

LABOR HOSPITALARIA

ORGANIZACION
Y PASTORAL SANITARIAS

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 36. Segunda época. Enero-Febrero-Marzo 1984
Número 191. Volumen XVI

CONSEJO DE REDACCION

Director

José L. Redrado

Redactores

Cecilio Eseverri
Mariano Galve
Miguel Martín
Joaquín Plaza
José Sarrió

Secretario y Administración

José L. García Imas

CONSEJO ASESOR

Francisco Abel
Juan Luis Alabern
Felipe Aláez
Miguel A. Asenjo
Jordi Carulla
Llibori Casadella
Rudesindo Delgado
Pilar Malla
María Dolores Muntané
Amado Palou
Francisco Sola
José M.^a Sostres
María Dolores Vázquez

DIRECCION

Curia Provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Carretera Esplugas s/n
Teléfono 203 40 00
Barcelona 34

ISSN 0211-8262
Depósito Legal: B. 2998-61
EGS - Rosario, 2 - Barcelona

Sumario

- 8 PRESENTACION
Por Pascual Piles
- 10 LABOR HOSPITALARIA: TERCERA ETAPA
Por José L. Redrado
- 12 NOS VIENE COMO UN REGALO...

ORGANIZACION SANITARIA

- 13 EL DEPARTAMENTO COMO EQUIPO
EN LA ACTIVIDAD HOSPITALARIA
Por Pascual Giner
- 16 ENFERMERIA: DIRECCION POR OBJETIVOS
Por Cecilio Eseverri Chaverri

POR UN HOSPITAL MAS HUMANO

- HUMANIZACION: LA UTOPIA POSIBLE
- 27 Ha empezado una revolución y quizá no nos hemos dado cuenta
- 29 No se si vale la pena vivir sin un poco de utopía
Por Alberto Solari

PASTORAL SANITARIA

- 40 EL AGENTE DE PASTORAL SANITARIA:
PRESENCIA Y COMPROMISO
Por Real Michaud
- 45 LOS PELIGROS DE LA MANIPULACION GENETICA

NOTICIARIO

- 48 SANITARIAS
- 50 PASTORAL

O.H.S.J.D.
CURIA PROVINCIAL
SANT BOI
5.E.20

Apreciados lectores:

Labor hospitalaria en su segunda fase lleva ya quince años de existencia. Este andadura muy ha sido fruto de la inquietud y de la necesidad de hacer un servicio a quienes desde una dimensión de cuerpos estamos comprometidos con el mundo de la salud.

Varios son los aspectos que la revista ha ido desamollando. Sabemos que no somos exhaustivos, ni pretendemos solo pero hemos querido iluminar el mundo del enfermo, su psicología, hemos querido dar luz en el campo asistencial. Nuestra sociedad se va tecnificando cada vez más y sus logros hemos de asumirlos poniéndolos al servicio de la sanación del enfermo, para haciendo que la medicina que realicemos sea una medicina humanizada, que veamos y trabajemos por defender los derechos de quienes aquejados por la enfermedad se encuentran desvalidos.

Consideramos que la revista ha hecho un servicio en el plano estructural. La asistencia tiene que ser personalizada pero necesitamos de la organización de la estructura para realizar un servicio correcto, el que los pacientes necesitan. Elementos organizativos, económicos, relaciones laborales, aspectos técnicos, han sido cometido de nuestro trabajo.

La revista ha intentado hacer también un servicio de Evangelización. Sabemos que el hospital es una realidad temporal, pero hemos querido reforzar un servicio integral, que asume el ser religioso, desde nuestra fe en Xto.

Juntos es la luz y la salvación de todo hombre y hemos pretendido darle nuestra fe acerca esta realidad al mundo del dolor. Por eso ha desarrollado aspectos pastorales, iluminaciones teológicas, temas más específicos de bioética y de deontología desde una perspectiva evangélica.

Todo este camino que ha sido la trayectoria y queremos que la siga siendo. Es el momento de expresar nuestro agradecimiento a cuantos han hecho ello posible. Varias personas, varios colectivos nos han brindado sus reflexiones. Sobre todo ha sido posible a la tarea de su director el Hno. Angel Ramirez. Son muchos años los pasados al servicio de la revista y su existencia se debe gracias al tison y a la entrega generosa, a la ilusión puesta en el trabajo.

Los años pasan y a través de ellos nos vamos expresando. El mismo Hno. Angel Ramirez ha requerido el relevo. Por este gesto mis más expresivas gracias. Confiamos en que la nueva actuación de la revista va a ser fecunda, porque ha sido bien abogada y fecunda durante su existencia. El camino está abierto. Gracias por haber sabido dejar paso a la serpiente nueva.

Quiero que estas letras sean de presentación también para el equipo nuevo. José L. Redrado es conocido de todos los lectores por sus reflexiones escritas que han ido apareciendo de forma continuada en la revista. Es conocido por quienes formamos la familia de la labor hospitalaria porque cuando nos reunimos para compartir y reflexionar juntos ya no por el escrito sino desde la existencia, en ninguno de esos encuentros falta su presencia y aportación.

En el desarrollo de la revista se van a englobar los mismos temas y se van a encargar de cada uno de las secciones diversas personas. Pienso que confiando en mi creatividad, mi impronta personal hará que la revista aparezca con un estilo nuevo. Espero y deseo un futuro deuso y fecundo para nuestra revista.

Enero, 1984

Parceral Piles, Prov.

LABOR HOSPITALARIA: TERCERA ETAPA

LABOR HOSPITALARIA nace en el año 1948; es su primera etapa, llamémosla de niñez. Nace al interno de la Institución de Hermanos de San Juan de Dios, con la finalidad de hacer llegar a las comunidades una reflexión teológico-ascético-informativa del acontecer de la familia hospitalaria. Etapa de niñez, he dicho; con sus notas características de sencillez y cercanía. Recuerdo cómo se esperaba en nuestras casas: aquellos comentarios, breves pero enjundiosos, aquellas fotos, las efemérides, todo un material para la historia.

La segunda etapa, hace ahora quince años, ha sido la edad de juventud de la Revista. Intuimos que debía salir fuera, estar en contacto con la sociedad, llegar a ella mediante temas organizativos y pastorales en el mundo de los enfermos. Una etapa expresiva, rica, llena de vida e interés que se prodigó entre profesionales de la salud, entre capellanes de hospital, entre religiosas sanitarias. LABOR HOSPITALARIA ha vivido toda esta etapa al filo del cambio sanitario, impulsándolo, proyectando luz, adelantando criterios, experiencias; mucho material. Mientras escribo estas líneas lo contemplo en mi biblioteca —todo encuadernado— para la consulta, para la reflexión, para la nota bibliográfica..., para la historia que continúa sobre lo hecho, sobre lo vivido.

Y porque es una historia viva y no ha llegado a la etapa final, queremos empujarla, asentarla, darle, si cabe, más calidad. He ahí nuestro propósito que coincide con la tercera etapa de la revista, y déjenme los lectores que la llame de madurez, porque es el recorrido lógico y normal que sigue todo ser vivo. Y como cada etapa tiene sus características, también LABOR HOSPITALARIA, en su madurez, quiere llegar a los lectores consolidando su finalidad como órgano de difusión de las ciencias de la Organización, Humanización y Pastoral sanitarias, encaminadas a potenciar la asistencia integral de los enfermos. Esta quiere ser nuestra respuesta; por ello, nos proponemos desarrollar periódicamente temas de gestión general de la sanidad, de la enfermería en particular, de la humanización y de la pastoral y ética asistencial. Queremos remarcar nuestra reflexión en esta etapa que comenzamos sobre todo en el campo de la enfermería, la humanización y la ética médica; aspectos que queremos ofrecer progresivamente a nuestros lectores.

Normalmente, a todo cambio ideológico corresponde un tipo de personas y viceversa, aunque no sea tan exacto y matemático, pero sí aproximativo. Como ha indicado más arriba nuestro hermano provincial, Pascual Piles, LABOR HOSPITALARIA tiene otros hombres que queremos llevar adelante este servicio a todos nuestros lectores. Y tal como se señala en los Estatutos de la Revista, los Organos de gestión de la misma tiene tres Consejos: Dirección, Redacción y Asesor, y cada uno tiene sus funciones propias. Las personas que integran estos Organos son las siguientes:



Consejo de Redacción. En el centro, José Luis Redrado, a su derecha Miguel Martín, Cecilio Eseverri y José Sarrió; a su izquierda, José Luis García Imas, Joaquín Plaza y Mariano Galve

CONSEJO DE DIRECCION

Curia Provincial Hermanos Hospitalarios San Juan de Dios
(La Curia está compuesta por el Provincial y su Consejo)

CONSEJO DE REDACCION

Director

José L. Redrado

Redactores

Joaquín Plaza
Cecilio Eseverri
José Sarrió
Miguel Martín
Mariano Galve

Secretario y Administración

José L. García Imas

CONSEJO ASESOR

Francisco Abel
Juan Luis Alabern
Felipe Aláez
Miguel A. Asenjo
Jordi Carulla
Llibori Casadella
Rude Delgado
Pilar Malla
María Dolores Muntané
Amado Palou
Francisco Sola
José M.^a Sostres
María Dolores Vázquez

Queremos subrayar la importancia y dinámica de los tres Consejos, sobre todo en función de la finalidad: ofrecer a nuestros lectores abundancia y calidad de materiales que posibiliten la reflexión, la toma de conciencia y los cambios que nos toca hacer en el campo sanitario.

Nuestro propósito, también, es estar cerca, pulsar el interés, la necesidad de quienes toman en sus manos nuestra Revista. Habilitaremos medios para la relación, la escucha, el protagonismo y la mejora. Queremos que la Revista llegue a más medios, a más personas, interese a muchos. Nosotros nos esforzaremos en ello, pero queremos, al mismo tiempo, que cada lector sea un entusiasta propagandista de la misma.

JOSE L. REDRADO

Director



CARTA APOSTOLICA
SALVIFICI DOLORIS
DEL SUMO PONTIFICE
JUAN PABLO II
SOBRE EL SENTIDO CRISTIANO
DEL SUFRIMIENTO HUMANO

Nos viene
como un regalo...

A punto de cerrar este número de LABOR HOSPITALARIA, nos viene, como un regalo, la Carta Apostólica *Salvifici Doloris* del Papa Juan Pablo II.

A nosotros no nos ha pillado de sorpresa, la esperábamos; hasta en varias ocasiones habíamos insinuado que allá, desde Roma, este tema y otros de pastoral sanitaria deberían ser animados para bien de todos y principalmente de los enfermos.

Fue nuestra voz, la de los Hermanos de San Juan de Dios, la que se oyó en el Sínodo 83, aportando al mismo, por medio de nuestro Padre General, un documento titulado *La reconciliación en el mundo de la sanidad*, publicado íntegro en nuestro número anterior. Ahora, LABOR HOSPITALARIA se congratula, aplaude y da las gracias a Juan Pablo II por este magnífico regalo, tan inspirado, tan reflexivo, tan esperanzador. No sé si tendrá la acogida que han tenido los otros documentos del Papa; es posible que los hombres de Estado no lo pongan en el orden del día de sus reuniones; tampoco estará en la mesa de los juristas, de los economistas, de los empresarios. Pero os aseguramos que servirá de mucho consuelo y fortalecimiento a cuantos están cerca, vocacionados y profesionales, del dolor. Los institutos religiosos sanitarios tenemos aquí una Carta Magna impulsora de nuestro carisma para hacerlo cercano a quienes sufren. Al hombre creyente que sufre y se pregunta tantas veces *por qué de su sufrimiento*, este documento del Papa le descubrirá el sentido salvífico, dentro del *misterio intangible*.

Toda la Carta es una estela de luz que ilumina el camino del sufrimiento; el sufrimiento universal, de toda la humanidad, y el de los hombres sufrientes de la historia de la salvación. Y sobre todo es inspiradora para una ayuda eficaz, a ejemplo del samaritano. A este tema dedica Juan Pablo II un magnífico capítulo; es una gran aportación a la pastoral sanitaria.

En su momento, LABOR HOSPITALARIA acercará a sus lectores los correspondientes comentarios, e igualmente las claves que ayuden a una fácil lectura, a una mejor comprensión y a una vivencia apostólica más creadora y eficaz.

LABOR HOSPITALARIA

EL DEPARTAMENTO COMO EQUIPO EN LA ACTIVIDAD HOSPITALARIA

Labor en equipo: he ahí la esencia de un trabajo tan complejo como el asistencial hospitalario. El requerimiento de un líder como animador del equipo es algo consustancial con este tipo de labor.

Pero la dificultad surge cuando se intenta la labor coordinada de equipos diversos. En este caso la figura que asume este objetivo no ha de ser Jefe en el sentido estricto de la palabra; pero sí ha de tener una visión bien completa de las problemáticas.

En esta dirección va el artículo.

PASCUAL GINER

Jefe del Departamento Médico-Pediátrico
Hospital San Juan de Dios. Barcelona

LA ESPECIALIZACION: REALIDAD Y PROBLEMA

El conocimiento científico está en un momento de enorme progreso. Se multiplican los medios y se produce continuamente la aceleración de esta aceleración. El resultado es que las ramas del saber se hacen indefinidamente más numerosas.

En medicina, las especialidades se ramifican incontrolablemente. Está cada vez más agudamente planteado el dilema de la concentración o la dispersión de los conocimientos en los profesionales.

No podemos producir «sabios» parciales.

La repercusión en la organización asistencial hospitalaria de estas realidades es una dificultad progresiva en mantener la suficiente actualización en cada rama y la suficiente coordinación entre ellas para que la atención médica individualizada sea íntegra.

Hoy no cabe el enciclopedismo médico. El hombre

sabio de Alexis Carrell es cada vez más inasequible.

La dedicación a una especialidad, y cuanto más puntual más, tiene el riesgo de producir el *sabio* parcial.

LA COORDINACION COMO FUNCION DE JEFATURA

La obligada organización de la responsabilidad converge en la jefatura de la coordinación. Si la jefatura asumiese la equivalencia poder-sabiduría tropezaría de continuo en el error conceptual, el desconocimiento del dato y la sorpresa de la desinformación. La jefatura de un equipo de equipos, como es un Departamento, debe tener una función integrante. Mantener su fe con las dudas (Unamuno), convertir las dudas en hipótesis y las hipótesis en tesis.

La mejor docencia es sembrar la inquietud, decía hace bien poco, J. Marías. Y la inquietud se multiplica

La mejor docencia es sembrar inquietud.

sola como puntas de lanza que deben ser concéntrica-mente alineadas en su origen y en su fin. Su origen debe ser el deseo de conocimiento y, su fin, sanar.

Cuando dos opiniones se contrastan, se potencian. Y, dentro de un límite numérico prudente, las opinio-nes múltiples se potencian más.

Las visiones unifocales de un problema deben in-terntar conectarse, ligarse, entre sí de modo que operen *inteligentemente*. Así la *inteligencia del grupo* actuará como, o cuasi como, individual: deducción o induc-ción de datos hasta la aproximación a la verdad. El intelecto del colaborador prolongará las intelecciones del coordinador, como en suma de baterías, permitien-do la generalización de soluciones sectoriales, la aten-uación de tendencias disgregantes, la provocación del razonamiento, la autocrítica preventiva, la homogenei-zación de juicios y la impregnación general del objetivo-empresa común.

Flexibilidad para la interconexión.

La enorme responsabilidad del trabajo médico asis-tencial y la formación siempre limitada, llevan a la consulta bilateral, triangular o en polígono creciente. Este polígono consultor tiende a la circunferencia. Cada lado del polígono, cada especialidad médica, debe tener la flexibilidad suficiente para la interconexión. Cuanto menor sea en un Departamento o en un Hos-pital el número de especialidades, mayor debe ser su flexibilidad para formar el anillo consultor. Cuanto mayor sea el número de especialidades, disminuido su campo, más habrán de reforzar sus uniones para no formar un anillo de satélites.

Esta circunferencia de especialidades en torno al *enfermo* es la que debe estar siempre a punto de actuar sobre él, a través del médico responsable, que puede pertenecer a una u otra especialidad o ser generalista. La calidad de los resultados dependerá de la armonía de este anillo, de la calidad de sus componentes y del grado de fusión que se haya conseguido entre ellos, grado a su vez dependiente de la potenciación que de los mejores valores del grupo haya podido conse-guir la coordinación del jefe. Debe éste tener en cuenta que todo mimetismo político en la dirección del grupo médico asistencial es pernicioso. Deberá evitar cualquiera de las dos trampas.

Necesidad de profesionales coactuantes.

La trampa democrática supone anteponer el número a la calidad.

La introducción de la sistemática democrática en cuestiones ajenas al derecho público es plebeyismo, decía Ortega.

La trampa autoritaria surge de ignorar la conclu-sión razonable no coincidente con la suya.

La imposición del criterio por amor propio es eli-tismo.

Lo acertado es huir de ambas trampas.

El médico necesita de una serie de profesionales coactuantes. Las distintas profesiones sanitarias deben de impregnarse de espíritu médico aunque parezcan alejadas. Y tanto más cuanto más próximas. Pero deben colaborar en la acción médica sin más igualdad que la de sus fines ni más diferencia que sus funciones y aptitudes.

Lo laboral es otra etnia de pensamiento en la que no debe entrar la línea directiva profesional. El encua-dramiento laborista de la profesión médica es esterili-zante. El médico y el equipo deben moverse por razones superiores.

LA PRAXIS DE LA COORDINACION

De todos estos principios se obtienen aplicaciones pragmáticas.

Las especialidades profesionales son absolutamente necesarias. El número de ellas en cada Hospital, en cada Departamento, dependerá más que de otra cosa, de las posibilidades económicas facilitadas por la so-ciedad o por la organización política de la sociedad, adaptándose a la incidencia de problemas de esa pato-logía en el grupo poblacional asistido y al escalona-miento de niveles hospitalarios.

Conocimientos

Como la actuación específica de cada especialidad mejora con la impregnación de conocimientos de otras especialidades, cada especialidad puede y debe tener sus sesiones clínicas pero debe existir una sesión clí-nica común en la que intervengan rotativamente todas. No se hace precisa la obligatoriedad de asistencia personal, pues el interés y la comprobación del enri-quecimiento general es pronto compartido y genera la asistencia.

Programación

El contenido de esta sesión clínica común debe ser libre: casuístico, epidemiológico, terapéutico, de diagnóstico diferencial, de actualización, de pautas de manejo, de investigación clínica realizada, etc. Inter-vienen en la rotación los equipos diagnósticos centra-les. El equipo de generalistas interviene en proporción a su actividad asistencial.

El diálogo final con enfoques angulares del tema permite su contemplación conjunta. No hay por qué obtener obligadamente unas conclusiones aunque pue-den obtenerse. Es mejor la alabanza que la crítica como estímulo. El ritmo de intervención de los equi-pos no debe ser inferior a quince días, pero dependerá de su volumen asistencial. Los días son prefijados y

no movilizables por imprevistos. El tema debería ser conocido de antemano y facilitada bibliografía. El aumento general de información es permanente con este sistema de sesiones, pero es conveniente que existan otras de temática seleccionada por la Junta de Actividades del Departamento.

Coordinación

Esta Junta de Actividades formada por los jefes de los diferentes equipos rinde los máximos beneficios de integración. Sirve de catarsis, de expresión de objetivos, de comprensible ostentación de metas conseguidas, de planificación conjunta, de diluición de malentendidos y fundamentalmente de análisis y reafirmación en objetivos institucionales.

Conseguir el trabajo conjunto en la asistencia supone sumar una sectorización flexible con una posibilidad de consulta directa lo menos administrativizada posible.

Toda actuación sobre el enfermo queda constatada en la historia clínica que es única para cada enfermo en el hospital.

En ella dejan constancia identificada cuantos intervienen en el cuidado del enfermo —incluido el personal sanitario de enfermería—. Las inscripciones, con sucesión cronológica, permiten el seguimiento de la clínica, el razonamiento diagnóstico y la respuesta terapéutica. La analítica se incorpora al texto, pero se autentifica con el documento separado. El médico responsable es uno, pero cuantos intervienen de uno u otro modo acceden a toda la información e insertan el informe de su actuación u observación. El equipo responsable es uno, pero intervienen y construyen la historia todos los equipos precisos.

Evaluación

La epicrítica al final de la hospitalización incluye la codificación diagnóstica y de manejo, lo que permite su introducción en ordenador, de modo que esta acción general permite el también general beneficio de la posibilidad de realizar estudios de prevalencia, etc.

Bibliografía e información

Otro tanto ocurre con la bibliografía. Todo el personal médico colabora en el fichaje del *pool* de revis-

tas que se reciben por el sistema de palabras clave y todo el personal médico tiene a su disposición esta fuente de información.

La informática está abriendo posibilidades de ayuda mecanizada insospechables. Así, en procesos diagnósticos complejos o excepcionales que de otro modo obligar a montar la marcha diagnóstica cada vez, en la docencia programada, en la recogida de datos puramente memorísticos, en la elaboración de programas de investigación clínica o no, etc. El poder usar medios informatizados comunes, unificando las dependencias, irá siempre en favor del grupo y de su capacidad conjunta.

Trabajo en equipo

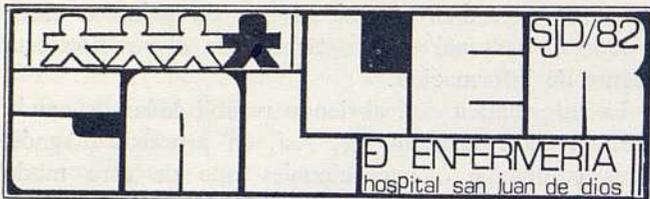
El trabajo en equipo de cada especialidad admite menores generalizaciones en función del mayor peso de las características personales de sus componentes. En estos equipos el jefe obligadamente debe ser el más informado, el supervisor asistencial y el impulsor científico directo.

Por otra parte, en estos equipos es donde se da la mayor intensidad de relación del personal médico con el personal de Enfermería. El personal de Enfermería depende de una línea jerárquica propia que se une a la línea jerárquica médica sólo en la persona del médico-director; pero se unifica en la vivencia de la enfermedad con el médico y el enfermo y se siente parte del equipo. La separación de dependencia suprime desvirtuaciones posibles de su misión y facilita la aceptación de una obligada disciplina conductual general.

Las pautas asistenciales, como normas escritas, constituyen un corpus de reglas de actuación preferente que van consolidando la práctica clínica unificada, aunque en revisión continua.

Pero aparte de todas estas fundamentadas normas, la más poderosa arma para conseguir el funcionamiento del Departamento como equipo es llevar a todos sus componentes al convencimiento de que es idéntica la finalidad y el beneficio del personal médico del Departamento, de éste y del hospital: la curación, la rehabilitación y la prevención de la enfermedad, en el enfermo.

Y cabe que esto haya de ser defendido si se pone en duda.



ENFERMERIA: DIRECCION POR OBJETIVOS

Aunque la metodología de establecer la Dirección Participativa por Objetivos en la empresa en general no es nueva, sí que resulta novedoso verla aplicada en los hospitales y más sorprendente aún es verla practicada en las direcciones de enfermería hospitalaria. Hoy este procedimiento directivo o, mejor aún, gerencial ya comienza a ser viejo y, en nuestro caso, estamos iniciando una nueva manera de actuar acuñando la idea de trabajar en la línea de potenciar la «Promoción y el desarrollo de la calidad». Sobre estas pautas de estilo gerencial de la enfermería está desarrollado el presente artículo.

CECILIO ESEVERRI CHAVERRI

Director Enfermería
Hospital San Juan de Dios. Barcelona

1 INTRODUCCION

Dirigir es, hoy, una ciencia. Ciencia que, como cualquier disciplina científica, hay que conocer y aplicar. Enfermería, igual que cualquier otra área del gran campo conceptual sanitario, debe sumarse al movimiento científico administrativo y gerencial.

Toda función directiva, por tanto, debe basarse en unos principios filosóficos y en unos elementos técnicos. Hoy no aportamos estos principios ni los elementos arquetípicos de la organización general de enfermería. Sólo apuntamos ahora unas líneas que en adelante debemos reforzar. Y ya, como suele decirse, de entrada, tendremos que adelantar unos principios básicos. Es decir, que difícil es o resultará para cualquier división o departamento de enfermería organizarse, si el hospital no está previamente organizado. Que a enfermería le será muy difícil funcionar si, además de la organización general del hospital, no siguen un mismo modelo direccional y gerencial las diferentes partes del todo hospitalario o sanitario.

Hoy nos mueve a presentar en LABOR HOSPITALARIA un modelo de dirección participativa por objetivos dos razones, principalmente:

- Una, porque el número de la revista sale en enero y es una época lógica y natural para tratar estos temas. Nuevo año, proyectos nuevos.
- Otra razón es que, como nos falta material práctico en estas materias, puede resultar bueno adelantar docu-

mentación. Así resulta, o puede resultar, un servicio a los demás. Simplemente.

Hemos de hacer constar que enfermería tiene necesidad de estas ciencias, pero creemos que no es sólo nuestra disciplina la *muy necesitada*. Actualmente, los movimientos organizativos están en danza, pero mucho nos tememos que en nuestras latitudes son pocos los aficionados a bailar la danza rítmica y menos aún la danza sardánica. Hay muchos, por tanto, que no saben de organización, otros que creen saberlo todo. Pero son los menos los que, dudando de su proceder, de su cierta ciencia, se disponen a estudiar. ¡Porque las ciencias administrativas son como las demás: Que estudiándolas se aprenden! Pobre definición que, en su pobreza, resulta definitiva.

Si todas las ramas o áreas que componen el amplio campo conceptual de las disciplinas sanitarias precisan el ejercicio de las ciencias administrativas, Enfermería, si cabe con más razón, necesita su aplicación y su desarrollo. Y esto como argumento, entre otros, por su gran número de personal y su amplio campo de relación con otras disciplinas.

Los objetivos en Enfermería deben ir encaminados hacia una mejora directa y sustantiva de su ejercicio profesional. Por tanto, ampliamente, podríamos englobar el proceder de Enfermería bajo el concepto de *objetivos de gestión*. Así, por ejemplo, somos partidarios de considerar los objetivos formativos como resul-

tantes de un *control de calidad* y, consecuentemente, vienen a resultar una auténtica *mejora de métodos*.

Como que estas últimas ideas nos parece que pueden resultar demasiado sutiles las compendiamos así:

**Formación Continuada de Enfermería
es igual a la
Mejora de métodos asistenciales.**

La Formación continuada es para Enfermería,
en definitiva, una herramienta de trabajo.
Igual que un fonendoscopio, un termómetro, etc.

A continuación, en el apartado 2), y siempre queriendo resultar pragmáticos, presentamos, seguidamente, un modelo sencillo y operativo. Este procedimiento, dentro de la simplicidad que anunciamos, está totalmente respaldado por los principios más elementales de la Dirección Participativa por Objetivos. Sabemos que la técnica de D. P. O. precisa, a juicio de O. Gelinier, «la distribución, entre colaboradores o asesores, no de tareas, sino de objetivos que cumplir, dejando en sus manos la iniciativa en cuanto a los medios. Dirigir por objetivos es, pues, delegar decisiones y, también, señalar, precisamente, los criterios según los cuales se van a juzgar los resultados. Los objetivos no serán ni motrices ni motivadores más que si se vinculan a personas y a grupos humanos concretos y disponiendo de medios de acción bien definidos. El organigrama encierra este esquema».

Por estas últimas razones, primordialmente, es por lo que en nuestro siguiente apartado 2) aparecen las iniciales que corresponden a los nombres de los responsables que, desde la Dirección de Enfermería, se han asignado a cada uno de los objetivos.

2 PLAN DE OBJETIVOS A CONSEGUIR EN 1984

Puntualizada cada una de las propuestas de objetivos para el año, quedan definitivamente para su aprobación por la Junta de Gobierno del Hospital, los siguientes:

2.1 Formación

Se determina cambiar la denominación de Formación Continuada, ya que se entiende que este proceso es realmente un sistema de *Mejora de métodos* y que, por tanto, los objetivos asignados a este capítulo deberán englobarse en el capítulo de *Control de calidad y mejora de métodos* a excepción de la formación de un Comité de Docencia.

El señor S., delegado por la Junta de Gobierno, coordinador de todos los comités asesores, asume este objetivo

y propone su pronta creación con lo que todos los presentes se manifiestan en total acuerdo. Se delega al señor J. C. para que con el señor delegado preparen el terreno para una pronta creación de este subcomité y su funcionamiento.

El señor delegado, después de oír diversas opiniones, propone presentar a la Junta de Gobierno la petición de reducir los miembros de Servicios Centrales para darle más operatividad al subcomité. Se acepta y apoya la propuesta.

Se pone como fecha tope de la comisión preparatoria, señores S. y J. C., finales de enero de 1984.

2.2 Control de calidad y mejora de métodos

2.2.1 Mejora de métodos a través de:

2.2.1.1 Curso de Higiene para personal de Enfermería de la División. (Anexo 1.)

2.2.1.2 Curso de Dietética para personal de Enfermería de la División. (Anexo 2.) Proyecto del curso para externos en colaboración con la E. U. E. y Servicio de Dietética. (Anexo 3.)

2.2.1.3 Proyecto, desarrollo y elaboración de un programa de enseñanza aprendizaje por unidad de enfermería (jornadas técnicas). (Anexo 4.) Responsable de estos objetivos: Sr. A. M.

2.2.2 Control de calidad a través de:

2.2.2.1 Análisis de las anotaciones de enfermería en las historias clínicas. Estudio de 2500 casos en el año 1984. Se adjunta método y programa. (Anexo 5.) Responsables de este objetivo: Sres. T. A. y P. M.

2.2.2.2 Estudio comparativo de la asistencia de Enfermería (Fichas de atención de enfermería). (Anexo 6.) Responsables de este objetivo: Sres. T. A. y P. M. Coordinador: Sr. A. M.

2.2.2.3 Seguimiento de la evaluación del personal de Enfermería suplente y fijo. Se acuerda que para junio de 1984 deberá estar evaluada toda la plantilla fija de la División. (Anexo 7.) Responsable de este objetivo: Sr. C. E.

2.2.2.4 Seguimiento mensual de los resultados obtenidos a través de las encuestas a los clientes. Se acuerda enviar una carta a la gerencia del hospital con el fin de obtener mensualmente tabulada esta información referente a Enfermería o, en su defecto, que nos remitan los originales. Responsables de este objetivo: Señoras y señores C. E., A. E., C. P. y J. S.

2.3 Catalogación de méritos propios

Este objetivo registrado en Libro Diseño funcional de la División de Enfermería, pág. 221, se ve como muy oportuno y es valorado por el señor S. y los asistentes como medida política fundamental en la gestión ordinaria del personal de Enfermería. El señor S. ratifica

este sentir con la opinión positiva que la Junta de Gobierno dio en su día.

Responsables de este objetivo: Sres. C. E., A. M. y J. C.

2.4 Curso para Auxiliares de Enfermería

De acuerdo con el INEM, Ministerio de Trabajo, se piensa programar un curso para Auxiliares de Enfermería destinado a aquellas personas que ya trabajan en estos puestos como auxiliares, o para quienes viniendo trabajando temporalmente y su calidad humana y laboral es correcta, deseen cursar los estudios.

Las clases, al no tener lugar en el hospital, las impartirán en su centro de La Violeta, final tranvía azul del Tibidabo. El curso podría comenzar el 16 de enero de 1984.

Responsable de este objetivo: Sr. A. M.

2.5 Bibliografía crítica

El señor C. E., director de la División, propone para comenzar en el año 1984 un plan de recensión de libros profesionales. Este trabajo tiene diversas intenciones:

- Fomentar la lectura de libros profesionales.
- Actualizar la biblioteca.
- Colaborar con la revista LABOR HOSPITALARIA.
- Involucrar, no sólo a las personas relacionadas con la dirección de la división, sino a toda la plantilla de profesionales.

Para lograr uniformidad en los resultados, se da un método a seguir en esta materia. (Anexo 8.)

Responsable de este objetivo: Sr. A. M.

2.6 Gestión de Enfermería

2.6.1 Elaboración de un cuaderno que diseñe funcionalmente cada uno de los departamentos y sus unidades y que describa las peculiaridades de cada demarcación siguiendo las directrices que, a título universal, están en el Libro Diseño funcional de la División de Enfermería. Para ello se seguirá el siguiente procedimiento:

2.6.1.1 Cada departamento debe tener descritas las peculiaridades del mismo así como las funciones de su personal. Esta descripción debe seguir el modelo que aparece en el libro mencionado, pág. 113. En síntesis se especifica en el Anexo 9. En estas descripciones se especificará, también, el horario de cada una de las personas. Con precisión de descansos, comidas, etc.

2.6.1.2 Las tareas deberán estar, a su vez, recogidas según se ha establecido en el Plan de Fichas de Atención de Enfermería. Funciones, tareas y fichas formarán un plan operativo y de gestión ordinaria, coordinado y muy válido, de alta calidad y, ciertamente, por tanto, de trabajo serio y responsable.

2.6.1.3 La parte técnica de la elaboración de funciones, tareas y fichas se le asigna, como asesor, a el Sr. A. M. Responsable de este objetivo: Sr. C. E., que se valdrá de un equipo o de otro modo según crea haya de resultar más eficaz y preciso.

- Consultorios: Sr. J. C., inicio de trabajo 2-1-84. Culminación 29-2-84.
- Hospital Infantil: Sra. A. E., inicio del trabajo 9-1-84. Culminación 29-2-84.
- Bloque Quirúrgico: Sr. J. Ch., inicio del trabajo 5-3-84. Culminación 27-4-84.
- Urgencias: Sr. J. S., inicio de trabajo 5-3-84. Culminación 27-3-84.
- Maternidad: Sra. C. P., inicio de trabajo 30-4-84. Culminación 29-4-84.
- Admisión: Sra. M. M., inicio del trabajo 30-4-84. Culminación 29-4-84.
- Trabajo Social: Sra. M. P., inicio del trabajo 1-10-84. Culminación 30-11-84.

Responsables generales de estos objetivos serán: Señores C. E. y A. M.

2.6.2 *Con el fin de unificar criterios* respecto a la propuesta de contratación eventual o temporal para nuestra División, se confeccionará un *Dossier* que recoja los requisitos mínimos exigibles de las personas propuestas por los Jefes de Departamento.

Este objetivo está basado en el apartado 10, pág. 217 del Libro Diseño funcional de la División de Enfermería y que comenzará a exigirse a partir del 19 de enero de 1984.

2.6.3 *Un boceto de lista* se presenta a los asistentes, se les invita a estudiarla, a corregirla, quitando o poniendo personal, hasta el 17 de diciembre. Para mayor comodidad se dice y se efectúa dejarla sobre la mesa a disposición de todos los mandos. El día 19 de enero de 1984 se aplicará en la División.

Responsables de la elaboración del dossier y del cumplimiento de este objetivo: Sr. C. E. Oficina de Personal.

2.6.4 *Como objetivo de gestión* se propone, también, para el año 1984, aplicar para las Jefaturas de Enfermería la experiencia del año 1983 relacionada con la reunión diaria del personal clínico. En este año 1984, por tanto, nos proponemos el objetivo de conseguir una mayor y mejor cohesión funcional y gestora de la división procediendo de la siguiente manera: Los lunes, miércoles y viernes a las 8,20 horas hasta las 8,40 horas.

- *Reunión los lunes con:* Jefe de Hospital Infantil, Jefe de Maternidad, Jefe de Consultorios, Jefe de Urgencias, Jefe de Bloques Quirúrgicos, Jefe de Admisión.
- *Los miércoles:* Jefe de Hospital Infantil, Jefe de Maternidad, Jefe de Consultorios, Jefe de Urgencias, Jefe de Trabajo Social.
- *Los viernes:* El mismo grupo que los lunes.

Las reuniones de directivos en áreas clínicas pasan, este año, de objetivo a conseguir en 1983, a método ordinario de trabajo. El horario será de las 8,40 h. a 9 h. de lunes a viernes. Lugar de reunión: despacho de jefaturas.

En todas estas reuniones se informará escrita y verbalmente. Tal como se viene haciendo actualmente con el grupo clínico. Las reuniones de Jefes de Departamentos de Enfermería tendrán lugar en el despacho de Dirección de Enfermería. Inicio de este objetivo el 18-1-84. Responsable de este objetivo: Sr. C. E.

3 PRESUPUESTOS ECONOMICOS

Para Enfermería, como se ha anunciado en el apartado 1), la consecución de cada objetivo equivale al logro de un equipamiento instrumental, arquitectónico, etc. Por tanto, precisa de que las direcciones de los centros asistenciales se percaten y asuman esta realidad y que su desarrollo y consecución conlleva unas partidas presupuestarias. Esto es, que se deben transformar las ideas, objetivos, en resultados sociales y, por tanto, en definitiva, que producen unos rendimientos, los cuales, previamente, han requerido unos gastos. En conclusión, toda proposición de objetivos debe contemplar y hacerse acompañar con una proposición presupuestaria. (Anexo 10.)

Cuanto se ha dicho a lo largo de este artículo podemos sintetizarlo en que todo acto de dirección exige creatividad, es creación. ¡Y no todo el mundo tiene esta capacidad de crear, o no todos se imponen el deber de pensar! No toda idea responde, es un pensamiento.

4 ANEXOS

En los anexos pretendemos ampliar y precisar los objetivos presentados en este trabajo. Completamos este artículo del Taller de Enfermería S. J. D./82, con una programación general de los objetivos, sistemas de seguimiento, método de evaluación, fechas de inicio y finalización, además de una medición de los resultados obtenidos. (Véase anexo 11.)

Anexo 1

CURSO DE HIGIENE HOSPITALARIA Y EPIDEMIOLOGIA INFECCIOSA, INTERNO

Problema fundamental

Necesidad de potenciar estas materias y concienciar de la importancia que tienen dentro de la aplicación de técnicas y recursos de enfermería.

Tema generador

Mejorar las manipulaciones dentro de la atención de enfermería a la vez que sensibilizar en estas materias.

Programación

Actividad

Desarrollar un curso monográfico de régimen interno.

Cómo. De acuerdo con la metodología, enseñanza-aprendizaje de las técnicas específicas.

Cuándo. En el mes X año 1984, los días X; de 19 a 21 horas.

Dónde. En el propio centro. Auditorium, etc.

Responsables. Dirección de enfermería-Unidad de Higiene Hospitalaria.

Recursos. Los propios del centro, más los derivados de la programación, impartición, seguimiento y entrega de materiales del profesorado que asciende a X pesetas.

Fecha de inscripción. De tal fecha a tal de 1984 a través del Jefe de Departamento correspondiente.

Anexo 2

CURSO DE DIETETICA PARA ENFERMERIA, INTERNO

Problema fundamental

Necesidad de una mayor formación e información en Dietética como proceso de atención primaria de Enfermería, de acuerdo con las fichas de atención de Enfermería.

Tema generador

Actualizar los conocimientos y las interrelaciones del Servicio de Dietética con la Enfermería Clínica.

Programación

Actividad

Programar un curso monográfico en régimen interior.

Cómo. De acuerdo con la metodología, enseñanza, aprendizaje y las técnicas específicas.

Cuándo. En el mes X de 1984 los días X, de 19 a 21 horas.

Dónde. En el propio centro. Auditorium, etc.

Responsable. Dirección de Enfermería. Servicio de Dietética.

Recursos. Los propios del centro más los derivados de la programación, impartición, seguimiento y entrega de materiales de los profesores que ascienden a X pesetas.

Fechas de inscripción. Antes de la fecha X del mes X de 1984, a través del Jefe de Departamento inmediato.

Anexo 3

CURSO DE DIETETICA PARA ENFERMERIA, EXTERNO

Problema fundamental

Necesidad de una mayor formación e información en Dietética como proceso de atención primaria de Enfermería.

Tema generador

Actualizar los conocimientos y las interrelaciones del Servicio de Dietética con la Enfermería Clínica.

Programación

Actividad

Programar un curso monográfico en colaboración con el Servicio de Dietética del Hospital dictándolo al exterior en conmemoración de la festividad de san Juan de Dios.

Cómo. De acuerdo con la metodología, enseñanza aprendizaje y las técnicas específicas.

Cuándo. En el mes X de 1984 los días X.

Dónde. De acuerdo con la programación que se efectúe y con el diseño específico.

Responsable. Dirección de Enfermería-Servicio de Dietética E. U. E.

Recursos. Los propios del centro más los derivados de las matrículas de los alumnos.

Fechas de inscripción. De acuerdo con la programación específica.

Anexo 4

JORNADAS SOBRE TECNICAS DE ENFERMERIA

Problema fundamental

Progresiva desconexión entre los equipos de trabajo, centrándose excesivamente en sus trabajos específicos e ignorándose, por tanto, los trabajos que desarrollan unos y otros equipos.

Tema generador

Intensificar el intercambio de conocimientos, de técnicas, de recursos, etc. entre los profesionales de nuestra División.

Programación

Actividad

Se fomenta la creación de equipos de trabajo a través de los supervisores de cada unidad, desarrollando un seguimiento técnico metodológico a través del personal de Taller de Enfermería S. J. D./82.

Toda esta labor de infraestructura de formación continuada culminará en dos jornadas intensivas.

Cómo. De acuerdo con la metodología-enseñanza-aprendizaje y los específicos del Taller de Enfermería S.J.D./82.

Cuándo. En el mes X de 1984 los días X, de 18 a 21 horas.

Responsable. Dirección de Enfermería. Taller de Enfermería S.J.D./82.

Recursos. Los propios del centro mas los derivados de la programación, impartición, seguimiento y entrega de materiales. Gastos generales X pesetas.

Fecha de inscripción. Creación de equipos en el mes X de 1984, jornadas abiertas en el mes Z.

Anexo 5

BASES PARA CUMPLIMENTAR LAS ANOTACIONES DE LAS HISTORIAS CLINICAS

Objetivos

— Mejorar el nivel de la asistencia mediante el mayor conocimiento del paciente y su evolución, desde el punto de vista de las funciones de Enfermería.

— Facilitar el autocontrol profesional de la asistencia realizada, mediante los datos obtenidos.

— Aportar datos que faciliten y mejoren la investigación en el campo de las funciones y sus tareas correspondientes.

— Facilitar la docencia hacia los propios profesionales, estudiantes de enfermería y a cuantos pueda serles de utilidad.

Contenido de las anotaciones

Toda alteración sobre la evolución favorable y/o prevista del curso del paciente en los aspectos que conciernen a la sola y exclusiva competencia de las Funciones de Enfermería. (Ver *Diseño funcional de la División de Enfermería*, pág. 105 y sigs.).

— Las anotaciones han de efectuarse en el momento que se produzcan.

— En los pacientes de larga estancia se efectuarán anotaciones periódicas, a criterio del supervisor y su equipo de Enfermería y de acuerdo al plan de atención establecido para cada paciente.

— Las anotaciones han de ser pertinentes, lógicas, concretas, claras y mensurables.

— Estas anotaciones que presentan informaciones no reflejadas en la gráfica por su temática o significado, no anulan la actual utilización de la misma, sino que la enriquecen.

Anexo 6 EVALUACION PERSONAL

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
DIVISIÓN DE ENFERMERÍA

Evaluación Personal

Aptitudes: Formación general. Formación técnica. Formación práctica.

Actitudes: Colaboración. Iniciativa. Interés. Disciplina. Relación con pacientes. Relación con compañeros.

Resultados: Orden y método. Cantidad de trabajo. Calidad de trabajo.

Evaluado: D./D.^a...

N.º matrícula...

DISCIPLINA	RELACION CON PACIENTES	RELACION CON COMPAÑEROS
1 <input type="checkbox"/> Manifiesta, por sistema, estar en contra de todo lo que se establece.	1 <input type="checkbox"/> La relación con familiares y pacientes si tiene algún significado es por sus aspectos negativos.	1 <input type="checkbox"/> Sus únicas relaciones son para tener roces y peleas.
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/> No manifiesta antagonismo, pero actúa siempre según su criterio.	3 <input type="checkbox"/> No presenta aspectos negativos con los pacientes y familiares pero tampoco contacta positivamente.	3 <input type="checkbox"/> En algunos momentos y/o con ciertas personas provoca roces y actuaciones antagónicas.
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/> Se comporta siempre de acuerdo a lo establecido.	5 <input type="checkbox"/> Se relaciona normalmente con los pacientes y familiares, e informa de todo lo necesario.	5 <input type="checkbox"/> Mantiene relaciones normales con todo el personal.
6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7 <input type="checkbox"/> Correcto con todas las indicaciones que recibe, manifiesta su acuerdo.	7 <input type="checkbox"/> Buenas relaciones con pacientes, se adelanta a establecer contactos y facilita a todos la relación.	7 <input type="checkbox"/> Muy buenas relaciones con todos.
8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
9 <input type="checkbox"/> Sobresale por su máxima corrección, y aunque indica sus opiniones, manifiesta su acuerdo y siempre da un voto de confianza a las órdenes recibidas.	9 <input type="checkbox"/> Tanto los pacientes como sus familiares, suelen señalarlo por su extraordinaria simpatía y atención.	9 <input type="checkbox"/> Su capacidad de relaciones es extraordinaria. Sus compañeros sentirían considerablemente perder su contacto.
10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>

ORDEN Y METODO	CANTIDAD DE TRABAJO	CALIDAD DE TRABAJO
1 <input type="checkbox"/> Totalmente desorganizado, rechaza por sistema cualquier método de trabajo.	1 <input type="checkbox"/> Nunca logra realizar las tareas encomendadas. Todo lo deja incompleto.	1 <input type="checkbox"/> La calidad de trabajo que realiza es totalmente inadmisibles.
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/> Desorganizado habitualmente, le cuesta seguir los métodos o sistemas que se le marcan.	3 <input type="checkbox"/> Muy lento, le cuesta realizar las cosas.	3 <input type="checkbox"/> Tiene bastantes deficiencias en la calidad de su trabajo.
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/> Sigue un orden y método si lo encuentra trazado.	5 <input type="checkbox"/> Realiza una cantidad de trabajo normal. Deja las cosas normalmente terminadas.	5 <input type="checkbox"/> La presentación de sus trabajos es aceptable en todos los casos.
6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7 <input type="checkbox"/> Ordenado por sistema, suele organizarse en su trabajo.	7 <input type="checkbox"/> Realiza su trabajo con soltura y no tiene ningún problema para solucionar aumentos de dedicación.	7 <input type="checkbox"/> Se aprecia una calidad en la casi totalidad de sus tareas.
8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
9 <input type="checkbox"/> Muy ordenado y sistemático, tiene una capacidad especial para crear sistemas y métodos ante cualquier tarea.	9 <input type="checkbox"/> Destaca por la cantidad de trabajo realizado. Termina lo suyo siempre con mucho tiempo y con frecuencia hace lo de los demás.	9 <input type="checkbox"/> Sobresale la calidad y presentación de todos sus trabajos.
10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>

FORMACION GENERAL	FORMACION TECNICA	CAPACIDAD PRACTICA
1 <input type="checkbox"/> En sus expresiones orales y escritas, destaca su bajo nivel de formación.	1 <input type="checkbox"/> No conoce las funciones ni las formas de ejecutar las tareas más elementales de su puesto.	1 <input type="checkbox"/> Carece por completo de capacidad práctica para realizar las tareas más elementales.
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/> En algunas manifestaciones, se denota un nivel de formación general inferior a la media de su puesto.	3 <input type="checkbox"/> Desconoce la forma de realizar alguna de las funciones posibles de su puesto.	3 <input type="checkbox"/> Le falta capacidad práctica para desarrollar alguna de las tareas.
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/> Tiene una formación básica normal para su puesto.	5 <input type="checkbox"/> Conoce sus funciones y la forma de realizar las tareas habituales de su puesto.	5 <input type="checkbox"/> Es capaz de realizar con corrección las tareas ordinarias de su puesto.
6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7 <input type="checkbox"/> Su formación general es bastante superior a la exigida para su categoría laboral.	7 <input type="checkbox"/> Sabe desarrollar todas las actividades de su puesto, así como cualquier contingencia especial que se le pudiera presentar.	7 <input type="checkbox"/> Muestra una especial habilidad para todas las tareas de su puesto, incluidas las que se puedan presentar incidentalmente.
8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
9 <input type="checkbox"/> Destaca en su medio por su alto nivel de conocimientos generales.	9 <input type="checkbox"/> Destaca por sus amplios conocimientos sobre cualquier especialidad de la profesión.	9 <input type="checkbox"/> Excepcionalmente habilidoso para cualquier tarea sobre todo tipo de pacientes y especialidades.
10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>

COLABORACION	INICIATIVA	INTERES
1 <input type="checkbox"/> Manifiesta oposición a todo tipo de colaboración.	1 <input type="checkbox"/> Se niega a dar cualquier iniciativa aunque se le solicite.	1 <input type="checkbox"/> No muestra el más mínimo interés ni siquiera ante casos espectaculares y poco frecuentes.
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/> No manifiesta oposición pero no colabora a menos que se le solicite insistentemente.	3 <input type="checkbox"/> Aporta alguna iniciativa si se le solicita directamente.	3 <input type="checkbox"/> Sólo muestra interés cuando se producen acontecimientos especiales.
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/> Colabora siempre que se le solicite o percibe que puede ser útil.	5 <input type="checkbox"/> Aporta iniciativas en su trabajo ordinario, siempre que el medio le resulte favorable.	5 <input type="checkbox"/> Manifiesta interés por todo lo que acontece en su trabajo ordinario.
6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7 <input type="checkbox"/> Manifiesta deseos de colaborar y lo hace habitualmente sin esperar a que se le solicite.	7 <input type="checkbox"/> Presenta con frecuencia iniciativas, algunas de interés.	7 <input type="checkbox"/> Gran interés no sólo en lo que hace, sino en el porqué de lo que sucede, causas, significado, etc.
8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
9 <input type="checkbox"/> Destaca su permanente disposición a la colaboración. Se adelanta siempre a cualquier demanda.	9 <input type="checkbox"/> Presenta con frecuencia ideas de gran valor y viabilidad.	9 <input type="checkbox"/> Destaca por su gran interés en lo concerniente directa o indirectamente a su trabajo incluso en los detalles más minuciosos.
10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>

Observaciones

Nombre y firma del Evaluador:

Barcelona,... de... de 19...

Anexo 7

ELABORACION LIBRO «FICHAS DE ATENCION DE ENFERMERIA»

Problema fundamental

Carencia en la bibliografía nacional de estos métodos, recursos y técnicas en Enfermería Pediátrica.

Tema generador

Actualizar y profundizar en estos conocimientos relacionados directamente con el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

Programación

Actividad

Completar el material monográfico cuya primera mitad está finalizada como consecuencia del cumplimiento de uno de los objetivos del año 1983.

Cómo. Por asignación directa a personas expertas pertenecientes a la División de Enfermería con temas precisos y fechas concretas.

Cuándo. Encargo de trabajo y método en enero de 1984. Seguimiento durante febrero y marzo. Entrega el 29 de abril.

Revisión y maquetado para su posible publicación durante el mes de mayo.

Dónde. En el propio centro.

Responsable. Dirección de Enfermería.

Recursos. Los propios del centro más gastos generales que ascienden a X pesetas.

Anexo 9

MARCO DE FUNCIONES DE ENFERMERIA DEL DEPARTAMENTO...

Bases de funciones

Presupuestos de lugar, medios y personas.

1. Contenido espacial del Departamento
...
2. Contenido operativo-profesional
...
3. Contenido personal-laboral
...
4. Requerimientos y peculiaridades en los cuidados asistenciales
...
5. Otros elementos constitutivos
...

Método operativo

1. Función asistencial
...
2. Actividad de Enfermería
...
3. Definición de la actividad
...
4. Tareas de la actividad
...
5. Promedio de tiempo por actividad
...
6. Frecuentación media diaria de esta actividad
...

Anexo 8

RECENSION DE LIBROS

Metodología a seguir

1. Título del libro
Autor o autores
Editorial Ciudad año
2. Nivel literario
Construcción lógica de cada capítulo
Bibliografía que aporta
...
3. Actualidad temática
...
4. Utilidad práctica global
...
5. Nivel científico en Enfermería
...
6. Resúmenes o conclusiones por capítulos o al final del libro. Sí o no, e indicar su utilidad práctica como guía profesional y formativa.
...
7. Un brevísimo resumen total del libro. Su contenido global; su aportación al mundo bibliográfico de la profesión.
...

Anexo 10

OBJETIVOS, COSTO ECONOMICO

Presupuesto de los objetivos intermedios de Enfermería X pesetas

Apartados

1. Curso de higiene: X ptas.
Libros 100×1000 : 100.000 ptas.
Profesorado: X ptas.
2. Curso de dietética: X ptas.
Libros 100×600 : 60.000 ptas.
Profesorado: X ptas.
3. Jornadas técnicas: X ptas.
Mecanografiado y entrega de material al personal de la casa: X ptas.
4. Confección de planillas espec.: X ptas.
Imprenta 400 plan.: X ptas.
5. Estudio asistencia de Enfermería: X ptas.
Mecanografiado especial: X ptas.
6. Cuadernos de funciones: X ptas.
Contratación de una persona para ayudar a conseguir este objetivo: 2 meses \times X ptas igual X ptas.
Mecanog. y copias: X ptas.
7. Gastos imprevistos: X ptas.
TOTAL S. E. u O.: X ptas.

Anexo 11 PROGRAMA DE OBJETIVOS

enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	setbre.	octubre	novbre.	dicbre.
Creación de un subcomité de Docencia 29/1/84	Trabajo de los equipos del J.A.E.	Trabajo de los Equipos del J.A.E.	Trabajo de los Equipos del J.A.E.	Trabajo de los Equipos del J.A.E.	Trabajo de los Equipos del J.A.E.	Control Encuestas Clientes	Control Encuestas Clientes	Trabajo de los Equipos del J.A.E.	Trabajo de los Equipos del J.A.E.	Jornadas de Atención de Enfermería (J.A.E.) 16 y 17 de 18 a 21 horas. AUDITORIO	Control Historias Clínicas
Formación de Equipos para J.A.E.	Control de Historias Clínicas	Curso de Nutrición básica 5, 6, 7 Auditorio Wander	Control de los equipos del J.A.E.	Curso de DIETETICA 7, 8, 9, 10, 11, 14 y 15 de 19 a 21 horas. Auditorio	Control del Trabajo del J.A.E.	Control de Historias Clínicas	Bibliografía	Control de Historias Clínicas. PUESTA EN COMUN	Control y entrega de materiales de los Equipos del J.A.E.	Bibliografía	Control Encuestas Clientes
Control de Historias Clínicas	Curso de Higiene 21, 22, 23, 24, 27 y 28 de 19 a 21 horas. Auditorio	EVALUACION Curso de Higiene, mes de Febrero	EVALUACION Curso de Nutrición Básica, mes de marzo	Control de Historias Clínicas	Bibliografía	Bibliografía		Bibliografía	Bibliografía	Control Historias Clínicas	Bibliografía
Trabajo del Equipo de Fichas de Atención de Enfermería	Trabajo del Equipo de Fichas de Atención de Enfermería	Control de Historias Clínicas. PUESTA EN COMUN	Control de Historias Clínicas	Publicación de las fichas de Atención de Enfermería	EVALUACION Curso de Dietética mes de Mayo			Control Encuestas Clientes	Control Encuestas Clientes	Control Encuestas Clientes	EVALUACION del J.A.E. mes de noviembre
Anuncio 29/6/84. Evaluada Plantilla Fija	Bibliografía	Trabajo del Equipo de Fichas de Atención de Enfermería	Entrega del Trabajo del Equipo de Fichas de Enfermería	Control Encuestas Clientes	Control de Historias Clínicas PUESTA EN COMUN			3ª EVALUACION GENERAL	Control Historias Clínicas	Control Encuestas Clientes	PRESENTACION OBJETIVOS 1985
Bibliografía	INEM. Auxiliar de Clínica	Bibliografía	Anuncio 29/5/84 Evaluada Plantilla Fija	INEM. Auxiliar Clínica	Toda la plantilla EVALUADA				Cuaderno Trabajo Social. Inicio 1/10	Cuaderno Trabajo Social. Culminación 20/11	EVALUACION TOTAL MEMORIA
INEM. Auxiliar Clínica	Cuaderno de C.E. Culminación 29/2	Bibliografía	Bibliografía	Bibliografía	Control Encuestas Clientes. Final objetivo				PROPOSICION OBJETIVOS 1985		
Cuaderno de C.E. Inicio 2/1	Cuaderno de H.I. Culminación 29/2	INEM. Auxiliar de Clínica	INEM. Auxiliar de Clínica	INEM. Auxiliar de Clínica	Cuaderno de Maternidad. Culminación 29/4						
Cuaderno de H.I. Inicio 9/1	Control Encuestas Clientes	Cuaderno de B.Q. Inicio 5/3	Cuaderno de Bloque Quirúrgico. Culminación 27/4	Cuaderno de Bloque Quirúrgico. Culminación 27/4	Cuaderno de Admisión. Culminación 29/4						
Dossier de Suplentes.		Cuaderno de Planta 2ª Inicio 5/3	Cuaderno de Planta 2ª Culminación 27/4	Cuaderno de Planta 2ª Culminación 27/4	2ª EVALUACION GENERAL						
Catalogación de méritos propios		Control Encuestas Clientes	Cuaderno de Maternidad. Inicio 30/4	Cuaderno de Maternidad. Inicio 30/4							
Control Encuestas Clientes		1ª EVALUACION GENERAL	Cuaderno de Admisión. Inicio 30/4	Cuaderno de Admisión. Inicio 30/4							
			Control Encuestas Clientes	Control Encuestas Clientes							

LEYENDA

FORMACION:

- Subcomité de Docencia
- Curso para Auxiliares de Clínica
- Bibliografía

CONTROL DE CALIDAD:

- Análisis Historias Clínicas
- Evolución del Personal Fijo
- Encuestas de los Clientes
- Fichas de Atención de Enfermería

MEJORA DE METODOS:

- Curso de Higiene
- Curso de Dietética
- Curso de Nutrición Básica
- Jornadas de Atención de Enfermería (J.A.E.)

GESTION ORDINARIA:

- Catalogación de méritos propios
- Cuadernos funcionales de Departamentos y Unidades
- "Dossier" de Suplentes
- Reunión Jefes de Departamento
- Evaluación generales y parciales
- Proposición de objetivos 1985

BIBLIOGRAFIA

1. División de Enfermería del Hospital San Juan de Dios. *Diseño Funcional de la División de Enfermería*. Ed. Taller de Enfermería S.J.D./82. Barcelona, 1983.
2. ESEVERRI CHAVERRI, CECILIO: *Enfermería Hospitalaria*. Planificación, Dirección y Control. Ed. Médica y Técnica, S. A. Barcelona, 1981.
3. *Administración de Hospitales*. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ed. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1968.
4. ALBANT, J. y LAVAND, R.: *Ratios y Gestión Empresarial*. Ed. Guadiana, S.A. Madrid, 1979.
5. WILLIAM, P. LEONARD: *Auditoría Administrativa*. Ed. Diana. México, 1975.
6. *Congreso Nacional de Calidad. Barcelona*. Ed. Office. Madrid, 1974.
7. GODDARD, H. A.: *Principios de Administración de Enfermería*. Ed. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1959.
8. Revista: *Gestions Hospitalieres. Le Controle de Gestion a l'Hopital*, N.º 188. París, 1979.
9. GELINIER, OCTAVIO: *Dirección Participativa por Objetivos*. Ed. Asociación para el progreso de la Dirección. Madrid, 1978.
10. Revista: *Alta Dirección*. BEASCOECHE ARICETA, JOSÉ MARÍA. Dirección por Modelos y Manual de Decisiones. Noviembre-Diciembre, N.º XIX. Barcelona, 1983.
11. MASLOW, ABRAHAM: *Motivación y Personalidad*. Edic. Sagitario, S.A. Barcelona, 1966.
12. Revista: *Crónica de la OMS*, T. FÜLÖP, pág. 335-338. Ed. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1978.
13. GUILBERT, J. J.: *Guía Pedagógica de la OMS*. Ed. ICE de la Universidad de Valladolid. Valladolid, 1981.
14. CENTOR: *Plan de Formación en la Empresa*. Ed. Index. Madrid-Barcelona, 1975.
15. ESCARPENTER, JOSÉ: *Cómo dominar la gramática*. Ed. Playor. Madrid, 1982.
16. LAPESA, RAFAEL: *Introducción a los estudios literarios*. Ed. Cátedra, S.A. Madrid, 1981.
17. RICKARDS, TUDOR: *La creatividad*. Ed. Deusto, S.A. Bilbao, 1977.
18. GUILFORD, J. D.: *Creatividad y educación*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1978.
19. PEREGO, L. y RICCARDI, R.: *La valoración del personal*. Ed. Hispano Europea, S. A. Barcelona, 1977.
20. MC. GREGOR, DOUGLAS: *El aspecto humano de las Empresas*. Ed. Diana. México, 1976.
21. GARCÍA ECHAVARRÍA, S.: *Responsabilidad social y balance social de la empresa*. Ed. Fundación Mapfre. Madrid, 1981.
22. Revista *Alta Dirección*. PASTOR PETIT, D. N.º 106. Ed. Nauta, S.A. Barcelona, 1982.
23. *La Revue Hospitaliere de France*. Audit de la Formation dans les Hopitaux, pág. 881-895, N.º 365, noviembre. Ed. Organe Officiel de la Fédération Hospitaliere de France. Lyon, 1983.
24. Revista: *Gestions Hospitalieres*. CHARLES, GENEVIÈVE; MONTESINOS, ANDRÉ: *Pour una formation permanente des personnels Soignants plus efficace*, pág. 781-785, N.º 230. Novembre. París, 1983.
25. ASCHER J. SEGALL, M. D. HANNELORE, VANDERACHMIDT, RUANNE BURGESS y THOMAS FROSTMAN: *Método para diseñar cursos en las ciencias de la salud*. Ed. Limusa, S.A. México, 1982.
26. MARZAL, ANTONIO: *Empresa y democracia económica*. Ed. Argot, Compañía del Libro, S.A. Barcelona, 1983.

Historia de la enfermería española e hispanoamericana



Cecilio Eseverri Chaverri



Biblioteca de enfermería

HISTORIA DE LA ENFERMERIA ESPAÑOLA E HISPANOAMERICANA

Cecilio Eseverri Chaverri

- Siguiendo las indicaciones del *International Council of Nurses* sobre la conveniencia de que todos los países dispusieran de un libro que recopilara la historia de la enfermería de su propio país, el autor ha preparado esta rigurosa pero amena historia de la enfermería española, ampliando su estudio al ámbito hispanoamericano.
- Con este libro, tanto los profesionales como los estudiantes de enfermería disponen de un texto ideal para el conocimiento de los hechos pasados, y a la vez de utilidad para realizar estudios más profundos sobre este tema. También los profesionales de la medicina, ciencias sociales y afines pueden encontrar datos históricos de gran valor en esta nueva y singular obra.
- Estamos seguros de que este nuevo libro del destacado autor y profesional de la enfermería Cecilio Eseverri tendrá una calurosa acogida, pues la rica historia de la enfermería española ha sido hasta ahora escasamente conocida por sus profesionales, al no disponer de bibliografía adecuada.

Por un Hospital más humano

HUMANIZACION: LA UTOPIA POSIBLE

ALBERTO SOLARI

Periodista, mantiene con el hermano Pedro Luis Marchesi, general de los Hermanos de san Juan de Dios, una larga conversación sobre la humanización.

Ha empezado una revolución y quizá no nos hemos dado cuenta

Por lo menos para mí, que no soy ni médico, ni teólogo; soy un laico, un *incrédulo* que busca el sentido de ser hombre, también un camino para la felicidad o, por lo menos, un atajo para no sentirse demasiado superfluo.

LA PLUMA DE UNA REVOLUCION NACIENTE

No sólo por la importancia pública del personaje que habla, y por así decirlo, se compromete por entero, sino por la importancia de las cosas que dice. Son efectivamente cosas y no palabras. Quizás es un deslumbramiento del hombre de la calle, pero desde los tiempos de John Reed, testigo directo en Rusia de los *Diez días que trastornaron el mundo*, un cronista no conseguía mojar su pluma en una revolución naciente.

¿Qué revolución?

Es silenciosa. No es inmediatamente visible, porque no tiene banderas ni eslóganes gritados por las calles. Al contrario, a su alrededor

existe normalmente una zona de silencio, ya que se desarrolla esencialmente en el hospital.

Pero existe, y es probablemente muy grande. Es fácil hacer las cuentas. Los FBF (Fatebenefratelli) tienen muchos hospitales; los tienen con mucho personal y en todos los continentes. Tienen también, por eficiencia y tradición, una fuerza de atracción-implicación muy superior a su efectiva potencia económico-política: también aquí es la imagen la que cuenta.

Pues bien, los FBF han decidido hacer la revolución. De puntillas, pero golpeando firme. Han decidido una cosa sencilla y terrible: que dentro de cada enfermo se encuentra un hombre, y también que dentro de cada hombre que se encuentra hay un hombre a quien amar. Así de sencillo. Vocación o no vocación, creyente o incrédulo, Dios o no Dios, el hombre está de todos modos. Le siguen, le aman, le ayudan. En el plano estrechamente terapéutico lo curan mejor y más profundamente. Locos de atar. Son millares. Encuentran obviamente inmensas dificultades en llevar adelante esta línea y una de las mayores la constituye la pregunta de los personajes que junto a ellos trabajan *sobre el enfermo*: ¿en qué entro yo médico, yo enfermero, yo técnico, con esta elección que afecta esencialmente a aquellos que están en el hospital por un motivo religioso? Y con mayor razón, ¿en qué entramos nosotros que ni siquiera vivimos en el hospital? Y sin embargo, a la larga, entramos.

Implicando siempre más a las personas, han conseguido en algunos países hacer modificar las mismas estructuras organizativas y arquitectónicas del hospital. Realizan aquella utopía del amor que, si fuese realidad total, daría un vuelco de 180 grados a toda la historia presente y futura.

Así, pues, esta revolución con la cual deberemos contar hoy y más aún mañana, empezó con un librito, un documento que el hermano Pedro Luis Marchesi propuso en 1981 y que el Consejo Generalicio tomó como propio, lanzándola como un compromiso para todos los hermanos de la Orden, como reto en el hospital y a todos.

UNA «LECTURA CON EL AUTOR»

Voy a ver al hermano General de los FBF. Como hombre de la calle. Como laico e incrédulo, escasamente sensible a las cuerdas exquisitamente religiosas, pero le juro, muy atento a todo lo que sacude a nuestra humanidad. Le hablaré, mejor dicho, le oiré hablar. Se me ha ocurrido que en lugar de una entrevista clásica, sería mejor una especie de *lectura con el autor* del documento que ha puesto en marcha esta revolución. Es decir: no quiero que me explique pedestremente lo que ha escrito y que transcribimos en síntesis, porque está muy claro, diría de una claridad evangélica. Deseo, en cambio, que me diga lo que le movía a escribir. Qué era lo que le vibraba en el corazón mientras, quién sabe con qué temblor, decidía exhortar a los suyos: ánimo muchachos, es hora de ser humanos en serio.

No se si vale la pena vivir sin un poco de utopía

—*Reverendo Padre, habíamos pensado titular todo el trabajo sobre la Humanización del hospital —la batalla por el descubrimiento de lo humano en las relaciones con el enfermo y de los operadores entre ellos— de una manera periodísticamente llamativa: La utopía posible. ¿Encuentra usted provocativo este título?*

—No mucho. Provocativo no, quizás un poco desilusionante. Yo estoy convencido que el pensar en humanizar tiene algo de utópico. Pero sin duda es un hecho. Si en la vida de hombres que viven determinadas responsabilidades —pero también de todos los hombres como tales— no hubiese un poco de utopía, no sé si valdría la pena vivir. En esto se basa una cierta manera mía de interpretar las realidades y las verdades. Las verdades que se nos presentan, y a las cuales somos libres de acceder o de no acceder.

—*UTOPIA, nos alejamos como hacia la estratosfera. Posible; es un elástico que nos empuja hacia abajo, nos obliga a hacer cuentas mucho más concretas. Me imagino que existen dificultades de todo orden: práctico, político, ideal o ideológico. Por ejemplo, ¿el concepto de humano para usted no forma parte de un credo ya particular en su origen?*

—Sin duda existen complicaciones. Pero yo creo que, más allá de las ideologías, más allá de las actitudes y de los intereses, todos podemos llegar a redescubrir el hombre como tal, y esto es posible a todos sin un particular proceso de *conversión*, si queremos llamarle así, a través de un proceso de *encuentro*, lo cual es factible a todos, en todo momento de la vida.

Encuentros utópicos con el dolor: credo o enfrentamiento.

Esta, por lo menos, es mi experiencia. Que no nace de un análisis cultural, sino, al contrario, nace precisamente de una serie de encuentros. Encuentros con el hombre, en sus variadas actitudes. Pero, sobre todo, en sus momentos *utópicos*, estos sí, de la soledad. Aquella soledad sin nombre que viene del dolor y de la enfermedad. Yo creo que, al contacto con aquel nivel de humanidad, todos podemos tener un *credo*. Por consiguiente, todas las fuerzas políticas, cualquiera que sea su inspiración, pueden tener este tipo de encuentro... Y si no queremos llamarle así, llamémosle enfrentamiento, pero al fin, es igual. Dicho encuentro o enfrentamiento gira siempre alrededor de este epicentro del creador que es, bien, Dios, decimos nosotros los religiosos. Pero Dios no existiría si no existiese el hombre. Y si yo no paso a través del hombre, no encuentro tampoco a mi Dios, o el Dios que yo creo ser de la humanidad. Este es el punto.



Hermano Pedro Luis Marchesi

—*Pero esto, ¿puede valer para todos? ¿No está específicamente ligado a una experiencia religiosa, profesional o existencial?*

—Yo quiero permanecer en mi área porque yo no tengo idoneidad en otros terrenos y no soy depositario de una verdad individual; pienso y quiero ser depositario de una experiencia ajena que hago mía, y a cambio de la cual debo devolver algo. Porque cuando yo me apodero de una experiencia debo dar algo a cambio. Y si hablo de humanización no me considero depositario de una verdad particular. Pienso que sólo soy un agente de restitución de experiencias que he vivido junto al hombre en soledad, desesperado, en busca de esperanza. Precisamente porque he sido testigo de estos momentos de humanidad y de deshumanidad, creo que la recuperación del hombre —la humanización de sí mismo y de los demás— es un proceso que hay que abrir.

Ya hace tres años que hablamos de humanización.

—*¿Pero cuál es el aspecto de este proceso?*

—El empuje, la interpretación, la dinámica de la humanización... Ya hace tres años que hablamos de ello, desde cuando lanzamos la idea en nuestras asambleas, y desde entonces lo veo cada día con un aspecto dis-

tinto. En tres años, he visto cada día un modelo nuevo de humanización. Porque nada se puede plantear como una trama prevista, como ya se está intentando hacer. He visto que la misma terminología ya está siendo empleada por todos: desde el Papa que la proclamó en uno de nuestros Capítulos y en otros discursos...

—*He visto que también figura en una circular ministerial, que asociaba la humanización a los alimentos precocidos y a un servicio más racional y económico de lavanderías...*

—Y yo he visto universidades que realizan jornadas de estudios sobre la humanización de la medicina... En esto yo creo poco, porque quizás humanizar la medicina y no el médico, quizás alguna vez equivalga a deteriorar la medicina. En cambio, humanizar al hombre, que es el agente de la medicina, esto sí que es factible. Si queremos humanizar una tecnología, entonces nos hacemos dueños de la tecnología; siendo dueños de un medio, un instrumento, adquirimos poder. En cambio, somos precisamente nosotros quienes debemos humanizarnos.

**Aceptada por un grupo, la humanización
se convierte sin duda en el alma
de una revolución.**

—*Permítame, pero la idea de humanizarse no me parece tan revolucionaria. Yo diría que es un poco banal...*

—Puede ser. Sin embargo, desde el día en que lanzamos la idea, continuamos viendo aspectos nuevos, nuevos resultados. Yo opino que el día en que la humanización es aceptada por un grupo que opera en el interior de un hospital, esta se convierte en el alma de una revolución, la cual no puede ser solamente tecnológica, ambiental o estructural. Se necesitan estos medios, mejor dicho, son indispensables estos medios. Pero no nos servirán de nada si nosotros, como hombres, no nos damos cuenta de que especialmente el hombre enfermo necesita ser acogido en una sociedad benévola dentro del hospital, e incluso antes de entrar en el hospital. Y esto no sólo o no tanto porque la humanización se convierte en el complemento de la terapia (con una expresión impropia pero concreta: allí donde se trabaja con esta óptica existe una ventaja enorme, puesto que la humanización se convierte en el apoyo de la terapia). Pero este no es aún el punto. Hay que romper otras barreras. Se habla del sujeto central de la humanización, el enfermo, pero no es él sino los demás; los verdaderos agentes de la humanización son los demás que deben transformarse.

—*Usted habla de personas que trabajan en el hospital. Que tienen deberes, derechos, legítimos intereses y que quizás luchan por ellos...*

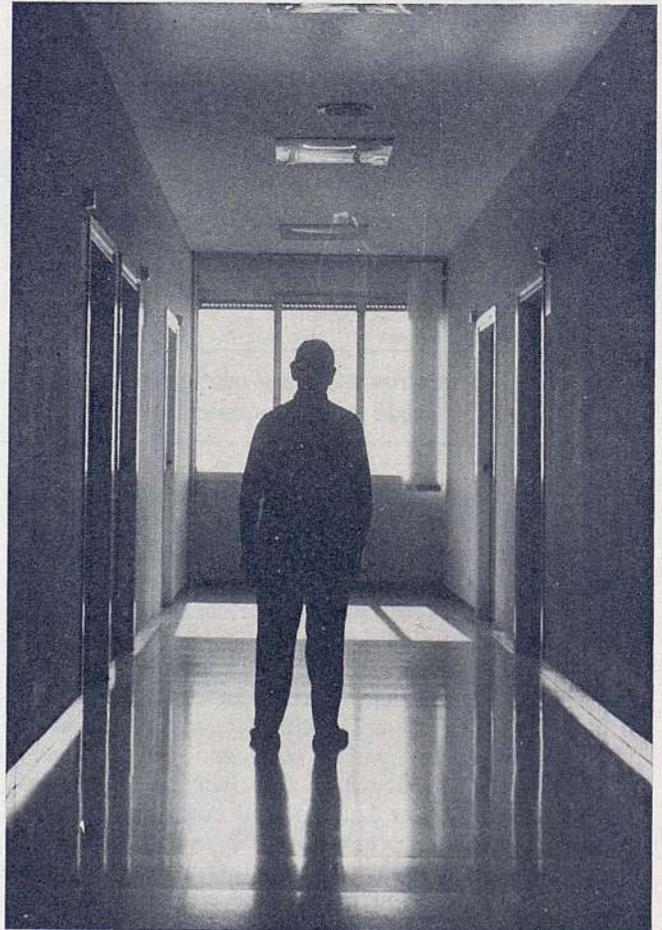
—¡Sí! Hoy día las luchas sindicales son indispensables, son necesarias, son el equilibrio de la sociedad. Pero no es esta la cuestión. Si en estas luchas se vive sólo un detalle y no se tiene un denominador común, no se llega a la conclusión deseada, aunque esta en definitiva sea la de tener un ambiente y una situación de

vida y de trabajo más dignos, más adecuados a sí mismo. Hablo de mi experiencia personal y del ambiente hospitalario. Aumentar cien mil pesetas al mes los honorarios de un médico-director, dar veinte mil pesetas más a un operador no médico, conceder la media hora o los tres cuartos de hora de pausa suplementaria, hemos visto que en el fondo no ha servido para nada. No ha cambiado cualitativamente nada de nada en el servicio. ¿Y por qué? Porque no ha habido aquella revolución cultural —yo insisto en llamarla humanización— que por sí sola tiene el poder de gratificar, de ordenar, de regenerar las fuerzas de los operadores. En ventaja de quién, me parece bien claro.

—*¿El enfermo, el usuario?*

—En efecto, el enfermo, el hombre que sufre y que, como digo en el documento, tiene *derecho* a mi atención. Debería estar claro que si el único beneficio que se persigue es el del enfermo, yo tengo un camino mucho más planificado, mucho más sereno que seguir, y el trabajo me da también la alegría de vivir.

—*Ya, la alegría... Usted alude con insistencia a la alegría, a la felicidad, a la realización gozosa de sí mismo, en su documento. ¿No le parece singular? ¿No le parece demasiado opuesto a la imagen real del hospi-*



En el interior del hospital hay momentos tan profundos de soledad que, a veces, generan una alegría distinta...

tal, que es un lugar de sufrimiento? ¿Dónde encuentra usted la alegría?

—Si. Está en desacuerdo, porque tenemos una interpretación de la alegría, que podríamos llamar de mercado. Y en cambio para mí, la alegría no se encuentra en la romana Porta Portese, ni en la milanese Feria de Sinigaglia. Y tampoco en la universidad y, a veces, tampoco en la iglesia. La alegría es una manera de ser, existir en la creencia de un servicio, vivir en cada instante algo de concreto. Si no, no es alegría, es sólo un deseo de alegría. Repito que, también en este caso, no tengo verdades que revelar. Yo afirmo que esta es mi verdad.

—*Pero subsiste la duda. Alegría en un ambiente de dolor...*

—Pero la alegría es algo que no se puede prefabricar. Es algo que se conquista mojando la cara con lágrimas. Yo he visto a gentes llorar y cantar de alegría. Y esto se ve a menudo en los hospitales, donde el hombre es despojado de sus vestidos, se le pone el uniforme del preso, con el pijama obligatorio. Es la inhumana tristeza que he intentado contar en el documento. Pero hay otra cosa cierta. Es que el hombre, de grado o por fuerza, en el interior del hospital tiene momentos tan profundos de soledad, que a veces generan una alegría distinta, una manera de vivir distinta. Lo mismo ocurre con el trabajador que vive y trabaja en el hospital, con el religioso del hospital. Que debe esforzarse en ser un transmisor de alegría. Pero...

Pero si yo dentro del hospital no soy capaz de despegarme de mis angustias, de mi problemática personal, dejándome caer en esta totalizadora óptica de servicio, ante todo no rindo todo lo debido al enfermo. Pero tampoco resulta eficaz mi acción, porque precisamente le falta alegría.

—*En la práctica, ¿qué es lo que significa?*

—Significa que hay que buscar, no desde el exterior, sino desde el interior, un hábitat que el operador sanitario debe saberse dar. Con el tiempo, evidentemente. Pero sobre todo, con una cultura distinta, una distinta impostación del ritmo de trabajo, otra manera de moverse en el ambiente de trabajo.

Cuando esto se realiza, es fácil ver cosas sorprendentes. Es fácil ver al médico que sufre porque sus hijos están quizás abandonados, porque su mujer le engaña, o ver al fraile que aquel día está desconcertado por algo suyo, es fácil verles transformados en el hospital. Es fácil ver gente que pasa por la portería y deja algo fuera, porque dentro hay otra cosa diferente.

—*Sigue aún pareciéndome oscura la fuente de toda esta alegría a la que usted alude frecuentemente, tanto ahora como en el documento...*

—Me atormenta usted con sus preguntas sobre la alegría. Le he descrito lo que para mí es la alegría. Evidentemente, me gustaría tener la cultura de los filósofos y de los teólogos, para poderle dar una bella definición de la alegría. En cambio le digo: no la sé, no la sé, la definición... Le explico solamente mi experiencia, que

no pretende ser una imposición de verdad, pero que es solamente *mi* verdad.

Le digo que la alegría es algo que yo fabrico cada día, en cada momento, que me nace sobre todo cuando sé que sirve a otro.

Y por esto, como le decía antes, aun junto a las lágrimas, yo puedo sentir un latido, un calor de alegría...

—*Usted dice: hay gente que se transforma al entrar en el hospital, que deja su propia historia en la portería... ¿No podría ser esta una forma sutil de alienación?*

—Es cierto. Seguramente. Existe este riesgo.

—*Lo que usted dice tiene un sentido para sus hermanos, para aquellos que hicieron una elección de vida particular. De alguna manera puede tener un sentido para mí o para quien, como yo, comparte una cierta forma de humanismo, integral o parcial. Pero, ¿qué significa todo esto para el mundo? Un mundo en el que todo se comercializa, que oprime, que mata, ¿qué probabilidades tiene su proyecto de humanización? ¿Y qué esperanza existen de que sus palabras puedan convertirse en signo, germen, semilla...?*

—Yo creo que es posible. Quiero subrayar que es posible, porque no me gustaría que mi experiencia, mi persuasión, esta manera mía de ser, fuesen interpretadas como imposición de algo. Yo digo claramente lo que digo, porque lo he vivido cada día, lo estoy tocando cada día.

Pero, evidentemente, es necesario —y este es quizás el hecho más significativo del proceso de humanización— es preciso ser capaces de una revolución...

—*¿Individualmente?*

—Individualmente, porque yo opino que no existen revoluciones sociales sin la premisa de una conversión personal. Si no, todas son balones políticos o no políticos, con las consecuencias que la historia nos enseña. En cambio, las verdaderas revoluciones son aquellas que nacen de cada hombre, que después sabe hermanarse, unirse seriamente... Si dentro de cada cual ha nacido de verdad la revolución, entonces existen los grandes cambios sociales. Y yo opino...

—*Diga...*

—Yo opino... Para dar un ejemplo, le hablo de la historia de mi Orden. Se dice que las Ordenes hospitalarias, en la Iglesia, están destinadas a morir cada 200 años. Porque —se dice— ésta es la duración fisiológica de una Orden hospitalaria. La nuestra no ha muerto: no por méritos de los frailes sino por mérito de Dios, y por mérito de... Una gran constatación: por mérito del enfermo, del hombre sufriente que nos da siempre grandes lecciones. Y hemos sobrevivido. ¿Qué es lo que esto me enseña? Una cosa importante: el enfermo da siempre una enorme riqueza a la sociedad, si nosotros lo *leemos* y lo *vivimos* de una manera distinta a la que hoy lo hace la sociedad.

Dicen que las Ordenes Hospitalarias mueren cada 200 años. La nuestra no ha muerto.

—¿Hay quien especula sobre el enfermo?

—Desde luego, si el enfermo se convierte en caballo político para crear votos, o para engañar a la sociedad entera y conseguir unos presupuestos (que no se ven en los hospitales) o el elemento de promoción para la propaganda vocacional de las Ordenes religiosas o para una pastoral evangelizante que no comprende al hombre enfermo como sujeto y común denominador; entonces es un fracaso para todos; para nosotros, para la Iglesia, para la sociedad, para los partidos y para las Ordenes religiosas.

Pero yo opino que precisamente aquí está el germen del nuevo tipo de revolución.

Yo no sé si soy suficientemente claro. Yo no digo estas cosas —lo confieso también en el documento— basándome en una madurez cultural. Lo digo basándome en ese impacto de alegría y de sufrimiento diarios que es el estar cerca del enfermo, del olor del enfermo. Esta es una cosa que la sociedad no ha sentido nunca, el olor del enfermo.

He hablado con ministros, con cardenales, con sindicalistas... Y creo que la revolución empieza cuando uno es capaz de percibir el olor del enfermo.

—¿Y si la sintiera?

—Mire usted, yo he tenido ocasión de hablar con ministros, con sindicalistas, con obispos y con cardenales, todos los cuales querían darme lecciones sobre el enfermo. Lecciones que yo acepto siempre de todos, con verdadero entusiasmo. Pero, en fin, ciertas veces yo veía trayectorias verdaderamente equivocadas. La última experiencia fue el encuentro con algunos responsables del Tribunal para los Derechos de los Enfermos: cosas hermosas, cosas juiciosas, cosas admirables las que quieren hacer estos jóvenes. Pero al final, yo les pregunto siempre a todos: ¿tú has conocido el olor del enfermo? Veo cambiar los rostros. Verdaderamente la sociedad tendría necesidad de esto: sentir el olor de sus enfermos.

En efecto, —lo cito como pedagogía— antiguamente existían ciertas Ordenes religiosas, que por respeto y estimación no nombro, que en el curso formativo de sus mejores hombres les obligaban a trabajar en el hospital, pero no cerca del enfermo que les gratificaba con la sonrisa de la acogida, sino precisamente con aquel enfermo que no tenía la capacidad de la sonrisa, y que tenía siempre algo sucio que lavar. Este era un modo de formación, para ciertas familias religiosas. Y para nosotros es el pan de cada día...

—Permítame que le haga una pregunta típica del incrédulo, o laico, como yo soy, o de los laicos más o menos incrédulos a los que en este momento represento. Se muy bien que el documento programa de Humanización está dirigido esencialmente a sus hermanos. Pero

también está dirigido a los demás, que de cualquier manera directa o indirecta tienen que ver con el enfermo, de cerca o de lejos. Llego a la pregunta, mejor dicho, a la incertidumbre. Usted pone como premisa de la revolución personal y social verdadera una controversia. Perdóneme, esto no es como decir: «¿si no os hacéis cristianos os olvidaréis de la revolución?».

—No. Hagamos mientras tanto una premisa. Yo creo que la fuerza de la conversión es algo que tiene razón de ser independientemente de la fe en la que se proyecta. Yo creo también que quien viva sólo valores humanísticos, por decirlo así, posee una gran capacidad de conversión: tiene más bien la necesidad de la conversión, aunque no esté en aquel momento apuntando hacia Dios. Aun permaneciendo en su interior unos valores meramente humanísticos. Por consiguiente, rechazo (con dulzura) porque es falsa, la hipótesis que la propuesta de la humanización sea un caballo de Troya para el apostolado...

Al infierno, tal vez alguien pueda ir a puntapiés, pero al cielo a puntapiés no, no se puede hacer.

—¿Pero no está dentro de las finalidades de la Orden, más bien, entre los objetivos del cristianismo, el de convertir y salvar a la gente? No será que, al fin, con esta propuesta de humanizarse para humanizar, tan poco unida a la tecnología y tan ligada a una profunda revisión cultural, psicológica, espiritual del individuo, no será que al fin lo que vosotros queréis es meter a la gente en el cielo, aunque sea a puntapiés en el trasero?

—Punctum doles. La opinión que me han dado varios hermanos que han recibido y vivido el documento ha sido: bueno, pero falta el concepto de evangelización. Yo he contestado: sí, puede ser. Pero yo creo que seré verdaderamente capaz de ser evangelizador tan sólo el día en que verdaderamente comprenda lo que Dios ha creado. Si yo no he llegado verdaderamente a comprender al hombre en todos sus tormentos, sus esperanzas, ¿qué es lo que yo puedo comprender de Dios? No consigo sentirle vibrar dentro de mí. Por esto estoy tranquilo: vivir hasta el fondo todos los valores del hombre tiene su importancia. Estoy sobre todo convencido de que si creemos en el hombre, tenemos siempre la posibilidad de mirarnos a la cara con serenidad, sea cual sea la ideología política, filosófica o religiosa que estemos profesando.

Contragolpe...

—¿Y el cielo a puntapiés en el trasero?

—Mire, yo le digo que mandaría a algunas personas al infierno a puntapiés en el trasero, pero mandarlos de esta manera al cielo es una utopía imposible, que no puede hacerse. Yo, por lo menos, no la acepto, no consigo vivirla. Como hombre estallan en mí fácilmente los sentimientos negativos, y siento el impulso de enviar inmediatamente al infierno a puntapiés en aquella parte a aquel que resueltamente quiere adjudicarse el papel



Una marcha de más...

de embrollarlo todo, sin tener la paciencia de decir: «Un momento, miremos a nuestro alrededor, para ver si hay algo que funciona entre la gente de la calle». En esta ocasión es cuando siento ganas de enviar a cierta gente al infierno a puntapiés en el trasero. Pero al cielo a puntapiés en el trasero..., sería para mí la cosa más cruel que pudiera hacerse. La violencia sobre un hombre para conducirlo al bien es una utopía que no puede existir.

Es posible que si un teólogo lee esto, me excomulgue. Pero no me importa. Tengo 54 años, soy libre de vivir estas sensaciones. Y estoy convencido de que no se puede violentar a nadie para enviarle al cielo. Sería la cosa más horrible. Yo lo consideraría como una traición a Dios, en quien creo, y al hombre, a quien ofrezco mi vida.

—A cambio de tanta franqueza, permíname otra impertinencia. Encuentro que su documento, por estar escrito por un religioso, en parte es singularmente laico: citaciones de Einstein, Garaudy, Marcuse, concisas afirmaciones sobre la primacía del hombre y del sí mismo... Por otra parte, sin embargo, se nota muy bien que ha sido escrito por un religioso para unos religiosos. Y parece poderse leer entre líneas: «Se sabe que el cristianismo tiene una marcha más». Por consiguiente, implícitamente: «Si no sois cristianos, llegad a serlo». ¿Esto es verdad? ¿No le parece ligeramente ofensivo para aquellos laicos y no creyentes que, aunque sea sólo en nombre de su profesión o de valores puramente humanísticos, se entre-

gan todo el santo día y toda la santa vida animados por una pasión por el hombre que, quizás es tan tensa como la suya?

—No, no, no. No hay absolutamente nada de esto.

—Sin embargo, su propuesta de humanización adquiere pleno sentido sólo en una dimensión trascendental...

—Pero este es precisamente el único secreto que hay: es lo trascendental. Yo no miro a la cara de los demás, tampoco digo que tenemos y no tenemos una marcha más. Sólo digo: yo debo tener una marcha más, si de veras creo en lo trascendental. De lo contrario, ¿qué sentido tiene mi credo? Es un credo de mercado, un credo político, un credo de comodidad. Pero yo que creo, que siento, que vivo a Dios, debo tener, por fuerza, una marcha de más.

Y ¿qué quiere decir tener una marcha de más? No que yo sea superior a los demás, eso nunca, no faltaría más. Sólo quiere decir que yo debo dar más a los demás, que debo ser juzgado más que los demás.

Por otra parte, el mundo lo ha comprendido. Miro los diarios. Hay enormes escándalos, que pasan casi inadvertidos. Sin embargo, basta que en un escándalo este implicada una sotana —es decir, un religioso— para que todos hablen de él. Pero es justo que hablen, tienen el derecho de hacerlo! Es la misma lógica que me obliga cada día a comprometerme más que los demás: no para una confrontación, sino por un deber. Yo pretendo más, aspiro a llegar a lo trascendental y para ello debo dar algo más.

—¿Para una confrontación?

—No, no para una confrontación y para poder vanagloriarme: he aquí *mi de más*, porque yo estoy en lo trascendental. Esto sería destruir el sentido de mi vida, el mío y de muchos otros. Y además, no es cuestión de ser más o menos. No hace falta una cultura histórica excepcional para observar que han existido personas que, aunque negaban el trascendente, apuntaban hacia algo extrahumano, y fueron héroes. Aquellos tenían dos marchas de más. Quizás no poseían el trascendente-Dios, pero tenían el trascendente-hombre.

—Sin embargo, ¿no es posible que la propuesta de humanización esté dirigida demasiado particularmente a aquellos que están más orientados hacia Dios, más cerca de aquellos que visten la sotana, como usted dice?

—No, no se precipite. Yo digo que quien viste la sotana como yo —si esta sotana no la viste por tradición o por comodidad— tiene un concepto de vocación religiosa. ¿Qué quiere decir esto? Existen mil interpretaciones, y afortunadamente, cada cual debe encontrar la suya. Y yo doy esta. Tener esa particular vocación quiere decir, ante todo, tener una mayor disponibilidad al servicio. Después, tener de alguna manera dotes proféticas —lo cual en concreto representa una disponibilidad a recibir las pedradas en la cabeza, porque los profetas fueron casi todos echados al vientre del pez o lapidados.

Pero los profetas son necesarios en la historia de todas las sociedades. Y también puede haber profetas de inspiración no cristiana: algunos de estos marcaron la historia del mundo y les debemos todos los respetos. Pero

yo digo que nosotros los religiosos, en nuestra manera de ser más que en nuestra manera de enseñar, tenemos el compromiso de buscar el profetismo: anticipar los vencimientos de los tiempos, indicar unas huellas, un camino hacia una meta. Ello se entiende, según nuestras fuerzas generalmente modestas y según nuestra falible disponibilidad.

Está claro que alguna vez podemos equivocarnos. Estamos hechos de materia humana. Y en la profecía, si no hay una especie de compenetración, una capacidad de llegar en Dios (es difícil llegar, en la jerga eclesial se llama *santidad*) se corre el riesgo de la profecía equivocada. Pero yo digo: para un religioso es mejor una profecía equivocada que el silencio; un religioso que no diga nada al mundo, es mejor que no exista.

Un religioso que no diga nada al mundo es mejor que no exista.

—Otra pregunta comprometida: si no he entendido mal, la clave conceptual del proyecto de humanización consiste en esa particular conversión que se expresa en el paso de hombre a persona. Usted habla después de la institución que debería ayudar al hombre-persona como de una institución —el hospital medio— a menudo portadora de una cultura deshumanizadora. ¿Quiere aclararme su pensamiento?

—De hombre a persona... Aparentemente puede parecer una importante disquisición filosófica o sociológica. Pero, afortunadamente, creo que el asunto es más sencillo. Yo creo que hoy todos, empezando por los *grandiosos* cerebros de IBM hasta los *pequeños* de los directores de las misiones y de los hospitales del Tercer Mundo, todos empiezan a diferenciar entre hombre y persona.

Especialmente en países como el nuestro, donde hace pocos años que se habla de partidos, clases, cultura graduada y así por el estilo, el valor *hombre* ha recuperado un importante significado en la sociedad. Y yo personalmente doy gracias por esto a Dios y a la misma sociedad, que ha evolucionado. Es una oleada general. Basta oír los discursos del Papa en estos últimos tiempos; centra casi siempre el tema sobre el valor-hombre.

Ello me alegra. Pero después digo humildemente: hay que abrir un nuevo camino.

—¿Cuál?

—Probemos de interrogar al niño que pasa por la calle: ¿quiénes son los hombres? Seguramente, él verá en su imaginación el estadio de San Siro y el Olímpico repletos de gente. Estos son los hombres para él. Y si usted —¿qué apostamos?— habla con ilustres docentes, o analiza las crónicas de vida sindical, vida universitaria, médica, escuelas de especialización, observará que se habla de *casos*, de *internados de usuarios*, todo lo más de *enfermos*, pero nunca de hombres. Entonces, yo digo, si verdaderamente queremos afinar nuestro servicio, nosotros debemos ir a la persona, no al hombre genérico puesto en fila como aquel que necesita algo; porque nadie necesita *algo*, todos tienen necesidad de todo, pero cada cual de una manera distinta. Esta es la *persona* que sale del hombre, él mismo, con su nombre, sus ojos, su olor, su historia y sus nece-

sidades particulares... ¿Es esto cierto para todos y siempre? No lo sé: para mí es cierto, y esto puede constituir un límite. Mis barreras son siempre muy fuertes y violentas, pueden encerrarme demasiado en mi mundo. Pero si hay un mundo en el cual estos detalles resaltan con claridad es precisamente el mío —el hospital— porque si es cierto que la apendicitis es igual para todos, si la úlcera es siempre igual, o en gran parte, para todos, los hombres no son nunca iguales, las personas son diferentes unas de otras.

Y yo opino que este es el encuadre más delicado, incluso más romántico si nos parece, para llevar a efecto la humanización.

Pasar de grupos, casos, internados, usuarios, enfermos, hombres hasta personas.

—¿Cómo se llega a esta sensibilidad de percepción, que permite alcanzar la persona debajo de la apariencia del hombre?

—No lo sé, o quizás si lo sé no sé explicarlo. Ni tampoco estoy seguro de que esto sea siempre justo, o sea igual para todos. Cuando debo decirlo con palabras, me hago siempre un lío... no lo sé. Yo empecé a los 17 años. Un día me hicieron poner un uniforme de enfermero y me dijeron: «Vete a hacer servicio en aquella sección». Era una sección manicomial. Todos llevaban el mismo uniforme, todos comían a la misma hora, todos tenían los mismos horarios... Para mí fue en conjunto la más bella jornada de mi vida, pero también la que me causó el mayor choc.

A los 17 años, me metieron en una sección psiquiátrica.

Veía a un grupo de hombres a los cuales sólo yo podía, a los cuales sólo yo debía tener el derecho, arrogarme la pretensión, de darles algo. Al grupo y a cada una de las personas que estaban a la espera.

¿Ve usted el lío que no sé explicar? Yo creo que este *algo* puede resultar útil y valioso si yo consigo darlo a cada una de las personas. Entonces ya no existe el *grupo*, yo cambio el grupo y al mismo tiempo modifico mi servicio. Y probablemente modifico también mi manera de interpretar la vida.

Revolución y humanización puede estribar entre 2000 y 500 camas.

—Creo que le comprendo: reconocer una persona en un individuo... Pero volvamos al hospital. ¿Cómo hacer cuando los individuos que hay que reconocer como personas no son uno o dos, sino trescientos, cuatrocientos, una multitud?

—Digamos mientras tanto que yo no creo en los grandes hospitales de dos mil camas: para mí son una cárcel moderna. Los Dachau del Dos mil son los hospitales

de dos mil camas, a mi modo de ver y de interpretar las cosas. Quizás me equivoque, pero...

Segundo. Hay un reto que yo quisiera lanzar: convertir en *persona*, es decir humanizar, un hospital de 500 camas. ¡Y se puede hacer! Es tan sólo cuestión de *revolución* de la cultura y de la organización hospitalaria. Esto es lo que me vuelve loco. Existen reformas que no implicarían presupuestos exagerados, ni hundimiento de techos de gastos u otras cosas. Son revoluciones que atañen a los hombres que se atreven a mirarse a los ojos. Porque ya con los hospitales tal como están ahora, con los planes orgánicos como están hoy, sin necesidad de que el ministro de Sanidad dicte leyes extraordinarias para nuevas plazas o para las vacaciones del personal, en la situación actual ya se puede llegar a la persona. Es tan sólo cuestión de revisar un poco toda nuestra manera de trabajar, mejor dicho, de *ser*...

—Así, pues, la humanización del hospital pasa a través de una revalorización en la actitud de la persona que vive y trabaja en el hospital. Sobre esto se puede estar evidentemente de acuerdo, aunque constituye precisamente el obstáculo más difícil. Pero la humanización debe estar apoyada también por innovaciones materiales, por una tecnología, por una estructura del servicio diferente o parcialmente diferente. ¿Cuáles son, según usted, las líneas de esta recomposición?

—Dios mío, existen vínculos técnicos, burocráticos, sindicales, que han de revisarse todos, desde el primero al último. ¿Por qué? Veamos un sólo ejemplo, microscópico. Uno solo, pues de lo contrario se necesitarían varios libros, no el espacio de una revista! Acláreme: ¿qué sentido tiene el operar en todos los hospitales de Italia sólo por la mañana, de las 8 a las 13? Cuando en cambio sabemos que, por ejemplo, ciertas intervenciones quirúrgicas resultarían menos perjudiciales —psicológicamente— para el enfermo, más tranquilizadoras para los operadores, más sosegadas para el personal, si se hicieran a última hora de la tarde, o de noche, como afortunadamente ya ocurre en algún hospital del mundo. Pero intente usted ir por ahí diciendo estas cosas. Le dirán de todo: que es fascista, comunista, socialista, revolucionario, contrarrevolucionario, de todo. ¿Y sabe por qué? Yo se lo digo: porque el 80 por ciento del personal enfermero de Italia tiene un doble empleo: porque el 95 por ciento de los médicos tiene que hacer un triple trabajo...

—Es una grave afirmación. ¿Son cifras verdaderas o simplemente presuntas?

—Verdaderas, verdaderas, son números verdaderos y estoy dispuesto a jugarme en esto mi honorabilidad! Y esto es lo que asquea! Son estos los que tienen miedo de la humanización! Dicen que se trata de la poesía de un fraile que siente nostalgias, o que ha perdido su funcionalidad hormónica: en realidad se tiene miedo de la palabra *humanización*. En realidad están en juego demasiados intereses particulares, comprendidos los de las comunidades religiosas, ¡entendámonos! Porque también nosotros tememos a la humanización, quizás somos los primeros, porque tenemos también nuestras pequeñas parroquias dentro del hospital, porque vivimos con el

monstruo de la costumbre, esa costumbre que nos ha hecho esclavos de la estupidez! Y así todos, todos.

Pero vaya usted a pedir a la ENEL que facilite determinadas fuerzas eléctricas a una hora en vez de otra; no, no se puede hacer, porque a esa hora la gente descansa o va a la playa! De acuerdo, entonces vámonos todos a dormir o a la playa y dejemos que otra gente se quede allí a reventar! ¿Debo aceptar esto? ¿Estoy obligado? Pues bien, lo acepto: pero si estoy obligado a esto quiero reservarme al menos la libertad de gritar que estamos en una sociedad en la cual yo no quiero vivir!

La costumbre nos ha hecho esclavos de algo estúpido...

—¿Esto es profético?

—En resumen, es lo que vivo. Y le pido a usted perdón, así como a los lectores y a todos. Volviendo a lo que me preguntaba... Seguramente, si me confiasen el proyecto técnico de un hospital humanizado, yo pediría, pediría dos años de cárcel, es decir, de clausura, con unas gentes, un staff bien preparado para elaborar el proyecto. No, no se puede improvisar. Sería absurdo, como el pretender poner en marcha de hoy a mañana todo cuanto he estado diciendo, en todas sus facetas personales, económicas, tecnológicas.

Pero opino que el aspecto económico resulta verdaderamente secundario, casi va a desaparecer. La Gran Reforma se puede hacer sin ingentes presupuestos. Es verdad que estas cosas no se pueden improvisar, pero...

Dos años de cárcel para percibir el olor del enfermo.

—¿Como los sueños?

—Pero... Cuando iba solo, en un avión que llegaba de Nueva Zelanda, escribí por primera vez en mi agenda la palabra *humanización* y estuve 11 horas pensando en ello. Soñé que al llegar a Roma, esta palabra la lanzaría, la convertiría en una realidad... Ahora que la estoy viviendo, y cada día que pasa descubro una nueva faceta de la misma, me doy cuenta de que ponerla en obra no es fácil, y que su realización dinámica y tecnológica exige, entre otras cosas, unos estudios muy profundos. Por mi parte, haré todo lo posible por crear un grupo de personas que estudien en profundidad esta dimensión tecnológica y organizativa de la humanización.

A mi modo de ver, si sólo estudiamos esto, será una alta traición al enfermo y a la sociedad entera. Porque todo el resto del proyecto es una fase que yo me obstino en llamar de conversión, pero que otro podría llamar de cultura, de nueva formación profesional, lo que queráis, acepto cualquier terminología, si nos entendemos sobre el contenido. Porque si no hay esto, que debe empezar en las escuelas, debe realizarse con los aprendizajes hospitalarios, debe perfeccionarse en los cursos de especialización, entonces, mire usted, hay bien poca cosa...

—No obstante, en línea general, ¿cómo ve usted el hospital humanizado? Un centro-comunidad, inserto orgá-

nicamente en el territorio, en el cual la gente se conoce, se quiere, con débiles vínculos jerárquicos...

—Personalmente yo opino que una cierta forma de jerarquía es necesaria, para que un servicio sea dado del modo requerido en el momento requerido. Pero está claro que la premisa debería ser algo parecida a la que usted idílicamente mencionaba. Llamémosle comunidad, llamémosle capacidad de trabajar en equipo (cosa que usted habrá visto que he recalcado decididamente en el documento). Sin esta condición, opino que es imposible hallar el camino para una planificación de la humanización, si se me permite expresarme así.

—*Usted ha afirmado que el proceso de humanización es ante todo un acto de justicia debido al enfermo. Pero en nuestros hospitales, ¿este no tiene ya garantizado todo lo que le hace falta para su curación?*

—Exacto: pero es evidente, claro, lógico. En el hospital de hoy, el enfermo puede encontrar, quizás, una curación clínica de su mal, y mejor dicho, pido excusas, seguramente la encuentra, pues no es la competencia técnica la que falta. Pero desde el punto de vista de su ser *persona* estamos aún muy lejanos... En Italia hemos llegado a un achatamiento profesional de alto nivel técnico: nivel medio-alto, pero achatado. Era muy justo desarrollar una reivindicación sobre los salarios, y era paranoico, absurdo, considerar que una persona, sólo porque ejerce la profesión de médico, deba ganar diez millones de pesetas al año, mientras que otra, que es solamente un técnico, pueda ganar sólo uno. Es justo llegar a un reparto equitativo, quizás teniendo en cuenta que un médico debe ganar más, pues, de lo contrario, si lleva sus traumas al quirófano... Pero ello no quiere decir que la cosa no sea igualmente pesada para el enfermero o la enfermera profesional. Y dígame usted, por ejemplo, dónde se hace en Italia una puesta al día en serio para el enfermero profesional. Y además, créame, se ha comprobado que la adecuación o también el incentivo económico han incidido bien poco sobre la calidad de la prestación. Pero si usted sigue los cursos de puesta al día, o dice estas cosas, corre el riesgo de que le acusen de querer perder tiempo, o de *hacer política*.

—*Sin embargo, ¿usted opina que el trabajador del hospital, el sanitario —sea médico o enfermero— es de algún modo un trabajador especial, diferente de otros, como un mecánico, etc?*

—Es especial. Estoy convencido de ello, porque ésta también ha sido para mí una batalla, un sufrimiento. También la reivindicación sindical debería tener en cuenta esta característica. Yo creo que no se puede hacer de sindicalista en una sección de hospital con el mismo estilo que se emplea en una sección de la Fiat. Cuando, tiempo atrás, veía escrito en ciertos hospitales *comité de lucha* y cosas por el estilo, yo pensaba que probablemente tenían razón, pero pensaba también que se podían hacer las mismas cosas empleando otro lenguaje, otro estilo, moviéndose en otra dimensión. Se vuelve a la base, que es la orientación cultural de la gente. Pero ahora veo que quizás las cosas han cambiado: hemos tenido un achatamiento profesional y ahora afortunadamente son los mismos sindicatos los que se dan cuenta y lo denuncian, cosa que les honra. Y se están propo-

niendo las recalificaciones. Yo diría que también aquí ha habido una toma de conciencia, una revolución cultural en estos últimos tres o cuatro años. Quiero decir, respecto al enfermo, porque esto es lo que me interesa.

—*Sigo con mi impertinencia. Es evidente que la propuesta de la humanización ha tenido una notable repercusión en su Orden, es decir, entre los trabajadores sanitarios que escogieron este camino por vocación religiosa. ¿Qué dicen los operadores laicos? ¿Cuál es el éxito, en conjunto, de su propuesta?*

—Yo tengo esta sensación. Cuando a la gente le viene bien, hay quien me escribe: «Usted que habla de la humanización, ¿por qué no interviene en esto o en lo otro? ¿Por qué no hace de manera que esto o lo otro cambie? Yo digo: tienen perfectamente razón, y estoy contento cuando recibo estas cartas, que muchas veces son verdaderos y clásicos insultos, pero que sin embargo, me hacen crecer.

Y no es que en la Orden la propuesta haya sido siempre bien acogida, especialmente al principio: sólo ahora empezamos a comprenderla. Digamos que las mayores resistencias las he encontrado en el personal laico, porque los intereses que están en juego son mayores. Pero también he encontrado lugares donde esta propuesta ha sido admitida y aceptada como una realidad positiva, y donde se está haciendo un trabajo que me edifica y me maravilla. Y que, entre otras cosas, aumenta mi ansiedad, porque frente a un proyecto como este, me veo cada vez más pequeño.

—*Usted ha viajado y sigue dando vueltas sin parar. En el mundo, ¿ha visto en marcha algún ejemplo de hospital humanizado? ¿Cómo los reconoce?*

—Sí, afortunadamente... Desde luego, no me considero el descubridor del agua caliente... He visto, en el interior y en el exterior de mi Orden, unos centros hospitalarios en los cuales ya estaba iniciada desde hace años la marcha hacia este camino de la humanización. ¿Cómo los reconozco? Quizás por el hecho de que el famoso *olor* del enfermo es diferente; o por el hecho que se ve enseguida en la cara de los enfermos, que el lugar es diferente. Nosotros pensamos poder hacer el diagnóstico simplemente mirando a los enfermos desde lejos —lo bueno es que a veces lo acertamos—. En aquellos hospitales ya no es posible: debes poner tu mano sobre aquel vientre, sobre aquella cabeza, en aquella oreja, para hacer el diagnóstico y mientras tanto ves que el hombre está más tranquilo, es diferente de nuestro enfermo, por sus actitudes psicofísicas ya ves, o intuyes, el problema que tiene.

Esta es una de las claves de lectura de un hospital donde ya se ha iniciado, o donde ya es realidad, el proceso de humanización. Y antes de que usted me lo pregunte, puesto que a menudo me ataca sobre el problema del área de la fe y de la no-fe, le diré: yo he encontrado hospitales protestantes, hospitales no católicos, en los cuales se está llevando a cabo este proceso.

—*Así, pues, ¿el documento dirigido a la Orden...?*

—Le repito: este documento no tiene la pretensión de llegar mucho más allá de los límites de nuestra Orden,

yo no tengo esta capacidad. Pero ya sería mucho si se afianzase. ¿Y qué otra cosa deberíamos hacer? Nosotros, religiosos, para poder verdaderamente intentar llegar a lo trascendente —ciertamente, es un intento— debemos vivir antes de verdad la realidad del hombre en toda su intensidad afectiva, de ansiedad, de esperanza, porque, si no, ¿cómo haremos para acercarnos a Dios? Yo no lo sé, yo no consigo hacerlo...

—Usted afirma en cierto punto que para poder aceptar al otro, ocuparse de él, es necesaria la capacidad de amarse, de aceptarse a sí mismo. Lo dice en un sentido trascendente, o bien...

—Ah, sí, sí, ciertamente, se acerca a lo trascendente...

—No comprendo bien, perdóneme la interrupción. En el catecismo, nos enseñaban la máxima «Despréciate a ti mismo, para poder amar al otro». Usted me dice exactamente lo contrario, de manera parentoria. ¿Qué ha sucedido?

—Esto también nos lo dijeron a nosotros, religiosos. Sin embargo, en las vicisitudes de la Iglesia existe un punto sobre el cual pocos nos detenemos, empezando por mí mismo. Es el Concilio Vaticano II, que creo fue el más importante momento de autocrítica de la Iglesia desde su fundación... Antes, a los religiosos nos decían: «Aniquila tu personalidad, sólo así serás investido por Dios!». Hoy, en cambio, se dice más justamente, más humanamente, todo lo contrario: «Enriquece tu personalidad, haz que vibre y viva en toda su esencia y llegarás a un encuentro con Dios»... Creo que esta es la clave de todo el Concilio.

Y en efecto, ¿cómo se puede pensar en estar disponibles para otros, si no se tiene tranquilidad, si no llevamos dentro una batalla vencida, si no poseemos aquella alegría que mencionaba al principio? Incapaz de hacer nacer la alegría dentro de mí. ¿Y cómo puedo esperar sembrarla y hacerla crecer en otro? Esto me parece verdaderamente utópico...

¿Cómo puedo hacer auténtico mi modo de vivir un servicio, si antes no he medido sobre mí mismo las necesidades, las esperanzas y el servicio mismo? Transmitiría algo como una moneda falsa, un gesto que me es impuesto por el trabajo, por un contrato, por una ley que me lo prescribe... Pondría mis manos sobre el enfermo como si este fuera un papel secante mojado y acabaría por destrozarlo, porque buscaría más allá de él el sobre de la paga, el premio, una pequeña felicidad. Y en cambio, yo debo —si me está permitido decirlo— empapar me en este papel secante mojado, quedar convertido en una sola cosa, pero permaneciendo misteriosamente yo mismo y él, seguir siendo él. Quizás de esta manera el Cielo viene a nosotros y así todo el mundo puede cambiar.

—Quisiera comprender y al propio tiempo volver al tema. ¿Realizarse plenamente como hombres, para poder humanizar?

—¿Y como podría ser de otra manera? Yo me repito. No soy un filósofo, no soy un profeta, sino un pobre

fraile que no tiene la preparación cultural para sostener la empresa en que se ha embarcado. Pero que alguien me diga si tiene una solución diferente...

—Quizás le entiendo, quizás no. De todos modos, ¿cómo puede un religioso comprender hasta compartir existencialmente la historia de una persona que no es religiosa, por ejemplo, las angustias de un padre, los temores de alguien que puede ser despedido de su trabajo, las alegrías y las nostalgias de alguien que tiene una mujer y una familia...?

—Dura pregunta, ¿verdad? Yo pienso que hace veinte años, le habrían contestado más o menos así: «Como yo tengo el secreto para encontrar a Dios, todos mis problemas están resueltos». Sin embargo, yo le contesto que, por lo menos para mí, no es así. Como antes, *mi verdad* es esta: si yo vivo en la ansiedad de Dios, estas cosas las siento vivir y vibrar dentro de mí, comprendo las angustias de un padre, los temores de alguien que puede ser despedido —y quizás los vivo y los sufro, sin falsa inmodestia, casi más que él— precisamente porque llevo dentro esta ansia de Dios. Llámelo usted el Dios de Jerusalén, el Dios del Infinito, el Dios del Hombre, llámeme como quiera. Pero yo creo que cada hombre tiene por lo menos un activo de su vida en el cual va más allá de la barrera del sonido. Para mí es esta ansiedad de un encuentro, encuentro de algo que va más allá de la vida, que me permite y me infunde el valor de continuar haciendo lo que hago. Y no sé si siempre lo consigo, es un tremendo esfuerzo que debo hacer cada día, para entrar en los problemas, en las alegrías, en los sufrimientos, en las necesidades de quien está junto a mí. Pero, repito, ésta es sólo *mi* experiencia. La de usted, la de otro, pueden ser mil veces distintas.

—Quisiera que me aclarase mejor una cosa que ya ha explicado en el documento. La obra de humanización, en el hospital y fuera del mismo, ¿es una obra de caridad o una obra de justicia?

—Yo haría una distinción. Para mí no existe una verdadera caridad si no va unida a la justicia. Pero también es cierto que una justicia privada de caridad puede ser también una oposición a la humanidad. El día que junto a nuestros sentimientos de justicia sintamos también un anhelo (que para mí es caridad, para usted puede ser humanidad, etc.) entonces todo cambiará de aspecto: mi caridad cambia y también su justicia cambia, yo creo que esto podrá ser posible.

—Respecto a ciertos países de Africa o de América Latina, ¿cómo pueden llegar a unirse tan tranquilamente justicia y caridad?

—La tentación de la ametralladora —verdadera o metafórica— como ejecutora de la justicia y probable creadora de caridad, ¿no es cierto? Pero, ¡cuántos daños se han producido por esto! No se puede, no se debe, no es justo, importar una revolución, por justa que pueda ser o parecer. No se puede enseñar a alguien a hacer la revolución si aún no se le ha enseñado a lavarse los pies o los dientes. Tenga en cuenta que esto no es

racismo. O si aún no se le ha enseñado que se puede convivir aunque yo sea blanco y tu seas negro, o si yo soy de la tribu del sur y tú de la del norte. Yo creo que en las situaciones de injusticia se puede hacer mucho. Lo creo apasionadamente, me juego en ello la vida, y por lo demás, mi vida ya me la he jugado por entero en este aspecto.

Y creo también que en esto no influyen inspiraciones religiosas de tipo particular, porque he encontrado muchos hombres que no profesaban mi mismo credo religioso, pero creían profundamente en el hombre, y cumplían cosas espléndidas.

Educar y testimoniar, no la conflictividad sino la integración entre experiencias, entre culturas, creo que es el más hermoso servicio y, quizás, uno de los pocos que merecerían la palabra civilización.

—Alguna palabra sobre su concepto de salud. Me parece que para usted —así lo ha dicho expresamente— éste no se identifica en absoluto con la ausencia de enfermedad. Al contrario, la salud aborda a todo el ser humano en casi todas sus dimensiones. Se parece casi al concepto corriente no sólo de bienestar, sino también de felicidad. ¿Qué relación tiene esto con la humanización?

—Usted ha oído decir siempre que el hospital está aislado de la sociedad, que el hospital *aisla* al enfermo de la sociedad. Hasta hace pocos meses el hospital era incluso el lugar en que, al pasar por delante, se hacían conjuros, o si era un hospital psiquiátrico se cantaba *La violetta* porque se tenía miedo de los locos. Ahora, gracias a algunas reformas efectuadas en nuestro país y a la evolución cultural del mismo, estas barreras han caído. Ahora, el hospital está inserto en el tejido de la sociedad. Esto también es cierto, aunque algunos pasos que se están cumpliendo no son muy racionales.

Y sin embargo, nosotros que hemos crecido dentro del hospital, en cuanto oímos la palabra *humanización* nos damos cuenta de una cosa: del hospital no debe nacer sólo la salud entendida como remedio a la alteración patológica que ha llevado allí al hombre; pero debe nacer la salud como bienestar general de este hombre...

Del hospital al exterior, éste es el nuevo camino del hospital.

—Rápido: ¿qué haría usted?

—Evidentemente, no hay que prestar atención solamente a este hombre, sino curar también todo lo que le rodea. Por ejemplo, ir hacia la familia de este hombre, se debe ir hacia el grupo social que frecuenta, en línea general y preventiva, se entiende. Y no debo escandalizarme si deberé ocuparme también de dialogar con los partidos, si es necesario, para que no traten de cierta

manera a sus militantes; o con la Iglesia, o con la sociedad entera, para comprender y ayudar a un solo hombre. Del hospital al exterior, este es el nuevo camino del hospital.

Este es uno de los mil conceptos de la humanización. De lo contrario, como ya he dicho, el hospital seguirá siendo Regina Coeli segunda, o San Vittore segunda. A pesar de todo, el hospital es cárcel, cuando cura perfectamente una úlcera gástrica, da de alta al enfermo y no se preocupa por el hecho de que, quizás, este hombre tiene otra úlcera en su manera de vivir: la familia, el trabajo, el partido, la vida de cada día...

Y cuando le doy una terapia para su alteración patológica, si no le doy nada más *para él*, como persona, estoy traicionando a mi profesionalidad y a mi vocación.

—Pregunta super mala intención: hablando de Napoleón, decía un historiador que «un fuerte personaje es siempre como un fermento para la institución en la cual está colocado». Usted no es Napoleón, desde luego. Pero ¿no le parece que la fuerte idea de la humanización, al fin, desborde del hospital en donde ha nacido y haga, o tienda a hacer, fermentar la sociedad entera?

—Es cierto, pero cuando usted hable conmigo tenga siempre presente las premisas que le he hecho: que yo no soy un hombre culto, que tengo evidentes limitaciones, que he vivido mis 54 años en el hospital. Es inevitable que yo considere al hospital algo como el epicentro de mi vida. Pero en la presunción con que usted me tienta, del hospital como fermento de la sociedad entera, yo le digo que este anhelo de revolución —de humanización— me gustaría llevarlo también a San Vittore o a Regina Coeli, para que estos se conviertan también en centros de vida y no de muerte. Yo opino que la perspectiva de humanizar debe ser algo que sirva para la humanidad en su conjunto, no solamente para el hospital. Empezamos por el hospital, porque allí es donde encontramos a los hermanos más débiles, más expuestos...

Otro contragolpe.

—Se lo digo francamente. Esta entrevista que por fin va a terminar, la considero como una especie de desgracia profesional. A mí, y quizás también a los lectores, nos ha dado usted un golpe en el estómago, cuyos resultados nos seguirán atormentando aún durante días en el futuro. Y después nos habla de humanización...

Dígame por fin, con la generosa libertad de juicio que hasta ahora le distingue (pero usted, ¿no tiene superiores que le limen las uñas?), ¿tiene usted algo que decir a los miembros, ya exaltados o asustados de la Asociación con los Fatebenefratelli para los enfermos lejanos?

—Estos se llaman *grupos no gubernativos*, es decir, están inspirados por algo que no es institucional. No están bajo la protección de nadie y por esto enseñan a vivir en el signo de la libertad. Y cuando un hombre actúa en el signo de la libertad, ya fermenta el bien. Yo opino que sería necesario un fuerte momento de reflexión, por lo que concierne a estas asociaciones, porque su impulso de nacimiento siempre es maravilloso,

pero también son fáciles los momentos de cansancio o de degeneración. No es que los dirigentes o los miembros se equivoquen, sino porque está en la naturaleza humana la necesidad de recurrir a momentos de silencio, a la reflexión sobre el porqué se ha elegido el hacer ciertas cosas, y se continúa haciéndolas. Es el momento en que es necesario tener el valor de iniciar discusiones, mirarse a los ojos y también, si es preciso, chocar violentamente para construir, no para destruir. Esta es la dimensión que yo creo debería tener una Orden religiosa, y también una Asociación, la cual prevé un compromiso mucho más limitado en el tiempo. Pero también ésta vive este anhelo, este deseo de construir algo nuevo...

—En conclusión: su proposición parece el reto del pequeño David contra el gigante Goliat, donde David es el redescubrimiento de la humanidad y Goliat es toda la sociedad de hoy. Palabras contra Poder, en total. Usted padre, ¿es optimista?

—Sí, seguramente. ¿Usted no lo es?

—Yo también soy bastante optimista. Pero no sé por qué.

—Yo no quiero explicarle el porqué. Solamente voy a pegarle otra vez en el estómago, partiendo siempre de lo que es mi experiencia.

Yo tengo la presunción de saber que lo que me hace optimista es aquella pizca de trascendente que antes mencionaba, aquella pizca de Dios que yo intento seguir. Desde luego, no es solamente esto lo que me da la nota de optimismo. Muy pocas veces consigo no tener confianza en el hombre que tengo frente a mí. Nunca he preguntado a nadie: «De qué tendencia política eres, cuánto dinero ganas...», esto no me importa nada. Seguramente, también yo he tenido desilusiones y entonces me he puesto en guardia; pero condeno aquellos momentos en los cuales me encerré como un erizo, en actitud de defensa frente al mundo.

—Así, pues: ¿optimismo de la razón, además que de la voluntad?

—Evidentemente. Pero creo que más que a la razón, es un optimismo que viene del conocimiento de que el hombre que yo encuentro tiene siempre la capacidad de convertirse en más hombre.

—Pero, en definitiva, según usted, los hombres ¿son buenos o malos?

—Para mí, decididamente buenos, porque —volvemos siempre al punto de salida— yo los considero y los vivo como promulgación de Dios. Mi encuentro con el hombre lo vivo como un encuentro con Dios, personalmente. En realidad no hay un hombre malo: aunque contenga componentes negativos, cuando yo encuentro al hombre, encuentro a un trozo de Dios. Este Dios que los teólogos llaman invisible, yo lo encuentro en cambio fragmentado en toda su realidad. Y el día en que yo descubriese que ya no creía en esto, lo primero que haría sería dejar la sotana. Y probablemente, sentiría el deseo del suicidio. Pero desde luego, no creo que esto pueda ocurrirme nunca.

ORIENTACION BIBLIOGRAFICA SOBRE EL TEMA

PEDRO LUIS MARCHESI: *La humanización*. (H. H. San Juan de Dios. Secretariado Interprovincial, Madrid).

PEDRO PIULACHS: *La enfermedad y el enfermo*. Ed. Toray, Barcelona, 1976.

J. H. VAN DEN BERG: *Psicología del enfermo postrado en cama*. Ed. Carlos Lohlé, Buenos Aires.

W. J. SCHRAML: *Pour un hôpital plus humain*. Ed. Salvator, París, 1974.

ELISABETH BARNES: *Les relations humaines a l'hôpital*. Ed. Privat.

COSTANTINO IANDOLO: *L'approccio umano al malato*. Ed. Armando, Roma, 1979.

MAURICE ABIVEN: *Humaniser l'hôpital*. Fayard, 1976.

EL AGENTE DE PASTORAL SANITARIA: PRESENCIA Y COMPROMISO

En el presente artículo se pone de relieve la actitud humana del agente de pastoral frente al enfermo; igualmente la calidad del acompañamiento y las cualidades del pastor ante los diferentes comportamientos del enfermo.

Se trata de un tema con una carga de experiencia muy cercana y de vivencias pastorales muy positivas junto al enfermo.

REAL MICHAUD
Capellán de hospital (Canadá)

Una pastoral hospitalaria exige un *agente* experimentado, por no decir especializado, en las relaciones humanas. Un agente que sea capaz de retornar sobre sí mismo, y sobre todo de conservar, a pesar de todo, su propia identidad. Estoy pensando en este momento en una *voluntaria* del «Movimiento cristiano de acompañamiento», la cual visitaba bastante regularmente durante la semana a un joven enfermo; le hacía comer, jugaba con él a las cartas, etc., y al regresar a su casa pensaba: «podría haber sido mi hijo»; ella gobernaba a su familia de un modo escrupuloso. Fue ayudada por su grupo y por una psicóloga a seguir siendo ella misma en esta doble función de voluntaria y de madre.

Que este agente tenga la posibilidad de *exculparse* porque nuestro compromiso a tiempo pleno no nos permite resolver cualquier situación. La complejidad de la relación humana y pastoral no depende solamente de nuestra compañía, sino también de la presencia junto al enfermo de un equipo multidisciplinario. A menudo, no os encontráis presentes en el momento oportuno. Por ejemplo: Una tarde, un joven esperaba a la puerta de mi despacho (esto me lo contó un empleado) y precisamente aquella tarde yo no

acudí a mi despacho. Aquella noche supimos que el joven se había suicidado.

El agente de pastoral debe aprender a vivir con sus propios sentimientos, con sus emociones, con sus ganas de vivir. Se le exige mucha desenvoltura para simpatizar de manera recíproca con los sentimientos del enfermo.

A mi parecer, han pasado ya los tiempos de las *respuestas a todo*, de la máscara invulnerable y fría del sacerdote fuera de los demás mortales.

El enfermo necesita un acompañante capaz de reír y de llorar, capaz de escuchar *el* silencio, y de *hablar poco*; capaz de estar presente y de servirse de los cinco sentidos, sin excluir al del tacto en el momento oportuno. El acompañante debería ser sencillo y sincero como un niño. Aquel que ama permite al enfermo crecer en *su* fe y en *su* esperanza.

EL ENFERMO

A un enfermo le hacía esta pregunta: «¿Qué es para ti la enfermedad?». Me contestó: «Es un insulto a mi salud». El enfermo es aquel que ha perdido la

mayor parte de sus posibilidades, que ya no discute con el jefe de la unidad sanitaria, el médico y ni siquiera el barrendero. Se encuentra dependiente y segregado de la sociedad (trabajo), de su propia familia (casa), de los amigos (tiempo libre). Debe contentarse con una pequeña habitación a menudo compartida con otros, cosa que no tenía en su casa.

He aquí la experiencia de un enfermo que vino a verme varias veces para preguntarme:

- «¿Cómo vivir un desplazamiento?».
- «En mi situación, ¿tendría que presentar mi dimisión?».

Se trata de un hombre de 75 años, viudo, con ocho hijos. Vivía con su hija antes de entrar en nuestra casa. Estaba jubilado y había fundado en la cripta de una iglesia el grupo *Horizon* para enseñar el tejido en telar. Había obtenido muy buenos resultados, pues era un creador, con un carácter fuerte. Al llegar al ambiente hospitalario, con el consiguiente cambio de lugares, de alimentación, de servicio higiénico, etc., se sentía agresivo ante esta nueva situación. La Administración le facilitó un telar sobre el cual pudo trabajar, y aun enseñar a una voluntaria, hasta pocos días antes de su fallecimiento.

En colaboración con el médico y con el personal, yo caminé con él para ayudarle a vivir día tras día, a respetar los momentos de reposo del día para dormir mejor por la noche, para decirle su *verdad* así como a su hija que no quería. Le di la Unción de los enfermos, en mi despacho, en una de sus numerosas visitas. Una voluntaria se ocupaba de él fuera de la hora de visita, porque él creía que su familia le odiaba cuando se quedaba solo; sin embargo, la familia le visitaba todos los días. Incluso, una persona encargada de ello le había dado su número de teléfono para el caso en que se aburriese. Permaneció valeroso hasta el final, con gran sorpresa de su familia.

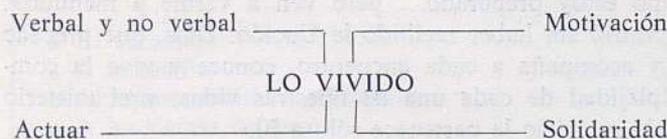


Figura 1

Anamnesia

Este último ejemplo me induce a señalar la necesidad para el agente de pastoral de poseer una *Anamnesia* (figura 1) de sus enfermos; lo que han vivido, su experiencia y su historia social, familiar, patológica y espiritual. Todo esto es habitualmente contado por el mismo enfermo —por no decir siempre— o en su lugar, por la familia. Esta anamnesia nos será facilitada en el curso de diferentes visitas, pero cada vez debemos creerlo todo y no juzgar nunca su experiencia. Precisamente así, con este documento, podemos y debemos acompañar y motivar al enfermo.

Motivación

El enfermo vive un período que podemos llamar de indolencia o dejadez, tanto en el plano de las curas como en el de su vida espiritual o religiosa. Podría definir esto como una cierta indiferencia frente a todo lo que le rodea, cierto desaliento por cuanto le sucede, pero ello no es necesariamente una depresión. Lo que le sucede le desconcierta: la educación de sus hijos, su casa, su trabajo, el proyecto de jubilarse. Experimenta sus propios límites y el desbaratamiento de sus proyectos, así como su propia impotencia. Antes, cuando tenía un problema, conseguía resolverlo, gratuitamente o pagando; ahora en cambio, ni pagando, ni consultando al mejor especialista, no resuelve nada. Mientras no se acostumbre a vivir *el momento presente*, quiero decir no se tome el tiempo de vivir sus propios valores interiores y sepa combinarlo con la lectura, escuchar música, el humorismo, si no conoce la impresión de *perder el tiempo*, muy probablemente no comprenderá el valor de su tiempo en el hospital, de ese retiro forzado, porque su psique se habrá rendido.

A mi parecer, el agente de pastoral en medio del equipo multidisciplinario no tiene el derecho de ahorrar tiempo ni esfuerzos para mantener en sus enfermos las ganas de vivir. El Señor no ha omitido nunca a la persona humana. El empezó dándoles pan, después les hizo *trabajar* después de la curación: «Levántate, toma tu cama y vete a tu casa» (Mc 2, 11). «Ve y muéstrate al sacerdote»... (Lc 5, 14), etc. Enlazó la esperanza humana con la voluntad renovada de la persona humana. Es más, hizo esto antes de hablarles del gran mandamiento del Amor de Dios: basta volver a leer las *Bienaventuranzas*. Les amó en su pobreza, con sus limitaciones y con sus sentimientos, prometiéndoles que el esfuerzo de emprender les llevará a la *Felicidad*. Por todos los medios debemos dar al enfermo aquel vislumbre de esperanza, de posibilidad, para que la vida diaria del hospital sea vivida y adquiera valor para él y para sus compañeros (o compañeras) de habitación.

Esto significa: escucharle, comprenderle en su intimidad para descubrir sus deseos, sus gustos, sus apetencias y para sugerirle los medios de resolver su situación.

Tanto si se trata de sus curas como de su dieta, de sus compañeros, de su familia, de sus lecturas, de sus oraciones, etc., tenemos siempre algo que hacer, y más si además de ser agente de pastoral yo soy enfermero o dotado de experiencia enfermería. Los ejemplos son numerosos: podría continuar el que cité antes: su medicación fue retrasada para que pudiese dormir más durante la noche; yo tuve un encuentro con el personal y el médico, cuando llegó la ocasión para el enfermo de tomar conciencia de su verdad. Fue agradable colaborar con todo aquel personal y los miembros de la familia.

Pero he aquí otro ejemplo: un padre de familia

de 52 años, separado de la mujer desde hace 9 años, alcoholizado, vivía con otra mujer. Le visitaban dos de sus hermanas, las cuales estaban verdaderamente presentes humana y espiritualmente. Yo fui dos veces a rezar con ellas de noche. Un día, el enfermo expresó el deseo de volver a ver a sus dos hijos, sus únicos hijos; no había visto al más pequeño desde su nacimiento. Me puse en contacto con su mujer para explicarle los motivos y participarle el deseo de su marido. Ella me contestó que hablaría de ello con el mayor de los jóvenes, y si él aceptaba, la visita a su padre sería posible. Mientras tanto, la concubina y su hija vinieron a verme para visitar al enfermo. Yo les contesto que esta visita sólo puede autorizarla el mismo enfermo. A continuación hablo con él y me contesta que *no* quiere verlas. Transmito este mensaje, aunque tomo el número de teléfono, por si acaso... El domingo siguiente, el personal y yo tuvimos la sorpresa de ver llegar a la esposa y los dos hijos con un hermoso pastel. Las dos hermanas estaban presentes. Aunque estaba moribundo, el enfermo fue colocado en una silla de ruedas y conducido a un saloncito. Fue un bello encuentro. Los hijos y la mujer volvieron con regularidad durante las pocas semanas que precedieron a su muerte.

Una motivación también a nivel espiritual: un joven minusválido, muy turbado, que estuvo casi dos años sin hablar conmigo ni con ningún miembro del personal, es visitado por un *evangelizador*; sufría de fobias de todo género. Llegó a hacer las lecturas durante las funciones eucarísticas y sus fobias disminuyeron al encontrar a un sacerdote psicólogo.

Otro joven, convertido en minusválido a raíz de una zambullida en un lago, se había fracturado la columna cervical en 1967. Vivió hasta 1979, con un espíritu de competición, pero con un rechazo agresivo del deterioro de su cuerpo. Le puse en contacto con un psicólogo laico que le ayudó a dejarse ver con ese cuerpo y a asumirlo. Participó en una *marcha* de perdón, en la capilla del centro, a las dos de la noche, organizada por un colegio cercano al hospital. Continuó *caminando* y cuando tenía un momento de depresión o una dificultad, me llamaba.

Las conversaciones con estos jóvenes son claras y sinceras: no tengo miramientos por su susceptibilidad. Son seres humanos que ya no buscan el *tener*, sino el *ser*.

La motivación empieza con una escucha incondicionada: que el enfermo hable bien o mal, grite o gesticule, todo es importante para comprenderle a él y no para comprenderme a mí mismo en él, aunque esto quizás pueda servir, sino que yo tengo suerte de ser como soy y a menudo me quejo por mucho menos.

Solidaridad

Considero que es muy importante descubrir en la conversión del enfermo una emoción que busca una amistad, una persona con la cual tenga alguna afinidad

(región, lengua, profesión) la cual diese al enfermo las ganas de intercambiar ideas o de salir de la habitación.

Sabemos con anticipación que algunas familias disminuyen la frecuencia de las visitas a los parientes enfermos. En mi conversación con el enfermo, capto alguna palabra amable referente a su familia y la transmito a los parientes para hacerles volver. La soledad es muy penosa para el enfermo que no tiene la costumbre de *perder tiempo*.

Estas amistades pueden ser también útiles en el momento en que ofrezco la Unción de los enfermos: pregunto al enfermo con quién le gustaría rezar; a menudo es con la familia, o con otro enfermo... (una vez fue) con una enfermera conocida fuera del centro y que precisamente trabajaba en él en aquel momento.

A menudo pido al enfermo (o el personal lo hace cuando hay una nota anexa a la hoja de pastoral) que invite a un sacerdote amigo para los sacramentos. Esto se hace regularmente para los que no oyen bien y para los de otra religión. (Los ortodoxos y los anglicanos también tienen el ritual de la Unción de los enfermos).

Recíprocamente, debemos promover la solidaridad con todo el equipo multidisciplinario, sin ningún temor para construirla. Por ejemplo: una madre que se había dejado robar todos sus bienes por sus hijos, fue ayudada a encontrar en el centro la persona adecuada para que fuese ayudada y mantenida a pesar de la familia.

Existen también *solidaridades* que debemos respetar, aunque no nos esté permitido aceptar tal comportamiento. Por ejemplo: Fui llamado al lado de un enfermo grave (52 años) para asistir a la Unción de los enfermos. En la habitación estaba presente la esposa en trámite de divorcio y en la habitación vecina estaba la concubina. El enfermo me decía: «Padre Real, yo no estoy preparado... pero ven a verme a menudo». Murió sin haber recibido la Unción. Dios, que precede y acompaña a cada encuentro, conoce y vive la complejidad de cada una de nuestras vidas, y el misterio de su juicio le pertenece sólo a El.

Obrar

El acompañamiento pastoral es un proceso para promover el desarrollo de la persona en su entereza, proponiéndole un camino que le dé valor. Yo creo que tanto el equipo multidisciplinario como el agente pastoral, están en los centros sanitarios al servicio de la vida y no de la dependencia, del anquilosamiento o de la muerte, aunque inevitablemente se llegue a este punto. Se nos paga para favorecer la autosuficiencia y las ganas de vivir. Nuestra función de apoyo y de ayuda empieza solamente cuando el enfermo ya no es capaz de obrar. Debo pues conocer lo que aún es capaz de hacer por sí solo, aunque sea con algo

de dificultad: comer, trasladarse en silla de ruedas... En una función eucarística, comentando el episodio de la curación del paralítico al cual Jesús le dice que tome su lecho, hacía observar que el Señor no dijo a los amigos del paralítico que le ayudaran.

Y añadía que si nosotros ayudamos a alguien que sea todavía capaz de valerse por sí mismo, es señal que queremos verle anquilosado, dependiente... y que muera pronto. Una esposa que acompañaba a su marido empujando la silla de ruedas decía a una amiga suya: «Yo no sé si puedo empujar a mi marido». Nosotros, como miembros de un equipo sanitario, debemos exigir, favorecer la autosuficiencia, el espíritu creador y de decisión de nuestros enfermos.

El enfermo debe sentir en sí mismo la existencia concreta de la responsabilidad de su propia vida, de su esperanza cristiana. Nosotros debemos reconocer al enfermo como *único* y *especial*, sin dar respuestas que pueden haber hecho bien o mal a otros: ningún otro tiene la experiencia de su enfermedad.

Tipos de comportamiento

Quiero referirme a la experiencia de la doctora Kubler-Ross (Fig. 2) pero quiero anteponer dos reflexiones:

- No existe necesariamente un orden cronológico en la práctica: quiero decir que el *regatear* puede venir antes o después de la depresión.
- Estas fases suceden en primer lugar en el enfermo, pero alteran también el comportamiento del personal, de la familia y de los amigos que vienen a visitar al enfermo.

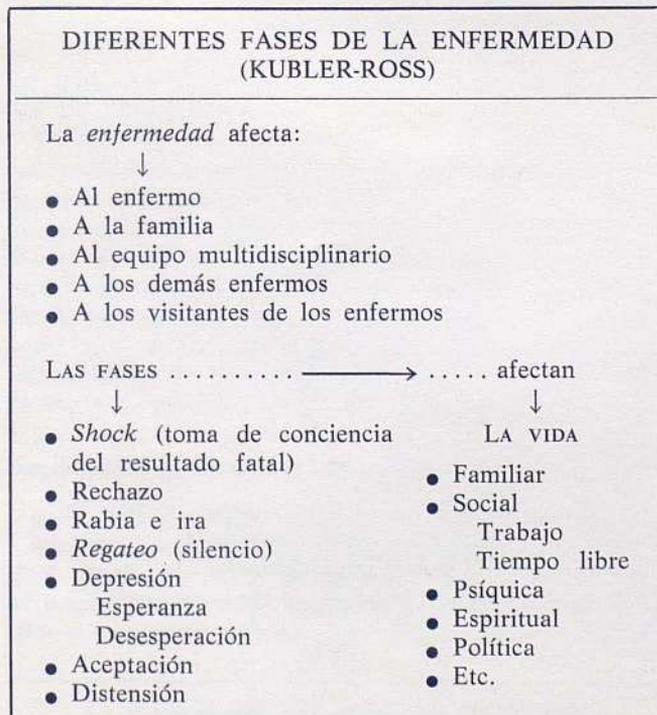


Figura 2

La Asociación de los Capellanes Hospitalarios de Quebec ha elegido como objetivo de *Pastoral Hospitalaria*: participar en la curación total del enfermo, ofreciéndole las ayudas espirituales que le son necesarias en esta situación particular de sufrimiento, explicando este objetivo con los cuatro puntos siguientes:

Una presencia

- Para acoger, consolar, escuchar, animar, anunciar, celebrar, rezar, bendecir, ayudar a vivir y a morir.
- Consoladora y discreta, cerca de los enfermos (Gal 5, 15), la familia y el personal.

Un signo de esperanza

- (I P 5, 7) El pastor, sea cual sea su denominación religiosa, debe ser un signo de esperanza cerca de los enfermos, jóvenes o viejos, ricos o pobres, fervientes o tibios.

Con amor

- (I Co 13, 13) Humanizar supone amar al enfermo; amarlo como Dios lo ama.

Humanizar juntos

- Es decir, responder a las necesidades del hombre. La humanización en el hospital debe hacerse *desde dentro*, con todas las personas que están en contacto con el enfermo. El hospital estará humanizado cuando el enfermo se sienta tratado como hombre total, libre, responsable y consciente.

La pastoral hospitalaria nos hace vivir de varias maneras relaciones de reciprocidad con las personas, con los acontecimientos y con sí mismos.

RECIPROCIDAD

- De sorpresa
- De espontaneidad
- De aceptación
- De sufrimiento
- De dependencia
- De acogida
- De participación
- De amistad
- De motivaciones
- De solidaridad
- De confianza
- De ser único y especial
- De rechazo y de pertenencia
- De valores
- De motivaciones
- De solidaridad

CALIDAD DEL ACOMPAÑAMIENTO Y DE LA ASISTENCIA

Por mi orientación y mi experiencia personal, no puedo pasar por alto lo que es el dinamismo de la acción pastoral, la calidad de la asistencia o el encuentro con el otro. Sobre todo con el otro, enfermo en hospitalización prolongada en un ambiente cuyo *credo* es: progreso, eficacia y racionalidad, y que desprecia fácilmente a quien no produce y a quien no consume.

Yo me encuentro junto a enfermos que están viviendo cambios importantes como consecuencia de otros momentos importantes de sus vidas: nacimiento, matrimonio con eventualidad de separación, divorcio y luto, el trabajo con posibles promociones, la enfermedad, etc.

El enfermo interroga a *su propia vida* y me participa sus experiencias, más que para tener respuestas, para explicarme cómo ha construido su vida, igual que podría decirme con qué materiales construyó su casa. Yo escucho, comprendo y prolongo la conversación, para que el enfermo pueda comprender cómo deberá recomponer *su proyecto de vida*, crearse *nuevos lazos* en una nueva situación de vida. Deberá programar su vida cotidiana con nuevos espacios de libertad, de seguridad, de tiempo libre y de curas. Que pueda tomar conciencia —porque para ello tiene tiempo y posibilidad— de sus propios valores humanos y espirituales. Que haga esto con su *propia* expresión, con su *propia* comprensión, con su propia solidaridad y su propio camino, y *no el del agente de pastoral*.

Yo me encuentro perfectamente trabajando así en

mi centro hospitalario, porque el personal de los cuidados de enfermería ha conseguido instaurar un concepto de los mismos que favorece el contacto humano e induce al enfermo a interrogarse espiritualmente. Es la teoría de la adaptación: la unificación de los cuidados de enfermería de Calixta Roy. Dicho concepto parte del ser humano integrado en su ambiente y comprende cuatro modos de adaptación: necesidades fisiológicas en la base, los cambios de ambiente, el dominio de un papel (su *yo* alterante) y la interdependencia.

En lo que atañe al plano humano-pastoral, mi diálogo con el enfermo debe promover su crecimiento global, reducir sus tensiones, conseguir que tome conciencia de sus valores y acepte su condición presente.

Intento ver al enfermo como al ser más amado de mi familia. ¿Cuál sería entonces mi comportamiento con él? Ante todo sentir lo que él siente: tendría actitudes abiertas y calurosas, acogedoras, sin coraza (autenticidad y transparencia). No juzgaría nunca: aunque si quizás tuviese la impresión de no haber conseguido un éxito, no me sentiría culpable. El agente de pastoral es un incentivo de la calidad y de la cantidad de las interacciones: él mismo, el personal, los enfermos y los visitantes.

Por consiguiente, cada pastoral hospitalaria debe partir de lo que ha vivido cada persona, y debe *celebrarlo* en la ayuda recíproca, en la oración, y vivir con su propia vida. Pero yo digo: «Cuidado con las celebraciones comunitarias; es demasiado fácil, impersonal para una evangelización que debe tener en cuenta la personalidad y la riqueza histórica de cada uno».

LOS PELIGROS DE LA MANIPULACION GENETICA

El sábado 29 de octubre, el Padre Santo recibió en audiencia a los miembros de la Asociación Médica Mundial llegados a Roma, tras su reunión en Venecia, con motivo de la asamblea general, que versó sobre el tema «El médico y los derechos del hombre», ante los que pronunció el siguiente discurso:

● Señores, señoras:

Al clausurar la 35 asamblea general de la Asociación Médica Mundial, habéis decidido venir a Roma para reunirnos conmigo. Sois cordialmente recibidos en esta casa, tanto más que existe una convergencia particular entre vuestras preocupaciones y las de la Iglesia. La medicina es una forma eminente, esencial, de servicio del hombre.

Es necesario, en primer lugar, ayudar al hombre a vivir y a superar las dificultades que impiden el funcionamiento normal de todas sus funciones orgánicas, en su unidad psicofísica. El hombre se encuentra también en el centro de las preocupaciones de la Iglesia, cuya misión es, con la gracia de Dios, salvar al hombre, situarlo nuevamente en su integridad espiritual y moral, conducirlo a su desarrollo integral en el que el cuerpo tiene su parte. Por esta causa, el ministerio de la Iglesia y el testimonio de los cristianos marchan al unísono en su preocupación por los enfermos.

Yo formulo, pues, con vosotros los votos mejores para que continúen progresando la ciencia médica y el arte de curar. En este momento la lucha contra las enfermedades adquiridas, agudas o crónicas, se ha hecho muy eficaz. La lucha organizada contra las enfermedades hereditarias está llamada también a progresar. ¿Cómo no desear que encontréis en la sociedad moderna —la cual gasta tanto en el confort de las personas sanas— la atención y la ayuda suficientes para prestar a los enfermos de hoy y de mañana los cuidados que necesitan?

Los derechos del hombre, sustancia de su dignidad

● El tema de vuestra reunión de Venecia, «El médico y los derechos del hombre», era un motivo suplementario para suscitar el interés de la Santa Sede. ¡Cuántas veces he tenido la ocasión de hablar de los derechos fundamentales e inalienables del hombre, incluso ante la Asamblea

de las Naciones Unidas! (2 octubre 1979, n. 13). El conjunto de estos derechos corresponde a la sustancia de la dignidad del ser humano. El médico está especialmente interesado por el respeto de estos derechos. El derecho del hombre a la vida —desde el momento de su concepción hasta su muerte— es el derecho primero y fundamental como la raíz y la fuente de todos los demás derechos.

En el mismo sentido se habla del *derecho a la salud*, es decir, a las condiciones mejores para una buena salud. Se piensa también en el respeto de la integridad física, del secreto médico, de la libertad de ser atendido y de escoger su médico en donde quiera que ello es posible.

Los derechos a los cuales se hace referencia no son, en primer lugar, los reconocidos por las legislaciones cambiantes de la sociedad civil, sino se relacionan con los principios fundamentales, con la ley moral que se funda sobre el ser mismo, y es inmutable. El campo de la deontología puede aparecer, sobre todo hoy, como el más vulnerable de la medicina, pero es esencial, y la moral médica debe ser siempre considerada por los facultativos como la norma de su ejercicio profesional, que merece más atención y, sobre todo, mayores esfuerzos para protegerla.

Es evidente que los progresos inauditos y rápidos de la ciencia médica implican reconsideraciones frecuentes de su deontología. Os encontraréis necesariamente enfrentados con problemas nuevos, apasionantes, pero muy delicados. Esto la Iglesia lo comprende y acompaña gustosa vuestra reflexión, dentro del respeto a vuestras responsabilidades.

Convicciones de la Iglesia católica

● Pero la búsqueda de una posición satisfactoria en el plano ético depende fundamentalmente de la concepción que se tiene respecto a la medicina. Se trata de saber, en definitiva, si la medicina está sin duda alguna al servicio de la persona humana, de su dignidad, en lo que ésta tiene de único y de trascendente, o si el médico se considera, en primer término, como agente de la colectividad, al servicio de los intereses de las personas sanas, a los que estaría subordinado el cuidado de los enfermos.

Ahora bien, la moral médica se ha caracterizado siempre, desde Hipócrates, por el respeto y la protección de la persona humana. Lo que está en juego es ciertamente algo más que la salvaguardia de una deontología tradicional; es el respeto de una concepción de la medicina válida para el hombre de todos los tiempos, que salvaguarda al hombre de mañana, gracias al valor reconocido

La deontología, el campo más vulnerable
de la medicina.

a la persona humana, sujeto de derechos y de deberes, y jamás objeto utilizable de otros fines, aunque fuese un, llamado así, bien social.

● Me permitiréis abordar algunos puntos importantes a mis ojos. Las convicciones que yo atestiguo ante vosotros son las de la Iglesia católica, de la que he sido constituido Pastor universal. Para nosotros, el hombre es un ser creado a imagen de Dios, redimido por Cristo y llamado a un destino inmortal. Estas convicciones son sostenidas, pues, yo lo espero, por los creyentes que aceptan la Biblia como Palabra de Dios.

Pero por el hecho de conducirnos dichas convicciones al máximo respeto al ser humano, estoy seguro de que llegan a todos los hombres de buena voluntad que reflexionan sobre la condición del hombre y quieren, a toda costa, salvarlo de lo que amenaza su vida, su dignidad y su libertad.

El respeto a la vida, sobre todo, de los que no tienen voz

En primer lugar, el respeto a la vida. No es de hombres creyentes o no creyentes el poder rechazar el respeto de la vida humana, el considerar como un deber propio defenderla, salvarla, muy particularmente cuando todavía carece de voz para proclamar sus derechos. ¡Ojalá pudiesen todos los médicos ser fieles al juramento de Hipócrates, que prestan cuando reciben el doctorado!

La dignidad del hombre trasciende su condición biológica.

En la misma línea, la Asamblea general de la Asociación Médica Mundial había adoptado en 1948, en Ginebra, la fórmula de juramento necesaria: «Mantendré el respeto absoluto de la vida humana desde la concepción, incluso bajo la amenaza; jamás admitiré el empleo de mis conocimientos médicos contra las leyes de la humanidad». Yo espero que este compromiso solemne continuará, de todas formas, siendo la línea de conducta de los médicos. Va en ello su honor. Va en ello la confianza que merecen. Va en ello su conciencia, independientemente de las concesiones que la ley civil se permita hacer en materia, por ejemplo, de aborto o de eutanasia.

Lo que se espera de vosotros es que combatáis el mal, lo contrario a la vida, pero sin sacrificar la vida misma, que es el bien máximo que no nos pertenece. Dios solo es el dueño de la vida humana y de su integridad.

● Un segundo punto que subrayo ante vosotros es la unidad del ser humano; es importante que no se aísle el problema técnico planteado por el tratamiento de una afección determinada, de la atención prestada a la persona del enfermo en todas sus dimensiones. Es bueno recordarlo, cuando la ciencia médica tiende a la especialización de cada disciplina. El médico de ayer era, ante todo, de medicina general. Su mirada abrazaba de golpe la totalidad de los órganos y de las funciones corporales. Y también, en otro plano, conocía más fácilmente a la familia, su ambiente, la totalidad de su historia.

La unidad del individuo y la perspectiva social

La evolución es inevitable, tiende a la especialización de los estudios y a la complicación de la vida en sociedad. Al menos, necesitáis hacer esfuerzos constantes para considerar la unidad profunda del ser humano, en la interacción evidente de todas sus funciones corporales, pero también en la unidad de sus dimensiones corporal, afectiva, intelectual y espiritual. El año pasado, el 3 de octubre, yo invitaba a los médicos católicos reunidos en Roma a mantenerse constantemente en la perspectiva de la persona humana y de las exigencias que fluyen de su dignidad.

La perspectiva de conjunto en la que importa siempre situar el problema médico particular podría entenderse también no sólo de cada individuo, sino, en un sentido análogo, de la sociedad, en la que la complementariedad permite encontrar una cierta solución a problemas sin salida en el plano individual. Baste pensar en el problema de la esterilidad física definitiva, que algunos llegan a compensar mediante la adopción o el sacrificio por los hijos de otros.

● El tercer punto me es sugerido por un tema muy importante abordado durante vuestra asamblea general en Venecia: Los derechos del ser humano ante ciertas posibilidades nuevas de la medicina, en particular en materia de *manipulación genética*, que plantea a la conciencia moral de cada hombre un interrogante serio. ¿Cómo conciliar, en efecto, una tal manipulación con la concepción que reconoce al hombre una dignidad innata y una autonomía intangible?

Una intervención estrictamente terapéutica, que se fija como objetivo la curación de algunas enfermedades, como las que afectan a deficientes cromosómicos, será, en principio, considerada como deseable, teniendo en cuenta que tiende a la verdadera promoción del bienestar personal del hombre sin atentar contra su integridad o deteriorar sus condiciones de vida. Una tal intervención se enmarca, en efecto, en la lógica de la tradición moral cristiana, como lo dije ante la Academia Pontificia de Ciencias el 23 de octubre de 1982 (Cfr. ASS. 75, 1983, Pars I, pp. 37-38).

Riesgo de provocar nuevas marginaciones

Pero, aquí, el problema preocupa. En efecto, reviste un gran interés saber si una intervención sobre el patrimonio genético, superando los límites de la terapéutica en sentido estricto, debe ser estimada, también ella, moralmente aceptable. Para que esto se realice es necesario se respeten muchas condiciones y que sean aceptadas algunas premisas. Permitidme recuerde algunas.

La naturaleza biológica de cada hombre es intangible en el sentido de que es constitutiva de la identidad personal del individuo a lo largo de toda su historia. Cada persona humana, en su singularidad absolutamente única, no está constituida solamente por su espíritu, sino por su cuerpo. De esta forma, en el cuerpo y por el cuerpo, se toca la persona misma en su realidad concreta. Respetar la dignidad del hombre significa, en consecuencia, salvaguardar esta identidad del hombre, «uno en cuerpo y alma», como dice el Concilio Vaticano Segundo (Const. *Gaudium et Spes*, n. 14, párrafo 1).

Es precisamente, teniendo como base esta visión antropológica, como se deben encontrar criterios fundamentales respecto a las decisiones por tomar si se trata de intervenciones no estrictamente terapéuticas, por ejemplo, la intervención que aspira a la mejora de la condición biológica humana.

En particular, este género de intervención no debe atentar contra el origen de la vida humana, es decir, la procreación vinculada a la unión no solamente biológica, sino también espiritual, de los padres, unidos por el lazo del matrimonio; en consecuencia, debe respetar la dignidad fundamental de los hombres y la naturaleza biológica común que constituye la base de la libertad, evitando manipulaciones tendentes a modificar el patrimonio genético y a crear grupos de hombres diferentes, a riesgo de provocar en la sociedad nuevas marginaciones.

Impedir todo perjuicio

Por otra parte, las actitudes fundamentales que inspiran las intervenciones de las cuales hablamos no deben proceder de una mentalidad racial y materialista, orientada a un bienestar humano, en realidad reductor. La dignidad del hombre trasciende su condición biológica.

La manipulación genética se convierte en arbitraria e injusta cuando reduce la vida a un objeto, cuando olvida que tiene que vérselas con un sujeto humano, capaz de inteligencia y de libertad, respetable independientemente de sus limitaciones; o cuando la trata en función de criterios no basados en la realidad integral de la persona humana, a riesgo de atentar contra su dignidad. En este caso expone al hombre al capricho de otro, despojándolo de su autonomía.

El proceso científico y técnico, cualquiera que sea, debe, pues, observar el máximo respeto de los valores morales, los cuales constituyen una salvaguardia de la dignidad de la persona humana. Y porque en el orden de los valores médicos la vida es el bien supremo y el más radical del hombre, es necesario un principio fundamental: en primer lugar, impedir todo perjuicio, y seguidamente buscar y perseguir el bien.

A decir verdad, la expresión *manipulación genética* si-

gue siendo ambigua y debe constituir objeto de un verdadero discernimiento moral, porque encubre, por una parte, ensayos aventurados, tendentes a promover no sé qué superhombre, y, por otra parte, otros saludables, orientados a la corrección de anomalías, tales como ciertas enfermedades hereditarias, sin hablar de las aplicaciones benéficas en los campos de la biología animal y vegetal útiles para la producción alimentaria.

«Cirugía genética»

Para estos últimos casos, algunos comienzan a hablar de *cirugía genética*, como para demostrar mejor que el médico interviene no para modificar la naturaleza, sino para ayudarlo a desarrollarse en su línea, la línea de la creación, la línea querida por Dios. Al trabajar en este campo, evidentemente delicado, el investigador se adhiere al designio de Dios. Dios ha querido que el hombre sea el rey de la creación.

A vosotros, cirujanos, especialistas de trabajos de laboratorios y médicos de medicina general, Dios os hace el honor de cooperar con todas las fuerzas de vuestra inteligencia en la obra de la creación iniciada el primer día del mundo.

No se puede sino rendir homenaje al inmenso progreso realizado en este sentido por la medicina de los siglos XIX y XX. Pero como veis, es más necesario que nunca superar la separación entre la ciencia y la ética, volver a encontrar su unidad profunda. Es precisamente del hombre de quien vosotros os ocupáis, del hombre cuya dignidad salvaguarda precisamente la ética.

Al daros las gracias por vuestra visita y por vuestra confianza, y consciente de la grave responsabilidad que pesa sobre vosotros, yo formulo los mejores votos en favor de vuestra labor y de vuestro testimonio en el seno de la Asociación Médica Mundial y en medio de todos vuestros hermanos médicos, e invoco las bendiciones de Dios, el autor de la vida, sobre cada uno de vosotros, sobre vuestro trabajo, sobre vuestros hogares y sobre vuestros amigos.

Traducción de *Ecclesia*

Sanitarias

● Orden del 15 de noviembre de 1983 sobre incorporación a las Escuelas Universitarias de Enfermería de quienes tuviesen iniciados estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios conforme a lo previsto por la disposición transitoria primera del Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio.

● En el día de hoy el Consejo General ha mantenido una reunión con el Director General del INSALUD.

Entre los diversos temas tratados ha estado el de retribución de los ATS de Zona y Matronas de Equipo Tocológico.

El Director General del INSALUD ha manifestado que dicha retribución fue incluida en los Presupuestos Generales para 1984, pero que han sido *recortados*. No obstante, admitió que en el año 1984 dichos ATS percibirán un aumento en su retribución para progresivamente irse acercando a la que en justicia les corresponde.

● Orden de 29 de septiembre de 1983 por la que se aprueba el Plan de Estudios de la Escuela Universitaria (no estatal) de Enfermería *Virgen del Rocío* de Sevilla, adscrita a la Universidad de Sevilla.

UNIFICACION COLEGIAL

El pasado 22 de septiembre el Tribunal Supremo dictó auto reconociendo las aplicaciones interpuestas por el Consejo General, en el tema de la Unificación Colegial, declarando cumplida la sentencia de la Audiencia Nacional.

Contra esta decisión, el antiguo Consejo Nacional de ATS interpuso recurso de Súplica ante el Tribunal Supremo.

Este trámite era el último que establece la legislación española para poder acudir ante el Tribunal Constitucional en recurso de amparo.

El día 9 de diciembre el Tribunal Supremo «desestimó el recurso de súplica contra el auto del 22 de septiembre de 1983, el cual se confirma y mantiene»... Se da la circunstancia de que dicho recurso ha sido presentado fuera del plazo de cinco días que señala el artículo 402 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Esto quiere decir que no han agotado todos los procedimientos que establece la jurisprudencia española, por lo que queda definitivamente cerrado el contencioso y que la sentencia de 22 de septiembre de 1983 es firme y definitiva.

Por tanto, se entiende que no es viable el recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional y si a pesar de ello lo interponen, lo procedente es que el Tribunal Constitucional no lo admita.

Por haber declarado el Tribunal Supremo que el recurso está interpuesto fuera de plazo, el auto de 22 de septiembre último es firme y definitivo desde el día 26 de octubre pasado.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

NORMAS DE MATRICULA AL CURSO DE NIVELACION DE ATS PARA ALUMNOS RESIDENTES EN EL EXTRANJERO

Los alumnos residentes en el extranjero podrán matricularse y realizar el Curso de Nivelación siguiendo las siguientes instrucciones:

1. Deberán dirigir una instancia a la Secretaría del Curso en la que solicitarán su inclusión en el grupo *Alumnos en el Extranjero* y donde deberán reseñar su nombre, apellidos y dirección completa.

2. Desde la UNED, la Secretaría del Curso le enviará la bolsa de matrícula a su dirección conteniendo:

- Sobre de matrícula.
- 14 Cuadernos de Evaluación.
- Guía del Alumno.
- Técnicas de Estudio.

3. El alumno formalizará la matrícula por correo certificado, enviando el sobre en el plazo que se le indique, indicando en la casilla *Escuela - Grupo* en el Extranjero. Si lo envía con matasellos de fecha posterior al plazo fijado le será rechazado por *Fuera de Plazo*.

4. A la recepción del sobre de matrícula, el Registro General de la UNED le enviará el correspondiente acuse de recibo, independientemente de que su matrícula esté o no correcta. En el plazo más breve posible se revisará su sobre de matrícula en la Secretaría del Curso. Si está correcta, le enviaremos la conformidad con su número de expediente, a partir de cuyo momento será usted alumno de pleno derecho del Curso de Nivelación de ATS. Si no fuera así y se observara alguna omisión o deficiencia en la misma, recibirá un reparo en donde le indicáramos documentación a completar y plazo para su envío.

5. El alumno deberá solicitar por escrito, que enviará dentro de su sobre de matrícula, las Unidades Didácticas que desee recibir, abonando su importe en la forma indicada en el punto 10.

6. Durante el desarrollo del Curso, el alumno irá enviando los cuadernos de las Pruebas de Evaluación al Profesorado de la Sede Central. (Curso de Nivelación de ATS. - Apartado de Correos 50.487 - Madrid). Igualmente podrá realizar las consultas que desee a esta dirección o al teléfono 4 02 66 00, según el cuadro de guardias del profesorado contenido en la Guía del Alumno.

7. La Prueba de Evaluación Final se realizará en los lugares en que habitualmente lleva a cabo la UNED sus exámenes en el extranjero (Londres, París, Viena, Ginebra, Bruselas, Copenhague, Lisboa, Roma, Frankfurt, Washington y Caracas). Salvo casos excepcionales, en razón del número de alumnos, no se podrán efectuar en otra ciudad.

8. La fecha para realizar la Prueba de Evaluación Final se comunicará oportunamente a los alumnos. Estos deberán solicitar por medio de un escrito dirigido a la Secretaría del Curso en cuál de las ciudades citadas desea realizar su examen. (Antes del 1 de mayo para los del curso febrero-junio y antes del 1 de diciembre para los del curso septiembre-enero).

9. *Forma de pago de la matrícula.* Dentro del sobre figura un juego de recibos que deberá rellenar según las instrucciones contenidas en el folleto de Información e Instrucciones. El importe deberá enviarse o bien en un Giro Internacional dirigido al Curso de Nivelación, C/Conde de Peñalver 38, Madrid 6, o bien por un cheque bancario internacional a nombre de la UNED por el importe exacto. (El importe de la bolsa de matrícula deberá abonarlo junto con la matrícula, según lo indicado en el mismo recibo).

El resguardo del giro o el cheque deberá enviarlo dentro del sobre de matrícula junto con el correspondiente juego de recibos de color rosa. Cuando ingresemos su cheque o giro, haremos sellar estos por la entidad bancaria y le remitiremos su copia como comprobante de pago.

10. *Forma de pago de unidades didácticas.* Para el abono de las Unidades Didácticas procederá enviando su importe exacto por medio de cheque bancario internacional e equivalente a nombre de la UNED. El precio de cada una de ellas está indicado en el folleto de información e instrucciones y puede solicitar el juego completo o unidades sueltas.

11. Para cualquier aclaración o consulta diríjase al Curso de Nivelación de ATS. - Apartado de Correos N.º 50.487 o C/Conde de Peñalver N.º 38 - Madrid 6. Teléfono 4 02 66 00 en horario de 9,00 a 14,00 h.

Madrid, setiembre de 1983.

LA SEGURIDAD: UNA «ASIGNATURA PENDIENTE» PARA LOS HOSPITALES

«Yo mismo he hecho tres *penetraciones* a hospitales con unos disfraces realmente ridículos... Con una simple bata blanca, una tablilla para apuntes y algún conocimiento sobre la estructura interna de un hospital logré llegar hasta el santasancórum sin que nadie me pusiera impedimentos».

José Fierro Aramburu, miembro de la Asociación Internacional de Seguridad Hospitalaria y director de estas Primeras Jornadas de Seguridad para Hospitales, añade inmediatamente en su descargo que «tuve que vulnerar la seguridad para demostrar en qué niveles se estaban moviendo los centros hospitalarios».

Robos

«La seguridad industrial —asegura Fierro Aramburu— apenas existía en España hace diez años. Luego comenzó a aplicarse a los campos más obvios: bancos, multinacionales, empresas de comunicación..., los hospitales, en cambio, han quedado muy marginados, no sólo en cuanto a medidas de seguridad propiamente dichas; aspectos de su administración y su economía también han carecido del suficiente control».

Hablar de delitos cometidos dentro de los hospitales supone entrar en un terreno resbaladizo. No existen estadísticas. Sin embargo, cabe suponer que en los centros hospitalarios españoles se siguen tónicas similares a las de otros países.

«Se practica una política equivocada —asegura José Fierro—, que consiste en encubrir los males de los centros sanitarios. No interesa divulgar los datos porque eso supone una mala publicidad de cara al paciente o a las fundaciones que tienen aportaciones de algún patronato benéfico, pero esos males existen».

«Tome, por ejemplo, el tema de la droga —continúa diciendo Fierro Aramburu—, el uso de la droga está muy generalizado en algunos medios hospitalarios. No existen estadísticas españolas, pero un reciente estudio realizado en los Estados Unidos por el doctor Herbert Modlin llevó a la conclusión de que al menos unos doce mil médicos eran adictos a algún tipo de droga. Solamente médicos. No se habla de otro tipo de personal sanitario. No es sólo la droga. En porcentajes, digamos, de un cinco por ciento sobre el total se producen robos, violaciones en dormitorios que no tienen la seguridad nocturna necesaria e incluso asesinatos, que luego engrosan las listas de muertes *por síntomas desconocidos*. Esta situación es la que queremos demostrar en estas primeras jornadas de seguridad en hospitales».

¿Cómo se protege un centro hospitalario? Si se hace caso a Fierro Aramburu hay que elevar el nivel de seguridad de lo que antes era un conserje con un palo, pero sin caer en la idea de que la seguridad radica en la presencia de policías armados con metralletas.

«Nosotros insistimos —asegura José Fierro— en mantener el perfil del elemento de seguridad casi indetectable. No queremos que aparezca ni un policía uniformado. Contamos con armas no mortíferas de control muy eficaces. La seguridad no se consigue a base de metralletas, la seguridad es un concepto de organización que comienza por un sistema de informes».

El primer paso

La protección a un centro hospitalario que Fierro Aramburu ha aprendido en fuentes norteamericanas, comienza por una cuidadosa selección del personal de seguridad, para la que se emplea incluso un detector de mentiras. «Normalmente se le llama *detector de mentiras* —dice mientras sonríe—, pero en realidad es un analizador psicológico de tensión. No se trata tanto de saber si alguien miente en sus méritos, como de averiguar si la sangre le afecta, o si es propenso a las depresiones.

«Un segundo punto crucial —asegura Fierro Aramburu contando con el dedo índice bien extendido— es el control de accesos. Nosotros utilizamos unas pegatinas que se borran automáticamente cuando transcurre el tiempo de estancia permitida. Eso elimina todo tipo de fraudes».

«Tercer punto neurálgico —ahora es el dedo corazón el que se adelanta—, la sala de emergencia. Muchos de los grandes problemas surgen precisamente allí. Hay que agilizar y al mismo tiempo filtrar cómo se produce la recepción. La vigilancia interior tiene que ser absolutamente discreta, fiable y rápida, sin invadir la intimidad de los pacientes. ¿Qué queremos conseguir? Eliminar los miles de millones de pesetas que se van en robos».

G. Díez

ETICA PROFESIONAL

La falta de ética profesional es quizás uno de los fallos más evidentes de nuestra sociedad actual. En general, puede afirmarse muy bien que la *irresponsabilidad profesional* —trátese del campo que se quiera— avanza no poco.

Un primer error consiste en creer que la propia profesión compete a la persona con absoluta *exclusividad*. Tal obraría quien considerara la profesión como algo que sólo a él interesa. Es verdad que el aspecto individual de una profesión no puede ser olvidado: una persona abraza una profesión para ganarse la vida y así se realiza como tal. Pero este aspecto no es el único. Una primera constatación evidencia que toda persona que se propone ejercer una determinada profesión —por inclinación, gusto, necesidad o vocación— sabe que debe prepararse concienzudamente para ejercerla adecuadamente y, según lo exija el trabajo de que se trate, debe perfeccionar su capacidad al correr de los años.

Toda profesión, por otra parte, tiene una vertiente *social* innegable, porque incide directa o indirectamente en otras personas, que tienen también sus derechos. El profesional no vive ni actúa en solitario. De aquí que el trabajo profesional tiene mucho que ver con la justicia, a la cual se puede faltar de muchas maneras.

Si se atiende a la llamada justicia conmutativa, el incumplimiento de lo estipulado en el pacto o contrato o la percepción de unos honorarios excesivos, que no tienen ninguna justificación, puede resultar gravemente inhumano. Se puede faltar a la justicia distributiva, si, sobre todo en los cargos públicos, se ejerce la profesión en provecho propio, de una tercera persona o de un grupo, o bien si se confieren los cargos a personas ineptas. Cuando se trata de la llamada justicia social, la conducta es inhumana cuando se defrauda a la comunidad cobrando un trabajo no realizado o hecho deficientemente, en contra de lo exigido por el bien común.

A la justicia habría que añadir la caridad, que completa la justicia. Lo justo es lo debido; de tal manera que si no se cumple, quedan violados los legítimos derechos de los demás. La caridad equivale a la plena realización de una auténtica solidaridad. El profesional tiene que saber que la persona con la cual trata forma parte de la comunidad humana, a la cual él también pertenece. Sentirse hermano de otro equivale a tratarle con respeto, con presteza y con honradez.

¿Es posible hablar de una *ética profesional* que responda a la responsabilidad que ennoblece al hombre? Evidentemente que sí. No sólo es lícito; es necesario y urgente. No cumplir las normas éticas equivale a hacer imposible la convivencia de los ciudadanos. El hombre ha sido descrito como el gran *sopORTE de la responsabilidad*. Porque ésta da sentido a la libertad y cualifica al ser social de cada uno. La responsabilidad, como ha escrito un autor, *debe ser restaurada en su primacía*.

La ética profesional es un elemento importantísimo de la conducta humana, que llama a las puertas de lo más íntimo que pueda haber en la conciencia de cada uno. Todos hemos de sentirnos comprometidos en ello: cada uno debe ser un exigente *legislador de sí mismo*. Si no lo hacemos así, serán muchas las palabras que, expresadas con un lenguaje altisonante (por ejemplo, solidaridad, justicia, civismo, etc.), quedarán vacías de contenido.

EL CARDENAL-ARZOBISPO

Barcelona. Full dominical, 9 de octubre de 1983.

«EL PROBLEMA DEL ABORTO ESTA EN LA CAUSA ORIGINARIA», SEGUN EL DOCTOR MORA

La primera jornada del simposio organizado por el Hospital de la Cruz Roja de Barcelona debatió ayer el aborto, desde los ángulos éticos y médico, con la singularidad de que quien expuso el primer terreno era contrario al aborto —el doctor y profesor de Teología Moral, Gaspar Mora—, y quien argumentó la tesis médica —el doctor francés Pierre Simon— defendía el derecho al aborto. De ahí que la discusión, sólo hubo estas dos ponencias, discurriera por terrenos paralelos.

Asimismo, tanto en la sesión de mañana como en la de tarde, se reservó una hora para las *comunicaciones libres*, en las que el público autorizado expuso sus argumentos sobre la polémica cuestión.

El profesor Simon, director del departamento de Ortogenia del Hospital Boucicaud (y ex gran maestro de la Gran Logia de Francia, según un despacho de agencia) resaltó en su ponencia la necesidad de que los diversos avances científicos y técnicos transformen el contenido estático de diversos conceptos, como la moral o la vida. «El concepto de vida se redefine cada día. Si la primera victoria de la medicina fue hacer retroceder a la muerte, la segunda será cambiar la propia misma de la vida».

En su ponencia, *El hombre, gerente de la vida*, Pierre Simon señaló que «de hecho, desde hace mucho tiempo, y sobre todo en los países latinos, la vida era un don de Dios, puesto que de él procedía. La medicina oficial llegó a confundir deontología y teología». Y añadió que en Francia, el órgano equivalente al Colegio de Médicos español, era un portavoz eclesiástico, hecho que calificó de *reprobable*.

Junto a argumentos y conceptos médicos, el doctor Simon apeló a la experiencia. «Observo en quienes defienden la ilegalidad del aborto que son personas que no han visto morir en un quirófano a mujeres de 20 años que abortaron clandestinamente. Hay que ofrecer la posibilidad de medicalizar el aborto».

Atacar las causas

El profesor de Teología Moral, Gaspar Mora, expresó su convencimiento de que el problema está en las causas que originan el aborto, *causas que hay que atacar*. Respecto a la vertiente ética, el ponente acentuó la importancia del principio de la vida que en cuanto que calificada de humana, existe desde el momento de la fecundación del óvulo materno. «La cuestión ética debe plantearse como un conflicto de valores, debiendo atender al valor superior, en este caso, el proceso vital ya humano». De ahí debe plantearse el segundo nivel del problema: la cuestión social, es decir, las causas que inducen al aborto.

Inciendo en el terreno legal, Gaspar Mora manifestó que la despenalización no es solución a la minoría de abortos realmente conflictivos. «Es mejor solución reconsiderar las circunstancias atenuantes o eximentes según los casos. El problema, sin embargo, es la mayoría de casos que podríamos llamar *normales*. Su existencia es una interpelación constante a la maquinaria legal y social».

Gaspar Mora rebatió la concepción evolutiva de lo que Pierre Simon definió como vida humana («es lo que los hombres vamos haciendo de ella»), arguyendo que el progreso debe tener alguna dirección y reconocer el aborto implica no aceptar otra vida humana, lo que supone una deshumanización del proceso.

Expresiones de júbilo

Como ya hemos señalado, el simposio brinda la oportunidad de presentar breves comunicaciones al cerca de dos centenares de personas asistentes, donde por cierto se observaban

desde presumibles feministas a grupos de religiosas. Por la mañana, una de las intervenciones, contraria al aborto, levantó una salva estruendosa de aplausos, por lo que el moderador, el doctor Valtueña, solicitó que se evitaran estas demostraciones «que podrían contribuir a enturbiar el ambiente», lo que no sucedió en momento alguno de la sesión vespertina, donde intervinieron personas tan distantes como el doctor Enguiz (cuya intervención fue un tanto confusa y de la que resaltamos su entrada: «Yo también amo la vida», o la doctora Voltas, una de las mujeres más activas en Cataluña en la lucha contra el aborto, a través de la Asociación Pro-Vida.

JOAQUÍN LUNA
La Vanguardia

LA SOCIEDAD TIENE QUE RESPONDER A LOS PROBLEMAS QUE YA PLANTEA LA EUTANASIA

Evitar la prolongación inhumana de la agonía —caso de estadistas famosos—, el derecho del paciente a elegir su muerte y la difícil responsabilidad del médico ante la eutanasia —aún por aclarar—, fueron algunos de los temas tratados en la última jornada del simposio organizado por el Hospital de Cruz Roja.

El debate giró en torno a las dos ponencias que presentaron el doctor suizo Pierre Rentchnick y el profesor de teología moral, doctor Francisco Abel. Complementariamente hubo dos tandas de comunicaciones libres que presentaron los asistentes al simposio, entre las que destacó la relativa a la conveniencia de educar al niño para que acepte la muerte como algo natural y no como un tabú. El simposio, clausurado por el conseller de Sanitat, doctor Laporte, cierra los actos conmemorativos del 60 aniversario de la creación del hospital.

Las tesis expuestas sobre la eutanasia por los dos ponentes fueron menos discrepantes que en la jornada anterior, donde se trató el aborto. Pierre Rentchnick distinguió entre los cuatro tipos de eutanasia médica y la llamada *social* o no médica. Respecto a esta última, la definió como una «eutanasia pasiva que tiene por objeto eliminar cuidados intensivos de pacientes que ya no son productivos». Es decir, los intereses económicos conducen a una *selección* de los pacientes a atender con unos medios *insuficientes*, lo que obliga a la criba. Ya sucedió en Gran Bretaña, donde se detectaron numerosos casos de enfermos ancianos y diabéticos a los que no se suministró diálisis pese a que lo requerían. El ponente condenó fácilmente esta práctica que puede agravarse con la inversión de la pirámide de edad en numerosos países occidentales. Pierre Rentchnick llegó a afirmar que «es un hecho que a partir de 1981, con la llegada de los socialistas al poder en Francia, el consejero especial del presidente Mitterrand, J. Attali, afirmó que el futuro de la sociedad socialista está en la eutanasia social».

La compleja postura del médico ante la muerte del paciente fue bosquejada, con muchas preguntas al vacío que la sociedad debe responder. Las dificultades llegan cuando el paciente ya no puede expresar su voluntad. La ley, los familiares, «permitirán a individuos no pertenecientes a la clase médica, tomar una decisión de tipo médico». Caso de que la decisión última dependa del doctor, Pierre Rentchnick opinó: «el médico tendrá en cuenta las perspectivas de curación, la voluntad expresada previamente por el paciente o su comportamiento durante las etapas anteriores al tratamiento, la opinión de parientes y, para acabar, el dictamen del equipo médico correspondiente». Para el ponente, la única justificación de la eutanasia *pasiva* (la más frecuente, aquella en que se renuncia a emprender un tratamiento o bien se inte-

rumpe) es que exista una enfermedad mortal, sin perspectiva de curación o mejora junto con dolores físicos y psíquicos a consecuencia de la prolongación de la agonía.

Asumir la muerte

El doctor helvético rechazó la noción de «prolongación artificial de la vida» (frecuente en jefes de Estado: Franco, Tito, Boumedién) por entender que esta práctica basada en métodos artificiales arrebató la dignidad humana y es antinatural. Acompañó su tesis en un ejemplo: una mujer en avanzado estado de gestación, californiana, 27 años, tuvo una hemorragia cerebral el 25 de enero. Los médicos acuerdan prolongar la vida artificialmente durante nueve semanas hasta que, el 30 de marzo, logran que nazca por cesárea el bebé. La madre muere treinta minutos después y termina así su vida vegetativa. Rentchnick asumió la definición de un colega: «una empresa arriesgada, acrobática y, por tanto, totalmente contestable».

El profesor Abel enfiló aspectos filosóficos y éticos de la eutanasia. Estimó que todo paciente tiene derecho a rehusar aquellos medios técnicos aptos solamente para prolongar una vida que ya no es capaz de asumir con posibilidades de darle sentido. «Es deber médico fundamental ayudar al paciente a asumir su propia muerte, la que esté de acuerdo con la religión o ideología que haya dado sentido a su vida».

También coincidió en rechazar la prolongación artificial a toda costa, la distanancia. «Llamamos distanancia —dijo— a la utilización de las máximas posibilidades terapéuticas cuando han dejado de tener este carácter, si se tiene en cuenta la totalidad de la persona del paciente, ya que no le son de beneficio alguno y sólo consiguen prolongar biológicamente su vida. Con una conducta distanancia no se alarga la vida sino el proceso de morir. Se alarga la agonía». Entre los presupuestos antieutanásicos que citó, cabe señalar que «la vida de la persona no está sólo al servicio del individuo. Toda vida humana forma parte de la comunidad humana. La misma posibilidad de la existencia de la comunidad depende de medidas que impidan atentar contra la vida».

En cuanto a las comunicaciones libres presentadas, el hermano de San Juan de Dios, José Luis Redrado, defendió la conveniencia de que se eduque para la muerte a los niños. «La muerte se ha convertido en un tabú, como antes lo fue la sexualidad. Por otra parte, cada vez hay más técnicas, aparatos, se muere más en los hospitales pero no con dignidad, en compañía». Explicó la experiencia surgida de una encuesta realizada entre niños sobre su visión de la muerte. El 80 por ciento la imaginan con violencia, fruto de la televisión. La mayoría responden con evasivas sobre el *después de...* porque nadie les ha enseñado que la parca es un hecho natural y consustancial a la vida humana. José Luis Redrado defendió que nunca se engañe al niño en caso de fallecimiento de familiares y se le permita asistir a los funerales. «Los progresos técnicos nos hacen creer que somos inmortales y por eso la muerte se ha convertido en tabú».

JOAQUÍN LUNA
La Vanguardia, 3 de diciembre de 1983.

MAS DE CINCUENTA HOSPITALES PROCLAMAN UNA CARTA CON LOS DERECHOS DEL USUARIO

El Hospital está a nuestro servicio y su misión es ofrecernos una asistencia de la mejor calidad posible. Para que usted, usuario, se encuentre a gusto, es necesario crear un clima de mutua confianza que supone el reconocimiento de los derechos y deberes de cada uno —usuarios y personal del Hospital— de acuerdo con los criterios de Acreditación de

los Hospitales manifestados por la Orden del 25 de abril de 1983 de la Generalitat.

Representantes autorizados de cincuenta y cuatro hospitales de toda Cataluña agrupados en torno a la Unió Catalano-Balear d'Hospitals, siguiendo las directrices de la Generalitat y adelantándose a unas normas aún por dictar desde el Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid, avalaron ayer con su firma una Carta de derechos y deberes del usuario.

Dicha Carta, similar a la que ya desde hace veinte años se viene entregando a los pacientes de hospitales de países tan desarrollados en el ámbito sanitario como los Estados Unidos, Canadá o Suiza, será entregada en mano a todos los pacientes o en su caso a los familiares desde el momento de su ingreso en cualquiera de estos centros, los cuales, por el hecho de contraer dicha responsabilidad de reconocer documentalmente sus deberes para con los usuarios, se transforman así en una avanzadilla tanto en cuanto a control de calidad como de respeto hacia la personalidad del paciente.

La lista de estos centros la integran el Hospital Infantil de Sant Joan de Déu, la Fundació Puigvert IUNA, la Quinta de Salut l'Aliança, el Hospital Oncológico, Institut Asepeyo, Hospital de Sant Rafael, Clínica Barceloneta, Institut Frenopàtic, Clínica Figarola Pera e Institut Policlínic Platón, todos ellos de Barcelona y distintos centros hospitalarios de Palma de Mallorca, Reus, Sant Boi, Mataró, Manresa, Girona, Lleida, Almacelles, Granollers, Sant Pere de Ribes, Terrassa, Tarragona, Sabadell, Igualada, Campdevànol, Vilafranca, Berga, Tortosa, Vic, Martorell, Sta. Coloma de Gramenet, Manlleu y Calella de la Costa.

El derecho a la vida como base de los demás

Comentando estos derechos fundamentales de los usuarios, el presidente de la asociación profesional de hospitales englobados en la Unió Catalano-Balear d'Hospitals, hermano Francisco Sola, de Sant Joan de Déu, subrayó a nuestra redacción que los derechos del enfermo hospitalizado suponen admitir que el *derecho a la vida* es el derecho inicial de todo ser humano, asiento de todos los demás derechos. La vida, indicó, debe ser entendida no como un mero subsistir, sino como una existencia con dignidad y calidad humanas. La destrucción de la vida humana «es un hecho que afecta a las capas más profundas de la vida individual y social».

El derecho a morir con dignidad, añadió, debe entenderse como el que tiene el enfermo a su propia muerte. Por ello, precisó, el paciente tiene el derecho a rehusar aquellos medios técnicos aptos solamente para prolongar una vida que ya no es capaz de asumir con posibilidades de darle un sentido. «Es deber médico fundamental —concluyó— el ayudar al paciente a asumir su propia muerte, la que esté de acuerdo con la religión o ideología que haya dado sentido a su vida. Del mismo modo que no se puede manipular la vida, no se puede manipular la muerte».

F. LLORENS PASCUAL

La Vanguardia, 10 de noviembre de 1983

EL ENFERMO PUEDE REHUSAR LAS TECNICAS DE PROLONGAR SU VIDA

Derechos refrendados por la carta del usuario:

1. Todo enfermo tiene derecho a recibir asistencia competente, respetuosa y considerada que le ayude a recobrar la salud en la medida de lo posible. Este derecho implica conocer el nombre del médico responsable de su caso y el de las personas encargadas de su asistencia, así como su estamento profesional.

2. Todo enfermo tiene derecho a recibir información completa en términos comprensibles para él, sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, así como sobre las alternativas y los riesgos relacionados con todo ello; tiene igualmente el derecho a ser informado en el caso de que se piense incluir en algún tipo de estudio o investigación clínica, y a saber que puede negarse a ello, sin que de su negativa se derive discriminación alguna hacia él por parte del personal del centro hospitalario.

3. Todo enfermo tiene derecho a rechazar aquellos medios técnicos aptos solamente para prolongar una vida que ya no puede asumir con posibilidades de conferirle un sentido. El médico tiene el deber de respetar el derecho a morir dignamente.

4. Todo enfermo tiene derecho a que se respete su intimidad. Los dictámenes médicos son parte de la vida privada del enfermo, y el médico y el equipo asistencial tienen la obligación de mantener el secreto profesional.

5. Todo enfermo tiene derecho a saber a quién puede dirigirse para formularle preguntas o quejas.

6. Todo enfermo tiene derecho a conocer la normativa interna del centro hospitalario.

7. Todo enfermo tiene derecho a que se le facilite asistencia religiosa y a la inmunidad de coacción externa.

8. Todo enfermo tiene derecho a mantener relación con sus familiares y amigos, siempre que ello no interfiera su programa de curación y se respeten las normas y el horario establecido por el centro hospitalario.

9. Todo enfermo tiene derecho a abandonar el hospital cuando lo desee. En caso de hacerlo sin alta médica, deberá firmar un documento de acta voluntaria que exima de responsabilidades al hospital.

COMO AFRONTAR EL SUFRIMIENTO

● Los hay que al sufrir una enfermedad, una calumnia, un contratiempo, una mala noticia que implique frustración y dolor no saben, no sabemos qué hacer, ni cómo afrontar y superar con paz interior las horas bajas, el bache en el que estamos metidos, voluntaria o involuntariamente. Es entonces cuando andamos por la vida abatidos, angustiados, tristes. Tenemos la sensación de estar en un callejón sin salida y nos hundimos.

● Para que los avatares de la vida, la enfermedad, las malas lenguas, el dolor y el sufrimiento no nos muerdan y arrebaten la paz interior, debemos hacerles frente. ¿Cómo? Les ofrecemos 8 puntos para la reflexión y la práctica:

1. No vayamos por caminos equivocados. No basta con *pintar* las paredes de una casa que no amenace ruina ni se derrumbe.

2. No se asuste, ni se encierre en sí mismo. No demos vueltas y más vueltas a *nuestro* problema. No logremos otra cosa que torturarnos interiormente y aumentar el dolor.

3. Tendremos paz el día que dejemos de buscarnos tanto a nosotros mismos y aprendamos, sepamos sufrir mejor.

4. Asuma, si es preciso, el dolor y la tribulación como *hombre*: ser contingente, finito, que puede y de hecho enferma, sufre y muere; y como *cristiano*: el dolor —aunque misterio— es redentor.

5. La fe en el Dios de Jesucristo puede que no le cambie su mal o no se lo haga desaparecer. Pero sí que le ayudará a seguir, con fortaleza y paz de espíritu, su tribulación por difícil o amarga que sea.

6. Todo se supera si se tiene fe, se espera en algo o en Alguien y uno posee un corazón generoso.

7. Llore, grite, desahóguese, suplique, cuénteles a Dios —son maneras de orar— todo cuanto le sucede de malo, desagradable e injusto.

8. La entrega a Dios Padre, a imitación de la que hizo Jesucristo, al decir: «No se haga mi voluntad, sino la tuya». Esta sencilla pero sublime plegaria, significa una entrega total y confiada por parte del hombre sufriente, así como reconoce que *sólo Dios basta*.

J. M.^a ALIMBAU

Barcelona, Full dominical, 20 de noviembre de 1983

LAS HIJAS DE LA CARIDAD

Se cumplen trescientos cincuenta años de existencia de uno de los grupos humanos que, en silencio, más han hecho por la humanidad; uno de los colectivos femeninos que más agradecimiento y cariño han despertado: las Hijas de la Caridad. Lo que empezó siendo una pequeña comunidad de muchachas, aldeanas de los alrededores de París, agrupadas en torno a San Vicente de Paúl y Santa Luisa de Marillac, sus fundadoras, es hoy, finales del siglo XX, una obra inmensa que alcanza a casi todos los lugares del planeta. Su obsesión: *servir a los pobres*. De las 30.000 hermanas, repartidas por todo el mundo, 10.000 trabajan en España. Están presentes en las barriadas más necesitadas de las ciudades, en asilos, cárceles, leproserías, hospitales, etc.

ESTILO DE PRESENCIA DEL CAPELLAN A LA LUZ DE JESUS, TERAPEUTA Y PACIENTE

(Resumen de la reflexión personal) y por grupos

Cursillo de Formación Permanente para Capellanes de Hospital, 21 al 26 de noviembre de 1983.

Análisis

DE JESUS TERAPEUTA

¿Qué actitudes de Jesús te han impactado más, a través de la ponencia?

— Su *acercamiento a todos los hombres, sin discriminar ni marginar a nadie*, especialmente a los más marginados, en su cuerpo o espíritu, porque El es para todos.

— Su forma de acercarse, realizada con gestos externos (tocar, imponer las manos, ungir...).

— La *sencillez* con que se acerca para anunciar: que para Dios contamos todos; que para el marginado (el enfermo) el Reino de Dios está cercano.

— Su *solidaridad* que se refleja: en el descubrimiento al marginado de la presencia del Reino de Dios en el dolor, la debilidad, la enfermedad y la pobreza; en la sintonía con la situación de los demás, con lo que descubre que la enfermedad (la marginación) se convierte en lugar de encuentro con Dios.

— Al mismo tiempo, esta solidaridad no es para hundirse en el dolor, sino que vive esta situación en actitud de

esperanza, como situación no definitiva. «Sólo puede construir el presente el que espera en el futuro».

— La *despreocupación* de Jesús por *la propia imagen*. No teme comprometerse. Lo que le importa es el Reino de Dios.

— Su *agresividad*, aunque le cree conflictos, cuando alguien, por falso amor a la Ley, deja sufrir a los demás (mujer encorvada).

— Su predilección, frecuentemente expresada en los evangelios, por los enfermos; sus curaciones como signos del Reino.

— Por último, su *actitud humana*, expresión de la bondad divina, que da cauces de libertad, y su *pedagogía* en anunciar el Reino (parábolas).

DE JESUS PACIENTE

— Su *vivencia sentimiento*, no de cara al futuro, sino presente y existencial, ante el dolor y la muerte con estos rasgos: *de una forma humana* («como nos ocurre a nosotros»); se resiste, se enfada, se enfrenta con el Padre («este rasgo me acerca más a la persona de Jesús»); *se queja* ante el dolor; «hecho semejante a nosotros en todo menos en el pecado».

— Su *aceptación* del dolor y la muerte: como limitación humana; como acto libremente asumido en *obediencia* a la voluntad (plan) del Padre sobre El y sobre los hombres; incluso como fracaso y despojo de la comprensión del significado de su propia muerte (arrebato del sentido de su muerte).

— Su *asumir la muerte*: con alegría; con la conciencia clara de lo que va a ocurrir. (No es un suicida; ama la vida, no la desprecia); con serenidad; con la experiencia de soledad y de abandono total.

DESCUBRIMOS ESTAS ACTITUDES

Desde tu experiencia, ¿qué actitudes percibes que hacen bien a los enfermos? El hospital es un lugar teológico para leer el evangelio y descubrir actitudes

— Un *acercamiento y acogida* de las personas tal como son, en la visita cariñosa, acogedora, respetuosa, delicada, alegre, afable, sobre todo en clima de amistad.

— *Ofrecimiento de amistad sincera*. («No tanto como maestros cuanto como amigos»).

— *Preocupación* por su enfermedad, por su mundo, su familia, por sus problemas, intentando solucionarlos. *Interés* por la persona concreta.

— Una actitud de *sencillez y de escucha*, sin prisas ni paternalismos. («Al escucharlos, me acercan a Dios y me hacen vivir mejor»).

— *Respeto y silencio* en su dolor.

— *Empatía*, sintonía con el enfermo, no falsa compasión.

— *Ayuda para aclarar* su situación y para despertar la conciencia del valor positivo del sufrimiento.

— *Clima de confianza y serenidad*.

— Hablar a la fe y desde la fe que él tenga. Invitación a la oración y a la confianza.

— Tratar de infundirles optimismo y esperanza.

Síntesis

A la luz de lo anterior, trata de sintetizar en unos cuantos rasgos el estilo de presencia del capellán

RASGOS RELIGIOSOS

- Hombre de fe, hombre de Dios, hombre de oración que vive de cara a Dios, testigo de Jesús.
- Que ve la enfermedad con los ojos de Cristo.
- Convencido de su carisma de curación.
- Que hace presente a Jesús desde la intimidad con El.
- Que descubre la Iglesia a los enfermos como quien se preocupa de ellos, les atiende y les asiste.
- Sacerdote.
- Sin grandes esquemas teológicos.
- «El capellán ha de hablar sinceramente a Cristo de los enfermos, antes de hablar a los enfermos de Cristo».

RASGOS HUMANOS

- Vivir de cara al enfermo.
- Hacerse pequeño y sencillo (sin paternalismos).
- Solidario con todos, especialmente con los marginados.
- Comprensivo, con naturalidad, sin asustarse de nada.
- Con amor, cariño, caridad al enfermo, sin discriminación.
- Capaz de ofrecer amistad y de crear amigos.
- Capaz de sintonizar con el enfermo y su situación.
- Profundamente reflexivo sobre las realidades vitales del enfermo y su entorno, desde la propia existencia.
- Transmisor de alegría, que hace todo con alegría, al mismo tiempo que con seriedad.
- Capaz de escuchar, sin prisas.
- Capaz de trabajar en equipo.
- Informado: sobre el estado del enfermo, para tratarlo como persona e infundir en él actitud positiva en su situación; sobre cuestiones que puedan inquietar la conciencia y la situación del enfermo.

SERVICIO A LA VIDA DEL HOMBRE

Juan Pablo II acudió al auditorio del *Palazzo Pio* de Via de la Conciliación, el domingo 3 de octubre por la tarde. Estaban allí reunidos 2.500 médicos de 61 países, que celebraban el XV Congreso internacional y el XVI nacional italiano de médicos católicos. Acompañaban al Papa los arzobispos mons. Eduardo Martínez Somalo, Sustituto de la Secretaría de Estado, y mons. Achille Silvestrini, Secretario del Consejo para los Asuntos Públicos de la Iglesia. A su llegada dieron la bienvenida al Pontífice mons. Fiorenzo Angelini, obispo auxiliar de Roma para el sector sanitario; el consiliario de la Asociación nacional italiana de médicos católicos; los presidentes de la Asociación internacional y de la nacional italiana, y el secretario de ésta. Tras escuchar un saludo que le dirigió en nombre de todos el prof. Pietro de Francis, el Santo Padre pronunció en italiano el siguiente discurso.

1. Me proporciona suma alegría saludaros hoy a los reunidos en esta asamblea importante que es a un tiempo el XV Congreso de la Federación Internacional de Asociaciones de Médicos Católicos (FIAMC) y el XVI Congreso nacional de la Asociación de Médicos Católicos Italianos (AMCI); saludar a tantos y tan ilustres representantes de esa forma sublime de servicio al hombre que es la ciencia médica.

El gozo es aún más grande por la variedad singular y unión profunda a la vez, que caracterizan a vuestra reunión; pues

procedéis de todas las partes del mundo y actuáis en condiciones y situaciones políticas y sociales muy variadas, si bien estáis unidos por una misma fe cristiana que sostiene e impulsa vuestro servicio a la vida y al hombre.

A todos un saludo cordial y mi agradecimiento; y una mención especial para cuantos han organizado este Congreso con abnegación y entusiasmo.

Debo gratitud particular a mons. Fiorenzo Angelini, que desde hace tantos años es animador celoso e infatigable de la Asociación de Médicos Católicos Italianos, y que esta vez ha afrontado una cantidad ingente de trabajo para preparar este Congreso, cuidando con inteligencia todos los pormenores y superando dificultades varias y complejas; y por ello justamente ha recibido estima, adhesión y participación.

Ningún lugar más ni mejor que Roma habría podido ofrecer y robustecer la visión universal del servicio a la vida, razón de toda norma del código de deontología médica. Roma, llamada *Ciudad Eterna* porque parece haber vivido siempre, está abierta al horizonte de la universalidad que hace de ella un punto de referencia obligado y entusiasmante de civilización.

Respetar los designios señalados por el Creador

2. El tema de vuestro Congreso recoge y sintetiza el problema que tanto me interesa de los derechos fundamentales del hombre. El derecho del hombre a la vida ha sido considerado siempre derecho primario y fundamental, y raíz y fuente de todo otro derecho.

La vida es, pues, uno de los valores más grandes, ya que deriva directamente de Dios, origen de toda vida (cf *Gén* 2, 7; *Ez* 37, 8-10). En cuanto ser viviente, creado a imagen del Creador (cf *Gén* 1, 26), el hombre es inmortal por naturaleza (cf *Gén* 2, 7; *Sab* 2, 23).

En las distintas partes del Congreso, relaciones, comunicaciones y puntos de debate, he visto acentuado con acierto el concepto de globalidad de la vida. Me complace en ello porque pienso que este planteamiento es de importancia fundamental.

Porque si el servicio a la vida define la finalidad de la medicina, los límites de dicho servicio tendrán que fijarse a partir del concepto verdadero e integral de vida. Dicho de otro modo, el servicio a que estáis llamados debe incluir y trascender a la vez la corporeidad, precisamente porque ésta no engloba toda la vida.

La Biblia, al mismo tiempo que recuerda la fragilidad de la condición humana vulnerable como el heno (cf *Is* 40, 6 s...; *Sal* 102, 12), fugaz como la sombra (cf *Job* 4, 2; 8, 9), insignificante como gota de agua (cf *Sri* 19, 10), recalca la grandeza inmensa de la vida, a la que identifica con el bien; y atribuye al pecado no sólo la mancha de la culpa, sino la misma pena de las enfermedades y muerte física. A causa del pecado el hombre ha perdido la inmortalidad para él y sus descendientes (cf *Rom* 5, 12; *1 Cor* 15, 21).

Esta visión amplia del concepto de vida queda confirmada por el modo en que se presenta la redención realizada por Cristo, entendida como recuperación de la vida, nueva inserción de la vida, don de la vida en abundancia (cf *Jn* 10, 10). La *gracia* en Cristo es vida, y recobrar la vida significa volverla a encuadrar en el designio salvífico de Dios, que es por definición *el Dios vivo* (*Dt* 5, 23; *Mt* 26, 63, etc.).

Con razón, pues, médicos ilustres reunidos aquí para estudiar los muchos problemas referentes a la salud, habéis puesto el acento en la defensa de la vida, pues en este valor supremo se hallan las razones últimas que justifican vuestra tarea en los varios campos de las especializaciones respectivas. A vosotros incumbe el deber de salvaguardar la vida y vigilar para que evolucione y se desarrolle a lo largo de la existencia, respetando el designio señalado por el Creador.

El aumento de conocimientos sobre los fenómenos que dominan la vida ha ensanchado mucho los confines de la

ciencia médica, cuyo servicio se mueve en el cuadro de la medicina preventiva, curativa y rehabilitadora, con enormes esfuerzos por preparar, defender, corregir y recuperar las condiciones vitales, y acompañando al ser humano desde los primerísimos estadios de la existencia, hasta el ocaso inevitable.

Además, la medicina se coloca hoy más que nunca en el centro de la vida comunitaria en cuanto factor determinante en las orientaciones educativas, valoración de todo el hombre, organización de formas de vida asociada, recuperación de valores en peligro o perdidos, y en el ofrecer al hombre un motivo siempre nuevo de esperanza.

Orientaciones del Magisterio de la Iglesia

3. La Iglesia, desde sus orígenes, ha visto siempre en la medicina un importante apoyo de su misión redentora respecto del hombre. Desde las antiquísimas hospederías y primeros complejos sanitarios hasta hoy, el misterio del testimonio cristiano ha corrido parejo con el de la atención a los enfermos. Y, ¿cómo no subrayar el hecho de que la misma presencia de la Iglesia en tierras de misión se distingue por el interés en atender los problemas de la salud? Y esto se verifica no en función suplente de instituciones públicas, sino porque el servicio al espíritu del hombre no puede realizarse plenamente si no es poniéndose al servicio de su unidad psicofísica. La Iglesia sabe bien que el mal físico aprisiona el espíritu al igual que el mal del espíritu esclaviza el cuerpo.

Por otra parte, no deja de tener significado el que Santos canonizados por la Iglesia, como Juan de Dios y Camilo de Lellis, por no citar muchos otros, han aportado innovaciones decisivas en el sector de la atención a los enfermos para hacerla más vigilante y compartida. Por lo demás, el estudio minucioso de las normas de la ascética cristiana llevaría a descubrir aportaciones no secundarias a la educación del hombre en el cuidado integral de la salud física y síquica de cada uno. ¿Acaso no fue un compañero vuestro, Alexis Carrel, quien sostuvo, por ejemplo, que la oración reconcilia al hombre con Dios y consigo mismo, y resulta medicina del espíritu con efectos que se pueden documentar sobre la salud integral de la persona? (A. Carrel, *La prière*, París, 1935).

Considerando esto, los padres del Concilio Vaticano II afirmaban con emocionada ufanía en el llamamiento a los hombres del pensamiento y de la ciencia: «Vuestro camino es el nuestro. Vuestros senderos no son nunca extraños a los nuestros. Somos amigos de vuestra vocación de investigadores, aliados de vuestras fatigas, admiradores de vuestras conquistas y, cuando es necesario, consoladores de vuestros desalientos y fracasos. También, pues, para vosotros tenemos un mensaje, y es éste: Continúa buscando sin cansaros, sin desesperar jamás de la verdad...» (Concilio Vaticano II, Mensaje a los hombres del pensamiento y de la ciencia, 7 de diciembre, 1965).

Los derechos del enfermo

En la reciente Encíclica *Laborem exercens*, yo mismo he rendido homenaje a la importancia de vuestra función y he insistido sobre el derecho primario de todo hombre a cuanto necesite para cuidar la salud y, en consecuencia, a una atención sanitaria adecuada (núm. 19). Me agrada aludir de nuevo a este tema para recordar el deber que obliga a la ciencia médica a perfeccionarse, a fin de mejorar las condiciones y ambiente en que se ejerce la actividad fundamental del hombre, que es el trabajo. Si queremos que el trabajo sea cada vez más personalizable, es preciso en primer lugar que se garantice su salubridad.

4. Vuestra tarea, ilustres señores, no puede limitarse meramente a la profesionalidad correcta, sino que ha de estar sostenida por esa actitud interior que se llama con acierto *espíritu de servicio*. Pues el enfermo, a quien dedicáis vues-

tros cuidados y estudios, no es un individuo anónimo al que aplicar el fruto de vuestros conocimientos, sino una persona responsable; y se le debe llamar a tomar parte en la mejora de su salud y en la obtención de la curación; se le debe situar en condiciones de poder elegir personalmente y no de tener que aceptar decisiones y opciones de otros.

La llamada a *humanizar* la obra del médico y los lugares en que se ejerce tiene este significado. Esta humanización quiere decir proclamación de la dignidad de la persona humana y respeto de su corporeidad, espíritu y cultura. A vosotros compete tratar de descubrir con mayor penetración los mecanismos biológicos que regulan la vida, a fin de llegar a intervenir en ellos con el poder sobre las cosas que el Señor ha querido dar al hombre. Pero al hacer esto, también es tarea vuestra manteneros constantemente en la perspectiva de la persona humana y de las exigencias que resultan de su dignidad. Concretamente, ninguno de vosotros puede limitarse a ser médico de un órgano o aparato, sino que ha de hacerse cargo de toda la persona y también de las relaciones interpersonales que contribuyen a su bienestar.

A este propósito, la presencia de hombres de ciencia, clínicos, médicos y agentes sanitarios procedentes de todas las partes del mundo, me induce a recordar un problema grave y urgente, el de ocuparse de salvaguardar, defender y promover la vida humana a través del filtro de las varias culturas. El hombre, en cuanto imagen de Dios, es reflejo de los rostros infinitos que asume el Creador en sus criaturas; rostros marcados por el ambiente, condiciones sociales y tradiciones; en una palabra, por la cultura. Es esencial que el brillo de este reflejo no sea obnubilado en los distintos contextos culturales ni sean mancillados los rasgos de esta imagen. Es deber de todo ciudadano, y en particular de cuantos como vosotros tienen responsabilidades sociales directas, procurar que se descubran y afronten eficazmente las posibles formas de intervención sobre el hombre que contrasten con su dignidad de criatura de Dios.

Para hacerlo, no basta la acción individual. Se requiere una obra de conjunto inteligente, programada, constante y generosa, y esto no sólo dentro de cada país, sino a escala internacional. Pues la coordinación a nivel mundial podría consentir un anuncio mejor y una defensa más eficaz de vuestra fe, cultura y compromiso cristiano en la *investigación científica* y la *profesión*.

Que los recursos empleados en tecnologías de muerte pasen a sustentar y desarrollar tecnologías de vida

5. Hay un mensaje que percibo en vuestro Congreso y que debe ser cada vez más explícito en vuestra actuación individual y asociada. Es el llamamiento a la comunidad social y a sus responsables para que los desmedidos recursos empleados en tecnologías de muerte pasen a sustentar y desarrollar tecnologías de vida.

Por un misterio que hunde las raíces en la complejidad y fragilidad del corazón humano, la opción del bien y del mal con frecuencia se vale de idénticos instrumentos. Tecnologías susceptibles de ser enderezadas al bien, son capaces de causar un mal inmenso según el contexto; y árbitro de su aplicación y uso es el hombre.

Además, existen numerosos proyectos en el campo de la investigación científica que esperan desde hace tiempo mayor ayuda para ser puestos en práctica y, en cambio, están arrinconados por falta de fondos. Laboratorios de los que se aguarda una palabra de esperanza para combatir enfermedades muy difundidas en nuestro tiempo, parecen languidecer, no precisamente por falta de hombres preparados, sino porque se desvían los fondos necesarios hacia pistas de destrucción, guerra y muerte.

Y no se plantea de modo diferente el problema respecto de otros varios fenómenos muy graves de nuestro tiempo. Permitidme que mencione en particular el problema de la

desnutrición y subdesarrollo. En la geografía de la existencia aparecen hoy vastas zonas y poblaciones enteras que padecen indigencia y hambre. Mientras pueblos ricos están afectados de enfermedades metabólicas debidas a hiperalimentación, el hambre cosecha víctimas, especialmente entre los más débiles, niños y ancianos.

No es admisible guardar silencio o permanecer pasivos ante este drama, especialmente cuando se ve una posible solución en el empleo más sensato de los recursos disponibles. Unase vuestra voz a la de las personas de buena voluntad para reclamar a los responsables de la cosa pública, voluntad decidida de colocar en lugar preferente la solución rápida y concreta de este problema tremendo y dramático.

6. Vuestro Congreso es de médicos católicos. Este nombre de *católicos* os obliga a testimoniar con la palabra y el ejemplo la fe en una vida que trasciende la existencia terrena y se sitúa en un designio superior y divino.

Mirar a Cristo, médico de las almas y de los cuerpos

Ello reviste importancia no secundaria en el ejercicio de vuestra profesión. Pues la experiencia enseña que el hombre necesitado de cuidados preventivos o terapéuticos manifiesta exigencias que sobrepasan la patología orgánica en acto. No espera del médico sólo un tratamiento adecuado —tratamiento que, además, tarde o temprano terminará fatalmente por resultar insuficiente—, sino la ayuda humana de un hermano que le haga compartir una visión de la vida en la que cobre sentido también el misterio del sufrimiento y de la muerte. Y, ¿dónde podría encontrarse esta respuesta pacificadora a los interrogantes supremos de la existencia, si no es en la fe?

Desde este punto de vista, vuestra presencia al lado del enfermo se vincula a la de cuantos están implicados en la pastoral de los enfermos, sean sacerdotes, religiosos o seglares. No pocos aspectos de esta pastoral coinciden con los problemas y tareas del servicio a la vida realizado por la medicina. Hay una interacción obligada entre ejercicio de la profesión médica y acción pastoral, puesto que el único objeto de

ambas es el hombre considerado en su dignidad de hijo de Dios y hermano necesitado, como nosotros, de ayuda y consuelo. Son diferentes los campos de esta obligada interacción; entre ellos me urgen atraeros la atención hacia el campo de la familia, probada muchas veces —hoy sobre todo— por malestares profundos y llamada a enfrentarse con el difícil problema de la paternidad responsable vivida dentro del respeto de las leyes divinas que regulan la transmisión de la vida y también de las que favorecen el amor conyugal auténtico.

Deseando, pues, que entre cuantos actúan en el campo de la sanidad aumente la disponibilidad sincera a la confrontación, diálogo y colaboración constructiva, a todos propongo por modelo supremo a Cristo, que fue médico del espíritu y con frecuencia del cuerpo de cuantos encontró por los caminos de su peregrinación terrena; sobre todo del Cristo que aceptó beber hasta el fondo el cáliz del sufrimiento. Al asumir la condición humana y experimentar el dolor hasta la muerte y muerte de cruz sin culpa alguna, Cristo se hizo imagen de enfermedad y curación a un tiempo, de derrota y salvación, para que en El tuvieran esperanza fundada todos los que habían de afrontar el sufrimiento en la tierra a lo largo de los tiempos.

Por tanto, cultivadores del arte médico, esté ante los ojos de vuestro espíritu Cristo en el misterio de su pasión y resurrección. Os ilumine constantemente sobre la dignidad de vuestra profesión y os sugiera en toda circunstancia las actitudes y acciones que indica y exige la coherencia lineal de la fe. Los hombres de hoy no piden sólo afirmaciones de principios, sino prestación de signos y testimonios creíbles.

La Virgen, Señora de la sabiduría, invocada en todos los sitios como salud de los enfermos, gué vuestro camino y os conceda conferir a vuestro servicio a la vida las dotes de bondad, comprensión, disponibilidad y entrega que tuvieron en Ella la plasmación más alta.

Con estos sentimientos imparto de corazón a vosotros y a cuantos aquí representáis, mi bendición apostólica propiciadora de los favores celestiales que deseáis.

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*



LIMPIEZA PROFILACTICA

SERVICIO DE LIMPIEZA ESPECIALIZADA PARA HOSPITALES, CONTRATADA, REALIZADA Y VERIFICADA MEDIANTE CONTROL BACTERIOLOGICO.

- RESULTADOS PROFILACTICOS:

Eliminación real del microbismo contaminante según niveles de tolerancia fijados por la Dirección Médica del Hospital o los standards recomendados por «Committee on Microbial Contamination of Surfaces of the Laboratory Section of the American Public Helth Association».

- AREA DE PRESTACION:

Barcelona y su comarca solamente.

- CONSULTAS Y PEDIDOS:

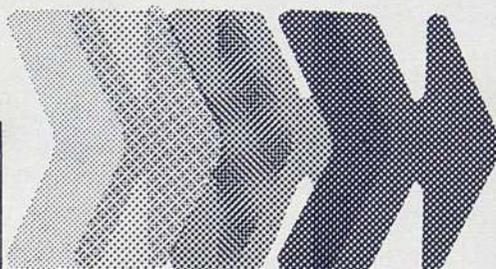
Por escrito a nuestras oficinas de Barcelona desde donde informaremos y asesoraremos gustosamente en fase de previsión anterior a la de contratación.

- REFERENCIAS:

Nuestro servicio de limpieza se realiza en 14 países.



Dinamarca	Holanda
Alemania	Inglaterra
Austria	Noruega
Bélgica	Suecia
España	Suiza
Finlandia	Australia
Francia	Brasil



SAEL

S.A. de Entretenimiento
y Limpieza.

Ramón Turró, 157 - Tel. 309 25 16*
Barcelona - 5

SE LE HA ESCAPADO ¡No le riñas!

A muchos niños de más de 2 años se les escapa el pipí, sobre todo por la noche.

La pediatría más avanzada considera que al igual que no existe una edad fija para que salgan los dientes, para empezar a hablar o a caminar, tampoco la hay para controlar el pipí.

Si tu hijo todavía se hace pipí, no es culpa suya*. Tú puedes ayudarlo a aprender. Y entre tanto puedes evitarle el malestar haciendo que duerma seco con el superpañal **AUSONIA 65**.

Este superpañal está hecho con más de 60 grs. de suave celulosa en una sola capa continua y en forma de G que evita las fugas de pipí. Es el más absorbente de todos los pañales. Y el culito le quedará seco porque en contacto con la piel tiene el filtrante «siempre seco».

superpañal de 65 grs.
AUSONIA
para niños de más de 2 años



* Si te interesa conocer algo más sobre este problema, rellena este cupón con tus señas, recórtalo y envíalo al Apartado de Correos 658 de Barcelona. Recibirás un folleto sobre la enuresis (incontinencia de la vejiga) escrito por un médico pediatra.

Nombre _____ Apellidos _____
Calle _____ Nº _____ D.P. _____
Ciudad _____ Provincia _____



S. A. *construccions*

GUIPUSCOA, 62, 11^e

Tel. 303 07 34

BARCELONA - 20

Fagor Industrial

en hostelería, frío y lavandería tiene mucho que "enseñar"..



Sí, Fagor Industrial desea mostrar las múltiples instalaciones realizadas. Son más de 50.000 las referencias que actualmente están en pleno funcionamiento y que Ud. puede apreciar

Nuestra propia tecnología, más la experiencia adquirida (50.000 instalaciones) son la mejor garantía de unas prestaciones y rendimientos constatados en todos nuestros aparatos.

Fagor Industrial sabe de la importancia del servicio técnico para tener siempre "a punto" sus aparatos, por eso dispone del mejor servicio de asistencia técnica y es el único que proporciona este servicio a todos los aparatos de una instalación (hostelería, frío, lavavajillas, lavandería)



FAGOR INDUSTRIAL

La más completa gama de aparatos para cocinas,
lavado de vajillas, frío y lavandería.

Fábrica y oficinas centrales: OÑATE (Guipúzcoa)

Teléfonos: (943) 78 01 51 - 09 00 - 09 90

Delegaciones, representaciones y asistencia técnica

Banca Mas Sardá cambia también las divisas que otros no cambian

Cambie sus divisas en Banca Mas Sardá



Si quiere viajar por el mundo, no empiece "viajando" por diferentes oficinas de cambio de divisas para conseguir aquella moneda de un país exótico donde usted quiere ir. Venga directamente a Banca Mas Sardá. Podemos suministrarle cualquier divisa, tanto si cotiza oficialmente como si no.



BANCA MAS SARDÁ

Fundada en 1844

A.B.E. n.º 14491

Celipa/España, S.L.

Higiene para colectividades

Poeta Emilio Baró, 24
Teléfono 360 39 58
VALENCIA - 20

Trajano, 18
Teléfono 331 20 95
BARCELONA - 4

Venecia, 42
Teléfono 38 65 12
ZARAGOZA - 7

Roselló, 2
Teléfono 45 01 87
PALMA DE MALLORCA



Más de dos siglos administrando su dinero.

Allá por el año 1737, fuimos los primeros, contando, cambiando y administrando maravedíes, reales de vellón y de plata, ardites^(*), doblones...

() Moneda catalana de cobre acuñada en tiempos de Fernando VI.*

Hoy Banca Jover, en más de 70 Oficinas en Cataluña y Baleares, brinda a sus clientes de toda la vida la misma tradición y bien hacer bancario probado a través de las vicisitudes de toda una historia de más de dos siglos.

Le invitamos a comprobarlo...



BANCA JOVER

Banqueros desde 1737

PIHERNZ comunicaciones s.a.



- RADIOTELEFONOS ENLACES PROFESIONALES
- SISTEMAS DE SEGURIDAD
- TV CIRCUITO CERRADO
- INTERCOMUNICACION
- TELEFONIA INTERIOR
- BUSCAPERSONAS POR RADIO
- LOCALIZACION DE PERSONAL
- SONORIZACION Y MEGAFONIA
- ELECTRONICA NAUTICA

Gran Vía C. C., 423
Barcelona 15

Tel. (93) 223 72 00 -
224 05 97 - 224 38 02

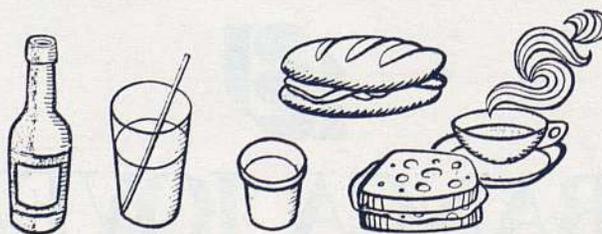
HOY...

SOLO PULSANDO
UN BOTON



el mejor servicio de
MINIBAR AUTOMATICO

VENDING CONDAL, S. A.
BARCELONA TELF. 339 84 00 Y 04

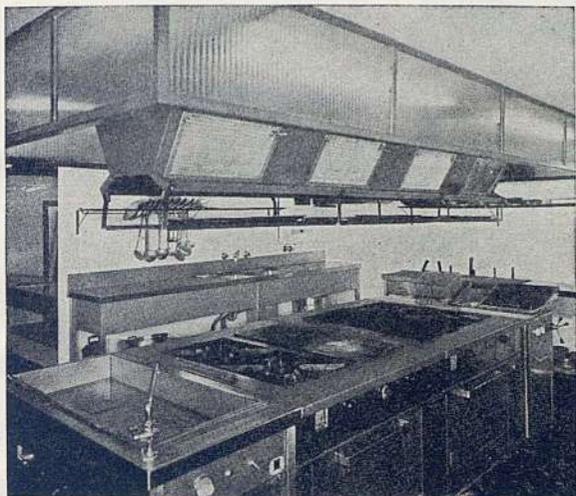


HOSTELERIA

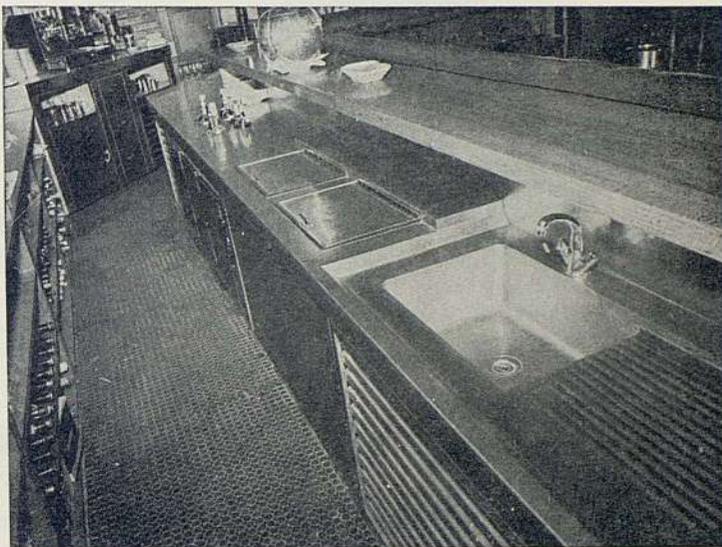
Cafeterías • Autoservicios • Cocinas Industriales

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 cafeteria



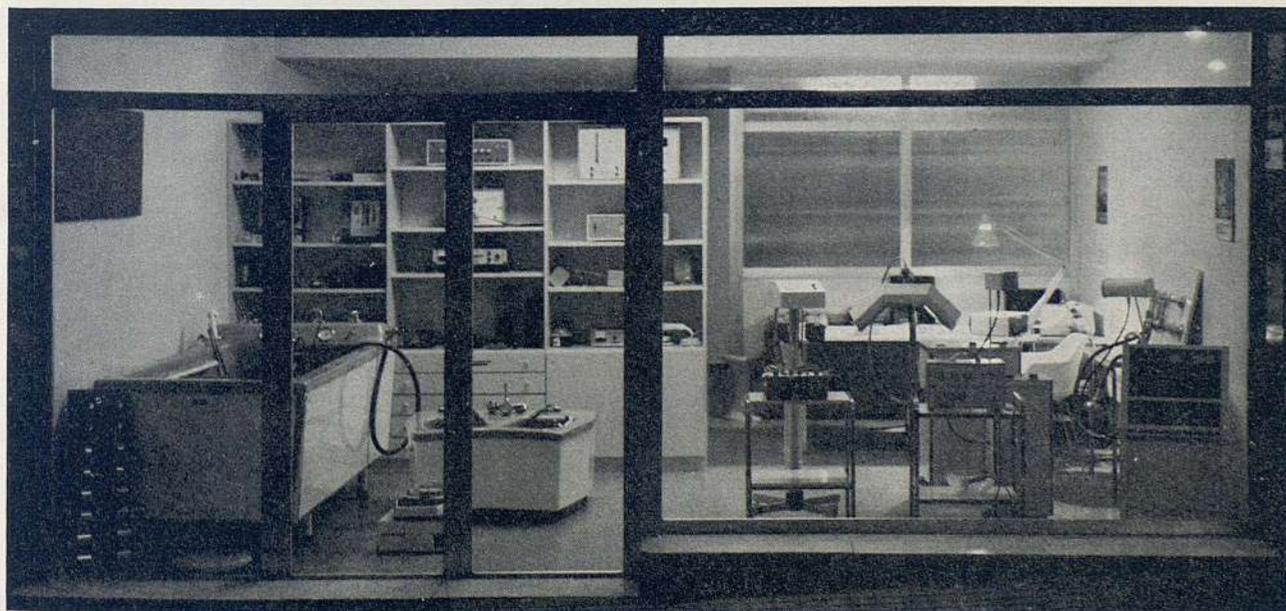
Antonio Matachana, s.a.

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



APARATOS DE MEDICINA FISICA

Exposición y venta: Bertrán, 109 - Tels. 212 81 93 - 212 28 05 - BARCELONA-6



**INSTALACIONES COMPLETAS DE CENTROS DE REHABILITACION
ADIESTRAMIENTO DE PERSONAL**

ASPIRADOR ELECTRICO AS-83

diseñado
especialmente
para
quirófanos

Adecuado para intervenciones quirúrgicas de larga duración.

Motor de 1/4 Hp.
completamente cerrado y
equipado con cojinetes de
engrase continuo.

Bomba sumergida en aceite de
tipo rotativo, con una potencia
de aspiración de 720 mm. Hg.
y un caudal de 3 m³ h.

Vacuómetro de comprobación,
con regulador de depresión de
0 a 720 mm. Hg.

Piloto de control de puesta en
marcha y funcionamiento.

Interruptor estanco.

Llave de doble paso para
conexión independiente de los
frascos.

Dos frascos recolectores de
5 Lts. de vidrio termotemplado
esterilizable en autoclave.

Válvula de seguridad de fácil
limpieza.

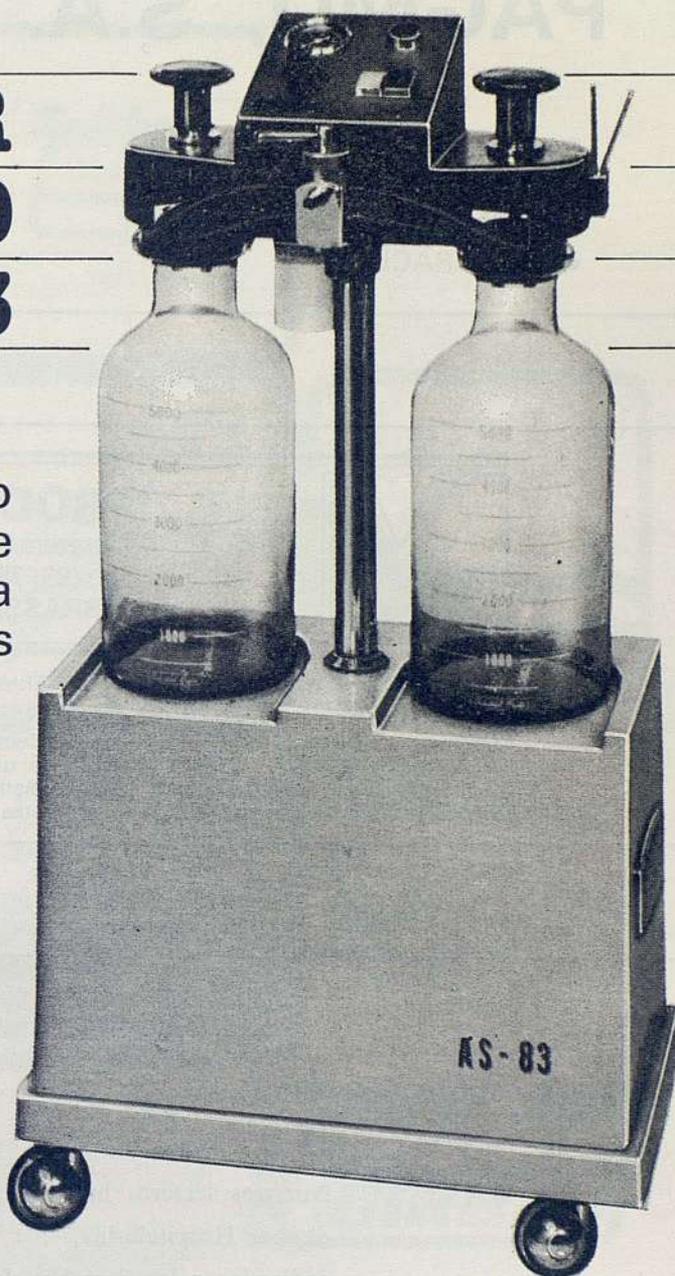
Filtro bactericida absoluto recambiable para
la purificación de la salida del aire de la
bomba.

Construido con PRFV (poliester reforzado
con fibra de vidrio).

Prácticamente silencioso.

Peso aproximado: 32, — Kgrs.

Voltaje a 125 ó 220V. 50 Hz. según pedido.



Industrial Ordisi, S.A.

ASCENSORES PAGMO, S.A.

- FABRICACION
- INSTALACION
- CONSERVACION
- REPARACION

Delegaciones en:

Tarragona
Gerona
Palma de Mallorca

Domicilio Social y Fábrica en.

Ct.ª C. 155, Km. 11 - Teléf. 843 93 96
LLISSÀ DE VALL

Oficinas

Villarroel, 144 - Teléf 254 14 07
BARCELONA 11



PRODUCTOS MONTVIER, S.A.

Carretera Moncada, 365-367
Tel. (93) 785 90 66 - 785 91 50
TERRASSA (Barcelona)

FABRICACION Y DISTRIBUCION DE MATERIALES DE CONSUMO
PARA USO MEDICO Y QUIRURGICO

Apósitos de un sólo uso para quemados / Compresas de gasa algodón 100 %
Gasa hidrófila algodón 100 % / Material de un sólo uso para aplicaciones específicas
Vendas tubulares / Vendas / Red tubular elástica «Systemet»®
Algodón hidrófilo / Guantes quirúrgicos / Botes «Orsan» compresas gasa algodón 100 %

Nuestros lectores han recibido dos números seguidos, 179 y 180, de
«Labor Hospitalaria»,
dedicados a los derechos del enfermo.

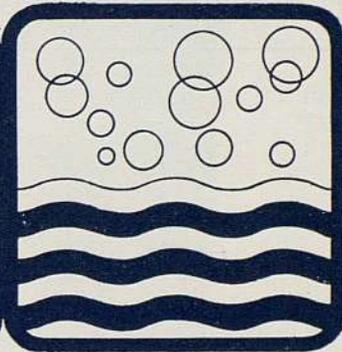
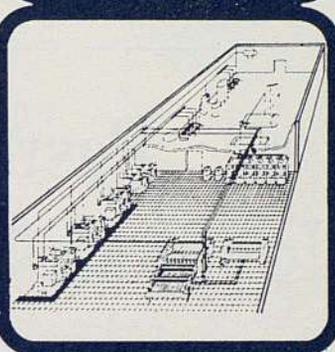
Este mismo material lo ofrecemos en un solo volumen y tapas diferentes,
bajo el título

DERECHOS DEL ENFERMO

Creemos que es un buen servicio para los amigos e interesados en el tema.

Pueden pedirlo a la dirección de la Revista.

la más completa gama de maquinaria para lavandería hospitalaria



**LAVADORAS
SECADORAS
PLANCHADORAS**

**PROYECTO
CONSTRUCCION
INSTALACION
UTILLAJE Y
SERVICIO
POST-VENTA**

Fabricamos máquinas de gran calidad, capacidad y rendimiento para lavar, secar, planchar, etc., así como utillaje menor.

La experiencia de las importantísimas instalaciones realizadas nos permite darles referencias y realizar el montaje de sus instalaciones con absoluta seriedad, eficacia y garantía.

Nuestros servicios Post-Venta, atendidos por Técnicos situados en todo el ámbito nacional y formados en nuestras propias factorías, les aseguran la continuidad de trabajo en todos los detalles.

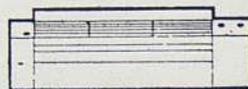
Les rogamos nos consulten, tanto si están interesados en la adquisición de alguna máquina, en la renovación de sus instalaciones actuales o en la realización de una nueva planta completa



GIRBAU, S.A.

Carretera de Manlleu, Km. 1 - Tel. (93) 886 11 00
Telex n.º 54380 Girb e - VIC (Barcelona)

Delegación Centro - Fundadores, 31 / Tel. (91) 245 57 15/40 - Madrid - 28
Delegación Cataluña - Santaló, 95
Tel. (93) 200 33 88 - 200 93 77 / Barcelona - 21



Qué es la Pastoral Sanitaria

Pastoral de enfermos
en el Hospital y en la Parroquia

Dimensión apostólica
de la Orden Hospitalaria
de San Juan de Dios

Tres libros prácticos, concretos y claros
que le pueden ayudar en su ministerio pastoral con los enfermos

PIDALOS A LA DIRECCION DE LA REVISTA