando que la finalidad de la ética es una vida más justa y más humana. Un compromiso ético que se construye necesariamente en nuestra relación con el «otro». Una relación basada en el *respeto*, como condición de posibilidad de la Justicia. Respeto que significa ver al otro como igual, igual en dignidad⁸. Kant formula como imperativo categórico⁹, que, «los seres humanos no podrán jamás convertirse en un simple medio, serán siempre objetivo último, finalidad y criterio decisivos». Este imperativo categórico, que tan bien aplica la *Orden de San Juan de Dios*, constituye un principio ético fundamental y nos recuerda que ciencia, técnica, instituciones y profesionales estamos al servicio de las personas.

BIBLIOGRAFÍA

Imágenes de San Juan de Dios. *Granada: Orden Hospitalaria de San Juan de Dios*, 1997.

DE CASTRO, F. *Historia de la vida y santas obras de Iuá de Dios*. Granada, en casa de Antonio de Libríxa, 1585.

Carta d'Identitat de l'Orde Hospitalari de Sant Joan de Déu. *L'assistència als malalts i als necessitats segons l'estil de Sant Joan de Déu*. 2000.

8. Aún sin que quede muy clara su definición en los foros internacionales se hace referencia a la dignidad humana y a su defensa. Se reconoce la igualdad de todos los seres humanos a derechos inalienables como fundamento de la libertad, la justicia y la paz en el Mundo.

9. Küng, H. *Proyecto de una ética mundial*. Ed. Trotta. Madrid, 1992: 50.

KÜNG, H. *Proyecto de una ética mundial*. Ed. Trotta. Madrid, 1992.

CAMPS, V. *La humanització de la sanitat*. Revista del Col·legi d'Infermeria de Barcelona. Febrero 1997.

Varios autores. *Extranjeros en el Paraíso*. Ed. Virus. Barcelona, 1994.

L'atenció sanitària als immigrants. *L'experiència del consorci sanitari de Mataró*. Barcelona: Fundació serveis de cultura popular, 1996.

TIZÓN GARCÍA, J. L. (coord.) *Migraciones y salud mental: Un análisis psicopatológico tomando como punto de partida la inmigración asalariada a Catalunya*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, 1993. Col: (letras, ciencias, técnicas; 75).

II Informe sobre la Immigració i treball social. Barcelona: Edita Diputació de Barcelona, 1997 (Àrea de serveis socials, Serveis Socials; 12)

La salut a Barcelona. Institut Municipal de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona, 1997.

BADA AINSA, J. L., BADA JAIME, R. M. «Repercusiones sociosanitarias de la inmigración en España». Formación Médica Continuada en Atención Primaria, Vol. 3, n.º 5. Barcelona, mayo 1996

BALANZÓ, X., FERNÁNDEZ, J. L., CABOT, A. «L'atenció sanitària als immigrants». L'experiència de Mataró. Rev. Experiències de Pedagogia n.º 46. Barcelona.

CORTÉS J. I. «Una sanidad algo más digna para todos». Revista Humanizar, n.º 43, marzo-abril 1999.

DÍEZ, M., BECERRA, I., LAVANDERO, C., BATIZ, J., IZQUIERDO, R. «Atención sociosanitaria a inmigrantes. Hospital San Juan de Dios». Revista Centro de Salud, vol 7, n.º 5. Mayo, 1999.

GASCÓN BRUSTENGA, J. «¿Qué es la salud internacional?». Revista Atención Primaria, vol. 22, suplemento 1. Barcelona, noviembre 1998.

GRANDE GASCÓN, M. L., PALOMINO MORAL, P. A., FRÍAS OSUNA, A., GONZÁLEZ GODOY, P., MOLINA GALINDO, S. «Guía de salud para inmigrantes temporeros. Una respuesta a su situación sociosanitaria». Revista Centro de Salud, vol 7, n.º 5. Mayo, 1999.

A. KAPLAN., L. LEMKOV «Salut i Immigració». Revista Etnópolis, Barcelona marzo 1993.

ROCA SAUMELL, C., BALANZÓ FERNÁNDEZ, X., FERNÁNDEZ ROURE, J. L., PUJOL RIBERAS, E., CORACHÁN CUYÁS, M. *Caracterización demográfica, motivos de consulta y morbilidad prevalente en la comunidad de inmigrantes africanos de la comarca del Maresme*. Rev. Medicina Clínica, Barcelona, 20 de febrero del 1999. n.º 6, volumen 112.

SOLAS, O., UGALDE, A. «Inmigración, salud y políticas sociales». Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1997.

VALERIO SALLEN, L. «La atención a las minorías étnicas desde la medicina de familia». Revista Atención Primaria, vol. 22, suplemento 1. Barcelona, noviembre 1998.

VALTUEÑA BORQUE, O. «La atención sanitaria de los inmigrantes y sus hijos». Diario El País, 24 enero 2000.

COLASANTI, R. «La salud: impacto de la inmigración». Revista Dolentium Hominum, n.º 37 / I. Roma 1998.

La salud mental de las personas sin hogar

LUIS LOREN

Doctor en Medicina Psiquiátrica

El tipo de población objeto de interés de esta investigación constituye un colectivo cada vez más fácil de ver en nuestras calles, subterráneos, estaciones de tren o autobuses, albergues; y cada vez más difícil de definir con precisión.

En los Estados Unidos, ha ido afianzándose progresivamente el término *homeless* (sin hogar) y su derivado *homeless mentally ill* (enfermo mental sin hogar). Dicho término hace referencia a aquellas personas que, junto a sus más básicas carencias de vivencia y recursos económicos, suelen acumular otra serie de penurias, ausencia de red de apoyo socio-familiar, deficiencia psíquica o física, motivo por el que se ven conducidos progresiva y, a veces, rápidamente hacia un tipo de vida marginada socialmente y con patrones de supervivencia caracterizados por uso de albergues o instituciones para poder dormir y pasar la noche, transeuntismo en busca de los diferentes albergues, aislamiento social, vida en calles, parques, mendicidad.

Publicaciones recientes en nuestro país sobre este colectivo, utilizan el término *sin techo* para referirse a este grupo.

Nosotros preferimos utilizar el término *sin hogar*, porque recoge mejor las circunstancias en que se desarrolla la vida de estas personas, que sí encuentran un techo, el techo del albergue, del refugio, de una casa abandonada, pero no tienen un hogar, un lugar donde vivir y sentir que es algo suyo.

Causas de las personas sin hogar

- Factores socio-económicos
- Problemas familiares: divorcios, separaciones, padres desconocidos
- Desinstitucionalización psiquiátrica
- Alcoholismo

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha recogido una muestra de entre todas las personas que han acudido a la Hermandad del Santo Refugio, a lo largo del año 1996. La selección ha sido al azar, durante 2 días a la semana todos los meses, de enero a diciembre de 1996. En total han sido 178 personas estudiadas, de las cuales 153 son hombres y 25 son mujeres, un 86% y un 14% respectivamente. Cifras semejantes a las encontradas en otros estudios similares.

INSTRUMENTOS

Entrevista con datos socio-demográficos, encuesta epidemiológica, escala de valoración psiquiátrica BPRS. Cuestionario de detección de casos psiquiátricos SRQ, test de CAGE para el diagnóstico de alcoholismo. Entrevista estructurada para el diagnóstico clínico según criterios DSM-IV.

RESULTADOS

Sexo

- Hombres: 153 (86 %)
- Mujeres: 25 (14 %)

Edad

- <20 años: 2
- de 20 a 25: 14
- de 26 a 35: 35
- de 36 a 45: 63 (35 %)
- de 46 a 55: 53 (29 %)
- de 56 a 65: 20
- >65 años: 4

Nacidos en:

- Población rural: 85 (47 %)
- Población urbana: 93 (53 %)

País

- España: 158 (89 %)
- Extranjero: 20 (11 %)

Estado Civil

- Casados: 8 (4 %)
- Solteros: 112 (63 %)
- Separados: 45 (25 %)
- Divorciados: 9 (5 %)
- Viudo: 4 (2 %)

Nivel de estudios

- Primarios: 121 (66 %)
- Medio: 46 (25 %)
- Superiores: 7 (4 %)
- Analfabetos: 4 (4 %)

Profesión

- Profesionales y técnicos: 4 (2 %)
- Directivos y gerentes: 0
- Servicios administrativos: 8 (4 %)
- Comerciantes y vendedores: 6 (3 %)
- Hostelería, servicios y seguridad: 42 (23 %)
- Agricultura y ganadería: 6 (3 %)
- Personal de industria, construcción y transporte: 69 (38 %)

- Profesionales fuerzas armadas: 2 (1 %)
- Sin especificar: 41 (23 %)

Tiempo sin hogar

- <1 año: 9 (5 %)
- de 1 a 5 años: 65 (36 %)
- de 6 a 15 años: 68 (38 %)
- de 16 a 25 años: 22 (12 %)
- de 26 a 35 años: 12 (7 %)
- de 36 a 45 años: 2 (1 %)

Nivel económico

- Ningún ingreso: 154 (86 %)
- Algún ingreso: 24 (14 %)

Ingresos en prisión

- Sí: 41 (23 %)
- No: 137 (67 %)

Abusos y malos tratos en la infancia

- Sí: 50 (28 %)
- No: 128 (72 %)

Edad de abandono del seno familiar

- 1 a 20 años: 100 (56 %)
- 20 a 30 años: 62 (35 %)
- 30 a 40 años: 16 (9 %)

Infancia en centros de acogida de menores

- Sí: 25 (14 %)
- No: 153 (86 %)

Abusos y malos tratos entre sus padres

- Sí: 54 (31 %)
- No: 124 (69 %)

¿Ha estado alguna vez o está en tratamiento psiquiátrico?

- Sí: 82 (46 %)
- No: 96 (54 %)

¿Ha estado alguna vez en un centro psiquiátrico?

- Sí: 61 (35 %)
- No: 117 (65 %)

¿Cree usted que necesita ayuda o tratamiento psiquiátrico?

- Sí: 70 (40 %)
- No: 108 (60 %)

¿Padece usted alguna enfermedad mental?

- Sí: 45 (25 %)
- No: 133 (75 %)

Hábitos tóxicos

- Alcohol:
 - Sí: 84 (47%)
 - No: 94 (53%)
- Tabaco:
 - Sí: 145 (81%)
 - No: 33 (19%)
- Drogas:
 - Sí: 12 (6%)
 - No: 166 (94%)

Test de Cage:

+68 (38%)

Diagnóstico de alcoholismo:

- Sí: 67 (37%)
- No: 11 (63%)

BPRS	
Ansiedad	Humor depresivo
0: 34	0: 61
1: 48	1: 41
2: 53	2: 40
3: 34	3: 25
4: 7	4: 9
5: 1	5: 2
6: 1	6: 0
<hr/>	
Total 144 (81%)	Total 117 (66%)

Cuestionario de Detección de casos psiquiátricos. SRQ

1. ¿Tienes frecuentes dolores de cabeza?
 - Sí: 66 (37%)
 - No: 112 (63%)
2. ¿Tienes mal apetito?
 - Sí: 65 (37%)
 - No: 113 (63%)
3. ¿Duermes mal?
 - Sí: 86 (48%)
 - No: 92 (52%)
4. ¿Se asusta con facilidad?
 - Sí: 53 (29%)
 - No: 125: (61%)
5. ¿Sufre temblor de manos?
 - Sí: 65 (37%)
 - No: 113 (63%)
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?
 - Sí: 122 (68%)
 - No: 56 (32%)
7. ¿Sufre de mala digestión?
 - Sí: 47 (27%)
 - No: 131 (73%)
8. ¿No puede pensar con claridad?
 - Sí: 59 (34%)
 - No: 119 (66%)
9. ¿Se siente triste?
 - Sí: 118 (66%)
 - No: 60 (34%)
10. ¿Llora usted con frecuencia?
 - Sí: 70 (39%)
 - No: 108 (61%)
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?
 - Sí: 70 (39%)
 - No: 108 (61%)
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?
 - Sí: 77 (44%)
 - No: 101 (56%)
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo?
 - Sí: 41 (33%)
 - No: 137 (77%)
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?
 - Sí: 43 (24%)
 - No: 135 (76%)
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?
 - Sí: 78 (44%)
 - No: 100 (56%)
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?
 - Sí: 38 (22%)
 - No: 140 (78%)
17. ¿Ha tenido idea de acabar con su vida?
 - Sí: 66 (38%)
 - No: 112 (62%)
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?
 - Sí: 59 (34%)
 - No: 119 (66%)

19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?
- Sí: 44 (25 %)
 - No: 134 (75 %)
20. ¿Se cansa con facilidad?
- Sí: 69 (39 %)
 - No: 109 (61 %)
21. ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo de alguna manera?
- Sí: 58 (33 %)
 - No: 120 (67 %)
22. ¿Es usted una persona mucho más importante que lo que piensan los demás?
- Sí: 26 (14 %)
 - No: 152 (86 %)
23. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?
- Sí: 18 (11 %)
 - No: 160 (89 %)
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?
- Sí: 15 (9 %)
 - No: 163 (91 %)
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con pérdidas de conocimiento?
- Sí: 9 (6 %)
 - No: 169 (94 %)

Diagnóstico clínico

- Dependencia del alcohol: 56 (31 %)
 - Dependencia de opiáceos: 7 (4 %)
 - Esquizofrenia: 18 (10 %)
 - Paranoia: 15 (8 %)
 - Psicosis maníaco-depresiva: 3 (1 %)
 - Retraso mental leve: 9 (5 %)
 - Demencia: 2 (1 %)
 - Trastorno de ansiedad: 9 (5 %)
 - Trastorno depresivo: 22 (12 %)
- Total : 117 (65%)

DISCUSIÓN

Los primeros estudios se hicieron en 1976. La prevalencia de trastornos mentales en estas personas es alta. Numerosos estudios epidemiológicos así lo confirman.

Muchos de estos pacientes son víctimas de la desinstitutionalización psiquiátrica y el fracaso en la creación de estructuras intermedias, centros de día, residencias, talleres ocupacionales...

Otros estudios:

Rojas Marcos, en 1986, sobre 200 individuos sin hogar de la ciudad de Nueva York, encuentra prevalencia del 80 %.

En un estudio posterior (1987) del Instituto de Psiquiatría de Nueva York, encuentran incidencia del 63 %.

En 1990, Rojas Marcos, creó el programa «Proyecto HELP» (Homeless Emergency Liaison Project), compuesto por un equipo móvil con un psiquiatra, una enfermera y un trabajador social, dedicado a recoger personas sin hogar que, posteriormente, hospitalizan aún en contra de su voluntad para evaluación y tratamiento. Encontraron 80% de esquizofrenias.

En España: Rico (1990) en Madrid: 56 %; Vega (1994) 50 %.

En las mujeres sin hogar es más alta la prevalencia de trastornos psiquiátricos que en los hombres. Son más vulnerables física y psicológicamente, habiendo experimentado con mayor probabilidad abusos físicos y sexuales previos. Presentan menor movilidad geográfica que los hombres. Utilizan más los servicios socio-sanitarios que los hombres. Presentan menos problemas relacionados con el abuso del alcohol que los hombres y menos problemas con la ley.

CONCLUSIONES

El 65 % de las personas sin hogar de la ciudad de Zaragoza padecen algún tipo de trastorno mental. El alcoholismo (31 %), trastornos afectivos (13 %) y esquizofrenia (10 %) son los más frecuentes; seguidos de trastornos delirantes paranoides y trastornos de ansiedad.

El perfil socio-demográfico corresponde al de un hombre de 36 a 45 años, soltero, de nivel de estudios primarios, sin formación profesional, sin ningún tipo de ingresos, que lleva más de 5 años en esa situación.

Atención sanitaria a las personas sin hogar

ÁLVARO MONZÓN
MONTES
Psiquiatra

● *Se trata de una subpoblación desarraigada*, con carencia de vínculos personales y afectivos en general, afectos de patologías orgánicas y mentales que los discapacitan, y además con rasgos de carácter (es decir, las partes de la personalidad «interface» entre el Yo de la persona y lo social) que los sobredeterminan a repetir gestos y actitudes maladaptativos (denominados por ellos mismos como «el carril», como subrayando la imposibilidad de «cambiar de vía»). De la interacción entre ese carácter peculiar y las instituciones surgen un conjunto de pautas de conducta tanto de ellos como de sus supuestos interlocutores sociales que empujan a la mencionada repetición, impidiendo el cambio o integración, también supuestamente deseado por unos y otros.

Así, teniendo todos ellos derecho a una atención sanitaria, se da la paradoja que no hacen uso de ella, porque:

- Los interlocutores sociales dan respuestas de rechazo en forma de «derrotismo terapéutico» (o sociosanitario si se prefiere).
- La persona sin hogar no es consciente de sus derechos o es ya víctima del derrotismo y la desesperanza.

En consecuencia, los esfuerzos más importantes deben dirigirse (principio fundamental) a ayudar a las personas a que hagan uso de sus derechos, y concienciar a las instituciones y a la sociedad en general de la existencia del problema. Hacer hacer, más que hacer.

Es lo que se podría llamar el QUÉ; faltaría por establecer los CÓMO, DÓNDE, CUÁNDO, CUÁNTO, QUIÉNES.

● *Dónde:* Parece evidente que la atención fundamental se tiene que dar en los recursos de la *red sanitaria general*. Ahora bien, será necesario crear aquellas estructuras que permitan hacer efectivo el uso por las personas.

● *Cómo:* Mediante un sistema que lo acoja y lo conduzca. Habrá que llevarle de la mano, evitarle todas las dificultades sobreañadidas (a causa de lo dicho más arriba sobre el sistema sobredeterminado del «carril»). A cambio se le pedirá su buena voluntad y colaboración, materializadas en un «contrato de cuidados» con la institución encargada.

● *Quiénes:* Por lo tanto para materializar esa ayuda personalizada, directa, hará falta un tipo de personal cuidador de unas características especiales y con una forma de funcionar que se salga de lo actualmente conocido. Como modelo pensamos en lo que se llama «acompañantes terapéuticos» o «case managers», es decir un tipo

de profesional que se encarga de un número limitado de personas a las cuales facilita el uso de recursos en oferta ejercitando labores a caballo entre trabajador social, enfermero y psicoterapeuta.

La estructura organizativa sería el «equipo», radicando en un «centro operativo», oficina donde se centralizaría la admisión en el programa y toda la información, intercambio, etc.

● **Cuándo:** Evidente, en cuanto lo solicita la persona, sin demoras o trámites superfluos. El programa establecerá unas etapas lógicas («cronológicas»); la persona recorrerá esa vía acompañado pero exigiéndole siempre su responsabilidad, recabando su compromiso con las terapias mediante contrato, favoreciendo su actividad laboral y exigiéndole cumplimiento.

● **Cuánto:** El desarrollo de lo anterior no es un problema técnico; es un problema presupuestario, por lo tanto de decisión política.

Los presupuestos tendrán que estar contemplados al más alto nivel. En Aragón, en la Consejería de Sanidad o en Servicio Aragonés de Salud. Hará falta pensar en un «fondo de compensación» interautonómico, que podría proponerlo la propia DGA en el Consejo Interterritorial de Sanidad (organismo consultorio del Ministerio de Sanidad en el que participan todas las CCAA).

● **Por dónde empezar:** Simultáneamente en dos frentes:

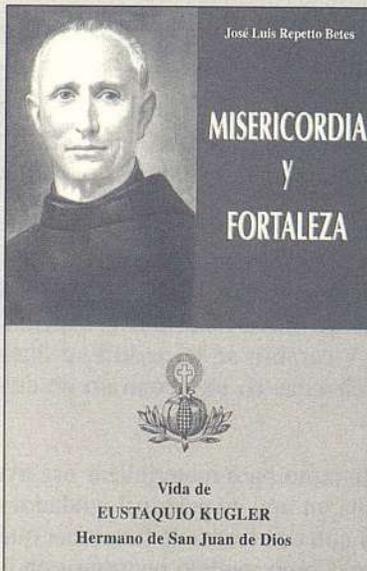
— El institucional-político, haciendo llegar estas ideas, las necesidades y existencia de esta subpoblación abandonada y dando ideas operativas para la solución del problema.

— El práctico, estableciendo una estructura embrionaria de oferta de cuidados bajo los principios enunciados más arriba. ¡Pero esto requiere ya de unos medios mínimos!

● **Estructura elemental inicial:** Hacen falta personas muy concernidas (y sacrificadas...), y personas conocedoras de los entresijos del sistema de salud y de la naturaleza del trabajo psicosocial y psiquiátrico. Pero es necesario además, ya desde el comienzo, tener algo material y tangible que ofrecer en el orden del techo, comida, trabajo, puesto que estas personas tienen unas necesidades acuciantes en lo más básico.

Se podría ya entrar a pensar en dispensario, consulta, etc., etc., pero la tipología de los centros creo que tiene que seguir lógicamente a las ideas que se vayan desarrollando en la práctica sobre la marcha; «la función precede a la estructura». Ir creando la necesaria «cultura» de este nuevo campo será el motor y al mismo tiempo la adquisición más importante...

Novedad bibliográfica



MISERICORDIA Y FORTALEZA

Vida de EUSTAQUIO KUGLER

HERMANO DE SAN JUAN DE DIOS

- A la espera del reconocimiento canónico eclesial de su santidad, el Hno. José Luis Repetto nos ofrece la biografía de este Siervo de Dios, Hno. Eustaquio Kugler.
- Con tan expresivo título, el Hno. José Luis ha querido enunciar la formalidad peculiar del transcurrir biográfico de este religioso hospitalario de la Baviera alemana, que le tocó vivir en un momento histórico tan enojoso, política, social y religiosamente considerado, como fue el correspondiente a la influencia de la ideología de Adolf Hitler.

Para más información:

CURIA PROVINCIAL

Telf. 93/630.30.90

Correo E: curia@ohsjd.es

PROTOCOLOS DEL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL DEL HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU DE ESPLUGUES (BARCELONA)

Principios generales de ética en investigación biomédica

Equipo de redacción:

VALENTÍ CURA

Jefe de Facturación y Admisión
de Consultas Externas

DRA. VICTÒRIA CUSÍ

Adjunta servicio de Anatomía Patológica

PROF. EMILIO FERNÁNDEZ

Jefe del servicio de Neurología

PROF. RAFAEL JIMÉNEZ

Jefe de los Servicios Pediátricos
de la Unidad Integrada Hospital
Sant Joan de Déu-Hospital Clínic

PROF. JOSEP M. LAÏLLA

Jefe del servicio Ginecología y Obstetricia

ALFONS MAÑOSA

Resp. de la Unidad de Atención al Usuario

PROF. M.^a ANUNCIACIÓN

MARTÍN MATEOS

Directora del Departamento de Pediatría,
Obstetricia, Radiología y Medicina Física
de la Universitat de Barcelona

Coordinadores:

DRA. ÁUREA MIRA

Coord. servicios de Apoyo Diagnóstico

DR. ANTONIO PALOMEQUE

Jefe de sección
de la Unidad de Cuidados Intensivos

DRA. MARISA SERRA

Coord. del Comité de Ética Asistencial

El Hospital Sant Joan de Déu de Esplugues, es un hospital universitario de nivel IV (alta tecnología y especialización), un Centro Acreditado de Investigación, que desarrolla líneas de investigación básica y aplicada en el ámbito de la Pediatría, la Obstetricia y la Ginecología. También lleva a cabo experimentación con animales.

Desde el punto de vista técnico y legal, las actividades de investigación están reguladas y controladas por:

- Comisión de Investigación
- Comisión Ética de Investigación Clínica
- Comisión de Ética Asistencial

La investigación en el Hospital Sant Joan de Déu se lleva a término en el marco del respeto a los derechos de la persona, y de la normativa legal referente a la investigación médica y experimentación animal.

Los principios rectores de la Orden Hospitalaria de Sant Joan de Déu recogidos en la Carta de Identidad de la Orden, con relación a la investigación biomédica son:

- **Sentido de la competencia profesional, justicia social y solidaridad.**
- **Modelo asistencial que compagina la ciencia, los progresos de la técnica y la humanización.**
- **Centro confesional católico, en el que se observan y defienden los derechos humanos.**

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS TIPOS DE INVESTIGACIÓN

En toda investigación, existen tres elementos fundamentales:

- El **investigador** o persona que efectúa la investigación, con competencia profesional acreditada para dirigirla y responsabilizarse de la investigación.
- El **objeto de la investigación**: que puede ser cualquier área oscura del conocimiento. Exige el respeto adecuado a la dignidad de la persona, cuando se realiza en sujetos humanos y el que merecen los seres vivientes cuando se utilicen animales de experimentación. En cualquier caso es necesario un buen diseño experimental.
- El **método científico**, en el cual las bases son: La hipótesis de trabajo, la observación, la experimentación y la verificación (relevancia de la investigación, criterios de inclusión y de exclusión; medida de la muestra; correcto análisis estadístico, seguimiento, verificación y evaluación) y consentimiento informado de las personas en las que se lleve a cabo la investigación.

En general los tipos de investigación en biomedicina, se resumen en cuatro modelos:

Investigación epidemiológica

Estudian la incidencia y prevalencia de enfermedades, poblaciones de riesgo y cambios en las manifestaciones clínicas, mortalidad, respuestas terapéuticas, etc.

Investigación clínica

Se centra en dos aspectos: Metodología diagnóstica y esquemas terapéuticos. Dentro de la investigación clínica se incluyen diversos tipos:

- Estudio retrospectivo que se centra en la recogida de datos referidos a hechos pasados.
- Estudio prospectivo, en el que se planifica recoger datos a partir de un momento dado y bajo condiciones determinadas.

- Estudio randomizado, en el que se distribuyen los individuos en grupos de estudios diferentes, de manera aleatoria.
- Estudio a doble ciego, en el que tanto los individuos participantes como el investigador desconocen la alternativa requerida.

La investigación clínica ideal consiste en un estudio prospectivo, randomizado, a doble ciego con el consentimiento informado del individuo o de su representante legal.

Investigación farmacológica

Sobre el diseño de fármacos, vías de administración, efectividad, tolerancia, metabolismo, efectos colaterales. La investigación sobre fármacos en biomedicina, se incluye en general bajo el término de «Ensayos clínicos».

Investigación básica

Incluye estudios sobre biología molecular, generalmente no realizados directamente en humanos y tiene como objetivo el conocimiento profundo de los componentes bioquímicos de todas las estructuras de la célula, así como de sus secreciones.

ASPECTOS ÉTICOS ESPECÍFICOS EN LA INVESTIGACIÓN

PEDIATRÍA

Se basan en seis **directrices generales** (*Guidelines for the Ethical Conduct of Medical Research involving children. British Paediatric Association. Ethics Advisory Committee. London: The Association, 1992 ag, 18 p*) que tienen en cuenta la Carta Europea de los Derechos de los Niños Hospitalizados:

1. La investigación estará apoyada, estimulada y conducida de manera ética.
2. Los niños no son adultos pequeños, tienen un conjunto adicional y único de intereses comunes. Los niños son sujetos en los que otros individuos pueden consentir un procedimiento en su nombre. La situación óptima será investigar (aprendiendo de sus respuestas y actitudes, así como de las de sus padres) *con* los niños más que *en* los niños.
3. Las investigaciones con niños se tendrían que limitar a aquellas en que las análogas con adultos no

responden a los mismos interrogantes. La prioridad de la investigación, es primeramente la básica, después en adultos, y en el caso que se deba efectuar en niños, en los mayores.

4. Un procedimiento de investigación que no tenga como finalidad directa el beneficio del niño, no es necesariamente ilegítima. La valoración del **beneficio potencial** de la investigación incluye aspectos como:

- **Magnitud:** ¿cómo serán probablemente utilizados los conocimientos que se obtengan? ¿Cuál es la gravedad del problema que se pretende aligerar?; ¿hasta qué punto es frecuente este problema?
- **Probabilidad:** ¿cuál es la probabilidad de que la investigación consiga su objetivo?
- **Beneficiarios:** ¿la investigación está dirigida a los niños estudiados o a otras personas?
- **Recursos:** ¿los beneficiarios potenciales estarán limitados por el coste económico, o por los recursos profesionales?

La valoración de los perjuicios debería de preguntarse sobre:

- **Tipo de investigación:** ¿hasta qué punto la investigación será invasiva o intrusiva (física o psíquica)? Debe de resaltarse la parte individual de la respuesta del niño ante la agresión, tanto en intensidad como en duración.
- **Magnitud:** ¿hasta qué punto pueden ser graves los perjuicios asociados con los procedimientos de investigación?
- **Probabilidad:** ¿cuál es la posibilidad de que causen daños?
- **Medida del tiempo:** ¿pueden los efectos negativos ser de breve o de larga duración, inmediatos, o no evidentes hasta años posteriores?
- **Equidad:** ¿participan unos cuantos niños en demasiados proyectos simplemente porque están a disposición?; ¿se recurre a grupos de niños que ya tienen muchos problemas?
- **Descubrimiento en el interior de la investigación:** ¿si hay evidencia de enfermedad durante la investigación, cómo tratar el conflicto entre ésta y el propio diseño del estudio?

5. Los **riesgos** pueden concentrarse en tres grupos:

- **Riesgo mínimo:** El riesgo previsto no es superior en magnitud ni probabilidad a los peligros ordinarios de la vida diaria o de las pruebas rutinarias físicas o psicológicas (procedimientos como preguntar, observar, medir; muestras de orina —sin

sonda—, o utilización de sangre de una extracción ya prevista).

- **Bajo riesgo:** Con dolor breve y/o marca, como extracciones venosas, arteriales o por catéter ya colocado, sonda vesical, punción lumbar...
- **Alto riesgo:** Biopsia pulmonar o hepática; cateterismo cardíaco; endoscopias digestivas o pulmonares.

Estos procedimientos (bajo y alto riesgo) solamente deberán de efectuarse cuando la investigación este asociada al diagnóstico o tratamiento, y tengan como objetivo beneficiar al niño implicado.

6. Por último, otro aspecto que deberá considerarse es la **valoración del coste potencial**, en la que deberá de analizarse:

- **Recursos:** Tiempo de personal que debe utilizarse para informar y apoyar a las familias o para reunir datos.
- **Estadística:** ¿es suficiente el número de casos previstos para que la muestra sea estadísticamente válida, teniendo en cuenta el porcentaje de abandonos previsibles?
- **Inconvenientes:** ¿cuántos inconvenientes para las familias quedan justificados?

Todo proyecto ha de ser revisado por el Comité Ético de Investigación, ya que la valoración beneficio-perjuicios es tan compleja, que los niños están mejor protegidos cuando el proyecto está revisado a diferentes niveles.

Deberá obtenerse el consentimiento, legalmente válido, de padres o tutores, según sea el caso. En niños de edad escolar también el consentimiento propio.

MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN Y MEDICINA MATERNO-FETAL

La asistencia médica y la investigación ligadas al inicio de la vida humana, están llenas de conflictos éticos. La medicina de la reproducción y la medicina materno-fetal, se apartan en muchas ocasiones de las líneas clásicas de la medicina en general. El médico y el investigador no buscan tan sólo efectos curativos o paliativos de enfermedades o síntomas precisos, sino que intervienen en la raíz más íntima del origen del ser humano y en las alternativas terapéuticas necesarias para conseguir una calidad de vida del futuro ser. El concepto de inicio y calidad de vida humana están muy controvertidos.

Las técnicas de reproducción asistida comportan dilemas éticos desde los procedimientos más simples, como la inseminación artificial, por la forma de obtener el semen, hasta los más complejos, por el diagnóstico y el es-

tudio de las enfermedades génicas a los preembriones o a los embriones preimplantatorios. No podemos excluir de la labor del investigador que, en muchas ocasiones durante la búsqueda de problemas técnicos se encuentran problemas morales y sociales de mucha más complejidad que dificultan el futuro científico y que, sin duda, necesitan respuestas y soluciones a la vez que se desarrolla el trabajo científico.

La procreación fuera del ámbito natural, que representa la relación entre un hombre y una mujer, comporta cambios a muy diferentes niveles, desde las relaciones familiares a las de la pareja; y los principios éticos del médico que interviene en el proceso y también de la institución en la que éste trabaja.

Los conflictos materno-fetales son también de vital importancia en los trabajos de la investigación actual. Cualquier método o técnica de investigación fetal, comporta una invasión del territorio materno. La gestante está legalmente autorizada a rechazar cualquier estudio que se haga en ella o a través de ella, aunque el destinatario del estudio sea el feto, su hijo. La madre deberá estar siempre correctamente informada y saber que, lo que se está haciendo a través de ella, solamente tiene una finalidad investigadora y que, con toda probabilidad, no aportará ningún beneficio actual a su hijo. O que, quizás, podrá aportar soluciones a otros problemas de otros embarazos en el futuro; debe considerarse el bien social antes que el bien particular.

RECOMENDACIONES ÉTICAS PARA INVESTIGADORES BIOMÉDICOS

En la investigación clínica, debe tenerse en cuenta que el ser humano es la finalidad no el procedimiento.

El ser humano tiene dignidad, no precio; esto, unido a los principios generales de la ética aplicada a la investigación, motivará las condiciones en las que, ésta, deberá desarrollarse:

- **Autonomía:** En el sentido más amplio de respeto a las personas.
- **Beneficencia:** Entendiendo como tal el respeto al ideal de la vida de cada uno.
- **No-maleficencia:** Es decir, no hacer mal, de lo que se deduce que toda investigación ha de tener un objetivo positivo.
- **Justicia:** Expresada por la equidad en el planteamiento de la investigación y sobre todo de grupos.

Desde el punto de vista ético la investigación, debe contener las siguientes condiciones:

- **Un responsable del proyecto de investigación:** Es el director o jefe del equipo de cada proyecto, generalmente llamado investigador principal.
- **Competencia profesional:** El investigador actuará desde la competencia profesional siguiendo las normas de la buena práctica clínica y desde el sentido de responsabilidad social en el ejercicio de esta competencia.
- Es imprescindible la realización de un **protocolo de investigación científicamente correcto**, que deberá ser aprobado por la Comisión de Investigación y/o el CEIC (Comité de Ética de Investigación Clínica) del hospital.
- Las personas que participen en el proyecto deben estar científicamente cualificadas y actuar bajo la supervisión del responsable.
- **Balance beneficio/riesgo positivo:** Deberá hacerse una valoración periódica profunda de la relación beneficio riesgo, que ha de ser proporcionada. Si el riesgo supera el beneficio potencial deberá suspenderse el proyecto. Esta evaluación ha de ser especialmente minuciosa cuando no hay perspectiva de beneficio directo para los sujetos. El interés o el beneficio del paciente siempre prevalecerá sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad. Son condiciones necesarias:
 - a) La investigación en seres humanos sólo deberá hacerse cuando no haya otra alternativa de eficacia comparable.
 - b) En una investigación clínica debe asegurarse a cada sujeto, y también a los controles, que no existe un método diagnóstico o terapéutico que haya demostrado que es mejor.
 - c) En el caso de los pacientes vulnerables (niños, deficientes, minorías étnicas, gestantes,...) debe tenerse en cuenta el concepto de «riesgo mínimo».
 - d) La selección de los pacientes no ha de ser discriminatoria y debe tener una especial protección a los individuos o grupos más vulnerables.

Consentimiento informado:

- **Información:** Cada paciente debe estar adecuadamente informado del objetivo, procedimiento, riesgos y beneficios del proyecto y de la existencia de procedimientos alternativos, si los hay. También de la posibilidad de poder aclarar las dudas en cualquier momento y del nombre y forma de contacto del investigador a quien habrá de dirigirse.
- **Comprensión:** El investigador deberá asegurarse que el paciente ha comprendido bien todos estos puntos y que da su consentimiento libremente.
- **Documentos:** Este consentimiento debe ser documentado por escrito y firmado. En caso de incompetencia de la persona deberá firmar su representante legal. En el caso de menores o disminuidos deberá de

asegurarse la conformidad del interesado en la medida de su comprensión.

- **Garantía de la seguridad de los sujetos:** El investigador es el responsable de garantizar la seguridad de los sujetos. Además habrá de tenerse en cuenta la compensación de daños, que pudieran ser ocasionados durante la investigación, por medio de un seguro por parte de la institución o un seguro especial en caso de ensayo clínico. Si no quedaran cubiertos totalmente responderán solidariamente el promotor, el investigador responsable y el titular del hospital. (Ley del medicamento art. 62,2 y 62,3).
- **Confidencialidad:** Deberá garantizarse el secreto profesional.
- El proyecto deberá hacerse cargo de los gastos. *No se debe ofrecer ningún aliciente económico* ni al paciente ni a la familia, *ni ejercer ninguna clase de coacción.*
- **Revocación del consentimiento:** El sujeto (y también el control) puede retirarse en cualquier momento del proyecto; puede hacerlo sin tener que dar explicaciones y con la seguridad que seguirá recibiendo la atención médica y el tratamiento aunque se retire del estudio.

NORMATIVA LEGAL APLICABLE

Supranacional y/o Comunitaria

- Código de Nuremberg: Ética Hipocrática y Derechos Humanos. 13-06-1947 en Nuremberg.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 217 A (IH) 10 de Diciembre de 1948.
- Declaración de los Derechos del Niño. Asamblea General de las Naciones Unidas. 20-11-1959.
- Declaración de Helsinki: Guía de recomendaciones en Investigación Biomédica en seres humanos para médicos. 18 asamblea de la World Medical Association (WMA). Helsinki 1964 (última revisión 48.^a asamblea de la WMA a Somerset West, Rep. Sudafricana, 1996).
- Recomendaciones núm. R (83) 10, de 23 de septiembre de 1983, del Comité de Ministros a los Estados Miembros, relativa a la Protección de Datos de Carácter Personal, utilizados con finalidad de investigación científica y estadística.
- Derechos de los niños hospitalizados. Carta Europea de los Derechos de los niños hospitalizados. Resolución del Parlamento Europeo de 13-05-1986.

- Convención sobre los derechos del niño. Asamblea General de la ONU, 1989.
- Normas de la Buena Práctica Clínica para ensayos con medicamentos en la Comunidad Europea 1993. Prólogo, Glosario y Capítulo I.
- Convenio de Bioética del Consejo de Europa. 1 de Enero del 2000.
- Carta de identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Roma Marzo de 2000.

Estatal

- Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. BOE 14-04-1986.
- Orden del 12 de diciembre de 1990, del Departamento de Sanidad de la Generalidad de Cataluña, de creación de las Comisiones de Ética (DOGC 1382, de 19-12-1990).
- Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento. BOE de 22 de diciembre de 1990; 306: 38. 228-38. 246.
- Ley orgánica 5/1992, de 29 de octubre (BOE 30-31 de octubre; 261-262: 89278939 19922347), de Regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal.
- Real Decreto 561/1993, de 16 de abril, por el que se establecen los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos. BOE de 13 de mayo de 1993; 114: 14. 346-14. 364.
- Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. B.O.E. n.º 20638/20-10-99.

Autonómica

- Derechos del enfermo usuario del hospital. Generalidad de Catalunya. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. 1985.
- Orden de 26 de octubre de 1992, del Departamento de Sanidad y SS de la Generalidad de Cataluña, de acreditación de los Comités Éticos de Investigación Clínica (DOGC 1671, de 1811-1992).
- Ley 5/1995, de 21 de junio, de Protección de los Animales utilizados para experimentación y para otras finalidades científicas (DOGC 2073, de 10-07-1995).
- Código de Ética y Deontología. Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado. 10 Septiembre de 1999.

BIBLIOGRAFÍA

ABIZANDA CAMPOS, R., MIRAVET SILVESTRE, V. *Cómo investigar en bioética aplicada a la medicina intensiva*. Med intensiva 1996; 20 (5): 264-265.

Associations pour l'Enseignement de la Pédiatrie en Europe. *Problèmes bioéthiques en pédiatrie: aspects pédagogiques*. 27ème Réunion Annuelle. Barcelona, 5-6/09/1996.

BATEMAN NOVAES, S. *Éthique et assistance médicale à la procréation*. Encycl Med Chir Gynecol 1999; 755-A-30: 5 p.

BERNSTEIN, D. *APS/SPR Code of responsible conduct of research*. Ped Res 1999; (45) 5: 613-614.

British Paediatrics Association. *Ethic Advisory Committee. Guías para la investigación con niños*. Labor Hosp 1995;237: 281-285.

CHAMBERS, T. L., KURZ, R. *Ethical overview of paediatric research and practice in Europe from the Ethical Working Group of the Confederation of European Specialists in Paediatrics (CESP)*. Eur J Padiatr 1999; 158: 537-540.

Col·legi oficial de Metges de Barcelona. *Quaderns de la bona praxi*. 1996.

Consell d'Europa. *Convenio Relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina*. Oviedo 4/04/1997. Labor Hosp 1998; 248: 65

Corporació Sanitària Clínic. Institut de Recerca Pi Sunyer. Fundació Clínic per a la recerca biomèdica. *Recomanacions ètiques per investigadors biomèdics*. 1996.

DOBB, G. J. *Research in intensive care medicine*. Intensive Care World 1991; 8: Editorial.

FOST, N. *Ética de la atención pediátrica*. A: Nelson tratado de pediatría. 15.ª ed. Madrid: McGraw-Hill, 1997. p. 15-19.

Fundació Catalana per a la Recerca. *Manifestaciones y recomendaciones de la Comisión Ciencia y Sociedad*. Bioética Debat 1997; 2 (8): 6-7.

GARCÍA ALONSO, F. *Metodología de la Evaluación Ética en Investigación*. Quadren CAPS; 1993 (19): 43-49.

HERMANA TEZANOS, M. T. *Aspectos éticos en cuidados intensivos pediátricos*. An Esp Pediatr 1996; Supl 82: 107-108.

KIRKMAN, E., LITTLE, R. A. *The organisation of experimental studies related to intensive care*. Intensive Care World 1991; 8: 116-119.

MCCORMICK RICHARD, A. *Consentimiento subrogado en la experimentación*. Labor Hosp 1995;237: 271-279.

National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, *Informe Belmont: Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación*. Washington DC: DHEW Publications No. 0578-0012, 1978

NYMAN, D. J., SPRUNG CHL. *Informed consent in intensive care*. Curr Opin Crit Care 1996; 2: 331-336

Orde Hospitalari de Sant Joan de Déu. *Principis ideològics de l'Orde Hospitalari de Sant Joan de Déu*. Província de Sant Rafael. 1997

SILVERMAN, H. J., LANKEN, P. N. *Advanced directives: are they fulfilling their purpose?* Curr Opin Crit Care 1996; 2: 337-343

The perils of paediatric research. The Lancet. 1999; 353 (9154): 685.

VILLA-ELÍZAGA, I. *Ética e investigación en pediatría*. An Esp Pediatr 1996; Supl 82: 191-192.

World Medical Associations (WMA). *Declaration of Helsinki. Recommendations guiding physicians in biomedical research involving human subjects*. JAMA 1997; 277 (11): 922-3

Guidelines for the ethical conduct of Medical Research involving children. British Paediatric Association. Ethics Adirsory Committee: The Association, 1992 ag, 18p.

Documentos de la Comisión de Bioética de la Soc. Esp. de Obstetricia y Ginecología. 1998-1999.

BancSabadell



Información en torno a los exitus

Grupo de trabajo:

**DRA. MARISA SERRA
ALACID**

*Coordinadora del Comité de Ética
Asistencial*

**DR. JOSÉ M.^A MARTÍN
RODRIGO**

*Jefe de Sección de la Unidad
de Cuidados Intensivos y Jefe
de la Unidad de Cuidados Paliativos*

SRA. MARTA TRIAS I JOVER

*Enfermera de la Unidad
de Cuidados Paliativos*

**SRA. SONSOLES MAROTO
I TORRA**

Jefe de Admisión de Hospitalización

**DRA. OFELIA CRUZ
MARTÍNEZ**

Adjunto de la Sección de Oncología

**SRA. MARIA
PADRÓ HERNÁNDEZ**

*Supervisora de la
Sección de Neonatos*

**SRA. MARGARITA MESA
MUÑOZ**

Secretaria Técnica

**DRA. GEMMA GELABERT
I COLOMÉ**

*Jefe del Servicio de Documentación
clínica y Archivos*

En toda actuación asistencial el profesional sanitario tiene como deber dar información objetiva y completa a los pacientes y sus familiares de todo aquello que suceda en cada momento.

Se tiene que ser respetuoso y delicado siempre con aquellos con quienes hemos de comunicarnos.

Delante de la muerte de un paciente es difícil y comprometido enfrentarnos a esta realidad, pero continúa siendo nuestro deber informar de la evolución seguida por el paciente. Es imprescindible extremar el respeto y la delicadeza.

OBJETIVO

Dadas estas premisas previas, el objetivo del documento ha sido elaborar una guía orientativa de recomendaciones delante de las dificultades que representa dar la información a los pacientes, familiares y entre los propios profesionales enfrentados ante una enfermedad que finaliza con la muerte.

DIFICULTADES DEL PROCESO DE INFORMACIÓN

El deber de dar una información correcta no es sencillo y las dificultades que se nos plantean ante la muerte hacen que este proceso de dar información sea todavía más difícil. Consideramos que hay tres grupos de factores que nos condicionan.

DIFICULTADES GENERALES

Son aquellas inherentes al contenido de la muerte. El sufrimiento y la enfermedad son aspectos de la vida dolorosos y, tal como hemos dicho, de trato delicado.

La enfermedad que finaliza con la muerte es difícilmente aceptable y en sí misma desgarradora. Por lo tanto, enfrentarse a la realidad de tener que informar es un acto del cual los profesionales, como personas humanas, huimos conscientemente.

El equipo asistencial teme tener que dar malas noticias, aspecto que se agrava por la falta de preparación formal sobre estos aspectos. La experiencia se adquiere de aquellos que ya han tenido que enfrentarse a ello con anterioridad. Son pocos los profesionales que han obtenido preparación técnica, específica.

Las familias reclaman respuestas de la evolución de la enfermedad que el profesional puede no tener y que es posible que se pueda vivir como una frustración entre el equipo asistencial. Al mismo tiempo nos reclaman respuestas de aspectos humanos y espirituales, coincidiendo con las preguntas que ellos mismos puedan hacerse, de las que difícilmente tienen respuestas.

Por esto es difícil para el profesional mantener el equilibrio necesario entre la empatía hacia la familia y el distanciamiento necesario que como profesional le tiene que permitir actuar con racionalidad.

DIFERENCIAS SEGÚN LA MANERA O SITUACIÓN EN LA QUE SE PRODUCE LA MUERTE

Podemos encontrarnos con dos situaciones diferentes:

- **Muertes esperadas:** Las enfermedades crónicas que acaban indefectiblemente y de forma conocida en la muerte, permiten que el enfermo, (cuando es capaz de hacerlo), y familiares puedan elaborar mejor el proceso que acaba en la muerte; generalmente han tenido más entrevistas con los profesionales que tratan al enfermo durante un periodo de tiempo más prolongado con las familias. El conocimiento entre los profesionales, el paciente y sus familiares ha podido permitir el acercamiento durante la enfermedad.

Tenemos que hacer especial mención a las muertes producidas en pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Paliativos, ya que la preparación al duelo, el acompañamiento y el conocimiento de la enfermedad, la relación entre familiares y profesionales han sido mucho más trabajadas, circunstancia que hace el momento más fácilmente aceptable, al menos en un nivel teórico.

- **Muertes inesperadas:** Son aquellas muertes que se producen en personas que fallecen a consecuencia de patologías agudas o a causa de enfermedades intercurrentes que aparecen en enfermedades crónicas, de forma brusca. El factor sorpresa, la falta de tiempo material entre el conocimiento del proceso y la situación real de tener que comunicar la muerte, son la principal dificultad y la causa de mayor rechazo del hecho, así como la

dificultad de asumir los acontecimientos imprevistos. Existen además, en algunos casos problemas añadidos como la falta de identificación del paciente, dificultades en la localización de los familiares...

DIFICULTADES AÑADIDAS POR NUESTRO ENTORNO

Consideramos que hay unos factores añadidos que dificultarían más el proceso de información y comunicación entre los profesionales y familiares, por el hecho que la muerte suceda en el entorno hospitalario.

A la necesidad de solicitar la necropsia como un intento último de diagnosticar la enfermedad causante de la muerte, de querer solicitar órganos para la donación y curación de otros enfermos, ya que la mayoría de muertes en nuestro Hospital son niños, (la muerte de los niños es para todos todavía más difícil de entender), se suma la dificultad inherente al duelo inmediato mientras el cadáver permanece en la nevera.

RECOMENDACIONES

Ante todas estas dificultades estimamos que es esencial en los profesionales a quienes corresponde informar sobre la defunción de una persona, tengan una buena disposición frente la enfermedad, el enfermo y los familiares afectados; que no olviden que el objetivo es comunicar un hecho muy doloroso, por lo que recomendamos intentar acompañar y observar el estado de ánimo de los familiares, al mismo tiempo que intentamos que nuestras intervenciones sean discretas y objetivas.

¿Quién tiene que informar?

Las defunciones se producen en cualquier momento, por lo cual, corresponderá informar al equipo que esté como responsable del enfermo en el momento en que se produzca. De todas maneras, recomendamos que sea el equipo asistencial habitual el encargado de ponerse en contacto con los familiares para aclarar aspectos.

Se comunicará a todos los miembros del equipo la posibilidad que se produzca una muerte esperada y si se da el caso, deberán trasmitirse las indicaciones que ya se hayan acordado con la familias. Es deseable que los equipos de guardia estén informados por los equipos médicos.

¿Cómo se da la información?

La información es un acto humano y personal para el que no existe una fórmula.

Cuando la muerte se produzca en un recién nacido, aconsejamos que el acto de informar se haga en la habi-

tación de la madre, si está ingresada. No olvidemos que el recién nacido ha sido un ser deseado durante todo el embarazo y en él se han depositado esperanzas y las ilusiones de una familia.

Recomendamos hacerlo a los padres del enfermo de forma gradual, con la máxima simplicidad posible y con extrema delicadeza, en un lugar tranquilo.

No daremos nunca la información del fallecimiento por teléfono, sino que es recomendable informar de un empeoramiento del proceso de forma delicada y pidiendo que acudan al Hospital. Seremos especialmente delicados ante un proceso agudo, no esperado por los familiares.

¿Qué tipo de información se deberá dar?

Recomendamos informar de los hechos conocidos y con objetividad. Si no tenemos certeza de la evolución del proceso, tenemos que dar supuestos que permitan hacer razonamientos lógicos.

En caso de ser una muerte inesperada se tiene que informar de la necesidad de hacer una autopsia de tipo judicial.

También en los casos de defunción como en cualquier proceso, se finalizará con el correspondiente informe. Aconsejamos que éste se haga con los datos objetivos que se disponga. En caso de falta de resultados de pruebas complementarias o de la autopsia, se tendrá que de-

jar constancia para que se pueda realizar el informe definitivo posteriormente.

Creemos importante que el equipo asistencial responsable informe personalmente a los padres de la muerte de su hijo. Por ello, consideramos que si no hay negativa por parte de ellos, se debe ofrecer la posibilidad de acudir al Hospital, después de un periodo de tiempo de la defunción o cuando se crea conveniente según el caso (al cabo de 2-3 meses, no es recomendable excederse en el tiempo), para hablar con el equipo.

Durante la estancia en nuestro Hospital será el equipo asistencial quien acompañará a los familiares en la realización de los trámites burocráticos pertinentes, facilitando toda la información respecto a los documentos a cumplimentar.

Recordaremos a los facultativos la exigencia legal de que los certificados de defunción y los boletines estadísticos de defunción deben ser cumplimentados por el mismo profesional y con el mismo bolígrafo. La no realización de esta cumplimentación dificulta gravemente los trámites de los familiares con la funeraria, circunstancia que agrava el proceso ya en sí doloroso.

NOTA: Se tiene que cumplimentar 1 certificado habitualmente, 2 en caso de patologías infecciosas o traslados y 3 en caso de incineración del cadáver.



agelectric
CORPORACIO AGE

Instal.lacions específiques de establiments sanitaris
Instal.lacions d'electricitat (alta i baixa tensió)
Instal.lacions de seguretat
Instal.lacions contraincendis
Instal.lacions de comunicacions
Instal.lacions de control

c/Bonsoms, 15-17
08028 BARCELONA

Telf.: 93.448.75.00

Fax: 93.448.75.02

e.mail:agelectric@agelectric.com

Maltrato en la infancia

Documento elaborado por:

SRA. JOSEFINA BASSETS,
DRA. ENCARNA CARBALLO,
DR. CARLES LUACES,
SRA. GLORIA NICOLÁS,
DR. JORDI POU,
SR. GUILLEM PUCHE,
DRA. MARISA SERRA

Colaboradores:

SRA. MARTA GABALDÁ,
DRA. VICTORIA JULIÁ,
SRA. CARMEN MUNNÉ,
SRA. LOURDES ORTIZ,
SRA. TERESA SANTALIESTRA,
DR. RAMÓN ULLOT,
DRA. ANA VERNET
y DR. JOSEP M.^a LAÏLLA

La infancia maltratada es un problema grave, con tendencia a incrementarse en nuestra sociedad. El paso de un niño maltratado por el hospital, puede representar la única posibilidad de escapar de un círculo destructivo en el que puede encontrarse (familia-entorno). El hospital «es un lugar idóneo para poder llegar a una orientación diagnóstica clara, puesto que dispone de recursos técnicos, permite trabajar en equipo y dentro de un cierto anonimato» (Direcció General d'Atenció a la Infància DGAI, Benestar Social, Generalitat de Catalunya).

DEFINICIÓN

«Un niño es maltratado cuando es objeto de violencia física, psíquica y/o sexual también y/o por omisión, por parte de las personas o instituciones de las cuales depende su correcto desarrollo» (El llibre d'en Pau; Generalitat de Catalunya; Departament de Sanitat i Seguretat Social; Barcelona 1996).

La detección de un niño/a maltratado comporta a su vez la detección de una familia con problemas, por tanto, el maltrato a los niños ha de verse como una enfermedad social en la que la alteración patológica se encuentra tanto en el agente pasivo, el niño, que recibe el maltrato, como en los agentes activos que lo llevan a cabo, aún cuando subraya y da prioridad a la defensa más débil, el niño.

Es necesario tener en cuenta las dificultades que existen a la hora de establecer los límites entre lo que se entiende como buen trato de lo que se entiende por maltrato. Cuando consideramos las costumbres y tradiciones de las diferentes culturas, comprobamos que aquello que para unos es correcto y forma parte del buen trato para otros no lo es y viceversa.

Podríamos decir que existen dos puntos extremos: el trato óptimo y el maltrato. Entre ellos podemos considerar dos situaciones intermedias que corresponden al trato más habitual correcto y al inadecuado.

Para superar el factor transcultural, es preciso definir unas condiciones mínimas y consensuadas en los Derechos Humanos sobre lo que sería el cuidado, la atención y la protección del niño. Por debajo de esos mínimos hablaríamos de maltrato.

Es muy raro encontrar lo que podríamos llamar «casos puros», ya que es difícil imaginar, por ejemplo, un maltrato físico sin un sufrimiento emocional. Por tanto, se ha de pensar en la presentación simultánea de las diferentes tipologías psicológicas: físico-emocional, físico-sexual.

Existen una serie de factores que van a condicionar el tratamiento de asimilación de la información, implicando consecuencias diferentes en cada caso. Estos factores son: la edad del niño en el momento de iniciarse el maltrato; la intensidad, frecuencia y duración de la agresión; el tipo de parentesco con la persona que maltrata; la percepción del niño del hecho violento y la propia personalidad del niño.

Clasificación del maltrato

La primera clasificación se puede establecer según el entorno en el que se produce. Así hablaremos de:

- **Maltrato intrafamiliar:** Es el más frecuente y probablemente el que más diagnostica el profesional de la salud.
- **Maltrato extrafamiliar:** Se produce fuera del ámbito familiar y puede ir hacia el individuo (el niño) o el colectivo (la infancia).

Factores que predisponen a que un niño sea objeto de malos tratos o se encuentre en situación de riesgo

- **Factores inherentes al niño y su entorno:** Un determinado tipo de niño. Es el que reúne una serie de características especiales, y que vive en el seno de una familia con dificultades, todo ello implica una mayor posibilidad de sufrir maltrato.

Destacamos las situaciones características:

- Niños que han estado separados de sus padres, especialmente en los primeros meses de vida (prematuridad).
- Niños que presentan algún déficit físico, psíquico, sensorial, enfermedad crónica o infecciosa.
- Niños no deseados.
- Niños hiperactivos y/o de llanto continuo.

Factores inherentes a los padres

Un determinado tipo de padres. Son los que presentan unas características familiares y/o sociales de inestabilidad personal, desestructuración e inseguridad, que les dificulta hacerse cargo de las necesidades del niño.

Destacamos las siguientes situaciones:

- Padres que han sufrido en su niñez, graves carencias físicas y/o emocionales.

- Familias monoparentales y/o con poco apoyo del entorno familiar y social.
- Padres que muestran poco interés por el hijo.
- Padres con una actitud de exigencia poco adaptada a la realidad del niño.
- Padres inmaduros, con falta de control, pasivos o con dificultades para expresar afecto.
- Padres con conductas de riesgo.

Factores sociales

Determinadas situaciones sociales. Serían aquellas situaciones desfavorables, circunstancias psico-sociales, familiares y/o individuales que hacen aumentar las posibilidades de que se produzca una situación de maltrato en aquellos niños que se encuentran inmersos en ellas.

Destacamos entre otros:

- Insuficiencia de recursos.
- Vivienda con déficit espacial.
- Inestabilidad en la residencia.
- Entorno marginal.
- Hechos puntuales que pueden aumentar la tensión familiar: muerte, pérdida de trabajo, deudas acumuladas, hospitalizaciones.
- En una situación de maltrato, no siempre identificaremos un factor predisponente. En estos casos hay una mayor dificultad para el diagnóstico y el abordaje posterior.

TIPOS DE MALTRATO

El «Llibre d'en Pau» define los siguientes tipos de maltrato:

- **Maltrato físico:** es cualquier acción no accidental por parte de los padres, o personas responsables del cuidado del niño, que provoque en el menor daño físico o enfermedad. En este apartado se incluye el Síndrome Münchhausen «por poderes» que se define como la descripción de hechos falsos o la provocación de síntomas de enfermedad por parte de los padres o tutores, para generar un proceso de diagnóstico y atención médica continuada. Puede iniciarse con la fabricación de signos y síntomas leves y esporádicos pudiendo llegar a provocar la muerte del niño.
- **Maltrato por negligencia y abandono:** es el producido por aquellas situaciones en las que las necesidades básicas del niño (físicas, sociales y psicológicas) no son atendidas, de manera temporal o permanente, por ninguno de los miembros del grupo en el que convive.

Es la forma de maltrato más frecuente, y los aspectos que pueden estar afectados incluyen entre otros: educación, alimentación, vestido, higiene personal, atención médica, supervisión y vigilancia de las condiciones higiénicas y de seguridad del hogar.

- **Maltrato psicológico o emocional:** es el producido ante una situación reiterada en la que los adultos responsables del niño con conductas activas (rechazar, aislar, sobreproteger, atemorizar, corromper) o privaciones (abandono emocional, ignorar), provocan sentimientos negativos hacia la propia autoestima y limitan las iniciativas que el menor pueda tener. Encontramos aquí el menosprecio continuo, el rechazo verbal y el insulto, la intimidación y la discriminación.
- **Abuso sexual:** es aquella situación en la que el niño o adolescente participa en actividades sexuales que violan los tabúes sociales y legales del entorno en el que el menor se desarrolla, que él no comprende o para los que no está preparado de acuerdo con su desarrollo y, a los que, por tanto, no puede dar su consentimiento. Implica una situación de superioridad, bien psíquica o física del agresor.
- **Explotación laboral:** es el que se produce cuando se obliga al niño a ejercer cualquier tipo de trabajo no apropiado a su edad o que precise dureza física, o bien sea utilizado como objeto pasivo de situaciones mediadas por adultos.
- **Maltrato prenatal:** se habla de maltrato prenatal cuando una mujer en proceso de gestación no se preocupa, de forma consciente o inconsciente, de las atenciones necesarias que su estado requiere, con riesgo de perjudicar al feto. El hecho de no ofrecer al feto todas aquellas atenciones que necesita constituye una forma de maltrato, que puede ser tanto de acción como de omisión.
- **Otros tipos de maltrato:** el maltrato en los niños no es exclusivo del ámbito familiar. Cualquier profesional relacionado directa o indirectamente con el mundo de la infancia: centros y profesionales sanitarios, centros escolares y educadores, pero también organismos administrativos y políticos, entre otros medios, pueden generar situaciones de acción u omisión, que impidan el correcto desarrollo de niños y jóvenes.

Pueden presentarse en actuaciones que requieren contacto directo con el niño o bien basándose en disposiciones que no tienen suficientemente en cuenta los intereses reales de la infancia en general.

La yatrogenia por falta de preparación de los profesionales o bien la falta de coordinación entre los mismos, pueden ser buenos ejemplos de ello. De ahí la importancia de que el niño atendido en el hospital reciba el mejor trato posible.

INDICADORES GENERALES DE MALTRATO

Son aquellas manifestaciones clínicas o síntomas que suelen aparecer en los niños maltratados. Su presencia, sobre todo cuando se asocian varios de ellos, debe hacernos pensar en este diagnóstico, pero es necesario resaltar que no son signos exclusivos de maltrato, ya que también pueden aparecer por otras causas o incluso ser variaciones de la normalidad. En consecuencia debemos ser prudentes y valorar cada caso individualmente.

Seguidamente señalaremos los indicadores más frecuentes sin pretender que la lista los abarque a todos.

Indicadores propios de maltrato físico

Puede observarse uno o más de los siguientes tipos:

- Retraso en la solicitud de asistencia médica.
- Versiones discrepantes y contradictorias sobre el origen de las lesiones cuando interrogamos a la familia. La anamnesis y la exploración física divergen.
- Historia con múltiples accidentes o traumatismos tanto del niño objeto de estudio, como de sus hermanos.
- Mejoría en el estado físico y psicológico del niño cuando se le separa del medio habitual (hospitalismo de signo inverso).
- Ingesta de cáusticos u otros tóxicos en niños muy pequeños sin autonomía.
- Presencia de signos físicos que no se explican por las causas clínicas habituales.
- Lesiones cutáneo-mucosas:
 - a) Hematomas y contusiones en diferentes fases evolutivas, de localización en zonas protegidas no prominentes (cara interna piernas, axilas), suelen ser simétricas. Se valorará el número, la disposición, la antigüedad, la configuración y repetición de las

«EDAD» DE LOS HEMATOMAS

Aspecto	Tumefacción Hipersensible	Rojo, azul, púrpura	Verde	Amarillo	Pardo	Desaparición
Edad	0-2 días	0-5 días	5-7 días	7-10 días	10-14 días	2-4 semanas

lesiones. Alerta si ocurren en un lactante antes de la deambulación.

- b) Alopecia traumática en región occipital/occipitoparietal.
 - c) Quemaduras con localización y morfología característica (en guante/caletín que sugieren inmersión).
 - d) Lesiones en boca sugestivas de introducción forzada de objetos (cuchara).
 - e) Cicatrices en diferentes localizaciones y de distinta etiología.
- Lesiones osteo-articulares: fracturas importantes en niños menores de dos años de edad. Fracturas de origen poco claro, sobre todo en menores de un año. Numerosas fracturas en múltiples estadios evolutivos.
 - Lesiones internas:
 - a) Neurológicas: hematoma subdural, edema cerebral, síndrome del niño.
 - b) Sacudido de Caffey (roturas vasculares secundarias a movimientos de aceleración y desaceleración).
 - c) Oculares: hemorragias o desprendimiento de retina.
 - d) Viscerales: el hematoma duodenal o la pancreatitis traumática de origen poco clara. Alerta ante un niño con vómitos constantes, dolor torácico localizado y distensión abdominal.
 - e) Lesiones ano-genitales: irregularidades de los bordes del himen, pérdida de forma del esfínter anal, hematomas, fisuras profundas, condilomas.

Indicadores propios del Sd. Münchhausen «por poderes»

Signos o síntomas ficticios, inexplicables, prolongados y recurrentes. Discrepancias entre la clínica y la historia. La sintomatología sólo se presenta cuando el niño está con la madre. Sobreprotección del niño; durante los múltiples ingresos nunca lo dejan solo. Madres extremadamente colaboradoras con el médico, pero a la vez des preocupadas por lo que respecta a la salud del pequeño, estableciendo barreras que impiden las relaciones genuinas con los profesionales. Estas madres suelen tener conocimientos médicos o en enfermería. Los exámenes complementarios no ayudan al diagnóstico. El niño no responde al tratamiento habitual. Antecedentes de muertes súbitas en la familia.

Entre otros indicadores:

- **Hemorrágicos:** hematuria, melena, hematemesis, hemoptisis. La sangre se obtiene de la misma madre quien la mezcla con las diferentes secreciones del niño.

- **Neurológicos:** coma, convulsiones, somnolencia, inducidos por la administración de fármacos con estos efectos.
- **Hipoglucemias** por la administración de insulina (madre diabética).
- **Digestivos:** diarrea provocada por laxantes o cloruro de sodio.
- **Cutáneos:** Exantemas, ampollas, púrpura generadas intencionadamente.
- **Fiebre:** manipulación del termómetro.

Indicadores propios de maltrato por negligencia

Manifestaciones físicas: Nos encontramos con un niño en el que detectamos:

- Retraso pondo-estatural, contrastado con valores normales en el momento del nacimiento.
- Falta de higiene personal. Eritema del pañal.
- Lesiones por exposición inadecuada a situaciones climáticas.
- Trastornos relacionados con la alimentación.
- Caries dental extensa.
- Mala higiene de colostomías/gastrostomías.
- Plagiocefalia y/o alopecia localizada (misma posición).
- Cansancio habitual (anemia carencial)
- Niño abandonado

Manifestaciones conductuales. Podremos observar:

- Retraso psicomotor sin enfermedad orgánica que lo justifique.
- Trastorno del comportamiento.
- Trastorno en el ámbito escolar.

Manifestaciones de comportamiento negligente en los responsables del niño:

- Los controles pediátricos recomendados no se han realizado.
- Incumplimiento del tratamiento pautado (niveles séricos discordantes) especialmente en niños pequeños.
- Faltan vacunaciones.
- Existe poca supervisión y vigilancia.
- Falta de dedicación y atención al niño.
- Organización familiar muy deficiente.

Indicadores propios de maltrato emocional

Los padres de los niños con trastornos emocionales reconocen generalmente la existencia de un problema, mientras que los padres del niño maltratado no lo reconocen y, además, acostumbran a rechazar las ayudas.

Manifestaciones físicas:

- Retraso en el desarrollo físico.
- Perturbación en el lenguaje, o problemas en su adquisición.

Manifestaciones conductuales:

- Temores y miedos no justificables.
- Movimientos repetitivos.
- Excesiva tristeza. Sentimiento de culpa.
- Actitudes autistas. Conductas autodestructivas.
- Llanto inconsolable. Inquietud frente al llanto de otro niño.
- Excesiva indiferencia ante los adultos.

Indicadores propios de abuso sexual

Es necesario señalar que aún existiendo abuso sexual, en la mayoría de los casos los hallazgos son nulos. No obstante se debe sospechar cuando nos encontremos ante un niño/a con un conocimiento de la sexualidad no adecuado a su edad, juegos inapropiados, interés o pudor desmesurados.

La detección de enfermedades de transmisión sexual, infecciones genitales y/o urinarias, lesiones asociadas en la cara interna de los muslos, dolor perineal crónico, dificultad para caminar o sentarse e incluso el embarazo, son situaciones que nos deben alertar.

A la exploración de los genitales masculinos:

- Erosiones o lesiones residuales de mordeduras.

A la exploración de los genitales femeninos:

- Obertura himeneal superior a 2 desviaciones estándares de los patrones establecidos por Mc. Caan y signos de sospecha, aunque no será definitivo.
- Irregularidades en los bordes del himen, o escotaduras en forma «U» o de «V», especialmente en la zona que corresponde a las 3 o a las 9, o bien disminución por debajo de 1 mm de la pared himeneal a nivel de la horquilla vulvar; o un Y con eritema en la región vestibular.
- A la exploración anal: el 30% de los abusos se producen por esta vía, por lo que los signos que hallare-

mos con mayor frecuencia serán: hematomas, esguinces, heridas, cambios coloración de la piel con mayor pigmentación; desaparición de los pliegues perianales o su engrosamiento; circulación venosa perianal o ingurgitación; reflejo de dilatación anal en forma «O», pérdida de la forma del esfínter externo; condilomas acuminados en niños mayores de un año de edad.

Indicadores propios de maltrato prenatal

Durante el embarazo puede haber maltrato al feto, o situaciones no deseables originadas por la propia madre, generalmente por omisión o por abusos de una tercera persona.

Podemos destacar:

- Consumo de fármacos no prescritos o sustancias con capacidad teratógena: alcohol, tabaco y drogas.
- No seguimiento de los controles durante el embarazo y los específicos de enfermedad materna de transmisión vertical (VHB, VHC, VIH, sífilis, TORCH), o de enfermedades maternas sistémicas (diabetes, isoimmunización Rh...).
- Nutrición deficiente.
- Sobrecarga de trabajo o trabajo de riesgo para el feto.
- Abusos físicos contra la embarazada.
- Gestación ocultada.

EL HOSPITAL FRENTE AL MALTRATO

Objetivos generales

Paralelamente a la atención médica que ha motivado la asistencia, la atención integral del maltrato debe orientarse a:

- Proteger al niño supuestamente maltratado o en situación de riesgo.
- Identificar las dificultades o factores de estrés o violencia que concurren en la familia.
- Ofrecer apoyo psicosocial a los padres para prevenir que el maltrato pueda repetirse o extenderse a otros hijos.

Para el logro de estos objetivos es necesario el trabajo interdisciplinario hospitalario y la coordinación con la red de servicios sociales.

Objetivos específicos

Objetivos asistenciales:

- Diagnosticar las situaciones de maltrato infantil.
- Detectar aquellos casos de sospecha de maltrato o de situación de riesgo.
- Tratar las consecuencias de los malos tratos (físicas y psíquicas).
- Asegurar la continuidad del seguimiento cuando sea preciso.
- Prevenir la aparición de nuevos malos tratos estableciendo las medidas de protección que se crean pertinentes.
- Evitar que nuestra intervención pueda agravar o empeorar los efectos del maltrato (victimización secundaria).

Objetivos sociales:

- Conocer los antecedentes bio y psicosociales del niño.
- Valorar la situación familiar mediante entrevistas a los padres para conocer sus recursos personales y su capacidad protectora.
- Mantener contactos con la familia, proponer cambios o mejoras en su dinámica y supervisar su evolución.
- Establecer circuitos de seguimiento y/o derivación para asegurar que los niños en situación de riesgo, realicen los controles médicos y sociales prescritos.
- Informar a los servicios de la infancia sobre la valoración médica y social realizada cuando la situación lo requiera.

Objetivos judiciales:

- Comunicar a las autoridades judiciales las situaciones de maltrato o de sospecha de maltrato.
- Realizar los peritajes que sean solicitados.
- Colaborar en juicios cuando nos es requerido.

Determinación de la situación de urgencia

Ante un caso de malos tratos debemos diferenciar aquellas situaciones que requieran una intervención urgente de las que no van a requerirlo. Ello no depende del lugar en el que se atiende al paciente puesto que en el Servicio de Urgencias podemos encontrar situaciones no urgentes y en Consultas Externas situaciones urgentes.

Decimos que un caso de maltrato es urgente cuando:

- Es necesario intervenir de forma inmediata para proteger al niño.

- La intervención inmediata se justifica por la necesidad de instaurar un tratamiento médico, quirúrgico o psicológico inmediato.
- La agresión o acto agresivo se ha producido en las últimas 72 horas.
- Cuando pueden existir pruebas que deben ser recogidas lo antes posible porque de lo contrario se perderían.

Siempre que no nos encontremos en uno de los supuestos citados la intervención no será considerada urgente y será derivada convenientemente.

NOTA: La exigencia de actuación por parte de una autoridad judicial o de alguno de los cuerpos de seguridad no debe hacer variar este criterio y debemos reconducirla hacia la actuación asistencial que se considere apropiada.

Abordaje diagnóstico y plan de intervención

A partir del momento en que se establece la sospecha de maltrato, se pondrá en marcha una acción interdisciplinar, por parte del equipo que asistirá al niño y que estará formado como mínimo por:

- El médico responsable del niño, quién actuará como coordinador.
- Personal de enfermería que está al cuidado del paciente.
- El asistente social que le corresponda.

Una vez establecido el diagnóstico de maltrato o de situación de riesgo, el equipo que ha tratado al pequeño deberá consensuar el plan de actuación posterior, en sus dos vertientes:

- **Asistencial:** dirigida a trazar la pauta terapéutica a seguir en cada caso. Al final se redactará un informe completo y detallado (epicrítica), debidamente codificado, que contribuirá a estar en alerta ante futuras asistencias. En la epicrítica se incluirán todos los códigos de los diferentes diagnósticos clínicos, de forma desglosada, y además se añadirá el código genérico apropiado (maltrato seguro, sospecha de maltrato o situación de riesgo). Se debe incluir la codificación de disfunción socio-familiar (030).
- **Administrativa:** dirigida a la protección del menor. Una vez evaluados los datos obtenidos de la historia clínica y social, y obtenidos los resultados de las exploraciones pertinentes, podremos decir que nos encontramos frente a una de las situaciones siguientes:
 - a) situación de riesgo
 - b) sospecha de maltrato.
 - c) maltrato seguro.

Si estamos ante un caso de maltrato seguro o de sospecha de maltrato (si lo cree conveniente), el médico deberá comunicarlo, de forma urgente al Juzgado de Guardia y a la Fiscalía de Menores. Posteriormente el asistente social informará a la DGAI de la situación. La comunicación se hará de forma urgente siempre que el niño necesite protección inmediata, y sólo en estos casos.

En caso de sospecha de maltrato o de situación de riesgo el Servicio de Trabajo Social realizará el seguimiento y control, en coordinación con los Servicios Sociales que corresponda.

ABORDAJE DEL MALTRATO EN LOS DISTINTOS ÁMBITOS DEL HOSPITAL

En urgencias

Los niños maltratados llegan al Servicio de Urgencias por diferentes vías:

- Policía o Mossos de esquadra que nos los traen bajo denuncia para diagnóstico.
- Remitidos por otro profesional o institución para valoración.
- Denuncia de maltrato por parte de alguno de los padres u otro familiar o conocido próximo al niño.
- Que acuda por otro motivo y el médico de guardia sospeche o compruebe la situación de riesgo o de maltrato.

Pauta de actuación: en primer lugar se debe valorar si nos encontramos frente a una situación de **URGENCIA** o no, teniendo en cuenta el tiempo transcurrido y el tipo de agresión, la necesidad de recoger pruebas o de instaurar tratamiento inmediato y, sobre todo, el grado de protección que necesita el niño.

Si la situación no se ha valorado como urgente, derivaremos al niño a Consultas Externas de Pediatría, y si es posible a la unidad específica de maltrato (UFAM), evitando exploraciones innecesarias.

Si la situación es catalogada como urgente procederemos a:

- Realizar el diagnóstico diferencial.
- Realizar la historia clínica. Será preciso registrar el máximo de detalles, y especificar literalmente las palabras dichas por el niño. Con el objetivo de facilitar la valoración social posterior, recogeremos los siguientes datos: lugar de nacimiento del niño, nombre de la escuela a la que asiste y centro de salud o ambulatorio dónde se visita habitualmente.

- Realizar la exploración física y recoger muestras: solamente en situación de urgencia, o cuando se precise recoger pruebas que tengan validez en un posible juicio posterior, proseguiremos con la exploración física, solicitando siempre la presencia del médico forense. Para ello, el médico responsable contactará con el Juzgado de Guardia que corresponda, con relación al lugar dónde hayan ocurrido los hechos. A continuación se enviará un FAX comunicándolo, junto al informe de asistencia al lesionado (según modelo). Si el médico forense está presente, la recogida de pruebas será dirigida por él.
- Detallar en la historia clínica la exploración practica, adjuntando si es posible, fotografías de las lesiones, registrando la hora, dónde y cómo se han obtenido. En los casos de sospecha de abuso sexual, y si se presupone la existencia de semen, se debe recoger mediante un lavado vaginal.
- Recogidas todas las pruebas posibles, se remitirán al Instituto Nacional de Toxicología con un informe del caso, notificando cómo se han obtenido y pidiendo que las guarden en custodia por si el juez las reclama.
- Realizar las exploraciones físicas y recoger muestras.
- Valorar el grado de protección del niño, y ante la menor duda sobre su seguridad, proceder al ingreso. En tal caso comunicar al día siguiente, y de forma discreta, la situación al Jefe de Urgencias, al Jefe del Servicio donde está ingresado y a Dirección Médica.
- Contactar con el Servicio de Trabajo Social, quienes en el caso de maltrato seguro, lo comunicarán a la DGAI inmediatamente. Mientras que en caso de situación de riesgo, se tomarán las medidas previstas en el apartado correspondiente (c.2.2)
- Como en cualquier acto médico, mantendremos informados a la familia del proceso.

En hospitalización

En la hospitalización de un niño podemos enfrentarnos al maltrato infantil desde situaciones diferentes:

- Que el niño esté ingresado, procedente de urgencias o consultas externas por una sospecha o un diagnóstico de maltrato.
- Que el niño esté ingresado por otro motivo y durante el ingreso se detecten indicadores de riesgo realizándose el diagnóstico de sospecha de maltrato ó que se detecte una situación de riesgo.
- Que el niño se encuentre ingresado por una orden de retención remitida por las autoridades administrativas (DGAI) o judiciales. Alta con posterior custodia por la DGAI. Situación de retención.

Ingreso por diagnóstico o sospecha de maltrato

La situación de maltrato debe ser abordada siempre desde un punto de vista interdisciplinar con un equipo formado como mínimo por el médico responsable, el personal de enfermería y el asistente social asignado. Al equipo se integrarán aquellos profesionales que se crean necesarios para un correcto diagnóstico y tratamiento. La función del equipo asistencial será:

El médico responsable del niño intentará establecer o completar el diagnóstico mediante la realización de las pruebas complementarias indicadas, según el protocolo vigente de cada centro.

Se establecerán los tratamientos necesarios sin olvidar el aspecto psicológico.

Durante el ingreso se evitarán todas aquellas situaciones que puedan empeorar el estado y la situación del pequeño, como repetir la anamnesis, las exploraciones o las referencias a lo ocurrido (victimización secundaria)

El personal de enfermería deberá:

- Valorar la interacción niño-familia, así como la actitud del niño en ausencia de sus familiares.
- Hacer constar, si los hay, hábitos tóxicos en los padres o acompañantes, no detectados al ingreso.
- Detectar si las personas de un determinado sexo, provocan en general una actitud de rechazo o miedo en el niño.
- Objetivar si hay mala técnica en la administración de la alimentación o los cuidados básicos del niño, por lo que es aconsejable, en caso de sospecha, la presencia de un miembro del equipo de enfermería en esos momentos.
- Estar atentos a la aparición de nuevas lesiones que no estaban en el momento del ingreso.
- Anotar de manera minuciosa, en la historia clínica, cualquier observación importante, señalando la hora, el día y el nombre de la persona relacionada con cada acontecimiento.
- Prestar atención y anotar la frecuencia, los horarios de visita y las llamadas telefónicas.
- Unificar la información entre todos los turnos de enfermería.
- Mantener una actitud de discreción y neutralidad ante cualquier conflicto familiar.

El asistente social deberá:

- Realizar un primer contacto con el médico responsable y el equipo de enfermería para el intercambio y recogida de información. Registrar en la historia clínica el inicio de la intervención.

- Proceder al estudio socio-familiar (según protocolo del servicio). Para ello utilizará diversas fuentes:
 - a) Los padres en primer lugar, se les comunicará el motivo de la entrevista.
 - b) Otros familiares del entorno del niño.
 - c) Profesionales del Hospital que están en contacto con el niño.
 - d) Servicios y profesionales externos al Hospital que mantienen o han mantenido contacto con el niño y con la familia (UBASP, ABS, CAPIP, EAP, SAP, la escuela).
- Mantener estrecha coordinación con los profesionales del equipo a lo largo del proceso.
- Establecer con la familia las bases del plan de intervención social, orientadas a cambiar o a mejorar su dinámica familiar.
- Informar a los padres sobre la valoración social realizada.
- Establecer contacto con la DGAI, cuando la situación sea de maltrato seguro o de grave riesgo. Posteriormente se les enviará el Informe social junto con el Informe médico y una copia del Informe de asistencia al lesionado (remitido con anterioridad por Fax al juzgado).
- Colaborar con el equipo en la comunicación a los padres de la orden de retención del niño en el Hospital o su traslado, si así lo dispone la DGAI.
- Continuar el contacto con la familia durante el ingreso, a fin de ayudar a contener las tensiones propias del momento y que son expresadas de forma diversa: angustia, agresión, amenazas o potenciales fugas.

Durante el ingreso del niño por otro motivo, se detecta una situación de maltrato o sospecha de maltrato o de situación de riesgo

El médico responsable y el personal de enfermería deben estar alerta para identificar posibles indicadores de maltrato.

En aquellos casos en que el maltrato no quede evidenciado pero sí existan indicadores de riesgo que conviene tratar y seguir una vez el niño esté dado de alta del Hospital, las propuestas de intervención social para la familia deberán realizarse en coordinación con los Servicios Sociales Externos, que serán los responsables de hacer el seguimiento y/o control de la situación una vez el niño sea dado de alta. El asistente social será el que se encargará de la coordinación para que todo ello sea posible.

La no-asistencia a las visitas o el no cumplimiento del tratamiento y controles de estos niños, deberá ser comunicado por el médico al Servicio de Trabajo Social,

para que de forma conjunta (médico-asistente social) establezcan las medidas adecuadas en cada caso para asegurar la atención que el niño precisa y no está recibiendo.

Situación de retención

Se plantea cuando el niño queda ingresado por orden de las autoridades administrativas (DGAI) o judiciales, que son los únicos que la pueden determinar. Esta situación viene condicionada por la decisión que toma la administración de que el niño/a al ser dado de alta del hospital, no vuelva con sus padres o tutores si concurren situaciones de alto riesgo. Esta orden se recibe en el Hospital por escrito (orden de retención).

La recepción de la orden de retención debe hacerse constar en la hoja de curso clínico y en la de indicaciones médicas. Se añadirá además la fotocopia de dicha orden. La guarda del menor retenido corresponde a partir de este momento al Director Médico del Hospital (o su sustituto el Jefe de la Guardia).

Dicha orden puede venir originada a propuesta de los servicios sociales externos, o como consecuencia de los hallazgos clínicos que pongan de manifiesto el maltrato, durante la hospitalización.

Si la retención se ha originado desde el Hospital, el Jefe de la guardia o el médico responsable de la Unidad donde se encuentre ingresado el niño, la enfermera que está a su cuidado en este momento y el asistente social de referencia serán quienes informarán a la familia de la recepción de dicha orden.

En ambos casos debe registrarse en la hoja de curso clínico cuando y a quién se ha informado.

Cuando la presencia de los padres no sea posible o esté prohibida por expresa decisión de la DGAI, el hospital deberá proveer las personas o medidas necesarias para evitar que el niño se quede solo durante el tiempo que quede hospitalizado.

El personal asistencial responsable del niño deberá estar alerta acerca de cualquier incidencia que surja y actuar en consecuencia. Si es preciso puede solicitar la ayuda del servicio de seguridad del hospital o, en su defecto, a los Mossos d'Esquadra. El médico de la guardia o el jefe de guardia serán los encargados de tomar dicha medida.

Se procederá de igual forma si los padres no respetan la orden de retención y se llevan al niño. En tal caso se pondrá en conocimiento del Juzgado de guardia por teléfono con posterior confirmación via fax.

Situación de retirada

Dicha situación se produce cuando un niño retenido en el Hospital por decisión de las autoridades administrativas (DGAI) o judiciales, al ser dado de alta, es trasladado a un centro de acogida o familia, mientras se realiza el

estudio valorativo de la situación y posibles alternativas de ubicación posterior.

Este proceso en el momento del alta, será coordinado por el asistente social de referencia. Para efectuar dicha retirada es preciso que la persona que acuda, ya sea familiar o educador, acredite estar autorizado para ello, mediante oficio de la D.G.A.I., que deberá presentar en el departamento de admisión de hospitalización.

Los padres serán oportunamente informados del traslado del niño, y dónde pueden consultar.

Consultas externas

Maltrato en consulta externa infantil. Posibilidades:

- Que acuda a la visita un niño ya diagnosticado de maltrato o de situación de riesgo. Pueden darse varias situaciones.
- Que el niño esté bajo la tutela de la DGAI, en este caso acudirá acompañado de un cuidador o monitor que conviene identificar. Nos limitaremos a asegurar una asistencia integral del niño e informar, por escrito de la misma, para que los profesionales que están habitualmente al cuidado del niño, conozcan nuestras indicaciones.
- Que la guarda del niño la ejercen los padres con el seguimiento de los servicios sociales intra o extra hospitalarios. En este caso debemos objetivar si persisten los indicadores de maltrato que condicionaron la situación actual, o si aparecen otros nuevos. En tal caso contactaremos con el Servicio de Trabajo Social en el curso de la visita.
- Que acuda por otro motivo, y se detecten indicadores que nos puedan hacer sospechar la existencia de maltrato o de situación de riesgo, bien sea en la sala de espera o durante la visita. Si la sospecha es de que existe, no una situación de riesgo, sino una situación real de maltrato, hay que procurar la protección inmediata del menor, y para ello lo más conveniente es el ingreso hospitalario del niño.
- En cualquier caso se anotarán en la historia clínica todas nuestras observaciones.
- Maltrato en consultas externas/hospitalización servicio de obstetricia.

La detección de maltrato y/o situaciones de riesgo durante el período pre y post natal nos puede prevenir el deterioro de los factores de riesgo, y de las dificultades socio-familiares antes del nacimiento y asegurar la atención socio-sanitaria de la gestante y del futuro bebé.

Entendemos por maltrato pre-natal cuando una mujer en proceso de gestación no tiene cuidado, de forma consciente o inconsciente, de las atenciones necesarias que demanda su estado, con riesgo de perjudicar al feto.

El hecho de no ofrecer al feto todas aquellas atenciones que requiere constituye una forma de maltrato que puede ser tanto de acción como de omisión.

Entendemos por riesgo social aquellas condiciones socio-familiares que puedan dificultar el adecuado desarrollo de la gestación y del futuro recién nacido.

La detección del problema debe ser realizada por el personal médico o de enfermería que es el que está en contacto con la paciente. Una vez hecha la detección se deberá poner en contacto con el servicio de Trabajo Social.

Nos podemos encontrar en diversas situaciones:

DetECCIÓN EN EL HOSPITAL

Será por parte del equipo que atiende a la paciente. En tal caso se debe contactar con el Servicio de Trabajo Social, mediante comunicación verbal, y/o través de interconsulta donde se especifique el motivo de la misma.

Es importante que la intervención del asistente social venga canalizada por el equipo asistencial, y que todos ellos en conjunto determinen la manera y el momento más idóneo para actuar.

El asistente social realizará del estudio socio-familiar con el objetivo de atender los aspectos socio-familiares para que la gestante asuma el rol materno en las mejores condiciones posible. La valoración del caso y el plan de trabajo tienen un carácter individualizado en cada caso.

El estudio socio-familiar comporta a lo largo del proceso: entrevistas con la gestante y/o pareja y otros familiares, y la coordinación con los servicios extrahospituarios.

Realizada la valoración nos podemos encontrar con tres situaciones:

La situación más clara sería referente a la ingesta de tóxicos durante el embarazo, ya que repercute directamente en la salud del futuro bebé. En estas situaciones se preveerá, cuando sea conveniente, la derivación y coordinación con la *Direcció General d'Atenció a la Infància*.

SITUACIONES DE RIESGO SOCIAL

En estas situaciones el abordaje familiar tiene la finalidad de:

Valorar y potenciar los recursos y capacidades personales y familiares.

Cuando sea oportuno, trabajar la derivación y coordinación con los Servicios Sanitarios de la red para poder preveer, después del parto el seguimiento socio-sanitario del recién nacido.

Detectar y hacer la valoración de los recién nacidos que requieran un seguimiento desde el Hospital.

INDICADORES DE RIESGO SOCIAL

- Embarazada adolescente entre 15 y 19 años
- Embarazada sola, sin familia
- Embarazada con enfermedad mental asociada a problemática social.
- Embarazo en mujeres con disminución psíquica, sensoria i/o grave disminución física.
- Embarazada con hábitos Tóxicos (alcoholismo, drogodependencias).
- Embarazada con acumulación de dificultades (económicas, vivienda, personales, familiares, etc.)
- Embarazada con problemas con la justicia.
- Embarazada con poco nivel cultural y con dificultades para comunicarse o entender las explicaciones.
- Embarazada sin cobertura sanitaria.
- Embarazada que manifiesta renunciar a su hijo.
- Embarazada con enfermedad infecto-contagiosa.
- Embarazada que manifiesta el rechazo sistemático al embarazo.
- Embarazada con feto con patología malformativa.
- Embarazada de mellizos o trigemelar.
- Embarazada maltratada física, sexual i/o psíquicamente.

SITUACIONES ESPECIALES: RENUNCIA

Se entiende como tal el acto por el que los padres o la madre hacen constar su voluntad verbal y en un documento escrito de no querer hacerse cargo de las obligaciones inherentes a la patria potestad del hijo.

Estas situaciones requieren de una atención especial global por parte de todo el equipo asistencial ya que es imprescindible, desde el primer momento y a lo largo de todo el proceso, respetar la decisión de la madre. Para ello se pondrán en marcha las medidas necesarias según el caso, como ver o no las ecografías, evitar o posibilitar ver el nacimiento y el posterior vínculo con el recién nacido y la retirada de la lactancia, entre otras.

El asistente social será el encargado de la vinculación durante el post-parto con el equipo de la DGAI, para que los padres o la madre, formalicen la renuncia solicitada y se efectúe la retención hospitalaria del recién nacido.

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO EXTRAHOSPITALARIO

Nos referimos a las situaciones derivadas desde la DGAI con la indicación inicial de retención hospitalaria en el momento del nacimiento.

El Servicio de Trabajo Social es el responsable de la coordinación intra-hospitalaria que permitirá poner en marcha los mecanismos necesarios para que se cumpla la orden previa de retención.

Durante la gestación, el asistente social facilitará el acceso a la asistencia médica de la embarazada, establecerá relación con la familia en el momento del parto, y actuará como mediador entre el Hospital y la DGAI.

En estas situaciones quien asume la responsabilidad de la comunicación de la retención a la familia, es la *Directió General d'Atenció a la Infància*, que envía una orden escrita al Hospital.

MARCO JURIDICO

Todo profesional sanitario, por razón de su profesión, tiene la obligación específica de denunciar los hechos ante un posible caso del maltrato. El médico o personal sanitario que incumpla esta obligación podrá incurrir en responsabilidades administrativas e incluso penales.

Esta obligación, señalada expresamente en el artículo 262 de la ley de Enjuiciamiento Criminal, adquiere especial relevancia y significación cuando la víctima de los hechos es un menor y en este sentido así lo apunta el Código de Deontología Médica.

Tenemos la obligación de proteger a nuestros menores. Pero en este deber no estamos solos, sino que instituciones internacionales y nacionales abogan el derecho a la vida bajo el principio de libertad, justicia y bienestar. Citamos a continuación, las resoluciones y leyes que hacen referencia a la protección del menor.

- 20-11-1989: Convención sobre los derechos de los niños, adoptada por las Naciones Unidas.
- Ley 37/1991. 30/Diciembre: «Mesures de protecció dels menors desamparats i de l'adopció».
- Resoluciones adoptadas por el Parlament Català, en especial 194/III del 3 de Marzo de 1991, sobre los derechos de la infancia.
- Ley 8/1995, 27/Julio: «Atenció i protecció dels infants i adolescents» y modificación de la ley 37/1991 del 30 de Diciembre.
- Ley orgánica 1/1996 del 15 de Enero de protección jurídica del menor, de la modificación practicada en el código civil y de la ley de enjuiciamiento civil.
- Decreto 2/1997 del 7/Enero, por el cual se aprueba el «Reglament de protecció dels menors desamparats i d'adopció».
- Decreto 127/1997 del 27/Mayo, por el que se modifica parcialmente el decreto 2/1997.
- «Codi de família» 23/Julio/1998.

TERMINOLOGÍA

- A.B.S. Área básica de salud
- C.A.P. Centro de atención primaria
- C.S.M.I.J. Centro de salud mental infantil y juvenil
- D.G.A.I. Dirección general de atención a la infancia
- E.A.I.A. Equipos de atención a la infancia y adolescencia
- E.A.P. Equipos de asesoramiento psicopedagógico
- S.A.P. Servicio de atención precoz
- U.B.A.S.P. Unidad básica de atención social primaria

TELÉFONOS DE UTILIDAD

- 93.371.42.01 / 93.473.64.52. Juzgado de Guardia de Esplugues, (por la noche llamar a la Guardia Urbana de Esplugues).
- 93.371.66.66: Guardia Urbana de Esplugues.
- 93.319.10.52: Juzgado de Guardia de Barcelona
- 900.300.500: Dirección General de Atención a la Infancia (DGAI)
- 93.333.12.12: Centro Coordinador de Urgencias Costa de Ponent (24 horas): Si surgen dudas de las actuaciones inmediatas a seguir, en este teléfono informan de los pasos necesarios y también se encargarán de contactar con la DGAI para que intervenga en el caso.
- 93.30.02.29: Mossos d'Esquadra.
- 902.280.280 (móvil): Forense (abonado 8320190). No se le debe llamar nunca directamente ya que necesita la orden del Juez para venir.

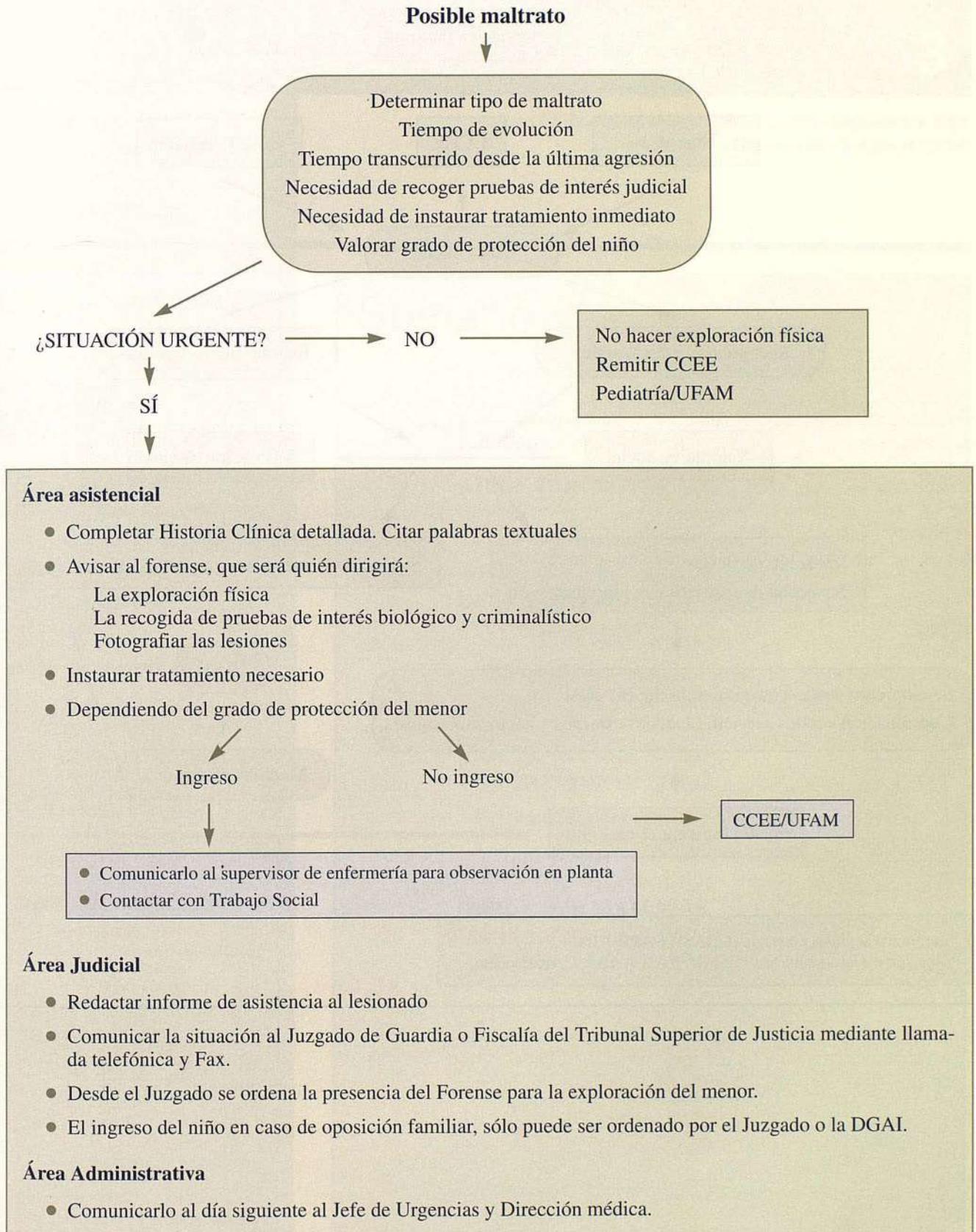
Otros datos:

Desde el Juzgado pueden solicitar que se les facilite el informe de forma urgente. Lo más conveniente es enviarlo por fax (puede utilizarse el de centralita).

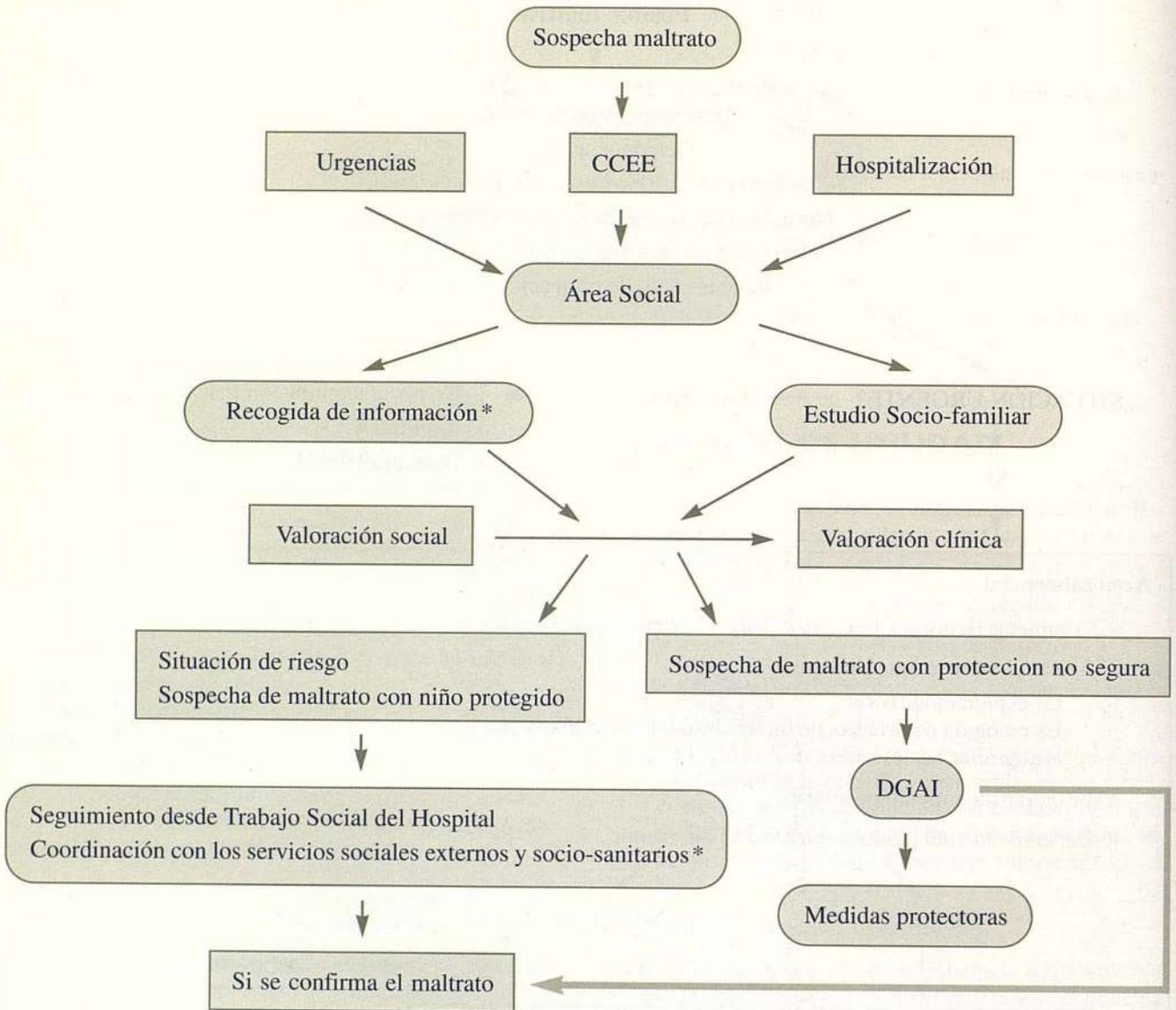
Recordar que lo más importante es proteger al niño, por lo que en caso de dudas siempre es mejor proceder al ingreso y después proseguir el estudio. Si los presuntos agresores han podido ser los padres es conveniente decirles que ingresa para observación; la vía judicial puede pasar a un segundo término en este momento.

Si el juzgado de Esplugues se inhibe porque el hecho ha ocurrido fuera de su jurisdicción comunicarlo al Juzgado de Guardia pertinente.

Algoritmo asistencial frente a una sospecha de maltrato



Algoritmo social frente a la sospecha de maltrato



* servicios sociales externos (UBASP, SAP, EAIA)
servicios socio-sanitarios (CSMIJ, EAP, AABS, CAP, Escuela)



Centrales de Esterilización

Lámparas y Mesas de Quirófanos

Sistema Centralizado de Distribución Comidas

Lo cotidiano en un Hospital es vital para muchas personas

Sábado 3.30 de la madrugada.

Una mujer en avanzado estado de gestación es ingresada urgentemente.

El parto es inminente.

Con prontitud, es trasladada a la sala de dilatación donde se la prepara convenientemente para su ingreso en el quirófano.

Domingo 8.30 de la mañana.

Puntualmente, la paciente toma un apetitoso desayuno. Se siente feliz: todo ha transcurrido como ella deseaba.

Detrás de esta satisfacción, toda una cotidiana y compleja organización ha funcionado de forma perfecta:

- Máxima higiene y asepsia en todo el proceso.

- Máxima seguridad y comodidad en el quirófano.

- Máxima calidad en el servicio de distribución de comidas.

Matachana, líder en el sector, lleva muchos años contribuyendo con sus equipos a que la difícil labor de todos los profesionales de un Hospital sea más eficaz y segura. En Matachana trabajamos pensando en usted y en sus pacientes. Sabemos que un óptimo funcionamiento se basa en disponer del mejor equipo -tanto humano como técnico- que le garantice una ejecución perfecta de toda la planificación diaria de su

Centro Hospitalario.

Matachana aporta soluciones concretas en cada caso con la alta tecnología de vanguardia que caracteriza a todos sus productos:

- Centrales de esterilización (la más amplia gama en esterilizadores).
- Equipamientos para quirófanos (lámparas y mesas de quirófanos con la técnica más avanzada).
- Sistema Centralizado de Distribución de comidas (equipos racionales en todo el proceso).

Matachana sabe, como usted, que lo cotidiano en un Hospital es vital para muchas personas.

●●● matachana



Central
Almogóvares, 174-176
Tel.: 93 300 80 12
Fax: 93 309 86 92
hospitales@matachana.com
E-08018 BARCELONA
http://www.matachana.com

Palermo, 42
Tel.: 91 388 01 28
Fax: 91 388 40 81
28043 Madrid

Fábrica
Hierro, 20-22.
Tel.: 93 223 26 28
Fax: 93 223 33 31
E-08038 Barcelona
ESPAÑA

División Exportación
Almogóvares, 174-176
Tel.: +34 93 300 85 04
Fax: +34 93 485 43 54
export@matachana.com
E-08018 Barcelona
ESPAÑA

Matachana Argentina
Viamonte, 749, Piso 19. Of. 8
Tel.: +54 11 4394 84 50
Fax: +54 11 4322 18 26
matachana@arnet.com.ar
1053 Buenos Aires
ARGENTINA

Matachana France
Passage de l'Image St. Martin
Tel.: +33 01 42 07 32 70
Fax: +33 01 42 07 32 36
94000 Créteil
FRANCIA

Matachana France
6, Rue Joseph Bosc
Tel.: +33 05 61 630396
Fax: +33 05 61 620664
MatachanaF@aol.com
31000 Toulouse
FRANCIA

VACUTRON

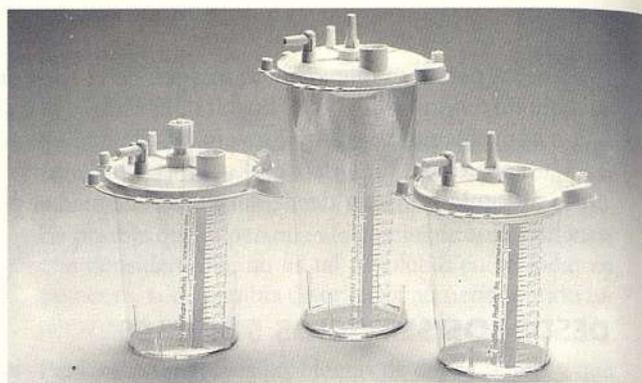
Reguladores de Vacío.



- Control exacto y preciso del vacío.
- Mínimo mantenimiento.
- Resistente a impactos.
- Vacuómetro codificado por colores.
- Funcionamiento silencioso.

HANDI-VAC

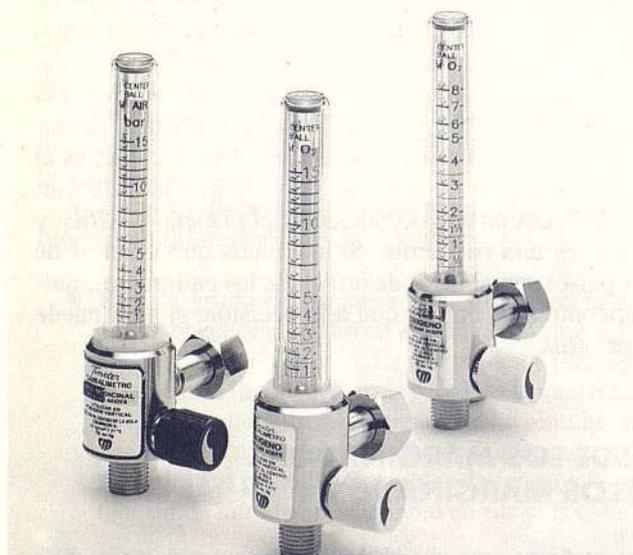
Sistema desechable para recolección de fluidos.



- Sistema desechable de cierre hermético, que impide su apertura accidental.
- Dos capacidades: 1.500 ml y 2.400 ml.
- Dos conexiones: Conexión a tubo y conexión diss.
- Válvula seguridad standard.
- Posibilidad de conexión en tándem.
- Completa gama de accesorios.

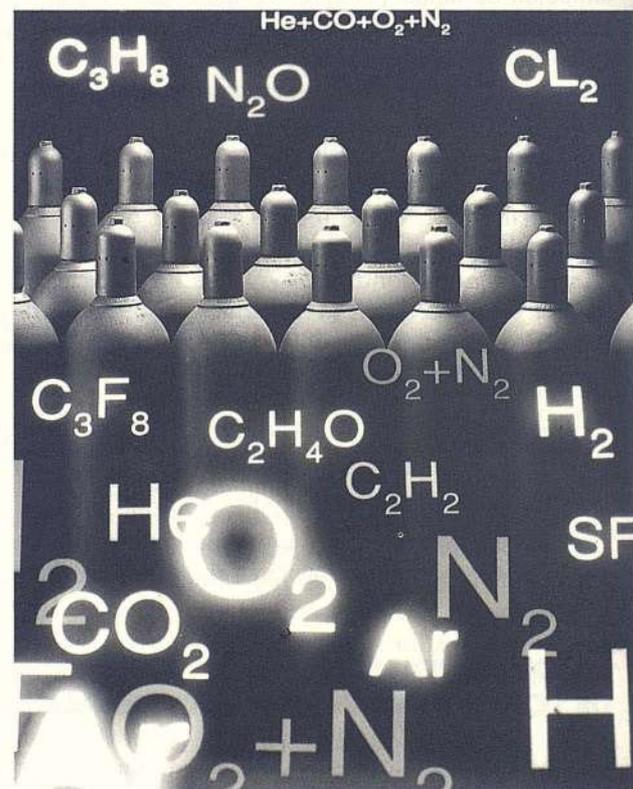
ULTRA FLO

Caudalímetros con rotamento de Oxígeno y Aire Medicinal.



- Alta precisión.
- Fácil lectura.
- Gran resistencia.
- Sencillez de manejo.

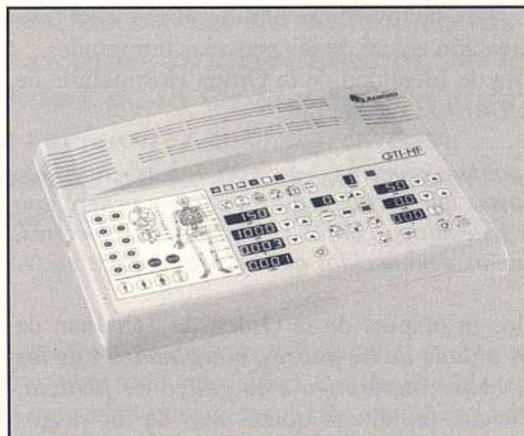
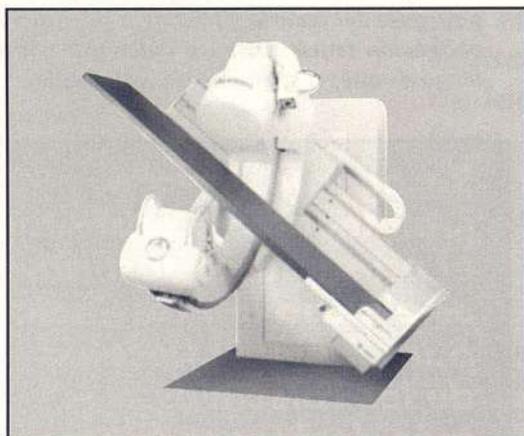
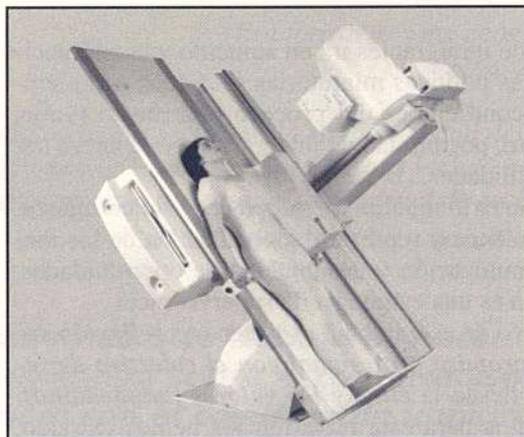
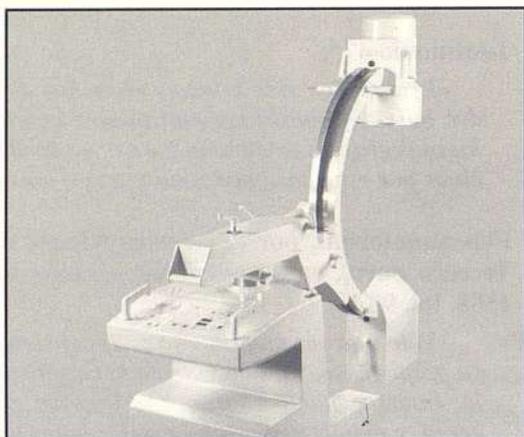
GASES PUROS Y MEDICINALES AL SERVICIO HOSPITALARIO





APELEM ESPAÑA, S.A.

Llussà, 13
Tels. (93) 330 02 83 - 491 49 92
Fax (93) 411 26 37
08028 BARCELONA
E-mail: apelem@feelingst.es
<http://www.apelem.com>



- Intensificadores de imagen
- Cadenas T.V. radiológica
- Sistemas digitales para radiología, angiografía y hemodinamia.
- Arcos quirúrgicos.

- Generadores de RX alta frecuencia
- Mesas teledemandadas.
- Presupuestos de actualización, adaptaciones
- Telemandos polivalentes

INSCRITA EN EL REGISTRO DE EMPRESAS AUTORIZADAS
PARA LA VENTA Y ASISTENCIA TÉCNICA DE EQUIPOS DE RX
(ERX-B/001/92) REAL DECRETO 1891/1991



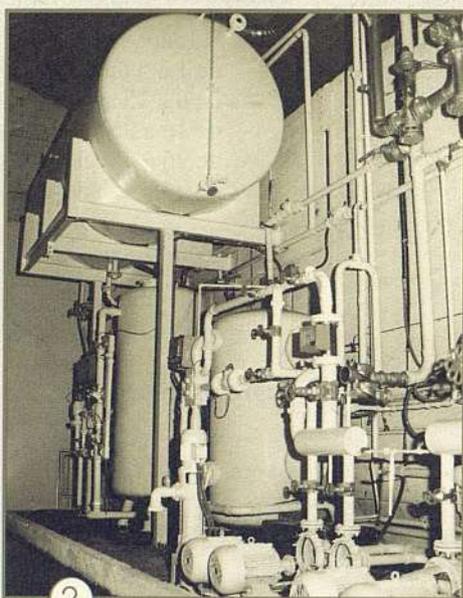
Especialistas en lavado y desinfección de lencería

Suminramos al paciente y a los servicios internos, lencería bacteriológica y visualmente limpia y correctamente acabada.

Para ello, la devolvemos:

①

Lavada y desinfectada (por proceso chemo-térmico)



②

Sin incrustaciones, tersa y suave.



③

En paquetes individuales y cuantificados.



④

En contenedores racionales, y

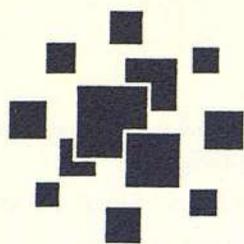


⑤

Puntualmente a la hora convenida.

La solución con garantía:





agefred

Una compañía de
Dalkia

**Mantenimiento Multitécnico
Gestión Técnica de la Energía
Instalaciones**

Escultor Canet, 35-37 08028 Barcelona
Tel. 933 340 800 Fax. 933 345 037
E-mail: agefred@agefred.es

Novedad bibliográfica



Congreso Orden Hospitalaria San Juan de Dios en España

Dimensión evangelizadora de nuestros centros

- Los Hermanos de San Juan de Dios de España tienen el gusto de ofrecer en este libro los frutos del **Congreso de Pastoral de Salud y Social**, celebrado en Benidorm los días 18 y 19 del mes de enero de 2001.
- La dimensión evangelizadora ha sido una preocupación de la Orden, siempre, pero en estos momentos, en que se nos invita a hacer creíble la Nueva Evangelización y la Nueva Hospitalidad, toma un relieve especial.
- Ahora, se ofrecen todos los discursos, ponencias y mesas redondas en el libro del Congreso.

Para más información:

FUNDACIÓN JUAN CIUDAD

Telf. 91/458.83.02

Correo E: fjc@ci.sanjuandedios-oh.es



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*

- CONTRIBUYE CON:
- Medicamentos
 - Instrumental y
aparataje sanitario
 - Alimentos
 - Ayuda económica

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

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

Villa-Reyes, S.A.

CONSTRUCCIÓN DE OBRAS

Figueras, 8, dcho. 15
Tels. 417 83 41 - 417 03 06 • Fax: 418 89 90
08022 BARCELONA