

LA BOR HOS PITA LARIA

1 - 2006

enero / febrero / marzo

nº 279

Humanización, pastoral
y ética de la salud

La dirección por **Valores**
en el sector sanitario:

Coherencia entre la
excelencia y la sensibilidad
humanística.

El Protocolo **Groningen:**
Eutanasia en casos de
bebés gravemente
enfermos.

Evolución de la ley de
extracción y trasplantes
de órganos.

La iglesia en Andalucía
ante los **trasplantes.**

Materiales de
educación en la fe.
Campaña del enfermo 2005:

Los **profesionales**
de la salud, los necesitamos,
nos necesitan.



LA
BOR
HOS
PITA
LARIA

Humanización, pastoral
y ética de la salud

Hermanos de San Juan de Dios
Barcelona - Provincia de San Rafael

Año 58. Tercera época. Enero - Febrero - Marzo 2006
Número 279. Volumen XXXIX

Consejo de Redacción

Director - Miguel Martín
Administración - Joan Lluís Alabern
Coordinación y Redacción - Maite Hereu

Consejo Asesor

Francisco Abel, 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-
curia@ohsjd.es

Fotografía

Santiago Domingo i Franquesa

Información y suscripciones
revistas@ohsjd.es

www.sanjuandedios.net

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad como Soporte
Válido. Ref. SVR nº. 401

ISSN 0211-8268 - Dep. Legal: B. 2998-61
COLOR DIGITAL - BCN

1

**La dirección por Valores
en el sector sanitario:
Coherencia entre la excelencia
y la sensibilidad humanística.**

> Pilar Marqués Sánchez

Pág. 5

2

El Protocolo Groningen:

**La muerte y las formas de morir
en las Unidades de Neonatología.**

> Dr. Xavier Krauel y Dra. Marta Thió.

Pág. 17

**2.1 - El Protocolo Groningen: Eutanasia
en casos de bebés gravemente
enfermos.**

> Dr. Eduard Verhagen

> Dr. Pieter Sauer

Pág. 20

3

**Evolución de la ley de extracción
y trasplantes de órganos.**

**La iglesia en Andalucía
ante los trasplantes.**

> Dionisio Manso Albillos, M.I.

Pág. 27

4

**Materiales de educación en la fe.
Campaña del enfermo 2005:**

**Los profesionales de la salud,
los necesitamos, nos necesitan.**

> Departamento Nacional
de Pastoral de la Salud

Pág. 33

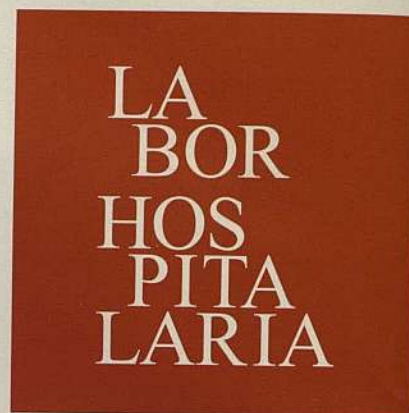
Boletín de suscripción: Año 2006

Suscripción anual: cuatro números

España 36 €

Zona Euro 50 €

Resto 50 \$



Apellidos		Nombre		
Calle		Número	Piso	Puerta
Código postal	Población	Provincia o país		
Teléfono	Profesión			

Indique con una X la forma de pago que le interese

Por giro postal

Por cheque nominativo adjunto nº _____
a favor de LABOR HOSPITALARIA

Por Caja o Banco (rellenar la orden de pago siguiente, sin omitir datos)

Banca o Caja de Ahorros _____

Titular de la cuenta _____

Entidad _____ Oficina _____ DC _____ Núm. de cuenta _____

Ruego a ustedes se sirvan de tomar nota de que, hasta nueva indicación mía, deberán adeudar en mi cuenta los recibos que a mi nombre les sean presentados por la revista LABOR HOSPITALARIA, de Barcelona.

Fecha _____/_____/_____

Firma _____

Enviar esta hoja debidamente cumplimentada a:
Hermanos de San Juan de Dios, Dr. Antoni Pujadas 40,
Tel. 93 630 30 90, 08830 Sant Boi de Llobregat

www.sanjuandedios.net

curia@ohsjd.es

revistas@ohsjd.es

O.H.S.J.D.
CURIA PROVINCIAL
SANT BOI
5.E.41

La dirección por Valores en el sector sanitario: Coherencia entre la excelencia y la sensibilidad humanística.

> Pilar Marqués Sánchez.

*Profesora Titular de Administración de Servicios de Enfermería
Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud, Universidad de León (Campus de Ponferrada)*

Con la justificación de que los valores forman parte de los individuos, que los individuos integran equipos de trabajo con su cultura eficientista, emocional, normas sociales y laborales conductuales, y que los equipos constituyen las organizaciones, la autora nos hace una exposición muy reflexiva y crítica sobre la coherencia de la Dirección por Valores (DpV) en nuestras organizaciones sanitarias.

El esquema del artículo comienza abordando las incertidumbres que rodean la Dirección por Valores. A continuación se estudia por separado las partes del título: la excelencia práctica y la sensibilidad humanística. En la primera se hace un análisis comparativo de valores presentes tanto en la atención al usuario como en la gestión de profesionales (gestión de personas), con los valores de la DpV. Aquí se defienden los valores en un entorno práctico y unido a las políticas de calidad. En la segunda se hace una justificación de la sensibilidad humanística dentro de las organizaciones. Como consecuencia de esta conjunción de ideas, se propone un nuevo modelo como futura línea de investigación. ▶

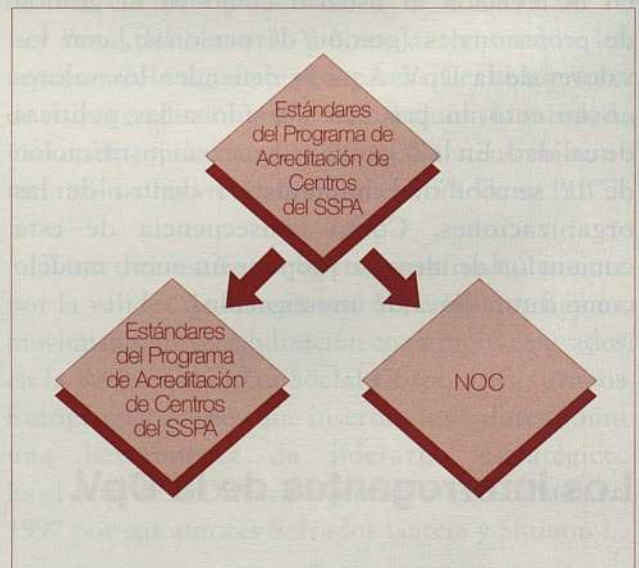
El espacio de los valores en el sector sanitario.

Bajo este epígrafe, apoyado por una amplia revisión de la literatura, se justificarán los valores en la práctica diaria de la organización sanitaria. Lo he dividido en dos apartados: el espacio de atención al usuario y el espacio de política de personas integrando la investigación y formación.

El espacio en la atención al usuario

En la bibliografía se respalda la necesidad de valores en nuestra práctica diaria. Gastmans apuesta especialmente por los valores éticos como fuente de inspiración para los cuidados de la profesión (Gastmans C, 1998). **Michael J. Wilkinson** hacía una reflexión muy interesante sobre la necesidad de contabilizar valores como la eficiencia, calidad, efectividad, etc., y hacer de ellos una cultura en las organizaciones sanitarias (Wilkinson M., 1995). Pero llega todavía más lejos: "la eficiencia no mejorará sin unas enfermeras afectivas"⁵. Su razonamiento es simple y coherente: el sentirse identificado con el trabajo y disfrutarlo, produce; el odiarlo, destruye. **Rubens** y **Wimberley**, encuentran que los valores de honestidad y justicia son los más respaldos por los propios alumnos de *Administración Sanitaria* (Rubens A., Wimberley E., 2004). **Azoulay** y **Sprung** aportan el valor de la comunicación interna y con los pacientes (Azoulay E, Sprung CI). **Tschannen** habla de la importancia de la competencia profesional respecto a las habilidades técnicas y sociales, de las destrezas de las enfermeras como inversión en unos excelentes cuidados y de la importancia de retener, en las organizaciones, a profesionales con destrezas (Tschannen D., 2004).

A continuación quiero constatar la presencia de los valores mostrados en algunos lenguajes y campos de nuestro sistema sanitario y relacionarlos con los valores del cuestionario MbV-43⁶ de los profesores García y Dolan. Los campos escogidos son la Clasificación de Resultados de Enfermería relacionados con NANDA (NOC) y el Programa de Acreditación de Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Este programa forma parte de una apuesta por la calidad sanitaria para dar cobertura a los retos y políticas trazadas por el Plan de Calidad. Uno de los objetivos es promover la mejora continua del servicio que se presta en los centros y organizaciones y por los profesionales sanitarios, mediante la identificación de espacios de mejora. Para ello se diseña un Modelo de Acreditación para los centros, otro para los profesionales y otro para la formación continuada. El sistema de Acreditación de Centros y Unidades de Gestión Clínica está fundamentado en la evaluación y el análisis de los diferentes mecanismos que componen el proceso de atención al ciudadano, y ha sido el escogido para este estudio.



5- Wilkinson M. Love is not a marketable commodity: new public management in the British National Health Service. Journal of advanced Nursing 21, 1995, pp. 985.

6- Dolan S.L., García S., Diez Pinol M., Bell R. Validation of "triaxial" model of values-based management: towards new perspective to manage culture in organizations, EAWOP XII European Congress of Work and Organizational Psychology May 12-15: 2005 Istanbul. Turkey..

Estándares de los procesos de acreditación de Centros.

(Programa de Acreditación de Centros del Sistema Sanitario de Andalucía)

- El ciudadano, centro del Sistema Sanitario.
- Derechos y deberes de pacientes y familiares.
- Libre elección, participación en las decisiones clínicas.
- Transparencia e información.
- Satisfacción al usuario (accesibilidad, confortabilidad, seguridad, comunicación, privacidad, respeto a la intimidad).
- En los procesos asistenciales se incorpora la continuidad en la atención, satisfacción del usuario, eficiencia y evidencia científica.
- Continuidad, coordinación, seguimiento.

Relación CRE.

(Clasificación de Resultados de Enfermería)-NANDA

Déficit de actividades recreativas:

disminución de la estimulación, del interés o de la participación en actividades recreativas o de ocio.

R. S. (resultados sugeridos):

- Implicación social.
- Participación en actividades de ocio.
- Participación en juegos.

Deterioro de la adaptación:

Incapacidad para modificar el estilo de vida de forma coherente con un cambio en la situación de salud.

R.S.:

- Aceptación: estado de salud.
- Adaptación psicosocial: cambio de vida.
- Participación: decisiones sobre asistencia sanitaria.

Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño/higiene.

R.S.:

- Autogestión de los cuidados.
- Equilibrio emocional.
- Nivel de comodidad.
- Resistencia.

Cuestionario MbV-43.

(García y Dolan)

- La persona como centro.
- Justicia, responsabilidad social.
- Libertad, iniciativa.
- Sinceridad-transparencia.
- Alegría, armonía, comunicación eficaz, confianza, ética profesional, integridad, tener palabra.
- Profesionalidad técnica, eficacia de resultados, la persona como centro, orden, organización.
- Cooperación, coherencia.

Cuestionario MbV-43.

(García y Dolan)

- Apertura social.
- Cooperación, compañerismo.
- Disfrute emocional.

- Coherencia.
- Competitividad individual.
- Respeto al entorno.
- Comunicación eficaz.

- Eficacia de resultados.
- Profesionalidad técnica.
- Calidez.
- Armonía.
- Apertura mental.
- Tenacidad, paciencia.

El espacio de política de personas

Gestionar el movimiento de los profesionales en su más amplio significado, dentro de una organización, es pilar de la misma. La persona que lo lidere asume una gran responsabilidad muchas veces desconocida.

Ha de estar formado especialmente en habilidades sociales puesto que las relaciones informales entre los equipos de trabajo influyen en los resultados (Prasad B., Harrinson D., 2004).

La confianza organizacional ha sido relacionada con la satisfacción en el trabajo y con valores como la justicia y el compromiso (Heather K., Spence L., Finegan J., 2004).

En la política de personal, sí encontramos algún otro marco conceptual que define valores.

Lucía Miralles habla de Gestión de Personas integrando el *Capital Profesional*, *Capital Intelectual* y *Capital Emocional* (Miralles L. y colaboradores/as, 2002). El primero incluye la parte más técnica de un trabajo, lo más cuantificable. El segundo integra la gestión del conocimiento, la sabiduría, el pensamiento y las ideas.

El tercero supone, a bien seguro, la gran novedad, trabajar con los profesionales como personas integrales. *“Las emociones y sentimientos que son co-sustanciales con la persona, y le dan identidad, han de ser incorporados a la gestión, no como algo a evitar y contener, sino muy al contrario, a reanalizar permanentemente, a entenderlos en uno mismo y en los demás, a convertirlos en la fuerza que revitaliza las organizaciones y el elemento de relación más importante entre las personas”*⁷.

He de elogiar la importancia que en su libro da a lo que llama “las pequeñas cosas” y el “detalle”. Realmente el día a día no está regido por grandes teorías sino por grandes cantidades de pequeños detalles que convierten una jornada laboral en algo agradable, distendido, atractivo o por el contrario en algo verdaderamente tortuoso.

Cuando aplica el modelo de Gestión de Personas define tres tipos de competencias: *“las de conocimiento o saber, las de habilidad o saber hacer y las de actitud o ser”*⁸.

Competencia, según **Boyatzis** (Boyatzis, 1982), *“es una característica subyacente en una persona, que está causalmente relacionada con un desempeño bueno o excelente en un puesto de trabajo concreto y en una organización concreta”*⁹. Veamos un ejemplo de competencias y la relación con los valores acuñados por la DpV.

- 7- Miralles L., y colaboradores/as. La Gestión de Personas: Una Filosofía Humanística. Fundación IAVANTE: Málaga, 2002, pp. 19.
- 8- Miralles L. y colaboradores/as. Op. cit., pp. 23.
- 9- Boyatzis R.E. En: Pereda S., Berrocal F. Gestión de Recursos Humanos por Competencias. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A., 2001.
- 10- Miralles L. y colaboradores/as. Op. cit., pp. 161-162.
- 11- Miralles L. y colaboradores/as. Op. cit., pp. 161-162.

Competencias (Gestión de personas)

Miralles L.¹⁰

• **Conocimiento**

- Conocimiento de informática.
- Salud laboral.
- Calidad, nivel básico.
- Soporte vital avanzado.
- Conocimientos en geriatría.
- Técnicas de trabajo en equipo.
- Comunicación interna.

• **Habilidades**

- Delegar.
- Gestión del tiempo.
- Capacidad de asumir riesgos.
- Capacidad de ilusionar.
- Saber escuchar.
- Capacidad de realizar multitarea.
- Manejo de las urgencias más frecuentes.

• **Actitudes**

- Actitud de aprendizaje y mejora continua.
- Actitud emprendedora.
- Autonomía y colaboración.
- Eficiencia.
- Resolutivo.
- Orientación a resultados.
- Autocontrol, autoestima, autoimagen.
- Colaborador, cooperador.
- Flexible, adaptable.
- Positivo.
- Respeto y valoración del trabajo de los demás.
- Sensatez.
- Asertivo.
- Dinámico.

Cuestionario MbV-43

(García y Dolan)

- Aprendizaje práctico continuo.
- Comunicación eficaz.
- Eficacia de resultados.
- Salud.
- Seguridad, prudencia.
- Profesionalidad técnica.

- Confianza.
- Orden, organización.
- Simplificación de procesos.
- Pasión, ilusión.
- Empatía emocional.
- Profesionalidad técnica.
- Cooperación, compañerismo.

- Aprendizaje práctico continuo.
- Competitividad individual.
- Dinero, supervivencia de material.
- Cooperación, compañerismo.
- Disfrute emocional.
- Empatía emocional.
- Ética profesional.
- Flexibilidad adaptativa.
- Imaginación, creatividad.
- Pragmatismo, realismo.
- Seguridad, prudencia.
- Tenacidad, paciencia.

Competencias (Gestión de personas)

Miralles L.¹¹

• **Conocimiento**

- Metodología en investigación.
- Metodología pedagógica.
- Metodología de calidad.

• **Habilidades**

- Técnicas de presentación y exposición audiovisual.
- Capacidad docente.
- Aplicación de técnicas básicas de investigación.

• **Actitudes**

- Actitud de aprendizaje y mejora continua.
- Actitud emprendedora.
- Autonomía y colaboración.
- Dinamismo.
- Juicio crítico.
- Orientación a resultados.
- Colaborador, cooperador.
- Visión de futuro.

Cuestionario MbV-43

(García y Dolan)

- Libertad, iniciativa.
- Aprendizaje práctico continuo.
- Competitividad individual.
- Orden, organización.
- Sacrificio, austeridad.

- Armonía, estética.
- Comunicación eficaz.
- Disfrute emocional.
- Empatía emocional.
- Imaginación, creatividad.
- Libertad, iniciativa.

- Cooperación, compañerismo.
- Apertura mental, amplitud de miras.
- Ética profesional.
- Imaginación, creatividad.
- Pasión, ilusión.
- Sinceridad, transparencia.
- Tenacidad, paciencia.

Esta relación de valores se encuentra dentro de una realidad que apuesta cada vez más por una gestión responsable y de calidad. Actualmente,

el reto es hacer bien las cosas a todos los niveles: los procesos, las personas y los resultados.

La excelencia es la visión de cualquier organización que se precie de competitiva y con aspiración a conseguir algunos de los sistemas de acreditación. Por lo tanto, este estudio de valores entre diferentes marcos teóricos tiene perfecta cabida con una **excelencia práctica**.

La sensibilidad humanística.

La sensibilidad no es algo exclusivo de los seres humanos. Es "la facultad de sentir propia de los seres animados"¹². Sin embargo otras definiciones hacen referencia a la facilidad con que el hombre se deja influir por situaciones afectivas y de belleza como la ternura, la compasión, el amor, una obra de arte, etc. Y es esta sensibilidad, cargada de sentimientos, de percepciones in situ y totalmente individualizada, lo que convierte el sentir en algo verdaderamente íntimo y propio de los seres humanos.

Cuando escogí este título, no pretendía hacer referencia sólo a los sentimientos o sensibilidades positivas. La práctica está cargada de sentimientos exacerbados, enajenación, frenesí, excitación,

ánimo, desánimo, duda, desgana, empeño, codicia, etc. Esta es la razón fundamental por la que nuestros líderes han de gestionar la praxis y la sensibilidad humanística, porque el trabajo se lleva a cabo en un entorno y con unas "herramientas" que sienten y piensan: las personas.

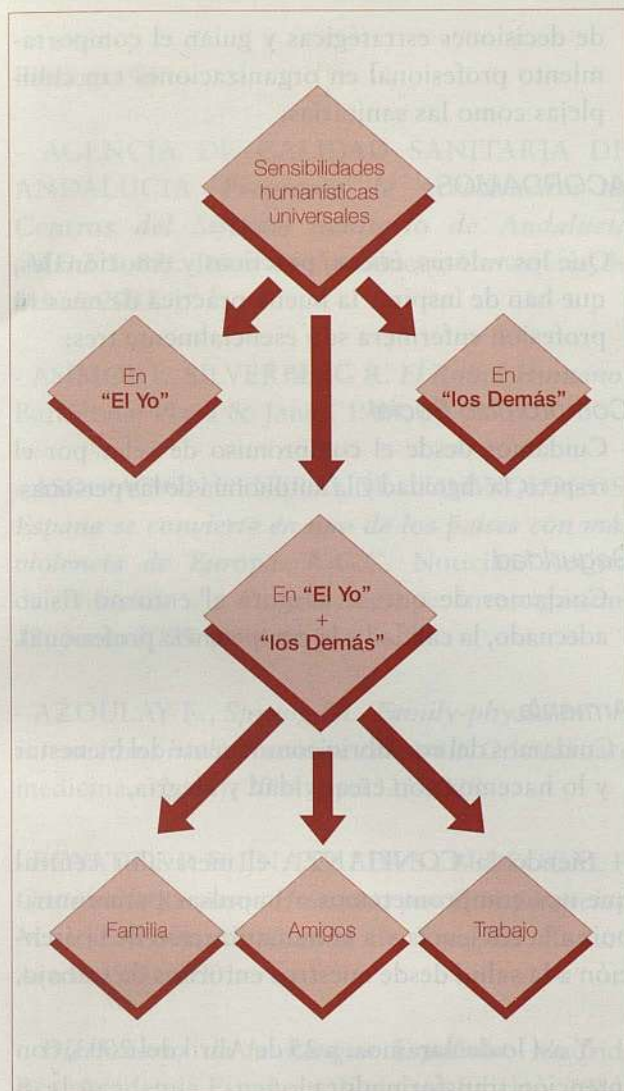
¿Quizá podríamos hablar de sensibilidades humanísticas universales?. Al comienzo del libro de **Asimov y Silverberg**, "*El Robot Humano*", (Asimov I., Silverberg R., 1994), se hace una crítica a una cara robótica que ya intenta la similitud con el hombre: "el rostro de Andrew irradiaba una serena inexpresividad"¹³. En la película que posteriormente se lleva a cabo, inspirada en el mismo argumento, "El hombre bicentenario", aparecen unos grandes valores imitados por el robot en un intento de ser más humano: disciplina, compañerismo, creatividad, libertad, y una coetilla con la que nos hemos quedado aquellos espectadores que la disfrutamos: "Es un honor (servir)". El servir con gusto, sin complejos, para alguien que te quiere, entendido como ayuda, amistad, colaboración y respeto, sin esperar nada a cambio, sin hacer un contrato por escrito de sensibilidades humanísticas. Pero sí que las recibía y era eso precisamente lo que unía y atraía creando cohesión y convivencia.

¿Podríamos hablar de sensibilidades humanísticas universales en "El Yo" y en "Los Demás"?

Creo que sí. De esta forma, en nuestro entorno laboral aparecerían las sensibilidades que incluye la suma de "El Yo" más "Los Demás", que incluye la familia, los amigos y el trabajo. Todas estas acepciones necesitan un gestor emocional que las reconozca y las ordene, que regule las extravagancias y los errores. Como podemos observar en la película, es importante cometer errores y no ser perfectos para saber lo que es auténtico y lo que no lo es.

12- Diccionario de la Lengua Española. Madrid: Real Academia Española. Vigésima Edición, 1984.

13- Asimov I., Silverberg R. El Robot Humano. Barcelona: Plaza & Janés, 1994, pp. 9..



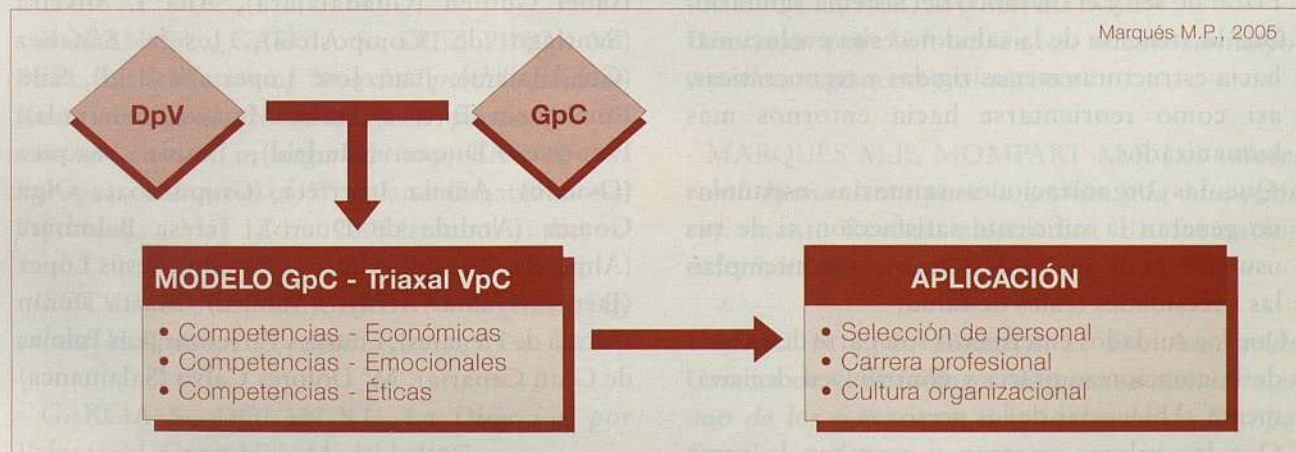
Proposiciones: la excelencia práctica + la sensibilidad humanística.

Llegado a este punto, he pretendido demostrar la relación entre una excelencia práctica y la sensibilidad humanística. Es necesario que nuestros líderes la conozcan y la practiquen.

A lo largo de esta narración, se ha puesto de manifiesto la relación entre la Gestión por Competencias y la Dirección por Valores. Ambos trabajan el mundo de los valores, el primero más enfocado a la política de personas y el segundo al más amplio sentido del proceso de dirección, reflejando una apuesta triaxial donde tiene cabida los valores que incluyen conceptos de conocimientos técnicos, de organización, planificación, calidad y control. El modelo de valores Práxicos-Económicos, Poéticos-Emocionales y Éticos, propone un equilibrio contundente.

Mi propuesta para futuras trabajos de investigación es condensar ambos modelos en uno, el cual podamos acuñar como Valores por Competencias o Gestión por Competencias-Triaxial, y se definan unas Competencias Económicas, Competencias Emocionales y Competencias Éticas. Este modelo tendría una perfecta aplicación a la selección de personal, cultura organizacional y carrera profesional.

Así justifico, pues, que la sensibilidad humanística forma parte de la práctica de nuestras organizaciones.



Conclusiones.

Termino esta exposición con las siguientes conclusiones:

- Las organizaciones se diseñan por personas y para las personas.
- Los valores son intrínsecos a la vida de los humanos, por ellos luchan y evolucionan.
- Los líderes han de gestionar con valores y hacer de ellos una herramienta de excelencia para la práctica diaria.
- La Dirección por Valores puede aportar el equilibrio triaxial a los lenguajes que ya incluyen los valores dentro de sus políticas de gestión.

Anexo.

Manifiesto de Espinoso de Compludo

Reunidos en Espinoso de Compludo, municipio de Ponferrada, lugar vivo en el corazón del antiguo Camino de Santiago, los abajo firmantes, docentes y gestores de Enfermería,

CONSIDERANDO

- Que la atención a la salud de la persona es la razón de ser y el fin único del sistema sanitario,
- Que la atención de la salud necesita evolucionar hacia estructuras menos rígidas y tecnocráticas, así como reorientarse hacia entornos más humanizados,
- Que las organizaciones sanitarias españolas no generan la suficiente satisfacción ni de sus usuarios ni de sus profesionales, ni contemplan las necesidades reales de salud,
- Que los cuidados enfermeros son parte destacada de la atención sanitaria y contribuyen decisivamente al bienestar de las personas,
- Que los valores orientan y permiten la toma

de decisiones estratégicas y guían el comportamiento profesional en organizaciones tan complejas como las sanitarias,

ACORDAMOS

- Que los valores, éticos, prácticos y emocionales, que han de inspirar la buena práctica de nuestra profesión enfermera son esencialmente tres:

Compromiso Social

- Cuidamos desde el compromiso de velar por el respeto, la dignidad y la autonomía de las personas.

Seguridad

- Cuidamos de que se asegure el entorno físico adecuado, la calidad y la competencia profesional.

Armonía

- Cuidamos del equilibrio como fuente del bienestar y lo hacemos con creatividad y alegría.

Siendo la CONFIANZA el metavalor central que nos comprometemos a impulsar para contribuir a la eficiencia y a la humanización de la atención a la salud desde nuestros entornos de trabajo.

Y así lo declaramos, a 25 de Abril del 2003, con intención transformadora.

M^a Paz Mompert (Toledo), **M^a del Pilar Marqués** (Ponferrada), **M^a Teresa Díaz** (Navarra), **Begoña Botas** (Ponferrada), **Sagrario Legarra** (Pamplona), **Ana Martín** (Madrid), **Carmen Nogués** (Tarragona), **Isabel Guillén** (Guadalajara), **Ana I. Silveira** (Santiago de Compostela), **Josefa Sánchez** (Guadalajara), **Juan José López** (Madrid), **Sara Romaguera** (Tortosa), **Esther Merayo** (Ponferrada), **Francisco Duque** (Madrid), **Emma Vazquez** (Oviedo), **Amaia Iturrieta** (Guipúzcoa), **Olga Gómez** (Aranda de Duero), **Teresa Belmonte** (Almería), **Rocío Ibarburen** (Oviedo), **Jesús López** (Jaén), **M^a Pilar Arroyo** (Madrid), **Marta Durán** (Alcalá de Henares), **Lourdes Farrerons** (Las Palmas de Gran Canaria), **M^a Dolores Calvo** (Salamanca)

Bibliografía

- AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. *Programa de Acreditación de Centros del Sistema Sanitario de Andalucía (ME 2 1_03)*. Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 2003.
- ASIMOV I., SILVERBERG R. *El Robot Humano*. Barcelona: Plaza & Janés, 1994, pp. 9.
- ASOCIACIÓN GENERAL DE CRIMINÓLOGOS. *España se convierte en uno de los países con más violencia de Europa*. A.G.C. Noticias. Revista de Difusión de Criminología e investigación, 19, Junio 2005, pp. 4-6.
- AZOULAY E., Sprung CL. *Family-physician interactions in the intensive care unit*. Critical care medicina, 32 (11), 2004, pp.2323-2328.
- BOYATZIS R.E. EN: PEREDA S., BERROCAL F. *Gestión de Recursos Humanos por Competencias*. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A., 2001.
- *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Real Academia Española. Vigésima Edición, 1984.
- DOLAN S.L., "Making a life or making a Living: What values are today's Business School Instilling", ESADE Business review, Vol (1) No. 1, 2003: 8-11
- DOLAN S.L., GARCIA S., DIEZ PINOL M., BELL R., *Validation of "triaxial" model of values-based management: Towards new perspectives to manage culture in organizations*, EAWOP XII European Congress of Work and Organizational Psychology , May 12-15: 2005 Istanbul Turkey
- FOCUS. NURSING CARE: *Management by values*. Hospital, 5 (3), 2003.
- GARCÍA S., DOLAN S.L. *La Dirección por Valores*. McGraw-Hill: Madrid, 1997.
- GARCÍA S. *La Dirección por Valores: otra empresa es posible, otro mundo es posible*. Documentación de apoyo en: *I Jornadas de la DpV en la Gestión de los Servicios Enfermeros*, op cit.
- GARCÍA S, DOLAN S, NAVARRO C. *La Dirección por Valores para animar la empresa en entornos turbulentos*. Harvard Deusto Business Review. Mayo/Junio, 1999, pp. 78-79.
- GASTMANS C. *Challengues to nursing values in a changing nursing environment*. Nursin Ethics, 5(3), 1998, pp. 236-245.
- GUIDO STEIN. *Management y el arte de gobernar según Meter Drucker*. Harvard Deusto Business Review, 91, 2000, pp. 36-42.
- HEATHER K., SPENCE L., FINEGAN J. *Empowerment, interactional justice, trust and respect: a nursing recruitment and retention strategy*. Academy of Management Best Conference Paper, 2004 HCM: CI, pp. 1-6.
- MARINA J.A., LÓPEZ M. *Diccionario de los Sentimientos*. Barcelona: Anagrama, 1999.
- MARION JOHNSON, MERODEAN MAAS, SUE MOORHEAD. *Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE)*. Madrid: Harcourt- Mosby, 2001.
- MARQUÉS M.P., MOMPART M.P. *Dirección por Valores en el sector sanitario*. www.managementbyvalues.com
- MARQUÉS M.P., MOMPART M.P. *Los valores como herramienta para la gestión y la educación enfermera*. Revista electrónica de formación enfermera. E-ducare 21, 2005.
- MARTÍN J.M., IBARRA E. *En: Asociación General de Criminólogos. España se convierte en uno de los países con más violencia de Europa*. Op. cit.,pp. 4-6.

- MIRALLES L., Y COLABORADORES/AS. *La Gestión de Personas: Una Filosofía Humanística*. Fundación IAVANTE: Málaga, 2002.

- MIRALLES L., MOMPART M.P. *La gestión de personas en los servicios de salud*. Enfermería 21. Actualizaciones año 2002. Madrid: DAE, 2002.

- LEY ORGÁNICA 5/2000, 12 ENERO, *reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores*.

- PRASAD B., HARRISON D. *Networks, leaders, teams and time: connections to viability and performance*. Academy of Management. Best conference paper, 2004, pp. 1-6.

- RANDALL ROTHENBER. *Arie de Geus: entrevista con el líder del pensamiento*. Harvard Deusto Business Review 106, 2002, pp. 42-49.

- RUBENS A., WIMBERLEY E. *Contrasting the American Collage of Healthcare Executives' code of ethics with undergraduate health administration students' values and ethical decision choices*. Hospital Topics 82 (3), 2004, pp. 10-17.

- SHIMON L. DOLAN: SALVADOR GARCIA: MÍRIAM DíEZ PIÑOL: *Making a life or making a living: Exploring the value system of MBA students and their respective schools*. ISSWOV 9th International Conference of Work Values and Behavior. New Orleans August 3-6, 2004.

- TSCHANNEN D. *The effect of individual characteristics on perceptions of collaboration in the work environment*. Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses, 13(5), 2004, pp. 312-318.

- WILKINSON M. *Love es not marketable commodity: new public management in the British National Health Service*. Journal of Advance Nursing 21, 1995, pp.980-987.

El Protocolo Groningen. Eutanasia en casos de bebés gravemente enfermos.

> Dr. Eduard Verhagen.

Director médico. Centro Médico Universitario de Groningen (Holanda).

> Dr. Pieter J.J. Sauer.

Jefe del servicio de pediatría. Centro Médico Universitario de Groningen (Holanda).

La introducción correspondiente a este artículo ha sido elaborada por dos facultativos del Servicio de Neonatología del Hospital Sant Joan de Déu de Esplugues (Barcelona), el Dr. Krauel y la Dra. Thió, en la que destacan que el protocolo Groningen está muy alejado de las limitaciones terapéuticas que aquí se realizan. Pero por ser un planteamiento valiente en el entorno social holandés, y en ningún caso se entra a juzgarlo, se recomienda su lectura.

La muerte y las formas de morir en las Unidades de Neonatología.

> Dr. Xavier Krauel y Dra. Marta Thió.

Servicio de Neonatología. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues (Barcelona). ▶

El nacimiento es uno de los momentos más frágiles de nuestra existencia. Abandonar el útero materno y sobrevivir en el entorno de nuestro planeta requiere una constitución compleja y un poco de suerte, algo que no está al alcance de todos ni justamente repartido. En los países subdesarrollados entre 30 y 45 de cada 1000 nacidos mueren en el primer mes de vida, mientras que en el mundo desarrollado, la mortalidad neonatal está entorno al 3 por mil. En estos países, un 10% de los nacidos, pasan por Unidades Neonatales (UCIN) donde se les ofrece terapias tan complejas como ventilación asistida (respiración artificial), apoyo circulatorio, cirugía o nutrición parenteral.

Desde el punto de vista de las cifras de este 10% de nacidos ingresados, aproximadamente la mitad son prematuros, algunos con edad de gestación en los límites de la viabilidad (23-25 semanas de gestación) y la otra mitad, recién nacidos con problemas diversos, siendo los más frecuentes: anomalías congénitas, asfixia (encefalopatía hipóxico isquémica) e infecciones perinatales.

Un 5% de los ingresados (3 de cada mil nacidos), mueren en las UCINs, ya sea por complicaciones de su prematuridad extrema, ya por la gravedad de sus anomalías congénitas, neurológicas o por disfunción de sus órganos.

Los cuidados intensivos, pueden alargar la vida y/o hacer sobrevivir a la mayor parte de estos pequeños pero, en ocasiones, a expensas de una supervivencia con secuelas o de una vida cargada de sufrimiento. Por este motivo, es habitual en las UCIN de nuestro entorno, “poner límites” o dicho de otra forma no utilizar medios “desproporcionados” para mantener la vida cuando el riesgo de secuelas o sufrimiento es muy alto.

En las Unidades Neonatales europeas y en nuestro propio hospital, el 60% de las muertes van precedidas por algún tipo de limitación terapéutica. Estas “limitaciones” siempre se basan en lo que para los padres y el equipo asistencial, en un proceso de reflexión y consenso, se considera “el mejor bien para el niño” que no siempre es la vida a cualquier precio.

En los certificados de defunción nunca se refleja la limitación terapéutica como causa inmediata

de la muerte y por tanto este hecho solo queda registrado como “limitación terapéutica” en el entorno de la familia y del propio equipo asistencial.

La limitación terapéutica que se realiza en nuestro entorno, tiene que ver muy poco con la “muerte dirigida” que se plantea para casos de sufrimiento extremo en el Protocolo de Groningen. La situación social de Holanda es otra. Allí desde 1985, en situaciones extremas, la eutanasia es una opción legal para los adultos (por encima de los 16 años). El equipo pediátrico de la Universidad de Groningen propone que el derecho a la eutanasia que tienen los adultos libres de su país, pueda hacerse extensiva a estos recién nacidos siempre y cuando se den una serie de circunstancias y requisitos que son los que se describen en el mencionado protocolo.

Los que llevamos largo tiempo tratando a niños en trance de morir, sabemos lo complejo de estas decisiones y cómo cambian las opiniones y los conceptos éticos con el paso del tiempo y en distintas sociedades o culturas. Lo importante es hablar de esta realidad con valentía y tomar las decisiones con reflexión, consenso y honradez. Nuestro objetivo en esta introducción no es juzgar. Aquí y ahora, el protocolo de Groningen no tiene lugar considerarlo en la práctica asistencial de nuestro entorno. Sin embargo, en el entorno social en que se ha originado es una reflexión valiente y clarificadora.

2.1

El Protocolo Groningen. Eutanasia en casos de bebés gravemente enfermos*.

> Dr. Eduard Verhagen.

Director médico. Centro Médico Universitario de Groningen (Holanda).

> Dr. Pieter J.J. Sauer.

Jefe del servicio de pediatría. Centro Médico Universitario de Groningen (Holanda).

Los doctores Verhagen y Sauer solicitan, a través de este artículo, que se clarifique la legislación y se incorporen protocolos o códigos de actuación para que los médicos sepan cómo actuar cuando un niño nace con una grave enfermedad y un sufrimiento insoportable que no puede aliviarse. Asimismo, proponen el «protocolo Groningen», elaborado en su hospital y con el que ya se han guiado para facilitar la muerte de cuatro bebés gravemente enfermos.

En este mismo artículo también desvelan que la eutanasia infantil es una práctica más común en Holanda de lo que pudiera pensarse y que cada año se ayuda a morir entre 15 y 20 recién nacidos enfermos, aunque sólo se comunican una media de tres muertes deliberadas.

También creen que los procedimientos para poner fin a la vida deben aceptarse también para los recién nacidos, bajo condiciones muy estrictas y siempre que los padres estén de acuerdo.

Por otro lado, recuerdan que en Estados Unidos y Europa la mayoría de los neonatólogos consideran una buena práctica no iniciar un tratamiento o prolongar innecesariamente la vida en bebés que no tienen ninguna oportunidad de sobrevivir.



Dr. Eduard Verhagen.



Dr. Pieter J.J. Sauer.

De los 200.000 niños nacidos en Holanda cada año, alrededor de 1.000 mueren durante el primer año de su vida. De estos niños, aproximadamente en unos 600 casos, la muerte va precedida por una decisión médica relativa al término de la vida. Uno de los aspectos más difíciles de la práctica pediátrica son las discusiones acerca del inicio y continuación del tratamiento en los casos de niños con serios cuadros médicos. A pesar de que los progresos tecnológicos ofrecen herramientas para poder hacer frente a las consecuencias de las anomalías congénitas y nacimientos prematuros, decidir cuando hay que empezar o suprimir un tratamiento en los casos individuales sigue siendo muy difícil. Mucho más difícil es tomar decisiones en casos de bebés con trastornos graves o deformidades asociadas con un sufrimiento que no puede ser aliviado y para el que no se ve una solución ni una mejora.

El sufrimiento es un sentimiento subjetivo que no puede medirse objetivamente tanto en casos de adultos como de niños. Sin embargo, aceptamos que los adultos pueden indicar cuándo su sufrimiento es insoportable. Los niños no pueden expresar sus sentimientos mediante el uso de la palabra (niños muy pequeños, por supuesto) pero las manifiestan con distintos tipos de lloros, movimientos y reacciones ante el hecho de darles la comida. Una forma de medir el grado de dolor en los bebés, basada en cambios en los signos vitales (presión sanguínea, estado del corazón y de la respiración) y en una observación del

comportamiento, pueden utilizarse para determinar el grado de malestar y de dolor. Los cuidadores con experiencia y los padres son capaces de evaluar el grado de sufrimiento del bebé y también el alivio que le ofrece la medicación. En Holanda, la eutanasia para personas conscientes mayores de 16 años ha sido aceptada legalmente desde 1985. La cuestión que hay que considerar es si la eutanasia es también aceptable para bebés y niños, a pesar de que estos pacientes no puedan expresar su voluntad. ¿Hay que permitir que a los niños con trastornos producidos por una grave enfermedad se les mantenga con vida a pesar de que no se pueda disminuir su sufrimiento?.

En Holanda, como en los demás países, suprimir la vida de alguien, excepto en condiciones extremas, está considerado un homicidio. Una vida de sufrimiento que no se puede aliviar por ningún tipo de tratamiento, puede considerarse un caso extremo. El control legal de la eutanasia en los bebés se basa en los informes de los propios médicos junto con el asesoramiento de un fiscal criminalista.

Para proporcionar toda la información necesaria para este asesoramiento y para prevenir interrogatorios por parte de la policía, hemos desarrollado un protocolo, conocido como el protocolo Groningen, para aquellos casos en los que se ha tomado la decisión de suprimir la vida de un bebé. Durante los últimos meses, la prensa internacional se ha llenado de sangrientos relatos y de falsedades relativas a este protocolo.

Los niños y recién nacidos que pueden ser objeto de la decisión de quitarles la vida pueden dividirse en tres categorías. Primera, niños que no tienen ninguna probabilidad de supervivencia.

Este grupo consiste en niños que morirán al poco de haber nacido, a pesar de todos los cuidados que se les pueda proporcionar. Estos niños tienen graves enfermedades subyacentes, como hipoplasia en los pulmones y en el riñón.

Los niños del segundo grupo tienen una muy pobre prognosis y dependen de unos cuidados intensivos. Estos pacientes pueden sobrevivir después de un período de tratamiento intensivo, pero tienen pocas expectativas de futuro.

Son niños con anomalías en el cerebro o bien con órganos dañados a causa de una hipoxemia extrema. Cuando estos niños sobreviven tras un

período de cuidados intensivos, tienen una prognosis y una calidad de vida extremadamente pobres.

Finalmente, están los niños con una prognosis incurable que experimentan lo que los padres y los expertos médicos estiman como un sufrimiento insuperable. A pesar que es difícil definirlos en abstracto, este grupo incluye pacientes que no dependen de un tratamiento médico intensivo pero que están condenados a una calidad de vida muy pobre, llena de sufrimiento.

Por ejemplo, un niño con una forma importante de espina bífida tendrá una calidad de vida extremadamente pobre aún después de haber sufrido muchas operaciones.

Este grupo también incluye a niños que han sobrevivido gracias a unos cuidados intensivos pero para los que queda claro que después que el trata-

Villa-Reyes, S.A.

CONSTRUCCIÓN DE OBRAS

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

miento intensivo haya sido completado, su calidad de vida será muy pobre y sin esperanza de mejoría.

La decisión de no empezar o de suprimir un tratamiento que prolongue la vida de un bebé que no tiene probabilidad de sobrevivir está considerada como una buena práctica por los médicos en Europa y es aceptable por los médicos de Estados Unidos. La mayoría de estos niños mueren inmediatamente después que el tratamiento haya sido interrumpido.

Los neonatólogos de Holanda y en su gran mayoría los de Europa están convencidos que un tratamiento intensivo no es una finalidad en si mismo. Los neonatólogos aceptan no iniciar un tratamiento con los niños del segundo grupo si el equipo médico y los padres están convencidos que el tratamiento no es adecuado para los intereses del niño porque las perspectivas de vida son extremadamente pobres.

En cuanto a los pacientes de la tercera categoría, es vital para el equipo médico tener una prognosis lo más exacta posible y discutirla con los padres. Hay que tomar todas las medidas para aliviar un dolor fuerte y una falta de confort. Sin embargo, hay circunstancias en la que a pesar de todas las medidas que se puedan tomar, no puede aliviarse el dolor y no hay perspectivas de futuro.

Cuando los padres y los médicos se convencen que hay una prognosis extremadamente pobre, pueden concluir que la muerte puede ser más humanitaria que una vida continuada. En condiciones parecidas, una persona en Holanda, mayor de 16 años, puede pedir una eutanasia. Por supuesto, un bebé no puede pedir una eutanasia, y si la piden los padres actuando como representantes del niño, la petición es nula ante la ley holandesa. ¿Quiere esto decir que la eutanasia está prohibida para un bebé en todos los casos?.



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

c/Asturias, 8-10
08830 Sant Boi de Llobregat

Telf. 93 552 14 00

Fax. 93 552 15 00

e-mail:agelectric@agelectric.com

Estamos convencidos que las medidas para terminar con una vida en casos especiales pueden aceptarse bajo unas condiciones muy estrictas: los padres tienen que estar de acuerdo por completo, basándose en una profunda reflexión atendiendo a las explicaciones que se les dan sobre el estado del niño; un equipo de médicos, incluyendo como mínimo uno que no haya participado directamente en el tratamiento del niño tiene que estar de acuerdo y tiene que estar muy bien definido el estado y la pragnosis del niño.

Una vez se ha tomado la decisión y el niño ha muerto, un equipo legal externo debe determinar si la decisión estaba justificada y si se habían seguido los procesos necesarios. Un estudio a escala nacional realizado en Holanda por neonatólogos ha demostrado que cada año hay entre 15 y 20 casos de eutanasia en bebés que podrían catalogarse en el tercer grupo.

De acuerdo con la ley holandesa, es un deber del médico redactar un certificado de fallecimiento cuando un paciente ha fallecido por causas naturales. Si una muerte es debida a la eutanasia no puede calificarse de "natural".

El médico tiene que informar al forense, quien inspecciona el cuerpo y a su vez informa al fiscal del distrito, quien revisa cada caso en función de las leyes aplicables a la jurisprudencia. El fiscal presenta el caso y expone su opinión al Colegio de Fiscales Generales, cuyos cuatro miembros dirigen el departamento fiscal a escala nacional, y provisionalmente deciden si deben proceder o no. La decisión final la toma el Ministro de Justicia.

Dos casos que llegaron a los tribunales, resueltos a mediados de los años 90, relativos a la eutanasia practicada en niños en Holanda, ofrecieron una especie de normativa para jueces y médicos.

En el primer caso, un médico terminó con la vida de un recién nacido que tenía una forma extrema de espina bífida. En el segundo caso, el médico terminó con la vida de un recién nacido que tenía trisomía 13.

En ambos casos había una esperanza de vida muy limitada y un sufrimiento extremo que no podía aliviarse. En sus veredictos, los jueces aprobaron estas decisiones médicas. A pesar de que estos veredictos han ofrecido en cierto modo una normativa, muchas organizaciones han pedido un a mayor claridad arguyendo que un comité formado por expertos multidisciplinarios (desde el punto de vista médico, legal y ético) estaría más capacitado que los jueces para decidir en estos casos.

Los médicos estarían más inclinados a informar antes estos comités que ante un fiscal del distrito. El gobierno en Holanda, sin embargo, ni ha creado ningún tipo de comité ni ha ofrecido ningún modelo de comportamiento a pesar de haberlo prometido reiteradamente desde 1997.

En Holanda, durante los últimos 7 años, se ha informado en la oficina del fiscal acerca de 22 casos de eutanasia en recién nacidos. Hace poco se nos permitió revisar estos casos. En todos ellos estaban implicados niños con formas severas de espina bífida. En la mayoría de los casos (17 de 22) se consultó a un equipo multidisciplinar especializado en casos de espina bífida.

En los 5 casos restantes por lo menos se consultó a otros dos equipos de médicos independientes. Los médicos basaron sus decisiones en la presencia de un gran sufrimiento sin esperanza de futuro (ver tabla 1). Las decisiones se tomaron siempre con la colaboración total de los padres.

En cada caso el fiscal se basó en cuatro aspectos: la presencia de un sufrimiento insoportable sin esperanza de resolverse y una muy pobre calidad de vida; el consentimiento de los padres, la consulta con un médico independiente y su conformidad con el diagnóstico del médico que cuidaba del paciente; y el desarrollo del procedimiento de acuerdo con las normas médicas comunmente aceptadas.

En la totalidad de los 22 casos se llegó a la conclusión de que los procedimientos estaban dentro de la legalidad. Ninguno de los médicos fue procesado.

Dado que según el estudio a escala nacional de cada 15 casos al año, se puede sacar la conclusión de que sólo se informaba de un mínimo de casos. Creemos que se debe informar de todos los casos si queremos que en nuestro país se prevenga el uso incontrolado e injustificado de la eutanasia y si de verdad queremos desarrollar unas normas que regulen la eutanasia en niños recién nacidos.

Con esta finalidad en el año 2002 desarrollamos un protocolo en estrecha colaboración con el fiscal del distrito. El protocolo contiene normas generales y requisitos especiales relacionados con la decisión de aplicar o no una eutanasia. Tienen que cumplirse cinco requisitos médicos necesarios para clarificar la decisión y facilitar el asesoramiento (ver tabla 2).

El cumplimiento de este protocolo no garantiza que el médico no pueda ser procesado. Tras la

implantación de este protocolo, nuestro grupo informó de cuatro casos en los que se quitó deliberadamente la vida a un recién nacido. En ninguno de estos casos ha habido un procesamiento.

Médicos de todo el mundo se encuentran con dilemas cuando se trata de decidir si quitar la vida o no en casos de recién nacidos con una pobre calidad de vida.

En Holanda, la obligación de presentar informes relativos a estos casos nos ayuda a clarificar posiciones. La aproximación a esta realidad conviene a nuestra cultura legal y social pero no queda claro hasta qué punto puede ser exportable a otros países.

Tabla 1.

Consideraciones que se tuvieron en cuenta en la decisión de eutanasia para recién nacidos en 22 casos.*

Consideraciones	Nº de casos (%)
Extremadamente pobre la calidad de vida (sufrimiento) en términos de habilidad funcional, dolor, falta de confort, prognosis pobre y sin esperanza de vida.	22 (100)
Carencia de autosuficiencia.	22 (100)
Incapacidad de comunicación.	18 (82)
Dependencia hospitalaria. Esperanza de vida.†	17 (77)

* La fecha es de Verhagen et al. Actieve levensbeëindiging bij pasgeborenen in Nederland. Een analyse van alle meldingen van 1997-2004. Ned Tijdschr Geneesk. 2005; 149: 183-188

† La carga de otras consideraciones es mayor cuando la esperanza de vida es más larga en pacientes que sufren.

Tabla 2.

El Protocolo Groningen para la eutanasia en recién nacidos.

Requerimientos que tienen que cumplirse:

- El diagnóstico y la pragnosis tienen que ser seguros.
- Tiene que darse un sufrimiento insoportable y sin futuro de mejoría.
- El diagnóstico, pragnosis y el sufrimiento insoportables tienen que ser confirmados por, al menos, un médico independiente.
- Tiene que haber conformidad por parte del padre y de la madre.
- El procedimiento tiene que aplicarse de acuerdo con las normas médicas vigentes.

Información necesaria para apoyar y clarificar la decisión de aplicar la eutanasia

Diagnóstico y Prognosis

- Especificar los datos médicos más relevantes y los resultados de las investigaciones que han servido para hacer un diagnóstico.
- Lista de los participantes convocados para tomar la decisión, haciendo constar las opiniones expresadas y el consenso final.
- Especificar cómo se llegó a establecer la pragnosis referente a la salud a largo plazo.
- Especificar cómo se llegó a la conclusión de la existencia de un alto grado de sufrimiento y una falta de expectativas de vida.
- Especificar los tratamientos alternativos para aliviar el dolor.
- Especificar los tratamientos y sus resultados antes de tomar la decisión acerca de la eutanasia.

Decisión sobre la eutanasia

- Especificar quién inició la discusión acerca de una posible eutanasia y en qué momento.
- Lista de las consideraciones que propiciaron la decisión.
- Lista de los participantes en la toma de la decisión, de las opiniones expresadas y el consenso final.
- Especificar la forma en que se informó a los padres y sus opiniones.

Deliberación

- Informar acerca de los médicos que formularon una segunda opinión (nombres y cualificaciones).
- Lista de los resultados de los exámenes y las recomendaciones hechas por los médicos llamados a consulta.

Metodología

- Explicar el procedimiento que se siguió para la eutanasia (hora, lugar, participantes y administración de drogas).
- Explicar las razones por las que se escogió un método determinado de eutanasia.

Pasos que se han dado después de la muerte

- Explicar lo que descubrió el fiscal.
- Explicar cómo se informó al fiscal acerca de la eutanasia.
- Explicar cómo se apoyó a los padres y se les consoló.
- Explicar los procedimientos posteriores: revisión del caso, examen postmortem y asesoramiento genético.

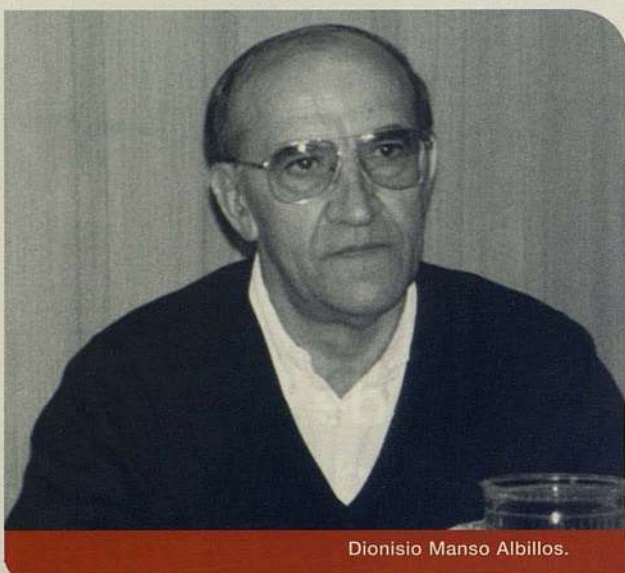
Evolución de la ley de extracción y trasplantes de órganos. La iglesia en Andalucía ante los trasplantes.

**> Dionisio Manso Albillos, M.I.
Capellán del Hospital Virgen del Rocío.**

Exponemos dos breves trabajos del autor. En el primero cuenta, en primera persona, su experiencia ante la evolución de la Ley de Extracción y Trasplantes de órganos. Su trabajo como capellán de hospital durante 43 años le confieren la autoridad necesaria para evaluar dicho avance, como él mismo dice, el hospital es un organismo vivo y como tal, se desarrolla.

En el segundo y aprovechando la oportunidad que el Dr. Pérez-Bernal, Coordinador Sectorial de Trasplantes de Sevilla, le ha brindado al P. Dionisio para que relate a los lectores del libro "Memoria de los Trasplantes del año 2005", la experiencia que vivió el día y la noche del 13 de abril de 1978 en el hospital "García Morato", Virgen del Rocío de Sevilla, con ocasión del primer trasplante renal en el mismo.

La experiencia del P. Dionisio le viene dada por el conocimiento que tenía de la realidad en el tema de trasplantes en Andalucía por ser el delegado de Pastoral Sanitaria de Andalucía, delegado diocesano de Pastoral Sanitaria de Sevilla, capellán del hospital Virgen del Rocío y colaborador de ALCER-GIRALDA. ▶



Dionisio Manso Albillos.

Evolución de la Ley de extracción y trasplantes de órganos.

El hospital, como miembro social vivo que es, evoluciona a la medida de la sociedad, de las técnicas arquitectónicas, económicas, asistenciales y políticas. Es un organismo vivo. Voy a partir ahora, de la etapa de la transición democrática, que en el hospital tuvo especial significado, hasta la enumeración de los rasgos más importantes de la Ley sobre Extracción y Trasplantes de Organos.

Mi presencia como capellán hospitalario durante 43 años en diferentes hospitales del país me permite tener una visión amplia de la realidad que me ha ido configurando. No se trata de haber vivido mucho tiempo en el hospital, sino de haber observado y reflexionado sobre lo que me acontece. Lo que llamamos experiencia, no es vivir mucho tiempo, sino observar, reflexionar y evolucionar con los acontecimientos que se dan en el tiempo.

Viví la dictadura, la transición democrática y el asentamiento de ciertos rasgos sociales que configuran el hospital de hoy. Todas estas etapas me han enriquecido.

Evolución de la sanidad.

En la década de los setenta ya se constataba en libros y revistas del país la dispersión en la que se encontraba la asistencia sanitaria a los ciudadanos. Algunas revistas a las que tenía acceso por interés, como v.g. "Cuadernos para el diálogo" y el semanario "Cambio 16", al que estaba suscrita la capellanía, me ponían al tanto de lo que acontecía en la sanidad española. Ésta estaba dispersa en muchos Organismos Públicos Nacionales, Provinciales y Locales y además, en varios Ministerios que atendían la enfermedad de las personas; aunque el I.N.P. fuese el Organismo que alcanzaba a prestar servicios sanitarios al mayor número de personas enfermas.

En los primeros años de la transición democrática del país, el hospital en cuanto tal, era igualmente un reflejo de lo que acontecía en la calle. Yo veía demasiado movimiento intrahospitalario, demasiado ruido para un hospital: carteles, convocatorias, huelgas... Creo sinceramente que la transición democrática en el hospital fue demasiado fuerte, insana; tanto es así que en el conflicto entre los derechos de los trabajadores y los de los enfermos, en muchas ocasiones, quizás demasiadas, se dio prioridad a los de los trabajadores, sobre los del enfermo y esto, bajo mi punto de vista, no lo consideraba justo ni acertado. Siempre sufría el débil, el enfermo. Por eso, como Delegado del Secretariado Diocesano de Pastoral Sanitaria de Sevilla, organicé una Semana sobre los Derechos de los Enfermos (25-30 mayo, 1981). Semana que tuvo su resonancia social y no pocos sinsabores para mi persona.

Igualmente importante en la línea de la democratización de la sanidad y del hospital, fue la petición que se hizo en unas Jornadas de Médicos Jóvenes, celebradas en el Colegio de Médicos de Sevilla, sobre la necesidad que se crease un Ministerio de Sanidad. En estas Jornadas tomé contacto con médicos jóvenes y conciencia, una vez más, de la importancia de la unificación de la sanidad española.

Este Ministerio de Sanidad y Seguridad Social fue creado en España el día 30 de julio de 1977. (B.O.E.).

Mi servicio pastoral como capellán por un hospital de París y un curso de formación durante un trimestre en "Iniciación en Relación Pastoral de Ayuda" en Québec (Canadá) en 1980, me convencieron una vez más de la necesidad de crear un clima más humano, más respetuoso con los derechos de los enfermos. Comparaba el ambiente del hospital de Québec con los de España, y allí se respiraba otra forma más humana de ejercer la medicina y la enfermería. Canadá era uno de los países donde la sanidad estaba mejor organizada.

Ley General de Sanidad.

España se fue configurando poco a poco al modelo democrático europeo. Se aspiraba por una Ley Básica de Sanidad que, entre otras cosas, unificase la asistencia sanitaria y llegase a todos los ciudadanos. Esta ley tuvo una larga gestación. Personalmente escribí un tema sobre: "Ética de la reforma sanitaria", en la revista Anales de la Medicina de Sevilla, N.º. 3. Ed. Sociedad Médica de Hospitales, Sevilla, 1978, en cuyo artículo enumeraba algunos aspectos antropológicos y éticos que, creía, no estaban suficientemente reflejados en el Proyecto de Ley.

La Ley General de Sanidad se publicó el día 25 de abril de 1986. (B.O.E.). En todo este proceso hasta llegar a la Ley actual hubo mucho debate social en prensa, coloquios, revistas. Vista la reforma sanitaria desde hoy, podemos decir que ha marcado un buen enfoque y ahora tenemos ya realizadas todas las transferencias sanitarias a todas las Comunidades Autónomas.

Es posible que la Ley General de Sanidad tenga lagunas, sobre todo en lo referente a la salud mental, que necesite algunos retoques importantes,

para que la asistencia sanitaria llegue bien y con justicia social a todos los ciudadanos del país. Que no haya diferencias de calidad asistencial para ningún ciudadano español.

Ley sobre extracción y trasplantes de órganos.

Con la evolución técnica de la posibilidad de trasplantes de órganos vitales a enfermos críticos, se hacía necesaria una ley que posibilitase, garantizase y regulase todo el proceso de la extracción y trasplantes de órganos. Los profesionales sanitarios y las Asociaciones de Enfermos críticos pedían una ley amplia.

El día 21 de diciembre de 1978 se presentó ante el pleno del Congreso de Diputados la Proposición de Ley sobre trasplantes. Fue tomada en consideración por 225 votos a favor y 2 en contra. En el debate del proyecto se presentaron conceptos básicos sobre trasplantes y un resumen sobre la situación actual de los enfermos de riñón.

Si bien en nuestro país eran frecuentes los trasplantes de córnea, la legislación había quedado desfasada y no se adecuaba a las necesidades y posibilidades de otras clases de trasplantes, especialmente de riñón, indicado en los enfermos que siguen el tratamiento de hemodiálisis periódicas.

Ha llegado el momento de proceder a la oportuna revisión de esta normativa, de manera que conjugue las necesidades sociales con la protección de los derechos individuales, agilizando en todo momento los trámites legales.

Con esta Ley se pretende que nuestro país se sitúe en el mismo nivel jurídico, mejorando incluso en algunos aspectos, respecto a los países más avanzados en materia de trasplantes de órganos. La Ley presentada en el Congreso consta de 5 artículos, una Disposición Adicional y una Disposición Derogatoria.

Pero este Proyecto de Ley presentaba grandes limitaciones para la posibilidad de la extracción y donación. Por eso fue muy contestada por las Asociaciones de enfermos renales y otros grupos sociales. Tanto es así que yo mismo, en uno de mis viajes a Madrid y coincidiendo con la presentación del Proyecto de Ley en el Senado, me presenté junto con la Asociación ALCER Nacional a protestar por el Proyecto de Ley del Congreso.

El tema más conflictivo del Proyecto de Ley del Congreso estaba en que la autorización para la extirpación de órganos venía regulada por la subordinación al deseo expresado en vida por el difunto, y a los deseos de la familia o ambos a la vez. La revista "Tribuna Médica", N.º. 783, 29 de diciembre de 1978, presentó un largo artículo aclaratorio y la misma Proposición de Ley.

La actual Ley sobre Extracción y Trasplantes de Órganos se aprobó definitivamente el día 27 de octubre de 1979. Casi un año de debates. Se ha cumplido, pues, el XXV aniversario de la Ley de Trasplantes.

Ley que ha permitido mejorar con creces la calidad de vida de muchos enfermos y que ha salvado muchas vidas. España tiene en estos momentos una buena Ley de Trasplantes. Sigue todavía pendiente la sensibilización a toda la sociedad, y sobre todo, a la familia. La actual Ley consta de 7 Artículos, dos Disposiciones Adicionales y una Disposición Derogatoria. Esta Ley fue desarrollada posteriormente por tres decretos: en 1980, 1996 y en el año 2000.

Las diferentes asociaciones de enfermos trasplantados siguen en el camino de la sensibilización social ante sus propios problemas y todos han celebrado los XXV años de la Ley sobre Extracción y Trasplantes de Órganos.

Como ya he escrito anteriormente, la Iglesia se alegra de los avances técnicos y científicos de la medicina que redundan en beneficio de las personas enfermas. Dios actúa en el progreso temporal de este mundo, siempre que sea para bien del hombre.

La Iglesia en Andalucía ante los trasplantes.

Desde el hospital

Siempre consideré y sigo considerando que el HOSPITAL constituye una de las columnas principales que sostienen el Sistema Público de Salud en Andalucía. Existen otras columnas, ciertamente, pero el hospital es el espacio social más significativo y antropológico, pues en él se plantean los grandes interrogantes existenciales. Interrogantes que, unas veces ocultos otras expresos, afloran a la conciencia de todo hombre enfermo. El hospital, reflejo de la propia sociedad en la que está inmerso, expresa el grado de madurez humana, técnica y científica de la misma y ante el cual, tarde o temprano, pasamos todos los hombres. En el hospital nacemos, sufrimos-esperamos y morimos. A mí el hospital, con toda su realidad y su significado, me ha configurado y madurado. Pues, todo lo que acontece en el mismo, no me es ajeno y llevo 34 años conviviendo en el mismo.

Cuando observaba el profundo dolor de los enfermos renales, en sus camas o en las sesiones de hemodiálisis y de sus familiares, me puse a total disposición de su Asociación ALCER-GIRALDA, con cuyos directivos establecí unas relaciones de confianza, amistad y de colaboración. Así, cada año les celebraba una Misa por los socios fallecidos y por los donantes anónimos de riñones. Igualmente, participaba en su revista, ALCER con algún que otro articulito: "Problemas del enfermo renal crónico", (primeros números de su revista) y en sus Juntas Directivas.

Sus miembros, Eduardo Vidal, José María Gutiérrez (padre e hijo), Benjamín, etc., etc. y muchos más socios, que ahora no recuerdo, me transmitieron que debía luchar con ellos para lograr una asistencia más digna y una sensibilización social más fuerte, para que hubiese el mayor número posible de donantes de riñón, pues el trasplante era la mejor cura, la mejor solución.

Algunos de los problemas y dificultades para la donación de los riñones provenían del campo religioso. Naturalmente este era mi campo específico, aclarar el pensamiento de la Iglesia en el tema de donantes de órganos, tema, que empezaba a ser novedoso para todos en aquellos tiempos.

La noche del primer trasplante

Los días 12, 13 y 14 de abril de 1978 se percibía en el Hospital General (García Morato), que algo importante estaba aconteciendo. Mi amigo, **Fernando Díaz de la Cortina**, periodista del **Correo de Andalucía**, no hacía más que llamarme para que le tuviera al corriente de lo que acontecía por el hospital. Yo, naturalmente, después de facilitarle el paso a planta, le decía que buscara a los doctores. Yo no era quien para dar noticias importantes, que él las buscara por los pasillos.

En la madrugada del miércoles, día 13 de abril de 1978, los doctores implicados en el trasplante deciden realizarlo. Yo me acuesto como de costumbre sabiendo que se está procediendo al primer trasplante. Antes de acostarme paso por la capilla. A eso de las 2:30am me llaman por el "buscapersonas" indicándome que una señora me espera en la capilla. Bajo sin demora. Es una señora atenta y educada; nos presentamos mutuamente; la noto afectada por lo que acontecía en su interior; me cuenta que a su hija, ya difunta, le están extrayendo los riñones para dárselos a un paciente que los necesita. A la entrada de la capilla había un póster con la imagen de una joven rubia con un eslogan muy grande y llamativo: ¡QUIERO VIVIR! (Esos pósters de Ediciones Paulinas). La señora me había llamado porque "*ella, -me decía la figura de la joven del póster es mi hija, se parece a mi hija, que se está muriendo dando vida a otra persona*". Me dice si se lo puede llevar. Yo naturalmente despego el póster del corcho de anuncios de la capilla y se lo entrego para que lo guarde con el significado que ella le estaba dando. Aquella llamada nocturna me llenó de alegría.

A la mañana siguiente me paso por el tanatorio y me comunico con los padres y familiares

de la donante; les agradezco en nombre del receptor el gesto humano y caritativo que habían tenido al autorizar la extracción de los riñones de su hija. Al despedirme con un silencioso apretón de manos les digo que ese día en la misa de 6 h. p.m. recordaré a su querida y joven hija difunta. Subí a la planta y me puse en comunicación con la esposa del enfermo receptor del riñón, natural de Castilblanco, para expresarle mi deseo de que todo vaya bien y que el trasplante de riñón tenga un buen resultado.

El ambiente hospitalario resumaba esperanza, alegría y una cierta inquietud por saber el resultado satisfactorio del primer trasplante de riñón en el hospital. Los corrillos verbales de médicos, enfermeras y demás personal de la casa, indicaban que nos encontrábamos ante una técnica médica muy importante. (Lo que hoy consideramos casi normal, trasplantes de órganos, en aquel entonces no lo era).

La Iglesia en Andalucía ante los trasplantes

Los interrogantes que algunos familiares de posibles donantes de riñón me hacían eran: ¿permite la Iglesia donar los riñones?, ¿qué será en la resurrección de la carne?, ¿cuánto tiempo tiene que pasar muerto para poder donar? Estos y otros muchos más interrogantes cuestionan nuestra conciencia cristiana.

Para ayudar a los cristianos a orientar adecuadamente sus conciencias y no pusiesen ninguna dificultad moral en la donación de riñones, el Obispo de Málaga, D. Ramón Buxarrais, escribió una pastoral. Esta llega a mis manos a través del delegado diocesano de pastoral sanitaria de Málaga.

La Asociación ALCER-GIRALDA estaba muy interesada en que nuestro Cardenal, **D. José M^a Bueno Monreal**, publicase una Carta-pastoral sobre la importancia cristiana de la donación. Con el texto del Obispo de Málaga, con un artículo de una revista camiliana francesa sobre la caridad de los donantes, con la Biblia y los Documentos Conciliares del Vaticano II, presento un primer borrador de texto a **D. José María Gutiérrez**,

secretario de ALCER-GIRALDA. Quedamos vernos en mi despacho de la capellanía una noche para redactar un texto definitivo a presentar dos días después a Mons. José M^a Bueno Monreal, con el fin de que nuestro Obispo publicase una Carta pastoral sobre la importancia cristiana de la donación y trasplantes de órganos vitales.

El escrito del Secretariado Diocesano de Pastoral Sanitaria de Sevilla, basado en el escrito del Obispo de Málaga y en el artículo francés, lleva por título: **“Un nuevo aspecto de la caridad cristiana”**, actitud cristiana ante los trasplantes de riñón, fechado en Sevilla, 15 de febrero 1979. Este texto es el que presentamos en una entrevista por la mañana, el presidente de ALCER-GIRALDA y un servidor, al Sr. Cardenal.

Él alabó nuestro empeño, nos dijo que adelante en la sensibilización a la comunidad cristiana sobre la importancia de la donación. A los 20 días de aquel encuentro con el Sr. Cardenal en su despacho del Arzobispado, aparece en el Boletín Oficial de la Archidiócesis de Sevilla, febrero, 1979, página 71, la Carta Pastoral con el título: **“Actitud cristiana antes los trasplantes de órganos vitales”**.

La noticia de la Carta-Pastoral aparece en los medios de la Iglesia como la segunda intervención de un Obispo en España sobre la importancia cristiana de la donación de órganos vitales.

El texto del Sr. Cardenal es mucho más corto que el texto del Secretariado Diocesano de Pastoral Sanitaria de Sevilla. Éste tiene los siguientes apartados: parte del don de la vida, la problemática de los enfermos de riñón, el problema acuciante en Sevilla, el trasplante como la solución más eficaz, nuestros infundados escrúpulos, motivos a favor de la donación, manifestar en vida la voluntad de la donación, los moralistas católicos, los riesgos del donante en vivo y una generosidad creativa. El texto del Secretariado se publicó en el Boletín de los Religiosos Camilos de España, Centro Camiliano de Información, N^o. 110-111, marzo, 1979.

Ultimamente nuestro Cardenal Arzobispo, D. Carlos Amigo, con ocasión del Día del Donante, miércoles 5 de junio de 2002, publicó una hermosa, sincera y amena Pastoral, cuyo título ya indica un gran significado cristiano: **“No te lleves al cielo lo que necesitamos aquí”**. Mons. Amigo siempre ha manifestado su preocupación y su solidaridad con todas las Asociaciones de Donantes de Sevilla.

Personalmente, me hice muy pronto donante de riñón, tanto es así que poseo uno de los más antiguos números del carnet de Donante de Riñón.

Desde entonces hasta ahora, mucho han evolucionado todas las técnicas de todo tipo de trasplantes, de leyes de trasplantes y, últimamente, el Parlamento Andaluz, ha aprobado la **“Ley de declaración de voluntad vital anticipada”**. (BOJA, n^o. 210. 31, octubre, 2.002).

Materiales de educación en la fe Campaña del enfermo 2005: Los profesionales de la salud, los necesitamos, nos necesitan.

> Departamento Nacional de Pastoral de la Salud.

Desde el Departamento Nacional de Pastoral de la Salud nos llegaron los materiales de educación en la fe de la campaña del Día del Enfermo del año pasado. Creemos que conviene publicarlos para completar a los trabajos ya publicados en nuestra revista monográfica dedicada a esta jornada. (LH n° 274, 4/2005). ▶



Los profesionales de la salud han estado presentes, de una u otra forma, en todas las Campañas del Enfermo, pero nunca han constituido el tema central. Dada su importancia en el mundo de la salud y de la enfermedad, creemos que ha llegado el momento de dedicarles la presente Campaña. Y esto, por diversos motivos:

Es un colectivo numeroso y necesario.

En España son más de un millón de personas quienes ejercen su profesión en el mundo de la salud y de la enfermedad. Todos sabemos lo que significan para el enfermo y la familia, y lo que suponen dentro del mundo sanitario para realizar sus fines de educar y promover la salud, prevenir la enfermedad y asistir y cuidar a los enfermos.

Es un colectivo necesitado.

Los profesionales de la salud son y se sienten necesitados de escucha, cercanía, respaldo, apoyo y ayuda para vivir su trabajo de forma sana y saludable. Muchos de ellos son sanadores heridos, como consecuencia del desgaste que les produce su propio trabajo.

Es una preocupación de la Iglesia.

Atender a quien cuida a los enfermos es una forma indirecta de atender a los enfermos. La comunidad cristiana siente la imperiosa necesidad de cuidar a quien cuida, acoger y acompañar al profesional de la salud, reconocer su trabajo y su carisma de curación, escuchar sus dificultades, saber de sus posibles crisis relacionadas con su trabajo.

Es una ocasión de reconocimiento y gratitud.

Dedicar esta Campaña del Enfermo a los profesionales de la salud brinda a la Iglesia -y a la sociedad- una magnífica ocasión para reconocer y agradecer su labor, para prestarles atención, para escucharlos y enriquecerse con sus aportaciones, para promover un laicado cristiano comprometido en el mundo de la salud. Con este material de educación en la fe **pretendemos:**

- **Acercarnos** a la realidad actual de los profesionales de la salud: quiénes son, qué hacen, cuáles son sus fines y tareas, cuáles son sus valores y actitudes, a qué retos y desafíos han de hacer frente, cuáles son sus necesidades y preocupaciones.
- **Promover** la relación entre la comunidad cristiana y los profesionales de la salud. Impulsar el diálogo y la colaboración mutua. Revisar y potenciar la atención, el cuidado y la formación que la comunidad cristiana ofrece a los profesionales de la salud.
- **Promover** una presencia significativa de los cristianos en el mundo de la salud, impulsar su misión y su testimonio, y potenciar la Asociación de Profesionales Sanitarios Cristianos.

Los contenidos se agrupan en tres partes: en la primera, la más amplia, nos acercamos a los profesionales de la salud para conocerlos, fundamentalmente a través de sus testimonios; en la segunda, abordamos la mutua relación entre la comunidad cristiana y los profesionales; en la tercera, nos centramos en los profesionales cristianos y su compromiso en el mundo de la salud y ofrecemos, como ejemplo, el marco integrador de la Asociación de Profesionales Sanitarios Cristianos. Cada parte incluye un cuestionario para la reflexión personal y de grupo.

Finalmente, adjuntamos una selección de textos del Magisterio referidos específicamente a los profesionales de la salud, una oración y una sucinta bibliografía.

Los destinatarios son los enfermos y sus familias, las comunidades cristianas y sus equipos de pastoral de la salud, los servicios de asistencia religiosa, las congregaciones religiosas sanitarias y otras, las instituciones sanitarias y socio-sanitarias, y en especial todos los profesionales de la salud sean o no cristianos.

1. Los profesionales de la salud.

Los profesionales de la salud forman un colectivo inmenso y plural. En España, más de un millón. Son todas aquellas personas que ejercen su profesión en el mundo de la salud y de la enfermedad: médicos, enfermeras, fisioterapeutas, psicólogos, capellanes, técnicos de laboratorio, auxiliares de clínica, trabajadores sociales, farmacéuticos, gerentes, administrativos, celadores, personal de mantenimiento...

Todos son igualmente importantes y todos y cada uno son imprescindibles. Si una parte no funciona, se resiente el todo.

Un enfermo no podría ser operado si el personal de la limpieza no hubiese limpiado adecuadamente el quirófano y las enfermeras y auxiliares no lo hubieran preparado y el celador trasladado.

El farmacéutico hace que el enfermo disponga de la medicación; el personal de cocina le proporciona los alimentos que precisa; gracias al personal de lavandería el enfermo y los profesionales disponen de ropa limpia, etc.

Los enfermos buscan del médico la curación. Esperan la mano amiga de la enfermera que les cuida, la frase amable de la limpiadora, la delicadeza

del celador cuando moviliza su cuerpo desvalido en la cama y a través de los largos pasillos del hospital. Confían en que hoy les resulte más fácil ingerir los alimentos, en que el aire llene sus pulmones, en que el dolor desaparezca, en que ese brazo y esa pierna que se resisten a moverse comiencen a obedecerles.

En su interior anhelan, muchas veces sin saberlo, que el médico que les ha correspondido en suerte sepa decirles lo que les ocurre y les proporcione los remedios que les alivien. Ansían que todos los profesionales que pululan a su alrededor les reconozcan como personas, como seres humanos.

Acercamiento al mundo de los profesionales de la salud

Como primer paso vamos a acercarnos al mundo de los profesionales de la salud para conocer su trabajo, su servicio a los enfermos y a la sociedad, sus valores y actitudes, los retos y desafíos a los que han de hacer frente, sus necesidades y expectativas, sus sufrimientos y alegrías. Escuchamos lo que ellos mismos nos dicen.

- Tareas de los profesionales

- En el Centro de Salud donde realizo mi trabajo me llega el enfermo, solo o acompañado de algún familiar. Su enfermedad, generalmente, no es grave pero para el enfermo es muy importante porque no le permite llevar su vida diaria de manera normal... A veces, el enfermo tiene unos síntomas que me hacen sospechar que está tocado por algo más profundo. Solicito realizar unas pruebas, análisis, radiografías... Unas veces me alegra ver que esas sospechas no se confirmen, pero otras... Con alguna frecuencia visito en sus casas a enfermos de SIDA. Estos unen al dolor físico de una enfermedad que saben que puede ser mortal a un plazo más o menos largo, el dolor por el rechazo social que, afortunadamente, muestra sociedad va suavizando. Necesitan más que nadie sentirse queridos y me piden que los acepte en su enfermedad y les consuele.

[Médico de Familia]

- *Mi trabajo lo realizo en la consulta o en el domicilio, y en cualquier otro lugar donde haya que asistir a alguien. Procuro darle siempre un trato personalizado. Todos los días, antes de empezar la consulta, tengo diez-quince minutos de "escuela de salud", donde hablamos de cualquier tema relacionado con la misma: noticias de actualidad, donaciones, voluntades anticipadas, tolerancia, cómo preparamos para la muerte, el duelo, información al paciente terminal. Una vez por semana acudo a la escuela para compartir con niños y profesores distintos temas: alimentación, estética corporal, higiene, técnicas de relajación, dibujo e interpretación.*
[Médico rural]
- *En Urgencias nos toca trabajar con personas, muchas de ellas en situaciones extremas, por su estado terminal, por su situación personal, familiar o social. Personas que sufren no sólo enfermedad, sino también miedo, abandono, soledad, marginación. Unas llegan con problemas de alcoholismo o drogodependencia, otras con enfermedades mentales, en crisis agudas y violentas. Hemos de atender a personas víctimas de agresiones, a ancianos abandonados, enfermos angustiados por su salud, aquejados por el dolor, aunque su vida no corra peligro*
[Auxiliar de Clínica].
- *Me gusta mi trabajo. Como los familiares tienen que salir para que yo pueda limpiar, eso me facilita preguntarle cómo está, qué le ha pasado, o decirle algo. Mientras limpio, veo sufrir a médicos y enfermeras cuando no pueden con los casos, cuando alguien no tiene remedio. Está bien que hagan cursos para poder con el duelo y para facilitárselo a otros; de lo contrario, los pobres, no podrían con ello. Me gusta mi trabajo, pero reconozco que no lo sabemos hacer bien, que somos demasiado «tiesos», que a todos los que llevamos uniforme nos gusta mucho llamar la atención a los pacientes y familiares... Corregimos a la gente o informamos con desgana, como si estuviéramos siempre saturados de trabajo o incomodados por las visitas.*
[Limpiadora]
- *Voy por la planta acariciando vidas, cuidando a unos y a otros, adivinando el dolor. Ayudo a los padres a no envolver a los niños en una gran mentira, sino a saber disfrutarlos hasta el final y despedirse de ellos con todo el cariño expresado. Al morir un niño y tras cuidar a los padres paso por las habitaciones, porque cuando un niño muere, todos los padres se resienten y sufren también la próxima pérdida. Hablo de la muerte con naturalidad, como parte de la vida, y recuerdo a los padres la importancia de acompañar con sensibilidad esta experiencia para favorecer la elaboración positiva del duelo de sus otros hermanos. Creo que es mejor comunicar la verdad de manera sencilla y que hay que expresar también los sentimientos y dejar que el niño cuente todo lo que le pasa por dentro, respondiendo con la verdad a todas sus dudas.*
[Psicóloga infantil]
- *En el Servicio de Neonatos del Complejo Hospitalario trabajamos un grupo de profesionales con años experiencia. Sacar adelante con vida muchos prematuros o recién nacidos enfermos, nos descubrió la necesidad de trabajar su calidad de vida: sanarlos en las mejores condiciones, ayudar a los padres a asumir su crianza, y sanar nuestra mente de profesionales, encerrados en ocasiones en el círculo del fracaso o en la desesperanza de ver un día con vida feliz y plena a estos niños*
[Pediatra].
- *Soy profesor de una Escuela de Enfermería. Es apasionante el trabajar con jóvenes. Enseñar que es más importante coger la mano moribunda, un gesto amable, una sonrisa que todas las medicaciones posibles. Enseñarles a ser servidores competentes y dedicados, promotores de la humanización de la asistencia, defensores de los derechos de los enfermos, trabajadores de una sociedad más sana y testigos de Jesús en el mundo de la salud. Para enseñarlo tengo que vivirlo yo y eso no siempre es fácil: yo también tengo limitaciones y a veces estoy necesitado de esperanza y de ilusión en grandes dosis*
[Profesor de enfermería]

- Sentido y fines de los profesionales de la salud

Los profesionales de la salud prestan un servicio vital a la sociedad: conocer, diagnosticar y tratar la enfermedad, cuidar a quienes están enfermos, fomentar la salud que posean y educarles para que puedan gozar de una salud mejor, ser personas dedicadas al cumplimiento de esa tarea que la sociedad les encomienda.

Los modos de entender la profesión sanitaria a lo largo de la historia han sido distintos y han estado influidos por multitud de circunstancias. En los albores del siglo XXI resulta muy útil recordar cuáles son los verdaderos fines de la Medicina, agudamente resaltados en un documentado informe del prestigioso Hastings Center: La prevención de la enfermedad y de las lesiones, y la promoción y el mantenimiento de la salud. El alivio del dolor y del sufrimiento causado por la enfermedad y las dolencias.

La asistencia y curación de los enfermos y el cuidado de los que no pueden ser curados. Evitar la muerte prematura y velar por un morir en paz.

- A lo largo de más de 25 años mi preocupación, como profesional de enfermería, ha sido aprender el arte de cuidar, porque el eje central de la enfermería es el ejercicio del cuidar. Cuidar es acompañar adecuadamente a los enfermos, conocer sus valores y creencias, sus necesidades y sus recursos. Cuidar es ayudarles a ser autónomos, a realizar su propia vida, a valerse por sí mismos. Cuidar es acompañarlos en su camino respetando su ritmo. Cuidar a un enfermo es una responsabilidad, una obligación de justicia. Pero no es tarea fácil. Conlleva conocer su vida, sus problemas, su mundo interior con mucho tacto y respeto. Exige grandes dosis de escucha, de atención, de silencios, de tacto y de respeto.
[Enfermera]



MEDICINA NUCLEAR

TIROIDES • PARATIROIDES Y SUPRARRENALES • GLÁNDULAS SALIVARES • ESÓFAGO • ESTÓMAGO E INTESTINO • HÍGADO Y VÍAS BILIARES • PULMÓN Y CORAZÓN (GATED-SPECT CARDÍACO CON CORRECCIÓN DE ATENUACIÓN) • VASOS SANGUÍNEOS Y LINFÁTICOS • SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO • RIÑÓN Y SISTEMA EXCRETOR • SPECT CEREBRAL • PET.

DENSITOMETRÍA ÓSEA Y MORFOMETRÍA

ECOGRAFÍA

ABDOMINAL • PARTES BLANDAS: CERVICAL, MAMARIA, ESCROTAL, PENEANA, MÚSCULO-TENDINOSA • GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA • ENDOCAVITARIA: TRANSRECTAL, TRANSVAGINAL Y ENDOANAL • DOPPLER COLOR VASCULAR: PERIFÉRICO, ABDOMINAL Y OBSTÉTRICO • ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER COLOR: TRANSTORÁCICA Y TRANSESOFÁGICA • PUNCIÓN ASPIRATIVA CON AGUJA FINA • PUNCIÓN BIOPSIA.

MAMOGRAFÍA

TERAPÉUTICA

METABÓLICA Y ENDOCAVITARIA.

RADIOLOGÍA

RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA Y TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA.

- *Es imprescindible una vocación profesional auténticamente convencida de sus responsabilidades. Ese impulso vital es el deber moral de actuar al servicio del ser humano como fin primordial, de ayudarlo en sus necesidades de curación y cuidados. Ese deber ético es similar para todos, porque es lo nuclear de las profesiones sanitarias, pero los niveles de exigencia no son los mismos. Cada uno tiene que descubrir el verdadero sentido de su vocación, en qué mimbres se sustenta y con qué nutrientes se fortalece para no caer en el desánimo o en el desgaste. En mi caso se ha producido con el tiempo un proceso de discernimiento, maduración y elección continua, que no ha concluido. La propia vida me ha llevado al ejercicio de la Medicina, sobre todo asistencial, pero también a orientar grandes dosis de trabajo hacia la formación y desarrollo de la Bioética. Esto lo siento como don y como una tarea; es un privilegio y un compromiso. En mi caso, creer no me exime de discurrir con racionalidad y prudencia en el ámbito de la moral, incluso con riesgo de equivocarme*
[Médico y bioeticista]

- *Estoy para servir, estudio para ser un buen profesional, para explotar al máximo mis posibilidades. Es mi obligación asistir cada día mejor, a los que ponen su vida y sus sufrimientos en mis manos, no para vanagloriarme de ello sino para mejorar, en lo posible, el uso de los recursos que disponemos. Cuando fracaso en mi propósito, procuro no sentirme ni contrariado ni ofuscado; y cuando tengo éxito, intento no ser altanero ni que ello me aleje de Dios.*
[Médico Interno Residente]

- *A lo largo de los años he ido aprendiendo conocimientos de mi especialidad, pero he tenido que aprender otros conocimientos y habilidades que nunca me habían enseñado: mecanismos de relación con el enfermo, formas de transmitir malas noticias, cómo acompañar en el dolor y en las alegrías o serenar a quien lo precisa...*
[Médico Internista].

- *Retos y desafíos que se les plantean*

Son muchos y variados. **Juan Viñas** afirma en su ponencia Las profesiones sanitarias en la encrucijada. Retos del profesional de la salud del siglo XXI: *“Vivimos en un mundo en constante y acelerado cambio tecnológico, social y cultural. Los profesionales de la salud hemos de conocer y afrontar los retos que el cambio nos plantea, tanto para nuestra propia salud, estilo de vida, proyecto vital y búsqueda de la felicidad como para ofrecer a los pacientes y sus familiares una atención de calidad, teniendo en cuenta la globalidad de la persona y sus necesidades vitales con profesionalidad”*. Y señala, entre otros, estos retos y desafíos:

- Conjugar debidamente la especialización con la necesaria visión global de la persona. Lo primero es la visión global de la persona y sus necesidades y después la especialización. Sólo así podremos entender a la persona enferma y ayudarla con más eficacia.

- Superar el positivismo científico. Este no explica el amor, las relaciones humanas, las emociones, los sentimientos, las creencias y las dudas. Hay algo más que el materialismo. Creer en el bien de la humanidad no es algo irracional sino que ayuda a dar sentido a la vida y a nuestra felicidad.

- Afrontar la enfermedad y la muerte de manera distinta, como parte del ciclo vital.

- Estar preparado para dar información y, sobre todo, educación al enfermo, su familia y a la sociedad en general.

- Luchar por una medicina mejor, utilizar bien los recursos sin malgastarlos y tratar que la asistencia llegue a todos.

- Prepararnos para ofrecer a los pacientes de otras razas, culturas, religiones y costumbres una asistencia de calidad.

- Hacer sostenible y de calidad el sistema sanitario. Hemos de utilizar mejor los recursos de que disponemos y participar en las organizaciones

de la mejora de la calidad de la asistencia, teniendo muy claro que cada enfermo es un fin en sí mismo, tenga o no tratamiento curativo, gaste o no muchos recursos, vuelva o no al trabajo y a ser útil a la sociedad.

- Dedicar tiempo y recursos a ponernos al día en todos los aspectos de la profesión, técnicos y humanos.

- Rendir cuenta a la sociedad de nuestra actividad y de los recursos que pone en nuestras manos.

- Ayudar, como ciudadanos que somos, a mejorar la sociedad. Nuestro comportamiento y ejemplo de vida fuera del trabajo tienen un impacto en los demás.

- Necesidades de los profesionales

Los profesionales de la salud son necesarios. Es obvio. Se dice en el libro del Eclesiástico: *“Recurre al médico, pues el Señor también lo ha creado; que no se aparte de tu lado, pues lo necesitas”* (Eclo 38, 12-13). A su vez, los profesionales de la salud son y se sienten necesitados de escucha, cercanía, respaldo, apoyo y ayuda para vivir su trabajo de forma sana y saludable. Muchos de ellos son sanadores heridos. He aquí el análisis que un grupo de profesionales hace de su situación:

- Vivimos hoy una situación de crisis de valores, de incertidumbre y preocupación, ocasionada por los profundos cambios que se están dando en los avances de las ciencias médicas, en las relaciones de los profesionales con los pacientes y con las instituciones sanitarias de las que dependen, y en el impacto de las nuevas directrices administrativas legales y políticas.

- Nos afecta la frustración y el desencanto ante las dificultades profesionales, y nos vemos desconcertados ante los avances de la ciencia y de la técnica que requieren un permanente discernimiento, que no siempre es satisfecho.

- Experimentamos la impotencia en medio de una sociedad que nos pide el imposible de curarlo todo e incluso vencer a la muerte, y sentimos la

soledad en medio de un mundo que ignora, cuando no desprecia, lo más radicalmente humano.

- En los profesionales de la salud se da la paradoja de que siendo valorados de modo muy encomiable por la gran mayoría de los enfermos y de sus familias, sin embargo, es cada vez más manifiesto el nivel de insatisfacción, frustración y otros sentimientos penosos que hacen presa de un número considerable y creciente de nosotros.

En síntesis, los profesionales tienen necesidad de:

- Desahogo y de cauces para ello, dada la sistemática represión que han de practicar al contacto reiterado con el sufrimiento de enfermos y familiares.

- Contrarrestar y compensar las quejas y reclamaciones que reciben de enfermos y familiares, algunas de las cuales obedecen a negligencia o mala práctica por parte de los profesionales, pero muchas tienen como causa defectos del sistema sanitario, del que ellos son también víctimas directas.

- Encontrar, ellos también, un sentido satisfactorio a un trabajo duro y que no suele ofrecer muchas gratificaciones.

- Interrogantes y preguntas

- *En la UCI donde trabajo, hay pacientes con la misma patología y de la misma edad. Se realizan las mismas técnicas, se administran los mismos tratamientos, pero unos mueren y otros viven. Empiezo a preguntarme el por qué de estas situaciones. Seguramente, para unos ha llegado su hora y para otros todavía no. Me costó algún tiempo entender esto... Se nos plantean problemas éticos ¿Hasta dónde seguir reanimando a un paciente? ¿Hasta siete veces, como ocurrió una vez y el señor salió por su propio pie y vino a darnos las gracias? ¿Dónde está el límite en la administración de tratamientos curativos, cuando sabemos a ciencia cierta que pueden no ser efectivos y alargan el sufrimiento, ya no tanto para el paciente, si está sedado, sino*

sobre todo para la familia? ¿Por qué no dar cuidados paliativos? [Enfermera]

- *Cuando en Urgencias ves tanto dolor, tantas preguntas sin respuesta, tantas familias deshechas, tantas vidas desaprovechadas y a la vez te ves inmerso en un complejo hospitalario tan grande y tan frío, tan despersonalizado y tan desmotivado... te planteas tantos interrogantes. [Enfermero de Urgencias]*

- *Desgaste y sufrimiento de los profesionales*

Lo que desgasta a los profesionales y les causa de sufrimiento es, según dicen ellos mismos: el estrés, consecuencia de la sobrecarga de trabajo; la impotencia personal para cambiar el entorno; la falta de recursos humanos y materiales; la falta de apoyo por parte de la dirección de los centros, así como la poca valoración del trabajo que realizamos; los problemas laborales; la falta de ilusión, el pasotismo; los continuos cambios de normativas, que dificultan el trabajo bien hecho; la falta de formación y de recursos para el ejercicio de la profesión; estar en constante contacto con el mundo del sufrimiento y del dolor, etc.

- *Me encuentro muchas dificultades al trabajar en el medio rural. La escasez de medios sanitarios y sociales para hacer frente a los problemas. La ceguera de mi jerarquía sanitaria ante los problemas de los profesionales del medio rural:*

no conoce directamente nuestras necesidades ni tiene una relación directa con nosotros, los controles de calidad son totalmente irreales, las incentivos nunca son equitativas, la formación continuada no existe..., sólo prima el gasto farmacéutico. No se valoran ahorros llevados a cabo con muchísimo trabajo y dedicación como es la atención y el control exhaustivo y continuo de pacientes domiciliarios y crónicos evitando su traslado a un medio hospitalario. Mi problema real es la soledad para llevar a cabo el trabajo. No sé marcar hasta dónde tengo que implicarme. Esto repercute en las facetas de mi vida, principalmente la de mi familia y mis amigos, y la mía propia.

[Médico rural]

- *Un hospital es una empresa muy especial, funciona 365 días al año, mañana, tarde y noche. La base del hospital son las personas. Como tales pueden cometer errores, a veces inevitables por mucho que se tomen todas las precauciones. Cuando ocurre, genera una gran ansiedad, por el acto en sí y por la actitud a adoptar ante el profesional. La complejidad de los problemas del día a día te obliga a tomar decisiones rápidas que, a posteriori, hace que tengas fuertes dudas sobre si tu decisión ha sido acertada o no. Pero el hospital es así. Un laberinto complejo, donde el enfermo es lo más importante, y precisamente por esto, porque estamos tratando vidas humanas, la complejidad y el sufrimiento de la gestión*

Banc**Sabadell**



alcanza a veces niveles difíciles de explicar.

[Gerente]

- *Sufro cuando me equivoco en la técnica, o se estropea el estudio o parte de él por averías en la maquinaria; cuando se trata a los enfermos sin el respeto que merecen; cuando con prepotencia algunos profesionales pasamos a familiares o amigos delante de los enfermos que sufren, esperan y perciben esta injusticia; cuando percibo que gran número de profesionales no nos apreciamos, no tenemos autocontrol, no tenemos paz, nuestra autoestima está rota.*

[Técnico de Radiología]

- *Me impacta especialmente la muerte de los jóvenes y el dolor que veo a su alrededor. PROSAC me ha ayudado mucho y también mi experiencia en una comunidad cristiana de base.*

[Médico Internista].

- *Uno de los momentos más difíciles para mí es cuando el inexorable momento final de un enfermo terminal me hace sentir el fracaso como profesional de la medicina. Comparto mi impotencia con el dolor de la familia. Me siento de algún modo parte de ella y al enfermo como mi prójimo*

[Médico de Familia]

- *Hoy, la tentación de tirar la toalla, de abandonarse sin más, se respira en el ambiente. Se nota el cansancio que en algunos ya es hartura. Demasiado tiempo peleándose con la cronicidad de la enfermedad mental y del hospital psiquiátrico. Pacientes y profesionales cansados de que la salud mental siga discriminada en la asistencia y la asignación de recursos socio-sanitarios. Desanimados por tener que renunciar a proyectos y posibilidades que quizá harían más digna la vida de las personas. Temerosos porque la eficacia y la eficiencia se conviertan en los únicos indicadores para valorar la calidad de una vida, sea la del paciente, sea la del profesional que le atiende cada día.*

[Psicóloga de enfermos mentales]

- *Gozos y satisfacciones de los profesionales*

Lo más enriquecedor y saludable para los profesionales -según dicen ellos- es el contacto con el enfermo y su familia, así como su testimonio que les ayuda a relativizar los propios problemas y anima a seguir trabajando con ilusión. También vivir la profesión con vocación y tener conciencia del trabajo bien hecho. El compañerismo y la buena actitud entre los distintos profesionales, cuando se da.

- *Como muchos enfermos siento el ahogo y la angustia que causa la incertidumbre sobre lo que sucederá mañana. Palpo su lucha, en ocasiones heroica, por la vida. Comparto sus esfuerzos y su desesperación. Trato de arrimarme a ellos con mi alma y transmitirles mi energía a través de mis manos y de mis palabras. Me alegro con sus alegrías. Reconocerme y presentarme ante ellos tal cual soy, con mis virtudes y mis defectos, me ha posibilitado un acercamiento. He aprendido que la esperanza es un grandioso fármaco y el cariño el mejor bálsamo en los momentos de desdicha. He comprendido que escuchar es el mejor remedio contra las negligencias y los errores y he comprobado que soy un ser humano como ellos.*

[Oncólogo]

- *Nuestra profesión nos ofrece una posibilidad de encuentro con el ser humano en su fragilidad y, en última instancia, una posibilidad de encuentro con lo mejor de uno mismo en el empeño por aliviar el sufrimiento ajeno. El contacto con el enfermo y su familia, así como su testimonio ayuda a relativizar los propios problemas y anima a seguir trabajando con ilusión.*

[Médico]

- *Los enfermos me mantienen y renuevan. Cada día me enseñan cosas nuevas, me ayudan a crecer y no dejan de regalarme una sonrisa, una mirada, un abrazo... No me cansan, sino que me empujan. Amo mi profesión, la miro cada día con más respeto y la ejerzo con entrega y pasión. Doy gracias por estar donde estoy haciendo lo que*

hago: llevar amor, mucho amor. Sólo así se pueden alcanzar "pequeñas victorias", que para mí son "grandes": sacar una sonrisa, aliviar una soledad, calmar un dolor, coger la mano en el momento de la partida, compartir miedos que siempre resultan ser menos miedos.

[Médico rural]

- Estoy disfrutando de mi última noche con mis compañeras con las que tanto he compartido y de las que tanto he aprendido. Doy gracias por el compañerismo vivido en la UVI y por estos años de trabajo en ella que me han ayudado a descubrir lo esencial de la vida, del ser humano, de mí misma y de los demás. Sé que aquí he resucitado un poco y eso me ayuda a seguir repartiendo vida y dando esperanza en mi casa, en la calle, en el hospital. Nunca podré olvidar la mirada de Marisol cuando despertó después de muchos días de lucha con la muerte. Había pasado muchas horas hablándole, diciéndole frases sencillas. Ahora por sus ojos salía gratitud, amor. Su mirada me transmitió paz e hizo que me sintiera bien

[Enfermera].

- Los profesionales también enferman

Los profesionales de la salud también viven la experiencia de la enfermedad y de la vulnerabilidad en su propia vida, en la de sus familiares y allegados o de sus propios compañeros. ¿Cómo les afecta? ¿Qué les aporta para su quehacer profesional?

- Hace unos meses se me diagnosticó una enfermedad tumoral maligna en estadio IV e inicié tratamiento con fármacos, pues el quirúrgico ya no estaba indicado. Para un médico cirujano es difícil de aceptar, pero no hay otra solución más eficaz. Con una espera esperanzadora en el devenir, acompañado y arropado por seres que te quieren, algunos incluso desconocidos, y recordando los versos de Teresa de Ávila -Nada te turbe, nada te espante, quien a Dios tiene nada le falta-, hemos ido dando pasos, no sin dudas, en el camino hacia el Misterio. Permiéndomelo mi estado físico,

opté por continuar en el hospital con mi actividad asistencial, docente e investigadora como cirujano, salvo el día de la administración de los fármacos. He experimentado la fragilidad de mi ser material y mental como enfermo y me siento más unido a aquellos que con sus cuidados e indicaciones terapéuticas intentan conseguir mi curación o al menos aplacar sus síntomas. En esos momentos de dificultad se hacen patentes las palabras del Huerto de los Olivos: Hágase tu voluntad
[Cirujano].

- Soy enfermera y si volviera a nacer, elegiría la misma profesión. Cuando decidí estudiar enfermería, lo único que tenía claro era mi deseo de ser útil a los demás. Trabajé cuatro años en Medicina Interna. La juventud y la ilusión por el trabajo hicieron que fueran los mejores años de mi vida. No sólo atendí y acompañé a enfermos, sino que también hice grandes amigos. Caí enferma. Me diagnosticaron una polineuropatía periférica. Conocí la Fraternidad Cristiana de Enfermos y Minusválidos. En ella he descubierto que por muchas que sean las limitaciones de un enfermo o minusálido, son muchas más sus capacidades y que lo más importante es el trato personalizado y la escucha al enfermo. Por eso en mi quehacer trato de ayudar al enfermo a que se valore y sea "protagonista de su sanación".
[Enfermera]

- Quiero expresar mi profundo agradecimiento por vuestros cuidados durante mi estancia. Ha sido mi primera experiencia de paciente hospitalizado. La he vivido con intensidad y a la par con serenidad de ánimo. Recuerdo al personal que me atendió en reanimación. Comprobé vuestra profesionalidad, vuestra actitud y aptitudes. Me confirmasteis algo que no se valora suficientemente: la disponibilidad y el buen talante en el trabajo. Aunque en ocasiones vuestro agotamiento, los conflictos laborales o los problemas personales os preocuparan o agobiaran, sabíais acercaros con una sonrisa, una mirada de acogida servicial y unas palabras de aliento. Ante la inmovilidad y dependencia física he apreciado mucho vuestras manos, ya fuera curando la herida, lavando mi

cuerpo o sirviéndome de apoyo fundamental para los desplazamientos; y todo ello con exquisita delicadeza, casi mimo, y respetando el pudor ajeno. ¡Seguid así, que no os venza la rutina ni os doblegue el desánimo, y que la ilusión renovada sea vuestro horizonte vital en la andadura diaria!
[Médico]

- Cómo ven los enfermos a los profesionales

- *La larga experiencia de muchos meses de internamiento me dio la oportunidad de ser espectador de un variado desfile de profesionales. He visto profesionales:*

- *Que demuestran gran competencia o también inexperiencia e inutilidad.*

- *Que entablan una relación humana y profesional verdadera o que te tratan como un objeto.*

- *Que realizan su trabajo con ganas e ilusión o con desgana y enfado.*

- *Que se ayudan mutuamente o que escurren el bulto y cargan el trabajo y la responsabilidad en los compañeros.*

- *Que sufren con tu padecimiento, se preocupan con tus complicaciones y se alegran con tu mejoría o que no se implican y pasan.*

- *Que ven en el enfermo a una persona y lo tratan como tal o que sólo te ven como un caso interesante o un número más.*

- *Que se preocupan y tienen en cuenta los cambios de humor del enfermo, su inapetencia, su soledad, su sufrimiento interior, sus necesidades espirituales... o que no se fijan ni lo consideran tarea suya*
[Enfermo].

- *Viví en la UVI la intensa experiencia solitaria y solidaria de una larga noche. Se sobreponía en mí la gratitud ante los sorprendentes logros de la cirugía, de la anestesia, de las ciencias, de la clase médica y del mundo hospitalario en su conjunto, que en aquellos momentos nos devolvían la vida a tantos seres humanos, inermes y desvalidos, a los operados en el hospital y a millones de enfermos en el mundo. En mi mente estaba el gran ejército de los sanitarios en el mundo: médicos especialistas de los altos saberes,*

cirujanos de manos divinas, enfermeras, cuidadoras transidas de respeto y ternura hacia el enfermo; toda una constelación de hombres y mujeres, vocacionados para aliviar y curar a sus semejantes
[Obispo].

- *Juan Pablo II ha estado ingresado por octava vez en el Policlínico Gemelli, al que llama su tercera casa por el tiempo pasado en él hospitalizado. Repetidas veces el Santo Padre ha mostrado su reconocimiento y gratitud a quienes le han cuidado y atendido. "Hoy -decía en el mensaje del Ángelus del 6 de febrero, leído por Mons. Sandri- me dirijo a vosotros desde el Gemelli, donde me encuentro desde hace unos días asistido con amoroso cuidado por médicos, enfermeros y personal sanitario, a quienes doy las gracias de corazón.... También desde el hospital, en medio de los demás enfermos, a los que va mi saludo afectuoso, sigo sirviendo a la Iglesia y a toda la humanidad". Al abandonar el hospital Juan Pablo II se despidió de los que le cuidaron y escribió una carta al Rector de la Universidad Católica del Sacro Cuore, de la que depende el Gemelli, en la que agradece a todas las personas que le han atendido -médicos, monjas, enfermeras, técnicos y auxiliares- y destaca la labor que realiza ese centro, "donde se une a la competencia médica y profesional el espíritu evangélico".*

Para el trabajo personal o de grupo

- 1). ¿Conocemos la realidad humana de los profesionales de la salud que nos atienden y cuidan? ¿Cómo viven su profesión? ¿A qué retos y desafíos se enfrentan? ¿Qué les satisface y qué les desgasta?
- 2). Entre los profesionales de la salud que conoces ¿cuáles son sus necesidades y preocupaciones?
- 3). ¿Cómo trata la sociedad y el sistema sanitario a los profesionales de la salud? ¿Y la Iglesia y sus comunidades? ¿Y tú en particular?
- 4). Los profesionales de la salud ¿cómo viven su propia enfermedad?

2. La comunidad cristiana y los profesionales de la salud.

Habiéndonos acercado a la realidad de los profesionales de la salud, nos planteamos la relación mutua entre la comunidad cristiana y los profesionales de la salud. Supuesta la legítima autonomía que le corresponde al mundo sanitario, la relación es necesaria en bien del enfermo a cuyo servicio estamos y es beneficiosa para la propia comunidad y los profesionales. Esta relación puede ser de diálogo y colaboración, de atención, cuidado y formación.

Diálogo y colaboración

Promover el diálogo y la colaboración con los profesionales de la salud es una tarea prioritaria de las comunidades cristianas. Es importante realizarla adoptando y cultivando, entre otras, las siguientes actitudes: confianza, respeto, apertura, renuncia a actitudes dogmáticas, condenatorias y culpabilizadoras, reconocimiento de los propios límites, etc.

Analizamos algunos campos en los que este diálogo y colaboración son hoy día, posibles, deseables, oportunos y necesarios, aunque no resulte fácil llevarlos a cabo.

1. Promoción de una cultura de la salud más responsable

Nuestra fidelidad al evangelio nos lleva a ayudar a las personas a vivir su propia existencia de la manera más humana posible, cultivando la salud en todas las dimensiones del ser humano. Nos lleva a interpelar a la sociedad sobre el ideal del hombre que se encierra tras ese modelo de salud tan tecnificada, medicalizada y burocratizada predominante. Nos lleva también a iluminar desde la fe de asuntos tan importantes como la defensa y el cuidado de la vida; el contenido humano de una verdadera calidad de vida; la salud como tarea responsable orientada al crecimiento integral de la persona y entendida como armonía

con el medio ambiente; el consumo racional de los servicios sanitarios; el sentido cristiano de la enfermedad, de la donación de órganos y sangre; la experiencia humana del envejecimiento; el sentido humano y cristiano del morir.

2. Promoción de una asistencia integral al enfermo

El enfermo necesita una atención integral. Esto supone conocimiento de sus necesidades reales. Los enfermos son personas, no son cosas, y la curación de estas personas requiere encuentros intensos y repetidos diálogos. La curación no viene sólo por la administración de medicamentos. Los enfermos piden una asistencia cada vez más humana, personal, comprensiva, cercana. No se tratan enfermedades, sino enfermos. La asistencia a enfermos se hace cada vez más compleja. Caminamos hacia una medicina de equipo, donde tienen cabida diversos profesionales: médicos, psicólogos, asistentes sociales, sacerdotes, para captar así la realidad compleja del hombre: somática, psicológica, social, cultural y religiosa.

3. Iluminación ética

Podemos contrastar y difundir las reflexiones de la bioética cristiana que garantice la dignidad de las personas y la defensa de toda agresión, utilización y manipulación, especialmente cuando ésta es más débil: al comienzo de la vida, en la enfermedad, en el deterioro físico y mental, y en la proximidad de la muerte. Esto nos obliga a conocer y discernir los problemas éticos concretos que se plantean en el mundo sanitario, ante los cuales el profesional de la salud tiene que decidir. Conocer cuál es el fondo de la cuestión en los temas fronterizos a la vida: píldora del día siguiente, terapia génica, células troncales (embrionarias y adultas), clonación, manipulación y utilización de embriones, atención a los enfermos en situación terminal, procedimientos eutanasicos (los declarados y los silenciados), distinción entre medios y fines.

4. Atención a las personas más desasistidas

Su necesidad de salud tiene lugar en situaciones de marginación, lo cual supone también desasistencia sanitaria. Son las situaciones de pobreza económica, de desarraigo social, de soledad,

de vejez, alcoholismo, drogadicción, o la situación de las personas discapacitadas o de los enfermos crónicos en general. A la Iglesia no le está permitido ignorar precisamente este mundo de los más necesitados de salud. Nuestra oferta de salud incluye el compromiso por una atención sanitaria más justa para con estas personas, así como su defensa ante cualquier tipo de marginación social. Aquí tenemos también una colaboración con los profesionales de la salud, pues se trata de una labor que sensibiliza directamente a los profesionales. Unos y otros podemos trabajar juntos no sólo para ayudar a llevar un tratamiento ante determinadas patologías, sino mediante el compromiso común para luchar contra las causas de las mismas.

Atención y cuidado del profesional de la salud

La comunidad cristiana debe ser en medio de la sociedad piscina de Betesda (Jn 5), es decir, comunidad que cura. La misión sanadora de la comunidad hunde sus raíces en el mismo Evangelio, en lo que dijo e hizo Jesús. Jesús se sitúa allí donde el hombre está, donde le duele al ser humano: **Pasó haciendo el bien y curando (Hch 10,38)**. La salud que Jesús ofrece comienza por la salud física, pero no se detiene ahí. Alcanza al hombre entero en todas sus dimensiones. No se limita al cuerpo ni se limita al individuo. Es una salud individual y comunitaria, reclama libertad y sentido, está inserta en la trama de valores y contravalores. A la luz del modelo sanador de Jesús, es importante revisar y potenciar la atención de la comunidad cristiana a los profesionales sanitarios, cuyo trabajo consiste en poner en marcha la fuente de la salud. La comunidad cristiana les puede prestar atención, cuidado y formación:

1. Acercarse a ellos

El contacto cercano con los profesionales de la salud continúa siendo la forma privilegiada de atención a los mismos. No es programable, se lleva a cabo de la forma y en los momentos más inimaginables y da frutos insospechados. La disponibilidad para el contacto y el coloquio no superficial brinda ocasiones propicias para descubrir y atender sus necesidades personales.

2. Estar a su lado

Estar al lado de los profesionales de la salud, sobre todo en los momentos de dificultad y de dolor, mostrar interés por su vida y ofrecerles desinteresadamente ayuda, es hoy una sencilla y evangélica forma de atenderles pastoralmente. En la vida del hospital, residencia o institución, y en la comunidad parroquial hay ocasiones para ponerla en práctica: los actos y fiestas de confraternidad que se organizan; los acontecimientos festivos; las desgracias; el momento de la enfermedad o de la muerte del propio personal o de sus familiares; etc.

3. Descubrir con ellos el sentido de su quehacer

Ayudarles a descubrir y apreciar los valores éticos y evangélicos de su profesión, y también reconocer su carisma de curación (1 Co 12,9). En su ejercicio clínico, en su trabajo burocrático o en sus decisiones administrativas pueden hacerse presente los valores de la solidaridad, la compasión, el respeto, la ayuda mutua, la justicia, la gratuidad, la reconciliación.

4. Apoyarles y cuidar de ellos

Los profesionales de la salud, en tanto que cuidadores, necesitan ser cuidados. Un número creciente está padeciendo el síndrome de desgaste profesional. Son sanadores heridos que necesitan ser atendidos y cuidados.

La comunidad cristiana, sintiendo la imperiosa necesidad de cuidar a quien cuida, ha de apoyar a los profesionales para que puedan vivir su trabajo de forma saludable, acompañarles en el desgaste derivado de su propio trabajo, escuchando sus dificultades, tensiones, estrés, comprendiendo sus posibles crisis, ofreciéndoles recursos para evitar el “quemarse” o para recuperarse del desgaste.

Los profesionales de la salud tienen familia, necesidades vitales, amigos, tiempo de ocio. Para lograr el necesario equilibrio personal entre la profesión, la familia, el ocio y el crecimiento personal (físico, psicológico, social y espiritual) toda ayuda es poca. La comunidad cristiana puede ser para ellos una gran ayuda con su asesoramiento y apoyo espiritual, su calor y su amistad.

5. Ofrecerles cauces y medios para su formación integral

Los profesionales de la salud necesitan una seria preparación y formación continua para mantener la exigida competencia. Precisan cauces de encuentro donde puedan reflexionar, formarse, orar, celebrar su fe, fortalecer su sentido eclesial y asistencial, y su comunión con los demás profesionales. La comunidad cristiana puede prestarles varios tipos de ayuda: lugar para reunirse; oferta de materiales para la reflexión antropológica, teológica y pastoral sobre la salud, la enfermedad, el morir y la asistencia; acompañamiento para iluminar los graves problemas éticos, cada vez más complejos y numerosos, que se plantean tanto en el inicio y el final de la vida como en la relación clínica; organización de conferencias, seminarios o cursillos monográficos sobre estos temas; información sobre los medios de formación que ya existen y a los que pueden acceder;

6. Orar con ellos y por ellos y celebrar su servicio

La comunidad cristiana ora por y con los profesionales de la salud y celebra su compromiso y su servicio a los enfermos: *También ellos rezan al Señor para que les conceda poder aliviar el dolor, curar la enfermedad y salvar tu vida (Eclo 38, 14), ¡Dichoso el que cuida del débil y del pobre! En el día de desgracia le libera el Señor (Sal 41).*

7. Contar con ellos

Un profesional de la salud preparado puede aportar sus conocimientos, su experiencia y sus puntos de vista a la comunidad cristiana y enriquecerla en sus tareas de educar en salud, de atender a los enfermos y sus familias, de formar a sus visitantes, de asesorar a la hora de decir su palabra sobre problemas humanos y éticos, en una palabra, de evangelizar el mundo de la salud, algo inalcanzable sin la incorporación y participación de los profesionales de la salud.

Experiencias

- Parroquia

Este curso 2004-2005 nos propusimos mostrar la cercanía, el reconocimiento y el apoyo de la

parroquia de La Cena del Señor a los profesionales de salud que atienden y cuidan a los enfermos del barrio. El grupo de pastoral de la salud conectó con el Centro de Salud y en la Navidad escribimos a todos los profesionales que trabajan en el mismo una felicitación personal, acompañada con un regalo. El gesto les sorprendió gratamente y nos dieron las gracias. La comunidad parroquial ora por los profesionales en la eucaristía, en los funerales. Con ocasión de la Unción comunitaria de enfermos enviamos a los profesionales esta carta:

Queridos amigos/as:

Muchos enfermos, a los que atendéis habitualmente en vuestro centro, pertenecen a nuestra parroquia. A través de su testimonio, conocemos y admiramos la labor generosa y continuada de los profesionales sanitarios que cuidáis día a día a los enfermos y familiares de la comunidad con un concepto integral de la asistencia.

Nuestra parroquia -que acompaña y ayuda a los enfermos y familias del barrio- desea expresar su gratitud por vuestro servicio y mostraros su cercanía y apoyo. Sabemos que vuestro trabajo no siempre es fácil, que cansa y desgasta mucho. Y que también vivís momentos dolorosos cuando enfermáis o cuando enferma o muere uno de vuestros familiares.

El Domingo de Pentecostés celebraremos la Unción comunitaria de Enfermos. En ella os tendremos muy presentes a todos. Daremos gracias por vuestro trabajo, inquietudes y preocupación por los problemas de salud de nuestros parientes y allegados. Y pediremos al Señor que os ayude en la preciosa y delicada labor de curar, aliviar y consolar que lleváis a cabo.

Nos ponemos a vuestra disposición para colaborar en aquello que estiméis oportuno y que redunde en beneficio de los enfermos de nuestra comunidad.

Con mi saludo más cordial.

[Parroquia. Madrid]

- Hospital

En el hospital un grupo numeroso de profesionales sanitarios cristianos colaboramos con los capellanes del Servicio de Asistencia Religiosa. Les ofrecemos nuestra cercanía y amistad. Reconocemos y valoramos su servicio al enfermo y a los profesionales. Les

facilitamos, desde nuestro puesto de trabajo, el ponerse en contacto con los enfermos y sus familias. Preparamos, en lo posible, el ambiente idóneo para celebrar la Unción o el Bautismo de recién nacidos. Colaboramos en la atención al duelo de las familias (padres que perdieron a su hijo, etc.). Participamos con frecuencia en las Eucaristías hospitalarias. Colaboramos en la celebración del Día del Enfermo. Cooperamos en la redacción del Boletín mensual que edita el Servicio de Asistencia Religiosa dirigido a todos los profesionales, a los enfermos y sus familias. De este modo tenemos una presencia como miembros de la Iglesia en este mundo sanitario.

[Grupo de Profesionales Sanitarios Cristianos. Orense.]

Para el trabajo personal o de grupo

- 1). Diálogo y colaboración entre la comunidad cristiana y los profesionales de la salud.
¿Cómo lo hacemos posible:
 - en la promoción de una cultura de la salud más responsable,
 - en la asistencial integral al enfermo,
 - en la iluminación ética de las cuestiones conflictivas,
 - en la atención a las personas más desasistidas?
- 2). La atención y el cuidado de la comunidad cristiana al profesional de la salud.
 - ¿Conoce nuestra comunidad a sus profesionales?
 - ¿Está a su lado, les apoya?
 - ¿Se preocupa de cuidarlos? ¿Cómo?
 - ¿Qué cauces y medios les ofrece para su formación integral?
 - ¿Organiza encuentros de oración con ellos?
 - ¿Ora por ellos?
 - ¿Cuenta con ellos? ¿En qué y para qué?

3. Cristianos en el mundo de la salud.

Entre los profesionales del mundo de la salud hay un buen número de cristianos que tratan de vivir su fe en el ejercicio de su profesión. Sin embargo, a pesar de todos los avances, la situación actual presenta datos preocupantes. José María Rubio, en su ponencia sobre Identidad y misión del profesional de la salud cristiano, afirma críticamente: *“La presencia de los profesionales cristianos laicos en el ámbito sanitario es en general escasa, poco comprometida y con frecuencia desapercibida. En un grado menor pero significativo la presencia es testimonial y se manifiesta por el ejercicio profesional responsable y bien hecho, la dedicación, el trato humano, la consideración de la dignidad de las personas, el compromiso y la participación en comités y plataformas que defienden los derechos de los enfermos. En algunos casos, pocos, haciendo referencia explícita con el testimonio de sus vidas al Dios padre que nos ama y busca el bien de todos”*.

Vivencia de la fe

La fe de los profesionales sanitarios cristianos se sitúa dentro del debate actual entre los que interpretan la religión como algo anacrónico y privado y los que la consideran vigente y necesaria para la sociedad: *“Para aquellos la religión está fuera del tiempo, pertenece al reino de la memoria y del folclore y resulta inadecuada y obsoleta, impropia de países avanzados, ruinoso para la ciencia, a contracorriente del sentido práctico y positivo de la vida. Es algo privado, que no interesa a la sociedad”, “es algo que se debe vivir privadamente, como el que fuma a escondidas”, “pero aún quedamos muchos profesionales sanitarios cristianos que creemos firmemente que la fe es más que nunca vigente y necesaria: para que la ciencia esté realmente al servicio del hombre y el progreso a favor de los débiles, para cimentar la cultura en el amor; para entregar la vida por los más altos ideales. La fe es necesaria para una sociedad despersonalizada y desorientada y no tiene sentido*

vivirla privadamente como si fuera una planta de interior; porque la fe sigue siendo capaz, y lo será siempre, de transformar, de forma pacífica y lejos de todo fundamentalismo, estructuras y sociedades; y así debemos manifestarla y vivirla públicamente convencidos de que la fe es una oferta saludable, la mejor para el hombre y la mujer de todos los tiempos”.

Su misión en el mundo de la salud

El lugar propio del profesional sanitario cristiano es el mundo de la salud y de la enfermedad. En él se viven experiencias básicas del ser humano: el nacer, el enfermar, el curar, el morir. Son experiencias límite donde se vive el dolor y la impotencia, se revela la condición frágil y vulnerable del ser humano, se plantean las cuestiones últimas de la existencia y la persona se ve interpelada radicalmente sobre su propia identidad y destino. Es un mundo en constante transformación y desarrollo, lleno de luces y sombras, logros admirables y fracasos dolorosos, gestos ejemplares y flagrantes injusticias, tanto en las estructuras como en las personas.

En este mundo el profesional sanitario cristiano se hace presente, no como agente de un servicio de atención religiosa al enfermo sino como profesional. En él actualiza el mandato de Jesús: *Id y curad* (Mt 10,1). Jesús anuncia y promueve el Reino de Dios haciéndose presente en el mundo de la enfermedad e impulsando la curación de los enfermos y los poseídos por el mal. Jesús no separa su actividad curadora y la *proclamación del Reino*. *Al contrario, proclamación del Reino y curación de los enfermos son dos aspectos de su misión evangelizadora: Recorría toda Galilea proclamando la Buena Noticia del Reino y sanando toda enfermedad y dolencia* (Mt 4, 23). La curación es la señal que Jesús ofrece para acreditar la autenticidad de su misión: *Los ciegos ven y los cojos andan, los leprosos quedan limpios y los sordos oyen, los muertos resucitan y se anuncia a los pobres la Buena Noticia* (Mt 11, 2).

La misión del profesional sanitario cristiano consiste básicamente en servir al enfermo como lo hacía Jesús, *ungido por la fuerza del Espíritu,*

en pasar la vida lo mismo que él haciendo el bien y sanando a todos los oprimidos por el mal (Hch 10, 38), en experimentar hoy de nuevo el Evangelio de Jesús, en ser como él buena noticia de Dios para los enfermos y desvalidos, en estar a su servicio, en introducir en el mundo sanitario los valores evangélicos configurando la acción curadora según el espíritu de Cristo y anunciando con “gestos saludables” al Dios sanador que sólo quiere el bien del ser humano. El profesional cristiano se hace presente en el mundo de la salud ayudando al ser humano en el proceso de recuperación de la vida, crecimiento integral de la salud, señorío sobre el cuerpo, victoria sobre las fuerzas del mal, experiencias todas ellas privilegiadas para desvelar a Dios como “amigo de la vida” y para comunicar la esperanza de un Dios Salvador.

Su testimonio

Los profesionales sanitarios cristianos están llamados a ser *sal, luz y fermento* en medio de la sociedad con su testimonio de vida: *«Las imágenes evangélicas de la sal, de la luz y de la levadura, aunque se refieren indistintamente a todos los discípulos de Jesús, tienen también una aplicación específica a los fieles laicos»* (Juan Pablo II, CL 15). Su tarea no es sólo hacer presente a la Iglesia en el mundo, sino también hacer presente al mundo en el interior de la Iglesia, a la que han de aportar su experiencia secular, los problemas, interrogantes y preocupaciones del hombre o de la mujer de hoy. El Vaticano II anima a los laicos *«a presentar a la comunidad de la Iglesia los problemas propios y del mundo»* (AA 10). Los profesionales sanitarios cristianos deben ofrecer información y asesoramiento a la Iglesia sobre los problemas sanitarios, sobre documentos y pronunciamientos en torno a cuestiones científicas o conflictos morales planteados en el mundo sanitario.

Asociación de profesionales sanitarios

Aunque *«nada puede sustituir el apostolado personal, siempre fecundo y, en algunas circunstancias el único apto y posible»* (AA 16), el apostolado

asociado es «*signo de la comunión y de la unidad de la Iglesia*» (AA 18), y exige ser llevado a cabo mediante una acción común: sostener y formar a sus miembros; organizar y dirigir su acción apostólica. (AA 18). En las circunstancias actuales es necesario asociarse para conseguir los fines y alcanzar la mentalidad colectiva y a las condiciones sociales.

La Asociación de Profesionales Sanitarios Cristianos nació en el marco de la Pastoral de la Salud y fue erigida por La LX Asamblea Plenaria de la Conferencia Episcopal Española que aprobó sus Estatutos el 19 de noviembre de 1993.

- Sus fines:

- 1.) Promover un laicado cristiano comprometido con el mundo de la salud que dé un testimonio evangélico en su quehacer profesional.
- 2.) Crear cauces y ámbitos de encuentro, reflexión y compromiso entre los Profesionales Sanitarios Cristianos.
- 3.) Ayudar a los agentes sanitarios en su desarrollo humano, espiritual y religioso y en su formación en Bioética.
- 4.) Colaborar en la promoción de la salud, la atención integral al enfermo y en la humanización de la asistencia sanitaria a todos los niveles.
- 5.) Contribuir a la defensa de los derechos de las personas, en la salud o la enfermedad, sin discriminación alguna por cualquier circunstancia.

- Es interprofesional

Pueden ser miembros de la misma médicos, enfermeros, auxiliares de clínica, administrativos, celadores y todo el conjunto de profesionales que trabajan en la sanidad al servicio del enfermo.

- Sus actividades

La Asociación celebra periódicamente jornadas, seminarios de bioética y otros medios de formación y encuentros a escala nacional, regional, diocesana y local; organiza grupos de estudio y reflexión,

para esclarecer aquellos temas o cuestiones de índole ética, religiosa, profesional o científica; publica trimestralmente el Boletín PROSAC, difunde documentos y materiales de formación y experiencias de participación de profesionales en la mejora del mundo de la salud; y coopera con otras agrupaciones y colectivos.

- Necesidad de impulsarla

El Congreso Iglesia y Salud, celebrado en Madrid en 1994, aprobó entre sus conclusiones: «*impulsar la Asociación de los Profesionales Sanitarios Cristianos y los fines que se propone, para desarrollar más su colaboración intraeclesial (asesoramiento a los pastores; colaboración en la formación) y su participación activa en la humanización de la asistencia, la iluminación ética de la Medicina y la creación de una cultura de la salud más coherente con los valores cristianos. Y el Informe sobre Iglesia y Salud a la Asamblea Plenaria de la Conferencia Episcopal Española (1995) propone «que las Delegaciones diocesanas de pastoral de la salud impulsen la Asociación de Profesionales Sanitarios Cristianos aprobada por la Conferencia Episcopal Española».*

Para el trabajo personal o de grupo

- 1.) ¿Cuál crees que es la misión de los profesionales sanitarios cristianos en el mundo de la salud?
¿Cuál ha de ser su aportación específica?
- 2.) ¿Cómo viven su fe? ¿Qué testimonio dan?
- 3.) ¿Qué hace la comunidad cristiana para promover un laicado cristiano comprometido en el mundo de la salud?
- 4.) ¿Conocemos la Asociación de Profesionales Sanitarios Cristianos? ¿Qué podemos hacer para difundirla y apoyarla?

El magisterio y los profesionales de la salud

-Selección de textos

- La honradez y la competencia profesional son sin

duda una condición indispensable que difícilmente puede ser suplida por ningún otro tipo de celo apostólico.

[Ritual de la Unción 57]

- *La Unción no es ajena al personal sanitario y asistencial, pues es expresión del sentido cristiano del esfuerzo técnico. Por todo ello, sería muy de desear que el personal sanitario participara en la celebración para que pudiera abrir mejor el conjunto de su acción terapéutica a la vertiente sobrenatural, propia del sacramento.*

[Ritual de la Unción 67]

- *Médicos, enfermeros, otros miembros del personal sanitario, voluntarios, están llamados a ser la imagen viva de Cristo y de su Iglesia en el amor a los enfermos y los que sufren.*

[Juan Pablo II ChL 53]

- *Como servidores de la vida, encontráis en el ejercicio de vuestra profesión una ocasión privilegiada para contribuir a la edificación de un mundo que responde cada vez mejor a la dignidad del ser humano. En vuestra labor de salvaguardia y de promoción de la salud, no descuidéis nunca la dimensión espiritual del hombre. Vivificad vuestro servicio con la oración constante a Dios, «amante de la vida», recordando siempre que la curación, en última instancia, viene del Altísimo.*

[Juan Pablo II, 2004]

- *Jesús fue un incansable promotor de la salud. Dos deberes merecen una atención particular por parte del cristiano: 1. Defensa de la vida. 'Con el nacimiento y desarrollo cada vez más extendido de la bioética se favorece la reflexión y el diálogo -entre creyentes y no creyentes, así como entre creyentes de diversas religiones- sobre problemas éticos, incluso fundamentales, que afectan a la vida del hombre. Los creyentes están llamados a desarrollar una mirada de fe sobre el valor sublime y misterioso de la vida, incluso cuando se presenta frágil y vulnerable. 2. Promoción de una salud digna del hombre. La visión cristiana del hombre contrasta con*

una noción de salud reducida a pura vitalidad exuberante, absolutamente cerrada a toda consideración positiva del sufrimiento. Se presenta como aspiración a una armonía más plena y a un sano equilibrio físico, psíquico, espiritual y social. [Juan Pablo II, Mensaje Jornada Mundial del Enfermo, 2000]

- *El momento de la enfermedad pone con mayor urgencia la necesidad de encontrar respuestas adecuadas a las cuestiones sobre el sentido del dolor, del sufrimiento y de la misma muerte. En Cristo está la esperanza de la verdad y de la plena salud, la salvación que El trae es la verdadera respuesta a los interrogantes últimos del hombre.*

[Juan Pablo II, Mensaje Jornada Mundial del Enfermo, 2005]

- *El tratamiento eficaz de las diferentes patologías, el empeño por seguir investigando y la inversión de recursos adecuados constituyen objetivos laudables que se persiguen con éxito en vastas áreas del planeta. No se puede ignorar que no todos los hombres gozan de las mismas oportunidades. Por eso, dirijo un apremiante llamamiento para que se trabaje por favorecer el necesario desarrollo de los servicios sanitarios en los países, todavía numerosos, que no pueden ofrecer a sus habitantes unas condiciones de vida dignas y una tutela adecuada de la salud.* [Juan Pablo II, Mensaje Jornada Mundial del Enfermo, 2001]

- *La vertiente ético-social se propone como una dimensión imprescindible del testimonio cristiano. Se debe rechazar la tentación de una espiritualidad oculta e individualista, que poco tiene que ver con las exigencias de la caridad, ni con la lógica de la Encarnación y, en definitiva, con la misma tensión escatológica del cristianismo. Si esta última nos hace conscientes del carácter relativo de la historia, no nos exime en ningún modo del deber de construirla. Es muy actual a este respecto la enseñanza del Concilio Vaticano II: «El mensaje cristiano, no aparta a los hombres de la tarea de la construcción del mundo,*

ni les impulsa a despreocuparse del bien de sus semejantes, sino que les obliga más a llevar a cabo esto como un deber».

[Juan Pablo II, NMI 52]

- *Profesión, vocación y misión se encuentran y, en la visión cristiana de la vida y de la salud, se integran recíprocamente. Bajo esta luz, la actividad médico sanitaria toma un nuevo y más alto sentido como «servicio a la vida» y «ministerio terapéutico». Servir a la vida es servir a Dios en el hombre: volverse «colaborador de Dios en la recuperación de la salud del cuerpo enfermo y dar alabanza y gloria a Dios en la acogida amorosa de la vida, sobre todo si está débil y enferma.*

[Pontificio Consejo de la Pastoral de la Salud, Carta a los agentes sanitarios]

- *Iglesia y Sanidad necesitan aproximarse, reconocerse y colaborar mutuamente en el servicio que ambas prestan al enfermo. La Iglesia aporta a partir de la palabra y la práctica de Jesús y de su rica tradición asistencial, una serie de convicciones sobre aspectos significativos de la asistencia sanitaria. Por ejemplo: la dignidad de la persona humana en sí misma, el valor primordial de los recursos que hay en cada ser humano, en su interior, en sus actitudes y comportamientos, tanto para curarse como para curar y cuidar a otros; la importancia de la relación personal y directa entre el cuidador y el enfermo; la imposibilidad de curar y cuidar al enfermo sin darle una parte de uno mismo y sin cargar con sus dolencias y miedos; la asistencia como tarea y responsabilidad de todos; la gran utilidad de la integración armónica de la ciencia y de la acción pastoral en el restablecimiento del enfermo. Finalmente, aporta un nuevo horizonte al sentido de las realidades que se viven en la Sanidad: la enfermedad, el sufrimiento, la curación, la asistencia y la muerte.*

[Comisión Episcopal de Pastoral, Mensaje Día del Enfermo 1992]

- El mundo de la salud y de la enfermedad necesita creyentes que, como María, acogen la Palabra

y el plan de salvación de Dios sobre la humanidad y ayudan, sobre todo a los enfermos, a recorrer el itinerario que va de la salud a la salvación. Necesita hombres y mujeres que, en el servicio y en sus propias vidas, sean testigos de una relación con Dios que responde a nuestras más profundas aspiraciones y que, al mismo tiempo, nos ayuda a reconciliarnos con nuestros límites, de forma especial con la muerte. En este aprendizaje de sentirnos criaturas de Dios María es hoy un modelo insustituible.

En un mundo tan tecnificado, María es modelo y referencia de actitud creyente. Ella no es la intercesora que suplanta a la ciencia, ni remedio mágico para las negligencias profesionales ni para la insolidaridad. Pero es siempre memoria de que no podemos salvarnos a nosotros mismos, de que la salvación es siempre un don de Dios. Los profesionales sanitarios cristianos necesitan cultivar, como María, una especie de tercer oído y sexto sentido. De estos brotan la actitud respetuosa frente al sufrimiento, la capacidad de penetrar en el mundo interior de quien sufre, la sensibilidad hacia sus necesidades de todo tipo, la constancia en el servicio. Estas actitudes, ejemplarmente presentes en María, no son ciertamente monopolio de la condición femenina, pero es justo y gozoso agradecer el papel que la mujer desempeña real y simbólicamente en el mundo de la salud y de la enfermedad.

[Comisión Episcopal de Pastoral, Mensaje Día del Enfermo 1999]

- *Impedimos el acceso de seculares que quieren el compromiso secular y el diálogo con el mundo, cuando nos reafirmamos institucionalmente y buscamos poder en la Iglesia, con posiciones demasiado rígidas, seguras en algunos puntos de doctrina o disciplina que admiten más flexibilidad o al menos actitudes de diálogo. Hemos de reflexionar con los seculares y discernir con ellos problemas, preocupaciones, experiencias. Esquívemos la tentación de admitir solamente la participación de los seculares que tienen una cierta formación intelectual, minusvalorando acaso la experiencia, el compromiso y el testimonio.*

Hay que potenciar la acción del laico sanitario a partir de su trabajo como profesional.

[Mons. Javier Osés a los Delegados de Pastoral]

- *Lleved la ropa de trabajo en la iglesia, pero en los lugares de trabajo poneos vuestra ropa bautismal. Entreteneos en analizar las necesidades profundas de la gente: la búsqueda de sentido, los anhelos de paz, el ansia de justicia, el hambre de dignidad, la espera de un nuevo orden económico que asegure a todos los seres humanos los derechos más elementales. Absteneos de «simplificar» los problemas.*

Que el Señor os dé el gusto de las cosas esenciales. Que os haga ministros de la felicidad de la gente. Y que os haga colaboradores fieles de vuestro obispo y de vuestros sacerdotes. Amad y servid a vuestra Iglesia, no para buscar su gloria, sino para que sea sierva fiel del Reino de Dios. Preocupaos de relacionaros con los otros grupos eclesiales, actuando de manera que brille la complementariedad de todos.

Respetad las leyes internas de la técnica y de la ciencia, pero obrad de manera que todas las realidades temporales dirijan la mirada a «Aquel que fue traspasado».

[Mons. Tonino Bello a los responsables diocesanos de la Acción Católica]

Oración a la Madre de los vivientes

*Oh María, Madre de los vivientes,
a Ti confiamos la causa de la vida:
mira, Madre, el número inmenso
de niños a quienes se impide nacer,
de pobres a quienes se hace difícil vivir,
de hombres y mujeres víctimas
de violencia inhumana,
de ancianos y enfermos muertos
a causa de la indiferencia
o de una presunta piedad.
Haz que quienes creen en tu Hijo
sepan anunciar con firmeza y amor
a los hombres de nuestro tiempo
el Evangelio de la vida.
Alcánzales la gracia de acogerlo
como don siempre nuevo,*

*la alegría de celebrarlo con gratuidad
durante toda su existencia
y la valentía de testimoniarlo
con solícita constancia, para construir,
junto con los hombres de buena voluntad
la civilización de la verdad y del amor,
para alabanza y gloria de Dios Creador
y amante de la vida. Amén.*

JUAN PABLO II. EVANGELIUM VITAE

Oración del profesional de la salud

*Señor Jesús, Médico Divino,
que en tu vida terrena
has tenido predilección por los que sufren,
y has confiado a tus discípulos
el ministerio de la curación,
Haz que cada uno de nosotros
-consciente de la misión que le ha sido confiada-
se esfuerce siempre por ser,
en el servicio cotidiano,
un instrumento de tu amor misericordioso.
Ilumina nuestras mentes,
guía nuestras manos,
danos corazones atentos y compasivos.
Haz que en cada paciente sepamos descubrir
los rasgos de tu Divino rostro.*

*Concedéndonos ser buenos Samaritanos,
prontos a acoger, a cuidar y consolar
a cuantos encontramos en nuestro trabajo.*

*Ayúdanos a ofrecer nuestra generosa aportación
para renovar constantemente
las estructuras de la sanidad.*

*Concedéndonos que habiéndote amado
y servido constantemente a Ti
en los hermanos que sufren,
al final de nuestro peregrinar terreno
podamos experimentar
el gozo del encuentro contigo
en tu Reino de alegría y de paz.
Amén.*

Bibliografía

- CONSEJO PONTIFICIO PARA LA PASTORAL DE LA SALUD. *Carta de los agentes de la salud*, 1995.
- DEPARTAMENTO DE PASTORAL DE LA SALUD. *Congreso Iglesia y salud*. Edice, Madrid 1995.
- ALARCOS FJ. *Bioética y pastoral de la salud*. San Pablo, Madrid, 2002.
- AYERRA MP. *Querido Dios. Cartas de Esperanza*. Sal Terrae, Santander, 2004.
- BERMEJO JC. *El desgaste en los profesionales de la salud*. Labor Hospitalaria N° 274 (2004).
- CLAVÉ E. ANTE EL DOLOR. *Reflexiones para afrontar la enfermedad y la muerte*. Temas de hoy, Madrid, 2000.
- CONDE J. *Introducción a la pastoral de la salud*. San Pablo, Madrid, 2004.
- FRANCISCO DEL REY C. *Memorias de una enfermera. La Esfera de los Libros*, Madrid, 2003.
- DE LLANOS F. *La Iglesia y los profesionales de la salud: hacia una colaboración imprescindible*. Labor Hospitalaria N° 274 (2004).
- GRACIA D. *Medice, cura te ipsum. Sobre la salud física y mental de los profesionales sanitarios*. Discurso en la Real Academia Nacional de Medicina, 2004. Labor Hospitalaria N° 274 (2004).
- PAGOLA JA. *Claves para desarrollar la identidad y misión de PROSAC*. Documentos PROSAC N° 1 (2000).
- REDRADO JL. *Ser profesional en un mundo en cambio. Claves evangélicas*. Documentos PROSAC N° 2 (2003)
- RUBIO, JM. *Identidad y misión del profesional de la salud cristiano*. Labor Hospitalaria N° 274 (2004).
- SANDRIN L. *Ayudar sin quemarse. Cómo superar el burnout sin quemarse*. San Pablo, Madrid, 2005.
- VIÑAS J. *Las profesiones sanitarias en la encrucijada*. Retos del profesional de la salud del siglo XXI. Labor Hospitalaria N° 274 (2004).

El sabor de la experiencia

Medirest es la división especializada de Eurest que cubre las necesidades específicas de alimentación y hostelería en los segmentos **Seniors, Sanidad y Social.**

Dentro del sector de las Residencias de la Tercera Edad, atendemos a un gran número de clientes, procurando su satisfacción y uniendo en nuestro trabajo diario la sensibilidad, la gastronomía y la calidad nutricional.



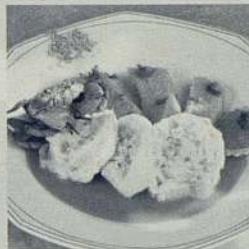
MEDIREST

— La alimentación sana con la garantía de Eurest —

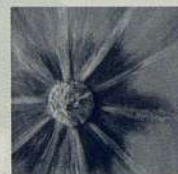
Eurest Colectividades, S.A.
Camino de la Zarzuela, 19-21
Aravaca - 28023 Madrid
Tel.: 91 542 53 39

Delegaciones y Oficinas

A Coruña	Tel.: 981 63 61 74
Alicante	Tel.: 96 568 20 30
Barcelona	Tel.: 93 470 29 80
Bilbao	Tel.: 94 454 15 88
Girona	Tel.: 972 47 40 13
Las Palmas	Tel.: 928 57 44 16
Madrid	Tel.: 91 542 53 39
Málaga	Tel.: 95 226 11 11
Oviedo	Tel.: 98 511 35 80
Palencia	Tel.: 979 16 59 35
P. Mallorca	Tel.: 971 49 14 53
Sevilla	Tel.: 95 418 57 55
Tenerife	Tel.: 922 25 60 40
Valencia	Tel.: 96 337 83 10
Valladolid	Tel.: 983 35 35 61
Vigo	Tel.: 986 26 56 30
Zaragoza	Tel.: 976 22 63 07



La salud y el bienestar son nuestros retos principales.



Nuestros valores en Medirest son:

ESPECIALIZACIÓN: Nuestros profesionales son verdaderos especialistas en alimentación geriátrica.

PERSONALIZACIÓN: Cada cliente es diferente. Cada residente es especial. Medirest se adapta a cada lugar y circunstancia.

COMPRENSIÓN: En Medirest comprendemos las problemáticas asociadas a la alimentación de los mayores.

INTEGRACIÓN: Con los objetivos de la organización a la que prestamos servicio.

ACERCAMIENTO: Nuestra vocación de servicio se basa en la cercanía: escuchar, atender y servir.

Medirest. Profesionales al servicio de la alimentación y la nutrición



Otras marcas de
Compass Group en España



Restauración
Sector Empresas



Restauración
Sector Educación



Restauración
Sector Salud



Alta
Restauración



Servicio de
Vending

www.sanjuandedios.net

