

**ORGANIZACION  
Y PASTORAL DE  
HOSPITALES**

**LA  
LABOR  
HOS  
PITALA  
RARIA**

# LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios  
Barcelona

Año 32. Segunda época. Julio-Agosto-Septiembre 1979  
Número 173. Volumen XI

## CONSEJO DE REDACCION

### Director

ANGEL M.<sup>a</sup> RAMIREZ

### Redactores Jefes

Ramón Ferreró  
José L. Redrado

### Redactores

Gestión Hospitalaria  
José M.<sup>a</sup> Muneta

Asistencia y Enfermería  
Cecilio Eseverri

Teología y Pastoral  
Pascual Piles

Ética Sanitaria  
Gabino Gorostieta

### Colaboradores

Joaquín Plaza, Pedro Clarós,  
Amado Palou, L. Gil Nebot,  
Juan L. Alabern, José M.<sup>a</sup> Sostres,  
Ascensión Zubiri, Felipe Alaez,  
José Sarrió.

Administración, Publicidad y  
Oficina de información hospitalaria

Curia provincial  
Hermanos de San Juan de Dios  
Carretera de Esplugas  
Tel. 203 40 00  
Barcelona 34

Depósito Legal: B. 2998-61  
EGS - Rosario, 2 - Barcelona

## Sumario

### LH OPINA

- 140 RAZON DE LA EXISTENCIA DE HOSPITALES INFANTILES

### ORGANIZACION DE HOSPITALES

- 142 LA ASISTENCIA MEDICA  
EN REGIMEN AMBULATORIO EN PEDIATRIA  
Por J. Plaza Montero
- 151 ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA PEDIATRICA URGENTE  
Por A. Palou
- 154 DEL PLAN GENERAL DE CONTABILIDAD  
AL ANALISIS DE BALANCES EN LOS HOSPITALES  
Por Juan Luis Alabern

### ASISTENCIA Y ENFERMERIA

- 158 PRINCIPIOS APLICABLES A LA ADMINISTRACION MODERNA  
DE ENFERMERIA  
Por C. Eseverri Chaverri

### PASTORAL HOSPITALARIA

- 165 INSERCIÓN DE LA PASTORAL DE SALUD  
EN LA PASTORAL DE CONJUNTO  
Por Angel Perulán
- 170 EL ENFERMO, MIEMBRO DE LA COMUNIDAD  
Por José Luis Pérez
- 175 JUAN PABLO II Y LOS ENFERMOS

### NOTICIARIO

- 178 HOSPITALES  
182 PASTORAL

LH opina

## RAZON DE LA EXISTENCIA DE HOSPITALES INFANTILES

*En el actual año 1979, declarado por la OMS Año Internacional del Niño, puede resultar oportuno subrayar, por nuestra parte, uno de los derechos del NIÑO: el de la defensa de su salud y la atención en su enfermedad.*

*En realidad, constituye este derecho la esencia de nuestro quehacer cotidiano y podríamos proclamar que todos los años son para nosotros como éste de 1979.*

*Pero dentro de este derecho existe un matiz que quizás no ha sido suficientemente subrayado por todos: el de que esta defensa de la salud del niño, esta lucha para que pueda recuperarla cuando llega la enfermedad, debe llevarse a cabo en un ambiente adecuado. Nada más lejos de ello que los ambientes en que los adultos sufren, en los que muestran sus lacras y su intimidad.*

*Por ello, aparece no sólo como plenamente justificado, sino como necesario e imprescindible, el que la atención al niño en su enfermedad se lleve a cabo en ambientes completamente separados de los de la atención a pacientes adultos y por ende, como mínimo, en servicios claramente diferenciados dentro de los hospitales generales. Pero aún esta situación no resulta la ideal, al tener que depender de unos Servicios Centrales donde puede producirse la promiscuidad con el adulto enfermo.*

*Por otra parte, estamos convencidos de la necesidad de huir de los hospitales especializados, en los que el hombre es contemplado parcialmente, y con dificultad puede alcanzarse una medicina integral. Pero es que la asistencia al niño enfermo no constituye en esencia una especialización médica*



en el sentido de limitación de campos de actuación, sino que es en realidad una asistencia médica general y completa cuya diferencia estriba únicamente en la característica del sujeto, de su crecimiento y desarrollo y por ello, de su inmadurez.

En este punto encuentra su pleno apoyo el prolongar la atención pediátrica hasta la superación de esta inmadurez, hasta el alcance de la adolescencia.

Por otra parte, la frecuencia de la necesidad de atención asistencial al niño justifica plenamente la dedicación a esta edad no sólo de los pediatras, sino de un grupo de las diferentes especialidades médicas y de enfermería que llegan a constituir una verdadera unidad funcional coordinada: el Hospital Pediátrico.

Ahí está el ejemplo de nuestro Hospital Infantil San Juan de Dios de Barcelona.

# Organización de hospitales

## LA ASISTENCIA MEDICA EN REGIMEN AMBULATORIO EN PEDIATRIA

### PRESENTACION

Las notas que exponemos a continuación fueron pergeñadas con motivo de una Mesa Redonda que tuvo lugar en la Sociedad Catalana de Pediatría y en la que conjuntamente con nuestros colaboradores, doctores Fumadó, Giner, Palou, L. García y Rodríguez Conde expusimos nuestros conceptos respecto a este tipo de asistencia.

Antes de entrar en el tema propiamente dicho queremos dejar constancia de que vamos a referirnos únicamente a la atención pediátrica programada, no urgente, pues esta última merece ser considerada en un artículo aparte aún cuando sus planteamientos puedan estar ciertamente muy entroncados con lo que nos ocupa.

Deberemos también plantearnos previamente qué entendemos nosotros por pediatría en régimen ambulatorio que difiere en su esencia por un hecho fundamental: *es llevada a cabo por el propio entorno familiar del niño y en ella los profesionales sanitarios, médicos y enfermeras, no hacen otra función que la de consejeros o de mero apoyo a la asistencia.*

Se trata pues de una asistencia en la que no cambia el ambiente usual del niño y, si lo hace, será solamente adaptándose a las circunstancias que conlleva la situación de enfermedad y en este ambiente será la madre o persona que haga sus funciones, la que adquiera relevancia fundamental.

Podrá llevarse a cabo como asistencia domiciliaria por lo que se refiere a la actuación del médico o bien será en consultorios o incluso en el propio hospital. Por ello su concepto no coincide plenamente con el de Pediatría extrahospitalaria que se baraja con cierta frecuencia.

En este tipo de atención va a desarrollarse en una gran parte la Pediatría Preventiva a nivel individual y desde luego la Puericultura en su más amplia acepción; pero tampoco puede confundirse plenamente con ellas ya que la situación de enfermedad será en muchos casos el motivo de la atención en régimen ambulatorio.

Asimismo tampoco se deberá confundir plenamente con la Pediatría Rehabilitadora pues, aparte de cumplir otras muchas funciones, la rehabilitación, en ocasiones, se ha de llevar a cabo en régimen de internamiento.

Modernamente puede hacerse sinónima de Pediatría Primaria o de primer nivel. En efecto, solamente cuando los cuidados asistenciales requeridos por atención pediátrica general o incluso de las especialidades pediátricas, lo sean así, podrán llevarse a cabo en régimen ambulatorio.

Se contrapone, pues, a la Pediatría en Régimen de Internamiento que no abarca a toda la Pediatría Hospitalaria, pero sí ha de hacerse siempre en hospital, aun cuando en este caso pueda ser tanto de segundo como de tercer nivel, es decir comarcal o de Distrito en el primer caso y Regional en el segundo. La diferenciación entre estos últimos niveles se hará únicamente porque en el tercer nivel o Regional existirá la posibilidad de cuidados intensivos y dispondrá de todas las especialidades pediátricas.

También en los tiempos actuales se ha imbricado en gran manera el término de Asistencia médica o atención Sanitaria, con el de Promoción de la Salud. Es indudable que con el primero se hace promoción de salud: su misión fundamental es retornar la misma cuando se ha perdido y prevenir la aparición del estado de enfermedad. Pero no es menos cierto que el concepto de Promoción de la Salud es algo mucho más amplio que desborda el campo propiamente sanitario

y que invade claramente la búsqueda y persecución del bienestar material, social, psíquico y espiritual del individuo y de la comunidad que, a nuestro juicio, no debe ser imbricado con la función sanitaria propiamente dicha.

En conclusión, vamos a intentar desarrollar únicamente la asistencia sanitaria al niño en régimen ambulatorio en situación no urgente y en este sentido nos parece adecuado hacer una serie de consideraciones sobre quién debe hacer la atención ambulatoria del niño, dónde debe ser llevada a cabo y cómo ha de realizarse. Para terminar haciendo un esbozo de plan de acción en Pediatría ambulatoria imbricado en una Región Sanitaria.

### QUIEN DEBE LLEVAR A CABO LA ATENCION AMBULATORIA DEL NIÑO

Dos grupos de personas van a desarrollar la labor sanitaria por lo que respecta a la atención del niño (fig. 1).

Por una parte unas personas no profesionales sanitarios que van a llevar a cabo la acción directa, continuada y permanente como son:

*La madre.* Figura que, si constituye una parte fundamental del niño formando una verdadera unidad durante la lactancia y la primera infancia, no pierde en absoluto su relevante papel en períodos posteriores hasta la pubertad. Y es precisamente en los momentos de pérdida de salud y en la acción preventiva cuando el papel de la madre se distingue de manera especial. Sobre ella y a través de ella van a ser dirigidos los consejos y acciones del resto de actuaciones y en especial la del pediatra, el protagonista entre los profesionales sanitarios.

*El maestro.* Una buena parte de la vida del niño transcurre en la escuela. La Pediatría Preventiva y especialmente la acción de divulgación y formación básica sanitaria en el niño puede encontrar en el maestro un apoyo fundamental. En él puede también apoyarse el descubrimiento precoz de muchas de las desviaciones de la normalidad tanto por lo que se refiere a sus capacidades sensoriales y motoras como a alteraciones caracteriales, y de adaptación social. Y ni que decir tiene que va a ser piedra fundamental en la apreciación del desarrollo intelectual.

*La puericultora.* Sus funciones van a ser de sustituta de la madre en momentos ocasionales como en guarderías, enfermedades maternas o ausencia de la madre de diversa índole. Sus funciones sanitarias serán, pues, las de la madre con quien deberá procurarse identificarse al máximo, aunque también puede desarrollar en ciertos momentos funciones sanitarias propias del maestro.



Figura 1

Por otra parte, otras personas, estas ya profesionales sanitarios, van a intervenir y de modo decisivo en la atención ambulatoria del niño.

*El pediatra.* Figura central y protagonista de la acción sanitaria a este nivel. El debe ser no sólo el consejero directo de la madre, sino el núcleo central o coordinador de la acción de los restantes profesionales y aún diríamos el director de la acción sanitaria del maestro y de la puericultora. Su acción incide incluso de una manera directa y eficaz en el niño, sobre todo cuando éste pasa a la edad escolar y fundamentalmente en la edad puberal y comienzo de la adolescencia.

*La enfermera.* Su acción a este nivel va a ser fundamentalmente de apoyo a la acción del pediatra, aun cuando también en determinados momentos servirá de apoyo y guía a la madre.

*El especialista pediátrico.* Su actuación en la atención ambulatoria del niño la vemos como de consejero y apoyo de la acción del pediatra. La llevará a cabo de modo fundamental en la vertiente ambulatoria del hospital y será esencial la total correlación e información entre ambas figuras.

*El rehabilitador.* Podríamos repetir aquí lo dicho para el especialista pediátrico, aun cuando en este caso va a ser fundamental la actuación a través de la madre pues la acción rehabilitadora en la mayoría de los casos deberá ser continua y la acción esporádica del rehabilitador se constituirá en piloto y guía de la acción que deberá seguir desarrollando la madre.

Es indudable que al hablar de otras personas como actuantes en la pediatría ambulatoria, nos vamos a tener que adentrar más que en la acción sanitaria, en la acción de promoción de la salud. Pero no queremos dejar de citarlas porque constituyen el pilar o basamento que facilitará la acción de las personas que hasta ahora hemos mencionado. Nos referimos a

*El sociólogo.* Dentro del grupo de personas que ahora consideramos es el más cercano a la acción sanitaria. Incluso en su figura de trabajadora o asistente social constituye un verdadero apoyo directo y una ayuda inapreciable para la acción del pediatra en su labor.

*El ecologista.* Insistimos en toda nuestra actuación sanitaria en la importancia fundamental que adquiere para el niño el medio ambiente ya desde el nacimiento. El contacto con la naturaleza y, aunque sea una peregrinación, con la naturaleza *natural* ha de ser uno de los apoyos fundamentales para el desarrollo sano del niño.

*El arquitecto-urbanista.* Figura que ha de influir tan decisivamente en el ambiente inmediato al niño de las urbes, puede ser situada al mismo nivel que el ecologista con quien comparte la acción sobre el medio ambiente.

*El político.* Es indudable que las personas que se ocupan de la «Polis», de la ordenación de la comunidad, han de tener una influencia básica en la acción sanitaria. Por ello las situamos como basamento de la sanidad junto con el

*El economista.* Porque toda acción sanitaria lleva consigo un costo que requiere evaluación y financiación y sin estas premisas no será más que acción deslabazada e ineficaz cuando no negocio de traficantes que pululan alrededor de las figuras que hasta aquí hemos mencionado.

## DONDE DEBE SER LLEVADA A CABO LA ACCION AMBULATORIA EN PEDIATRIA

Naturalmente que si nos referimos a la acción de los no profesionales sanitarios no cabe la menor duda de que su actuación debe ser en el propio ambiente del niño; en su domicilio para la madre, en la escuela para el maestro y en las guarderías para las puericultoras.

Nosotros queremos referirnos aquí a la actuación de los profesionales sanitarios y de una manera fundamental a la del pediatra. Y en este sentido cabe hacer algunas consideraciones sobre la actuación ambulatoria en el domicilio del paciente, en el consultorio y en el hospital.

**ATENCIÓN AMBULATORIA DOMICILIARIA.** Es indudable que se lleva a cabo en muchas ocasiones y que hasta hace poco tiempo constituía una de las actuaciones fundamentales de la acción ambulatoria del pediatra. También está fuera de toda duda de que presenta una serie de vertientes positivas facilitando en gran manera la relación médico-paciente y médico-madre en el propio ambiente de estos.

Pero, a pesar de todas las razones que puedan aducirse a su favor, son tantos, tan graves y tan importantes sus inconvenientes que resulta de todo punto necesaria su supresión. Por otra parte esta desaparición de la actuación domiciliaria del pediatra lleva consigo una serie importantísima de ventajas en otro orden de acción que reafirman también la supresión completa del desplazamiento del pediatra hasta el domicilio del paciente.

Modernamente el perfeccionamiento, facilitación y difusión de los medios de transporte facilitan en gran manera el traslado del paciente y no puede aducirse en este sentido que dicho traslado resulte costoso pues nunca alcanzará su coste el que representa el traslado del propio pediatra si lo evaluamos en el verdadero sentido financiero.

Por otra parte la difusión y perfeccionamiento de los medios de comunicación telefónica facilitan en gran manera los consejos requeridos por la madre en su acción junto a su hijo y junto con una elevación del nivel de conocimientos sanitarios de la población pueden hacer disminuir la necesidad de reiteración de la observación directa del paciente por parte del pediatra en muchas o la mayoría de las situaciones de la pediatría ambulatoria.

Para nosotros, dos son los más graves inconvenientes de la atención domiciliaria del pediatra: uno es la pérdida de tiempo que representa el desplazamiento, que si el tráfico urbano y las dificultades de aparcamiento lo puede hacer excesivo en las ciudades, las distancias necesariamente elevadas en las zonas rurales también lo prolongan en exceso.

El otro inconveniente es que la situación anímica del pediatra junto con la falta de medios complementarios

que, aunque rutinarios, pueden hacer mucho más eficaz su actuación (radiografías simples, análisis de rutina) no es la más adecuada para que pueda ser obtenido el máximo provecho de su acción profesional.

Pero además podemos añadir que precisamente cuando la situación es realmente grave y son necesarios los exámenes complementarios y las terapéuticas y observaciones especiales, es cuando el paciente debe salir de su domicilio y ser trasladado al centro de internamiento. ¿Qué razones pueden apoyar su no salida cuando la situación no se presenta como tan comprometida, que no sea la simple comodidad familiar?

**ATENCIÓN AMBULATORIA EN CONSULTORIOS.** Es la que consideramos más idónea y su desarrollo será motivo fundamental de nuestro planteamiento en este trabajo. Ello justifica el que los consultorios para la práctica asistencial en el régimen que nos ocupa sean conocidos también y de modo idóneo, como Ambulatorios.

**ATENCIÓN AMBULATORIA EN EL HOSPITAL.** Aunque en un principio pueda parecer un contrasentido el que se lleve a cabo atención ambulatoria en un centro específicamente destinado a la atención del niño en internamiento, creemos que varias razones avalan la práctica de la atención ambulatoria en el propio hospital.

En primer lugar el control posthospitalización de enfermos internados en el hospital debe ser seguido en algunos casos en el mismo, aunque en muchas ocasiones sean dirigidos directamente a su pediatra de cabecera.

En segundo lugar la atención ambulatoria de los especialistas pediátricos debe hacerse en consultorios del propio hospital, donde los pacientes deben ser remitidos por los pediatras de cabecera y donde asimismo se llevarán los controles que requieran atención ambulatoria.

En tercer lugar el hospital debe comprender la atención ambulatoria de su zona inmediata de influencia. Debe ser un ambulatorio más pues de esta forma mantendrá con mayor facilidad el trato humano con los pacientes y la relación imprescindible con los pediatras de ambulatorios o de pediatría extrahospitalaria, por saber comprender mejor su problemática y lograr un ambiente más acogedor para los mismos.

#### **COMO DEBE SER LLEVADA A CABO LA ATENCION PEDIATRICA AMBULATORIA**

Para que, desde el punto de vista del profesional médico, pueda la atención ambulatoria del paciente pediátrico ser llevada a cabo acercándose a la meta ideal de la máxima eficiencia, requiere tres grupos de condicionamientos que vamos a analizar a continuación: tiempo, medios y alicientes.

**TIEMPO MÉDICO** para la atención ambulatoria al paciente pediátrico. Está fuera de toda duda que el tiempo

del profesional médico no puede medirse únicamente por el que ha de dedicar a la atención directa de sus pacientes. Otras actuaciones han de caer dentro de su tiempo de trabajo independientemente del que él pueda dedicar a su propia promoción y perfeccionamiento. Con este criterio creemos indudablemente incluibles en el tiempo del pediatra:

*Tiempo de atención directa a los pacientes.* Es indudable que un mínimo de 15 minutos como promedio son imprescindibles por cada visita para hacer la historia clínica con los antecedentes; realizar y consignar la exploración física del paciente; meditar y establecer un plan de actuación y explicar a la madre como realizar dicho plan, cual es el pronóstico del proceso y aclararle las dudas que al respecto nos pueda plantear. A tener en cuenta que si ciertas consultas pueden ser evacuadas en 5 ó 7 minutos hay otras que indudablemente nos han de llevar 30 y hasta 45 minutos.

*Tiempo de asistencia indirecta a los pacientes* mediante acciones de divulgación sanitaria llevado a cabo mediante formación continuada del propio personal auxiliar; conferencias y charlas a grupos de madres, de maestros, de puericultoras e incluso de los propios alumnos de las escuelas en sus grados superiores.

*Tiempo hospitalario.* Es imprescindible que el pediatra vaya al hospital para contactar con el pediatra hospitalario y con los especialistas que lleven a sus propios enfermos ingresados; para asistir a las sesiones clínicas, de cierre de historias, etc., que pueden mantener los mejores lazos de unión entre la medicina extra e intrahospitalaria.

*Tiempo de reciclaje* durante el que asistiendo a cursos, cursillos y congresos, pueda mantener su formación permanente y puesta al día en unas materias tan dinámicas como las de asistencia médica.

*Tiempo de docencia* en el que poder explayar sus conocimientos a alumnos de cursos rotatorios del período de la Licenciatura, a médicos residentes, a alumnos de Escuelas de Enfermería y Puericultura, que indudablemente, todos ellos, van a encontrar en esta acción ambulatoria del médico extrahospitalario un magnífico complemento para su formación.

**MEDIOS ADECUADOS.** Es indudable que el disponer de medios adecuados para desarrollar la labor ha de resultar un verdadero aliciente para llevarla a cabo con entusiasmo. En un intento de repasar con cierta sistematización dichos medios diríamos que le son necesarios:

*Despacho y sala de exploración independientes* aunque adyacentes. Durante la visita al paciente resulta sumamente beneficioso el que el médico pueda disponer de un pequeño período, mientras la madre viste a su hijo, para anotar en la historia clínica resultado de la exploración, meditar sobre el juicio clínico e hipótesis diagnósticas y establecer el esquema de la terapéutica

o exploraciones complementarias a seguir, consultando libros básicos si es preciso y para todas estas elaboraciones resulta muy aconsejable el que el médico se encuentre sosegado y sin el bombardeo de la conversación de la madre y las inquietudes del niño.

*Enfermera auxiliar.* Imprescindible para la labor del médico resulta en estas y aún otras actuaciones médicas el disponer de una persona capacitada para el manejo de los niños, el manejo del archivo de historias clínicas, pesaje y tallado del paciente, manejo del laboratorio de screening, el funcionamiento del aparato de radiografías de rutina y revelado automático de las mismas, etc.

*Aparillaje adecuado* que aunque resulta muy simple no deja de ser fundamental: fonendoscopio, otoscopio, oftalmoscopio, negatoscopio, etc.

*Laboratorio de screening* con posibilidad de determinaciones rutinarias de lactosa para glucemias, acetoneurias, gluconurias albuminurias, hematurias, acetonurias; determinaciones de hematocrito; sedimento urinario; examen parasitológico en heces (lamblías) etc.

*Aparato de rayos X* para la práctica de radiografías simples de tórax, abdomen, cráneo, senos paranasales y esqueleto.

*Archivo central de historias clínicas* con modelo único de historias y recogida de datos para estadística.

*Biblioteca básica* de libros de consulta tanto para diagnósticos como para terapéutica con inclusión de dos o tres revistas básicas de la especialidad pediátrica general.

*Una sala de reuniones* capaz para unas 50 personas en las que llevar a cabo las reuniones científicas, organizativas, docentes y de divulgación sanitaria.

*Medios audiovisuales* (proyectores, grabadoras, mezcladores, etc.) que permitan la reiteración de conferencias y charlas para la divulgación sanitaria.

**ALICIENTES.** Resulta realmente imprescindible que el trabajo del profesional pediatra, en su misión de ambulatorio, busque el salir de la rutina que representa la atención de casos no demasiado *vistosos* desde el punto de vista científico. Por otra parte su labor exclusiva junto a las madres y la escasez de contactos con compañeros de otras especialidades y niveles, así como su separación de la acción estimuladora de los líderes hospitalarios, podría con cierta facilidad llevarle al desaliento y a la acción rutinaria. En vista de todo ello intentaremos sistematizar una serie de circunstancias y condicionamientos que pueden resultar verdaderos alicientes.

*Labor en equipo.* Es indudable que el poder trabajar junto a otros compañeros, el intercambiar opiniones e inquietudes y el laborar en pos de metas comunes han de hacer la labor más llevadera y eficaz.

*Actuación con plena responsabilidad en la pediatría preventiva.* Esto marcaría un campo muy propio de

la acción de estos pediatras que se sentirían responsabilizados en el más amplio concepto de la Prevención de enfermedades infecciosas y parasitarias, de accidentes, de trastornos nutritivos, etc.

*Aportación fundamental en la divulgación sanitaria.* El sentirse pieza clave en una de las acciones más interesantes en la acción primaria de la pediatría que persigue la elevación del nivel cultural sanitario de la población en general y el hacer más eficaz la imprescindible relación pediatra-madre.

*Participación activa en el hospital.* Y no reduciendo sólo, su presencia en el mismo a la acción de simple espectador, sino contribuyendo a la atención de sus propios pacientes, participando activamente en las sesiones clínicas y siendo partícipe también de posibles publicaciones.

*Contribución activa en la docencia.* No sólo por lo que se refiere a la divulgación sanitaria, sino contribuyendo a la formación de médicos residentes a cuyo ciclaje contribuiría el ambulatorio y de alumnos del curso rotatorio de la Licenciatura que encontrarían en estos centros el lugar idóneo para los primeros contactos con los enfermos. Asimismo su contribución a la docencia de otros profesionales sanitarios podría ser realmente fundamental.

*Posibilidad de publicaciones científicas,* no sólo en lo que se refiere a su colaboración en los que puedan hacerse en el hospital, sino incluso en publicaciones propias basadas en la actividad de su propio ambulatorio.

*Retribución adecuada.* Tal, como planteamos nosotros la actividad profesional en un ambulatorio, ha de llenar la jornada completa de un profesional y por ello su retribución económica, que resultará básica, debe permitirle un nivel de vida acorde con su profesión en el contexto socio-económico general del país.

## COMPLEJO PEDIATRICO

Hasta aquí hemos intentado exponer los condicionamientos de la actividad ambulatoria en pediatría. A continuación intentaremos concretar en un planteamiento ideal una unidad de asistencia ambulatoria integrada en lo que nosotros denominamos complejo pediátrico y que podría corresponder también a una verdadera región sanitaria pediátrica definida por aquella que abarca el campo de acción o zona de influencia de un hospital pediátrico regional o de tercer nivel.

Naturalmente que este planteamiento independiente de la atención pediátrica no significa que no pueda ser engarzado en un planteamiento general de la atención sanitaria de una población. Pero lo que sí quiere significar es que la atención del niño requiere ser llevada a cabo por personas que conozcan perfectamente su problemática, es decir, pediatras; y además de una manera

CUADRO 1

Meses	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
Pedíatras												
A	—	—	—	—	Vacacio.	—	—	—	—	—	Cursillos	—
B	—	—	—	—	—	Vacacio.	—	—	—	—	—	Cursillos
C	Cursillos	—	—	—	—	—	Vacacio.	—	—	—	—	—
D	—	Cursillos	—	—	—	—	—	Vacacio.	—	—	—	—
E	—	—	Cursillos	—	—	—	—	—	Vacacio.	—	—	—
F	—	—	—	Cursillos	—	—	—	—	—	Vacacio.	—	—

físicamente diferenciada de la atención a otros grupos de edades con las que no debe entremezclarse ni a nivel de internamiento ni a nivel ambulatorio.

#### MODELO DE AMBULATORIO PEDIATRICO

Concebimos la unidad de ambulatorio pediátrico como aquella que está capacitada para la atención en régimen ambulatorio de 5000 niños de 0 a 14 años que corresponden aproximadamente a un núcleo de población de unos 20 000 habitantes. Y estas cifras las planteamos de inicio no de un modo caprichoso sino como consecuencia de un estudio de capacidades derivadas de una distribución del tiempo de actuación de un equipo pediátrico de trabajo. Puntos que vamos a exponer a continuación.

**DOTACIÓN DE PERSONAL.** Creemos imprescindible que una unidad como la que tratamos debe abarcar la jornada laboral completa de 40 horas semanales de 6 pediatras, 6 enfermeras, 1 recepcionista y 2 limpiadoras.

Los *seis pediatras* constituyen un número que permite la ausencia sin sustitución de uno de ellos cuando las circunstancias de vacaciones, reciclaje, enfermedad, etc., lo justifiquen. Pero además permite el engarce para una actividad pediátrica que no tratamos en este momento, pero que es una actividad imprescindible, cual es la de la atención urgente al niño.

Las *seis enfermeras* resultan imprescindibles por las mismas razones que los pediatras. Debe ser personal perfectamente cualificado pues, aparte de su apoyo directo a la actuación del pediatra deberá llevar a cabo el laboratorio de screening y la radiología.

El *recepcionista* debe abarcar en su jornada laboral todo el tiempo en que el ambulatorio está abierto al público y en su misión debe ser fundamental la atención de las consultas telefónicas con las familias y la programación según indicaciones de las consultas de los pediatras.

Las *dos limpiadoras* deben solapar sus jornadas laborales de tal forma que permita un perfecto estado de policía del ambulatorio en todo momento.

**TIEMPOS DE DEDICACIÓN DEL PEDIÁTRA.** Tal como decíamos en los condicionamientos generales creemos que el pediatra ha de disponer, aparte de sus vacaciones anuales reglamentarias de un período equivalente a cuatro semanas para la asistencia a congresos, cursos y cursillos que permitan su reciclaje y formación permanente. Y precisamente a aquellos que dentro de un plan general puedan ser reconocidos como adecuados para tal fin, con asistencia obligatoria y con la obligación también de aportar al equipo de compañeros todas y cada una de las novedades que haya podido recoger (cuadro 1).

El tiempo de sus semanas de permanencia en el ambulatorio puede ser distribuido así (cuadro 2):

CUADRO 2  
Tiempos de dedicación

Sobre 40 horas semanales	Horas a la semana	Horas al año	%
Asistencia directa a pacientes	20	880	42,3
Visita a pacientes ingresados y asistencia a sesiones clínicas	9	396	19
Divulgación y educación sanitaria	1	44	2,1
Sesiones organizativas y de formación permanente de personal aux.	2	88	4,2
Sesiones bibliográficas, cierre de historias, preparación conferencias, etc.	8	352	16,9
Cuatro semanas para asistencia a congresos, cursillos, conferencias		160	7,7
Cuatro semanas vacaciones anuales		160	7,7
<b>Total horas anuales</b>	<b>40</b>	<b>2080</b>	<b>100</b>

*Asistencia directa a pacientes.* 20 horas semanales que pueden ser distribuidas en su mayor parte de lunes a viernes, pero dejando un pequeño período que permita, complementándose el equipo, una atención adecuada durante las mañanas de los sábados.

*Asistencia indirecta.* 9 horas semanales para la visita a pacientes del ambulatorio ingresados en el hospital, para asistencia a sesiones clínicas o reuniones en el mismo y para intercambios de información con especialistas pediátricos.

*Divulgación sanitaria.* Una hora semanal destinada a charlas a madres, maestros, puericultoras y a la contribución a campañas que puedan ser programadas a otros niveles.

*Sesiones organizativas y de formación permanente del propio personal auxiliar.* Dos horas semanales para una formación imprescindible que debe hacerse conjuntamente entre todo el equipo y que queda perfectamente explícita en su propia titulación.

*Sesiones bibliográficas, de cierre de historias, de preparación de charlas, conferencias, artículos, etc.* Ocho horas semanales para una misión variada, compleja, a veces conjunta del equipo y otras personal e individual, pero que resulta de todo punto imprescindible si se quiere mantener un nivel adecuado de formación y de actuación.

**CAPACIDADES ASISTENCIALES.** Si partimos de las premisas que expusimos en la parte general de este artículo, veremos cómo cada pediatra puede tener capacidad asistencial para atender a 80 visitas semanales y dado que en cada ambulatorio pueden tener actividad coincidente 5 pediatras nos resulta una capacidad semanal de 400 visitas. Partiendo de la base de una actividad anual de 50 semanas al año, descontadas las 2 semanas que representan los 12 días festivos intersemanales, el cálculo nos indica la capacidad máxima anual de 20 000 consultas para todo el ambulatorio (cuadro 3).

Hemos considerado una tasa media de reiteración de visitas de 4 consultas al año por niño. Esta cifra, totalmente hipotética, se deriva de nuestra experiencia profesional de 32 años de actuación en pediatría ambulatoria y del hecho de que si esta reiteración es muy superior en los períodos de la primera infancia, lo es mucho menor en la edad escolar y sobre todo en la pubertad y adolescencia.

Con esta tasa media de reiteración de visitas nos aparece la capacidad de asistencia a 5000 niños de 0 a 14 años que corresponde aproximadamente a una masa de población de 20.000 habitantes.

**ESPACIOS NECESARIOS.** Para el desarrollo de todas estas actividades e intentando ser lo más detallistas posible en nuestro ejemplo, creemos necesarios los 500 m<sup>2</sup>, tal como se explica en el cuadro 4.

**CÁLCULO DE COSTOS.** Es realmente difícil llegar a un cálculo de costos real con los datos que acabamos

CUADRO 3  
Capacidades asistenciales

A razón de 4 visitas por hora y 5 pediatras visitando 20 horas a la semana

400 visitas semanales  
20 000 visitas al año

Considerando una tasa media de reiteración de visita de 4 visitas anuales por niño, pueden ser atendidos en la unidad

5000 niños desde los 0 a los 14 años

Que según la estructura actual de la población española equivalen a

20 000 habitantes

de plantear; pero sí puede resultar muy aproximado si tenemos en cuenta las experiencias vividas en otros centros y las aplicamos, con las adaptaciones precisas, con la única intención de lograr una idea aproximada (cuadro 5).

En el 20 % del costo que reúne a todas las partidas no correspondientes a los gastos de personal, deben estar comprendidas las partidas de gastos por material fungible, lavandería, mantenimiento, reposiciones, amortizaciones, dirección, administración y coordinación.

A destacar que en el cálculo de costo por visita el resultado de 1100 pesetas se alcanza haciendo incidir sobre la actividad asistencial directa todo el peso del costo de otras actividades (visitas a enfermos hospitalizados, divulgación sanitaria) que realmente deberían ser desglosadas. Una contabilidad analítica puede hacer

CUADRO 4  
Espacios necesarios

6 despachos de 9 m <sup>2</sup>	54
6 salas visita de 12 m <sup>2</sup>	72
6 salas espera de 24 m <sup>2</sup>	144
1 sala de reuniones 60 m <sup>2</sup>	60
1 laboratorio de 20 m <sup>2</sup>	20
1 sala rayos X de 25 m <sup>2</sup>	25
1 sala de relax de 15 m <sup>2</sup>	15
1 vestíbulo de 45 m <sup>2</sup>	45
Aseos, pasillos y vestuarios	65
	500 m <sup>2</sup>

# RED ASISTENCIAL PEDIATRICA

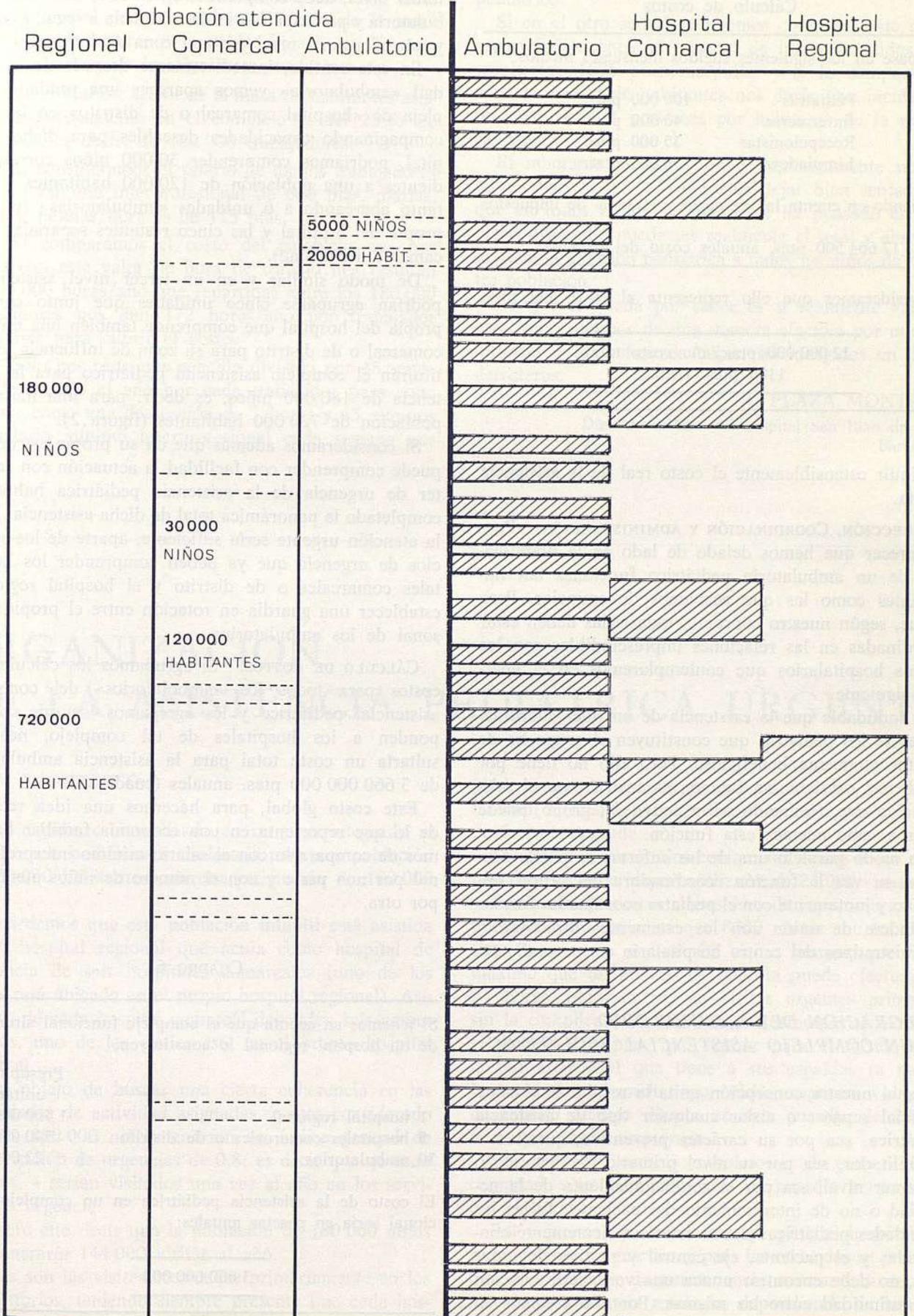


Figura 2

CUADRO 5  
Cálculo de costos

Con base en los siguientes sueldos mensuales medios:

Pedíatras	100 000 ptas.
Enfermeras	40 000 ptas.
Recepcionistas	35 000 ptas.
Limpiadoras	30 000 ptas.

y teniendo en cuenta las 14 pagas y el 35 % de impuestos

17 664 500 ptas. anuales costo del personal

si consideramos que ello representa el 80 % del total

22 000 000 ptas./año costo total  
1100 ptas./visita

disminuir ostensiblemente el costo real de la asistencia directa.

DIRECCIÓN, COORDINACIÓN Y ADMINISTRACIÓN. Puede parecer que hemos dejado de lado en la planificación de un ambulatorio pediátrico funciones tan importantes como las que acabamos de enunciar. Pero es que, según nuestro concepto, todas ellas deben estar incardinadas en las relaciones imprescindibles con los centros hospitalarios que contemplaremos en el apartado siguiente.

Es indudable que la existencia de un líder coordinador entre los pediatras que constituyen el grupo ha de resultar altamente beneficioso. Pero ello no tiene por qué llevar consigo una función exclusiva para el mismo; sino que, formando parte activa del grupo, puede llevar a cabo además esta función.

De modo paralelo una de las enfermeras puede asumir a su vez la función coordinadora del grupo respectivo y juntamente con el pediatra coordinador formar el tándem de unión con los estamentos directivos y administrativos del centro hospitalario correspondiente.

#### INTEGRACION DEL AMBULATORIO EN UN COMPLEJO ASISTENCIAL PEDIATRICO

Según nuestra concepción unitaria resulta totalmente artificial separar o aislar cualquier tipo de asistencia pediátrica, sea por su carácter preventivo, curativo o rehabilitador, sea por su nivel primario, de segundo o de tercer nivel, sea por el condicionamiento de la necesidad o no de internamiento del paciente. Todas las actividades pediátricas deben estar suficientemente conjuntadas y el paciente, eje central y motivo de todas ellas, no debe encontrar nunca una verdadera solución de continuidad entre las mismas. Por ello creemos en

primer lugar que la asistencia hospitalaria, aún la de tercer nivel, debe comprender en su seno actividad ambulatoria y participación en la asistencia a segundo nivel y aún al primer nivel para su zona de influencia.

En este sentido, inmediatamente después de la unidad «ambulatoria» vemos aparecer una unidad compleja de «hospital comarcal o de distrito» en la que, compaginando capacidades deseables para dicho hospital, podríamos comprender 30 000 niños correspondientes a una población de 120 000 habitantes y por tanto abarcando a 6 unidades «ambulatorias» (una la propia del hospital y las cinco restantes separadas físicamente del mismo).

De modo similar y en un tercer nivel asistencial, podrían agruparse cinco unidades que junto con la propia del hospital que comprende también una unidad comarcal o de distrito para su zona de influencia, constituirán el complejo asistencial pediátrico para la asistencia de 180 000 niños, es decir, para una masa de población de 720 000 habitantes (figura 2).

Si consideramos además que en su propia estructura puede comprender con facilidad la actuación con carácter de urgencia de la asistencia pediátrica habremos completado la panorámica total de dicha asistencia. Para la atención urgente sería suficiente, aparte de los servicios de urgencia que ya deben comprender los hospitales comarcales o de distrito y el hospital regional, establecer una guardia en rotación entre el propio personal de los ambulatorios.

CÁLCULO DE COSTOS. Si agrupamos los cálculos de costos para todos los «ambulatorios» del complejo asistencial pediátrico y les agregamos los que corresponden a los hospitales de tal complejo, nos resultaría un costo total para la asistencia ambulatoria de 3 660 000 000 ptas. anuales (cuadro 6).

Este costo global, para hacernos una idea relativa de lo que representa en una economía familiar habremos de compararlo con el salario mínimo interprofesional por una parte y con el número de niños atendidos por otra.

CUADRO 6

Si tenemos en cuenta que el complejo funcional alrededor de un hospital regional lo constituyen:

	Presupuesto unitario
1 hospital regional	1 300 000 000
5 hospitales comarcales o de distrito	340 000 000
30 ambulatorios	22 000 000

El costo de la asistencia pediátrica en un complejo funcional sería en pesetas anuales:

3 660 000 000

Con el sentido comunitario que ha presidido nuestro planteamiento podemos atribuir al costo de este complejo asistencial pediátrico al rendimiento de la masa activa correspondiente a la población asistida. En este sentido partimos de los siguientes supuestos:

— La población activa de la masa de habitantes asistidos pediátricamente en el complejo es del 25 % de la misma, es decir, de 180 000 trabajadores.

— Si consideramos el salario de dichos trabajadores como el mínimo interprofesional de 600 ptas. diarias, su valor pesetas/hora es de 115 ptas.

— Si comparamos el costo del complejo que nos ocupa con este valor de hora de trabajo nos resultan 32 105 000 horas/año que repartidas entre los 180 000 trabajadores nos dan 172 horas/año por trabajador necesarias para cubrir el costo.

— Sólo nos resta una sencilla división por 48 semanas de trabajo al año por cada trabajador para comprender cómo una dedicación de 3 horas y 45 minutos del salario mínimo interprofesional cada semana nos

permitirían cubrir el costo total del complejo asistencial pediátrico.

Si en el otro sentido queremos comparar este costo repartiéndolo entre el número de niños atendidos nos resultarían 1695 ptas./mes/niño y si lo comparamos con el número de habitantes nos daría una incidencia de coste de 424 ptas/mes por habitante de la región sanitaria.

El montante de cifras puede ser realmente reajutable. Pero lo que sí queremos dejar bien sentado es que en todos nuestros cálculos se ha pensado en que dicho dispendio puede ser realmente el total y absoluto de toda la atención pediátrica a todos los niños de nuestra población.

Lo que sí queda por saber es si realmente vale la pena preocuparnos de una manera efectiva por nuestra infancia o los esfuerzos deben ser dirigidos en otros derroteros.

J. PLAZA MONTERO

Director médico del hospital San Juan de Dios  
Barcelona

## ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA PEDIATRICA URGENTE

### PLAN PROPUESTO

Este estudio está realizado en un plan integrado al de asistencia pediátrica ambulatoria para una población de 720 000 habitantes con una estimación de 180 000 niños.

Recordemos que esta población infantil está asistida por 1 hospital regional que actúa como hospital de referencia de seis hospitales comarcales (uno de los cuales está ubicado en el propio hospital regional). Asimismo, de cada hospital comarcal dependen seis ambulatorios, uno de los cuales está en el propio hospital comarcal.

Con objeto de buscar una cierta coherencia en las capacidades de actividad asignadas, hemos considerado que los 180 000 niños tendrían un índice general de frecuentación de urgencias de 0,8; es decir que de cada 5 niños, 4 serían visitados una vez al año en los servicios de urgencia.

Quiere ello decir que la población de 180 000 niños nos generaría 144 000 visitas al año.

Estas son las visitas efectuadas primariamente en los ambulatorios, teniendo siempre presente que cada hos-

pital comarcal tiene un propio ambulatorio, así como también el hospital regional contiene el módulo citado de forma integrada.

Si existen seis módulos comarcales vemos como cada uno de ellos debe responsabilizarse de 24 000 visitas.

Pensamos que estas visitas han de repartirse en tres puntos de asistencia, ya que 8000 visitas anuales significan una media de casi 22 visitas diarias, que es el máximo que un médico de guardia puede efectuar en 24 horas, naturalmente en visitas urgentes primarias sin la complicación propia de la ultraspecialización y el recurso y amparo que supone para él mismo toda la red asistencial que tiene a sus espaldas (a media hora de tiempo médico por visita, suponen 11 horas de trabajo médico directo en una guardia de 24 h., cifra que puede aceptarse).

Por tanto, de los seis ambulatorios de cada módulo comarcal, sólo dejaríamos tres de guardia permanente las 24 horas.

Por supuesto, el ambulatorio propio del hospital estaría siempre de guardia, y para los otros dos se podrían buscar soluciones de permanencia constante o de turnos de permanencia rotatoria, dependiendo de las dis-

Con el sentido comunitario que ha presidido nuestro planteamiento podemos atribuir al costo de este complejo asistencial pediátrico al rendimiento de la masa activa correspondiente a la población asistida. En este sentido partimos de los siguientes supuestos:

— La población activa de la masa de habitantes asistidos pediátricamente en el complejo es del 25 % de la misma, es decir, de 180 000 trabajadores.

— Si consideramos el salario de dichos trabajadores como el mínimo interprofesional de 600 ptas. diarias, su valor pesetas/hora es de 115 ptas.

— Si comparamos el costo del complejo que nos ocupa con este valor de hora de trabajo nos resultan 32 105 000 horas/año que repartidas entre los 180 000 trabajadores nos dan 172 horas/año por trabajador necesarias para cubrir el costo.

— Sólo nos resta una sencilla división por 48 semanas de trabajo al año por cada trabajador para comprender cómo una dedicación de 3 horas y 45 minutos del salario mínimo interprofesional cada semana nos

permitirían cubrir el costo total del complejo asistencial pediátrico.

Si en el otro sentido queremos comparar este costo repartiéndolo entre el número de niños atendidos nos resultarían 1695 ptas./mes/niño y si lo comparamos con el número de habitantes nos daría una incidencia de coste de 424 ptas./mes por habitante de la región sanitaria.

El montante de cifras puede ser realmente reajutable. Pero lo que sí queremos dejar bien sentado es que en todos nuestros cálculos se ha pensado en que dicho dispendio puede ser realmente el total y absoluto de toda la atención pediátrica a todos los niños de nuestra población.

Lo que sí queda por saber es si realmente vale la pena preocuparnos de una manera efectiva por nuestra infancia o los esfuerzos deben ser dirigidos en otros derroteros.

J. PLAZA MONTERO

Director médico del hospital San Juan de Dios  
Barcelona

## ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA PEDIATRICA URGENTE

### PLAN PROPUESTO

Este estudio está realizado en un plan integrado al de asistencia pediátrica ambulatoria para una población de 720 000 habitantes con una estimación de 180 000 niños.

Recordemos que esta población infantil está asistida por 1 hospital regional que actúa como hospital de referencia de seis hospitales comarcales (uno de los cuales está ubicado en el propio hospital regional). Asimismo, de cada hospital comarcal dependen seis ambulatorios, uno de los cuales está en el propio hospital comarcal.

Con objeto de buscar una cierta coherencia en las capacidades de actividad asignadas, hemos considerado que los 180 000 niños tendrían un índice general de frecuentación de urgencias de 0,8; es decir que de cada 5 niños, 4 serían visitados una vez al año en los servicios de urgencia.

Quiere ello decir que la población de 180 000 niños nos generaría 144 000 visitas al año.

Estas son las visitas efectuadas primariamente en los ambulatorios, teniendo siempre presente que cada hos-

pital comarcal tiene un propio ambulatorio, así como también el hospital regional contiene el módulo citado de forma integrada.

Si existen seis módulos comarcales vemos como cada uno de ellos debe responsabilizarse de 24 000 visitas.

Pensamos que estas visitas han de repartirse en tres puntos de asistencia, ya que 8000 visitas anuales significan una media de casi 22 visitas diarias, que es el máximo que un médico de guardia puede efectuar en 24 horas, naturalmente en visitas urgentes primarias sin la complicación propia de la ultraspecialización y el recurso y amparo que supone para él mismo toda la red asistencial que tiene a sus espaldas (a media hora de tiempo médico por visita, suponen 11 horas de trabajo médico directo en una guardia de 24 h., cifra que puede aceptarse).

Por tanto, de los seis ambulatorios de cada módulo comarcal, sólo dejaríamos tres de guardia permanente las 24 horas.

Por supuesto, el ambulatorio propio del hospital estaría siempre de guardia, y para los otros dos se podrían buscar soluciones de permanencia constante o de turnos de permanencia rotatoria, dependiendo de las dis-

ponibilidades de personal, geografía de la zona, de comunicaciones, de demanda de la población, etc.

Supuesto que tenemos un hospital comarcal con su propio ambulatorio de guardia contenido dentro del hospital regional, y otros 2 ambulatorios externos dependientes, y siendo cinco los hospitales comarcales, es necesario estudiar lo que presumiblemente va a suceder en cada uno de ellos, con objeto de llegar finalmente a calcular de forma previsible la actividad urgente del hospital regional.

#### *Hospital comarcal con tres ambulatorios de guardia*

Según las cifras mencionadas, se efectuarán entre los tres 24 000 visitas/año, de las cuales 8000 las hará directamente el hospital con su propio ambulatorio.

Los otros dos ambulatorios efectuarán 16 000 visitas/año, de las cuales estimamos que un 25 % serán remitidas al hospital comarcal (por supuesto que algunas serán remitidas directamente al hospital regional, pero creemos que su número no debe tenerse en cuenta, si después consideramos este concepto al presumir los pacientes enviados de hospital comarcal a hospital regional). Es decir, se remitirán en total, 4000 visitas.

Cada hospital comarcal efectuará, por tanto, un total de 12 000 visitas anuales (8000 directamente y 4000 de referencia de sus otros dos ambulatorios).

Para esta actividad creemos es necesaria la presencia de 2 médicos (1 pediatra y 1 cirujano infantil). Si bien el porcentaje de visitas es inferior al de los ambulatorios (casi 17 visitas para cada uno, de promedio, en guardia de 24 h.), pensamos que esto es normal, dado que la dificultad de las mismas es superior por su previa selección, debiendo además efectuar ya cirugía y, por supuesto, ingresar pacientes de determinado nivel de patología.

De estas 12 000 visitas anuales efectuadas se remitirán parte al hospital regional, ya sea por dificultad diagnóstica, ya terapéutica. Estimamos que teniendo en cuenta todos los factores e incluyendo los pacientes que directamente sean remitidos por los ambulatorios a este último, esta cantidad de pacientes puede calcularse en un 15 % del total de las visitas.

Por tanto, cada hospital comarcal remitirá el 15 % de sus 12 000 visitas anuales al hospital regional, o sea unas 2000 visitas aproximadamente.

Este último recibirá por tanto un total de 10 000 visitas anuales de sus 5 hospitales de referencia.

#### *Hospital regional que incluye la actuación de hospital comarcal con 1 ambulatorio de guardia en el propio hospital, y 2 puntos externos de asistencia permanente*

Por su especial característica, conviene hacer aparte el cálculo de sus previsiones de actividad.

La actividad generada por su actuación como módulo comarcal es superponible a lo descrito anteriormente.

Su ambulatorio de guardia directo atenderá 8000 visitas, y además recibirá 2000 visitas (25 %) de cada uno de sus dos ambulatorios externos, lo que sumado a las 10 000 visitas recibidas de los hospitales comarcales le obligarán a una actividad aproximada de 22 000 visitas anuales, repartidas en los siguientes conceptos: 8000 visitas de asistencia urgente directa. 4000 visitas de referencia de sus 2 ambulatorios externos de guardia. 10 000 visitas de referencia de sus 5 hospitales comarcales. Total 22 000 visitas urgentes/año.

La dotación de este hospital regional es la que corresponde a un hospital pediátrico de las características del hospital infantil San Juan de Dios de Barcelona.

#### *Capacidad normal de asistencia urgente del hospital San Juan de Dios de Barcelona, contando con su integración en una red que cubre la asistencia urgente primaria*

Nuestra capacidad de estancias es de, 365 días  $\times$  348 camas = 127 000 estancias.

Nuestra tasa de ocupación óptima debería ser del 80 %, promedio 101 616 estancias.

Considerando normal una estancia media de 8 días, podríamos atender, 12 702 pacientes al año.

La actividad normal de ingresos de un hospital pediátrico puede estimarse del 50 % urgente; por tanto, nuestros ingresos anuales por camino de urgencias, deberían ser, 6351 pacientes ingresados urgentes al año.

Al estar nuestras visitas de urgencias filtradas por una red asistencial, creemos lógico que se ingresasen alrededor de un 30 % de las atendidas. Para ingresar las cifras anteriores son necesarias, 21 170 visitas de urgencia al año. (Lo que supone una cifra óptima de 58 visitas día).

#### **COMPARACION DE LOS ESTUDIOS ANTERIORES CON NUESTRA REALIDAD ACTUAL**

##### *Población atendida*

Según el estudio de nuestra zona de influencia inmediata, vemos como en ella habitan exactamente, 363 882 niños. Exactamente el doble de los que deberían atenderse; es preciso, por tanto, estudiar su reducción a la mitad con criterios que, por supuesto, han de ser estrictamente geográficos y determinados por los medios de comunicación.

Creemos que la zona inmediatísima debe comprender la totalidad de: Tres distritos de Barcelona, 66 073. Esplugas, 9579. San Justo, 2422 y Hospitalet, 67 606. Total, 145 680 a los que debe añadirse una

pequeña parte de Vallés Occidental, 13 614 y Bajo Llobregat, 24 588. Total, 183 882 niños.

Lo que constituye la zona de asistencia lógica que corresponde al hospital infantil San Juan de Dios.

Quedando excluida parte de la población infantil del Vallés Occidental, 60 000 y Bajo Llobregat, 120 000. Total, 180 000 niños.

Aun cuando esta cifra de población infantil constituye un módulo numérico apropiado para el área de influencia de un hospital regional, creemos que, sin embargo, por sus características geográficas debe quedar partido, y cada uno de ellos incluirse en su zona geográfica contigua para pasar a integrarse en zona de distinta dependencia.

### *Urgencias atendidas en 1978*

Se han atendido 54 526 visitas en urgencias, habiéndose producido 6883 ingresos, es decir que han ingresado el 12,62 %.

En el estudio teórico se aumenta el porcentaje de ingresos a un 30 %, considerando que el filtro de la asistencia primaria conlleva un aumento en el tipo de patología asistida, con lo que la totalidad de ingresos es superponible (6351, en el estudio teórico).

Los ingresos totales han sido este año de 15 114 niños, de los que como se ha dicho 6883 lo fueron de urgencias; ello supone un 45,54 %.

En el estudio teórico subíamos este porcentaje hasta un 50 %, pero no nos aumentaban los ingresos, sino que disminuían un poco; ya que la tasa del hospital (85 %) está un poco por encima de la óptima.

Aunque el aumento de la patología nos disminuirá el tipo de patología actual banal, en los ingresos programados, sin embargo al venir remitidos por los ambulatorios de la red asistencial existe mayor complejidad asistencial, por lo que es lógico que queden perfectamente equilibradas de forma presumible las dos fuentes de ingreso: urgencias y programados.

### *REALIDAD ASISTENCIAL DE NUESTRA ZONA DE INFLUENCIA*

Pensando siempre en el plan expuesto, y siguiendo sus líneas generales, vemos como en nuestra zona de influencia podríamos contar desde el punto de vista pediátrico con: 4 hospitales comarcales: Hospital de la Cruz Roja de Hospitalet. Hospital San Juan de Dios de Manresa. Clínica del Niño Jesús de Sabadell. Hospital de San Lázaro de Tarrasa, a los que quizás podríamos añadir alguna clínica privada que en conjunto completaría en cierta medida el módulo de asistencia previsto.

Un estudio inicial de las posibilidades que tenemos con los ambulatorios de la Seguridad Social nos da las siguientes cifras:

— En los citados Distritos de Barcelona Ciudad: 8 ambulatorios o consultorios modulados.

— En Hospitalet de Llobregat: 8 ambulatorios o consultorios modulados

— En Esplugas de Llobregat: 2 ambulatorios o consultorios modulados

— En Cornellá de Llobregat: 3 ambulatorios o consultorios modulados

— Y una de las citadas instalaciones en cada una de las siguientes poblaciones: San Juan Despí, Gavá, San Andrés de la Barca, Prat del Llobregat, San Boi de Llobregat, San Vicens dels Horts, Martorell, Manresa, Igualada, Vilanova y la Geltrú, Vilafranca del Panadés, San Cugat del Vallés y Berga.

Vemos, pues, como la complejidad del problema se reduce a un conveniente reparto geográfico y proporcional numérico de la población, en las previamente determinadas zonas de influencia inmediata y media del hospital y su red comarcal, dejando con posibilidad de asistencia urgente permanente aproximadamente a la mitad de estos ambulatorios con los medios anteriormente citados en el estudio teórico.

### *LINEAS GENERALES DE LA ORGANIZACION PROPUESTA*

La conjunción del estudio preliminar teórico presentado con la realidad asistencial existente en la zona debería responder a unas características imprescindibles:

*La coordinación* entre los diversos centros es por supuesto absolutamente necesaria, con intercambio constante de información tanto desde el punto de vista científico-técnico, como evidentemente práctico, ya que el conocimiento exacto de las características de cada Centro en un momento dado —personal existente, número de camas libres, quirófano— es insoslayable. Todo ello con una mayor eficacia si se centralizase, es decir que la existencia de un *Centro de Información*, al que a su vez también la población pudiera dirigirse, parece imprescindible. Finalmente, conviene destacar el hecho de la gran pérdida de tiempo y posibilidades de actuación que representa el desplazamiento del médico al domicilio del paciente, en la verdadera urgencia. Parece, por tanto, que unos *Servicios Móviles de Ambulancias*, bien dotadas para el perfecto traslado del paciente haría más rápida la asistencia, más eficaz y no dudamos que con el tiempo y la *Educación Sanitaria* de la población, se haría incluso mucho más barata.

Por supuesto, en las zonas más alejadas del hospital pediátrico regional e incluso en el comarcal, es necesario el estudio de la posibilidad de integración de los recursos que contemplan la asistencia urgente general del adulto y la maternal.

A. PALOU

Subdirector del Hospital San Juan de Dios  
Barcelona

# DEL PLAN GENERAL DE CONTABILIDAD AL ANALISIS DE BALANCES EN LOS HOSPITALES

## *PLAN GENERAL DE CONTABILIDAD PARA HOSPITALES*

Señalaba en mi artículo «Consideraciones acerca de la contabilidad y su lenguaje», publicado anteriormente en *LABOR HOSPITALARIA*, que la contabilidad es una técnica instrumental que traduce en números y ordena en asientos y cuentas, la total actividad económica del hospital, uniformando todos sus actos al hacerlos rigurosamente comparables, desde que comienza la planificación hasta que termina el proceso asistencial, añadiendo que, aunque el lenguaje contable es universal, no se habla en todos los lugares de la misma forma, ya que aún existen lo que podríamos denominar variantes lingüísticas o dialectos contables, utilizados por las instituciones despreocupadas, anticuadas o que se apartan de los principios comúnmente admitidos.

En junio de 1978 la Unió Catalano Balear d'Hospitals —asociación sin ánimo de lucro que agrupa a más de la mitad de las camas en servicio, de Cataluña y Baleares— presentó un instrumento técnico, el Plan Contable para Hospitales (P.C.H.), de cuya implantación dependerá que los hospitales del país utilicen un lenguaje común y homogéneo para valorar su situación patrimonial y determinar las magnitudes que configuran sus resultados económicos de funcionamiento.

Este Plan Contable para Hospitales, aunque basado fundamentalmente en el Plan General de Contabilidad (P.G.C.) elaborado en 1973 por la Comisión Central de Planificación Contable del Ministerio de Hacienda, recoge, sin embargo, aquellas características y peculiaridades que singularizan y sustancian las reales necesidades contables de los hospitales.

Con la publicación del Plan General de Contabilidad para hospitales, la inadecuada situación contable en que

se encuentran determinados centros asistenciales, podrá y deberá ser corregida y superada y solamente seguirán en las deplorables condiciones actuales aquellas instituciones que sigan empeñadas en su indolencia o irresponsabilidad.

Sin embargo, por otra parte, el P.G.C.H. no significa un punto de llegada, sino todo lo contrario, es el punto de partida mínimo o fundamental que permite a los hospitales ordenar —a través de criterios unificados— los hechos económicos que acontecen en su seno y que le permiten, tras someterlos a una determinada sistematización, proceder a la homologación respecto a los datos contables que arrojen otros centros asistenciales para así conocer su posición y situación real en relación al sector sanitario en el que se desenvuelve.

Cabe decir también, que el Plan General de Contabilidad para hospitales no resuelve más allá de lo que plantea y son precisas la utilización de otras técnicas contables para acometer el estudio e interpretación de la información contable obtenida. Entre ellas destacaríamos el Análisis de Balances, por una parte, y la Contabilidad previsional o papel que juega el departamento contable del hospital en la política de información general del mismo.

## *ANALISIS DE BALANCES*

Pero, ¿qué es el Análisis de Balances?

El Análisis de Balances es una técnica contable que se ocupa, por un lado, del análisis de balances propiamente dicho y, por otro, de cuestiones complementarias, pero asimismo de gran trascendencia, como:

— Revisión de Contabilidades (lo que actualmente se viene en llamar auditoría contable).

- Consolidación o integración de balances.
- Valoración de empresas.

El análisis de balances, como su nombre indica, se apoya en el balance y, a continuación, vamos a establecer sucesivas concepciones de tan importante documento contable.

El concepto de balance ha evolucionado. En primer lugar, se ha venido considerando como un concepto puramente contable: «principio y fin de la contabilidad y que, por tanto, no tiene justificación en sí». En el caso en que en un hospital, por ejemplo, se lleve una contabilidad por partida doble, el balance —en este caso— no es nada específico ya que está contenido en los libros (fichas contables) y no es más que una recopilación de cuentas. Entonces, el balance, es sólo un instrumento que utiliza el tenedor de libros y alcanza por consiguiente su concepción estrictamente contable.

Sin embargo, el balance interesa porque es «un estado demostrativo de derechos y obligaciones, de bienes y deudas». A medida que el tráfico mercantil se ha ido intensificando, el balance ha pasado a ser como la solvencia de la empresa, es decir, el estado de solvencia de la misma. Evidentemente, este segundo concepto es, o se refiere, a su aspecto jurídico.

Finalmente, hay la concepción económica. El balance tiene gran importancia porque es «un instrumento de representación e investigación» de la empresa, es una «relación ordenada o cuadro valorativo de una situación patrimonial, de un patrimonio». Esta vertiente económica del balance tiene dos orientaciones en la actualidad:

- La americana (con Kester), que estudia la empresa desde un punto de vista económico, a través de la ecuación: Activo — Pasivo = Neto.
- La italiana, en la que el balance aparece como el instrumento para estudiar el equilibrio de las masas patrimoniales.

Pero dando por superado el aspecto conceptual del balance detengámonos a continuación en su objeto.

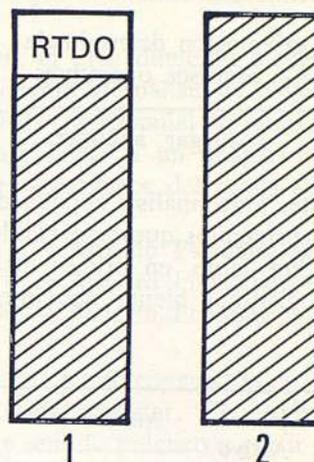
## OBJETO DEL BALANCE

El objeto del balance tiene una doble proyección:

- 1.<sup>a</sup> Establecer la situación de un patrimonio (o lo que es lo mismo la situación del hospital). La determinación de esta situación patrimonial se alcanza a través de la denominada Teoría Estática.
- 2.<sup>a</sup> Determinación del resultado económico del ejercicio obtenido por la empresa. De esta problemática se ocupa la Teoría Dinámica.

Desde luego que, desde un punto de vista aritmético, es indiferente tomar un criterio u otro ya que en cualquier caso conoceremos el resultado de la actividad desarrollada. Ahora bien, si obtenemos en primer lugar el resultado, obtendremos como consecuencia la situa-

ción patrimonial. Esto puede parecer un juego de palabras pero no lo es por la siguiente doble razón:



1.<sup>o</sup> Interesa más conocer el resultado obtenido por el hospital que el simple estado de situación en que se encuentra. Constituye la finalidad del criterio económico.

2.<sup>o</sup> En situaciones de inflación incide con fuerza el fenómeno de la depreciación monetaria. Es el símil con el metro que cada año se reduce x centímetros. Obtendríamos unos resultados irreales que no corresponden con la gestión del hospital sino por la medición errónea o la inexacta valoración de los bienes que integran el hospital.

Desde el punto de vista económico el análisis de balances nos puede conducir a conocer un aspecto general o un aspecto parcial de la empresa. En este orden de cosas nos encontraremos con que:

- En el aspecto general configura el control de gestión.
- En el aspecto parcial, atenderemos a:
  - a) Financiación del hospital.
  - b) Valoración del hospital.
  - c) Saneamientos financieros de la institución.

## SISTEMATICA DEL ANALISIS

El análisis de balances se organiza a través de tres niveles o grados:

- Primer grado: lectura de balances.
- Segundo grado: análisis de balances.
- Tercer grado: interpretación de balances.

Siendo necesarios conocimientos específicos en dos órdenes:

- Conocimientos objetivos: técnicas de comparación, porcentajes, números índice, etc.
- Conocimientos subjetivos: estos dependen de la experiencia y de las aptitudes del analista.

Con el análisis se pretende, partiendo de unas orientaciones determinadas más todos los recursos que ofrece

una determinada operatoria, tener —como resultado— un juicio del pasado, del presente y del futuro. En síntesis, sería:

$$\frac{\text{orientación determinada} \\ + \text{recursos operativos}}{=} = \text{juzgar, analizar}$$

Por otra parte, todo análisis supone diferenciar, separar y extraer principios que sean válidos en relación al patrimonio. Por tanto, en primer lugar, deberemos diferenciar los distintos bienes que integran activo y

pasivo. Luego con los recursos de la técnica operatoria deberemos establecer unos principios que podamos aplicar directamente al hospital.

Desde otro punto de vista podemos decir que todo análisis supone el conocimiento de una serie de relaciones que avanzan en el tiempo. El análisis consistirá en demostrar porqué sucedieron los hechos pasados.

#### EXAMEN PARTICULAR DE LAS TECNICAS MAS GENERALIZADAS

Supongamos el siguiente balance:

	Año 1	Año 2		Año 1	Año 2
Activo			Pasivo		
Inmovilizado	11 855	14 159	No exigible	10 320	12 326
Realizable	594	787	Exigible largo plazo	1140	1283
Disponibile	924	783	Exigible corto plazo	1893	2120
	<u>13 353</u>	<u>15 729</u>		<u>13 353</u>	<u>15 729</u>

#### LA TECNICA DE BALANCE

Lo fundamental del análisis será relacionar estas masas patrimoniales en orden a establecer unos principios. Así pues, todo el análisis de balances es comparación. La técnica de balances consiste en atender las dife-

rencias absolutas como puede ser el caso de las existentes entre Disponible y Exigible a corto plazo. Sin embargo, estas diferencias no serían indicativas de absolutamente nada. Así las cosas, se pasó a relacionar las masas patrimoniales mediante porcentajes e índices. El balance anterior podemos expresarlo así:

	Año 1	Año 2		Año 1	Año 2
Activo			Pasivo		
Inmovilizado	88,70 %	90,01 %	No exigible	77,30 %	78,36 %
Realizable	4,40 %	5,00 %	Exigible largo plazo	8,50 %	8,15 %
Disponibile	6,90 %	4,97 %	Exigible corto plazo	14,20 %	13,49 %
	<u>100.— %</u>	<u>100.— %</u>		<u>100.— %</u>	<u>100.— %</u>

Esta es la técnica de los porcentajes. Podríamos operar del siguiente modo:

Inmovilizado	88,70
No exigible	77,30
	<u>11,40</u>

significa que un 11,4 de la inversión, es decir, del activo fijo, no está financiado por los recursos propios.

Para hacer las comparaciones de un año a otro puede utilizarse la técnica de los números índices. Así, en el supuesto anterior tendríamos:

	Año 1	Año 2		Año 1	Año 2
Inmovilizado	100	119,6	No exigible	100	138,8
Realizable	100	132,5	Exigible largo plazo	100	112,5
Disponibile	100	84,7	Exigible corto plazo	100	112

Se procede tomando siempre un año como base (en nuestro caso el año 1), se iguala a 100 y comparamos con los años sucesivos.

## LOS RATIOS

Una técnica muy generalizada hoy día es la de los ratios. Los «ratios» o razones son comparaciones —por cociente— de distintos grupos de partidas. Se dividen en dos grandes grupos:

a) Ratios o razones estáticas: comparan partidas del balance.

b) Ratios o razones dinámicas: comparan partidas del balance con los resultados.

Estos ratios pueden compararse en relación a los *standards* de tipo interno o externo que existan. Los primeros informarán acerca de la marcha del hospital o de una situación determinada del mismo. Los segundos, los externos, ofrecerán comparación e información acerca de la situación del hospital en relación con otros centros del sector.

Existen otras técnicas muy generalizadas como son la de los ratios ponderados, la de los plazos, etc., pero que omitimos su desarrollo para no extendernos en exceso.

## TRIPLE VERTIENTE

El Análisis de Balances tiene una triple vertiente según atendamos al aspecto patrimonial, al aspecto financiero o al aspecto económico del hospital.

El análisis patrimonial tiene por misión el examen del patrimonio asistencial, o sea, el hospital. Sus características básicas son las de atender a la suficiencia del patrimonio, su solidez, su equilibrio. El hospital es desde este punto de vista un patrimonio productivo

puesto en explotación. El hospital será estable cuando su activo se iguale a su pasivo.

El análisis financiero estudia la solvencia del hospital, mientras que el análisis económico estudia su rentabilidad.

En resumen, el procedimiento o mecánica operativa a seguir, en cuanto al análisis de balances, es empezar con un análisis patrimonial seguido de un análisis financiero para llegar a un análisis económico, y en esquema representaríamos del modo siguiente:

*Estructura* → Aspecto Patrimonial → Solidez  
*Propiedad* → Aspecto Financiero → Solvencia  
*Explotación* → Aspecto Económico → Rentabilidad

Llegados a este punto convendría establecer unas consideraciones para terminar. El Análisis de Balances toma cuerpo y sentido práctico a partir del ordenamiento —por su función que no por su esencia— de las cuentas que conforman un sistema contable. Con la publicación, interpretación y posterior aplicación del Plan General de Contabilidad para hospitales, alcanzamos la meta de ordenar adecuadamente los hechos económico-administrativos que acontecen diariamente en una institución hospitalaria pero que, sólo a partir del estudio minucioso y crítico del balance que obtenemos, alcanzará a tener sentido la utilización de la técnica del análisis de balances como instrumento al servicio del equipo contable del centro y, por consiguiente, del hospital.

En alguna forma estaremos asistiendo al tránsito de la función o misión de historiador, bajo la que se ha venido encasillando la labor contable hospitalaria, a una función futurista de programación que es la que le da sentido y perspectiva en el momento económico actual y venidero.

JUAN-LUIS ALABERN

Administrador del hospital San Juan de Dios  
Barcelona

# Asistencia y enfermería

## PRINCIPIOS APLICABLES A LA ADMINISTRACION MODERNA DE ENFERMERIA

### EL «JOB ENRICHEMEN»

Indudablemente hoy nos encontramos ante una disyuntiva y expansión socio-económica-laboral francamente interrelacionada, complementadora y, a la vez, fuertemente distanciada y disgregada. Y esto no debería ser así. El contraste de pareceres es bueno, pero mientras no nos separen, no nos encrespen, no nos ditancien irreconciliablemente. En lo tocante al trabajo, a la dinámica de la empresa, a la gestión de los hospitales, a la administración de Enfermería, también deben darse los mismos elementos: Contraste, discusión razonada, análisis de situaciones, sistemas de control en circuito cibernético. Y esto es nuevo, desconocido, inusitado. Las ciencias empresariales se nos han presentado ante nosotros de una manera sorprendente y en cierta manera imprevista. Y más aún, quizá, a los que nos movemos en el mundo de la Enfermería.

Aunque, ciertamente, no son ramas del saber totalmente nuevas. Desde siempre, creemos, se han identificado las tareas, roles, funciones y campos. La teogonía suprema del Olimpo ya tenía asignada a cada deidad su orden genealógico, su puesto, sus funciones, sus atri-

butos, sus categorías. Y así podríamos saltar de una manera sorprendente en el tiempo y en el espacio hasta los artesanos del medioevo o las tecnologías más sofisticadas de la gestión y administración moderna. La sociedad empresarial de nuestros días, de los tiempos modernos, ha sufrido o sentido un nuevo impulso progresivo como consecuencia de la difusión de las teorías de Adam Smith, desde 1776, quien preconizaba que el contenido del trabajo debía racionarse, dividirse y aún fraccionarse en pequeños módulos o porciones; normalizar sus reglas, métodos y procedimientos; mecanizarse y, más cerca ya de nosotros, automatizarse hasta llegar, hoy, a producirse unos resultados en cadena.

Posteriormente a Smith, como consecuencia y aplicación real de sus teorías, vino a científicar las doctrinas sobre gestión empresarial el que podríamos llamar padre de la Dirección Moderna de la Empresa, Frederik W. Taylor. Este preconiza que:

- a) En la medida de lo posible, reducir el contenido del trabajo a una sola tarea o función.
- b) Minimizar los requisitos de habilidad y conocimiento.

c) Reducir el tiempo de adiestramiento necesario para una labor eficiente.

d) Acortar el ciclo de tiempo, haciendo así el trabajo lo más repetitivo y rutinario posible.

e) Conformar los elementos humanos de trabajo de manera que se adecúen a la forma y estructura física del equipo y restantes elementos.

La verdad es que tampoco Taylor nos deja muy satisfechos con sus deducciones y anteriores conclusiones, y ya Robert Golembriewski que por supuesto antes que a nosotros le ocurrió lo mismo, ha identificado siete consecuencias graves derivadas de la planificación del trabajo al estilo Smith-Taylor. Esto es:

1.<sup>a</sup> El obrero pierde el control de su trabajo al tener que seguir el ritmo de una máquina o cadena de montaje.

2.<sup>a</sup> La simplificación del trabajo reduce la posibilidad de que el empleado desarrolle habilidades que de otra manera podrían hacerle progresar.

3.<sup>a</sup> La simplificación del trabajo lo despersonaliza, porque el contenido de habilidad en el mismo tiende a reducirse o igualarse. Lo que socava la jerarquía de habilidades que podría constituir un escalón para el ascenso y así dar un significado más social y humano a su trabajo.

4.<sup>a</sup> La simplificación del trabajo reduce el grado en que los individuos pueden participar con su trabajo personal en los asuntos de la organización de la empresa.

5.<sup>a</sup> La simplificación del trabajo impide con frecuencia que los individuos lleven a cabo unas tareas que significativamente tengan sentido para ellos.

6.<sup>a</sup> Es de todos sabido que la rutina del trabajo conlleva monotonía.

7.<sup>a</sup> La rutina en el trabajo exige muchas veces que los individuos trabajen solos o por lo menos hay que reconocer que deja pocos incentivos para que los trabajadores encuadrados en unidades separadas de la misma organización integren sus esfuerzos en una sola corriente fluida de objetivos comunes.

Con el fin de intentar paliar estos problemas y de poner algún remedio a tantos males, los técnicos de dirección de empresas, los representantes sindicales de trabajadores, los investigadores sociolaborales y los empresarios han recurrido a distintos métodos, procedimientos o conductas correctoras. Así es como fueron apareciendo las conocidas semanas inglesas o fines de semanas; la reducción de las horas de trabajo; horarios flexibles; participación en la empresa; relaciones humanas intraempresariales; moral o ética del trabajo; rotación de los puestos; vacaciones más largas, etc.

De todas maneras, estos y otros parecidos procedimientos ya están en gran parte cayéndose por la base.

La moral en el trabajo no se levanta; los males no se solucionan; los conflictos no desaparecen. ¿Qué hacer, pues?

Ultimamente se nos ha comenzado a hablar del Job Enrichement o Trabajo enriquecido. Esto es, del desarrollo y logro de un trabajo con mayor variedad, contenido, conocimientos y habilidades técnicas. Con una mayor autonomía, responsabilidad, planificación, control, valoración de resultados, percepción razonada y justa de los beneficios resultantes.

Indudablemente el Job Enrichement está muy en relación con los niveles de comportamiento y de la estructura de la personalidad preconizados por Abraham H. Maslow y que, aunque muy conocidos, no dejaremos de apuntarlos. Su gran valor y siempre actuales nos obligan a ocuparnos de ellos seguidamente. Estos niveles, en forma esquemática, se escalonan así:

Nivel 1.º De supervivencia: Primero vivir, luego filosofar.

Nivel 2.º De seguridad: Conquista del futuro.

Nivel 3.º De afiliación: Búsqueda de lazos afectivos.

Nivel 4.º De prestigio: Búsqueda de gratificaciones egocéntricas.

Nivel 5.º De autorrealización: Consecución de los valores superiores; desarrollo de la personalidad.

Las tendencias naturales del espíritu humano generalmente son las de ir escalonando los precedentes peldaños, bien por motivaciones económicas, culturales o de mayor prestigio social. Incluso, por las tres razones a la vez.

## ROLES A DESARROLLAR

Douglas Mc Gregor, ante las perspectivas sociolaborales de los individuos, parte de dos principios o teorías y saca, después, las conclusiones que él considera más positivas. Veamos su planteamiento:

TEORÍA X. Parte del supuesto de que los trabajadores sienten aversión hacia su trabajo; lo evitan siempre que pueden; son holgazanes. Por tanto deben ser siempre controlados; supervisados; dirigidos muy de cerca y, si fuera necesario, amenazados con toda clase de represiones. Principio de «Pan y Palo».

TEORÍA Y. Más positiva. Parte del principio de que el trabajo no es ni representa para nadie un castigo; una necesidad; un mal menor que hay que aceptar. El trabajo es realizador; gratificante; algo connatural a la persona humana. Enriquecedor de la persona; ayuda al bienestar de los demás; es causa de inspiración y creación de bienes, de arte y de autorrealización individual.

Cierta o posiblemente, ninguna de estas dos teorías y otras que podrían proponerse, tomadas asépticamente puras, resultan exactas a cualquier realidad. En cada caso y con las debidas matizaciones de unos y otros ingredientes, pueden darnos adecuados resultados. Cada hombre, cada trabajador, cada uno de nosotros mismos, mirando a cualquier nivel de la escala empresarial en que se encuentre, responde de distinta manera. Tanto en sentido positivo como en el negativo. Incluso la misma persona, según su estado de ánimo de cada momento, puede y de hecho se dan reacciones muy contrapuestas. Por tanto llegamos a deducir de todo lo dicho, una primera conclusión: Que no es de fácil consecución y aplicación, cualquier sistema de gestión laboral o empresarial. Y que, a su vez, se tienen que dar una serie de circunstancias intraempresariales que vayan corrigiendo continuamente los sistemas que, además, se cimentan sobre unas constantes estructurales difícilmente separables y difícilmente, también, conseguibles. Esto es: Que sean gratificantes, actualizados y participativos.

En la práctica de cada empresa, en la realidad de todo sistema de relación laboral, se dan los siguientes componentes básicos que han de entrar en juego y han de equilibrarse muy acertadamente para a la consecución de unos resultados lo más satisfactorios posible:

- a) La dirección propiamente dicha.
- b) Los distintos trabajadores u operarios.
- c) Las técnicas aplicadas.
- d) El ambiente que se respira en la empresa.

Es aquí precisamente donde encontramos el verdadero nudo gordiano de nuestra continuamente planteada cuestión a resolver. Las recetas, todos lo sabemos, no nos sirven. Las nuevas ciencias de la Administración tal vez puedan ayudarnos. Por tanto, los roles o papeles a desempeñar cada uno podríamos repartirlos así:

- a) EMPRESA. Debe estar planificada adecuadamente. Definirse qué quiere y a dónde va. Proceder a

una descentralización lo más profunda posible bajo una dirección segura y clara. Establecer estrategias de cambio gratificantes, actualizadas y participativas. Delimitar los derechos y los deberes de las personas. Formar a los trabajadores.

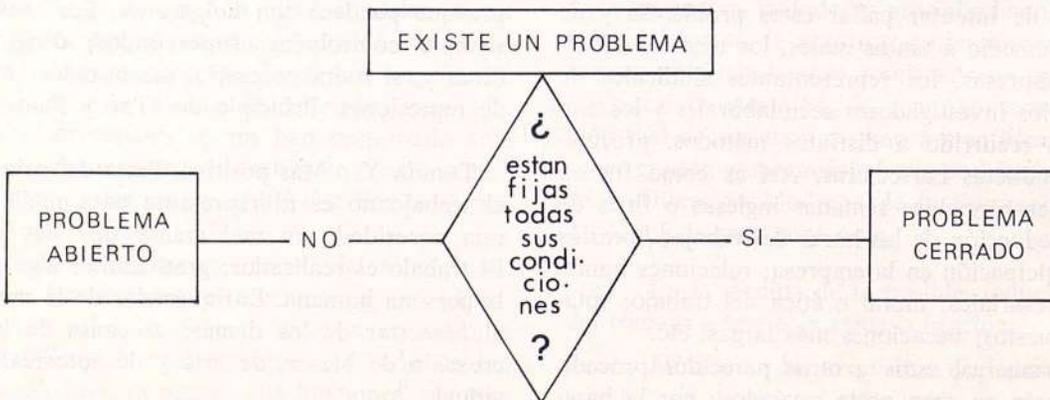
b) TRABAJADORES U OPERARIOS. En realidad, en cada empresa, cada hombre que la dinamiza es un operario de la misma. Desde el director hasta el último peón que acaba de incorporarse a la plantilla. Todos los puestos de trabajo deben estar planificados, valorados, descritos claramente. Todos deben sentirse responsables ante la empresa; todos son sujeto de derechos y de deberes. Todos deben avivar en sí mismos los deseos de superarse. Todos deben enriquecer su acervo profesional, cultural, cívico y de responsabilidad.

c) TÉCNICA. La mejora de técnicas y de métodos debe ser constante, bien a base de ampliar conocimientos o de perfeccionar instrumentos, recursos, medios, etcétera. Tecnología adecuada que ayude a implantar un sistema enriquecedor del trabajo.

d) AMBIENTE. Entorno psicosocial tranquilizante e inspirador de confianza. Adecuada compenetración entre la empresa, sindicatos, delegados y comités de los trabajadores. Adecuada relación entre la cantidad de trabajo, calidad del mismo, tiempos empleados y justos salarios.

Hemos apuntado anteriormente que en esta tetralogía de elementos básicos nos hallamos cara a implantar una buena o adecuada política relacional del trabajo. Aquí es donde encontramos el concepto cuestionable del Job Enrichement. Todos los susodichos elementos, debidamente coordinados, repartidos, aplicados, medidos y ponderados, podríamos reducirlos, transformarlos, representarlos para a una mayor y mejor comprensión, a formas geométricas.

Estas distintas figuras, recursos didácticos, las podríamos reducir a la simple expresión de un rectángulo, un trapecio y un trapecoide.



Las letras internas sólo quieren significar la cantidad de participación correspondiente en cada caso a la a) Empresa; b) Trabajadores; c) Técnica y d) Ambiente. Incluso cada letra podría ir cambiando de lugar a fin de dar más variedad y posibilidades al sistema.

Pero, como siempre, nos preguntamos: ¿Cuál será la figura que nos dé la imagen más correcta y adecuada? Tal vez en cada caso o en cada momento, en cada circunstancia determinada, nos han de orientar, hemos de recurrir o deberemos aplicar. Y aún es posible que nunca lleguemos a dar con la imagen precisa al momento deseado. Posiblemente la figura adecuada no exista ni existirá. Y hasta puede resultar beneficioso para todos que nunca llegue a formularse ni a describirse la imagen o la figura definitiva. Porque los planteamientos y los resultados siempre serán, hasta el final, una incógnita.

## PLANTEAMIENTO Y RESULTADOS

Como consecuencia de los planteamientos expuestos anteriormente, todos, tanto la empresa como los trabajadores, las fuerzas vivas, deben cuestionarse en serio cual va a ser el sistema y análisis que deba aplicarse para investigar los objetivos a proponer y los resultados a conseguir. Creemos que tanto los objetivos como los resultados a alcanzar están sujetos a la concurrencia de estos planteamientos:

a) Establecimientos de objetivos concretos; los fundamentales e inalienables de la empresa por un lado y los progresivos, técnicos y humanos de los participantes.

b) Implantación de los sistemas analíticos del desarrollo, desviaciones, control de la calidad y cantidad y balance de los resultados. Y esto a corto, mediano y largo plazo.

Las bases de enriquecimiento y satisfacción en el trabajo las tendremos a nuestro alcance si conseguimos darle al mismo:

1.º *Variedad*. Esto es, rompiendo con los sistemas cortos, monótonos, repetitivos, intrascendentes, sin culminación de la obra.

2.º *Autonomía*. Tolerancia dentro de lo posible en la elección de métodos, materiales, recursos, tiempo, colaboraciones, interacción opcional en la realización del trabajo.

3.º *Conocimiento y habilidades*. Respecto a la eficiencia y eficacia en el trabajo.

4.º *Responsabilidad*. En relación con la eficacia y eficiencia, calidad y los resultados adecuados y previstos.

5.º *Identificación de las tareas*. Respecto al principio y fin de la tarea prevista o realizada. Su relación con el conjunto de la obra completa del ciclo que se pretende. Autosatisfacción de su aportación parcial a un todo homogéneo.

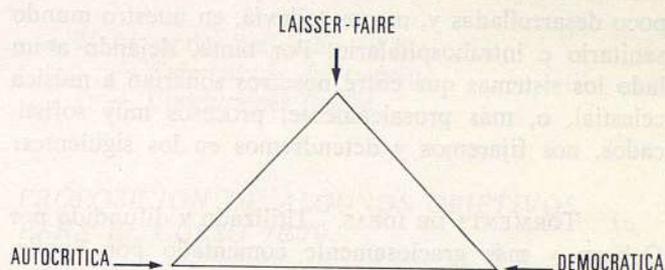
6.º *Feedback*. O cantidad y calidad de información que el personal da y recibe al respecto de su rendimiento en el trabajo.

7.º *Condiciones del trabajo*. Condiciones físicas respecto a la luz, el aire, temperatura, limpieza, relaciones humanas. Festivos, vacaciones, trabajo en días festivos, etc.

8.º *Dependencia*. Siempre tendrá que darse un orden jerárquico en toda estructuración del trabajo, aunque cada persona sólo deberá depender de otra y, si tiene mando, influirá en un área humana entre cinco a diez individuos.

9.º *Salario*. Paga o retribución en razón a la cantidad, calidad, tiempo y transcendencia adecuada al trabajo realizado.

Indudablemente, todo lo precedentemente expuesto debe estar inmerso en un contexto de relación grupal. Dentro del concepto dinamizador de los grupos se observan tres tendencias. De la elección y acierto o desacierto que consiga dar la empresa a su estilo de gestión, resultará el éxito o el fracaso de los objetivos propuestos. De una forma gráfica representaremos estas tendencias, así:



*Laissez-Faire* o *Anarquía*. Se define y considera como la falta de dirección.

*Autocracia*. Imposición drástica por parte de la dirección.

*Democracia*. Gobierno derivado del consenso de la mayoría del grupo con respeto de las minorías.

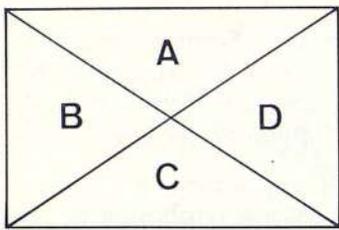
En principio parece ser que este último concepto resulta el más idóneo para el buen gobierno de las instituciones, pues se llegan a conseguir interrelaciones más dinámicas, espontáneas, auténticas y perdurables. La autocracia alcanza resultados positivos posiblemente más rápidos, pero menos duraderos. La anarquía lleva de inmediato al caos, sin haber conseguido el menor resultado satisfactorio para el bien común. Por fortuna, el viejo aforismo de que «lo que se gana en participación se pierde en calidad» está ya fuera de toda vigencia.

Lo único que habrá que pedir y esperar de los gru-

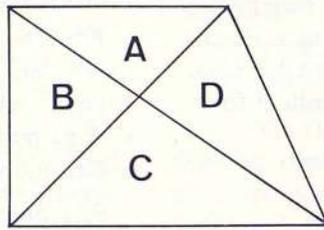
pos es una adecuada integración y dinámica de los componentes. En la ficha que adjuntamos a este trabajo podemos ver un caso práctico de participación y creatividad inspirado en la teoría Y de D. Mc Gregor y el Plan Scanlon.

## DESARROLLO, PROGRESO Y CREATIVIDAD

Conseguida una equilibrada convivencia intraempresarial, un adecuado nivel de ética profesional y unos

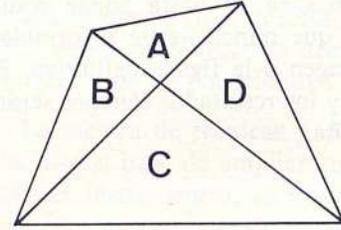


- Comprensión de las necesidades del cliente.
- Evaluación de la oportunidad de un producto.
- Invención de un nuevo producto.
- Comunicaciones con otras personas.
- Diagnóstico de una enfermedad.
- Plan de cuidados a un paciente.



sistemas y altos grados de satisfacción en el trabajo, siempre difíciles de alcanzar, podremos ya hablar de creatividad, desarrollo y progreso.

Se entiende por creatividad dentro del sistema administrativo-orgánico-empresarial, a la forma de actitud y técnica de ofrecer soluciones nuevas a los problemas de resultados complejos. Estos problemas complejos se nos presentan en la práctica diaria en forma y manera de *abiertos* y *cerrados*. Veamos gráficamente el siguiente esquema esclarecedor y compendiador de cuanto queremos resaltar.



- Cálculos matemáticos.
- Planes preestablecidos y fijos.
- Soluciones de puzzles.
- Test psicológicos de C. I.
- Tratamientos, técnicas de laboratorio, obtención de muestras radiográficas, etc.

Existen muchas técnicas de trabajo en grupo que favorecen el desarrollo administrativo y la creatividad dentro del Hospital, Enfermería y de la Empresa. La verdad es que entre nosotros, en España, aún están poco desarrolladas y, menos todavía, en nuestro mundo sanitario e intrahospitalario. Por tanto, dejando a un lado los sistemas que entre nosotros sonarían a música celestial, o, más prosaicamente, procesos muy sofisticados, nos fijaremos y detendremos en los siguientes:

*tormenta de ideas*, pero más evolucionado. Su aplicación requiere contar con un grupo integrado y especializado en la materia que tratemos, al que se unirán personas ajenas al grupo anterior, como invitadas. Este grupo, que en definitiva es un equipo de trabajo, generará ideas innovadoras, como consecuencia de sus altos conocimientos técnicos en la materia para la que hubieran previamente determinado investigar. Esta materia a examinar es el aparejo sobre el que se establece el punto o tema a desarrollar.

De todo cuanto precede, y sin pretensión de haber agotado la materia, podemos sacar consecuencias muy valiosas y de aplicación fácil y continua en nuestra labor asistencial de Enfermería moderna. La administración técnica de la División de Enfermería en los hospitales españoles está poco aplicada, pero es necesaria; es nueva, pero no desconocida; es dinámica, pero antes hay que ponerla en movimiento.

Esta misión administrativa de la Enfermería moderna, como hemos visto a lo largo del temario expuesto, es responsabilidad de todos: De la alta Dirección del Centro y de la Dirección de Enfermería del Hospital. Máxime si es realmente, como debe ser, la División de Enfermería parte integrante y por derecho, miembro de la Junta de Gobierno de cada hospital. Teoría moderna y razonable que no ha tenido en cuenta el Real Decreto del 25 de agosto de 1978 por el que se aprueban las normas provisionales de gobierno y administración de los servicios hospitalarios. Anexo del mismo, artículo cuarto, letra a). Por tanto, si es provisional habrá que enmendarlo.

a) **TORMENTA DE IDEAS.** Utilizado y difundido por Osborn y más graciosamente comentado por Boullé, consiste en reunir al grupo, siempre entre cinco a diez personas, y someterlas a una generación de ideas. Tomadas todas las ideas en conjunto se las somete, en un segundo estadio, a una seria evaluación. El número normal de ideas aceptables suele oscilar entre 6 a 12. Si surgen menos el grupo es pobre y, si más o muchas más, es que los filtros de ponderación han resultado superficiales. Ya que muchas de estas ideas resultarán o estarán repetidas y serán redundantes. A partir de esta lista de ideas y de posibilidades puede ya comenzarse a trabajar.

b) **MÉTODO DELPHI.** Prospectivo o de estimulación colectiva, está inspirado en cierta manera en el famoso Oráculo de Delfos. En realidad, es como un sondeo de opinión pública con cuantas técnicas conlleva toda aplicación científica de estos procedimientos y procesos de datos.

c) **MÉTODO SINÉCTICO.** Es parecido al sistema de

## COMPENDIO

El progreso, el desarrollo y la creatividad en el trabajo se centra, respecto al individuo, en:

— La búsqueda de la verdad, la idea pura perseguida por Platón. Es la vocación, la motivación, el hacer ciencia para descubrir la verdad.

— La profesionalidad, investigación en el oficio, en el deseo de progresar socialmente, prestigio, etc.

— El juego, capacidad de relación entre éste y su aplicación unida al pensamiento técnico y cultural. Pasión constructiva, motivación creadora. Abstracción del tiempo, creación lúdica.

Si nos centramos en la creatividad colectiva, en el grupo de investigación innovadora, diremos que este resulta ser una organización interna fuertemente estructurada y orientada hacia la consecución de unos objetivos comunes.

Todo grupo bien establecido, para que de resultados positivos debe estar constituido por:

— Aptitudes técnicas. Basado en los perfiles culturales de los individuos que lo componen.

— Aptitudes psicológicas. En la diversidad de las aptitudes psicológicas estribará la potencia del grupo.

La diferencia entre grupo y equipo, para Moles y Caude, estriba en que por equipo entienden que no está compuesto forzosamente por personas que trabajan continuamente en común, mientras que los componentes del grupo sí trabajan normalmente en común.

## ANEXO

### *Metodología de trabajo*

Inspirada en las teorías Y de Mc Gregor y las preconizadas por J. Scanlon.

## REUNIONES DEL EQUIPO DIRECTOR DE ENFERMERIA

### INVITACION

Con fondo los principios del hospital y los planteamientos convencionales de la dirección del mismo, proponemos como base a desarrollar en Enfermería en el curso 78-79, los puntos que se adjuntan.

A estos puntos se pueden añadir otros procedentes de la iniciativa de cada uno de los miembros asistentes.

Sería bueno que las sugerencias que se aporten estuvieran en poder del secretario general de Enfermería el día 12 de septiembre, a fin de conjuntarlos y reconstruir el programa antes de las reuniones establecidas. Véase el horario y diario adjunto.

## MIEMBROS DE LA DIVISION DE ENFERMERIA QUE ASISTIRAN

- Doña M.<sup>a</sup> Asunción Elizalde
- Hna. Carmen Peleato
- Don Jorge Cayetano
- Don José Sanchón
- Don Jesús A. Chornet
- Don Pedro A. Montserrat
- Don Tomás Asensio
- Don Antonio Marset

El día 20, además:

- Todos los supervisores

El día 21, también

- Doña María Palet
- Doña M.<sup>a</sup> Sonsoles Maroto

## PROGRAMA DE TRABAJO

- 18 de septiembre, a las 10 h.
  - *Repaso del programa 77-78*
  - *Presentación del plan 78-79*
  - *Discusión del mismo*
- 19 de septiembre, a las 10 h.
  - *Prosigue el trabajo del día anterior*
- 20 de septiembre, a las 10 h.
  - *Conclusiones parciales*
  - *Reunión de todos los supervisores*
- 21 de septiembre, a las 10 h.
  - *Culminación del trabajo*
  - *Conclusiones finales*

## PROPOSICION DE ALGUNOS OBJETIVOS PARA EL CURSO 78-79

### DE SELECCION DE PERSONAL

Equilibrio entre:

- Capacidad intelectual.
- Tests proyectivos de personalidad.
- Edad, ideal entre 22 y 35 años.
- Conocimientos de los objetivos y motivaciones del Hospital.

### DE FORMACION CONTINUADA

- Actualización de conocimientos.
- Ampliación de los mismos.
- Visión amplia de los conceptos de la profesionalidad.
- Integración de los intereses. Es decir, creación de condiciones que permitan a los miembros de la División de Enfermería realizar mejor sus propios objetivos encaminando sus esfuerzos hacia el éxito personal y del hospital.

PROPOSICION DE OTROS INTERESES  
Y OBJETIVOS

- ...
- ...
- ...

CUESTIONARIO A CONSIDERAR.  
TEMAS DE LAS CONVERSACIONES

- 1.º *Formación continuada.*
- 2.º *Decisión sobre las auxiliares a ingresar. En colaboración personal.*
- 3.º *Política de la división respecto a:*
  - Cambios de personal, de turnos, etc.
  - Nuevas incorporaciones: ATS, Técnicos, Auxiliares, etc.
  - Controles de calidad: abiertos, cerrados, técnicos-instrumentales-personales, colateralidad profesional, etc.
- 4.º *Folletos. BIF.*
- 5.º *Reuniones y relaciones: Dirección, Jefes, Supervisores, Areas, PERS.*
- 6.º *Fijación de metas.*
- 6.º *Otros asuntos o proposiciones a aportar por cada uno de los miembros de la División:*
  - ...
  - ...
  - ...

(Entréguese antes del día 12 de septiembre a la Secretaría General de Enfermería)

Dirección de Enfermería  
Hospital de San Juan de Dios  
Barcelona, 31 de agosto de 1978

BIBLIOGRAFIA

- MASLOW, A. H.: *Motivación y personalidad*. Ed. Sagitario. Barcelona.
- PINILLA, A.: *Relaciones Humanas y Laborales en la Empresa*. Editores Técnicos Asociados, S. A. Barcelona.
- PINILLA, A.: *Principios de las Relaciones Sociales y Administrativas*. Editores Técnicos Asociados, S. A. Barcelona.
- TESTA, G.: *Organización y Dirección de Personal*. Ediciones Deusto. Bilbao.
- BOULLE, A.: *Escuela de Empresarios*. Ed. Sagitario. Barcelona.
- RICE, A. K.: *Aprendizaje de Liderazgo*. Ed. Herder. Barcelona.
- DUGLAS MC. G.: *El aspecto humano de las Empresas*. Ed. Diana. México.
- MARTÍNEZ, E. y PALOM, F. J.: *El tiempo de los dirigentes*. Ed. Index. Madrid-Barcelona.
- Psicología*. Tomos 7 y 8. Ed. Plaza y Jané. Barcelona.
- MOLES, A. y CAUDE, R.: *Creatividad y métodos de innovación*. Ed. Centro de Investigación y Aplicaciones de la Comunicación-CIAC. Barcelona.
- TODOLI DUQUE, I.: *Nivel ético del profesional español*. Ed. Confederación Española de Cajas de Ahorro. Madrid.

C. ESEVERRI CHAVERRI

Director de la División de Enfermería  
Hospital San Juan de Dios  
Barcelona

# Pastoral hospitalaria

## INSERCIÓN DE LA PASTORAL DE SALUD EN LA PASTORAL DE CONJUNTO

### UNIFICACIÓN DE LAS FUERZAS VIVAS DE LA IGLESIA

La unificación de todas las «fuerzas vivas» de la Iglesia ha sido un intento constante en estos últimos años.

Ciertamente, que la razón suprema no ha sido exclusivamente el ser fieles al testamento de Jesús, que quería para sus discípulos una expresión de unidad y de amor, que ofreciera a los hombres un motivo de credibilidad (Jn. 15, 5-10).

La forma reciente de presentarse la Iglesia en su acción misionera, parecía más empeñada en una tarea individualista en que cada grupo se proponía sus metas y pretensiones, que en un cuerpo orgánico, en que la suma de posibles aportes lleve a conseguir el armónico y adecuado cumplimiento del encargo misionero dejado por Cristo a sus discípulos.

Sin entrar en la diversidad de criterios e interpretaciones de vivir cristiano, ajeno a una normal «diversidad en la unidad», se había caído en las mil malformaciones que hacían del «Cuerpo de Cristo», en el quehacer y en el presentarse, algo irreconocible, por lo inconexo y desproporcionado de las diversas acciones pastorales.

Las entregas e ilusiones se hacían de forma personal, siendo testigos todos de un vaivén de florecimientos, modas, etc., totalmente ajenos a una encarnación pastoral de la vida cristiana.

Los diversos «movimientos apostólicos» eran siempre personales. Había una relación vertical con el Obispo, quien sabía del trabajo que se realizaba, pero nada podía hacer para ofrecer su palabra de «padre y pastor». Todo estaba previsto por el iniciador, responsable o mentor del grupo.

Si en relación al Obispo, sólo existía esta comunión informativa, con los demás «movimientos», la ignorancia solía ser total. No era raro, además, vivir situaciones de enfrentamientos, envidias y rivalidades.

Esta forma de entender el compromiso cristiano, sin planificación ni coordinación, motivó el que la eficacia de la presencia del Espíritu fuera obstaculizada, por este pecado contra la unidad de la Iglesia; y además, el que partes importantes del quehacer y vida humana, quedaran relegadas de las acciones pastorales.

Será importante esta visión de la presencia de la Iglesia, porque nos dará en parte explicación de la poca responsabilidad que se tiene a nivel comunitario cristiano, de su relación con los enfermos.

Si todo esto nos producía dolor al descubrirlo a nivel de cristiano, más todavía, cuando éramos testigos de que entre los quehaceres de los mismos religiosos, la rivalidad mutua les incitaba más a buscar prestigios congregacionales, que el establecimiento del reino de Dios.

¿Esta falta de objetivos claros, no explicaría en parte el fracaso pastoral que significa el que un pueblo dominado por estructuras clericales durante años, se ha despertado ajeno a lo religioso?

Nosotros, desde nuestros abrumadores trabajos con los enfermos (lo teníamos que hacer todo: limpiezas, aseos, atenciones, etc.) sólo nos quedaba tiempo para curiosear sus intrigas y pretensiones, tomando partido por cualquiera de ellos.

La envidia que tantos éxitos conseguidos por ellos nos producía, acentuaba nuestro complejo de inferioridad, impidiéndonos descubrir el sentido de nuestra vida al servicio del «anuncio del reino de Dios a los enfermos».

Esta situación ha quedado muy atrás, aunque sus efec-

tos todavía estén presentes ante nosotros, por el no saber qué hacer y la falta de compromiso pastoral.

El grito de unidad de todos los cristianos que hace tomar conciencia a todos los creyentes, significa para la Iglesia un advertir como «no continuable», su parcelación, su atomización, en las diversas tareas que están realizando los diversos grupos.

La celebración del Vaticano II da luz y fuerza a quienes sufrían este pecado de desunión intraeclesial.

Por otro lado, los diversos grados de socialización, que de forma tan progresiva se han ido consiguiendo en la sociedad, han mostrado la ineficacia de la no coordinación y discrepancia entre diversos grupos, que afirmaban pretender lo mismo: una acción evangélica.

Surge de esta forma lo que se ha venido en llamar: *pastoral de conjunto*.

## PASTORAL DE CONJUNTO

«Foméntense las varias formas de apostolado, y en toda la diócesis o en regiones especiales de ella, la coordinación e íntima conexión de todas las formas de apostolado bajo la dirección del Obispo, de suerte que todas las empresas e instituciones —catequéticas, misionales, caritativas, sociales, familiares, escolares y cualesquiera otras que persigan un fin pastoral— sean reducidas a acción concorde, por la que resplandezca al mismo tiempo más claramente la unidad de la diócesis» CD 17.

Tendríamos aquí una concreción de lo que podemos entender por *pastoral de conjunto*.

F. Boulard había definido la *pastoral de conjunto* así: «un esfuerzo paciente para poner en marcha libremente, de cara al mundo que salvar, a todos los hijos de la Iglesia con todas sus instituciones y recursos, bajo la autoridad del Obispo, que tiene la misión de coordinarlos y dirigirlos, y que así puede ejercer con plenitud su carga pastoral».

Señalamos algunos aspectos que implica la noción de *pastoral de conjunto*.

### EL HECHO SOCIOLOGICO

La comunidad cristiana, aunque tenga una misión trascendente que cumplir, ella es servidora de los hombres.

La Iglesia entra en diálogo con el mundo y pone a su disposición el poder salvador que ha recibido de Cristo. Pero sobre todo se fija en «el hombre todo entero, cuerpo y alma, corazón y conciencia, inteligencia y voluntad», el que recibirá la oportunidad de gracia y salvación. Cf. GS 3.

Pero la misma sociedad en sus diversos ambientes es objeto de la acción evangelizadora de la Iglesia.

«Con su influjo, quiere transformar desde dentro y renovar la misma humanidad: he aquí que hago todas las cosas nuevas. Pero la verdad es que no hay humanidad nueva, si no hay en primer lugar hombres nuevos, con la novedad del bautismo y de la vida según el evangelio. La Iglesia realiza su misión ofreciendo la oportunidad de una conversión personal y colectiva de los hombres, de sus actividades y ambientes». Cf. Evangelii Nuntiandi 18.

Esta preocupación comprensiva total de la acción pastoral de la Iglesia lleva al Decreto CD a aconsejar a los Obispos, que para la realización efectiva de su atención adecuada a todos los ambientes y necesidades, «válgame de instrumentos adecuados, señaladamente de la investigación social» CD 16, apropiándose de todos los datos y resultados que se le ofrecen, para así adecuarse con su mensaje de salvación en las situaciones concretas de los hombres.

Imprescindible se hace también a la acción conjunta de la Iglesia el conocimiento y utilización de todas las técnicas relacionadas con la comunicación y acción sobre los diversos grupos.

Los aportes de la «ciencia de la comunicación» sobre las condiciones de los «receptores» para percibir las acciones pastorales como de su interés. Los obstáculos que se entrecruzan, los «ruidos» que dificultan una comunicación nítida, etc., así como los relacionados con los diversos «códigos» de interpretación utilizados debido a los niveles culturales, prejuicios, etc., son elementos imprescindibles que no pueden tenerse en cuenta de forma particular. Son claves fundamentales que inciden en todo el planteamiento pastoral de una Iglesia que quiere hacerse presente en el «aquí y ahora» de los hombres viviendo con ellos este proceso histórico concreto.

Los elementos de la sociología lógicamente que no afectan sólo a los destinatarios ante los que se pretende actuar evangélicamente. La comunidad cristiana en sí, tiene que «funcionar» responsablemente. Cada grupo integrado a los objetivos comunes que se han propuesto, revisando constantemente su ser y estar en la misión que les corresponde. Todos los grupos, en una coordinación que no obstaculice la autonomía y peculiaridad propias, pero que aporten sus posibilidades a la realización de la unidad pretendida en las concreciones del plan pastoral de conjunto.

### EL HECHO RELIGIOSO

(LG 19, 20 y 21; Ev. Nt. 8 y 9)

La importancia de los factores sociales sobre la pastoral de conjunto, no resta valor al «hecho religioso», ya que las acciones evangelizadoras son precisamente un acontecimiento esencialmente religioso.

Todas las formas de participación en la pastoral de conjunto, tienen que enfrentarse con un problema bá-

sico y común: los niveles de descristianización y todas las formas de ateísmo; religiosidad popular y vivencias cristianas.

A la hora de buscar acomodaciones y formas de encarnación a situaciones religiosas concretas, todos los grupos deberán optar por soluciones cristianas: anunciar el reino de Dios y ofrecer una salvación liberadora integral.

Cuando las dificultades y obstáculos para aceptar el Evangelio se deban a situaciones de injusticia motivadas por actitudes egoístas, los grupos cristianos, deberán intensificar su sentido evangélico, para no verse absorbidos por acciones liberadoras sin trascendencia. Difícil discernimiento, que motiva el que grupos cristianos, comprometidos en el servicio integral a los hombres, por su liberación y dignidad, corren el riesgo de no ser comprendidos.

Ningún grupo de acción pastoral puede monopolizar la forma de presencia cristiana. Todos juntos, coordinados por el Obispo, y a impulsos del Espíritu irán buscando con gran disponibilidad los caminos y acciones concretas que sean signo eficaz de su motivación religiosa.

Los laicos, desde su misión de consagración del mundo y comprometidos en la lucha por la justicia y la paz, y los religiosos, por su testimonio trascendente, serán fuerzas que aglutinen todos los esfuerzos y planes evangelizadores.

#### AGENTES DE LA PASTORAL DE CONJUNTO (Ev. Nt. 14, 68 y 69)

Aunque la realización y animación de la Pastoral sea ministerio de personas determinadas dentro de la Iglesia, es misión de toda ella el ser evangelizadora.

Todos los bautizados, al formar parte del pueblo de Dios, participan de esta misión. Se constituyen en una comunidad que constantemente tiene que volverse hacia Cristo para ser evangelizada, mientras hace partícipes a todos los hombres de la misma oportunidad de gracia y convirtiéndose así en comunidad evangelizadora.

Las personas que intervienen en la realización concreta de la Pastoral de Conjunto:

— *El Obispo*: maestro de la fe, pontífice y pastor (CD 1, 2 y 3) responsable y coordinador (AA 2; Documento: Criterios pastorales sobre las mutuas relaciones entre Obispos y Religiosos en la Iglesia. 14 de mayo 1976 — 6, 7, 8 y 9).

— *El presbiterio*: como cooperadores de los Obispos (PO 7, 8 y 9).

— *Los religiosos*: entregados y dispuestos al servicio de la Iglesia, siempre fieles a su propio carisma (PC 8; CD 35; Cf. Doc. Obispos-Religiosos).

— *Los laicos*: empeñados en ser fermento en medio del mundo y de los negocios temporales (AA 2).

#### DIVERSIDAD EN LA UNIDAD (CD 17; Doc. Obispos-Religiosos 2)

La unidad tiene que salvarse por ser expresión de fe de la Iglesia. No por esto se unifican las diversas tareas, en orden a una misma misión.

La diversidad de matices, las respuestas audaces, todas las formas de compromiso por el Evangelio, son signos de la presencia del Espíritu, que además de enriquecer a la Iglesia con los variados dones, posibilitan el llevar a cabo los objetivos propuestos.

Todo debe hacerse de forma coordinada, para mayor eficacia y para no ser obstáculo a la credibilidad de las acciones pastorales.

#### LOS RELIGIOSOS EN LA PASTORAL DE CONJUNTO (CD 34, 35; Doc. Obispos-Religiosos Cap. III y IV)

La dimensión eclesial de la consagración religiosa nos hace participar de «un modo especial de la naturaleza sacramental del Pueblo de Dios», en nuestro *ser* (Cf. LG 31, 36) y en el *actuar*: «Los Religiosos y Religiosas pertenecen también de manera peculiar a la familia diocesana y prestan una grande ayuda a la sagrada Jerarquía; ayuda que al aumentar las necesidades del apostolado, pueden y deben prestar más y más cada día» CD 34. (PC 2, d; 14; 18).

Somos como la «fuerza viva» que llevados por el carisma recibido al servicio de la Iglesia le entregamos una «genuina novedad» a la misión que toda la Iglesia tenemos que realizar. (Cf. PC 14; CD 35, 2; AG 4).

#### Primera participación

Nuestra primera participación se realiza en nuestro ser de religiosos al vivir la consagración plenamente, con espíritu gozoso frente al don recibido, tratando de hacer crecer nuestra vida escondida en Cristo (Col. 3, 3) para que después entreguemos este testimonio a la Iglesia con los matices y característica de nuestro carisma. (Obispos-Religiosos 11, 12, 14).

Este enriquecimiento intraeclesial de nuestro ser religioso tiene sobre nosotros una exigencia ineludible de *apertura y comunión*, que nos hagan adquirir lo que debemos a la Iglesia y lo que ella misma nos va a entregar como vivencia de las diversas *maneras de ser* de los otros miembros de la Iglesia.

Desconocer o cerrarse a esta responsabilidad, empobrece el propio crecimiento, ya que una de las mejores formas de actualización es dejarse discernir, escuchar y descubrir «cómo nos quiere la Iglesia».

#### Acciones apostólicas concretas

Deben realizarse siempre en fidelidad al propio carisma y adecuándose a las necesidades concretas de las personas a quienes servimos.

La misión se especifica primero por la diversidad de agentes en la Pastoral de Conjunto y segundo por las realidades humanas, culturales, religiosas, etc., a quienes va dirigida la misión (AG 6).

Es el Obispo y su Presbiterio, quien determina la línea pastoral y las prioridades a tener en cuenta. Los religiosos no podemos actuar como agentes multinacionales que respondemos a políticas y estrategias originadas fuera de nuestro ambiente de trabajo si éstas no se adecuan a la realidad concreta de nuestro medio y a las líneas pastorales del Obispo.

«En estos tiempos se exige de los religiosos aquella autenticidad carismática, vivaz e imaginativa que brilló fúlgidamente en los Fundadores, para que puedan realizar el trabajo apostólico de la Iglesia en medio de aquellos hombres que hoy día son mayoría y eran los predilectos del Señor: los pequeños y los pobres (Cf. Mt. 18, 1-6; Lc. 6, 20)» Obispos-Religiosos 23 f.

Así se proclama para toda la Iglesia hoy, esta preferencia por los más débiles y marginados, haciendo una opción preferencial por los más pobres, que tendrá que ser concretada en los detalles conforme a la realidad e idiosincrasia de los diversos pueblos en donde están presentes los religiosos.

#### PLANIFICACION DE LA PASTORAL DE CONJUNTO

En la Pastoral, aunque son imprescindibles las formas espontáneas de presencias actuantes del espíritu, no puede dejarse todo en manos de la improvisación.

Desde el conocimiento de la realidad socio-religiosa y desde las posibilidades de personas activas, deben planificarse las tareas, funciones y objetivos, así como los medios disponibles a utilizar y eficacia de los mismos.

Los grupos integrantes, así como las personas, deben tener bien definidas sus funciones, que deben además ser conocidas por todos. Deben existir unas relaciones abiertas con información adecuada, contando con todos los recursos necesarios en cuanto a personas (dedicación, compromiso, etc.) y medios materiales.

Para unos resultados eficaces y positivos, debe trabajarse con una adecuada metodología, no pueden hacerse las cosas al lote, o improvisando de acuerdo a las circunstancias. Debe contarse también con la colaboración de los medios y personas técnicas que aportan sus conocimientos y nos ofrecen los criterios para criticar y revisar las acciones pastorales.

Deben estar claramente definidas las misiones que corresponden a los Vicarios de Pastoral, Delegados de Zona y Responsables inmediatos en cada una de las tareas exigidas por la Pastoral de Conjunto.

Pero recordemos, que no habrá planificación con resultados evangelizadores si no son todos los miembros «conducidos por el Espíritu de Jesús» y «movidos por El» (Mt. 4, 1; Lc. 4, 14).

«Las técnicas de evangelización son buenas, pero ni las más perfeccionadas podrían reemplazar la acción discreta del Espíritu. La preparación más refinada del evangelizador no consigue absolutamente nada sin él. Sin él, la dialéctica más convincente es impotente sobre el espíritu de los hombres. Sin él, los esquemas más elaborados sobre bases sociológicas o psicológicas se revelan pronto desprovistos de todo valor». EN 75.

Por otra parte, al tratarse de una acción que participa del misterio de la relación Dios-hombre, los resultados, no siempre serán previsibles, por lo que en la revisión misma de actividades, debe privar esta presencia del Espíritu como criterio primordial.

#### PASTORAL DE SALUD

Podríamos definirla como: «una parte de la misión pastoral de la Iglesia, que se realiza en un determinado lugar (Hospital, casas, etc.) y está destinada a unas personas determinadas (enfermos y su mundo) para ofrecerles la oportunidad de alcanzar una transformación y sentido nuevo a sus vidas».

#### ELEMENTOS DE LA PASTORAL DE SALUD

— *Humanización*, que comprende todo lo relacionado con el enfermo (su psicología, dimensiones sociales de su enfermedad, vivencias religiosas, etc.); el Hospital (personal, organización, funcionamiento y crédito); casa (condiciones, atenciones, etc.).

— *Evangelización y catequesis*, como ofrecimiento adecuado a su nivel religioso y situación psicológica concreta. El respeto tiene que preceder a cualquier ofrecimiento o motivación religiosa.

— *Celebraciones cristianas*, que por la Palabra de Dios y los Sacramentos concretan la acción salvadora de Dios.

— *El testimonio de los cristianos*, comprometidos en el campo de la salud. Su trabajo no es sólo una tarea en favor del hombre enfermo. Es un apoyo en el restablecimiento de situaciones justas, de logros que favorezcan la adecuada prevención, atención y restablecimiento de las personas enfermas.

#### LA PASTORAL DE SALUD INTEGRADA EN LA PASTORAL DE CONJUNTO DE LA DIOCESIS (AA 8)

El amor cristiano universal que abarca especialmente a los más necesitados, tiene un signo de expresión más fuerte en la pastoral que se realiza con los enfermos.

El lenguaje de amor que predica la Iglesia se hace

testimonio en el servicio a los enfermos. La situación límite, que significa para muchos su enfermedad, hace que la Iglesia se acerque, acompañe e interprete por los trabajadores cristianos de la salud, esta oportunidad. Quiere que sea para los que sufren «su estar enfermos», no la aceptación de un fatalismo, sino el responsable saber realizarse en este acontecer que siempre participa de lo misterioso e inexplicable.

La presencia cristiana junto a los enfermos, no es tarea realizada por grupos de cristianos aislados. Es una misión que hace presente a la Iglesia y en comunión con las demás formas de presencia, hace inteligible para los hombres sus sentimientos de solidaridad y comprensión.

Unidos e integrados a los demás grupos eclesiales, en comunión de preocupaciones con los objetivos marcados por el Obispo y concretados en la Pastoral de Conjunto, aportamos nuestro servicio fraterno como una forma de realización de la Iglesia.

#### AGENTES DE LA PASTORAL DE SALUD

— *Capellanes*, que por las exigencias y características de esta Pastoral, debe ser persona vocacionada y con capacidad para estos menesteres. Debe sobresalir por su capacidad de comprensión y escucha, para acompañar a los enfermos en sus decisiones religiosas. Tiene que ser abierto a un trabajo en equipo y realizado corresponsablemente con los Religiosos y personal cristiano del Centro. El nombramiento debe tener siempre carácter diocesano, aunque el Capellán se acomode al régimen administrativo del Hospital.

— *Religiosos consagrados al servicio de los enfermos*. Su dedicación, amor y competencia, su disponibilidad y el espíritu mismo que los constituye (CD 35; PC 8), les lleva a ser eficaces colaboradores en esta acción Pastoral. Su consagración les hace mantener más actualizadas sus iniciativas y estar siempre atentos a descubrir las mejores y más adecuadas técnicas que exige actualmente la evangelización del mundo de los enfermos (Ev. Nt. 69).

— *Los laicos*, que teniendo como tarea la consagración del quehacer hospitalario, se incorporan como parte activa en la comunidad creyente que trabaja en el hospital. Sus responsabilidades misioneras haciéndose presentes por su aporte a la humanización del campo de la salud, no se agotan en puros trabajos seculares. La acción misionera que la Iglesia realiza debe ofrecerles la posibilidad de cooperar en los diversos niveles de evangelización.

— *Los enfermos*, que unidos a los demás por su estar y padecer, se constituyen en evangelizados evangelizadores. El enfermo creyente debe ser parte integrante de toda la labor religiosa realizada en el Hospital, no sólo como elemento receptivo sino como

colaborador activo comprometido en las tareas pastorales. Ellos como nadie conocen la situación concreta de los demás hermanos que sufren a quienes se quiere ofrecer la oportunidad de encuentro con Cristo.

— *La comunidad cristiana*. Se hace presente junto a los enfermos y tiene su agente específico en la Pastoral de Salud por el «Ministro de los enfermos».

El, habiendo sido designado por la Iglesia para este ministerio, no sólo se hace presente junto a ellos con su solicitud (visitas, celebraciones, etc.) y presencia sacramental (Eucaristía); tiene que ser el «motivador de la comunidad cristiana» para que se mantenga viva la responsabilidad de todos para con los que están enfermos (casa, hospital, etc.).

Los enfermos creyentes tienen que sentir a la Iglesia que como Madre y Maestra los acompaña en este momento difícil. A los no creyentes, se les entrega por el amor, solicitud y solidaridad hacia ellos, una oportunidad de «prepararse al Evangelio».

— *Servicio Religioso*, reconocido como tal por la Institución Hospitalaria, contando con las posibilidades efectivas de realizar su misión. Poseyendo un Ideario de acción que marque sus objetivos, finalidad y actividades a desarrollar.

Dado el carácter secular de los Centros Hospitalarios, parece más adecuada la presencia de la Iglesia desde la comunidad cristiana. Los Centros, respetando los derechos humanos de los enfermos, tienen que mostrarse siempre abiertos a una acción misionera lógicamente ecuménica.

#### FUNDAMENTOS DE LA PASTORAL DE SALUD

Cristo, que pasa haciendo el bien y curando a los enfermos es la base fundamental de nuestras acciones pastorales junto a los que sufren. Nuestras acciones, tienen también el valor de signo mesiánico, ya que la gracia y salvación de Dios sigue presente al anunciarse el Reino de Dios a los enfermos (Lc. 4, 18; Mc. 7, 37; Lc. 4, 14-30).

El mandato de Cristo a los Apóstoles que la Iglesia recibe y practica desde su misma institución (Mt. 10, 1; 28, 19-20; Lc. 8, 8).

La Eucaristía, que realiza a la Iglesia de modo eminente, va unida desde su misma institución a la caridad y servicio a los necesitados (Jn. 13, 1-12). Es el alma de todas las actividades pastorales (AA 3).

La caridad de Dios que se ha derramado en nosotros como don de su espíritu nos ha constituido en ministros servidores de los enfermos, para ofrecerles el testimonio de Cristo (Rom. 5, 5; AA 3).

Consagrados por el Bautismo en nación santa y pueblo sacerdotal, ofrecemos a Dios un culto que le es agradable en la misericordia que practicamos con los enfermos (1 Pedr. 2, 5).

## PLANIFICACION DE LA PASTORAL DE SALUD

Sirve cuanto dijimos arriba en la planificación de la Pastoral de Conjunto.

Teniendo en cuenta una característica fundamental de esta pastoral que es la de «repetición» por la movilidad de los enfermos, con las implicaciones psicológicas que trae consigo para los agentes de la pastoral al no poder constatar ni evaluar su trabajo, se exige de ellos junto con una fe que exprese el compromiso en estas tareas, una constancia y paciencia que posibilite la oportunidad de la acción de Dios.

Las acciones a realizar comprenden todo lo relacionado con la humanización (elementos de preevangeliación) —evangelización (como oportunidad de encuentro con Cristo)— catequesis (como educación de la fe) y celebraciones cristianas (Reconciliación, Eucaristía, Unción, Palabra de Dios).

El Vicario de Pastoral de Salud, será el animador de todo el compromiso cristiano en este campo. Los Delegados de Zona y Responsables inmediatos, harán que siempre estén activos cuantos se hallan comprometidos en la Pastoral con los enfermos. Recogen sus iniciativas, motivan formas de presencia y coordinan las diversas experiencias.

La creación de «Ministros de los enfermos» en la comunidad cristiana, mantendrá vivo y constante el

compromiso que corresponde a cada creyente en relación a los enfermos.

En las demás actividades y grupos que se constituyan en la Comunidad, sabrá encontrar valiosos aportes, sugerencias y ayudas, para llegar de forma eficaz a los enfermos de la Comunidad y Zona (Grupos de amigos de los enfermos, Damas de colores, Ayuda fraterna, Solidaridad, etc.).

De nuevo aquí se nos presenta la posibilidad de una planificación realizada por la comunidad cristiana que trabaja en el Hospital, que consideramos de difícil viabilidad, o por la comunidad cristiana en la que está enclavado el Centro. Solución ésta que creemos más efectiva, valorando y contando con los cristianos que trabajan en el Hospital o mundo de los enfermos.

Al tratar de planificar la Pastoral a nivel parroquial o de Comunidades (CCB), para llegar a los enfermos que están en sus casas, será imprescindible realizar por los animadores de esta tarea, cursos o reuniones en que se suscite el papel de la Iglesia junto a ellos.

Será posible así, atender todo lo que el enfermo necesita: preocupación por su salud, bienestar, familia, etcétera, y ofrecerle la comunión fraterna en oración y sacramentos, sin que esto se haga en el último momento de su vida.

ANGEL PERULAN, O. H.

Santiago de Chile

---

## EL ENFERMO, MIEMBRO DE LA COMUNIDAD

### EL ENFERMO, TESTIGO DE LA FE

*La fe es una experiencia de nostalgia.* Por encima de las verdades y de los ritos y por encima de todas las realidades en que nosotros vivimos la fe, lo más nuclear, lo más íntimo de la fe es la experiencia de nostalgia que nosotros tenemos de una vida que continúa más allá.

Hay una búsqueda, una apertura a un proyecto de Dios-Salvador que va más allá de lo que, incluso, el hombre pueda pedir. Ya el hombre, en su realidad humana, siente que *apetece otras cosas*, aunque no sepa precisarlas si no conoce el proyecto de su vida.

*La fe es una experiencia de necesidad de salvación.* La enfermedad en uno mismo —o la enfermedad experimentada en otro— es una situación por la cual estas coordinadas; es decir, estas actitudes de nostalgia, de búsqueda, de apertura, de necesidad de una realidad que va más allá de lo que pueden los esfuerzos humanos, están favorecidas, cuando se es creyente, por esa situación de enfermedad.

Por consiguiente, la enfermedad coloca al enfermo —o a quien la experimenta en otro— en la tesitura de

una *situación peculiar privilegiada*, aunque dolorosa, de poder actuar, de poner en acción, estas actitudes de base de la fe.

*La vocación es una llamada.* A veces, entendemos la vocación como un proyecto a realizar. Así decimos: «yo tengo vocación de hacer esto...» Y pienso que haciendo eso, realizo como creyente una misión en el mundo actual.

Pero, en la vocación hay un elemento más profundo: *la llamada del Padre.* Es una llamada del Padre a realizar, a desear, a buscar el proyecto de Jesús. En este sentido, *la llamada* es mucho más que *el proyecto*; porque, aunque yo esté realizando esa llamada en un proyecto concreto (en una actividad, en un apostolado, en una Comunidad, etc.) a mí me llama a algo más que eso, a algo que va más allá.

*La enfermedad es una vocación.* En la enfermedad es donde aparece más claro *la desnudez de la llamada*, puesto que la persona se coloca en una situación en la que no puede realizar más proyecto que: desear, esperar, abrirse.

Cuando hemos realizado un proyecto humano y hemos vivido y confesado la fe haciendo cosas, actuando,

## PLANIFICACION DE LA PASTORAL DE SALUD

Sirve cuanto dijimos arriba en la planificación de la Pastoral de Conjunto.

Teniendo en cuenta una característica fundamental de esta pastoral que es la de «repetición» por la movilidad de los enfermos, con las implicaciones psicológicas que trae consigo para los agentes de la pastoral al no poder constatar ni evaluar su trabajo, se exige de ellos junto con una fe que exprese el compromiso en estas tareas, una constancia y paciencia que posibilite la oportunidad de la acción de Dios.

Las acciones a realizar comprenden todo lo relacionado con la humanización (elementos de preevangelización) —evangelización (como oportunidad de encuentro con Cristo)— catequesis (como educación de la fe) y celebraciones cristianas (Reconciliación, Eucaristía, Unción, Palabra de Dios).

El Vicario de Pastoral de Salud, será el animador de todo el compromiso cristiano en este campo. Los Delegados de Zona y Responsables inmediatos, harán que siempre estén activos cuantos se hallan comprometidos en la Pastoral con los enfermos. Recogen sus iniciativas, motivan formas de presencia y coordinan las diversas experiencias.

La creación de «Ministros de los enfermos» en la comunidad cristiana, mantendrá vivo y constante el

compromiso que corresponde a cada creyente en relación a los enfermos.

En las demás actividades y grupos que se constituyan en la Comunidad, sabrá encontrar valiosos aportes, sugerencias y ayudas, para llegar de forma eficaz a los enfermos de la Comunidad y Zona (Grupos de amigos de los enfermos, Damas de colores, Ayuda fraterna, Solidaridad, etc.).

De nuevo aquí se nos presenta la posibilidad de una planificación realizada por la comunidad cristiana que trabaja en el Hospital, que consideramos de difícil viabilidad, o por la comunidad cristiana en la que está enclavado el Centro. Solución ésta que creemos más efectiva, valorando y contando con los cristianos que trabajan en el Hospital o mundo de los enfermos.

Al tratar de planificar la Pastoral a nivel parroquial o de Comunidades (CCB), para llegar a los enfermos que están en sus casas, será imprescindible realizar por los animadores de esta tarea, cursos o reuniones en que se suscite el papel de la Iglesia junto a ellos.

Será posible así, atender todo lo que el enfermo necesita: preocupación por su salud, bienestar, familia, etcétera, y ofrecerle la comunión fraterna en oración y sacramentos, sin que esto se haga en el último momento de su vida.

ANGEL PERULAN, O. H.

Santiago de Chile

---

## EL ENFERMO, MIEMBRO DE LA COMUNIDAD

### EL ENFERMO, TESTIGO DE LA FE

*La fe es una experiencia de nostalgia.* Por encima de las verdades y de los ritos y por encima de todas las realidades en que nosotros vivimos la fe, lo más nuclear, lo más íntimo de la fe es la experiencia de nostalgia que nosotros tenemos de una vida que continúa más allá.

Hay una búsqueda, una apertura a un proyecto de Dios-Salvador que va más allá de lo que, incluso, el hombre pueda pedir. Ya el hombre, en su realidad humana, siente que *apetece otras cosas*, aunque no sepa precisarlas si no conoce el proyecto de su vida.

*La fe es una experiencia de necesidad de salvación.* La enfermedad en uno mismo —o la enfermedad experimentada en otro— es una situación por la cual estas coordinadas; es decir, estas actitudes de nostalgia, de búsqueda, de apertura, de necesidad de una realidad que va más allá de lo que pueden los esfuerzos humanos, están favorecidas, cuando se es creyente, por esa situación de enfermedad.

Por consiguiente, la enfermedad coloca al enfermo —o a quien la experimenta en otro— en la tesitura de

una *situación peculiar privilegiada*, aunque dolorosa, de poder actuar, de poner en acción, estas actitudes de base de la fe.

*La vocación es una llamada.* A veces, entendemos la vocación como un proyecto a realizar. Así decimos: «yo tengo vocación de hacer esto...» Y pienso que haciendo eso, realizo como creyente una misión en el mundo actual.

Pero, en la vocación hay un elemento más profundo: *la llamada del Padre.* Es una llamada del Padre a realizar, a desear, a buscar el proyecto de Jesús. En este sentido, *la llamada* es mucho más que *el proyecto*; porque, aunque yo esté realizando esa llamada en un proyecto concreto (en una actividad, en un apostolado, en una Comunidad, etc.) a mí me llama a algo más que eso, a algo que va más allá.

*La enfermedad es una vocación.* En la enfermedad es donde aparece más claro *la desnudez de la llamada*, puesto que la persona se coloca en una situación en la que no puede realizar más proyecto que: desear, esperar, abrirse.

Cuando hemos realizado un proyecto humano y hemos vivido y confesado la fe haciendo cosas, actuando,

realizando proyectos, quizás entonces, la enfermedad pueda ser para nosotros la ocasión de purificar y madurar la vocación, puede ser la llamada fundamental donde *experimentamos el límite*.

*La vocación en la Biblia se vive como un éxodo.* Abraham es invitado a salir de su tierra y su familia. Moisés, con el pueblo, es invitado a salir de Egipto. En el Antiguo Testamento aparece claro que *lo más opuesto a la vocación es la instalación*. Así, el Pueblo mientras estaba en el desierto, caminaba, buscaba, experimentaba la debilidad de su situación y estaba atento a la llamada de Dios.

En cambio, cuando el Pueblo llegó a la Tierra Prometida, allí se instaló —eso que la Tierra Prometida sólo era *proyecto* de la llamada, no el *fin* de la misma—. Fue como si el Pueblo dijera: ¡ya tenemos la Tierra, ya tenemos el Rey, ya tenemos el Templo! (que son los tres dones del proyecto de Yahvé), ¡mientras tengamos la Tierra, el Rey y el Templo, Dios estará con nosotros!, así que a mantenerlos ¡como sea! porque necesariamente Yahvé estará con nosotros ya que tenemos su promesa.

Israel *perdió su vocación porque se instaló* en el proyecto, en lo concreto del proyecto, y, además, convirtió al Dios-Salvador en un ídolo, en una póliza de seguros. ¿Qué hizo Dios? Pues, quitarles la Tierra, sacarles los ojos al Rey y destruir el Templo. Y el Pueblo fue llevado al destierro. Y allí, ¡en el destierro!, Israel volvió a entender la llamada del Señor.

*El objeto de la vocación es Dios mismo.* La enfermedad coloca al hombre en situación de poder percibir que el objeto de la vocación *no son los dones* de Dios, sino Dios mismo. La enfermedad, sea transitoria o sea definitiva, es un éxodo. Realmente, todos nosotros estamos colocados en situación de éxodo, porque todos nosotros nos estamos muriendo continuamente.

Todos los miembros de la comunidad cristiana, estamos enfermos o no, coincidimos en que nos estamos muriendo, en que estamos saliendo, en que estamos de camino, de aquí que todo proyecto tiene sentido de precariedad, no es definitivo. No morimos porque enfermamos sino que enfermamos porque nos estamos muriendo.

*La enfermedad, signo del éxodo.* La enfermedad es signo de nuestro caminar, de nuestro éxodo. La comunidad y los cristianos, muchas veces, estamos empeñados, y como absorbidos, por la realización de un proyecto concreto del Reino, «aquí y ahora», y nos olvidamos de que estamos aquí provisionalmente.

Pero, el enfermo es testigo ante la comunidad y ante los cristianos de que todos estamos saliendo. *La enfermedad lo relativiza todo*. El enfermo es una llamada a relativizarlo todo. El relativiza todo lo que estamos haciendo y lo coloca en el contexto real en que hay que colocar lo que es un proyecto, y no otra cosa, para vivir una vocación, para vivir un éxodo.

*La vocación es, también, aceptar una promesa.* Abraham salió al desierto y allí aceptó una promesa, que no fue retractada jamás. Abandonamos el sentido de éxodo, en nuestra vida, cuando nos instalamos. Y así, también, fácilmente, perdemos el sentido de promesa y de *esperanza en el Reino que ha de venir*.

El enfermo es testigo de esta promesa, testigo de esta esperanza última.

*El enfermo, testigo de la pascua.* El enfermo es testigo de que a la vida no se llega más que muriendo. Y la muerte es el sacramento fundamental de la vida.

*El enfermo, testigo del Cristo que viene.* Muchos cristianos, en una primera fase de su fe, viven la relación *al Cristo que fue*. En esta fase, hay una conversión en nosotros al mensaje que Cristo nos dio, a los acontecimientos que El realizó.

En una segunda fase de maduración de la fe, hay una conversión al Cristo que está hoy presente, *al Cristo que actúa en nosotros*. Es la celebración de los sacramentos en función de la vida.

Hay una tercera fase que se describe en los Hechos de los Apóstoles y que fue lo que caracterizó la tensión de vida de la primera comunidad cristiana: es la fe, la esperanza y el amor en *el Cristo que viene*, que está viniendo todos los días. Esta es la dimensión escatológica de la fe.

El enfermo es, fundamentalmente, testigo de este Cristo que viene.

*Necesidad de una catequesis.* Todo esto puede ser que el enfermo lo entienda, lo asuma y lo viva conscientemente. Pero, esto no es lo frecuente. Es necesaria una catequesis, una reflexión sobre estas realidades. Y no solamente es necesaria la catequesis para los enfermos, sino, también, para los sanos, hecha con ocasión del signo y testimonio del enfermo.

*Aquí hay unos valores de una riqueza extraordinaria.* Y esta catequesis debería hacerse en todas nuestras comunidades cristianas. Así la pastoral de enfermos sería la pastoral de la escatología, la pastoral del sentido de la marcha de la Historia del hombre. Por consiguiente, la pastoral de enfermos en una comunidad no es una cuestión periférica, secundaria, sino que es signo e instrumento de una interpretación y vivencia de la fe. Y es, también, medida de la fe de toda la comunidad.

El enfermo es un sacramento de la fe en tanto en cuanto sensiblemente testimonia la fe, la esperanza y el amor en el Cristo que viene.

## MADURACION DE LA FE EN EL ENFERMO

*El asumir todas estas cosas supone una maduración y una madurez en la fe del enfermo.* Y, también, en la medida en que el enfermo asume todo esto, en esa medida enriquece a la Comunidad.

Todo cristiano tiene que asumir esas realidades. De

manera semejante a como nos preparamos para asumir el compromiso social o profesional o familiar, dentro de la comunidad cristiana, así deberíamos prepararnos para asumir, también, la realidad de la enfermedad como algo normal en la vida humana. E igualmente, para asumir el misterio de la muerte como misterio pascual.

Así se puede hablar de una maduración de la fe de manera remota, por una educación recibida en la comunidad, la cual, explícitamente, tiene en cuenta esas realidades.

Además, habría maduración de la fe de manera próxima, cuando ya se está enfermo; ésta sería una educación de la fe que ha de realizar no solo el sacerdote, sino toda la comunidad.

*La muerte es un nacimiento y toda la vida es una gestación.* El enfermo, por tanto, está cercano al parto que da lugar a ese nacimiento. Pero, no hay nacimiento sin dolor. Y el dolor, cuando se asume, es madurativo, porque pocas veces aporta más la persona que cuando sufre.

De alguna manera, la enfermedad puede ser un medio o camino de maduración para prepararse al nuevo nacimiento, aunque esto suponga dolor. Toda la comunidad cristiana debería conocer, comprender y asumir todas estas cosas. ¿Cuáles deberán ser los pasos para la maduración de la fe en el enfermo?

*La constatación del hecho de estar enfermo.* A veces, el enfermo no acepta esta realidad, no constata su situación. Y lo que no se conoce no se puede asumir; lo que no se asume no se puede profundizar; lo que no se profundiza no se puede vivir desde la fe.

Ha de haber, primeramente, una constatación *como de algo normal*; reconocer que no es extraordinario sino normal, que más pronto o más tarde, me pase algo, que caiga enfermo.

*La constatación puede producir turbación.* El constatar que se está enfermo puede dar lugar a turbación, hundimiento, desasosiego, pena. Por mucho que nos preparemos para la enfermedad y la muerte, cuando, en concreto, nos llega a cada uno, causa en nosotros una situación de novedad y de desconcierto.

Esta turbación y pena que acompaña a la experiencia del límite es una reacción normal. Ello *no es indicio de falta de fe* ni de poca fortaleza, es sólo una reacción plenamente humana. También Jesús se turba ante el sufrimiento y la muerte suya o de otros.

*Hay que llegar a asumir la situación.* El enfermo ha de ir asumiendo su situación de enfermedad, la suya concreta. Ha de contar con ella, saber que puede ser breve o larga, recuperable o irrecuperable. E incluso asumir la posible incógnita de su situación. El asumir todo esto *construye la persona* y la madura.

*Se ha de profundizar en su significado.* Después de asumirlo, hay que profundizarlo para descubrir su valor y su significado. *Aquí es donde entra la fe.*

Los textos de la Biblia que se pueden comentar en las Eucaristías domésticas o en aquéllas en que participan enfermos; las meditaciones de la Escritura que se le pueden aconsejar; las revistas o vidas de santos que pueda leer. Son todos medios que le pueden ayudar a descubrir y a profundizar en que la persona siempre tiene valor; en que él, como enfermo, también tiene un valor positivo y evangelizador como testigo que es de una situación en la que todos los miembros de su comunidad, antes o después, se van a encontrar.

El enfermo ha de asumir y profundizar en su papel de protagonista ante la comunidad.

*Ha de aceptarse positivamente.* Todos conocemos personas con enfermedad grave, o en situación de minusvalidez o de marginación física, que han ido descubriendo sus limitaciones, pero, también, su valor, su papel y que han sentido plenamente realizada su persona, *se han sentido realizados* en su situación.

En esta aceptación positiva tiene gran influencia el ambiente de la comunidad, del grupo, de la familia, de la gente que hay alrededor y que no se esconde tras defensas, tras tópicos... personas que no caen en decir frases hechas, ni tonterías, ni dan la impresión de querer consolar engañando.

*Influencia de la comunidad.* En esta aceptación positiva de la enfermedad por parte del enfermo y de los que lo rodean, *influye la Comunidad cuando favorece* la constatación; cuando respeta la turbación, los momentos de llanto, de protesta, incluso de deserción; cuando ayuda a asumir progresivamente la realidad, quizás estando a su lado callados y acompañando en silencio; cuando se comparte la oración, la lectura, la Eucaristía; cuando se descubre, con él, que tiene un protagonismo en la comunidad.

Todo el proceso, anteriormente descrito, es muy importante en la maduración de la fe del enfermo, pero *depende más de un clima* que de una serie de acciones.

## TRANSCENDENCIA E INMANENCIA EN LA COMUNIDAD

La misión del enfermo en la comunidad es muy importante. La comunidad cristiana se tiene que mantener en un difícil equilibrio de transcendencia y de inmanencia. Es decir, el Reino de Jesús está aquí *ya, pero todavía no.*

Los cristianos tenemos que construir el Reino aquí en las relaciones humanas, a nivel de personas. El cristiano se compromete a impregnar de amor todas las relaciones humanas. Pero, las relaciones humanas están, de alguna manera, condicionadas por las estructuras: profesionales, sociales, familiares, políticas, jurídicas, eclesiales. Las relaciones humanas se viven en las estructuras; si éstas son injustas, las relaciones humanas, a su vez, están violentadas.

Esta dialéctica entre estructura y relación humana, hace que el Reino tengamos que construirlo los cris-

tianos en las relaciones humanas concretas del barrio, de la región, del país, y en las estructuras concretas de nuestra sociedad política, familiar, cultural.

El Reino hay que construirlo aquí, inmanente, de los hombres para los hombres. Pero, el Reino no coincide, ni es reductible a un cambio de las estructuras, por muy amoroso y por muy justo que sea.

El proyecto de salvación de Dios va avanzando en la historia. El quiere realizar un proyecto totalmente nuevo: Yo hago unos cielos nuevos y una tierra nueva; un hombre nuevo y una vida nueva. Y el signo y sacramento de que esto será así: Cristo resucitado.

La comunidad cristiana tiende a reducir el Reino a la inmanencia, a lo que se construye aquí y ahora. Y el enfermo es testigo de la transcendencia, del *toda vía no*.

La comunidad cristiana no sólo ha de descubrir el valor de signo de transcendencia, que tiene el enfermo, sino que también ha de descubrir la riqueza de la persona enferma. Que si parece inútil para la inmanencia del Reino, lo será a nivel de estructuras, pero no a nivel de relaciones humanas —en las que el enfermo puede dar más amor que los otros—, ni tampoco es inútil a nivel de personas, porque el enfermo descubre el valor real de la persona, por encima de las apariencias.

Entonces, tenemos que el enfermo crea un estímulo a la comunidad, a esa comunidad que tiende a quedarse en la inmanencia, y la mantiene en tensión dialéctica y en el difícil equilibrio de la transcendencia. El enfermo purifica a la comunidad de un fácil triunfalismo, de un sentido de eficacia, de politización, de medir el compromiso cristiano a nivel de compromiso técnico.

No basta con dar a todo lo anterior un barniz de fe. Precisamente, la fe, por su transcendencia, es la que da importancia a lo inmanente. Pero, da importancia a lo inmanente relativizándolo, haciendo ver que las cosas tienen importancia *sólo en cuanto* son asumidas por un proyecto que *va más allá*.

## EL ENFERMO, SERVIDOR DE LA COMUNIDAD

*El enfermo, signo del éxodo.* El hombre postrado en cama es *el mayor caminante*, está en camino, en éxodo. (Sobre esta cuestión ya se ha dicho bastante anteriormente).

*El enfermo es testigo de la cruz.* «¿No sabíais que para resucitar, para triunfar, el Cristo tenía que morir?» (Emaús, en el capítulo 24 de Lucas). El enfermo es testigo de que la cruz, el dolor, tiene un designio y que es un elemento fundamental de la fecundidad de la persona. Dolor y fecundidad son dos realidades inseparables.

El hombre ha descubierto, fácilmente, la vinculación

que existe entre placer y fecundidad —a nivel sexual este descubrimiento está claro para la gente de hoy—, pero no ha descubierto, tan fácilmente, la relación entre dolor y fecundidad.

El enfermo es testigo de que *no hay fecundidad donde no hay dolor*. Y que el dolor es fecundo si es asumido como cruz.

Pero, dolor y placer son ambiguos ambos. El placer puede llevar a la degeneración en vez de a la fecundidad (y esto se ve hoy claramente). El dolor puede llevar a la desesperación en vez de a la fecundidad (y esto, también lo vemos con frecuencia).

La fe es la que nos descubre el designio que Dios ha puesto al placer y al dolor; la alianza que existe entre fecundidad y dolor y entre placer y fecundidad. Nos resulta fácil que el placer unido a la fecundidad nos realice; esto lo entendemos fácilmente. Nos resulta difícil descubrir que el dolor unido a la fecundidad, también nos realiza. He aquí, que este es el mensaje de la cruz de Jesús.

*El enfermo, estímulo de la esperanza comunitaria.* La esperanza no es virtud pasiva, sino que es tensión hacia *más allá*, hacia el futuro. Y el enfermo nos ayuda a colocar los ojos en ese más allá. Y el más allá hacia el que nos tiende es la incógnita última. *Nos reaviva la tensión hacia «allá»*.

*El enfermo es impulso de la transcendencia comunitaria.* El enfermo anuncia la *venida de Jesús*. Es un anuncio hecho carne. El enfermo con la comunicación de su dolor, de su desconcierto, de su fe; con la recepción de los sacramentos y, en especial, de la Unción de los enfermos, no está haciendo una catequesis de la transcendencia.

*El enfermo, miembro pleno de la comunidad pluralista y madura.* Es miembro pleno porque él es, también, evangelizador. Si decíamos que evangelizar es: crear interrogantes, anunciar el acontecimiento, realizar una catequesis, participar en una celebración, y abrirnos a un compromiso de amor; tenemos que todo esto, a su modo, lo realiza el enfermo en la comunidad cristiana.

Porque, ¿quién más que el enfermo nos crea un cierto tipo de interrogantes? *Me crea el interrogante* de que a mí me puede pasar algo semejante y de que no sé si seré capaz de sufrir como él, de asumirlo como él, de dar cara a la realidad como él.

Cuando una comunidad asume entre sus miembros a un enfermo, este se convierte en un elemento evangelizador.

## MISION DE LA COMUNIDAD CARA AL ENFERMO

La misión de la comunidad será diversa —aunque haya algunos aspectos comunes— ante un enfermo pasajero o permanente o moribundo.

Al enfermo pasajero y al permanente, la comunidad tiene que ayudarles a que adquieran conciencia de sí mismos: conciencia de su realidad física y conciencia de su riqueza moral. Y esto ha de hacerlo la comunidad con palabras y con hechos. En la medida en que la comunidad no margina al enfermo, sino que lo visita, lo atiende, lo mantiene informado de lo que se hace, el enfermo, de alguna manera, sigue siendo miembro pleno de esa comunidad.

Si al enfermo se le margina de la marcha y de la vida de la comunidad, aunque se le visite mucho, es difícil que tome conciencia de su propia riqueza. En cambio, si la comunidad le asume plenamente, el enfermo se ve valorizado y fácilmente toma conciencia de su puesto en la comunidad cristiana y él asume su propio papel.

Hay que crear vínculos fuertes entre enfermo y comunidad: la Eucaristía y la oración son fundamentales para conseguirlo. La oración del enfermo, del que sufre, por ser oración hecha desde la impotencia es la oración mejor.

Una misión, pues, de la comunidad cara al enfermo, que no consiste tanto en acciones concretas a realizar como en un clima que emana de la comunidad y envuelve al enfermo. Pero, ha de ser algo permanentemente hecho.

Y el asumir a un enfermo como miembro pleno y permanente de una comunidad, supone que el grupo —y toda la comunidad— asuma las limitaciones estructurales de acción que ello impone y que estas limitaciones se asuman como una riqueza.

En cómo asumamos al enfermo, al anciano, etc., es donde demostraremos si amamos más a las personas y a la comunidad que entre todos formamos o amamos más el proyecto que podríamos soñar realizar.

## SACRAMENTALIDAD DEL ENFERMO EN LA COMUNIDAD

*Dar sentido a la sacramentalidad comunitaria.* Los sacramentos cristianos son signos de la presencia y de la acción de Jesús en el Reino. Pero, son signos que necesitan ser interpretados, significados, por la vida de la comunidad, sino el sacramento se reduce a un rito y el rito no es signo.

Nos hemos empeñado mucho en la renovación de la liturgia. Y, esta renovación, ha consistido, muchas veces, sólo en renovar los ritos. Pero la renovación litúrgica ha de consistir en que el sacramento sea, de verdad, signo de la presencia y de la acción de Jesús en esta historia nuestra. Y ello es posible en la medida en que hay una comunidad cristiana que al celebrar el sacramento hace significativo a Cristo en nuestra historia. La comunidad, entonces, hace signo al signo sacramental. Los ritos no dicen relación a la vida. Los signos sacramentales han de decir relación a la vida y ahí está su significación.

El enfermo da a la comunidad cristiana una peculiaridad en su celebración sacramental. Parece como si el enfermo diera a la celebración y al sentido de los sacramentos una mayor profundidad, una mayor seriedad y sinceridad, una mayor riqueza. De alguna manera, prepara a la comunidad, la hace más trascendente, la hace más testigo de este Jesús que viene; más débil y más consciente de su peregrinar. En definitiva, la capacita para celebrar mejor el sacramento, el acontecimiento de Jesús.

*El enfermo mismo es sacramento de Cristo.* Basta abrir el Evangelio para comprobar que el enfermo no solamente da nueva capacidad sacramental a la celebración comunitaria, sino que él mismo es signo de Jesús.

Los débiles, los pobres, los enfermos son signos de la acción de instaurar el Reino, son signos mesiánicos: «¿Eres tú el que ha de venir o hemos de esperar a otro? Decidle a Juan...» «Y para que veáis que el Hijo del Hombre tiene poder para perdonar los pecados, dice al paralítico: levántate y anda». Entonces, tenemos que la limitación, la enfermedad, la situación de impotencia es sacramento de Jesús. Y Jesús lo ha elevado a ser uno de los signos de su presencia: «estuve enfermo y me visitasteis...»

Si todo hombre es sacramento de Jesús, si toda carne es palabra de Dios —no sólo la Palabra se hace carne, sino que, también, la carne se hace Palabra—, entonces, de alguna manera, la carne débil, la carne enferma es una Palabra de Dios más fuerte, es un grito de Jesús, un altavoz de Dios. El enfermo es sacramento de Cristo.

*El enfermo es sacramento de la comunidad caminante.* El enfermo es símbolo de la comunidad, de la debilidad interior de la comunidad, de la limitación y de la impotencia de la misma, de la necesidad de salvación de la comunidad, necesidad de ser salvada.

El enfermo es llamado por el Padre a esta vocación de enfermo para desde ahí construir la comunidad. El va por delante de la comunidad, es el indicador de la historia de la comunidad. Así, cuando el enfermo muere, es el triunfo de la comunidad, es la entrada de parte de la comunidad en el Reino definitivo.

Con la muerte del enfermo la comunidad va siendo asumida por Cristo Resucitado y la comunidad tiene ya un parentesco nuevo, especial, en el Reino y se siente mucho más atraída y vinculada con las personas.

Es, de alguna manera, la garantía de que nosotros, en la medida en que nos mantengamos unidos a la comunidad, estamos siendo ya salvados por Cristo Jesús. La muerte del enfermo, pues, es un aliciente a mi fidelidad a la Iglesia, a la comunidad, al equipo.

Todas estas cosas las va siendo el enfermo desde que es enfermo. El es sacramento del *allá* donde la comunidad cristiana marcha. El enfermo va por delante, es el indicador.

JOSE LUIS PEREZ

*El Papa ilumina nuestro quehacer diario  
en el mundo de la salud*

## JUAN PABLO II Y LOS ENFERMOS

### VISITA AL HOSPITAL INFANTIL DE CIUDAD DE MEXICO

Queridos hijos:

Al venir a pasar estos momentos entre vosotros, quiero saludar a los dirigentes del centro, a todos los niños y niñas enfermos de este hospital infantil y a todos los niños que sufren en sus hogares, en cualquier parte de México.

La enfermedad no os permite jugar con vuestros amigos; por eso ha querido venir a veros otro amigo, el Papa, que tantas veces piensa en vosotros y reza por vosotros.

Saludo también a vuestros padres, hermanos, hermanas, familiares y a cuantos se preocupan de vuestra salud y os atienden con tanto esmero y afecto.

Os invito ahora a rezar un Avemaría a la Virgen de Guadalupe por vosotros, que tan pronto encontráis el dolor y la enfermedad en vuestra vida.

Queridos niños: El Papa os seguirá recordando y se lleva vuestro sonriente saludo de brazos abiertos, dejándoos su abrazo y su bendición.

29-I-79

### LA FE Y EL AMOR DAN SENTIDO AL SUFRIMIENTO

Mi saludo se dirige ahora con afecto paterno a los enfermos aquí presentes, en particular a los del hospital romano de Santa María de la Piedad. Queridísimos: Tenéis un puesto privilegiado en el corazón del Papa, como bien sabéis. Si fuera posible, quisiera acercarme a cada uno de vosotros y a cada cristiano probado por el sufrimiento, para escuchar sus confidencias y decirle personalmente con toda convicción *gracias* en nombre de toda la Iglesia, porque con su sufrimiento, quien padece «suple en su carne lo que falta a las tribulaciones de Cristo por su Cuerpo, que es la

Iglesia» (cf. Col 1, 24). Que el Señor os ayude a dar plenitud de sentido por la fe y el amor, a las tribulaciones de cada día; os sostenga con el consuelo interior de su presencia fortalecedora; y os conceda obtener pronto la curación completa, si es de su agrado. Para todos vosotros y para quienes os cuidan, pido los dones de la bondad divina, mediante una bendición apostólica especial.

25-II-79

### SALUDO Y BENDICION

Igualmente envíe un saludo y mi bendición particular a todos los demás enfermos, con tanto mayor amor cuanto más profunda es la herida de su dolor. Queridísimos: Como los sufrimientos de Cristo, también los vuestros si se aceptan y ofrecen con fe, pueden contribuir a vuestro bien moral y a la redención del mundo. Para comprender esto se necesitan ojos puros y un corazón que ame; y esto pido al Señor para cada uno de vosotros, a la vez que le ruego os consuele.

4-III-79

### A UN GRUPO DE ENFERMOS

Deseo dirigir un saludo particularmente cordial a todos los enfermos aquí presentes. Queridísimos, sabed que vuestro sufrimiento, unido al de Cristo, viene a ser un medio precioso de redención y salvación en beneficio también de vuestros hermanos.

Os acompañe la gracia y la paz del Señor en cada día de vuestra vida. Este es mi deseo y mi oración para cada uno de vosotros, mientras os bendigo de corazón.

Tengo el gozo de dar una bienvenida afectuosa a la nutrida peregrinación de

la archidiócesis de Capua, presidida por el arzobispo, mons. Luigi Diligenza; y a los sacerdotes y fieles de Eboli, acompañados también de su Pastor, mons. Gaetano Pollio. En ambos grupos están presentes algunos enfermos, testigos privilegiados de la bendita y redentora cruz de Cristo. Deseosos de encontraros de corazón a corazón con el Papa, habéis venido aquí para vivir un momento de intimidad familiar y sacar de él motivos de alegría y consuelo. Si bien incluso en esta ocasión, la aspiración más íntima es la de entrar en comunión con el Señor Jesús, esperanza y alegría de nuestras almas, Vida de nuestra vida. Pido al Padre celestial que este acto sea un momento de gracia para todos, y una experiencia gozosa de fe en Jesús Salvador y Liberador en especial para los que por padecer en el cuerpo o en el espíritu, están más cerca de El en un misterioso designio de salvación en favor de toda la humanidad. Con el deseo de que en la vida de cada día os sostenga siempre la certeza del amor paterno del Señor, os bendigo de corazón a vosotros y a vuestras familias.

11-III-79

### A LOS NIÑOS ENFERMOS

Refiriéndose a los niños enfermos allí presentes, dijo: «Esta bendición es para todos, pero más en especial para nuestros amigos enfermos; ellos son el centro de nuestra audiencia y de nuestra comunidad; todos estamos agradecidos a sus oraciones y sacrificios, y a los de sus padres y maestros. Mucho confiamos en la ayuda de los enfermos. ¡Alabado sea Jesucristo!».

25-III-79

### BARRIO DE SAN BASILIO

Hacia las cuatro llegó al barrio de San Basilio. Fue primeramente a la escuela parroquial, a cuyo patio habían llevado algunos enfermos de la zona. Marisa Currò, paralítica, en silla de ruedas, le pidió en nombre de todos que les ayudara a comprender lo que el Crucifijo dice a quien sufre o está marginado. El Papa confesó que no había preparado un discurso, pero quería hablarles para agradecer su venida a todos, a los enfermos y a sus acompañantes. «En vosotros veo una presencia especial de Cristo... Nuestro encuentro está invadido del misterio de la Redención de Cristo, invadido del mismo Cristo. Deseo bendeciros, pero sobre todo quiero pedir una gracia, la gracia de que ofrezcáis por mí vuestra oración y vuestro sufrimiento: es ésta una fuerza que nos ayuda a todos. Cuando pienso en que cuento con la ayuda de vuestros

sufrimientos y sacrificios, entonces me siento más fuerte. Y así vosotros, débiles, dais fuerza y aportáis apoyo con vuestra fuerza —espiritual, claro está, pero la mayor; sobrenatural, cierto, pero es la más bella—, nos ayudáis a nosotros, Pastores, a nosotros, Iglesia, a nosotros, Pueblo de Dios». Terminó aludiendo a la fe que reinaba en este encuentro, y bendijo a todos. A continuación se acercó a los enfermos uno a uno, y fue hablando con ellos y con sus familiares. También un niño le leyó una bienvenida. Pero de repente la atención de todos se centró en una niña que se escapó de su sitio y llegó hasta el Papa: «Ayúdame, soy sorda y no oigo nada», exclamó. El Santo Padre la abrazó, le hizo la señal de la cruz en la frente y en los oídos, y la miró impresionado. La chiquilla desapareció con la misma rapidez con que se había deslizado hasta el Pontífice.

25-III-79

## A LOS ENFERMOS

Mi alma se abre ahora con ternura paterna a cuantos de entre vosotros sufren a causa de la enfermedad. Sabed que no estáis solos en el calvario hacia el que camináis por designio misterioso: la Iglesia toda sufre con vosotros participando fraterna y solidariamente en el drama que os aflige. Y vosotros, por vuestra parte, acertad a dirigirlos en las pruebas dolorosas a Aquel que venció el sufrimiento con su propia cruz; y ofrecedle el don de vuestro llanto y vuestras lágrimas, que así no se derramarán en vano, sino que serán redentoras de la humanidad. Os ayude siempre mi bendición apostólica.

Finalmente, reservo un saludo particularmente afectuoso a la peregrinación de la Asociación de antiguos prisioneros de cárceles o campos de concentración, aquí presentes con un grupo de familiares y allegados de soldados desaparecidos en la campaña de Rusia. Queridísimos: Vosotros, que lleváis en vuestras almas y vuestros cuerpos las señales de heridas antiguas y aún dolientes, tenéis un puesto muy especial en el corazón del Papa, que no deja de recordaros en la oración. A todos imparto una bendición especial.

Deseo asegurar a todos los enfermos y a cuantos sufren, que estoy muy cerca de ellos con el corazón y la plegaria.

Queridísimos: En este tiempo de Cuaresma sobre todo, os invito a unir vuestros sufrimientos a los de Cristo pendiente de la cruz, y a ofrecerlos por la salvación de todos los hombres.

Os acompaño con mi aliento y mi bendición, que con sumo gusto extiendo a vuestras familias y a cuantos cuidan de vosotros.

14-III-79

## SUBURBIO DE TORRE SPACCATA

A continuación el Papa se dirigió al templo. Dentro estaban los enfermos del barrio, y saludándolos uno a uno y hablándoles se entretuvo el Pontífice casi una hora; al cabo de este tiempo improvisó unas palabras llenas de emoción: «He visto ya dos rostros del barrio. Los niños eran la alegría. Aquí he encontrado el sufrimiento. He escuchado a muchos, y así he podido oír las palabras de vuestro sufrimiento. Pero en éstas he palpado vuestra fe. He encontrado una comunidad que sufre, pero es privilegiada, pues donde hay sufrimiento allí está Cristo. Y vuestra comunidad está tan cercana a Cristo que también yo me he sentido ahora más cercano a Jesús. Habéis pedido al Papa una oración por vosotros. Pues el Papa os pide oraciones por él; os las pide a vosotros que sois muy fuertes; sí, con el sufrimiento sois muy fuertes y, por tanto, rezad por mí. Me han dicho que entre vosotros hay una comunidad de ayuda mutua; gracias a esta comunidad ninguno se siente solo, sino apoyado, y cada uno presta apoyo al otro. De este modo es como nace una comunidad verdadera. El encuentro con vosotros ha sido para mí una hora privilegiada porque he podido hablar con cada uno y, por ello, he podido hablar con el mismo Jesucristo, con Jesucristo Redentor».

15-IV-79

## EL VALOR DEL SUFRIMIENTO

En este encuentro de la Semana Santa quiero saludar sobre todo a los enfermos y a los que sufren; a los que están ahora en esta plaza y a los que viven tan numerosos y frecuentemente en soledad, en toda la faz de la tierra, todos ellos queridísimos para mi corazón. Sobre ellos posa la mirada Jesús paciente, Jesús crucificado, para infundirles consuelo y fuerza, a fin de que su cruz sea preciosa no sólo para su purificación y santificación personal, sino también para bien de la Iglesia y de la humanidad atribulada. Amados hijos: Esto os dice el Papa hoy, a la vez que reza por vosotros.

11-IV-79

## EL CRISTO DE LOS QUE SUFREN

*Su Santidad Juan Pablo II dedicó la tarde del domingo 11 de febrero, festividad de la Virgen de Lourdes, a los enfermos. A las cuatro y media de la tarde celebró la Eucaristía en la basílica de San Pedro ante un buen número de enfermos en camilla, que iban acompañados de familiares, y de médicos y en-*

*fermeras de la Unión Nacional Italiana de Viajes de Enfermos a Lourdes y Santuarios de Italia (UNITALSI); y ante quince mil peregrinos de la Obra Romana de Peregrinaciones. Cuando a las siete de la tarde terminó la procesión de antorchas por la plaza de San Pedro, el Papa se asomó a la ventana de su despacho con la antorcha en la mano también él, dio las gracias a todos repetidamente, y dijo a los enfermos: «Sois la fuerza del Papa, de la Iglesia, de la humanidad». Reproducimos a continuación el texto de la homilía, traducido del italiano.*

## Alegría, fe y sacrificio

Queridísimos hermanos y hermanas:

1. Os saludo a todos los que hoy estáis aquí presentes. Os saludo de modo particularmente cordial y con gran emoción. Precisamente hoy, 11 de febrero, día en que la liturgia de la Iglesia recuerda cada año la aparición de la Virgen en Lourdes, os saludo a vosotros que soléis trasladaros en peregrinación a aquel santuario y a vosotros que ayudáis a los peregrinos enfermos: sacerdotes, médicos, enfermeras, miembros del servicio de sanidad, de transporte, de asistencia. Os doy las gracias porque hoy habéis llenado la basílica de San Pedro y con vuestra presencia honráis al Papa haciéndole como participe de vuestras peregrinaciones anuales a Lourdes, de vuestra comunidad, de vuestra oración, de vuestra esperanza y también de cada una de vuestras renunciaciones personales y de la recíproca donación y sacrificio que caracterizan vuestra amistad y solidaridad. Esta basílica y la Cátedra de San Pedro necesitan vuestra presencia. Esta presencia vuestra es necesaria a toda la Iglesia, a toda la humanidad. El Papa os está muy reconocido por esto, inmensamente reconocido. En efecto, el encuentro de hoy está unido sin duda a la alegría que mana de una fe viva, pero también a molestias y sacrificios no pequeños.

## La Iglesia ora por los enfermos y ora con los enfermos

2. El Señor Jesús, en el Evangelio de hoy, encuentra a un hombre gravemente enfermo: un leproso que le pide: «Si quieres puedes limpiarme» (Mc 1, 40). E inmediatamente después Jesús le prohíbe divulgar el milagro realizado, es decir, hablar de su curación. Y aunque sepamos que «Jesús iba... predicando el Evangelio del reino y curando toda enfermedad y toda dolencia» (Mt 9, 35), sin embargo la restricción, «la reserva» de Cristo respecto a la curación que El había realizado es significativa. Quizá hay aquí una lejana previsión de aquella reserva, de aquella cautela con que la Iglesia examina todas

las presuntas curaciones milagrosas, por ejemplo, las que desde hace más de cien años se realizan en Lourdes. Es sabido a qué severos controles médicos se somete cada una de ellas.

La Iglesia ruega por la salud de todos los enfermos, de todos los que sufren, de todos los incurables humanamente condenados a invalidez irreversible. Ruega *por* los enfermos y ruega *con* los enfermos. Acoge cada curación, aunque sea parcial y gradual, con el mayor reconocimiento. Y al mismo tiempo con toda su actitud hace comprender —como Cristo— que la curación es algo excepcional, que desde el punto de vista de la *economía* divina de la salvación es un hecho extraordinario y casi *suplementario*.

### *Semejanza con el Crucificado*

3. Esta economía divina de la salvación —como la ha revelado Cristo— se manifiesta indudablemente en la liberación del hombre de ese mal que es el sufrimiento *físico*. Pero se manifiesta aún más en la transformación interior de ese mal que es el sufrimiento *espiritual*, en el bien *salvífico*, en el bien que santifica al que sufre y también, por medio de él, a los otros. Por lo mismo, el texto de la liturgia de hoy en el que debemos detenernos sobre todo, no son las palabras: «Quiero, sana», queda purificado, sino las palabras: «Sed imitadores míos». San Pablo se dirige con estas palabras a los corintios: «Sed imitadores míos, como yo lo soy de Cristo» (1 Cor 11, 1). El mismo Cristo había dicho muchas veces antes que él: «Ven y sígueme» (cf. Mt 8, 22; 19, 21; Mc 2, 14; Lc 18, 22; Jn 21, 22).

Estas palabras no tienen la fuerza de curar, no libran del sufrimiento. Pero tienen una fuerza transformante. Son una llamada a ser un hombre nuevo, a ser particularmente semejante a Cristo, para encontrar en esta semejanza, a través de la gracia, todo el bien interior en lo que de por sí mismo es un mal que hace sufrir, que limita, que quizá humilla o trae malestar. Cristo que dice al hombre que sufre «ven y sígueme», es el mismo Cristo que sufre, Cristo de Getsemaní, Cristo flagelado, Cristo coronado de espinas, Cristo caminando con la cruz, Cristo en la cruz... Es el mismo Cristo que bebió hasta el fondo el cáliz del sufrimiento humano «que le dio el Padre» (cf. Jn 18, 11). El mismo Cristo que asumió todo el mal de la condición humana sobre la tierra, excepto el pecado, para sacar de él el bien salvífico: el bien de la redención, el bien de la purificación, y de la reconciliación con Dios, el bien de la gracia.

Queridos hermanos y hermanas, si el Señor dice a cada uno de vosotros: «ven y sígueme», os invita y os llama

a participar en la misma transformación, en la misma transmutación del mal del sufrimiento en el bien salvífico: de la redención, de la gracia, de la purificación, de la conversión... para sí y para los demás.

Precisamente por esto San Pablo, que quería tan apasionadamente ser imitador de Cristo, afirma en otro lugar: «Suplo en mi carne *lo que falta* a las tribulaciones de Cristo» (Col 1, 24).

### *Jesús, nuestro Hermano y nuestro Redentor*

Cada uno de vosotros puede hacer de estas palabras la esencia de la propia vida y de la propia vocación.

Os deseo una transformación tal que es «un milagro interior», todavía mayor que el milagro de la curación; esta transformación que corresponde a la vía normal de la economía salvífica de Dios como nos la ha presentado Jesucristo. Os deseo esta gracia y la imploro para cada uno de vosotros, queridos hermanos y hermanas.

4. «Estaba enfermo y me visitasteis» (Mt 25, 36), dice Jesús de sí mismo. Según la lógica de la misma economía de la salvación, El, que se identifica con cada uno que sufre, espera —en este hombre— a otros hombres que «vengan a visitarlo». Espera que brote con ímpetu la compasión humana, la solidaridad, la bondad, el amor, la paciencia, la solicitud en todas sus diversas formas. Espera que brote con ímpetu lo que hay de noble, de elevado en el corazón humano: «me visitasteis».

Jesús, presente en nuestro prójimo que sufre, quiere estar presente en cada uno de nuestros actos de caridad y de servicio, que se manifiesta incluso en cada vaso de agua que damos «en su nombre» (cf. Mc 9, 41). Jesús quiere que por el sufrimiento y en torno al sufrimiento crezca el amor, la solidaridad de amor, esto es, la suma de aquel bien que es posible en nuestro mundo humano. Bien que no se desvanece jamás.

El Papa, que quiere ser siervo de este amor, besa la frente y besa las manos de cuantos contribuyen a la presencia de este amor y a su crecimiento en nuestro mundo. El sabe, en efecto, y cree besar las manos y la frente del mismo Cristo que está místicamente presente en quienes sufren y en quienes, por amor, sirven al que sufre.

Con este «beso espiritual» de Cristo dispongámonos, queridos hermanos y hermanas, a celebrar y participar en este sacrificio en el que desde la eternidad está inserto el sacrificio de cada uno de vosotros. Y quizá hoy conviene recordar de manera especial que, según la Carta a los hebreos, celebrando este sacrificio y suplicando «con poderosos clamores» (Heb 5, 7), Cristo es escuchado por el Padre:

el Cristo de nuestros sufrimientos,  
el Cristo de nuestros sacrificios,  
el Cristo de nuestro Getsemaní,  
el Cristo de nuestras difíciles transformaciones,  
el Cristo de nuestro servicio fiel al prójimo,  
el Cristo de nuestras peregrinaciones a Lourdes,  
el Cristo de nuestra comunidad, hoy, en la basílica de San Pedro,  
el Cristo, nuestro Redentor,  
el Cristo, nuestro Hermano.  
Amén.

### UNIDOS

#### «AL VARON DE LOS DOLORES»

Al grupo de enfermos de la UNITAL-SI de Florencia, a todos los enfermos aquí presentes y a cuantos sufren en el cuerpo o en el espíritu, con particular intensidad de sentimiento deseo dirigir mi saludo cordial y mi promesa de recordarlos en la oración. Queridísimos enfermos: El sufrimiento es un gran misterio, pero con la gracia de Jesucristo se transforma en camino seguro hacia la felicidad eterna. Pues el dolor es medio muy apto para llegar a ser amigos cada vez más íntimos de Jesús, que quiere ser luz y consuelo de nuestra existencia. Os acompañe mi bendición.

Un saludo especial y afectuoso a todos los enfermos en el cuerpo o en el espíritu que habéis venido de varias naciones a visitar al Papa.

Qué significativo, cordial e interesante es este encuentro entre la humanidad que sufre y el Vicario de Aquel que quiso ser «Varón de dolores», para dar así valor, consuelo y esperanza al sufrimiento de toda existencia humana.

El tiempo litúrgico de ahora nos lleva a considerar a Cristo que agonizante en el Huerto de Getsemaní, aceptó verse sometido al tedio, la angustia y la tristeza profunda (cf. Mc 14, 33). El oró, se entregó totalmente a la voluntad del Padre celestial y tuvo consuelo y fuerza suficiente para beber hasta las heces el cáliz del dolor (ib., 14, 36).

Queridísimos enfermos: Tened la mirada fija en Cristo vuestro amigo, vuestro modelo vuestro consolador. Siguiendo su ejemplo conseguiréis que el tedio se os cambie en serenidad, la angustia se os mude en esperanza, la tristeza se os transforme en alegría, y vuestro sufrimiento se convierta en purificación y mérito de vuestras almas, además de en preciosa aportación al bien espiritual de la Iglesia (cf. Col 1, 24).

Os bendigo de corazón a vosotros, a vuestros seres queridos y a cuantos os atienden con amor.

# Noticiario

## Hospitales

### BARCELONA

#### **I SYMPOSIUM NACIONAL DE ENFERMERIA PEDIATRICA**

La Escuela Universitaria de Enfermería San Juan de Dios, de Barcelona prepara el primer symposium de enfermería pediátrica.

Este se celebrará en la primera quincena de diciembre, del año en curso.

El lema que ha inspirado el symposium es: La asistencia integral al niño enfermo. Su motivación: El año internacional del niño. Las ponencias versarán sobre: Admisión y alta del niño enfermo en el hospital. Psicología, trabajo social y familia en relación con el niño hospitalizado. Pedagogía y pastoral hospitalaria en enfermos pediátricos hospitalizados. Urgencia y cuidados intensivos de enfermería pediátrica. Enfermería de salud pública materno-infantil. Farmacología y dietética de enfermería pediátrica.

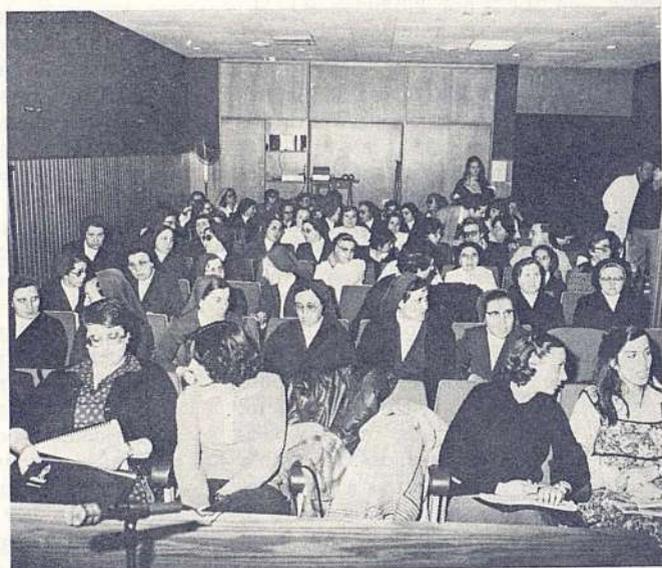
Pueden enviarse comunicaciones a cada ponencia. Estas comunicaciones han de ajustarse al tema tratado en la ponencia. Han de ser enviadas antes del 15 de octubre. La duración de la comunicación será de unos 10 minutos.

*Toda información sobre este I symposium nacional de enfermería pediátrica puede pedirse a:*

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA SAN JUAN DE DIOS  
Carretera Esplugas s/n. Tel. 203 40 00  
Barcelona 34

#### **CURSILLO SOBRE LOS DERECHOS DEL ENFERMO**

Los días 7 al 11 de mayo se han celebrado en el hospital de San Juan de Dios de Barcelona unas jornadas de reflexión sobre «los derechos del enfermo». Han asistido 80 cursillistas procedentes de toda la geografía española. Cinco días intensos con una temática que se hacía cada vez más apasionante, y urgidos por un objetivo fun-



**Concurrentes a una de las sesiones  
del Cursillo de Derechos del Enfermo.**

damental: suscitar inquietud entre los profesionales de la sanidad sobre temas que la nueva medicina está valorando, pero que muchas veces no actúa por infinidad de causas: la prisa, la falta de visión antropológica, la masificación, la falta de organización y coordinación, etc.

Los ponentes —médicos, psicólogos, teólogos— han revalorizado el saber médico, pero han insistido machaconamente —desde distintos ángulos— en la urgente necesidad de una nueva visión del arte de curar. José Manuel Arenal, Fidel Delgado, Manuel Cuyás, José L. Redrado y Francisco Abel han expuesto a un numeroso auditorio de profesionales de la enfermería las ideas fundamentales que son inherentes a algunos de los derechos de los enfermos:

#### *Derecho a no ser objeto de experiencias*

Con esta primera idea comenzó el cursillo. Se hizo un análisis de la necesidad de experimentación para el progreso de la medicina y «servicio al hombre». Se acentuaron ideas sobre la libertad y solidaridad humanas; asimismo los requisitos para que la experimentación no *cosifique* al hombre. Las Declaraciones de Helsinki vinieron a poner de manifiesto, una vez más, la dignidad humana y la responsabilidad de los profesionales de la medicina.

### *Derecho a la información*

Un tema traído y llevado, angustioso para muchos enfermos y también profesionales. ¿Es un derecho, es una necesidad? ¿Para qué? ¿cuándo, cómo, quién informa? Todo un montón de preguntas, muchas de ellas con respuestas incompletas. Y, en el fondo, nos persigue la angustia, otro montón de dificultades: «las del personal sanitario» (prejuicios, monopolio del saber-poder, atomización de responsabilidades...); o también las que surgen en «el enfermo y familia» (quiénes son, cuál es su biografía, su capacidad de comprensión, de aceptación...).

### *Derecho del enfermo a que se respete el secreto profesional médico*

La propia intimidad e identidad está aquí en juego y hay que preservarla de todo ataque inconsiderado. El hombre no puede ser objeto de *curiosidad*.

La tensión dialéctica entre derecho al secreto y deber de comunicar la verdad adquiere particular intensidad y problematización, cuando, por un lado, la necesidad de ayuda fuerza a desvelar la propia intimidad y, por otro, la confianza en que el secreto será custodiado adquiere trascendencia social. Tal es el caso del secreto profesional en general y, muy particularmente, del secreto médico, ya que la causa de la salud tiene una dimensión social no menos importante que la personal y en ambos aspectos es de enorme trascendencia la confianza en el médico, a que da lugar la seguridad socialmente compartida de que no será desvelada la propia intimidad.

### *Derecho a una asistencia integral*

Nuestra relación con el enfermo tiene unas exigencias que arrancan de la técnica, pero que no son las únicas, ni las principales. La asistencia a enfermos requiere, sí, como base, la preparación técnica adecuada, pero reclama imperiosamente un mayor conocimiento de lo que es el hombre, su sentido y el respeto que nos merece. Pide este hombre —en su estado de enfermedad— que le atendamos en su cuerpo, pero que tengamos competencia para saber asistirle como persona, conociendo sus reacciones y su entorno. Todo ello nos llevará a no realizar una asistencia estándar, global y funcional, sino individualizada y personal —explicitada en una aceptación, respeto y escucha concretos.

Lo que distingue el oficio del personal de enfermería de la mayoría de los otros oficios, es que se ejerce con seres vivos y esos seres vivos son no sólo nuestros hermanos, sino que además tienen derechos sobre nosotros, porque sufren. Pero en este servicio importa menos la naturaleza de cuidados que dedicamos al enfermo, que la manera como los prodigamos. De ahí que el oficio de enfermera no soporta ser hecho con indiferencia. Si es practicado así, va camino de su fin, pues el enfermo que viene a pedir socorro a indiferentes, se marcha más enfermo de lo que estaba.

No se trata, por tanto, de un acto profesional, de un simple quehacer, sino que hay que ir más allá: nuestro servicio al hombre que sufre exige una vocación, que es igual a dedicación, entrega, armonía, colaboración, respeto y amor. «El más hondo fundamento de la medicina —escribía el médico Paracelso en el siglo XVI— es el amor. Si nuestro amor es grande, grande será el fruto que de él

obtenga la medicina; y si es menguado, menguados también serán nuestros frutos». Hay que amar a los enfermos para ser capaces de servirles.

### *Derecho a morir con dignidad*

Conviene reflexionar sobre el poder que la ciencia médica ha adquirido sobre la vida y la muerte. Merece una atención especial el enfermo hospitalizado, gravemente enfermo y en situación terminal cuya vida biológica puede alargarse en detrimento de la calidad de vida hasta el punto en que ésta no puede ser asumida por el paciente. No resulta nada fácil contestar a cuestiones como estas: ¿no puede el hombre acelerar el curso que indefectiblemente conducirá a la muerte? ¿existe algún caso en que la eutanasia esté justificada? ¿en caso de desacuerdo entre médicos y familiares, cuál ha de prevalecer? ¿ha cambiado hoy el criterio para definir la muerte?...

Intentar resolver complejos problemas con fórmulas tales como: «dejemos que la naturaleza siga su curso», «dejen que muera de muerte natural», etc., resulta a todas luces simplista. Dejar que la naturaleza siga su curso es siempre consecuencia de una decisión de interrumpir o no dar un tratamiento. Esta decisión, si es racional, es el resultado de ponderar la calidad de vida individual y la relevancia o irrelevancia de un tratamiento específico en una circunstancia individual.

Hemos subrayado aquellas ideas que fueron marco del cursillo en cuanto a su contenido. El número de asistentes, la cantidad de materia, la premura de tiempo nos obligaron a adoptar una dinámica intermedia entre exposición y diálogo.

Recordamos también las comunicaciones que se hicieron a los diversos temas, ya que los introducían o marcaban alguna de las realidades prácticas. Si todas tuvieron su interés, hemos de señalar la participación de un grupo de Voluntarios del hospital, de niños y enfermeras que, en animoso diálogo con los cursillistas, nos dijeron algunas formas de contribuir a una asistencia integral.

A los ponentes y comunicantes, nuestra enhorabuena. También, y sobre todo a los participantes, porque su responsabilidad y experiencia nos descubrió nuevos caminos y nuevos motivos para seguir trabajando.

JOSÉ L. REDRADO

## **LOS VOLUNTARIOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CELEBRARON SU PASCUA**

A tal efecto se organizó una excursión al Montseny, y el día D a las 8 a. m. ya unos voluntarios se afanaban pintando la pancarta que luciría todo el día en la parte trasera del autocar y a las 9 en punto, entre las risas y los gritos de alegría de los pequeños y de los mayores, todos estábamos listos para la salida pero, ¡cómo no!, el hermano Cecilio (alias «El Renfe», por lo *atrasao*) llegó con su media hora de retraso. Ni que decir tiene que fue recibido con una gran ovación.

Ya todos presentes, la «jefa» da la salida. Para que tengamos un buen viaje, todos cantamos el Virolai. Todo es alegría, cantos y risas. Pocos son los que se fijan en el recorrido. Lo principal es la convivencia. Y así, sin paradas ni contratiempos, llegamos a El Brull. ¡Qué paisaje



Excursión al Montseny.  
Reunidos en uno de los bellos prados en los que todos jugaron.

tan bonito! Los prados y la flora de distintas tonalidades, de verdes claros y limpios, son un regalo para la vista.

Se organiza la Gimkana, en la que la participación es masiva. Todos con prisas: unos a la caza y captura de la castaña, otros de flores..., inventando poesías y canciones..., presentándose al final todos los grupos ante el *Gran jurado*, y como es lógico, un grupo fue el vencedor. No creo que sea preciso dar los nombres, pues los vencedores fueron todos los que participaron.

Seguidamente se preparó el altar para la celebración Eucarística. A medida que íbamos ensayando los cantos, el tiempo iba empeorando. El padre Miquel, que tiene mucha moral, sentenció: «no os preocupéis, no lloverá». Tuvo razón, no llovió: ¡Nevó!, y el amplio círculo que habíamos formado se convirtió en un grupo apiñado, muy cerca el uno del otro, debajo de un cobertizo abierto a los cuatro vientos, y allí proseguimos la celebración. Renovamos las promesas del Bautismo, encendimos nuestras velas, pero lo que más me «llegó» fue cuando Vicenta, la madre de David nos leyó su mensaje. Y ¡qué mensaje! En aquel momento sentí que David estaba con nosotros, y no me da vergüenza confesar que unas lágrimas rodaron por mi mejilla. A Vicenta muchas gracias por el maravilloso regalo de Pascua que nos hizo. Emotivo también el intercambio de claveles, en el momento de darnos la *Paz*, con esos mensajes escritos de corazón... Y con la vuelta del buen tiempo termina la Celebración.

Nos avisan que la comida está esperando en el comedor de Casademunt del Montseny. Nos es servida la «frugal» comida (es broma) y, terminada la misma (muy poco se puede contar de ella) se organiza en un salón *el mejor espectáculo del Montseny*. Un locutor de fábula nos va presentando a los muchos (a cual mejor) artistas, que salen hasta de los tiestos. Apunté los nombres, pero perdí la lista. Creo que así es mejor, ya que así no habrá modo de que nos los capten los grandes empresarios de espectáculos... Francamente, mucho mejor el espectáculo que la comida.

Y de nuevo al autocar para regresar a Barcelona por distinto camino, ya que al ir fuimos por la autopista a

Martorell, Papiol, Mollet, salida dirección Vic, por Seva hasta el Brull. La vuelta fue por Coll Formic (1125 m de altura) Montseny, San Celoni y autopista Barcelona-La Junquera, con parada en el pueblecito del Montseny para tomarnos un refrigerio. Los mayores, cosas calentitas y los otros, helados.

Y en medio de esa desbordante alegría de la juventud, llegamos al hospital. Despedidas, y hasta otra. Podría nombrar a muchos de los que asistieron, pero creo que no son los nombres sino las personas las que cuentan.

Para la próxima salida: «puedo prometer y prometo» que el hermano *Renfe* será puntual; «puedo prometer y prometo» que se pedirá el menú antes de comprometerse a la comida y, finalmente, «puedo prometer y prometo» que todos nos amamos más después de esta salida.

¡Aleluya!

JUAN BORRÁS I ESPINÁS

## TESTIMONIO DE UNA MADRE

Hundida, desesperanzada y falta de fe... así es mi estado a la hora de coger este lápiz, uno de los que vosotros, voluntarios, trajisteis a mi hijo para que escribiera a los Reyes Magos; él no pudo utilizarlos... pero en su nombre y en el de tantos padres angustiados e impotentes ante nuestra adversidad... hago uso de él, para daros las gracias por vuestra labor, quizá la menos reconocida dentro del hospital, pero estoy segura que por ignorada desde fuera, sorprende a los que como nosotros la desconocíamos y hemos sentido vuestro apoyo siempre... hasta el último momento.

VICENTA BOSCH, de Tona

## ALBERGUE «SAN JUAN DE DIOS»

El pasado miércoles, día 9 de mayo, unos cuantos voluntarios tuvimos ocasión de visitar el nuevo Albergue «San Juan de Dios», instalado en la calle Cardenal Casañas, 6 y 8, en un antiguo edificio, totalmente reformado y adaptado para su fin.

En un ambiente luminoso y alegre, dentro de un estilo sencillo, moderno y funcional, el albergue cuenta con recepción, habitaciones para 100 personas, comedor, snack bar y todos los servicios necesarios, repartidos entre los diversos pisos de la casa. En el último piso se encuentra la vivienda de los cinco hermanos de san Juan de Dios que se harán cargo del albergue. Son todos ellos jóvenes y animosos, dispuestos a emprender cuanto antes la humanitaria tarea que se han impuesto y para la cual están debidamente preparados.

En el albergue se acogerán vagabundos, transeúntes y todas aquellas personas que acudan al mismo, enviadas por Cáritas o por los organismos sociales del Ayuntamiento. En él se les facilitará cena, cama y desayuno.

La visita fue para nosotros muy interesante y deseamos vivamente que el mejor de los éxitos acompañe a esta obra tan altruista y tan necesaria para Barcelona, que esperamos sea inaugurada en breve. Con sumo gusto los voluntarios ofrecemos nuestra colaboración, si en algo podemos ser útiles.

ALICIA FRANCEVICH

Nuestros lectores escriben

QUEZALTENANGO, GUATEMALA

**LABOR HOSPITALARIA  
Y LAS HIJAS DE LA CARIDAD**

Hemos recibido un importante comunicado enviado por Manuel Aznaiz, C.M. capellán de la iglesia y hospital San Juan de Dios de Occidente, a las superiores y delegadas participantes en la Asamblea provincial de las Hijas de la Caridad de Centro América, sobre suscripciones a LABOR HOSPITALARIA.

El padre Arnaiz se dirigió a tan honorable Asamblea para agradecerles a las Hijas de la Caridad la cooperación que vienen prestando a LABOR HOSPITALARIA desde hace años y para animarles a que sigan cooperando con interés en pro de LABOR HOSPITALARIA y de otras revistas católicas.

Al recoger la noticia, agradecemos vivamente el interés del querido amigo Manuel Arnaiz, con todo lo que se relaciona con su revista. La buena acogida que se dispensa a LABOR HOSPITALARIA en los países de habla hispana, tiene en este religioso paúl y en otros hispanoamericanos amigos también incondicionales, su mejor apoyo. Gracias de verdad.

**HOSPITAL HILARIO GALINDO  
SAN FELIPE, RETALHULEU**

Guatemala 16 de enero de 1979

Apreciable Hno. Ramírez Bayona. Barcelona. España

Me es grato dirigirme a usted en estas pocas líneas para saludarlo y desearle a usted y Comunidad un Feliz y Santo Año 1979.

Ayer recibimos su atenta tarjetita donde nos pide aclaración sobre nuestra casa.

Ciertamente este hospital es privado, gracias a la donación de un bienhechor que ya falleció y que dejó en su testamento se hiciera un hospital con el producto de la finca que se llama San Cayetano, para bien de toda esta gente campesina y de los alrededores, por esta razón lleva su nombre Hilario Galindo. Se sostiene con la venta del café que produce la finca, de la que llevan control unas tres personas, pues sólo vive la esposa sin hijos.

Está ubicado en el centro de la finca, de manera que gozamos del canto de los pájaros y canto de los gallos al amanecer, luego los grillos y sapos por la noche, se vive una plena soledad y tranquilidad gracias a Dios en medio del campo. El hospital tiene cabida para 60 enfermos; es un hospital grande en pequeño, se hace de todo: grande cirugía, maternidad, pediatría, medicina de toda clase, consulta externa diaria, unos 50 pacientes, atendidos por 5 médicos, hermanas trabajamos tres en el hospital, Sor María Jiménez, Sor Berta Méndez, Sor Erica Morataya, Sor Mercedes de la Roca. Tiene además un proyecto con 250 niños, escuela nocturna con unos 75 alumnos jóvenes y adultos.

Mucho nos agrada leer la revista LABOR HOSPITALARIA, por la que siempre hemos tenido predilección, desearíamos hicieran algunos cursillos en dicha revista para los que estamos lejos de ustedes, tales como de obstetricia, de pediatría, de medicina, etc.

Por lo anterior se da cuenta que nuestro hospital no es el de Retalhuleu, éste es Nacional o sea del Gobierno, hay hermanas de las nuestras, quedamos a media hora de distancia en carro, nos comunicamos algunas veces, luego éste queda como antes le indico, siempre pertenecemos al Departamento de Retalhuleu.

Le suplico enviarnos algo más de interés hospitalario en bien de nuestros pobres.

Respetuosamente

SOR MERCEDES DE LA ROCA  
Afma. Hermana Sirviente Administradora H. de la C.

**HOSPITAL «SAN JOSE»  
DIRIAMBÁ, NICARAGUA, C. A.**

Diriamba, 2 de abril 1979

Muy estimado hermano en Cristo:

Hemos recibido tarjeta suya del mes octubre del 78, y nos dispensa que hasta ahora le acusemos recibo por circunstancias inesperadas.

Nos da pena su amable dispensa que nos hace del valor de la Revista que usted tan dignamente la dirige y de grandes conocimientos hospitalarios, en verdad su labor es ardua pero benéfica.

Esperamos en Dios Nuestro Señor, que si nuestra situación mejora en todo aspecto tendríamos la oportunidad de recomendarle el envío de dicha Revista.

Le estamos enviando un folleto de nuestro pequeño hospital que con la ayuda que nos brinda la Divina Providencia vamos superando las necesidades que se nos presentan, para bien de los pacientes que llegan a este Centro.

Va nuestro profundo agradecimiento por su generosidad, y lo tendremos muy presente en nuestras oraciones, para que el buen Dios lo proteja y ayude en todas sus actividades en bien de los otros.

Con toda consideración y respeto va un saludo cariñoso de toda la Comunidad.

Afma. hna. en Cristo.

SOR MARÍA PAULINA ALONSO

*Fundación y breve historia*

Este hospital fue fundado en el año 1955 con la generosa cooperación de insignes benefactores de la Ciudad de Diriamba y el esfuerzo constante de la Congregación de Hermanas Josefinas, en llevar a cabo esta obra benéfica; siendo su principal objetivo: el atender al Cuerpo Doliente de Cristo, en la persona del enfermo que sufre y carece de recursos materiales.

*Organización*

Funciona actualmente por medio de una Junta Directiva que gustosamente lo hacen:

Un Director Médico: Voluntario.

Una Administradora: Religiosa.

Cuerpo Médico.

Cuerpo de Enfermería.

*Servicios que prestamos*

Medicina General.

Cirugía General.

Ginecología y Parto.

*Consulta externa*

En este servicio externo atendemos un promedio diario de 100 pacientes.

*Mantenimiento: Dios provee*

1. Es un Hospital Privado; por lo tanto, no vive de impuestos.

2. Construido para el que más necesita.

3. El 98% de pacientes que nos llegan son personas de muy bajos recursos económicos.

4. El 2% de buenos y medianos recursos.

# Pastoral

## LA PASTORAL SANITARIA: UN TEMA PARA LA HISTORIA

### Comisión Internacional

La Comisión Internacional, creada por la Curia Generalicia de los Hermanos de san Juan de Dios viene a secundar los deseos del último Capítulo General en orden a realizar una reflexión pastoral sobre nuestra propia misión.

La Comisión —cuyos componentes se indican más abajo— tuvo su primer encuentro en Roma en el mes de noviembre y fue presidida por el P. General. Allí se estudiaron los objetivos, estructura y metodología que debía seguirse.

### Componentes de la Comisión

#### Presidente

José Luis Redrado Marchite  
Ctra. de Esplugas, s/n. Tel. 203 40 00  
BARCELONA (España)

#### Secretario

Christian Clave  
Collegio Internazionale «S. Giovanni di Dio»  
Via della Nocetta, 263. Tel. 622 48 50  
ROMA (Italia)

#### Miembros

Damien O'Shea  
St. John of God Hospital  
Stillorgan. Tel. 88 05 09 - 88 00 49  
DUBLIN (Irlanda)

Leodegar Klinger  
Krankenhaus  
Romanstrasse, 93. Tel. 089-17951  
MÜNCHEN, 19 (Deutschland)



Grupo de hospitalarios europeos reunidos en España.

Elia Tripaldi  
Villa S. Giovanni di Dio  
Torretta, 2. Tel. 06/ 939 60 00 - 939 69 91  
GENZANO DI ROMA (Italia)

Markus Wittmann  
Krankenhaus  
Marschallgasse, 12. Tel. 0316/91 33 30  
A - 8020 Graz (Austria)

### OBJETIVOS

1. Reflexionar y profundizar en la razón y finalidad de nuestra presencia —como religiosos— en el mundo sanitario.
2. Concienciar a nuestros hermanos sobre la misión pastoral, como dimensión que dimana del Bautismo y de la Consagración Religiosa.
3. Estar en contacto con las Provincias para ayudarles en este desarrollo pastoral, teniendo como base de la misma, la lucha por la justicia y la humanización de nuestras obras asistenciales.
4. Buscar y analizar qué medios son más aptos para encarnar el mensaje evangélico en nuestras estructuras asistenciales, tanto a nivel de evangelización, como de liturgia y de servicio caritativo.
5. Estimular al personal creyente que trabaja en nuestros hospitales y obras asistenciales y también a la familia de los enfermos para una inserción y colaboración en el campo de la pastoral.
6. Concienciar a las comunidades para una inserción y animación de la pastoral sanitaria a nivel nacional, diocesano y parroquial.

### Metodología de trabajo

La primera realidad contemplada por la Comisión está relacionada con el próximo Capítulo General, de tal forma que se intenta un estudio sobre el tema de la pastoral sanitaria. A este fin se envió a las curias provinciales un cuestionario que nos permitiese partir de la realidad. Otro de los aspectos contemplados ha sido la necesidad de realizar encuentros a distintos niveles, y todo ello con el fin de crear conciencia tanto entre los hermanos como en las estructuras de gobierno de las respectivas provincias.

### Barcelona: una fecha histórica

Puestos en camino, Barcelona fue el lugar del primer encuentro a escala internacional; las fechas 28 de abril al 2 de mayo pasarán a la historia. El encuentro tenía también sus objetivos: 1. Estudiar la temática que compete a la Comisión en cuanto a pastoral sanitaria se refiere; 2. Compartir con los Agentes de Pastoral Sanitaria de lengua española, italiana, portuguesa y francesa las ideas, las experiencias y las necesidades pastorales; 3. Llegar a concretizar objetivos y pistas de acción.

Elaborado el programa, se trataba de que fuera trabajado por los capellanes y las comunidades. Se hicieron los cuestionarios y las provincias de las lenguas que habían de participar asumieron su responsabilidad de estudio, según sus posibilidades; todo ello formaría parte del encuentro de Barcelona.

### El P. General en Barcelona

Para compartir, impulsar y alentar esta tarea pastoral se hizo presente el P. General; su presencia y su palabra

puso siempre un tono de esperanza y de lucha. Los discursos de apertura y clausura sintetizan claramente que todo ello se tenía que vivir a este nivel.

### COMIENZAN LOS TRABAJOS

*Día 28.* La Comisión Internacional se reúne en el Tibidabo y comienza su labor tal como estaba señalado en el programa: Estudio y análisis de la encuesta contestada por las provincias; ideas sobre el documento-base de pastoral; dinámica a seguir en los próximos días del encuentro; calendario de la Comisión. Todo ello polarizó la atención de la primera jornada.

*Día 29.* Atención y acogida a quienes llegaban para el encuentro. A media tarde todo pudo parecer un Babel (confusión de lenguas); pero no, todos veníamos con espíritu de Pentecostés.

A la hora prevista, el saludo de bienvenida, el reparto de material, presentación de la dinámica a seguir. Dos aspectos hay que resaltar en esta tarde: el discurso del P. General —acogedor, vibrante, lleno de fuerza— y la celebración de Vísperas. Todos nos sentimos cómodos, el ambiente era propicio para compartir. En total, 60 participantes de las diversas lenguas señaladas anteriormente, y entre ellos también los miembros de la Comisión, ampliada por la lengua inglesa y tedesca.

*Día 30.* Era el día más fuerte del programa con una temática teórica e iluminadora de la pastoral; se trataba de caer en la cuenta de algo fundamental: las nuevas pistas sanitarias nos llevan a un cambio mental y estructural en los sistemas pastorales. Los dos conferenciantes —padres Arenal y Rude— iluminaron esta situación con los temas sobre la presencia de la Iglesia y de los Agentes en la pastoral. La reflexión hecha por las respectivas provincias y comunicada a cada conferencia nos hacía ver cuál era esta realidad.

*Día 1.* Este día se centró en aspectos prácticos, partiendo de la exposición y comentario de la encuesta, resaltando sobre todo los puntos fundamentales y las propuestas que la Comisión presentaba. Unos y otros fueron objeto después de un estudio por grupos lingüísticos. Dicha reflexión confirmó una vez más la trayectoria que en la encuesta se trazaba y la necesidad de unos resortes que potenciasen y animasen la pastoral. Se terminó el día con la comunicación de experiencias diversas y las características pastorales que se perciben en los distintos países.

*Día 2.* Excursión a Montserrat y San Baudilio; un día dedicado a la fraternización y que formaba parte del intercambio entre unos y otros. Madrugamos más que los días anteriores, pero era fácil adivinar en los rostros que esto importaba poco. A pocos kilómetros de dejar la ciudad, la montaña formaba un telón de fondo para los ojos curiosos y admiradores de la naturaleza.

Ya en Montserrat, nos vimos acogidos como «turistas ilustres»; mejor, como si fuéramos de casa. Los padres Martín, Parellada y Alejandro fueron los guías de los diversos grupos y nos adentraron en todo lo que Montserrat es de bello, de cultura, de estudio, de espiritualidad. En la síntesis lo pudimos apreciar primero en un audiovisual excepcional, elogiado al unísono por todo el grupo. Y después paso a paso: la biblioteca, el museo bíblico, la sala capitular, el comedor, la basílica y la Virgen Morena. El punto culminante de nuestra visita fue la



La Comisión Internacional con el hermano General en un descanso de las tareas llevadas a cabo en Barcelona.

Eucaristía concelebrada con los monjes; en ella nos sentimos todos unidos y compartimos juntos la esperanza de que la pastoral sanitaria vaya abriéndose camino, así se explicitó en las preces. Terminada la misa, nos recibió el padre Abad quien tuvo para el grupo unas palabras de congratulación y aliento en esta difícil tarea de la presencia de la Iglesia entre los pobres y enfermos.

A la una escuchamos el canto de la Salve y el Virolai y terminamos nuestra visita; estamos seguros que todos nos llevamos un grato y emocionante recuerdo. Seguimos nuestra ruta camino de San Baudilio; allí nos esperaba la comunidad para compartir todos juntos la comida y visitar después el hospital psiquiátrico. Fue el remate de un día que los agentes de la pastoral no olvidarán.

### El encuentro por dentro

Es lo que cada uno vivió; es el interrogante que cada uno se llevó; la satisfacción de haber vivido juntos los mismos problemas.

Las conferencias, el estudio, las comunicaciones fueron como el marco; la figura la iban diseñando otras muchas cosas: la liturgia preparada anteriormente, los ratos de fraternización, la expresión de alegría, el enriquecimiento de experiencias compartidas y otras muchas cosas que no se ven pero que se notan: el interés, la responsabilidad, el esfuerzo y el trabajo en el anonimato; todo ello contribuyó a formar el clima y a sentirse a gusto; en fin, a participar y no sólo a *asistir* a un encuentro que se contará en la historia. Y todo ello gracias a la colaboración de todos.

JOSÉ L. REDRADO

### PAMPLONA

### RESULTADOS DE LAS II JORNADAS DE SANIDAD

En un ambiente de entrega y trabajo, según los organizadores, se celebraron las II Jornadas de Sanidad, diri-

gidas por el Secretariado de Pastoral Sanitaria y la FERS (Federación Española de Religiosas Sanitarias) bajo el lema de «por un servicio sanitario más humano». El acto de clausura de las jornadas, como informamos, tuvo lugar el pasado sábado, pero en estos momentos las entidades organizadoras trabajan ya en la prolongación de sus frutos.

—Tras la celebración del curso —nos manifestaba el P. Miguel Ezpeleta, delegado de Pastoral Sanitaria, y sor Asunción Idoate delegada de la FERS— tenemos en proyecto la preparación de grupos pequeños, con la finalidad de estudiar, de forma más profunda, temas concretos del mundo sanitario. Por otra parte, se ha pensado en montar un sistema de formación permanente para el personal sanitario, con la pretensión de ampliar y actualizar conocimientos.

En este sentido, los cursillistas de las jornadas —en número superior a cuatrocientos— respondieron a una encuesta sobre necesidades formativas.

—Las primeras jornadas tuvieron lugar el año pasado, en octubre, con un carácter más restringido y más religioso. Tal vez por el clima positivo de las mismas, la asistencia a las segundas jornadas ha sido tan amplia. Nuestro objetivo: el hombre enfermo; nuestro interés: sensibilizar al personal sanitario para que el trato del enfermo sea más humanitario. Y no sólo al personal sanitario, sino también, en particular, a la familia del enfermo y a la sociedad entera. Intentaremos repetir las jornadas todos los años, visto el éxito de las mismas.

#### *El peligro de los grandes hospitales*

—Con frecuencia se habla de la deshumanización de los grandes hospitales. Este ha sido uno de los temas debatido en las jornadas. ¿Es la situación realmente angustiada?

—Todavía —responde el P. Ezpeleta —la deshumanización no alcanza niveles alarmantes, pero sí existe el peligro de que la tecnificación, la máquina cumpla la acción del hombre y sustituya al médico en parte del tratamiento. Además de píldoras y curas, el enfermo requiere buenas palabras, cariño y trato humano. Por razones de economía se ha tendido hasta ahora a construir grandes centros hospitalarios, cuando lo idóneo serían centros de menor capacidad, a nivel comarcal y subcomarcal, para que el enfermo no tuviera que salir de su área vital. Precisamente, la reforma sanitaria va por estas líneas de acercamiento de los hospitales a los enfermos.

—En el acto de clausura monseñor Cirarda afirmó que el enfermo es un marginado. ¿A qué niveles se produce esta marginación?

—Los enfermos —contesta sor Asunción— más que todo se encuentran marginados por la sociedad y en algunos casos por sus propias familias. No se puede pensar solamente en enfermos temporales, sino que hay que acordarse de los enfermos crónicos, ancianos, enfermos mentales, contagiosos, etc. Son ellos los que más necesitan el trato humano y el apoyo social.

### **CLAUSURA DE LAS JORNADAS «POR UN SERVICIO SANITARIO MAS HUMANO», POR MONSEÑOR CIRARDA**

Presidida por monseñor Cirarda, arzobispo de Pamplona, ayer tuvo lugar la clausura de las Jornadas «Por un servicio sanitario más humano», organizadas por el Secre-

tariado de Pastoral Sanitaria y la FERS (Federación Española de Religiosas Sanitarias), que han venido celebrando en nuestra ciudad desde el pasado día 17.

A las seis de la tarde, hizo acto de presencia en el salón de los Salesianos, donde se han desarrollado todas las jornadas, don José María Cirarda, y poco después dio comienzo la clausura de las Jornadas, consistente en unas palabras que el Arzobispo de Pamplona dirigió a todos los asistentes y en la entrega de diplomas.

«Quiero manifestaros mi alegría —afirmó Mons. Cirarda— por vuestra presencia aquí; sin duda alguna os ha podido estimular el hecho de conseguir un diploma pero estoy seguro que por encima de eso os ha movido una conciencia clara. Yo me atrevería a deciros, sanitarios y sanitarias, que sois pieza clave para que un hospital, una clínica o cualquier servicio sea más humano. Siempre se ha dicho que en las empresas para que exista un clima humano es más importante lo que puedan hacer las personas que ocupan puestos intermedios que lo que pueden hacer los grandes consejeros de la Administración».

Monseñor Cirarda recordó sus años de enfermedad y afirmó que «el enfermo, mientras está enfermo, tiene algo de marginado. Es cierto —dijo— que despierta entre sus familiares un interés y que polariza el cariño de los suyos, pero cuando la enfermedad es larga se siente un poco marginado».

#### *Aborto y planificación familiar*

Dos de los temas abordados durante las Jornadas y considerados como cuestiones candentes hoy fueron el de la planificación familiar y «Aborto sí aborto no». Monseñor Cirarda, hizo referencia a los mismos a lo largo de su intervención, afirmando que cuando se habla de aborto desde una conciencia cristiana siempre habrá que decir aborto no en aquellos casos que se trate de aborto directamente procurado porque el hombre antes de nacer ya tiene la misma dignidad que después de haber nacido».

La planificación familiar es no sólo buena sino necesaria, afirmó monseñor Cirarda, quien añadió que «la Iglesia nos había dicho de una manera clara, concisa y expresiva desde el Concilio que el que los padres tengan un plan a la hora de concebir sus hijos no sólo es bueno sino necesario». Siempre que haya circunstancias económicas, sociales, etc., los padres deben pensar en la paternidad responsable pero no pueden dejarse llevar por el egoísmo cuando hacen la planificación de su familia.

Monseñor Cirarda finalizó su intervención felicitando a todos los asistentes a las Jornadas y animándoles a seguir por el mismo camino.

DIARIO DE NAVARRA

### BARCELONA

#### **SEMINARIOS Y CURSILLOS**

Se han celebrado los tres primeros seminarios de los varios programados para el curso 1979 por el Secretariado de Pastoral Sanitaria del arzobispado de Barcelona. El primero trató ampliamente el tema: Organos de Gobierno de los hospitales. Coordinó el seminario José Antonio Moreno. El segundo seminario versó sobre Administración y fue su coordinador Jaime Batalla, profesor de alta administración.

Organizado también por el Secretariado de Pastoral Sanitaria del mismo arzobispado, se ha celebrado un cursillo sobre *La salud y la enfermedad*, en la parroquia Nuestra Señora de Bellvitge, Hospitalet. Este servicio de la comunidad parroquial a los enfermos, fue puesto de relieve, por los hermanos Francisco Sola y José Luis Redrado, en los temas: *La salud, responsabilidad de todos. ¿Cómo reacciona el hombre frente a la enfermedad? El enfermo y la comunidad de creyentes.*

El día 19 de mayo se celebró en Sarriá, el tercer seminario, siguiendo la línea trazada para estos seminarios, por el Secretariado Diocesano de Pastoral Hospitalaria.

Cerca de un centenar de asistentes dieron calor y vida al trabajo, que se está realizando en la diócesis barcelonesa, en pro de la pastoral del mundo de la salud.

### **A propósito de la despenalización de la publicidad de los anticonceptivos**

#### **SE ESTAN FACILITANDO COMO ANTICONCEPTIVOS PRODUCTOS ABORTIVOS**

*Es muy distinto impedir la formación de un nuevo ser, que deshacerlo después de formado*

No tenemos en principio nada en contra de que se despenalice la publicidad de los anticonceptivos. Sí habría que poner un reparo importante a la masiva publicidad de los productos farmacéuticos en revistas médicas, que sirven para la financiación de éstas. Sería interesante hacer un recuento de la cantidad de revistas médicas, que todo médico colegiado recibe gratuitamente y que me sospecho van a parar rápidamente en su mayoría a las papeleras. Se trata de revistas, algunas de ellas primordialmente de costes muy elevados, que se pagan a base de la propaganda de productos farmacéuticos y, por tanto, de los bolsillos de cuantos tenemos que comprar medicinas en nuestra hipermedicalizada sociedad.

Hecho este inciso, que me parece importante tener en cuenta, quiero ante todo aludir a un hecho que me preocupa profundamente en relación con todo este tema de la despenalización de los anticonceptivos. Y es que se mete en un mismo saco productos que son claramente anticonceptivos y otros que actúan interrumpiendo el desarrollo de un incipiente embrión humano en sus primeras fases de desarrollo. Este punto no queda suficientemente destacado en toda la discusión sobre la despenalización de los anticonceptivos.

#### *Dispositivos intrauterinos*

En concreto se admite ahora la propaganda de los dispositivos intrauterinos. Estos artificios, llamados también «espirales», son pequeños dispositivos que el médico introduce en el interior de la matriz y quedan allí de una forma permanente. Su tamaño es de aproximadamente 25 mm y sus formas son muy variadas («T», «Y», en forma de lazo, de espiral...). La presencia de este cuerpo extraño en el interior del útero provoca tales modificaciones que imposibilita de la mujer portadora, del dispositivo pueda quedar embarazada. Su eficacia, como método de control de la natalidad, es muy elevada, aunque inferior a la de los anovulatorios (la famosa «píldora»). Desde el punto de vista médico plantea también sus problemas: dolores, hemorragias... incluso algunas veces per-

foraciones uterinas. De todos modos, se considera como un método de control de natalidad eficaz y médicamente aceptable. Sobre este último punto hay que subrayar que también preocupa el hecho de que un cuerpo extraño tenga que estar de forma permanente en un órgano tan sensible como es la matriz.

El gran problema que plantean los dispositivos intrauterinos se relaciona con su forma de actuar. A diferencia de la «píldora», cuyo principal mecanismo de acción consiste en inhibir la ovulación (no hay óvulo y, por tanto, no hay posibilidad de fecundación), los dispositivos intrauterinos actúan impidiendo lo que, biológicamente, se llama «anidación». Una vez que ha tenido lugar la unión del óvulo y el espermatozoide, aproximadamente una semana después, el diminuto embrión humano, formado por un puñado de células, se fija en el interior de la matriz. Ello naturalmente si ésta se halla en condiciones. Si en el interior de la matriz hay un dispositivo, el endometrio sufre tales modificaciones que el embrión no puede fijarse. Como me decía hace poco un médico, aunque el nuevo ser esté lleno de vitalidad no puede desarrollarse si se le coloca sobre un ladrillo. Efectivamente, la pared interna de la matriz no está preparada, si la mujer lleva puesto el dispositivo, y el embrión no puede fijarse en aquella y es expulsado. Por ello, hay que decir que la mujer que lleva puesto el dispositivo, es una mujer que está teniendo continuamente abortos precoces.

#### *Dispositivos activos*

Esta forma de actuar de los dispositivos es totalmente clara en los dispositivos de plástico o inertes. Últimamente se vienen usando dispositivos llamados activos, porque llevan un pequeño filamento de cobre, que refuerza su eficacia como método de control de la natalidad. Se insiste en que la presencia del cobre en el dispositivo hace que éste tenga una acción espermicida, es decir que mata a los espermatozoides y, por tanto, no hay posibilidad de fecundación.

Pero, ¿constituye esta acción espermicida el principal mecanismo de acción de los dispositivos activos? Como biólogo y moralista he tenido un gran interés en estudiar este punto y puedo decir que la investigación médica y biológica, aun admitiendo esta acción espermicida, subraya que la razón por la que una mujer con un dispositivo de cobre no queda embarazada es porque se interrumpe en ella el proceso embrionario en sus comienzos.

Me parece importante insistir en este punto. Parece como si en España se hubiesen puesto hoy de moda los dispositivos intrauterinos. Y conozco varios casos de médicos que dicen, antes de insertar el dispositivo, que se trata de un método meramente anticonceptivo y no abortivo. Me parece que esta afirmación es científicamente inexacta. Soy consciente de toda la complejidad y la dificultad del tema de aborto, pero hay que afirmar que existen muy importantes argumentos en favor de la calidad humana del embrión desde la fecundación. Y que, por ello, hay que distinguir claramente entre lo que es un método de control de natalidad meramente anticonceptivo y lo que es un método abortivo, aunque sea microabortivo. Y los dispositivos intrauterinos lo son.

JAVIER GAFO

en la Universidad Pontificia de Comillas)  
(Profesor de Deontología Médica)



**UN SISTEMA FUNCIONAL  
QUE SUPERA TODAS LAS LIMITACIONES,  
INCLUSO LAS ECONOMICAS**

## **SISTEMA VASCULAR "S"**

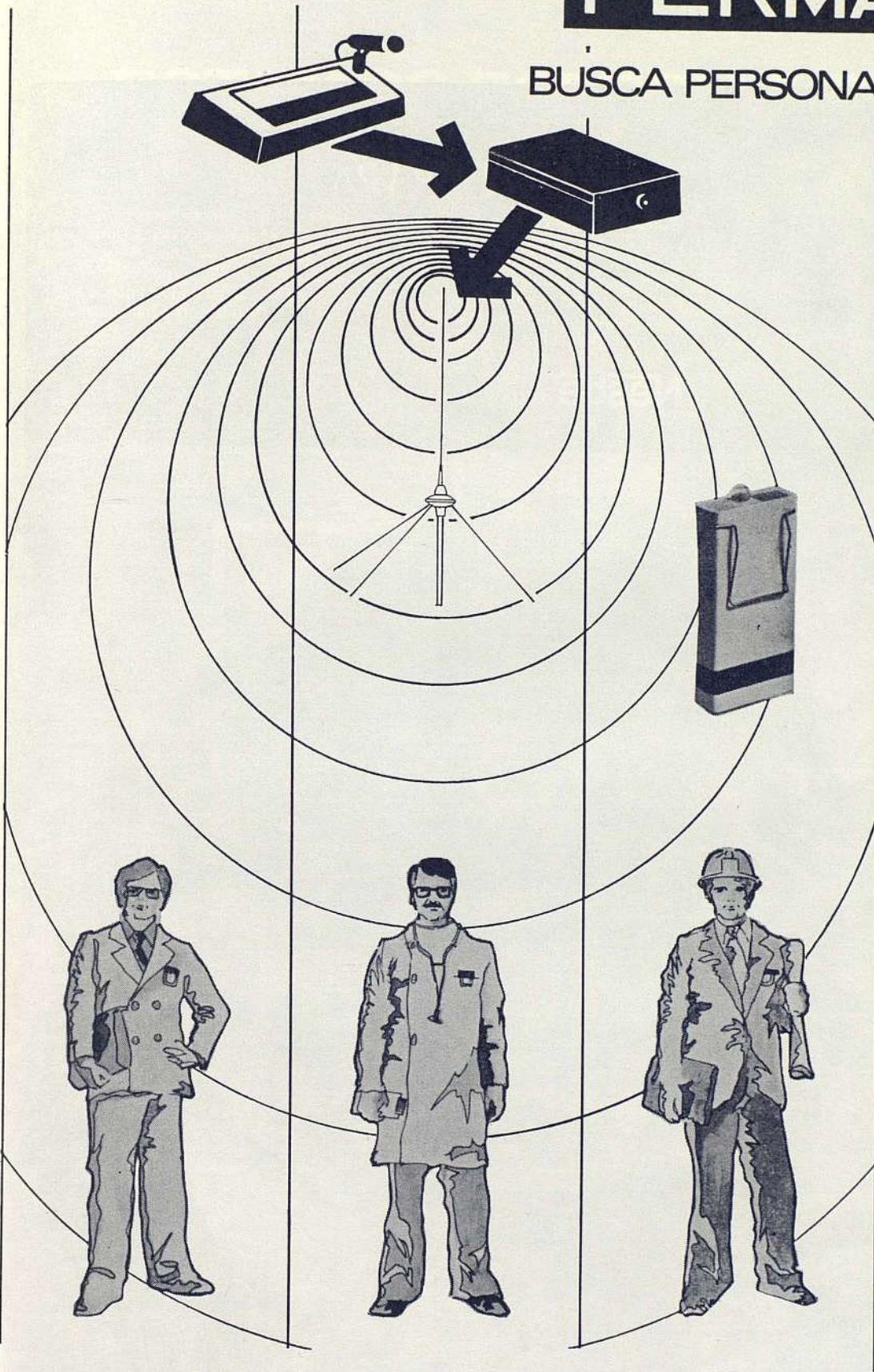
Una unidad de trabajo que pone en sus manos la posibilidad de incluir, en su gabinete radiológico, un área hasta ahora excesivamente costosa, cuyo mayor obstáculo no era otro que el económico. Póngase en contacto con General Eléctrica Española, y verá cómo este problema lo ve de distinta forma que hasta ahora.



**Tecnología Española al Servicio de la Salud**

# FERMAX BP

## BUSCA PERSONAS POR RADIO



**Los mejores  
equipos  
para:**

- TELEFONIA INTERIOR
- INTERCOMUNICACION
- RADIOTELEFONOS
- SONORIZACION Y MEGAFONIA
- TELEVISION EN CIRCUITO CERRADO
- ALARMAS
- PORTERO ELECTRONICO
- VIDEO PORTERO
- EQUIPOS ELECTRONICOS PARA NAUTICA
- PLACAS SOLARES
- EQUIPOS ESPECIALES PARA CENTROS MEDICOS HOSPITALES Y CLINICAS

**PIHERNZ**

**FERMAX**

Avda. José Antonio, 423

## COMO TU, PAPA

Quieres ser alto como papá, fuerte como papá, y saber tantas cosas como papá. Porque papá es el más alto, el más fuerte y el que más cosas sabe. En Nestlé nos gusta el lenguaje de los niños. Nos gustan los niños, porque ellos son los hombres altos, fuertes y sabios de mañana. Por eso en Nestlé tenemos tantos productos para niños. Y por eso nos esforzamos en que sean productos mejores, más nutritivos, más sanos. Porque son para niños y porque sus padres de pequeños ya conocían Nestlé.

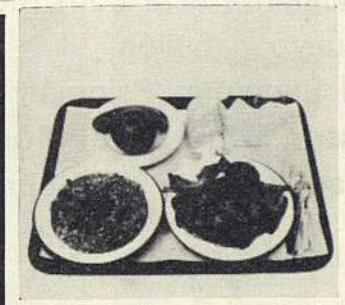
**Nestlé** *más que una marca*



# ESTAMOS ESPECIALIZADOS EN ALIMENTACION HOSPITALARIA



Hostelera Ibérica, s.a.  
División Hospitales



De todos los servicios centrales, ninguno tiene tanta incidencia en el proceso clínico como el de alimentación, ni es tan complejo ni depende de tantos elementos.

Nos hemos dedicado a estudiar profundamente el tema, hemos tecnificado las cocinas, investigando sobre que, cuanto, como y cuando debe comer cada enfermo durante la estancia, vigilando la adecuación de las dietas, las incompatibilidades con la medicación que recibe y cuidando la variedad de los menús y su presentación, para que sean lo más agradables posible.

En Hostelera Ibérica, S. A. hemos desarrollado una concepción de la alimentación hospitalaria, que estamos aplicando ya en varios hospitales de España, que se adapta al concepto global de Asistencia Sanitaria actualmente en vigor.

Y seguimos investigando para que en cada centro exista un modelo de funcionamiento que se adapte a cada circunstancia concreta, a las patologías tratadas, a los usos y costumbres del lugar de enclavamiento, etc.

No hemos descuidado los costes, que inciden en porcentajes elevados en el precio de la estancia, y que puede presentar elevadas diferencias con los presupuestos. Hemos desmenuzado estos costes, y hemos conseguido estabilizarlos. Hostelera Ibérica, S. A. agiliza y facilita la gestión de los Hospitales. Queremos como Vds. mejorar la Sanidad y somos muy exigentes con nosotros mismos.



## Hostelera Ibérica, s.a.

Breda, 3 y 5  
Tels. (93) 250 48 87-250 48 86  
Barcelona-29

Francisco Vitoria, 10  
Tel. (976) 22 62 80  
Zaragoza

Alameda Recalde, 8  
Tels. (94) 423 44 15-423 00 32  
Bilbao-9

Capitán Haya, 56  
Tel. (91) 270 50 93  
Madrid



# **construcciones**

Actualmente está construyendo  
un nuevo pabellón  
en el Sanatorio Psiquiátrico  
Nuestra Señora de Montserrat  
en San Baudilio de Llobregat.

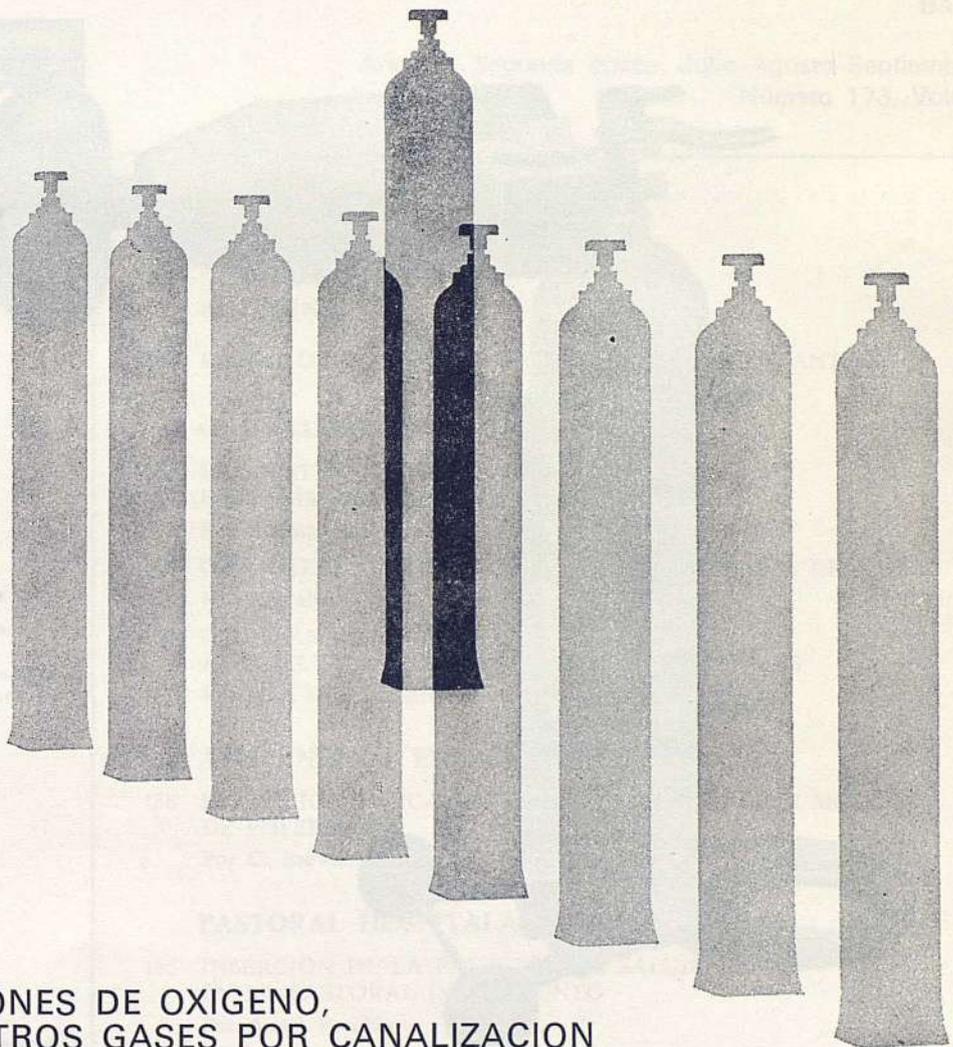
**Guipúzcoa, 62, 11.º 2.ª - BARCELONA 20**

Teléfonos 236 97 49 / 303 07 34



# OXIFAR, S. A.

Mas de 35 años de experiencia  
en el campo de la oxigenoterapia  
garantizan nuestras instalaciones y equipos



INSTALACIONES DE OXIGENO,  
VACIO Y OTROS GASES POR CANALIZACION

BARCELONA (26)  
Enamorados, 136  
Teléfono \*225 82 60

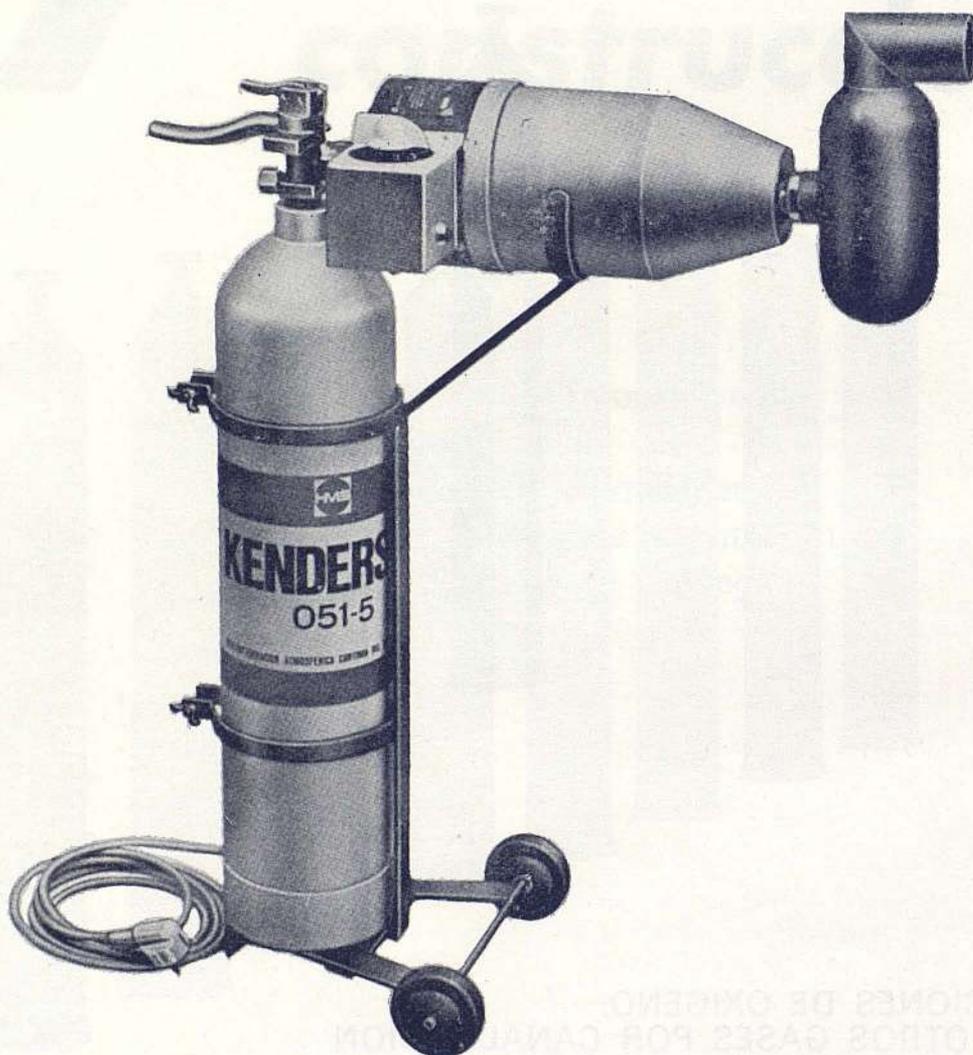
MADRID (4)  
Amador de los Rios, 1  
Teléfono 419 28 00

ZARAGOZA (5)  
Baltasar Gracián, 7  
Teléfono \*25 72 53

Dirección Telegráfica «OXIFAR»



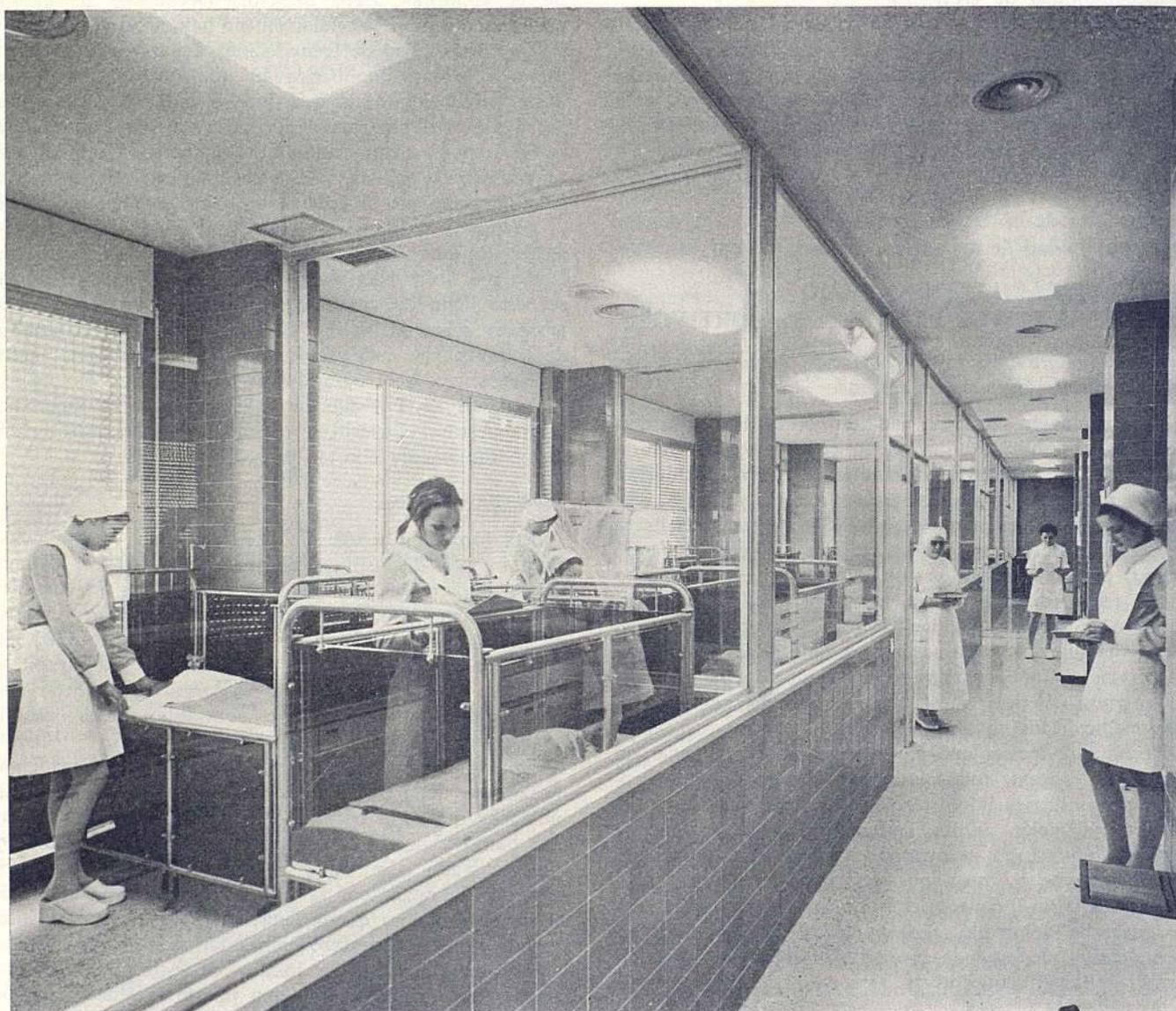
**INFECCION HOSPITALARIA  
Y  
DESINFECCION**



**KENDERSOL®  
MALATRA®**

**HMSiberica, s.a.**

HIGIENE Y MEDICINA PREVENTIVA - La Granja, 8 / Tels. 218 47 55 - 218 47 59 - Barcelona 12



SERVICIO DE LACTANTES INSTALADO EN EL NUEVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. BARCELONA

# Hijo de José Mani

(Salvador MANI DEXENS)

Instalaciones clínicas. Esterilización. Aparatos Médicos

# colección médica

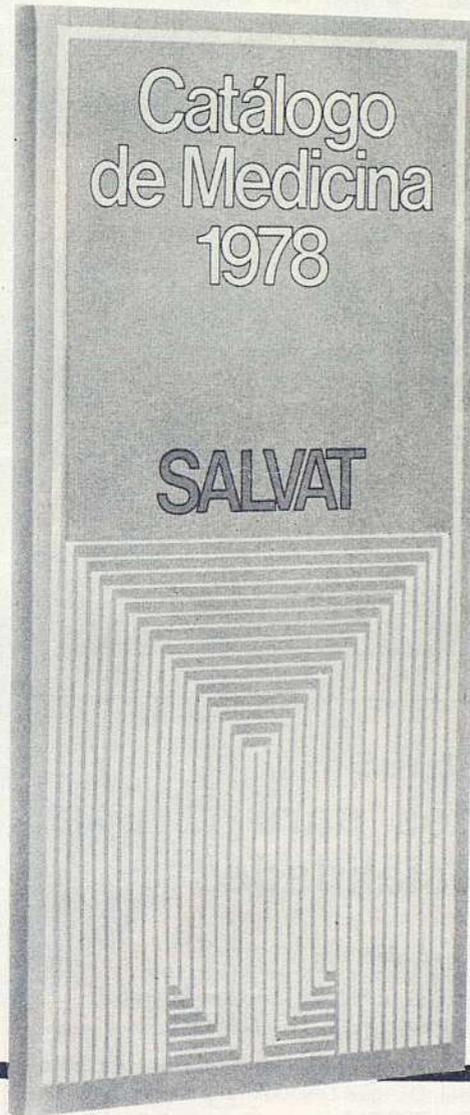
# SALVAT

mas de 100 años de experiencia editorial  
al servicio de  
todos los profesionales de la medicina

## INDICE DE MATERIAS

Alergia e inmunología  
Anatomía  
Anestesiología  
Biblioteca de enfermería  
Biblioteca médica de bolsillo  
Circulatorio (aparato)  
Cirugía  
Cuidados intensivos  
Dermatología  
Digestivo (aparato)  
Endocrinología y metabolismo  
Estomatología y odontología  
Farmacología y terapéutica  
Fisiología, bioquímica y biología  
Genética  
Ginecología y obstetricia  
Hematología y análisis clínicos  
Histología y citología  
Historia y literatura médicas  
Ilustración médica  
Lexicología médica  
Medicina general y semiología  
Microbiología  
Neurología  
Oftalmología  
Oncología  
Otorrinolaringología  
Pediatria  
Perinatología  
Psiquiatría  
Radiología  
Respiratorio (aparato)  
Reumatología  
Serie clínica  
Traumatología y ortopedia  
Urología

Indice de autores  
Organización comercial



Si desea obtener, completamente gratis,  
el Catálogo de Medicina 1978 SALVAT  
y recibir información periódica de nuestras  
novedades editoriales, recorte y envíe este  
cupón a:

**COMERCIAL SALVAT EDITORES, S.A.**  
Conde Borrell, 97 - Barcelona-15

- Agradeceré me remitan, completamente gratis, el  
Catálogo de Medicina 1978 SALVAT.  
 Agradeceré me envíen información periódica sobre sus  
novedades médicas.

NOMBRE .....

DIRECCION .....

CARGO O PROFESION .....

LOCALIDAD .....

(Por favor, los datos en mayúsculas)



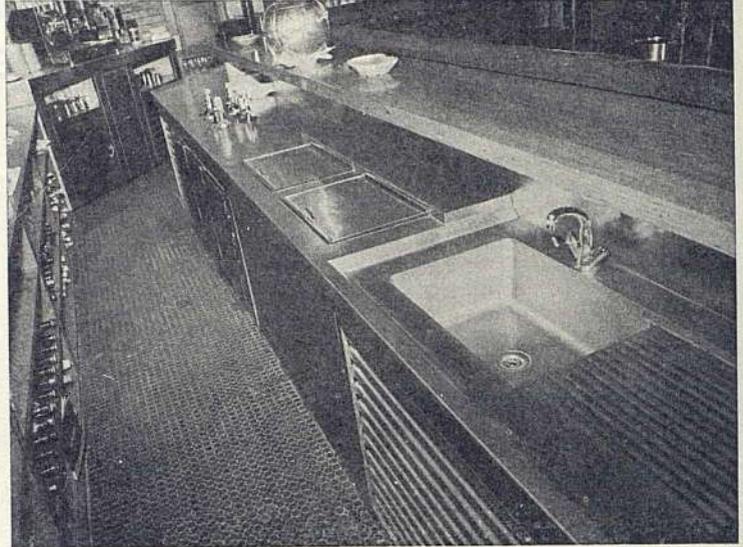
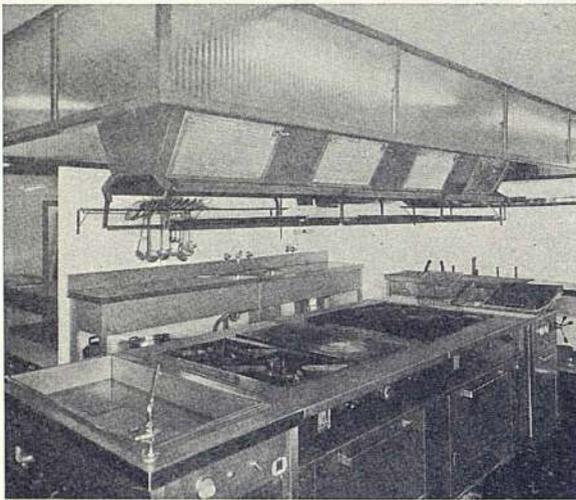
# HOSTELERIA

Cafeterías • Autoservicios • Cocinas Industriales

Estudiamos las obras a realizar y estructuramos, en colaboración con el cliente, los planos adecuados para lograr una instalación práctica y de calidad.

Servicio cocinas

Servicio cafetería



Antonio Matachana, s.a.

VIA AUGUSTA, 11 - TELEFONOS 2278949 - 2279935 - BARCELONA-6

## Materiales Aparatos para Cirugía y Especialidades

Representante exclusivo de:

- JAQUET FRERES. GENEVE. Fijador Externo. OSTEOTAXIS del Dr. R. HOFFMANN
- LEPINE á LYON. Instrumental de Ortopedia para Escoliosis del Dr. STAGNARA y para cirugía de la rodilla Dr. TRILLAT
- ETS TASSERIT. FRANCIA. Mesas quirúrgicas modelo Prof. JUDET
- ETS TORNIER. Grenoble. Placas-grapas-prótesis sin cemento del Prof. JUDET
- I.P.A.S. Jeringas hipodérmicas. Cristal y uso único

**JEAN MACE**

Balmes, 349 - Teléfono (93) 247 32 22  
BARCELONA-6

JOSÉ CRUSET

## SAN JUAN DE DIOS una aventura iluminada

Nueva edición preparada con motivo del estreno de «El hombre que supo amar»

Esta biografía, galardonada con el premio Aedos, sirvió para realizar el guión de «EL HOMBRE QUE SUPO AMAR», película que la Iglesia esperaba hace 10 años

Pídala a:

LABOR HOSPITALARIA  
Carretera Esplugas s/n  
Barcelona 17

# Matachana responde a todas las necesidades hospitalarias.



Autoclaves de esterilización a vapor y gas (óxido de etileno).

Esterilizadores de aire caliente.

Mobiliario clínico: Vitrinas estériles, carros de transporte, ventanas de guillotina, etc.

Mesas de operaciones. Lavacañas. Cuñas de acero inoxidable. Esterilizadores de cuñas. Túneles de lavado y secado. Mesas de autopsias. Cámaras frigoríficas para cadáveres. Transportadores motorizados y de gravedad...

Fabricamos, proyectamos, instalamos y continuamos preocupándonos del rendimiento de la instalación, a través de nuestro Servicio de Asistencia Técnica.

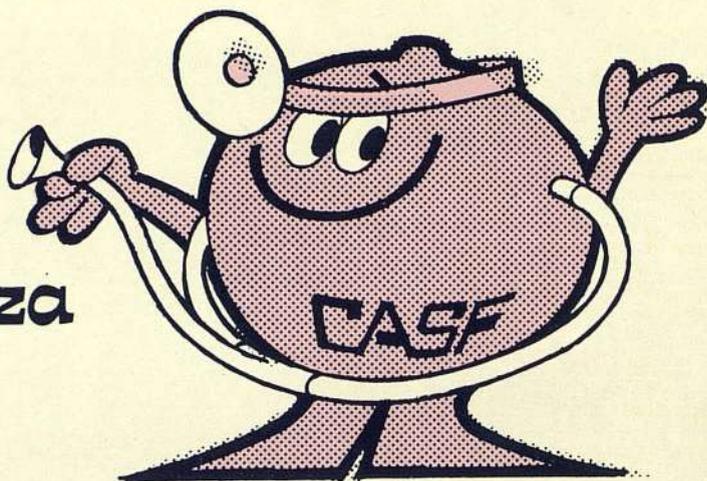


**ANTONIO MATACHANA, S.A.**  
División Hospitalares

Vía Augusta, 11 - Tel. 218 46 05. BARCELONA-6  
C/. San Bernardo, 110 - Tel. 445 20 75. MADRID-8

# LABOR HOSPITALARIA

nos ha  
depositado  
su confianza



## CAJA DE AHORROS "SAGRADA FAMILIA" l'estalvi



Central: Rivadeneyra, 6 (Pl. Cataluña) Telf. \*301 12 08

y también, para estar  
más cerca de usted, oficinas en:

### BARCELONA

Cardenal Tedeschini, 55 (Congreso)  
Pº Zona Franca, 182-184 / Fundación, 33-35  
Viladomat, 247-249 / Rosellón, 64-66  
Provenza, 379-381 / Nápoles, 256  
Lauria, 20 / Caspe, 31  
Aribau, 121 / Provenza  
Pº Maragall, 386-388 / Petrarca  
Avda. Mistral, 36 / Rocafort  
Aribau, 272-274 / Mariano Cubí  
Plaza Comas, 11-12 (Les Corts)  
Virgen Lourdes, 5-11 (Trinidad)  
Artesanía, 96 (Guineueta)  
Rambla del Cazador, 2 (Guineueta)  
Menorca, 35 (Verneda)  
Consejo de Ciento, 204 / Villarroel, 94  
Sagrera, 174 / Portugal, 4  
Jaime Huguet, 6 (Besós)  
Plaza del Diamante, 7 (Gracia)  
Avda. Madrid, 92 (Sants - Les Corts)  
Violante de Hungría, 100-102 (Sants)  
Avda. José Antonio, 1102-1106 / Bach de Roda  
Formentera, s/n / Tissó (Prosperitat)  
Diputación, 79 / Viladomat, 141  
Doctor Letamendi, 54 / Hedilla, 64 (Horta)  
Valencia, 545-547 / Dos de Mayo  
Nápoles, 118-120 / Caspe

SAÑ ADRIAN DE BESOS  
Carretera de Mataró, 18

BADALONA  
Avda. Alfonso XIII, 267 / San Lucas  
Avda. Alfonso XIII, 607 / Juan XXIII

PREMIA DE MAR  
Avda. 27 de Enero, 132 / General Mola

HOSPITALET DE LLOBREGAT  
Maladeta, 10 (Pubilla Casas)  
Sta. Eulalia, 14 / Martí Codolar, 42

CORNELLA  
Avda. del Parque / c. Buenvecino, 2

SAN FELIU DE LLOBREGAT  
Avda. Marquesa de Castellbell, 116

PRAT DE LLOBREGAT  
Coronel Sanfeliu, 79-81 / Lérida, 6-8

VILADECANS  
Angel Arañó, 32 / P. Artigas

MASNOU  
Navarra / Antonio Maura

ALELLA  
Avda. Generalísimo, 2-4