

LABOR HOSPITALARIA

ORGANIZACION
Y PASTORAL SANITARIAS

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 36. Segunda época. Abril-Mayo-Junio 1984
Número 192. 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

LH OPINA

- 72 ANTE LA PROXIMA LEY DE SANIDAD
74 REUNION DE LOS CONSEJOS DE REDACCION
Y ASESOR DE LA REVISTA

ORGANIZACION SANITARIA

- 75 RELACIONES ENTRE LA PEDIATRIA HOSPITALARIA
Y LA ATENCION PRIMARIA DE LOS PACIENTES
PEDIATRICOS
Por Joaquín Plaza
84 GESTION DE LA DIVISION DE ENFERMERIA
Por C. Eseverri - L. M. Belzuz - A. Marset

POR UN HOSPITAL MAS HUMANO

- 93 1984: ORWELL Y LAS PATOLOGIAS
DE LA HUMANIZACION
Por Mariano Galve

PASTORAL SANITARIA

- 99 ANTROPOLOGIA DE LA ENFERMEDAD
Por José M.ª Fondevila
109 PASADO Y PRESENTE DE LA ETICA MEDICA
Por F. Javier Elizari

NOTICIARIO

- 117 SANITARIAS
119 PASTORAL

ANTE LA PROXIMA LEY DE SANIDAD

Nos hemos comprometido a que LABOR HOSPITALARIA —una Revista al servicio de la salud y de los enfermos— sea una Revista seria; pero también, e incluso por eso mismo, que sea una Revista actual. Hoy —en el hoy donde hay que vivir, emitir una palabra y ofrecer una opinión— nos están quemando muchas cosas. Y una de las cosas que nos queman es la PRÓXIMA LEY DE SANIDAD. Nos quema porque está a la puerta, porque ya conocemos el borrador del anteproyecto y porque, necesariamente, nos va a condicionar nuestro futuro.

Ya de entrada, que nadie piense que esta opinión brote de motivaciones profundas en intereses egoístas, privilegios obsesivos ni protagonismos trasnochados. LABOR HOSPITALARIA lleva ya 35 años de existencia y, para conocer su talante, sólo le es necesario referir al lector a cualquiera de sus números o, incluso, a cualquiera de sus páginas. LABOR HOSPITALARIA, además, pertenece a la Orden de San Juan de Dios que lleva más de cuatrocientos años al lado de los enfermos. Por esto, no somos precisamente unos advenedizos en cuestiones de salud y de enfermedad; tampoco —con toda honradez— creemos que se nos pueda tachar de ingenuos.

Con cuatro siglos de experiencia, en los que día a día hemos estado percibiendo lo que nuestro General ha llamado —acertadamente— el olor de enfermo; con años de reflexión (la experiencia es el fruto de la vida reflexionada), nos creemos en el derecho de opinar frente a la nueva Ley de Sanidad. Y LABOR HOSPITALARIA opina.

Nos asusta, en primer lugar, la prisa. El gobierno socialista nos parece obsesionado por demostrar que «es un gobierno que gobierna». La aceleración legislativa y esa especie de fiebre ministerial nos preocupa en la medida en que sea más una necesidad psicológica de Partido y no una respuesta —necesitada y querida— a unas necesidades reales. Quienes estamos codo a codo con el enfermo, hemos aprendido a conocer y diagnosticar

la prisa, y la llamamos angustia o voracidad; también sabemos que es inútil, que interfiere y estorba. Señores del Gobierno, todo tiene su tiempo adecuado. También las leyes.

En segundo lugar, cuando política y ética se separan, la ética siempre llega demasiado tarde. Sólo cuando los Gobiernos nos han enseñado los métodos del poder, tiene la ética que llevarnos a la responsabilidad del poder. Sólo cuando están catalogados y legislados los datos y los hechos, tiene la ética que interpretarlos en su vertiente humana. Nos asusta, por tanto, esa posible fractura disociativa entre poder y responsabilidad. Todo el mundo sabe que el Gobierno actual tiene demasiado poder —municipal, en autonomías, en Cortes legislativas, en Estado—; de lo que no se está seguro —y cuando se tiene tanto poder no sabemos si es posible— es de si su poder va paralelo a su responsabilidad.

En tercer lugar, debemos hablar de la palabra ética. Curiosamente es un término «al alza», una de las palabras más vivas en el torrente del lenguaje; por eso, hay que tomarla con precaución, pues el abuso de una palabra esconde una manipulación peligrosa. Se ha hablado de la ética subyacente a la nueva Ley de Sanidad. Se la ha definido con los valores de: igualdad, gratuidad, solidaridad y equidad. También desde los espacios en los que habitan los enfermos, los marginados y los locos, LABOR HOSPITALARIA ha aprendido a no confiar excesivamente en «grandes Palabras» y en «conceptos utópicos». Desde esos espacios se percibe —y se miden— la igualdad y la solidaridad en el necesario contexto de crisis económica, institucional, social e histórica. Conectados a la realidad, desde esos espacios en los que habita la enfermedad, se sabe que no hay dinero suficiente para la gratuidad, que no existe el talante emocional como para ser justos y equitativos y que carecemos —desgraciadamente— del soporte relacional afectivo como para ser solidarios. En nuestro mundo egoísta, agresivo e impaciente toda esa retahíla de palabras utópicas nos huelen a embuste o ingenuidad.

Existe una cuarta preocupación, que ha sido magistralmente acuñada por Iván Illich hace apenas unos días (ver *El País*, sábado 7 de abril de 1984, pág. 22): el acoso de los expertócratas. Junto con los doctores, son los gerentes, planificadores, diseñadores, arquitectos, es decir, funcionarios que convierten el espacio en institución. Son aquellos que tienen la osadía de conseguir un monopolio social, que abarque un triple poder: el de definir lo que es enfermedad, el de determinar quién debe ser sometido a reconocimiento para ver si está enfermo y el poder sobre todos los procesos terapéuticos públicos. A este respecto hay que pensar —y seriamente, sin banalidades— en los previstos «mapas sanitarios» y en los previstos «centros de salud». Pensar —y repetimos que seriamente— si con todo eso no estamos haciendo «un mundo aplanado e higiénico que por doquier huela a hospital y del que nadie pueda escapar».

Antes de que se apruebe la Ley correrán ríos de tinta; se hablará sobre los temas manidos de libertad del usuario, derecho a la salud, defensa del ambiente, control de hospitales privados; se volverán a usar los principios de subsidiariedad, corporativismo y de asociación; volverán a presentarse las dicotomías clásicas: centralismo-comunidades autónomas, público-privado, funcionalidad-integración, etc. Tiempo habrá para pronunciarse sobre ello. LABOR HOSPITALARIA, ya desde ahora, no está por más guerras; no quiere otra LODE ni otra guerra de catecismos. LABOR HOSPITALARIA sólo pide que el cambio sea un cambio maduro y sereno, no el cambio adolescente de un poder arrogante que está demasiado seguro de que sólo él hace bien las cosas.

REUNION DE LOS CONSEJOS DE REDACCION Y ASESOR DE LA REVISTA

Puntualmente, como lo habíamos programado, y todos —mejor— casi todos, estábamos en el lugar de la cita.

LABOR HOSPITALARIA tiene detrás unos hombres y mujeres que no se ven, pero que nos inspiran caminos, nos señalan puntos de referencia, nos hacen comparaciones; a veces, hasta ponen el dedo en la llaga: será para curar, será para reforzar, será para andar, también para correr.

De todo esto ha habido en la reunión que celebramos el día 28 de marzo pasado en la sede de la Revista.

Un orden del día apretado: sobre cómo es, cómo queremos que sea, qué fuerzas tenemos. Y se volcaron muchos deseos y muchas esperanzas; alguna que otra utopía y un montón de realidades. Con todas estas cosas queremos hacer llegar a nuestros lectores la Revista, para no defraudarlos, para animarlos, para que estén siempre junto a nosotros como los mejores amigos.



La fotografía recoge un momento de la reunión. Comenzando por la derecha del lector, *sentados*: José L. Redrado (director), Cecilio Eserverri, Mariano Galve, Joaquín Plaza, Pascual Piles (provincial), Miguel Martín, José Sarrió, José L. García. *De pie*: Francisco Abel, Juan Luis Alabern, Llibori Casadella, Amado Palou, José M.^a Sostres, Jordi Carulla, Rudesindo Delgado, Felipe Aláez, María Dolores Vázquez, Miquel A. Asenjo.

Que hay más lo sabe el lector, porque para eso los contó antes en la hoja del sumario. Tendrán también nuestros lectores ocasión de conocer el currículum vitae de nuestro equipo. Lo haremos oportunamente.

RELACIONES ENTRE LA PEDIATRIA HOSPITALARIA Y LA ATENCION PRIMARIA DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS

(A propósito de una Ponencia sobre la Asistencia Sanitaria en el Baix Llobregat)

De máxima urgencia es el poder llevar a cabo cuanto en el presente artículo se dice. Estamos sobre la base de una asistencia primaria coordinada, donde todos los esfuerzos de los profesionales deben estar orientados a una mejor asistencia; dígase lo mismo de los recursos físicos. El tema que nos ocupa está desarrollado desde una idea de organización, coordinación e integración que, ojalá pudiera decirse que ya lo hemos conseguido; pero más bien tenemos que decir que nos queda mucho camino por andar.

El autor, doctor Joaquín Plaza, desde una experiencia madura de muchos años en hospital pediátrico, nos introduce en algo por lo que debemos luchar. ¿Será utopía? ¿Será realidad? Trabajemos para hacer que sea lo segundo.

JOAQUIN PLAZA

Médico Director del Hospital Materno Infantil de San Juan de Dios, Barcelona

PEDIATRIA Y ASISTENCIA PRIMARIA

Siendo conscientes de que a nivel primario de asistencia sanitaria es precisa la visión global de la problemática de la salud, creemos que cabe diferenciar ya en estos primeros niveles tres tipos de asistencia sanitaria, claramente definidos y con participación activa en los equipos de salud: asistencia pediátrica, asistencia tocológica y asistencia psiquiátrica.

Reconocemos de entrada la gran importancia que para una adecuada asistencia adquiere el médico de cabecera o de familia. Pero ya en determinados grupos humanos en los que las circunstancias del hábitat aumentan la complejidad social, cabe admitir, sin duda, la figura del pediatra general dentro de la medicina primaria.

La asistencia pediátrica, a la que nosotros nos vamos a referir específicamente, viene definida por referirse a aquellos sujetos que se encuentran en la edad del crecimiento y desarrollo.

- Las circunstancias de la inmadurez de sus sistemas orgánicos.
- La misma inmadurez de sus sistemas defensivos inmunitarios y de reacción frente a las agresiones exteriores.
- La especial disposición psíquica en pleno cincelado de la personalidad y la trascendencia que las circunstancias exteriores pueden tener en el futuro desenvolvimiento de capacidades, disposiciones y afectividades.

- La especial situación social como elementos pasivos en la potencia laboral de la sociedad y su gran dependencia de figuras sociales, así como la específica circunstancia de la escolaridad.

Todas ellas y otras más que nos es imposible relacionar en este momento, justifican plenamente la necesidad de diferenciación pediátrica ya en la misma medicina primaria.

PEDIATRIA Y ASISTENCIA HOSPITALARIA

Esta diferenciación de la asistencia infantil requiere mucha menos reflexión cuando se consideran otros niveles de la atención sanitaria: asistencia especializada y asistencia hospitalaria.

- No sólo la especificidad de los conceptos que las especialidades requieren en el campo de la pediatría.
- La propia circunstancia de la inmadurez.
- La influencia de cualquier trastorno sobre el crecimiento y desarrollo.
- La trascendencia que muestra la respuesta diferenciada del organismo infantil.
- Y la claramente diferenciada tecnología justifican de una manera plena la figura del pediatra especializado en áreas específicas.

La necesidad de una consideración integral del niño sano y enfermo hacen además imprescindible la presencia del pediatra generalista en estos niveles más elevados de atención sanitaria que permita la consecución del trabajo en equipo por una parte y, por otra, que libere al especialista de las actuaciones que éste va considerando rutinarias y le permita adentrarse y profundizar en el campo específico de su área, libre del lastre de la rutina, pero sin el riesgo de deformar la visión de la persona del paciente.

Nos quedan, pues, definidos tres principios básicos:

- Necesidad de considerar diferenciada dentro de la red sanitaria asistencial una *red de asistencia pediátrica* que se refiera a la masa de población infantil, que en sentido lato podría abarcar hasta los 20-21 años; pero que en sentido estricto debe abarcar al menos desde el nacimiento hasta los 14 años.
- Que dicha red asistencial pediátrica *debe diferenciarse ya en el nivel primario de la asistencia* aun cuando cabe admitir que sus funciones deben estar estrechamente relacionadas con la asistencia general de la población, llegando incluso en de-

terminados núcleos sociales simples a ser asumida por el propio médico generalista o médico de familia.

- Que la diferenciación debe aparecer claramente definida en el nivel superior de asistencia, en el que la especialización pediátrica en áreas específicas resulta justificada de manera plena, así como la figura del pediatra generalista hospitalario resulta imprescindible. *Este nivel superior de asistencia abarca, pues, específicamente la atención especializada tanto en régimen ambulatorio como de internamiento.*

COORDINACION ASISTENCIAL

Nos resta ahora dejar planteada únicamente la problemática que representa enlazar, coordinar, unir funcionalmente ambos tipos de asistencia. Téngase en cuenta que, a nuestro juicio, es en este punto donde han fracasado los sistemas sanitarios de los últimos 50 años.

Anteriormente la asistencia era única y exclusivamente la figura del médico, su actuación personal. La especialización y la tecnología en su progresión geométrica, han llevado por una parte al aumento vertiginoso de la atención hospitalaria y a la imagen de ésta como portadora de seguridad. Y al propio tiempo a la aparición, también en avance incontenible, de la labor en equipo con el riesgo cierto de minimizar hasta cotas negativas la figura del médico que ha de seguir, sin embargo, siendo el motor del vehículo asistencial.

En estos últimos años la eclosión sin freno de la tecnología y el desarrollo incontenible de la hospitalización han llegado a convertir a la medicina primaria en la cenicienta degradada de la asistencia médica.

Desde hace algún tiempo empieza a tomar fuerza la necesidad de potenciar la medicina primaria pero con una imagen también sumamente peligrosa, intentando un desarrollo al margen, cuando no a espaldas de la asistencia hospitalaria.

Y con ninguno de estos caminos podrá alcanzarse la verdadera asistencia médica. La medicina es única, hágase donde se haga, y sus diferentes elementos han de tener un desarrollo coordinado. *La medicina primaria necesita a la hospitalaria* para darle el apoyo en la dificultad diagnóstica o terapéutica, el estímulo del perfeccionamiento científico y la posibilidad de la formación continuada. *La asistencia hospitalaria requiere de la asistencia primaria* el apoyo para la detección de la necesidad real de la asistencia especializada, la seguridad en la continuidad de las orientaciones obtenidas del estudio exhaustivo del paciente

y la base permanente que le permita seguir viendo al enfermo como un ser humano integrado en una sociedad a la que debe volver en las mejores condiciones posibles.

Una sin otra se hacen monstruos deformes que llegan a no tener viabilidad.

ASPECTOS PEDIATRICOS DEL BAIX LLOBREGAT

Población

Antes de seguir adelante con consideraciones de tipo general vamos a intentar definir lo que en este momento es el motivo de nuestra preocupación. El Area Sanitaria del Baix Llobregat. Nos vamos a referir no sólo a la estricta comarca del Baix Llobregat con sus 27 municipios, sino que incluimos en el estudio a los 3 municipios del Barcelonés Occidental: Hospitalet de Llobregat, Esplugues de Llobregat y Sant Just d'Esvern.

En su conjunto constituyen una masa de población de cerca de 800.000 habitantes (783.852 en 1980),

entre los cuales unos 235.000 son niños (233.587 en 1980). Es decir, que un 29'8 % de la población está comprendida entre los 0 y los 14 años. Se trata, pues, aún, de una población demográficamente progresiva, aunque en los últimos años se está convirtiendo con celeridad en estacionaria y con perspectivas de alcanzar en los próximos 15 a 20 años unas claras características regresivas.

En efecto, su tasa de natalidad era en la década de los 70, de unos 19 nacimientos al año por 1000 habitantes, cuando en general en España sobrepasaba los 19'5. Se había comenzado ya por tanto la fase de regresión de la población que alcanza cifras alarmantes en la crisis actual que rondan las más bajas de Europa con tasas de 15 nacimientos por 1000 habitantes.

La evolución de la natalidad en países europeos como Suecia, Francia, Gran Bretaña, Italia, Suiza nos hacen prever que la estabilización social de la zona pueda conducir en un futuro inmediato a tasas alre-

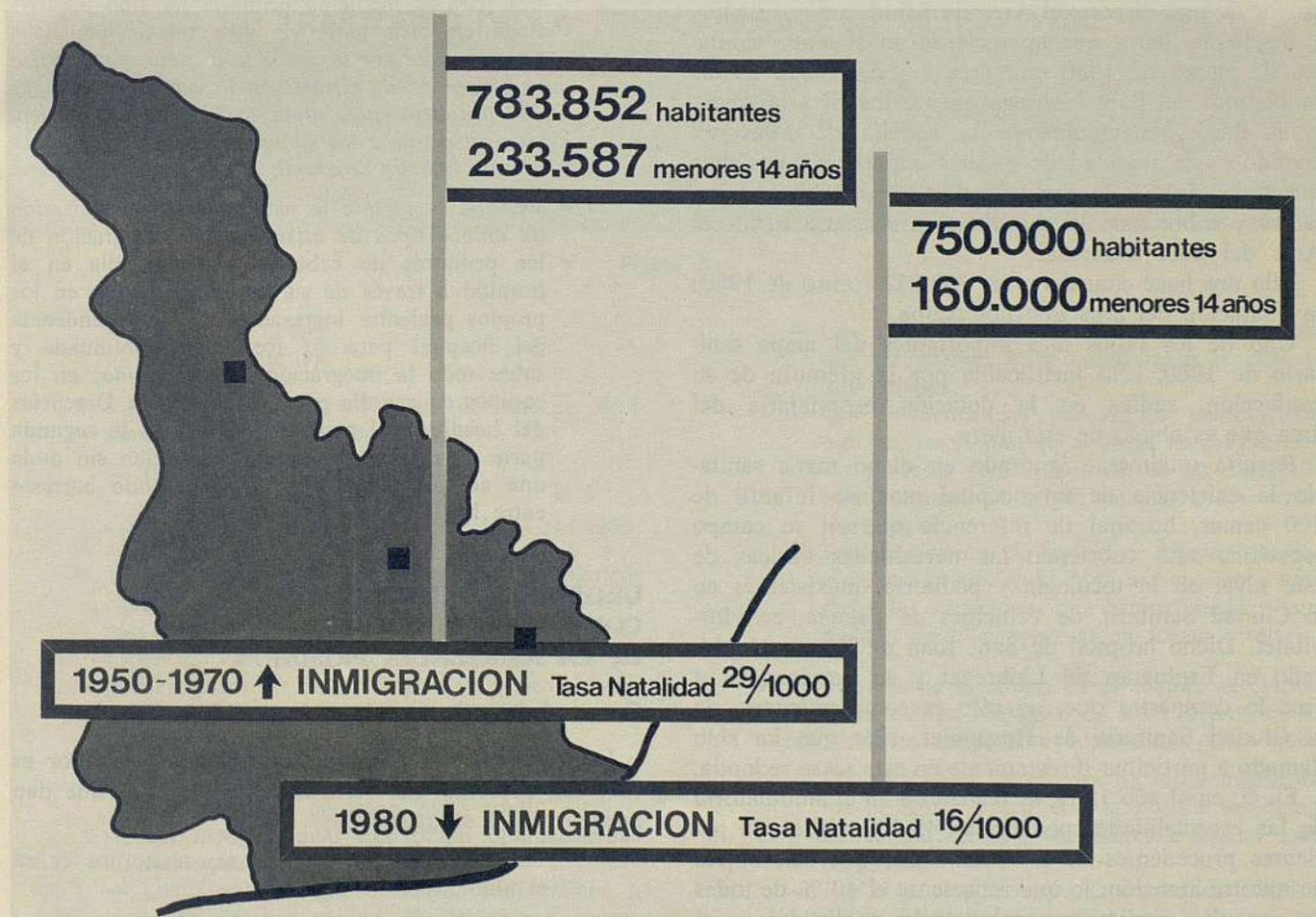


Figura 1

dedor de 15 de natalidad lo que tendería a estabilizar la población en general. Cifras constitutivas de una población claramente estacionaria. Aun quizás podríamos ser más pesimistas si situásemos a nuestra región en las cifras de natalidad de la Alemania Federal, en los límites de 11 a 12 por 1000 habitantes, que está llevando al país a un decrecimiento de la población desde 60.000.000 de habitantes en 1970 hasta los 38.000.000 previstos para el año 2000.

El seguimiento del ejemplo de la República Federal Alemana nos llevaría en nuestra comarca a cifras de poco más de 120.000 niños menores de 14 años con una población que no superaría en mucho los 600.000 habitantes; es decir, que la población infantil se situaría por debajo del 20 % de la población, constituyendo una situación rápidamente regresiva.

Téngase en cuenta, por otra parte, que los movimientos migratorios causantes de la eclosión demográfica del Baix Llobregat, como de otras comarcas catalanas del Cinturón de Barcelona, se encuentran actualmente en claro signo negativo.

RECURSOS PEDIÁTRICOS

Tendríamos que referirnos a continuación a los recursos de que dispone el Área de Salud que nos ocupa.

Según los datos que aparecieron en el mapa sanitario de marzo de 1980 esta área era despojada de los municipios del Baix Llobregat más cercanos a la Anoia y al Bagés, concretamente la rodalia de Martorell cuando en la realidad de nuestra experiencia nos dice que cada día más la comunicación natural de sus habitantes y sobre todo la coordinación sanitaria tiende al Área del Baix Llobregat.

Ello nos hace considerar en 783.852 (censo de 1980) la población del área que nos ocupa.

Uno de los fallos más importantes del mapa sanitario de 1980, sólo justificable por la premura de su confección, radica en la dotación hospitalaria del área que es objeto de esta mesa.

Resulta totalmente ignorado en dicho mapa sanitario la existencia de un hospital materno infantil de 400 camas, hospital de referencia que en su campo específico está cubriendo las necesidades básicas de este nivel en la toxicología y pediatría, inexistentes en la Ciudad Sanitaria de Príncipes de España, en Hospitalet. Dicho hospital de Sant Joan de Dèu, está ubicado en Esplugues de Llobregat y su pertenencia al área lo demuestra que, no sólo es complementario de la Ciudad Sanitaria de Hospitalet, sino que ha sido llamado a participar directamente en esta mesa redonda.

En él, en el año 1983, se realizaron en el ambulatorio de las especialidades pediátricas 45.000 visitas de pacientes procedentes de los municipios que son objeto de nuestra atención, lo que representa el 40 % de todas las consultas pediátricas ambulatorias realizadas en el hospital.

La dotación hospitalaria pediátrica de esta área resulta ser por tanto de 0,45 camas por 1000 habitantes; si tenemos en cuenta las 356 camas del hospital Sant Joan de Dèu, está por encima de lo que se recomienda en la planificación sanitaria internacional, de 0,35 camas pediátricas por 1000 habitantes. Pero debe tenerse en cuenta que la zona de influencia del hospital Sant Joan de Dèu no se reduce solamente al Baix Llobregat y Barcelonés Occidental, sino que se extiende, para determinados niveles de atención, a toda Catalunya y Baleares.

Podemos concluir, pues, esta primera parte de nuestro artículo con las siguientes conclusiones:

- *Los recursos hospitalarios del área motivo de nuestro estudio cumplen sobradamente las necesidades de la población infantil* aun teniendo en cuenta que las distancias máximas al emplazamiento hospitalario no superan en ningún caso los 30 kilómetros y para la inmensa mayoría de la población oscila entre 0 y 15 kilómetros. Existen además adecuadas vías de comunicación que dan por resultado una línea isócrona en la periferia del área entre 10 y 20 minutos en vehículo automóvil.
- La dotación de recursos institucionales y humanos para la medicina primaria ha sido desarrollada en otra parte de esta misma ponencia. Creemos que *por lo que a la asistencia pediátrica se refiere puede cifrarse en la actuación de unos 240 pediatras en el supuesto de que toda la atención primaria a los niños por debajo de los 14 años la hubiera de asumir el pediatra de cabecera.*
- Restaría pendiente la *necesidad de coordinación de ambos tipos de asistencia.* La integración de los pediatras de cabecera o de familia en el hospital a través de su actuación directa en los propios pacientes ingresados, de su dependencia del hospital para su formación continuada y sobre todo la integración de los mismos en los equipos de guardia para el Servicio de Urgencias del hospital, tal como indicamos en la segunda parte de nuestra ponencia, permitirían sin duda una adecuada coordinación derribando barreras entre los dos tipos de asistencia.

URGENCIAS PEDIÁTRICAS COMO COMPLEMENTO DE LA ASISTENCIA PRIMARIA

Características de la asistencia pediátrica

La patología del niño, tanto más cuanto menor es su edad, presenta una serie de características que dan peculiaridad a su asistencia:

- La *expresión subjetiva* de sus trastornos es en el niño:
 - Monótona.
 - Poco expresiva.



Figura 2

RIESGO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD

RIESGO VITAL

RIESGO NEUROLOGICO

- Difícil de obtener.
- Nada orientativa.
- Las *manifestaciones objetivas* de sus procesos morbosos son asimismo:
 - Difíciles de explorar.
 - Tendentes a la generalización.
 - Poco significativas en cuanto a la localización.
- La *inmadurez en los mecanismos de regularización* de sus funciones vitales hacen que las mismas sean sumamente inestables y mucho más fáciles de caer en insuficiencias que por sí solas pueden poner en riesgo elevado la vida del niño o llevarle a trastornos irreparables. Recordemos en este aspecto:
 - Las hipertermias e hipotermias extremas que raras veces se observan en el adulto.
 - Las hipoglucemias que pasan desapercibidas con suma facilidad.
 - Los frecuentes desequilibrios hidrosalinos a veces de tan rápida aparición por causas relativamente banales.
- Los nada raros desequilibrios ácido-básicos que acompañan a los anteriores o se presentan aislados.
- Los frecuentísimos paroxismos neurológicos que se manifiestan en el curso de muy diversos procesos como expresión de un desequilibrio neuronal de origen muchas veces extra-neurológico.
- Las situaciones de shock o colapso cardio-circulatorio que en el niño acompañan a casi todas las situaciones que hemos citado y aun pueden también aparecer en forma primaria.
- Por otra parte el *tempo* en el sentido de Alexis Carrel o tiempo biológico de los procesos en el niño resulta sumamente acelerado y hace que:
 - Por una parte, la rapidez de la evolución de los procesos, y por ello la posible aparición de complicaciones, sea también mucho más acelerada.
 - Por otra, el plazo para la corrección efectiva de un trastorno sea mucho más corto que en un adulto.

CAPACIDAD DE RECUPERACION

En contraposición a lo que llevamos expuesto o quizás por las mismas razones apuntadas, la capacidad de recuperación de los pacientes en la edad pediátrica es también mucho mayor y hace que en situaciones con apariencia de suma gravedad vayan seguidas, muchas veces con prontitud, por la normalidad más completa. Lo cual puede contribuir a infravalorar el riesgo real en que se ha encontrado el pequeño paciente. De la misma manera que también contribuye a ello el hecho de que, en muchos casos, situaciones realmente leves y banales se manifiesten en forma totalmente superponible a otras en las que el riesgo es evidente.

ANGUSTIA FAMILIAR

Para completar el cuadro que estamos pincelando, no puede soslayarse de ninguna manera la angustia familiar y especialmente la materna que acompaña a cualquier trastorno del niño. Si estamos indicando las dificultades verdaderas que encuentra el profesional sanitario, muchas veces incluso el pediatra más avezado, para definir la verdadera gravedad de los procesos morbosos en el niño, no resulta nada extraño que personas no entrenadas en la comprensión de la fisiopatología, se encuentren con perplejidad ante situaciones de las que conocen desenlaces fatales en pocas horas o secuelas indelebles fácilmente atribuibles a demoras en la atención.

Este hecho añade una dificultad más a la adecuada interpretación de los procesos patológicos en el niño en situación de urgencia, pues contribuye a deformar la anamnesis, base fundamental de la orientación diagnóstica.

Todo este complejo de características que hemos señalado para las situaciones de aparente urgencia en el niño, conllevan:

- La mucha *mayor frecuencia* en su aparición de lo que ocurre en otras edades de la vida.
- La enormemente *mayor dificultad* para establecer un verdadero pronóstico basado en una realidad fisiopatológica evidenciable.
- La *necesidad imperiosa de emplear*, para una correcta actuación, con mucha mayor frecuencia que en un adulto, *medios extraordinarios que en sí mismos* requieren una vigilancia más o menos prolongada, tanto por lo que se refiere a las medidas conducentes a una seguridad en el estado fisiopatológico como en lo que respecta a los medios de corrección terapéutica: exámenes complementarios, radiológicos o analíticos, punciones lumbares, perfusiones, cateterismos, inicio de antibioterapias en correctas condiciones, etc.
- La *necesidad* en muchas ocasiones de un *seguimiento inmediato* de la evolución cuya rapidez es imprevisible.

PROBLEMATICA DE LAS URGENCIAS PEDIATRICAS

Se ha hablado y escrito extraordinariamente sobre la problemática de las urgencias pediátricas en nuestra sociedad, sobre la necesidad de regularlas, sobre el agobio que representa su acúmulo y concentración en un relativamente corto número de centros y precisamente con mayor intensidad en los hospitalarios.

PROPUESTA DE REDES

Se ha reiterado hasta la saciedad la conveniencia de establecer redes adecuadas de centros dispersos de urgencias, convenientemente conectados con la red hospitalaria, que lograsen constituir una especie de criba que hiciera disminuir y seleccionar los casos que llegan a los hospitales. Se ha establecido incluso la asistencia médica domiciliaria de la urgencia.

En suma, se hacen esfuerzos para que la atención urgente se haga en la medicina primaria.

LAS FAMILIAS PREFIEREN LA SEGURIDAD DEL HOSPITAL

Pero la realidad es que las urgencias siguen incrementando las atenciones en los hospitales y que la actuación urgente de la pediatría primaria resulta muchas veces poco eficiente cuando no ignorada o soslayada por las propias familias. Incluso en el caso del pediatra de familia de plena confianza se comprende por parte de los padres las dificultades de su pronta localización, la insuficiencia de medios en que se va a encontrar ante la situación presumiblemente de riesgo y se antepone por parte de los familiares en muchísimos casos, la seguridad del centro hospitalario al riesgo del empleo abusivo de medios diagnósticos y terapéuticos que el prudente consejo del pediatra de familia podría haber evitado.

Por otra parte, este *prudente consejo* se va a obtener precisamente de aquellos pediatras de familia cuya larga experiencia les hace poder prescindir en buena medida en alguno de los casos banales de medios diagnósticos y terapéuticos hasta cierto punto superfluos. Pero precisamente estos pediatras experimentados son los que van a ser más difícilmente localizables, sobre todo a nivel de la pediatría primaria, ya que la experiencia que se requiere no es solamente la que se deriva del tiempo de actuación sino la que conlleva la vivencia exhaustiva de casos problema en la actuación conjunta hospitalaria y extrahospitalaria.

El basar principalmente las decisiones en el hecho de que en la gran mayoría de las ocasiones los casos transcurren favorablemente con medios simples de medicina naturista conduciría a una actuación de selección natural que está lejos de los fines de la medicina, aunque ello conlleve un mayor costo de los medios.

Precisamente esta doble consideración de *eficacia* y *costos* es la que nos va a conducir al verdadero fin de la eficiencia en la consideración de las urgencias pediátricas.

Por una parte, por lo que se refiere a la eficacia, ya hemos visto cómo se ha de basar, por lo que a la actuación urgente se refiere, en dos parámetros fundamentales:

- La prontitud en la atención.
- Los medios disponibles que puedan requerirse.

DISPERSION

Es indudable que, al menos a primera vista, la prontitud puede parecer mayor si acercamos la atención al medio social del posible paciente. Es decir, si empleamos la dispersión para la organización.

Pero, si analizamos a fondo la cuestión, nos daremos cuenta de que, cuanto más se aumente la dispersión, menor número de profesionales se va a disponer en cada centro y mayor dificultad para la inmediata localización. Por otra parte, toda dispersión tiene un límite y siempre existirá una buena parte de la población que no tendrá el centro de urgencias en su inmediatez. Pero, además,

en aquellos casos en que no pueda ser atendido el caso en el centro primario porque requiera atención más compleja, el tiempo requerido para esta atención va a ser muy superior a si se ha acudido directamente al centro hospitalario. Y van a ser precisamente estos casos los que requieran verdadera prontitud y celeridad en la atención.

Es decir, con la dispersión de centros de atención urgente se puede disminuir el número de casos banales que acuden a los centros hospitalarios pero *se prolonga el tiempo de demora en la atención de los casos verdaderamente urgentes.*

Por otra parte, en lo que se refiere a los costos, si se analiza superficialmente el problema puede parecer que disminuirán con la dispersión al disminuir el número de casos banales atendidos en centros con medios superiores a los necesarios para este tipo de pacientes. Pero la realidad es que, por el contrario, la concentración de centros de urgencias permite una disminución de los medios precisos para la atención del conjunto de las urgencias, una utilización más ra-

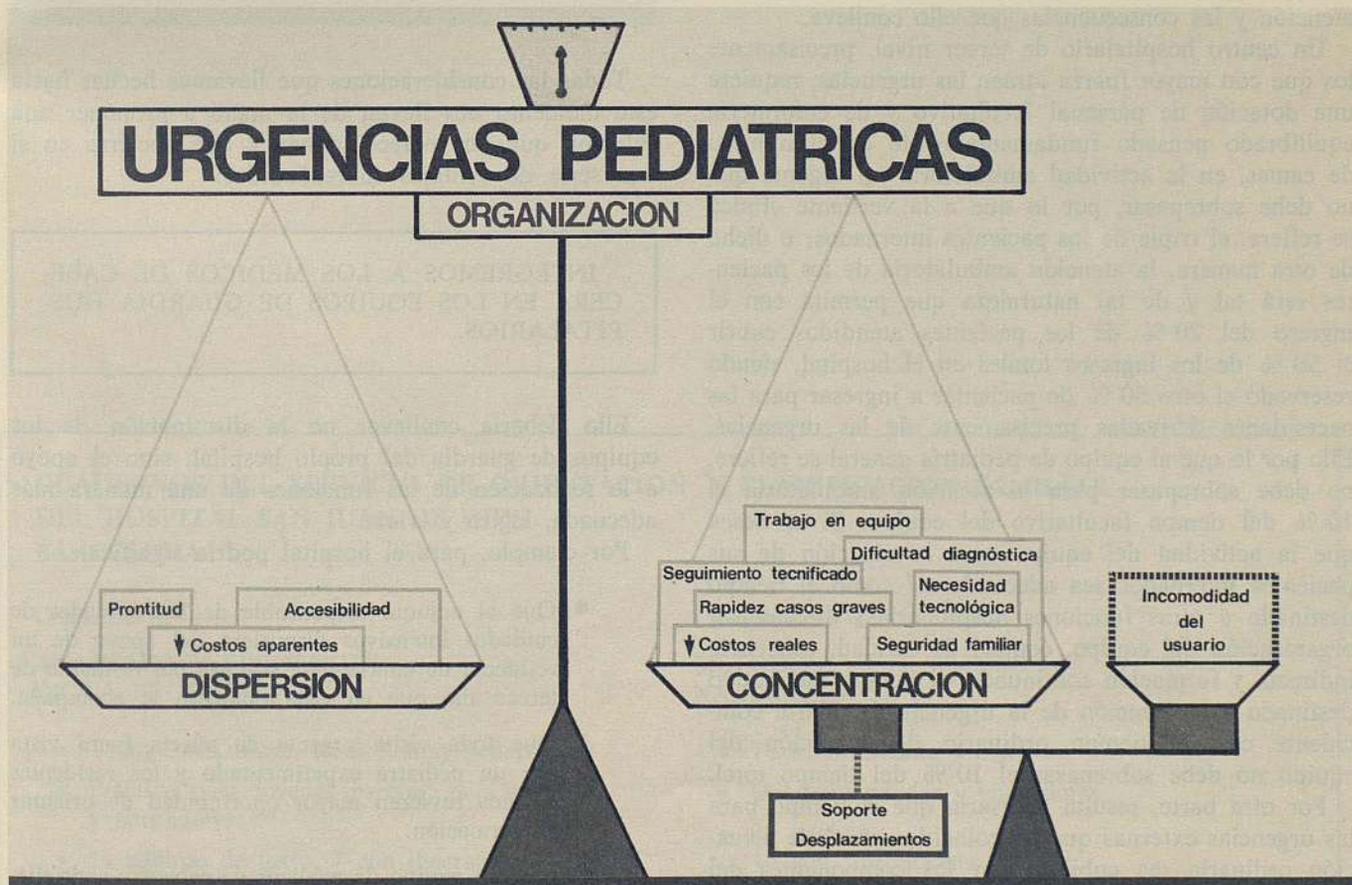


Figura 3

cional de estos medios y un mayor equilibrio entre las verdaderas necesidades y los costos. Es decir, una mayor eficiencia del conjunto del problema.

Si esto afirmamos de la dispersión de los centros de atención urgente, mucho más podemos decirlo de los intentos de atención domiciliaria de las urgencias. Si los medios personales que se utilizan para ello son realmente eficaces, los costos de dicha atención resultarán desorbitados y si la eficacia no es la norma por la bisoñez del personal disponible, entonces la eficiencia cae por los suelos y en todos los casos representa realmente demoras en la atención de las verdaderas urgencias. Los medios disponibles para el traslado de pacientes y en especial por lo que se refiere al paciente pediátrico, hacen totalmente inútil el desplazamiento del facultativo al domicilio.

Pero con este razonamiento puede parecer erróneamente que somos decididos partidarios de concentrar las urgencias pediátricas en los centros hospitalarios. Nada más lejos de la realidad, si se piensa en una posición tan simplista.

VISION HOSPITALARIA DE LA URGENCIA PEDIATRICA

Analicemos desde dentro del hospital la problemática que plantean las urgencias, la organización de su atención y las consecuencias que ello conlleva.

Un centro hospitalario de tercer nivel, precisamente los que con mayor fuerza atraen las urgencias, requiere una dotación de personal facultativo y de enfermería equilibrado pensado fundamentalmente en el número de camas, en la actividad ambulatoria no urgente que no debe sobrepasar, por lo que a la vertiente clínica se refiere, el triple de los pacientes internados; o dicho de otra manera, la atención ambulatoria de los pacientes será tal y de tal naturaleza que permita con el ingreso del 20 % de los pacientes atendidos cubrir el 50 % de los ingresos totales en el hospital, siendo reservado el otro 50 % de pacientes a ingresar para las necesidades derivadas precisamente de las urgencias. Ello por lo que al equipo de pediatría general se refiere, no debe sobrepasar para la atención ambulatoria el 10 % del tiempo facultativo del equipo. Si se desea que la actividad del equipo para la atención de sus pacientes internados sea adecuada así como el tiempo destinado a otras funciones hospitalarias: dirección y organización del equipo, control de calidad, asistencia indirecta y formación continuada, el tiempo facultativo destinado a la atención de la urgencia de puerta coincidente con el tiempo ordinario de actuación del equipo no debe sobrepasar el 10 % del tiempo total.

Por otra parte, resulta necesario que el tiempo para las urgencias externas que no coincida con el de actuación ordinaria sea cubierto por los componentes del equipo, en forma de guardia médica, en una rotación que desde el punto de vista laboral y profesional sea

aceptable. Este tiempo no creemos que pueda ser en absoluto superior a una guardia cada semana.

Si partimos de estas premisas comprenderemos cómo las guardias en los hospitales han de ser realizadas por médicos residentes y asistentes que, aunque las hagan con la supervisión inmediata con presencia física de un adjunto de pediatría, les hace perder en buena parte la eficacia que señalábamos para las guardias hospitalarias. El paciente queda expuesto a la bisoñez y a la inexperiencia que obliga, para reafirmar la seguridad, al empleo mucho más frecuente de medios diagnósticos y terapéuticos que en muchos casos podrían soslayarse.

Por otra parte, este tipo de postgraduados en curso de formación especializada, debería tener siempre la oportunidad, al menos en los dos primeros años, de realizar todas sus actividades al lado de un facultativo ya experimentado.

Con todo ello, llegamos a la conclusión de que los hospitales con personal facultativo equilibrado con el número de camas y la actividad ambulatoria propia, no dispone de suficiente tiempo facultativo experimentado para cubrir adecuadamente las urgencias de puerta, teniendo en cuenta que un facultativo en guardia de 24 horas no puede llevar a cabo adecuadamente más allá de 24 visitas por término medio.

Todas las consideraciones que llevamos hechas hasta este momento nos llevan de la mano a proponer una solución que nos parece idónea y que encierra en sí una serie de ventajas sobreañadidas:

INTEGREMOS A LOS MEDICOS DE CABECERA EN LOS EQUIPOS DE GUARDIA HOSPITALARIOS.

Ello debería conllevar no la disminución de los equipos de guardia del propio hospital, sino el apoyo a la realización de las funciones de una manera más adecuada, lógica y eficaz.

Por ejemplo, para el hospital podría significar:

- Que el adjunto responsable de las unidades de cuidados intensivos dispusiera del apoyo de un residente de cuarto año, además del residente de tercer año que en este momento le acompaña.
- Que toda visita urgente de puerta fuera vista por un pediatra experimentado y los residentes bisoños tuvieran mayor oportunidad de orientar su formación.
- Que un equipo de médicos de cabecera cada día, esto es, un conjunto de pediatras de familia pudieran integrarse en el hospital, abriendo así una

puerta de gran oportunidad para relacionar de verdad la pediatría primaria y la hospitalaria.

Naturalmente que esta integración a la urgencia de puerta de los hospitales representaría en sí misma un *apoyo decisivo para la medicina primaria* que podría dedicar sus esfuerzos ordinarios a una atención programada en sus consultorios con todas las ventajas que una adecuada programación permitiría a la propia medicina primaria al quitarle masificación, premura de tiempo y sobre todo al proporcionar a la pediatría primaria el gran aliciente de la integración a la medicina hospitalaria, la oportunidad de organizar conjuntamente un programa de formación continuada y actualizaciones periódicas y facilitarle la apertura de la otra gran vía de integración de la pediatría de familia en el hospital, cual es la de la participación activa en el diagnóstico y seguimiento de sus propios pacientes ingresados.

Naturalmente que estas ideas no deberían representar un aumento aún más acentuado de los costos hospitalarios, ya que en realidad sería una actuación de la medicina primaria en el hospital y por tanto todas estas acciones deberían encontrar su financiación en las fuentes de la medicina primaria.

¿Resultan estas ideas sueños utópicos?

Creemos sinceramente que no. El momento actual de la pediatría es crítico:

- La baja de la natalidad.
- Los enormes avances tecnológicos con el disparo de costos.
- La avalancha de profesionales junto con los magníficos resultados de disminución de gran número de procesos morbosos en el niño gracias a las maravillosas actuaciones de la pediatría preventiva en los últimos decenios, pueden parecer factores negativos para el desarrollo de la especialidad desde el punto de vista profesional.

Pero en realidad no es así. La especialidad de la pediatría ha alcanzado cotas científicas difícilmente soñables no hace muchos años, pero cada vez más se encuentra necesitada de aunar esfuerzos, de trabajar en equipo y de no dispersarse en diversas pediatrías, sino por el contrario su inquietud debe ser agruparse alrededor del niño y ejercer junto a él una acción integrada para que pueda ser integral.

CUADERNOS DEL SERVICIO DE ORIENTACION Y PLANIFICACION FAMILIAR DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS BARCELONA

Cuaderno n.º 1

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LA PROCREACION

- Texto claro, breve, técnico, muy pedagógico
- Práctico para jóvenes parejas, para maestros y educadores
- 14 páginas de texto, 7 con ilustraciones a color

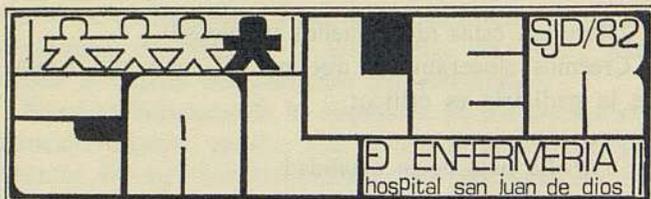
(Precio: 150 ptas.)

Cuaderno n.º 2

METODOS NATURALES

- Texto sintetizado y claro
- Util para parejas y educadores
- 20 páginas,
10 con ilustraciones a color

(Precio: 200 ptas.)



GESTION DE LA DIVISION DE ENFERMERIA

EL I CONGRESO ESTATAL DE DIRECCION Y ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE ENFERMERIA

Tuvo lugar en la ciudad de Córdoba los días 16, 17 y 18 de marzo de 1984. La ponencia presentada por la División de Enfermería de nuestro hospital san Juan de Dios (Barcelona), pretendía estudiar la Enfermería en el contexto hospitalario y de los Centros de Salud.

Analiza, en primer lugar, el sujeto, el objeto y el método de la Enfermería, en dichos medios contemplando en toda su visión panorámica estos centros como elementos constitutivos de la empresa de producción.

Al no poder transcribir toda la «Ponencia», en gracia a la limitación de espacio que nos obligan las bases constitutivas de la revista, presentamos sus puntos fundamentales.

Es importantísimo destacar la aportación de nuestro hospital a este «Congreso» con la aparición en el mismo del libro «Diseño funcional de la División de Enfermería» cuyos autores son los miembros del equipo directivo de nuestra División de Enfermería.

Los autores de esta Ponencia son profesionales de la enfermería, con varios años de experiencia como director, supervisor y secretario general respectivamente.

C. ESEVERRI
L. M. BELZUZ
A. MARSET

Hospital San Juan de Dios / División de Enfermería. Barcelona

1 INTRODUCCION

1.1 Presentación

Enfermería, como profesión, presenta unas funciones específicas, precisas y concretas¹. Una de estas funciones, en la que nosotros nos centramos, es la de gestionar la «cosa enfermera». Decimos gestionar y no dirigir, porque el concepto «dirigir» y cuanto significa y desarrolla este vocablo va incluido primariamente en la palabra «gestión».

Gestionar, siguiendo el Diccionario de la Real Academia, últimas ediciones, encierra el valor de «hacer diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera». Mientras que dirigir es un vocablo con significado más operacional, manualizante y utilitarista.

La gestión, por tanto, está animada en cierta manera por la ontología, disciplina fundamental, ciencia del ser. Dirección, a nuestro juicio, está más en conso-

nancia con el operacionalismo; esto es, «operaciones o actividades específicas ejecutables, observables y sujetas a pruebas de comprobación para identificar el concepto definitivo», según Ander-Egg². Por tanto, gestionar la «cosa enfermera» es labor, función de los profesionales de la Enfermería. El concepto, el vocablo, la partícula «cosa», también resulta un componente filosófico nuestro, mucho más que un simple y aparente pseudoneologismo.

La «cosa enfermera» significa, es para nosotros, una interrelación objetiva. Es juzgar sobre algo sensible que tenemos delante. La «cosa», para Müller y Halder, «es el soporte o sujeto que sustenta las cualidades; es lo perceptible por la sensibilidad en sensaciones, la unidad de una multiplicidad y variedad de sensaciones; es la unidad de materia y forma»³.

Gestionar enfermería, gestionar la cosa enfermera, será, pues, para nosotros y en esta Ponencia, la trama y la urdimbre de este trabajo. Y ya, para ir precisando



Autores de la Ponencia
De izquierda a derecha: Luis M.^a Belzuz, Antonio Marset y Cecilio Eseverri

contenidos, terminamos esta presentación diciendo que la gestión precisa tres concepciones o contenidos:

- El sujeto.
- El objeto.
- El método.

1.2 Sujeto de la gestión

El sujeto de la gestión es, por tanto, el profesional de Enfermería. Este sujeto, este «yo profesional», viene acompañado de un substrato de las propias cualidades y estados. El substrato de la enfermería nosotros lo centramos en dos vertientes:

- Historia de la gestión enfermera.
- Doctrina actual de la gestión enfermera.

1.2.1 Su historia

En España su historia es vieja, pero no muy vieja. Aunque disponemos de documentación desde el alto medioevo, nos centraremos en unos cuantos mojones o hitos.

La primera y precisa organización de enfermería, con determinación de funciones y tareas, con principios e incluso con filosofía específica la encontramos en la reglamentación del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona, en el año 1401, ratificada por el Rey Martín I el Humano y, principalmente, en las Ordenaciones de 1417.

Saltando fechas y lugares nos iremos a Santiago de Compostella, Hospital Real, hoy Parador de Turismo. El emperador Carlos I firma las Constituciones en el

año 1524. Posteriormente, Felipe II y los Austrias las van actualizando y creando otras nuevas, no sólo para el Hospital de Santiago, sino, también, para los hospitales de Granada, Toledo, Murcia, Madrid y otros. Eran los años 1587, 1634, 1671; Carlos III en 1760; Isabel II en 1839 y así hasta nuestros días⁴.

De todas estas documentaciones que, ahora, pormenorizadamente no podemos detallar en gracia a que al final de la Ponencia volvemos a estos temas, se desprende una riquísima doctrina de gestión de enfermería en general y una muy precisa doctrina de los distintos niveles de mandos de enfermería en concreto. Cerramos este apartado diciendo que, posiblemente, no hay ningún otro país en el mundo que ofrezca tan rica, precisa y abundante documentación sobre gestión de enfermería y sobre la dinámica de la profesión como España.

1.2.2 Doctrina actual

La documentación actual, para que tenga peso específico, la deberemos tomar de instituciones dependientes de la ONU, a la que España está unida por compromisos internacionales y, también, la tomaremos de la doctrina dimanada de las instituciones dependientes del Estado español.

Respecto a los documentos internacionales a los que por compromisos estatales estamos unidos, nos centraremos en los dimanantes de la Organización Mundial de la Salud, OMS, como, entre una gran profusión de documentos, los siguientes:

- Principios de administración aplicados a los servicios de enfermería, 1959.

- El personal de enfermería en los servicios de sanidad y en los ambulatorios, 1965.
- Guía para la dotación de personal de enfermería en los hospitales, 1966.
- Administración de hospitales, 1968.
- Planificación y programación de servicios de enfermería, 1972.
- Glosario de términos hospitalarios, 1973.
- Planificación del personal de salud, 1979.

También, dentro de la OMS:

- Comités de expertos en enfermería:
 - Informe de la primera reunión, 1950.
 - Informe de la segunda reunión, 1951.
 - Informe de la tercera reunión, 1954.
 - Informe de la cuarta reunión, 1958.
 - Informe de la quinta reunión, 1966⁵.

La Oficina Internacional del Trabajo, OIT, ha desarrollado una rica documentación sobre Enfermería y su gestión a través de las Conferencias Internacionales del Trabajo, 61.^a reunión, en 1976, y 63.^a reunión en 1977. Esta doctrina se encuentra en los distintos tomos titulados *Empleo y condiciones de trabajo y de vida del personal de Enfermería*. Al no poder desarrollar sus contenidos, siempre en gracia a la brevedad, entresacamos algunas frases:

- «La falta de planificación y de organización del personal de enfermería ha entrañado una confusión de funciones».
- «Este sistema debería disponer de una dirección de servicios de enfermería encargada de orientar el desarrollo general de los mismos».
- «Para las funciones de planificación y de programación es necesario el concurso de profesionales de enfermería preparados para la investigación».
- «La política de los servicios y del personal de enfermería debería tender a desarrollar cuatro tipos de funciones del personal de enfermería: *Atención* de enfermería directa y de apoyo. *Administración* de los servicios de enfermería. *Enseñanza* de la enfermería. *Investigación*»⁶.

En España, con documentación más imprecisa, podemos destacar algunos documentos con afectación actual. Por ejemplo:

- Ley 37/62 de Normas reguladoras sobre hospitales, BOE del 23 de julio de 1962.
- Anteproyecto del reglamento de hospitales, 1966.

- Estatuto del personal auxiliar sanitario titulado y auxiliar de clínica, BOE del 28 de abril de 1973.
- Decreto 2128/1977 sobre Escuelas de ATS y su conversión en Escuelas Universitarias de Enfermería, BOE del 22 de agosto de 1977.
- Real Decreto 1856/1978 por el que se aprueban los Estatutos de la Organización Colegial de ATS, BOE del 8 de agosto de 1978.
- Real Decreto 111/1980 sobre Homologación del título de ATS con el de Diplomado de enfermería, BOE del 23 de enero de 1980.

Si de la legislación de rango estatal pasamos a estudiar la documentación que comienza a desarrollarse desde las autonomías que configuran el mapa político español, vemos que desde Cataluña se ha generado ya una colección de temas bajo la denominación Serie de Informes y Dictámenes de Asistencia Sanitaria. De los distintos documentos destacamos los siguientes:

- Acreditación de Centros Asistenciales⁸.
- Control de Calidad de los Centros Asistenciales⁹.
- Auditoría de Centros Asistenciales¹⁰.
- Programas de Formación para la gestión de los Centros Asistenciales¹¹.
- Niveles Asistenciales¹².

Cataluña, la Generalitat, ha dictado, también, una Orden para establecer un sistema que regule la Acreditación de los Centros y Servicios asistenciales que afecta muy positivamente a la gestión de Enfermería en todos los centros y ámbitos¹³.

Como se ha visto a lo largo de esta presentación de nuestra Ponencia, la documentación española reciente sobre la presencia, reconocimiento y alto nivel operativo de la figura de los mandos en Enfermería

Congreso Estatal de Enfermería

LOS MODELOS GERENCIALES Y LA FORMACION DE ESPECIALISTAS, TEMAS DE LA SEGUNDA JORNADA

La Escuela de Gerencia presentó dos comunicaciones muy relacionadas entre sí y dirigidas a aclarar el concepto de coordinador y de director de Enfermería, para, ya en la sesión de tarde, Cecilio Eserverri, director de Enfermería de San Juan de Dios de Barcelona expuso ampliamente el modelo administrativo llevado a cabo en su hospital, que en estos momentos se puede considerar que figura a la cabeza de nuestro país en materia de administración.

Córdoba
Domingo, 18 de marzo de 1984

resulta mínima, casi ofensiva o insultante a una labor reconocida a lo largo de la historia como determinante, enriquecedora e imprescindible. Actualmente, los niveles de reconocimiento operativo, profesional, social, cultural y económico están muy bajos. En cierta manera, la documentación más seria que hemos visto, y que sin tener valor oficial sí puede considerarse como documentación oficiosa, es el *Acuerdo del Insalud con las representaciones sindicales firmantes sobre retribuciones para el ejercicio de 1983 y otras condiciones de trabajo*. Data del 12 de abril de 1983 y en su apartado *tercero*, n.º 5, avanza la idea de «Reforma Sanitaria para lograr así una mejora de la calidad asistencial que garantice plenamente los derechos del enfermo al tiempo que consideran imprescindible elevar paulatinamente la racionalidad económica en la gestión de las Instituciones Sanitarias».

Para lograr lo antedicho, en este documento mencionado se propone un plan de gestión basado en la «Constitución del Comité de Dirección formado por el Gerente, Director Médico, Director de Enfermería, Director Administrativo, Director de Relaciones Laborales y Director de Servicios Generales». Además, adelanta la idea de constituir una serie de Comités con respaldo de representación que pueden completar un sistema operativo gerencial hospitalario que nosotros siempre hemos propugnado. Y que, por tanto, aceptamos como correcto. Pero lo malo es que sólo estamos hablando de un documento oficioso. Documento nada desarrollado a lo largo del tiempo transcurrido. Pero documento, al menos, que, aun de una manera involuntaria por parte de los redactores, nos entronca con un pasado de buen y bien hacer y cuya trayectoria alcanza a una ejecutoria con más de cinco siglos y medio de práctica sin solución de continuidad⁴.

La documentación sobre enfermería, sobre sus diferentes campos operativos en general y de la gestión-Administración en particular, es sumamente rica. Hoy empieza a ser estudiada e intensamente investigada por todo el mundo¹⁴. El resurgir de estas disciplinas resulta tranquilizador, optimista, satisfactorio. Los resultados los veremos, con toda seguridad, a corto plazo. Aunque no olvidemos que todo movimiento ascendente conlleva dificultades. De ahí que, junto con estas optimistas perspectivas, no nos permitiremos abandonar la guardia y deberemos proponernos mantener una disciplina operativa, de estudio e investigación, ordenada, seria, profunda y constante.

2 OBJETO DE LA GESTION

2.1 Definición de empresa y paralelismo con el hospital

La mayoría de tratadistas sobre economía están de acuerdo en definir a la empresa como «una unidad económica de producción»¹⁵.

Es precisamente esta «unidad económica de producción» *el objeto de la gestión*. Ateniéndonos a los principios más clásicos de los factores productivos —tierra, trabajo, capital— añadiremos, siguiendo las teorías de Marshall y Gutenberg, un nuevo factor que clasificará y puntualizará el tema que nos ocupa, la dirección o factor dispositivo del trabajo. Hasta hace muy poco, el empresario era el propietario de los factores de capital y, debido a esta circunstancia, coincidían en la misma persona las características propias del director y del propietario. Con el desarrollo de la actividad económica, la propiedad y la dirección son cosas totalmente distintas. Tanto es así que las empresas, hoy en día, «ni siquiera están gestionadas por un directivo sino por un equipo de dirección, un equipo de especialistas que, a modo de verdaderos estados mayores, llegan a actuar independientemente de la voluntad de los propietarios»¹⁶. Aunque respetando los objetivos institucionales.

El director, equipo de dirección, tiene como misión combinar los factores productivos (inputs) de forma que, cumpliéndose el principio de economicidad, se obtenga el mayor beneficio al ofrecer los bienes o servicios de la empresa (outputs). «Principio de economicidad»: precio de inputs menor que precio de outputs.

Vamos a entender por empresa a la unidad económica dedicada a la extracción, transformación, transporte o comercialización de los bienes o *servicios*, con objeto de añadirles valor; y por supuesto satisfacer necesidades del hombre tanto en el plano material (bienes), como en el inmaterial (servicios)¹⁷.

La analogía con el hospital —empresa hospitalaria— después de este último concepto, se nos presenta algo más claro. Vemos cómo la empresa no tiende sólo a satisfacer necesidades materiales a través de la producción de bienes, sino que también puede haber, y de hecho hay, empresas dedicadas a satisfacer necesidades inmateriales merced a la producción de servicios. Citaremos, para apoyar nuestra tesis, lo que el profesor Tarragó nos indica en su *Iniciación a la Economía de Empresa*:

«Diremos aún que existen un gran número de empresas que se dedican a lo que viene llamándose prestaciones de servicios. Estas empresas sólo se distinguen de las demás por las peculiaridades de su particular actividad pero, conceptualmente, no precisan de clasificación aparte»¹⁸.

Es evidente que una empresa de seguros, al producir seguridad, o una empresa telefónica, al producir comunicación, o una empresa hospitalaria, al producir salud,

CRISTINE HANCOOK EXPUSO EL SISTEMA ADMINISTRATIVO BRITANICO

Cristine Hancock es jefa de Enfermería del Royal College of Nursing del Reino Unido, y tiene a su cargo la responsabilidad de los servicios de enfermería de diecisiete hospitales en el centro de la capital inglesa. La señora Hancock participó ayer en el I Congreso de Dirección de Enfermería que se celebra durante estos días en Córdoba, presentando una ponencia sobre «Administración de Enfermería en el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido».

EL SISTEMA BRITANICO, MAS ESPECIALIZADO

Cristine Hancock, al referirse a la labor de administración en Enfermería, afirma que está encaminada a conseguir la mayor efectividad en el cuidado de los pacientes, «asegurando el número correcto y el nivel profesional determinado de las enfermeras que estén a cargo de un enfermo, y procurando que tengan los equipos y el apoyo necesario para hacer su trabajo». Es, en suma, una labor de organización dentro de una estructura piramidal. «En Inglaterra —señala Hancock— las enfermeras de administración trabajan en conjunto con administrativos y médicos en todas las fases». Las categorías son desde enfermera de planta hasta dirección de varios hospitales, pasando por enfermeras supervisoras en cada especialidad y enfermeras jefe de cada hospital.

Córdoba

Domingo, 18 de marzo de 1984

aumentan la utilidad de otras empresas, puesto que facilitan sus actividades económicas.

2.2 Funciones de la empresa

Hemos definido la empresa como una «unidad económica de producción».

Desglosando los conceptos fundamentales de esta teoría encontramos dos criterios, que, analizándolos, nos encaminarán hacia el «cómo» gestionaremos la empresa, es decir, cuáles serán las funciones objeto de la gestión del directivo.

En primer lugar analizaremos el concepto «unidad económica»¹⁹. La empresa es un conjunto ordenado de medios destinados a un fin, perfectamente individualizable, reconocible, inconfundible con otros conjuntos parecidos, y es precisamente lo económico lo que le da sustantividad. Esto no quiere decir, en modo alguno, que el fin exclusivo de la empresa sea la obtención de un rendimiento económico, es decir, que su output final sea el dinero. No, de ninguna manera; el fin de la empresa es precisamente el segundo concepto en la definición que nos ocupa, esto es, la «unidad de producción».

La palabra producción la podemos entender bajo dos conceptos distintos y sin embargo parejos. El primero sería que la producción es el volumen total

de unidades producidas por la empresa, es decir su output total.

El segundo, y es éste el concepto que en este momento nos interesa, es la suma de actos que han tenido lugar para obtener, precisamente, el conjunto de bienes que son los objetivos de la empresa. Dicho pues, de otra manera, producción es la actividad que proporciona un determinado resultado²⁰.

La actividad productiva es posible merced al trabajo, que se sirve de determinados medios técnicos para mejor cumplir su cometido. Recordemos que el trabajo, según Marshall, se puede desdoblar bajo dos criterios: el factor trabajo y el factor directivo; ambos conceptos forman parte, por derecho propio, de los factores de producción de la empresa.

Nos podríamos preguntar, ahora, ¿por qué produce la empresa? ¿por qué combina los factores de producción para obtener un resultado?

La contestación a estas preguntas se resuelve por sí sola: Para cubrir las necesidades de demanda de una población. Dicho de otra manera, la empresa ofrece un producto a un área de población, porque, previamente, ha detectado una necesidad en ésta y la pretende cubrir²¹.

Bien, si repasamos los conceptos que hemos vertido hasta ahora veremos que la empresa es una unidad de producción que pretende satisfacer una necesidad aplicando principios de economicidad.

Nuestro interés se centra, ahora, en comparar este repaso breve de los esenciales conceptos de la Teoría de Empresa para aplicarlos, uno a uno, a la Empresa Hospitalaria.

Si de la concepción empresa hospitalaria, pasamos a definir el concepto hospital de una manera más filosófica, nos fijaremos en tres documentos de la OMS. El orden cronológico puede ser interesante, ciertamente definitivo para enfermería.

1957

«El hospital es parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar; el hospital es también un centro de formación de personal médico-sanitario y de investigación biosocial»⁴³.

La segunda definición resulta mucho más simple y pragmática. No es que la primera sea mala definición, aunque sí incompleta y muy ambiciosa. Pero lo que más nos importa destacar es, notémoslo, la palabra, el concepto, la profesionalidad de Enfermería. Esto resulta sumamente importante, decisivo y aleccionador. Desde aquí, en la OMS, la enfermería comienza a tener personalidad individualizada. Sigamos.

1968

«El Comité define por tanto el Hospital como una institución donde permanecen los enfermos para recibir asistencia médica y de enfermería»⁴⁴.

Posiblemente, como ninguna de las dos definiciones anteriores resultan satisfactorias, un nuevo documento aparece aportando más conceptos, precisando con mayor rigor sus contenidos y sus significados.

1973

«El hospital es un establecimiento con personal médico organizado, con instalaciones permanentes que incluyen camas para pacientes internos, y con servicios médicos que incluyen atención por médicos y cuidados continuos de enfermería, para proporcionar diagnósticos y tratamientos a los pacientes»⁴⁵.

3 LA ENFERMERIA EN EL HOSPITAL

3.1 Definición de enfermería

Con base en las definiciones del apartado anterior, ya vemos que la enfermería ha ido adquiriendo personalidad propia en el concierto sanitario en general y en el hospitalario específicamente. La doctrina general la hemos dejado precisada al comienzo de la Ponencia, la doctrina específica la concretaremos a continuación.

Decíamos al principio de este trabajo que la doctrina española sobre la enfermería en general y la dirección o gestión de enfermería hospitalaria en concreto, era vieja, pero no muy vieja. Claro que todo en la vida puede conceptuarse como relativo. Pero aquí, como siempre, la historia es, para los profesionales de enfermería, algo fundamental; consustancial con nuestro ser profesional. Carecer de historia sería como carecer de patria, de pueblo, de familia. Carecer de historia es como ser huérfanos, no disponer de un patrimonio, no tener hogar, ser auténticos indigentes; es decir, no tener nada ni a nadie cerca y acerca de nuestro ser profesional. Sin historia no se puede definir la enfermería general y hospitalaria.

Sobre la línea sin solución de continuidad de la historia, vemos que desde los albores del viejo gobierno visigodo español, enfermería se define como la profesión que presta cuidados a las personas necesitadas y enfermas. Así se ve en la alta Edad Media; en pleno medioevo cuando el romeaje jacobeo o las órdenes hospitalarias de los templarios y hospitaleros; en la baja Edad Media con el aflorar sorprendente de los

grandes hospitales reales, en el siglo de oro, en el decadente siglo XIX y actualmente.

Cuando aparece el primer libro profesional, *Instrucción de Enfermeros*⁴, año 1664, su autor nos adelanta y razona que «una de las cosas que me ha animado a sacar a luz una doctrina tan necesaria para los que tuvieran a su cuenta la cura y remedio de los pobres enfermos, que estaba tan metida en el abismo del olvido, ha sido el grande amor que siempre he tenido a las cosas tocantes a su remedio y salud, así corporal como espiritual».

Saltando, como siempre, fechas y lugares, nos vamos a otro autor español, cuyo libro lleva por título *El Arte de la Enfermería*. El contenido es muy parecido, aunque más preciso y determinado. Estamos en 1833.

La profesión queda así definida:

- Arreglar todo lo que rodea al enfermo.
- Inspeccionar todo cuanto se le ha de administrar.
- Cuidado de su aseo.
- Consolar su espíritu.

Con un tercer y definitivo salto, nos venimos a nuestros días. Estamos en 1966, y se mantiene la doctrina totalmente válida en este año nuestro, 1984. El documento nos lo aporta la Organización Mundial de la Salud a través de todos los Informes de Expertos de Enfermería. El Quinto Informe, además de otros documentos, los hemos referenciado en la primera parte de la ponencia. Por ser doctrina de todos conocida, y en gracia a la brevedad, no la desarrollamos ni precisamos sus puntos básicos.

3.2 La dirección de enfermería

Ya hemos insistido repetidas veces que en este aspecto y riqueza doctrinal, no es, en buena hora, documentación reciente. Nuestro proceso protológico profesional español se remonta, con datos definitivos, a los años 580⁴ y 620⁴⁶. Respecto a las estructuras precisas y muy concretas de la dirección, de la gestión de la cosa enfermera, nos hemos de referir a la baja Edad Media. Precisaremos fechas y documentos. No podremos bajar a más detalles. El tiempo apremia, la documentación es rica, la concreción y la precisión es ahora una obligada necesidad.

Por parte del representante del Insalud, Ortega Limón y a una de las muchas interpelaciones que se le hicieron, contestó que las direcciones de enfermería serán en un corto plazo realidad en todas las instituciones sanitarias.

Es quizá esta respuesta uno de los objetivos más importantes que han quedado definidos por parte de todos los participantes, autoridades, ponentes, comunicantes y congresistas en general.

La Voz de Córdoba
19 de marzo de 1984

1401-1417

Martín I el Humano y después los «Consellers» de Cataluña publican las Ordinacions del Hospital General de la Santa Creu, Barcelona. Este documento precisa con gran riqueza de doctrina las funciones del enfermero jefe.

1524

El Emperador Carlos I publica, firmado de propia mano, las Constituciones del Gran Hospital Real de Santiago de Galicia. Ahí aparece ricamente informada la función del enfermero mayor.

1587-1671

Felipe II y, después, Felipe IV, publican y actualizan las «Constituciones del Hospital Real que en la ciudad de Granada fundaron los señores Reyes Católicos D. Fernando y Dña Isabel». Aquí se mantienen constantes las funciones del enfermero y de la enfermera mayor.

1760

El rey Carlos III publica las Constituciones y Ordenanzas para el Gobierno de los Reales Hospitales Generales y del de la Pasión de Madrid. La figura de jefatura de enfermería se mantiene incólume.

1772

También Carlos III, en el documento titulado Auto de Aplicación de Rentas por la Junta de Temporalidades, para ser tenido en cuenta en la ciudad de Santiago de Chile, asigna sueldo y funciones que en el hospital de dicha ciudad ha de disfrutar su directora de enfermería. Es el primer documento firmado por un rey español en donde aparece la figura sin par de *directora de enfermería*.

1815-1839

Primero, por Real Orden del 23 de diciembre, Fernando VII y, después Isabel II por Real Orden, también, de 8 de marzo de 1839, aprueban el Reglamento del Hospital de Puerto Rico. Aunque se trata de un hospital militar y para militares, aparecen perfectamente ordenadas las funciones del enfermero mayor, de los cabos de sala y del resto del personal de enfermería.

1973

Orden del 26 de abril por el que se aprueba el Estatuto del personal auxiliar sanitario titulado y auxiliar de clínica. Documento decadente, muy inferior a los anteriores y carente de una documentación precisa, concreta y estimulante. La enfermera-jefe tiene aquí sus funciones en el artículo 77, dentro del Capítulo VII titulado Deberes, incompatibilidades y funciones⁷.

ASOCIACION CREADA

Como resultado de la gran inquietud demostrada por la gran mayoría de los directivos de enfermería del país y comunicada al Consejo General de ATS de crear una asociación científica que recoja, aglutine y desarrolle a estos profesionales, este «Congreso de Enfermería, Dirección y Administración de Servicios de Enfermería», ha servido como motivo para constituirla, eligiendo los directivos presentes en el mismo una comisión gestora que ponga en marcha todos los mecanismos que la hagan viable.

Esta comisión, que ha recibido el ofrecimiento del Consejo General de prestarle toda la ayuda que esté en su mano para hacer posible sus objetivos en un primer tiempo, ha quedado constituida por las siguientes personas: Cecilio Eseverri, José Manuel Anguita, Ernest Argilaga, Carmen García-Amado, Manuel Manzanares y Gustavo de la Fuente.

La Voz de Córdoba
19 de marzo de 1984

3.3 Desarrollo del objeto y el método en la gestión de enfermería

Hasta ahora hemos apuntado varias consideraciones que nos llevan a afirmar que el Hospital, el Centro de Salud, es una empresa. Una empresa que produce salud, que tiene las funciones típicas de una empresa, como hemos venido considerando; por tanto, se deben aplicar las técnicas que en la empresa llevan a buen fin los objetivos que previamente han planificado, organizado, dirigido y, posteriormente, evaluado.

En este contexto el objeto de la enfermería en la Empresa Hospital, Centro de Salud, gestiona:

- Más del 50 % del personal.
- Más del 70 % del utillaje.

Y en cuanto a funciones específicas del producto salud —output— produce:

- Toda la asistencia a las necesidades básicas.
- La captación de semiología que aporta gran parte del material necesario con el que los servicios médicos pueden establecer el diagnóstico preciso e indicar los tratamientos adecuados.
- Aplica los tratamientos conducentes a elevar el nivel de salud del individuo y de la comunidad —output— fase final de los servicios empresariales de salud.

La reflexión sobre estas últimas ideas nos lleva a cuestionarnos las siguientes preguntas: ¿Qué es un hospital? ¿Quién debe dirigir un hospital? ¿Y una enfermería? En definitiva: ¿Qué cualidades personales y profesionales deben exigirse a los directivos de la enfermería de nuestros Centros de Salud?

Estas incógnitas son de difícil contestación y mucho más desde la tribuna de este congreso, en que la limi-

tación de tiempo no permite adentrarnos más en estas materias. Quizás a título de comparación, podríamos decir que nosotros estamos impartiendo en este momento un curso sobre Administración y Gestión de Enfermería con una duración de 260 horas. Quisiéramos matizar, además, que cuando nos planteamos la organización de este curso los objetivos educativos nos representaba una duración estimativa de dos años lectivos, materia más que suficiente para una especialidad o una posible licenciatura.

La puesta en marcha de la cosa enfermera en nuestros hospitales, centros sanitarios, representa gestionar con unos criterios científicos rigurosos. Botón de muestra la presentamos en el libro que acompaña a la publicación de esta ponencia: Diseño Funcional de una División de Enfermería.

Quisiéramos significar que este objetivo administrativo sobre el Diseño Funcional de la División de Enfermería, representa alrededor del 5% de la gestión total de los objetivos propuestos para el año 1983 en nuestro Centro.

De donde, a la vista de todo este cúmulo de documentación expuesto, y ante la imposibilidad, en razón al tiempo que nos han concedido, culminamos este trabajo con las siguientes

CONCLUSIONES

- El Hospital es una Empresa de producción de Salud que debe gestionarse con los medios técnicos específicos de Dirección de Empresas.
- La Enfermería es una parte trascendental de la Empresa-Hospital que gestiona:
 - Altos capitales.
 - Instrumentos altamente tecnificados.
 - Grandes cantidades de material fungible.
 - Elevado número de personal con porcentaje importante de cualificación universitaria.
- La dirección de Enfermería exige a quienes la dinamizan altos niveles de conocimientos profesionales propiamente dichos y, además, una preparación específica en las ciencias de la gestión.
- Finalmente, apoyamos los puntos anteriores en el hecho de que Enfermería gestiona unos medios que en números absolutos son superiores a los que deben manejar las gerencias de importantes empresas competitivas. Si añadimos a esto el valor diferencial del producto salud comparado con cualquier otro bien de producción —bebidas gaseosas, muebles, coches, etcétera— nos será fácil imaginar el perfil técnico y humano del directivo de Enfermería. «Tal for-

Entre sus conclusiones fundamentales previas a la clausura del Congreso Estatal celebrado en Córdoba

LA ENFERMERIA RECLAMA SU FUERZA ANTE LA ADMINISTRACION

CONCLUSIONES que se han obtenido tras el desarrollo de este «I Congreso Estatal de Dirección y Administración de Servicios de Enfermería» y que han sido las siguientes:

- 1.ª Se constata la falta de una adecuada legislación que regule la estructura de las Direcciones de Enfermería en las instituciones sanitarias. Por tanto, consideramos necesario solicitar de las autoridades competentes regulen las funciones de Enfermería.
- 2.ª Potenciar las relaciones internacionales con todos los organismos e instituciones relacionados con el campo de la Salud.
- 3.ª Se considera imprescindible establecer y potenciar las ciencias de la Administración dentro de la Enfermería a fin de que éstas sean aplicadas en la gestión de los servicios de Enfermería.
- 4.ª La Dirección de Enfermería debe integrarse plenamente dentro del campo gerencial-administrativo de los hospitales, centros de salud y, con carácter general, en todos los servicios y estamentos de decisión.
- 5.ª La Enfermería, dentro de las instituciones sanitarias, debe tener su campo de responsabilidad y de gestión en un nivel idéntico al resto de las direcciones dentro de los organigramas de las instituciones.
- 6.ª Consideramos que la enfermería, por su contenido, por la asunción de sus propias responsabilidades, así como por constituir el mayor estamento profesional en el área de la salud, deberá estar presente institucionalmente en los órganos de decisión de la Administración del Estado.

mación es necesaria cualquiera que sea la combinación medicina pública - medicina privada e independientemente del país»⁴⁷. Siempre hará falta «que los administradores administren»⁴⁷.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

1. *Proyecto de Marco General de Funciones del Diplomado de Enfermería*. Ed. Consejo General de ATS-DE. Madrid, 1983.
2. ANDER-EGG, EZEQUIEL: *Diccionario del Trabajo Social*. Ed. Nova Terra. Barcelona, 1977.
3. MÜLLER, MAX y HALDER, ALOIS: *Breve diccionario de Filosofía*. Ed. Herder. Barcelona, 1976.
4. ESEVERRI CHAVERRI, CECILIO: *Historia de la Enfermería Española e Hispanoamericana*. Ed. Salvat, S. A. Barcelona, 1984.

5. *Publicaciones de la Organización Mundial de la Salud*. Ed. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1975.
6. *Empleo y Condiciones de Trabajo y de Vida del Personal de Enfermería*. Ed. Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra, 1976 y 1977.
7. *ATS y Auxiliares de Clínica de la Seguridad Social*. Ed. Servicios de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Madrid, 1980.
- GUTIÉRREZ SANTOS, GINER: *Legislación para Personal de Enfermería*. Ed. Quirón. Valencia, 1982.
- TORTOSA SIMANCAS, JOSÉ: *Legislación Hospitalaria*. Ed. Laboratorios Beechan, S. A. Barcelona, 1982.
8. *Acreditación de Centros Asistenciales*. Ed. Generalitat de Catalunya. Barcelona, 1982.
9. *Control de Calidad de los Centros Asistenciales*. Ed. Generalitat de Catalunya. Barcelona, 1982.
10. *Auditoría de Centros Asistenciales*. Ed. Generalitat de Catalunya. Barcelona, 1982.
11. *Programas de Formación para la gestión de los Centros Asistenciales*. Ed. Generalitat de Catalunya. Barcelona, 1982.
12. *Niveles Asistenciales*. Ed. Generalitat de Catalunya. Barcelona, 1982.
13. *Orden por la que se regula la Acreditación de Centros y Servicios Asistenciales en Cataluña*. Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya, D.O.G. n.º 325. Día 4 de mayo de 1983.
14. GARZÓN ALARCÓN, NELLY: *Cuadernos de Administración. Enseñanza de Administración en Programas de Enfermería*. Ed. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Bogotá, 1983.
15. TAYLOR, F. W. y FAYOL, H.: *Principios de la Administración Científica*. Ed. El Ateneo. Buenos Aires, 1978.
16. GUTENBERG, E.: *Economía de la Empresa. Teoría y práctica de la gestión empresarial*. Ed. Deusto. Bilbao, 1968.
17. MC GREGOR, DOUGLAS: *El aspecto humano de las Empresas*. Ed. Diana. México, 1976.
18. TARRAGÓ, F.: *Iniciación a la Economía de la Empresa*. Ed. Hispano-Europea. Barcelona, 1983.
19. LIPSEY, R. G.: *Introducción a la economía positiva*. Ed. Vives-Universitas. Barcelona, 1983.
20. WONNACOTT, P. y R.: *Economía*. Ed. Mc. Graw-HICC. Edición exclusiva para Ediciones La Colina, S. A. Madrid, 1982.
21. FERNÁNDEZ PIRLA, J. M.: *Economía y gestión de la empresa*. Ed. I.C.E., 4.ª edición. Madrid, 1970.
22. PEÑA-BAZTÁN, M.: *Dirección de personal. Organización y técnicas*. Ed. por el propio autor. Barcelona, 1970.
23. BATTERSBY, A.: *Planificación y programación de proyectos complejos*. Ed. Ariel, S. A. Barcelona, 1973.
24. OWEN, J. K.: *Conceptos modernos sobre Administración de Hospitales*. Ed. Interamericana, S. A. México, 1962.
25. DE VICENT, M.: *Administración de los servicios de Enfermería*. Ed. Limusa, S. A. México, 1977.
26. ESEVERRI CHAVERRI, C.: *Enfermería Hospitalaria*. Ed. Médica y Técnica, S. A. Barcelona, 1981.
27. FORD, HENRY: *Hoy y mañana*. Ed. M. Aguilar. Madrid, 1931.
28. GILBERT, H. H.: *Guía Pedagógica de la OMS*. Ed. ICE de la Universidad de Valladolid. Valladolid, 1981.
29. JAMES, MARCH G.: *Teoría de la Organización*. Ed. Ariel. Barcelona, 1969.
30. GELINIER, OCTAVIO: *Dirección participativa por objetivos*. Ed. Asociación para el Programa de la Dirección. Madrid, 1976.
31. PORRAS ORUE, PEDRO: *La necesidad y utilización de los Reglamentos Internos de los Hospitales*. Ed. Dirección General de Sanidad. Madrid, 1975.
32. DRUCKER, PETER F.: *La Gerencia de Empresas*. Ed. Sudamericana. Barcelona, 1979.
33. ESEVERRI CHAVERRI, CECILIO: *Labor Hospitalaria*, número 191. Enero, febrero y marzo de 1984. Ed. Labor Hospitalaria, Hospital San Juan de Dios. Barcelona.
34. *Los «Ratios» Sociales*. Ed. Ibérico-Europea de Ediciones, S. A. Madrid, 1978.
35. JONGEWARD, DOROTHY y SEYER, PHILIP C.: *Análisis transaccional en la práctica*. Ed. Limusa. México, 1980.
- JAMES, MURIEL y JONGEWARD, DOROTHY: *Nacidos para triunfar*. Ed. Fondo Educativo Interamericano, S. A. Bogotá, 1976.
36. MARZAL, ANTONIO: *Empresa y democracia económica*. Ed. Argot, Compañía del Libro, S. A. Barcelona, 1983.
37. FAJARDO ORTIZ, GUILLERMO: *Teoría y Práctica de la Administración de la atención médica y de los Hospitales*. Segunda edición. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México, 1979.
38. BARQUIN, MANUEL: *Dirección de Hospitales*. Ed. Interamericana, S. A. México, Argentina, España, 1965.
39. LEVY, EMILE: *Introduction a la gestion hospitalière*. Ed. Dunod. París, 1981.
40. GAUTHIER, PAUL-HENRI; GRENON, ALAIN; PINSON, GERARD y RAMEAN, ELIANE: *Le Contrôle de Gestion à l'hôpital*. Ed. Dunod. París, 1985.
41. AMRYS, HENRI y otros autores: *Les Hopitaux dans le Marché Commun*. Ed. Maison Lareier. Comité European de l'hospitalisation privee. Bruxelles. Belgique, 1977.
42. LLEWELYN-DAVIES, R. y MACAULAY, H. M. C.: *Planificación y administración de Hospitales*. Ed. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1970.
43. *Serie Informes Técnicos*, n.º 122. Ed. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1957.
44. *Administración de Hospitales. Informe de un Comité de Expertos*, n.º 395. Ed. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1968.
45. *Glosario de Términos Hospitalarios*. Ed. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Washington, D.E.E.H.A. 1973.
46. OROZ RETA, JOSÉ: *San Isidoro de Sevilla. Etimologías*. Ed. Biblioteca de Autores Cristianos, BAC. Madrid, 1982.
47. MAYNARD, ALAN: *La disputa sector público-Sector privado en la Sanidad*. Periódico «El País». Domingo 19 de febrero de 1984. Edición Estatal. Madrid-Barcelona.

Por un Hospital más humano

1984: ORWELL Y LAS PATOLOGIAS DE LA HUMANIZACION

Tema de gran actualidad, pensar en el hombre, sin manipulaciones, con respeto, cercanamente. El autor ha escogido como soporte un libro que hace furia estos días entre los amantes de la lectura y, desde ahí, nos indica cuáles son los verdaderos derroteros de la humanidad, de la cercanía y de la humanización. Un tema muy bueno, por supuesto; y también muy profundo y muy actual. Buena reflexión para estar en el mundo de los enfermos.

MARIANO GALVE
Psicólogo. Coordinador Nacional
de Pastoral Psiquiátrica

INTRODUCCION

Se abre esta nueva etapa de LABOR HOSPITALARIA subrayando, con valor propio, el concepto de *humanidad*. En el mismo centro de la revista, como un espacio tensional entre lo Hospitalario y lo Pastoral, se ha querido introducir al *hombre* en su propia cualidad de humanidad. Ciertamente que el hombre subyace omnipresente en cualquier artículo de enfermería, medicina o de ética; ciertamente que LABOR HOSPITALARIA de antiguas etapas visualizaba y transcribía —incluso me atrevería a decir que sudaba— humanidad; pero, precisamente por eso, hemos querido que emergiera de los fondos latentes en que subyacía para presentarlo a la luz y a la conciencia. ¿De qué manera? Como responsable de la Sección de Humanización debo confesar, de entrada, que es una pregunta que me asusta. Por dos razones, primera porque la palabra *humanización* se nos está convirtiendo en una palabra confusa a base de tanto usarla y, la segunda, porque es una palabra peligrosa a base de abusar de ella. El hombre y su humanidad tiene, para mí, tal carga y tal densidad que, ya de entrada, es algo que debo tratar con respeto. Y, sin embargo, el hombre y su humanidad es algo tan cotidiano, tan claro y evidente que sería necesaria una actitud ingenua y transparente para poderlo transmitir y decirlo con sencillez en las páginas de una revista que ha sido humanizadora. Respeto y transparencia; seriedad y trato ingenuo no es una tarea fácil. La fantasía inconsciente de este novel redactor jefe sería llenar este espacio intermedio con algo tan sencillo y profundo como una lágrima

o una risa, un apretón de manos o un grito angustioso; hablar de la vida y de la muerte, del gozo cuando nace un niño y de la pena cuando se nos va un ser querido. Hablar de la pequeña vergüenza cuando vamos a pagar y no tenemos dinero o confesar que estamos asustados cuando estamos perdidos en cualquier antesala de un despacho médico. Mi fantasía sería traducir la vida y llevarla a las páginas; que éstas latieran, como late el corazón, ya esté enamorado o encogido por el miedo.

Yo quisiera, entre tanto saber concienzudo, en medio de rigurosas palabras que traducen organizaciones colectivas, en medio de técnicas precisas de abordaje a problemas humanos, presentar al hombre —y su humanidad—, describir cómo vive y qué cosas le importan; transmitir sus vivencias y comunicar sus experiencias vitales.

También quisiera no caer en abstracciones, sino presentar al hombre de hoy, en su más punzante y gozosa situación. Por supuesto, al hombre en su ambigüedad y en su tensión; porque siempre he pensado que las palabras más sinceras sobre el hombre son palabras con múltiples sentidos, con riqueza de contenido que obligan a una lectura atenta y siempre a una relectura.

1984 COMO NOTICIA Y CONEXION CON LA VIDA

Para mí, y así lo digo, 1984 —y más concretamente marzo de 1984— está conectado al boom noticioso de los trasplantes de hígado de Bellvitge. Noticia que merecerá la dedicación de trabajos y jornadas de estudio, la reflexión concienzuda de sus aspectos legales y éticos, el replanteamiento de técnicas y estructuras.

A mí —y como humanista ingenuo— me interesa cómo se siente Juan, empleado de Seat, con una glándula de otro y cómo influye en el crecimiento de Estíbaliz, la niña vasca, el trasplante del hígado de un niño a quien los misterios de la vida impidió la supervivencia.

Me interesa qué sentimientos —de miedo o de triunfo— pasan por las tramas vitales de los equipos quirúrgicos; toda esa red enmarañada de llamadas, esperas y conductas mientras un miembro es congelado y trasladado de un lugar a otro; la demanda de los padres de la pequeña y la generosidad de los padres del pequeño. Me interesa esa microvida, la que se articula al nivel más bajo de la piel y de las sensaciones, la que está hecha con carne y sangre, la que pasa por la cabeza y el corazón. También me interesan esas capacidades de la prensa, la radio y la televisión para hacer palpitar de emoción a hombres y mujeres de Sevilla, de Lugo o de Soria.

Y también con ingenuidad me sube a la conciencia una pregunta inquietante: ¿qué tipo de humanidad estamos construyendo?, ¿qué esperanzas —y temores— ha levantado esta doble operación?; y pienso en los cirróticos, en los engan-

chados al alcohol, en todos aquellos que tienen dificultades con su hígado o, más sencillamente, que tienen dificultades con cualquiera de sus glándulas. Y también pienso en los familiares de aquellos que «se han ido», porque la ciencia ha llegado tarde para ellos y para los suyos.

¿QUE TIPO DE HUMANIDAD ESTAMOS CONSTRUYENDO?

Nunca como ahora es necesario que la pregunta iniciada: ¿qué tipo de humanidad queremos, qué tipo de humanidad estamos construyendo? nos la planteemos en serio. Las ciencias y la técnica han llegado hasta tal extremo de eficacia que es urgente reflexionar sobre su alcance y de qué modo afecta a nuestro vivir. Hoy es el trasplante de órganos, mañana será la ingeniería genética.

El equilibrio de la naturaleza que regulaba los ciclos de la vida y de la muerte ha pasado a ser un equilibrio de los poderes humanos, con sus técnicas y aparatos.

Cada vez menos podemos afirmar como responsable de los accidentes vitales a la *naturaleza*, ni tampoco a las fuerzas —benignas o malignas— del destino. Lo que antes regulaba la *naturaleza* mediante la enfermedad, la mortalidad temprana y la selección, es asumido ahora por la organización social mediante el control de los nacimientos, la eugenesia y, muy pronto, también probablemente por la eutanasia *pasiva*. Y es aquí en donde debemos de introducir la lectura reposada del libro de George Orwell: 1984¹. Al nivel

¹ GEORGE ORWELL: 1984. Ed. Destino. Barcelona, 1984.

reflexivo, este libro es tan de actualidad como la muerte estúpida de cualquier ciudadano a manos de un terrorista o de un atracador; tan de actualidad como la guerra del Líbano; lo mismo que los trasplantes del riñón o del hígado.

Si dependemos, cada vez más, de un posible donante o de un equipo quirúrgico, de unos aparatos y de unos sofisticados medios de comunicación, debemos preguntarnos qué tipo de vida es este y, lo más importante, si este tipo de vida lo queremos de verdad. Porque si de año en año vamos estando mejor pertrechados para alcanzar lo que queremos, surge la humana y angustiada pregunta de Bertrand de Jouvenal: ¿Qué es lo que queremos en realidad? Cuanto más factibles van haciéndose los futuros *posibles*, tanto menos capaces parecen los hombres de llegar a un acuerdo sobre un futuro común *deseable*. Y entonces, necesariamente, de modo irremediable, deberá venir un control social y político sobre ese mundo inmenso de posibilidades. Ese control se ejerce ya sobre armamento nuclear, se ve necesario ejercerlo en el dominio político (Nicaragua, El Salvador, Argentina, el estrecho de Ormuz, etc.), y pronto se planteará a niveles más cercanos como las aguas territoriales, los caladeros de pesca y las carreteras y las aduanas. El espectro miedoso de la carencia y la necesidad levanta oleadas de agresividad y de odio, crispa los ánimos y nos volvemos egoístas, insolidarios y acaparadores. El relato de Orwell en el que su protagonista, Winston Smith, aparece como símbolo de la rebelión contra el poder monstruoso de un estado policíaco que ha llegado a apoderarse de la vida y la conciencia de todos los súbditos, interviniendo incluso en las esferas más íntimas de los sentimientos humanos, puede ser algo más que un relato de *utopía negativa*, y los problemas humanos que el libro plantea son dignos de meditarlos con cierto detenimiento. Sobre todo, existen dos párrafos que merecen ser transcritos porque producen escalofríos:

«Lo que importa no es la moral de las masas, cuya actitud no importa mientras se hallen absorbidas por su trabajo, sino la moral del Partido mismo. Se espera que hasta el más humilde de los miembros del Partido sea competente, laborioso e incluso inteligente —siempre dentro de límites reducidos, claro está—, pero siempre es preciso que sea un fanático ignorante y crédulo en el que prevalezca el miedo, el odio, la adulación y una continua sensación orgiástica de triunfo»².

Y un poco más adelante:

«Las dos finalidades del Partido son conquistar toda la superficie de la Tierra y extinguir de una

vez para siempre la posibilidad de libertad del pensamiento. Hay, por tanto, dos grandes problemas que ha de resolver el Partido. Uno es el de descubrir, contra la voluntad del interesado, lo que está pensando determinado ser humano, y el otro es cómo suprimir, en pocos segundos y sin previo aviso, a varios centenares de millones de personas. Este es el principal objetivo de las investigaciones científicas. El hombre de ciencia actual es una mezcla de psicólogo y policía que estudia con extraordinaria minuciosidad el significado de las expresiones faciales, gestos y tonos de voz, los efectos de las drogas que obligan a decir la verdad, la terapéutica del *shock*, del hipnotismo y de la tortura física; y si es un físico, un químico o un biólogo, sólo se preocupará por aquellas ramas que dentro de su especialidad sirvan para matar»³.

LA HUMANIZACION COMO TAREA

En un mundo así, el Padre General de la Orden Hospitalaria decía, en la entrevista del número anterior de la revista, que *no quería vivir*. Y proponía, como una revolución necesaria, la *humanización* como una querencia, como una pasión del alma, como un proyecto y como una tarea.

Ciertamente que el mundo descrito por Orwell no es, todavía, el nuestro. Todavía..., pero está ahí, en su raíz, como una amenaza, como una utopía posible. Desde luego, lo que sí es verdad y lo que debemos confesarnos con toda crudeza es otra afirmación en un párrafo de Orwell:

«Aun admitiendo que en filosofía, en ciencia o en política dos y dos pudieran ser cinco, cuando se fabrica un cañón o un aeroplano tiene que ser cuatro»⁴.

Debemos confesar que, cada vez más, por muy amigos y entrañables vecinos que seamos, «las cinco millas son las cinco millas»; no son siete ni ocho. Debemos confesar que «hay muertos iraníes e iraquíes» y que su guerra lleva ya dos años. ¡Terrible evidencia la de la costumbre, que nos habitúa a ver, sin emoción alguna, por televisión montones de cadáveres! ¡Terrible vida la nuestra, si tenemos que encerrarnos tras puertas blindadas, si ya no podemos caminar por nuestras calles sin miedo a que te asalten o atropellen! ¡Terrible la amenaza constante bajo el eslogan: «no se fíe de nadie»!

Por supuesto que hemos logrado llegar a la luna, que hoy planificamos los partos y que hay drogas poderosas contra toda clase de dolor. Ya no estamos esclavizados a la ineluctable ley de la naturaleza y, por tanto, por el *interés* elemental de liberarnos de su esclavitud. Nuestros intereses y esperanzas se orientan hoy al mejoramiento de la condición humana, a la ampliación de la comprensión del mundo, al aumento de nuestra capacidad para ser felices y a la elevación

² GEORGE ORWELL: 1984. Pág. 208.

³ GEORGE ORWELL: 1984. Pág. 209.

⁴ GEORGE ORWELL: 1984. Pág. 214.

de nuestro nivel moral. Pero el interés —los intereses, mejor— del hombre es frágil, ambivalente y enfermizo. Junto al gran proyecto de una «humanidad mejor y más solidaria» existe el dinamismo destructor de una «humanidad crispada sobre sí misma, egoísta e insolidaria».

VISIONES UTOPICAS DE LOS ADELANTOS MEDICOS

A nivel de las esperanzas tengo siempre presente una de las *visiones* concretas a partir de la cual se esboza nuestra posible humanidad: las del simposio patrocinado por CIBA en 1962:

- La victoria sobre las enfermedades provocadas por virus y bacterias da pie a la visión de un *mundo esterilizado*.
- El desarrollo de los psicofármacos lleva aparejada la utopía de una *vida sin dolor*.
- La técnica ya iniciada del trasplante de órganos conduce a la idea de que las partes del cuerpo que admiten recambio son susceptibles de una *vida inacabable*.
- La nueva eugenesia posibilita el control y la *aceleración de la evolución* humana. Esta nueva eugenesia lleva implícita la visión de que, en el futuro, los hombres crearán *mejores generaciones humanas*.

Mundo esterilizado, vida sin dolor, vida inacabable y mejores generaciones humanas: he aquí una formulación concreta en la utópica visión de una de las facetas humanas, la de los adelantos en biomedicina.

Ciertamente esta es una posible vida humana, pero lo que yo me pregunto es si es ésta, en concreto, la vida que queremos en realidad. Desde que el hombre suelta las amarras de su dependencia respecto a la naturaleza y en la medida en que se apodera de ella, pasa a ser «hombre», es decir, persona susceptible de transformación. Actualmente cuenta cada día con mayores posibilidades de determinar no sólo su vida espiritual y privada, sino también incluso su existencia física y social. Pero la liberación y el poder solamente interesan mientras uno carece de ellos. Cuanto más los va conquistando el hombre, tanto más cuestionable resulta la proyección y vivencia de lo humano. «¿Para qué existen los hombres?». Esta cuestión fue planteada repetidas veces en el simposio, ya mencionado, patrocinado por CIBA y celebrado en Londres en 1962. Julián Huxley hablaba, allí, de que, tras la lucha por la existencia, pasaría a primer plano cada vez con mayor fuerza el «afán de cumplimiento», es decir, de realización de posibilidades humanas. Ahora bien, ¿qué posibilidades han de realizarse y cuáles no?, ¿qué parámetro de humanidad debemos emplear para discernir que conviene llevar a cumplimiento tal posibilidad y que conviene anular tal otra?; ¿cuál es el

poder de decisión y a qué tribunal apelar cuando exista duda o enfrentamiento?

Cualquier conducta humana no se limita a resolver los problemas existentes, sino que también suscita problemas nuevos. La mayor parte de las veces ocurre una cosa distinta de la que se ha pensado y programado. Estos problemas nuevos, que hay que abordar, se podrían concretar en tres:

- De todo lo que el hombre puede usar, puede también abusar. De ahí que el progreso de la biomedicina, y de cualquier otro progreso que afecte a la humanidad, sea ambivalente mientras el hombre sea un ser inseguro.
- Las esperanzas se pueden ver defraudadas si no se cumplen. Pero también pueden ser decepcionadas por su cumplimiento. Por lo que respecta a las utopías biomédicas, que hemos mencionado, el problema humano subyacente no es su supuesta inviabilidad, sino su probable realización.
- Todo progreso en un ámbito de la vida desequilibra el sistema global de la existencia humana. Por eso en los progresos parciales hay que recuperar constantemente el equilibrio. El simbolismo del lenguaje, los códigos jurídicos y las relaciones humanas necesitan un reordenamiento.

Para transmitir esa ambivalencia, que subyace a los temas de humanización que estamos tratando, nada hay más eficaz que «darse un paseo» y dejar que aflore a la conciencia lo que nuestros ojos y oídos van percibiendo por cualquiera de las instituciones públicas para los enfermos «pobres del seguro social». Todas estas instituciones están regidas por la conciencia social; es decir, las cosas obvias que fácilmente despiertan sentimientos convencionales de bien y de mal son tomadas en cuenta dentro de los límites de presupuestos pobrísimo, pero de todo lo demás no se hace el mayor caso.

Por ejemplo, una institución puede contar con abundantes medicinas y suficiente gasa esterilizada, pero las medicinas a menudo son administradas por personas ignorantes y la gasa es contaminada por ayudantes mal entrenados. La ropa de cama, aunque sea suficiente, tendrá un color grisáceo a causa del ahorro en jabón y en blanqueadores. La alimentación quizá sea adecuada, pero la administrarán a manera de línea de montaje y los pacientes la comerán dentro de límites obligatorios de tiempo. Cada cama quizás tenga una manta delgada, suficiente para la temperatura regulada de la institución, pero si la calefacción se descompone, o si el personal decide abrir las ventanas, cuando afuera hace una temperatura de congelación, los pacientes se quedan sin protección. Así, si la conciencia social se pusiese a averiguar si sus enfermos tienen bastante de lo que

necesitan, la respuesta sería sí, y la conciencia social, fácilmente engañada por las apariencias y las cosas pequeñas, se pondría a dormir.

Interesada siempre más en las apariencias exteriores que en la realidad interior, ansiosa siempre de no alterarse o de no comprometerse demasiado, temerosa de «¡mimar!» a sus encomendados y más inclinada a la expresión de impulsos que de valores, la conciencia social no se deja conmover para que se preocupe de la «humanidad». De ahí que la degradación espiritual y la desesperanza de sus obsoletos pacientes no parezca ser de su incumbencia.

A la conciencia social le afectan las cosas que tienen «elevada visibilidad», como los suelos limpios, las paredes recién pintadas y la abundancia de suministros médicos. Mucho más que las que tienen «visibilidad baja», como el trato personal.

Cualquier empleado de cualquier hospital para enfermos mentales podría suscribir esta secuencia: «Cuando sale uno del trabajo, ellos —familiares, instituciones sociales, un observador sencillo— averiguarán si la ropería está limpia, pero no si ha hablado uno con un paciente». En este tipo de instituciones, y también en instituciones masivas, el supervisor averiguará si un paciente ha sido bañado o no, pero no si el asistente que lo hizo empleó un poquito más de tiempo mientras lo bañaba, tratándolo como si fuese un ser humano y no como algo inanimado. Puesto que demasiados minutos consagrados a un ser humano harán que un asistente se demore y no pueda llenar su «cuota» de pacientes, se les lava como si fuesen una fila de excusados, y su intimidad es violada, porque no hay tiempo para andar moviendo biombos o para cambiar las ropas de cama de manera que se respete el pudor del paciente.

En muchas sociedades primitivas, se cree que el alma abandona el cuerpo en el momento de la muerte, o un poquito antes; ahora, y cada vez más, la sociedad expulsa los restos del alma del enfermo institucionalizado, mientras lucha por conservar vivo su cuerpo. La rutina, la desatención afectiva, el descuido de la intimidad y la privación de comunicación —la oportunidad de hablar, de responder, de leer, de ver cuadros en la pared, de que lo llamen a uno por su nombre, en vez de por un «tú», o por ningún nombre— son las formas en que millones de seres humanos que en otro tiempo fueron útiles, pero que ahora son obsoletos, se separan de sus «yos» mucho antes de bajar a la tumba.

Junto a las llamadas *utopías positivas* hay que poner, en paralelo, una cifra igual de *utopías negativas*.

Así, si es verdad que nuestra sociedad puede organizar un servicio de salud pública, extensiva para todos, también se puede producir la estrategia de la guerra bioquímica y la dominación de una minoría

—llámese Partido, como en Orwell, o llámense «hombres alfa», como en Huxley—, genéticamente superdotada, sobre masas idiotizadas por procedimientos bioquímicos. Aun sin estas especulaciones extremas, si estamos en condiciones de afirmar que mientras el incremento de poder va venciendo las necesidades elementales, el uso constituye un resultado obvio; pero cuando traspasa el límite de lo necesario, puede utilizarse en contra de la vida y producir nuevas necesidades esclavizantes.

Utopías positivas y negativas deben pasar, necesariamente, por toda empresa que se tome en serio la humanización. Y así, es cierto que la biología y la medicina han disminuido la mortalidad, pero para ello han dejado rienda suelta a la explosión demográfica. Han superado una cierta selección natural, pero a cambio de ello han aceptado un empeoramiento del patrimonio hereditario. Han combatido los dolores y han creado un problema universal, el problema de la droga.

Cualquier gramo de libertad que consiga el hombre, en cualquiera de sus posibles campos de aplicación, lleva rigurosamente implícito otro gramo de dependencia social. Una nueva *política* social ha de establecer la justa participación en la realidad de la humanidad. Lo que asusta, en este caso, no es que sea una política justa, sino si es una política humana.

Si tuviera que ser posible —y esto es también una utopía positiva— una vida sin dolor, inacabable y mejorable dentro de un mundo aséptico, se cumpliría una esperanza de la humanidad, pero a la vez se perdería un sueño —utopía negativa—, ya que entonces habría que preguntarse qué sentido puede tener esa clase de vida y para qué existen estos hombres.

Porque una vida sin dolor ¿no es también una vida sin amor? Una vida sin resistencia ni lucha, ¿no es también una vida apática? Una vida inacabable, ¿no es una vida aburrida, desprovista de su carácter único e irrepetible? La monotonía, el aburrimiento y la pobreza experiencial son en la actualidad problemas humanos. Cuanto más se satisfacen los intereses y esperanzas humanas mediante el progreso de las ciencias, tanto más se disuelven las motivaciones y empeños que impulsan esos progresos.

Los hombres ya no saben lo que piensan al decir: «yo» o «mi cuerpo», «vida» o «muerte». Y no lo pueden pensar porque se les ahorra el esfuerzo conativo para sentirse, experienciarse y vivirse como una unidad. ¿Por qué razón el progreso de la ciencia va a acrecentar la creatividad de los hombres cuando la mayor parte de las creaciones humanas de esta socie-

dad son formalizables y pueden ser asumidas por máquinas? Cada año, como profesor de psicología, me encuentro con alumnos pasivos, preparados para registrar montones de datos en su memoria, pero totalmente inútiles —y con una inutilidad agresiva— para cualquier pensamiento individual, para cualquier esfuerzo personal creativo.

Cada vez más, me dan la impresión de máquinas robots que vomitan todo aquello que sea espontáneo y sorprendente; que son alérgicos a lo improvisado e incapaces de entender que lo que han pensado otros también pueden pensarlo ellos.

Lo mismo pasa con la felicidad. ¿Cómo puede aumentar la capacidad de dicha del hombre si ya no se puede definir la felicidad? No basta con construir imágenes que profieran acústicamente la fórmula «yo soy feliz». Cuanto más vaya siendo posible la condición humana que hasta ahora se buscaba, tanto más habrá de reinterpretarse y reformularse abiertamente ese humanismo para que, junto con las posibilidades, se inicie también algo que tenga sentido.

Se ha dicho que quien critica sin proponer nada para mejorar las cosas, mejor haría en quedarse callado. A mí, esto me parece tanto como decir que quien no sabe hacer un asado nada debería decir cuando se le sirviese quemado. Me sospecho que esto pertenece a la misma categoría que el triste argumento de quien no pueda resolver el problema de «los bloques» no debería oponerse a las pruebas con bombas nucleares. Sea como fuere, yo no formo parte de los críticos habituales que nada tienen que ofrecer. Estoy en esa edad de «serena producción», «de equilibrio atento, pero permisivo y bonachón». Conservo, para ciertos asuntos, la suficiente ironía como para que no haga malas digestiones. Y sí tengo algo que ofrecer: La evolución del hombre a partir de los animales inferiores y la brutalidad de la historia «civilizada» muestran que el hombre va de desdicha en desdicha; pero también demuestra que el hombre a veces ha sido *empujado por la desdicha* a la luz, aunque nunca la haya aceptado sin luchar ferozmente. Quizás sea este el plan que marca la vida para el *Homo sapiens*, hasta que llegue el tiempo en que, si no se ha destruido a sí mismo, se dará cuenta, a través de la desdicha, de ese destino de perfección que misteriosamente se le ha asignado.

A mi entender, el problema más grave del hombre es el de conocer sus miedos y el de no ser gobernados por ellos hasta el punto de que destruyan sus recursos creadores. Sócrates dijo: «Conócete a ti mismo»; y en esto queda comprendido, naturalmente, el «conoce tus miedos».

A mi entender, y además de conocer nuestros límites emocionales, el problema del hombre estriba en aceptarse, amarse y vivenciarse.

Cuando la vida no puede ser aceptada, amada y vivenciada ya no nos hallamos ante una vida humana.

Si un niño no percibe que es aceptado, cae enfermo. Si un hombre no se acepta a sí mismo, pierde su vitalidad. Si una vida ya no es vivenciada, está muerta. La vida humana está viva mientras existe en un mundo de referencias y relaciones.

Por eso, porque se debe amar, aceptar y vivir *apasionadamente* la vida, se levanta mi rebelión visceral contra el mundo que describe Musil:

«La sociedad post-industrial es un mundo de atributos sin hombre, un mundo de vivencias sin alguien que las viva, y casi parece como si el hombre ideal no fuere ya vivenciado de ningún modo en la dimensión privada y el peso amigable de la responsabilidad hubiera de disolverse en un sistema formal de significaciones posibles»⁵.

Empecé sencillamente, tratando de traslucir lo más inmediato y cotidiano de nuestra humanidad. Empecé por la Revista, y su nueva andadura; hablé de mí y de mis fantasías; puse, como noticia caliente, la compleja operación de los trasplantes de hígado en Bellvitge. Empecé, sobre todo, llamando por su nombre a Juan y a Estíbaliz.

Con ellos me quiero quedar. La ciencia ha conseguido, respecto a ellos, romper el ciclo fatal de su propia existencia y les ha concedido *más tiempo*, desde ese momento el tiempo ya no es una dimensión inexorable de la existencia humana. Juan y Estíbaliz pueden hacer la experiencia de que parte de su cuerpo tiene una cualidad de *vida inacabable*. Ahora bien, si los órganos de sus cuerpos pueden cambiarse —como las piezas que posee el automóvil— a nivel de su identidad ¿es posible que experimenten una cierta disgregación del yo? El trasplante de órganos implica necesariamente la domesticación de las partes implantadas. Pero esto no ocurre sólo con el cuerpo, que tiene que admitir una parte ajena en un principio, sino también con el yo, en cuanto centro organizador del cuerpo. Por ello el difícil proceso de objetivación de la corporeidad como cuerpo implica inversamente un proceso, no menos difícil, de subjetivación del cuerpo como corporeidad del yo.

Este es un tema en el que hay que pensar, hay que pensar deprisa, porque en ello nos va la dimensión de humanidad. Hoy son los trasplantes, pero también las máquinas, las guerras y esa especie de cáncer de la apatía que nos está matando la vida.

Por mi parte, sigo sin saber lo que es un balance, ni una nómina domiciliada, ni cómo se rellena un impreso. Por mi parte, me disgustan las máquinas de IBM y siento como policial el proceso de las auditorías. Por mi parte, prefiero que mi reloj vaya atrasado o adelantado, porque de este modo lo corrijo. Hoy, ahora mismo, acabo de hablar con el subdirector de un hospital para que me oriente sobre un caso de distrofia de Barraquer de Simons; no sé lo que es; pero, en cuanto al tratamiento, me he saltado las burocracias y he descansado en la amistad de quien sabía más que yo y podía orientarme.

Todo esto es importante para mí porque, como el protagonista de Orwell, Winston Smith, es un modo de rebelarme contra un mundo que lo percibo como monolítico, alienante y deshumanizador.

⁵ R. MUSIL: *El hombre sin atributos*. Barcelona, 1975.

ANTROPOLOGIA DE LA ENFERMEDAD

(Aproximación para una reflexión teológico-pastoral)

Se trata de un recorrido analítico, profundo desde el que el autor nos presenta los diversos criterios por los que ha pasado el concepto «enfermedad», desde los primitivos, pasando por la aportación del cristianismo, hasta llegar a la concepción antropológica, biográfica, con una concepción del enfermo como persona. Al final, después de haber sentado las coordenadas antropológicas, el autor apunta a unas aplicaciones pastorales. Consideramos el tema de gran aporte para una reflexión de contacto humanístico y pastoral.

JOSE M.^a FONDEVILAProfesor de la Facultad de Teología
Barcelona

Cuenta Siebeck que von Leyden solía decir a sus discípulos: «El primer acto del tratamiento es el acto de dar la mano al paciente». Y Claudio Bernard había escrito que «el médico se ve obligado a no olvidar en sus tratamientos eso que llaman influencia de lo moral sobre lo físico». No hay duda: desde la caverna prehistórica el tratamiento ha sido y ha tenido que ser siempre, de un modo u otro, psicosomático. Así lo impone la condición a la vez «natural» y «personal» del ser humano.

DOBLE ENFOQUE DE LA MEDICINA
Y DE ENTENDER LA ENFERMEDAD

Para todos los pueblos que integran la cultura primitiva superior, la enfermedad es un castigo que el hombre enfermo ha recibido de los dioses por haber violado la ley moral de un consciente o inconsciente. Sin embargo, el *semita* concibe los seres y las fuerzas

de la naturaleza como una *teofanía*, el *indoeuropeo*, en cambio como una *realización* de la divinidad; algo en que ésta se hace corpórea. Esta diferencia, mínima y meramente incoada al comienzo, va haciéndose, con el transcurso del tiempo, cada vez más ostensible. La religiosidad semítica es *personalista* y ética: Dios es «el Señor». Los pueblos indoeuropeos, en cambio, irán orientándose hacia una visión del mundo más puramente *naturalista* o física. ¿Qué consecuencias va a tener, desde el punto de vista del pensamiento médico y de la actividad terapéutica, esta sutil diferencia inicial entre la fracción semítica y la fracción indoeuropea de la cultura primitiva superior?

Estudiando la enfermedad en la cultura asirio-babilónica y en los poemas homéricos encontramos graves y decisivas diferencias en lo tocante a la «patogenia». Para los asirios, la causa próxima de la enfermedad, es una impureza moral. Para los griegos un objeto corpóreo, *físico* —las flechas que dispara Apolo— y la impureza —también corporal y *física*— que de

estas flechas resulta. Esta diferencia aparece más en la índole del *tratamiento* empleado. En la medicina asiria: el tratamiento es *penitencial*. Para el griego lo verdaderamente resolutorio del tratamiento es el *baño lustral*. Ambas prácticas tienen un sentido religioso; pero la religiosidad asiria se orienta en un sentido personalista y moral, y la helénica lo hace en un sentido físico y naturista. La «higiene» del asirio es primariamente espiritual; la del griego, es somática.

Dos mundos distintos y dos distintas concepciones de la enfermedad. Para el semita antiguo, es un pecado, una impureza moral. El asirio orienta su concepción de la enfermedad, según lo que Kant llamará *homo noumenon*, la dimensión personal, íntima y libre del ser humano. Para el griego es una mancha material, una impureza física. Orienta su interpretación conforme a la idea kantiana del *homo phaenomenon*; el hombre como animal racional, como un peculiar fragmento de la naturaleza universal o *Physis*.

LA MEDICINA GRIEGA, SOPORTE DE LA MEDICINA DE OCCIDENTE

La medicina asiria no llega a progresar. En cambio la medicina griega, aparte su espléndido florecimiento, desde Hipócrates hasta Galeno, ha constituido el suelo de toda la maravillosa medicina de Occidente, desde Constantino el Africano hasta Fleming. De Grecia arranca la visión de la enfermedad desde el punto de vista de lo que el hombre es «por naturaleza». Pero, ¿no habrá prevalecido excesivamente este puro atemimiento de la patología a la «naturaleza» humana; más aún, a lo que de corporal hay en la «naturaleza» o *physis* del hombre? ¿no llevará en su seno, a modo de vicio de origen, una esencial y tal vez peligrosa limitación?

La intuición de Homero —la enfermedad como mancha *física*, susceptible de tratamiento mediante un rito lustral— llegará a ser doctrina científica cuando la mente griega haya sabido construir una teoría de la realidad física, un saber suficiente de la *physis* o «Naturaleza». No otra fue la hazaña intelectual de los *physiologi* presocráticos, desde Tales de Mileto hasta Anaxágoras y Demócrito. Estos enseñarán que lo divino por excelencia es la *Physis*, la Naturaleza, y tratarán de entenderla científicamente. Fieles a esta actitud los médicos del siglo v verán la causa próxima de todas las enfermedades en un desorden de la *physis* de quien los padece; y su causa remota, en una alteración de las relaciones vitales entre la individual *physis* del enfermo y la *Physis* universal. El «castigo de los dioses» se ha convertido en «desorden de la divina naturaleza».

En los siglos v y iv, junto a la medicina «oficial» o «hipocrática» existía otra de orientación nada «fisiológica». Platón nos describe esta «medicina psicoterápica». Exige a la vez remedios medicamentosos y

«bellos discursos», cuya acción curativa les viene de su capacidad para producir la serenidad o templanza en el alma de quien los escucha; esta serenidad es expresamente referida al conocimiento de sí mismo. No se puede partir la medicina en una «somaterapia» y una «psicoterapia», el médico debe ejercitar las dos al mismo tiempo. Junto a esta había otras formas de medicina «no-fisiológica».

En los siglos v y iv en Grecia coexistían, pues, dos modos de concebir la enfermedad y de asistir al enfermo. Es la coexistencia de una patología que no supo ser «psicosomática» y de una psicoterapia religiosa que no pudo hacerse patología. Con razón dice Platón que era común defecto el intentar ser médicos *separando* la solicitud por la salud del cuerpo y el cuidado de la serenidad del alma.

Sin embargo, fuese «fisiológica» o «creencial» la medicina griega no dejó de ser fiel al radical *naturalismo* de la mentalidad griega. El hombre era entendido según su pura «naturaleza», no según lo que nosotros llamamos su «persona». Las propiedades en que se expresa la condición moral del ser humano —su intimidad, su libertad, su responsabilidad moral— fueron consideradas sólo física y hasta sólo somáticamente, por todos. Los patólogos y terapeutas griegos, y más aún cuando el «naturalismo fisiológico» o «científico» fue prevaleciendo en medicina sobre el «naturalismo creencial» o «paleorreligioso». Eso aconteció en los dos siglos que precedieron a la era cristiana. Otros dos siglos más tarde, con la ingente obra de Galeno el triunfo histórico del naturalismo médico quedará irrevocablemente asegurado.

GALENO Y SU CONCEPCION DE LA ENFERMEDAD

La «enfermedad» es para Galeno una disposición preter-natural del cuerpo, por obra de la cual padecen inmediatamente las funciones vitales. La enfermedad de un hombre es siempre sólo un *estado de su cuerpo*: fuera del cuerpo enfermo —en el medio exterior o en el alma— pueden haber *causas* de enfermedad, más no enfermedad propiamente dicha. Y así, una de las «sex res non naturales» —las posibles causas externas o primitivas de la etiopatología galénica— se halla constituida por los *afectos del alma*. Cualquiera de éstos puede actuar, supuestas ciertas condiciones, como causa externa de enfermedad, o ser ocasional *symptoma* del estado morbozo. Es a la vez «fisiopatológico» y «psicosomático». Pero no supo aprovechar la possibili-

dad de su propio pensamiento. No supo ser «biográfico» ni «personal».

Para Galeno, toda la vida moral es de la incumbencia del médico y el pecado un desorden del alma humana referible a la fórmula con que él define la enfermedad: «disposición preternatural» de la «naturaleza del hombre».

La intimidad, la libertad y la responsabilidad humana son temas de la *physiologia* o «ciencia de la Naturaleza»; y sus perturbaciones, así las puramente pasivas como las pecaminosas, objeto de la reflexión y de la operación del médico «fisiólogo». Comenzó el griego interpretando la enfermedad humana como un castigo de los dioses; su originaria mentalidad «naturalista» le hizo concebir la realidad de ese castigo ético en sí mismo —como una mancha «física» del enfermo; pero más tarde, la divinidad fue para el médico heleno la misma *physis*, la «Naturaleza», y las enfermedades del hombre aparecieron ante sus ojos como «divinas» en cuanto consistentes en alteraciones «naturales» o «físicas» y en cuanto dependientes de un desorden en la viviente economía de la realidad «natural»; por fin con Galeno, se pensará que el desorden moral no es sino vida «parà fisin» de la naturaleza humana, y por tanto estricta incumbencia del médico. De afirmar míticamente que la ética tiene expresión física (Homero), se ha venido a sostener técnicamente que la física —la «fisiología»— constituye el solo fundamento de la ética (Galeno).

Pone por tanto Galeno una relación entre *enfermedad* y *pecado*. Sin embargo, entre él, elaborador de una medicina «naturalista» o «física», y los médicos asirios (siglos VIII y VII), (su medicina es «personalista» y ética), puede establecerse una simetría antitética. Para el médico asirio, el enfermo es, ante todo, *un pecador*, (el pecado es causa de la enfermedad); para Galeno, el pecador es, ante todo, *un enfermo*. (La enfermedad produce el pecado). La fisiología es el solo fundamento de la ética. El *semita* ve la realidad natural del hombre desde el punto de vista de la libertad y de la responsabilidad moral del ser humano; el *griego*, en cambio, entiende la íntima libertad y la constitutiva responsabilidad moral de las acciones humanas desde el punto de vista de la naturaleza de quien las ejecuta. Ahí está la limitación y superioridad de cada uno de las dos antagonistas, y de ello procede la índole de su respectiva medicina. Lo interesante en ambos está en que relacionan íntimamente: enfermedad y pecado. Galeno no es sólo el médico que levanta a la medicina griega hasta su ápice, es también el maestro de toda la Cristiandad antigua y medieval, y esto reduplica la importancia histórica de su obra. Los Padres de la Iglesia, conjugando estos principios con el mensaje cristiano, darán un paso más.

LA ENFERMEDAD SEGUN EL CONCEPTO CRISTIANO PRIMITIVO

La enfermedad humana y su tratamiento adquiere nueva luminosidad a través del Cristianismo primitivo a causa de la novedad antropológica que presenta. No se hizo hombre el Verbo para enseñarnos lo que el hombre es, sino para predicar el «Reino de Dios» y mostrarnos su vía hacia él. Pero la predicación de Jesús suponía un cambio muy profundo —radical, a veces— en la visión humana del mundo y del hombre. Está en el centro de esta predicación la afirmación *explícita* de la intimidad psicológica y moral del individuo humano (Mt 5, 21-28), la afirmación terminante de la radical supramundinidad de todo hombre, en cuanto ser creado por Dios, a imagen y semejanza suya y capaz de hacerse «hijo de Dios». Es, por consiguiente, un ente constitutivamente «trans-natural» o «trans-físico», y en esta dimensión de su ser, que constituye su intimidad ontológica, es a la que se atribuyen en último término su intimidad psicológica, su responsabilidad moral y su libertad. Ella es pues la que hace que todo hombre sea *persona*, además de su «naturaleza». La perfección en las relaciones humanas consiste en el amor de caridad: es decir, un amor (*ágape*) que, a diferencia del amor helénico (*éros*, amor de deseo o de aspiración), sea liberal donación de sí mismo, efusión del ser en plenitud hacia el ser en menester o en privación.

A través del mundo helenizado ganará el cristianismo su primera forma histórica; en él se hará realidad social su actitud frente a la enfermedad humana. A mediados del siglo III son temáticamente tratados el pecador y el pecado *como si* fueran un enfermo y una enfermedad. Los textos que lo demuestran son copiosos e impresionantes. Un siglo más tarde, Gregorio de Nisa tratará de entender científicamente la realidad psicológica del pecado según las enseñanzas de Platón y Galeno. De la metáfora medicinal se ha pasado a la teoría medicinal del pecado.

Obsérvese lo ocurrido. Galeno, patólogo griego y persona consecuente, declara de su incumbencia los pecados y errores del alma; el pecado es para él, como la enfermedad, una *diáthesis parà physin* (disposición preternatural) del ser del hombre.

Gregorio de Nisa no puede aceptar íntegramente el punto de vista de Galeno: el pecado tiene una raíz (la libertad) y un término de imputación o referencia (el espíritu personal) de orden transfísico, espiritual. Pero en su ejecución, y una vez cometido, el pecado es también un *estado del ser físico del hombre*, susceptible de intelección científica según lo que la naturaleza del hombre es. Su condición de cristiano entero

e ilustrado le impide ver en el pecado una «enfermedad física», como ha dicho Galeno; pero su situación de hombre helenizado le lleva a ver y a tratar al pecador como si fuese un enfermo. El común sentir del cristianismo antiguo fue la plena aceptación de la medicina griega en su forma galénica, de fines del siglo II.

Si Dios es absolutamente impasible e inenfermable («apasés»), ¿cómo el hombre, su imagen, puede padecer enfermedad? La enfermedad hace al hombre aflicción sensible y es un desorden de la naturaleza: así han enseñado a decirlo los médicos griegos. ¿Cómo ha sido posible y cómo ha llegado a ser real ese desorden, en cuanto genérica disposición de la naturaleza humana? ¿Qué sentido tiene dentro de la economía de la creación? No se busca un saber que en sentido estricto pueda ser llamado «médico», sino una doctrina «teológica» acerca de la vida humana capaz de explicar su ineludible vicisitud morbosa. Una doctrina teológica de la enfermedad no puede reducirse al problema del primer origen de ésta; ha de responder a la vez, al de su sentido en la economía de la creación; el cual sentido se halla en próxima conexión con el de otros dos accidentes de la existencia: *el mal y el dolor*.

La teología de la enfermedad viene a coincidir, en cuanto al sentimiento del «páthos» morboso, con la teología del dolor humano.

Todo hombre se halla constantemente en disposición de enfermar. Todo hombre, de un modo u otro, en una u otra edad de su vida, llega a padecer enfermedad. He ahí dos tesis nunca desmentidas por la experiencia. Lo cual no quiere decir que su mero enunciado deje de plantear a la mente graves cuestiones antropológicas. Esa genérica disposición humana al padecimiento morboso ¿ha existido siempre? Si no es así, ¿cuándo y cómo apareció sobre nuestro planeta? Y en cualquier caso, ¿qué puede decirnos la teología cristiana acerca del tema?

PENSAMIENTO QUE SUBYACE EN LA TEOLOGIA DE TRENTO

La teología post-tridentina, enlazando con los Padres griegos y orientales, movidos tal vez por una mentalidad platónica (alejandrinos, capadocios y antioquenos), afirma que si Adán y Eva no hubiesen violado la ley divina, su descendencia habría crecido y prosperado exenta de la actual servidumbre del dolor y de las enfermedades del cuerpo y del alma. Pero Adán fue hombre de carne y hueso, no idea platónica.

A consecuencia de la primera falta, no ha cambiado el «qué» de quienes hacen la historia, sino el «qué» de la historia por ellos hecha.

En tal caso, ¿será posible concebir de un modo nuevo el origen de la enfermedad y la relación entre ella y la naturaleza humana?

Según una idea universalmente admitida, entre la salud y la enfermedad hay transición continua. Galeno hablaba de estados en que el cuerpo es «neuro», ni sano ni enfermo. Hoy afirman los patólogos que la diferencia entre el estado de salud y el de enfermedad, no es cualitativo, sino cuantitativo. Ni el sentimiento subjetivo del paciente, ni la observación objetiva del médico permiten hablar de un «hiato» entre el cuerpo sano y el cuerpo enfermo.

Si la enfermedad es por su propia esencia un estado aflictivo de la existencia humana, no es menos cierto que resulta posible concebir una economía del dolor propia del estado de justicia original.

Si la afección dolorosa apenas es óbice para la relativa felicidad terrena, en el caso de la naturaleza caída, cuando el espíritu del que la padece ha llegado a un alto grado de perfección, mucho menos pudo serlo para quienes de modo tan expedito y consciente se hallaban enderezados al fin divino de la existencia humana, sin que existiera la opacidad del pecado. ¿Acaso, dentro de nuestro estado, no es frecuente ver que una misma afección psicofísica es «sentida» de modos diversos, según la ocasional situación del ánimo que la percibe? Más que una realidad objetiva y necesaria, el dolor es un variable modo subjetivo de sentir la realidad.

En consecuencia, parece razonable afirmar que la enfermedad, en cuanto afección inherente a cualquier forma de vida orgánica (vegetal, animal o humana, virus, célula independiente u organismo pluricelular), ha existido siempre sobre nuestro planeta desde que en él existen seres vivos; y la enfermedad humana, siquiera como posibilidad próxima en la humana naturaleza, existe desde el instante en que el hombre fue creado.

Una vida individual y social realmente virtuosa no preservaría al hombre de la enfermedad, pero haría menos frecuentes sus enfermedades. La clasificación de las neurosis que Kraepelin propuso (simbiantopatías, homilopatías, ponopatías, etc.) podría lícitamente ser aplicada a la totalidad de los modos humanos de enfermar, incluso los más «orgánicos». ¿Acaso una hipertensión arterial no puede ser una «ponopatía»?

¿EXISTE ALGUNA CONEXION GENETICA ENTRE LA ENFERMEDAD Y EL PECADO PERSONAL?

Más modernamente y no precisamente dentro del ámbito cristiano.

- Una amplia fracción del romanticismo médico alemán afirmará la existencia de una relación esencial entre la enfermedad y el pecado.

- Y, desde su respectivo punto de vista, igual han expresado León Tolstoi, Mary Baker Eddy y todos los adeptos de la *Christian Science*.
- Mahatma Gandhi ha escrito: «El hombre cuyo espíritu vive en el buen camino no enferma».
- A tan amplia serie de opinantes deben ser añadidos los secuaces de la actual antroposofía alemana.
- Finalmente, casi todos los iniciadores de la llamada «medicina psicosomática» coinciden en la tesis de una conexión biográfica entre la enfermedad y ciertas crisis de la vida personal.

En cuanto a la *génesis inmediata* de las enfermedades humanas, la teología deja en plena libertad a la mente del médico; qué cosas sean en sí mismas y de qué procedan inmediatamente la leucemia o la diabetes, son cuestiones que Dios ha querido relegar a la libre discusión de los hombres. ¿Puede contentarse nuestro espíritu, sin embargo, con lo que la ciencia médica vaya diciendo acerca de la enfermedad? Ante el hecho constante de la enfermedad y de su distribución entre los hombres, tantas veces azaroso e incomprensible, ¿puede uno impedir que la interrogación *causal* se levante de nuevo en su alma? ¿Por qué los hombres caen enfermos, por qué el tremendo hecho antropológico del padecimiento morboso? Aunque la enfermedad no sea en sí misma un mal, no por ello deja de ser un modo de vivir aflictivo, sea aguda o tediosa la aflicción que produce.

MYSTERIUM DOLORIS, MYSTERIUM CRUCIS

Claro que no podemos poner una relación causal esencial entre pecado y enfermedad simplemente y siempre. La razón por la cual existen enfermedades y dolores en el tránsito terreno del hombre, es, en último término, un «*mysterium doloris*», dice Laín Entralgo, un misterio impenetrable.

Rebelde o resignado, el hombre ante la enfermedad, manifiesta que ésta y el dolor tienen su razón última de ser en un profundísimo *mysterium doloris*; un misterio en cuyo fondo late, insondable, la providencia de Dios, el *Mysterium crucis*.

¿Es posible bucear dentro de ese *mysterium doloris* en lo que a la enfermedad atañe? Desde su propio campo, el médico se esfuerza por descubrir el «sentido de la enfermedad» en el curso de la existencia de quien la padece; desde el suyo, el teólogo trata de comprender el «sentido del dolor» en la economía soteriológica de la creación.

El «sentido biográfico» de ciertas neurosis fue descubierto por la investigación psicoanalítica (Freud,

Adler, Jung). Movidos por ese resultado varios psicoanalistas, y, poco más tarde, los dos principales grupos rectores de la «medicina psicosomática» —el alemán (von Weizsäcker y su escuela) y el norteamericano— han llevado tal investigación al terreno de las enfermedades llamadas «orgánicas». Muchas de ellas revelan poseer un «sentido biográfico» comprensible: coinciden con situaciones críticas de la vida personal del paciente, proceden, en parte, de una activa elaboración inconsciente, y presentan una forma sintomática susceptible de interpretación, a la luz de la psicología profunda. Si se tiene en cuenta la gran frecuencia con que el análisis psicológico descubre sentimientos de culpabilidad en las neurosis más diversas y en las crisis de la existencia personal, no será difícil advertir que la investigación médica ha venido a plantear de un modo inédito el problema de la relación entre la enfermedad humana y el pecado. En el caso de la enfermedad, el *mysterium doloris* se hallaría parcialmente determinado por el modo como el hombre hace, soporta o afronta su propio destino personal. Sin embargo, en el fondo de las enfermedades más transparentes a la mirada del psicólogo hay siempre algo opaco, azaroso e incomprensible. Algo, en suma, que las retiene dentro del *mysterium doloris*.

Ni la experiencia del médico ni la reflexión del teólogo logran esclarecer plenamente el abismal misterio del dolor humano.

Sin embargo la clara distinción esencial entre enfermedad y pecado, tanto para el médico como para el teólogo, no puede excluir su mutua relación. Esta relación no sólo es *analógica*, sino también *genética*.

Dice Laín citando a Beckemann:

«La acción nociva del *actus peccati* sobre la salud corporal puede no ser súbita, sino muy lenta y paulatina; con lo cual determinados hábitos pecaminosos pueden ir modificando patológicamente la constitución fenotípica del individuo que los contrae, y alterando, como consecuencia, la normalidad de sus reacciones somáticas».

Todavía cabe una posibilidad más sutil. El pecado —entiéndase ahora esta palabra en su más amplio sentido, como transgresión de la ley moral que subjetivamente acepte y reconozca cada hombre— lleva consigo, a manera de inexorable reato, un sentimiento de culpabilidad. Pues bien: no es infrecuente que este estado de ánimo «se exprese» alterando de un modo simbólico o evasivo la función de algún órgano (neurosis) o lesionando si es muy duradero, los lugares de menor resistencia del organismo (enfermedades «por desgaste»). Debemos a la investigación psicoanalítica

y psicosomática el descubrimiento de este secreto género de conexión causal entre el pecado y la enfermedad.

La medicina de Asiria y Babilonia no pudo, por sí sola, ser el punto de partida de una «patología psicosomática». Atento a la «persona» moral del hombre, a su íntima responsabilidad frente a los dioses, el médico asirio desconoció la «naturaleza» humana o la subsumió plenamente en aquella. La persona del hombre se come a su propia naturaleza.

La medicina «creencial» griega no fue, por supuesto, «fisiológica», aun cuando no dejase de ser «física»; pero en modo alguno puede ser llamada «personal» y engendrar una «patología psicosomática». Se basa en la creencia, no en el saber; se reduce a la pura naturaleza del hombre, y es enteramente desconocedora de su intimidad, luego no es «personal».

La construcción galénica es la forma definitiva de la medicina «fisiológica» de los griegos. Ella es la que prevalece. Tuvo en cuenta lo que sucede en la *psychê* del enfermo, como perteneciente a la *physis*. Pero hay una ineludible propensión a convertir el «físicismo» o «naturalismo» de su patología en puro «somatismo». Desconocieron que una «naturaleza psicofísica» no puede ser real y verdaderamente humana sin un «supuesto personal» o «íntimo», fuente de la inteligencia racional y de la libertad, y término de imputación de la responsabilidad. La *physis* del hombre supone por necesidad que algo en ella es trans-físico.

EL HELENISMO MEDICO CRISTIANO

Pone diferencia esencial entre el pecado y la enfermedad, pero esto no arguye la independencia absoluta de uno y otro. Hay entre los dos una relación analógica, y puede haber, además, una relación genética. Al ser cometido, el pecado pasa de ser intención pecaminosa a ser acto psicofísico, y aun *diáthesis* o disposición psicofísica, cuando llega a hacerse habitual. Si la intención pecaminosa se engendra en el supuesto personal del hombre, es en su naturaleza psicofísica donde se realiza. Por eso puede ser «fisiológicamente» estudiado, y por eso, en cuanto desorden puede desordenar secundariamente la *physis* del hombre. Además, movido siempre por su idea del hombre, el cristiano intentará influir espiritualmente sobre la *diáthesis* psicosomática del enfermo. El amor de caridad y la palabra son sus recursos principales. Son muchos los textos de Santos Padres en este sentido.

El cristianismo logró superar la oposición entre el craso *naturalismo griego* y el abusivo *personalismo semítico*. Entre la doctrina del semita, que veía en el enfermo un pecador, y la tesis del

griego, que llegó a ver en el pecador un enfermo, halló una vía media, asumió en superior unidad la razón de ser de uno y otro, y, sin proponérselo, vino a hacer posible una verdadera patología psicosomática. Sólo posible.

Paradoja: Visión del hombre como persona, pero la enfermedad es considerada sólo desde la vertiente física.

En la medicina occidental ha existido siempre una grave aporía. Casi todos los médicos incluidos los más radicalmente apartados de la fe cristiana, han visto al hombre conforme a lo que enseña el cristianismo: como una «persona», como individuo viviente, racional, libre e íntimo, capaz, por tanto, de ensimismarse en su propio ser. Pero la patología de todos ellos sólo ha sabido considerar a la enfermedad humana según la vertiente «física» del ser del hombre, cuando no ha llegado al extremo de identificar entre sí «naturaleza» o *physis* y «cuerpo». Todos los médicos han sabido distinguir el pecado y la enfermedad, la vida íntima y moral y la vida física. Todos han sabido que entre estos dos niveles de la existencia humana hay una constante y multiforme relación, así en estado de salud como en estado de enfermedad. Corvisart (1806) proclama la imperiosa necesidad médica de atender al «*homme moral*» del enfermo, y no sólo a su «*homme physique*», pero a la hora de pasar de la clínica a la patología, todos han escamoteado ese «*homme moral*», a veces deliberadamente, a veces sin advertirlo.

Tres razones lo han determinado:

- La tácita e indiscutida vigencia del naturalismo en la antropología «científica» de Occidente.
- La carencia de un método capaz de abrir la intimidad del paciente (el diálogo con el enfermo).
- La falta de paciencia necesaria para obtener, mediante la inspección de la conducta del enfermo o el diálogo con él, hallazgos utilizables en una doctrina patológica y completa acerca del proceso morboso observado.

APORTACION DE FREUD A UNA MEDICINA ANTROPOLOGICA Y A UNA PATOLOGIA PSICOSOMATICA

a) El descubrimiento de la *rigurosa necesidad del diálogo con el enfermo*, así para el diagnóstico como para el tratamiento de la enfermedad. De una patología *visual*, se pasa a otra, a la vez *visual* y *táctil*, y también *auditiva*, atenta a zonas del ser y de la vida del hombre susceptibles de audición, comprensión e interpretación, más no de intuición eidética. Freud

cambia el sentido de la anamnesis. El diálogo anamnésico anterior era sólo testifical: el enfermo describía algo de que su yo había sido testigo pasivo: una enfermedad infantil, un dolor lumbar, etc. En Freud, la anamnesis se hace también *interpretativa*. En doble sentido: el enfermo dice al médico cómo él interpreta su propia vida, y el médico somete luego a interpretación psicológica cuanto en el enfermo ve y cuanto él oye. Este coloquio se extiende a zonas en la intimidad del enfermo hasta entonces inexploradas por el médico (proyectos de vida, creencias, sentimientos y recuerdos recónditos, etc.). Más aún, la palabra deja de ser puro instrumento de pesquisa y se convierte en agente terapéutico. Es la *psicoterapia verbal*.

b) La estimación diagnóstica y terapéutica del componente instintivo de la vida humana. Entre el «cuerpo» y el «yo» aparece un componente apenas considerado por el médico y el patólogo: el *instinto*. Un lazo para siempre sustraído a nuestra mirada entre el «hombre físico» y el «hombre moral», constituido, vivencial y operativamente, por los sentimientos, impulsos e instintos vitales.

c) El descubrimiento de la existencia y de la significación que en la vida del hombre tienen *los diversos modos de la conciencia psicológica*, se llamen «inconsciente», «subconsciente» o de otra manera.

d) Una aportación al conocimiento cabal de la influencia que la vida anímica ejerce sobre los movimientos del cuerpo, y éstos sobre aquella.

e) La preocupación por ordenar comprensivamente en la biografía del enfermo el suceso de la enfermedad. No son las enfermedades meros «quistes morbosos» en la trama de una biografía sana y normal.

La obra de Freud ha recogido la oculta razón de ser del abusivo personalismo en que incurrió la medicina semítica antigua, y ha realizado alguna de las posibilidades ofrecidas por el cristianismo primitivo a la inteligencia y a la operación del médico.

• El semita creyó en una esencial relación entre la enfermedad y el pecado: la enfermedad «es» la expresión primitiva de un pecado personal. Para Freud, fiel al «naturalismo» de Occidente, la neurosis no ha dejado de ser *diáthesis parà physin*, pero demuestra una frecuente, si no constante, relación entre el trastorno «físico», «psicosomático», de la neurosis, y los «sentimientos de culpabilidad» de la persona que la padece. En el fondo de toda dolencia neurótica entran en juego las creencias morales del enfermo, cualesquiera éstas sean.

Freud, un semita indoeuropeizado, ha conquistado la nosología semítica para la patología «occidental».

• El médico asirio sometía al enfermo a un interrogatorio ritual. Freud muestra «científicamente», la parcial, pero muy profunda, razón de ser de aquella vieja ceremonia.

• La primitiva especulación cristiana separó la enfermedad y el pecado; pero supo vislumbrar la posible acción de éste sobre la *physis*, en cuanto su comisión habitual engendra una *diáthesis* en la vida anímica, y de la enfermedad física sobre la vida moral, en cuanto esa enfermedad o *páthos* es sufrida y dotada de último sentido por un «supuesto personal».

Esta idea de la independencia esencial y la accidental relación entre la vida moral y la vida física o psicosomática determinó en el cristianismo primitivo una doble y complementaria práctica curativa por parte de psicólogo o rector de almas, la «cura» de las pasiones capaces de desordenar la *physis* humana; por parte del médico una vigilante atención terapéutica hacia los efectos determinados por la enfermedad física y capaces de perturbar la vida moral.

Esta doble actividad «curativa» tenía un mismo fundamento: la comunidad de creencias en el psicólogo, el médico y el paciente. Sobre esta comunidad, existente o suscitada por conversión, operaba la acción sofronizante de los dos primeros. El método: la palabra adecuada, la exhortación iluminadora y suasoria. Las palabras del psicólogo y del médico robustecían la contextura interna de los varios movimientos de su ánimo y le mostraban el último sentido antropológico de todos ellos. Daban así realidad cristiana a la enseñanza de Sócrates acerca de la operación de los «bellos discursos». El proceder de Freud es una versión secularizada de este antiguo proceder cristiano. Un tratamiento psicoanalítico exige la previa instalación del alma del paciente en los supuestos antropológicos de la doctrina freudiana; de otro modo no hay *rapport* y no es posible la curación. De ahí que el tratamiento sea un proceso dialéctico y vital —áspero, a veces— de convicción; o, mejor aún, de «conversión». Sobre esta instalación opera el arte del terapeuta; el cual, como el psicólogo cristiano, trata de esclarecerle al neurótico la íntima estructura de sus trastornos y el sentido oculto que en su vida tienen.

Gracias a la obra de Freud, la patología de Occidente ha comenzado a ser «antropológica». Así clínicamente el enfermo ha llegado a ser considerado como persona. El clínico ha visto casi siempre a sus enfermos como personas. Mas cuando ese mismo clínico pasaba a ser patólogo, no veía en el paciente sino un objeto físico o, a lo sumo, un individuo biológico.

Freud ¿fue biólogo antropólogo, «naturalista» o «personalista», investigador limitado a la *physis* del hombre o involuntario considerador de la *hypóstasis* o «supuesto personal» por cuya virtud la *physis* humana es como es? Freud fue antropólogo a su pesar. Quiso ser mero biólogo. Pero la consideración del enfermo como individuo racional, libre e íntimo —en una palabra: como «persona»— pertenecen formal y necesariamente a la concepción psicoanalítica de la patología. Con su obra, pues, la patología humana comenzó a ser *antropología*, luego de haber sido meramente *cosmología*.

Freud, médico y patólogo de neurosis «puras», fue, más que el «fundador», el «posibilitador» de la patología psicosomática; el hombre que la hizo posible. Para que ésta existiese, eran todavía necesarios dos nuevos pasos: extender a las enfermedades orgánicas la actitud auditiva y antropológica que en el dominio de las enfermedades puramente neuróticas habían iniciado Freud, Adler y Jung; y, por otra parte, asumir en una superior concepción patológica la incipiente doctrina de esos creadores y el formidable saber conseguido en el siglo XIX y en los primeros lustros del XX, mediante el estudio científico-natural de la enfermedad. El cumplimiento de estos dos empeños constituye la verdadera historia de la patología psicosomática.

En el curso subsiguiente a la Primera Guerra Mundial creció enormemente la frecuencia de trastornos neuróticos. Se amplió de modo notable el saber acerca de la acción somática de los movimientos anímicos, y comenzó a descubrirse que la terapéutica clásica no es y no puede ser mera aplicación de la fisiopatología científico-natural y la farmacología. La operación conjunta de todas estas instancias hizo nacer la medicina y la patología «psicosomáticas». Se inicia una «patología biográfica»: la génesis y la configuración de un proceso morboso comprendido desde el punto de vista de su «sentido» en la biografía del enfermo. Es la gran obra de von Weizsäcker y proseguida sin tregua hasta hoy. El movimiento «psicosomático» se inicia en Norteamérica hacia 1935-43, y cobra amplitud durante la Segunda Guerra Mundial.

MEDICINA PSICOSOMÁTICA

Según lo dicho, se llama patología psicosomática, en sentido riguroso, el intento de conocer científicamente la enfermedad humana, desde el punto de vista de la condición «humana» o «personal» del paciente. De un modo u otro, en una u otra medida, la *Medicina* práctica ha sido siempre «psicosomática»; la *patología*, en cambio, sólo desde hace pocos lustros. Lo es de dos modos complementarios. En cuanto trata de extender su saber científico a las dos principales dimensiones de la naturaleza humana, sede real de la enfermedad: *el cuerpo* y *la vida anímica*. Y, en segundo lugar, en cuanto procura entender ese doble movimiento de la

naturaleza del enfermo —el movimiento somático y el psíquico— *según la unidad* que les confiere el supuesto personal (íntimo, racional, libre, proyectivo, responsable, interpretativo), por virtud del cual es individual y humana tal naturaleza. Esta visión del trastorno morboso supone que en él se produce una recíproca, constante y multiforme relación —genética y configurativa— entre las zonas más estrictamente «personales» de la vida del enfermo (intelecciones, proyectos de existencia, responsabilidades morales, etc.) y sus niveles más puramente «físicos» (instintos, funciones fisiológicas, sentimientos del cuerpo, etc.); la cual «relación» puede existir porque, como enseñó la primitiva especulación cristiana, y, sin mengua de la unidad sustancial del individuo humano, hay una *esencial diferencia* entre el pecado y la enfermedad, entre el desorden «moral» y el desorden «físico» del hombre. Esa diferencia permite que entre uno y otro sea posible —y, a veces, efectiva— una relación. La palabra «pecado» se entiende aquí en una acepción a la vez amplia y subjetiva, como transgresión deliberada o semideliberada de las creencias morales sobre las que se sustenta la existencia personal del individuo, y en cuya virtud cobra ésta unidad y sentido.

Tres motivos han hecho cobrar destacada actualidad a la visión «psicosomática» del enfermar humano:

- La enorme, abusiva presión de lo que Hegel llamaría «espíritu objetivo» sobre la libre intimidad del individuo humano. Este ha venido a ser en casi todo el planeta, y no sólo en tiempo de guerra, *man under stress*, «hombre es prueba».
- El carácter «crítico» —mudadizo, contradictorio, exasperado— de esa presión del espíritu objetivo sobre el hombre individual. «Vivir en crisis» viene siendo desde hace tres cuartos de siglo algo más que un lugar común de la expresión literaria; el tema de la angustia ha cobrado vigencia universal.
- La aparición de métodos para el estudio de la realidad humana distintos de los que la investigación científico-natural venía ofreciendo a la medicina. Los dos primeros han aumentado los trastornos neuróticos «puros» y la complicación neurótica de las enfermedades primitivamente orgánicas. El tercero ha determinado que la concepción de la enfermedad sea «psicosomática».

Los nuevos métodos son fundamentalmente dos: y de ahí dos formas de Patología:

- Una, *comprensiva*. El patólogo se propone comprender el «sentido» de la enfermedad —así en cuanto a su génesis como a su configuración psicosomática y biográfica—, dentro de la existencia humana que la padece.
- Otra, *conductista*. Aspira a determinar la relación entre la conducta biográfica del enfermo y la índole de la enfermedad. En esta la existencia

humana es contemplada y descrita «desde fuera». En la primera, «desde dentro» del paciente. Ambas formas son complementarias.

APLICACION PASTORAL

Ofrecemos a continuación algunas afirmaciones de personalidades médicas y científicas que pueden ayudar a comprender la *relación* entre la pastoral (o el contacto humanístico en general) y la enfermedad, que emerge espontáneamente de la medicina psicosomática o «biográfica».

La evolución decisiva de la medicina consiste en el redescubrimiento de la unidad antropológica del hombre, como objeto de la ciencia y de la actividad, cuestión esa que tanto defiende Víctor von Weizsäcker.

La *salud* consiste en la normalidad entre los diversos mecanismos reguladores, en tanto que *enfermedad* es el trastorno de esta regulación, y *muerte* el final de tales procesos reguladores.

En el pensar médico se debe tener, ante todo, en cuenta, que la normal unidad del organismo es la resultante de todas las regulaciones. Y todo mecanismo regulador vegetativo puede ser puesto en marcha desde el cerebro por medio del impulso de la voluntad, *localizándose* de esta manera todas las acciones superiores del hombre, que están en relación con su *personalidad*, su conciencia y voluntad, por una *actividad unida* del sistema nervioso central como órgano de las relaciones ambientales y la regulación vegetativa como principio de orden interior. De ahí que la ciencia natural puramente analítica no baste para describir la esencia de la organización viva.

La problemática médica está profundamente enraizada en una filosofía del espíritu, como afirma Oswald Schwarz. De ahí la importancia de la *reacción personal* de los pacientes a su enfermedad, a sus sufrimientos, a la amenaza de muerte.

Y esto tanto más cuanto —según Mitscherlich— la investigación médica, después de haberse esforzado en percibir únicamente el lado natural del hombre, se dirige pidiendo auxilio hacia otros problemas nacidos de la interpenetración de la organización humana con las fuerzas creadoras espirituales.

El Dr. Brunerie afirma que un individuo que se coloca moralmente en buena posición ante una enfermedad *no está lejos de impedir* que esta enfermedad triunfe sobre su organismo.

El Dr. Baruk escribe: «Está por demás notar, aun en los sujetos de mejor estado de salud, el enflaquecimiento, la alteración de los rasgos, las perturbaciones viscerales más diversas como consecuencia de disgustos y pesares de naturaleza moral. Esta resonancia disminuye enormemente la resistencia del terreno y es, en efecto, el origen de muchas enfermedades microbianas, en particular de la tuberculosis. Hemos recogido a este respecto observaciones que lo prueban. Todo médico debería buscar minuciosamente, aun ante las enfermedades más orgánicas, un sufrimiento de la conciencia moral y tener cuenta de ello desde el punto de vista terapéutico y profiláctico».

Ya Max Planck dijo que «los procesos *psíquicos* y

físicos no son diferentes unos de otros, sino que son los *mismos procesos*, pero observados desde dos puntos opuestos», y por ello, para el gran físico, los problemas del espíritu y del cuerpo son falsos problemas.

Y podemos añadir que un investigador cerebral de la experiencia de Kleist dijo que es de la opinión que «los procesos psíquicos y físicos son dos partes diferentes de una totalidad».

El Dr. G. Richard hace esta observación: «Las teorías actuales psicosomáticas ya no temen incluir los fenómenos psíquicos, patológicos o no, como funciones ligadas al organismo humano e indisolubles, por razón de la interpenetración recíproca del espíritu y del cuerpo en el compuesto humano».

Y el Dr. Dubois, profesor en Berna, escribe: «Cualquiera que sean las opiniones que uno profese en materia de filosofía, que sea uno espiritualista o materialista científico, todo el mundo reconoce la influencia recíproca que ejercen mutuamente el cuerpo y el espíritu, lo moral y lo físico».

La feliz influencia, pues, de la llamada vida «sobrenatural» puede a veces mejorar el estado orgánico del sujeto, como afirma Antropius, del grupo lyónés: «Siendo el hombre esencialmente *uno*, la armonización de las facultades superiores, por un cambio feliz de las cosas, puede convertirse en bien tangible en las esferas inferiores con el mejoramiento de los complejos orgánicos y psíquicos».

Resulta, pues, ya banal afirmar hoy la gran influencia de un «buen estado psíquico» sobre la salud del cuerpo. No se puede abrir una obra de medicina sin encontrar en ella múltiples ejemplos extremadamente convincentes.

Dice Schller, que, aun manteniendo una clara distinción entre lo natural y lo sobrenatural, se puede afirmar que el sacerdote, mientras administra los sacramentos, viene en ayuda del hombre entero en su totalidad psicosomática. En la pastoral hay que valorar mucho la ayuda del médico y de la medicina que ayuda a realizar un feliz funcionamiento del organismo, pero hay que tener en cuenta también el poder de la *gracia* sobre la condición psicosomática del ser humano.

La «gracia» es una ayuda a la persona entera, para vivir intensamente la vida en Cristo, no obstante la dificultad particular de la enfermedad, que, a causa de la intensificación asténica, produce una inercia, con que la vida sensitiva impide el lanzarse de la voluntad. En la enfermedad, la vida orgánica debilitada, al propio tiempo que la concentración de todas las energías vitales empeñadas en la lucha para salvar el organismo, constituyen un impedimento poderoso contra la entrega de la persona a sus más altos valores.

La enfermedad ha sido considerada, sobre todo en la era de la patología infecciosa, como agresión externa de un germen que se instala en el organismo. Por el contrario la patología humoral la considera como *inarmonía interna* que el hombre lleva consigo. Hoy se integran ambos factores en una unidad. La enfermedad es ambas cosas, agresión e inarmonía. La agresión es su aspecto horizontal. Medirá los daños que, por ejemplo, el bacilo de Koch hace en los pulmones. Es el aspecto meramente material. El antibiótico que lo combate actúa en la misma dimensión horizontal. La inarmonía es su dimensión vertical. Mide la repercusión de la perturbación

orgánica en las funciones espirituales. Es un hecho desde antiguo conocido que la enfermedad produce *ineptitud*, falta de vigor para la vida del espíritu. La medicina psicosomática habla de la *vitalidad* como clave de las correlaciones entre cuerpo y espíritu. Cuando la vitalidad disminuye, el impulso hacia Dios se hace más difícil, precisamente cuando es más necesario.

La ayuda espiritual (=gracia) tiende a comunicar el restablecimiento, al menos parcial, de la armonía perturbada por la enfermedad. Algunas veces el restablecimiento de la armonía, con el consiguiente aumento de *fuerzas vitales*, tendrá como consecuencia *natural* el restablecimiento total.

En un *sentido general* se puede distinguir la enfermedad de las tribulaciones físicas que llegan al hombre desde fuera y de los sufrimientos psíquicos, *definiéndola* como un mal que afecta al organismo humano *desde dentro* y que intenta destruirlo.

El hombre sano vive en actividad, armonía y seguridad; la enfermedad en cambio se presenta como pérdida del favor y desconcierto, como manifestación de la fragilidad e inseguridad de la vida, y normalmente va unida a dolores que no sólo son corporales, sino también psíquicos: miedo a un desenlace funesto y el sentimiento de ser objeto de misericordia y depender de otros; el enfermo se convierte en «paciente».

Aunque el hombre es *uno* en cuerpo y espíritu, sin embargo se puede distinguir entre enfermedades *mentales*, que afectan las actividades del espíritu, enfermedades *psíquicas*, que radican en el ámbito del sentimiento o de la representación y en todo el campo del subconsciente, y enfermedades *corporales*, que atacan un órgano o una función del organismo. Pero la verdad fundamental de la unidad psicosomática del hombre o del influjo mutuo entre cuerpo y espíritu, hace que esas diferencias sean relativas, y muestra cómo el *hombre entero*, con todas sus dimensiones, es *sujeto* de la enfermedad, y desde ahí puede entenderse perfectamente el carácter personal de la misma. No hay enfermedades, sino sólo enfermos.

Aunque no hay ninguna definición de enfermedad, sin embargo es posible una descripción general sobre su sentido e importancia en la vida humana. En las palabras de Juvenal: «Mens sana in corpore sano», puede verse expresada la constitución perfecta del hombre, pero no debe ignorarse el hecho de que la enfermedad muchas veces es la condición e incluso la causa para la liberación y el desarrollo de fuerzas anímicas y espirituales. Grandes figuras de la humanidad, santos y genios, sufrieron enfermedades. Por tanto, la *enfermedad* puede considerarse «como una modalidad del ser humano» (Weizsäcker).

PASADO Y PRESENTE DE LA ETICA MEDICA

El autor de este artículo nos ofrece una visión sumaria del pasado y del presente de la ética médica.

En cuanto al pasado, y limitándose al horizonte cristiano, se señala la escasa presencia de la reflexión moral frente al predominio de lo religioso y lo asistencial. Esta reducida presencia de lo moral en la medicina se muestra en tres autores.

La mirada al pasado termina con una referencia a un género particular: las obras de medicina pastoral.

En relación con el momento actual, y sin limitarse al marco cristiano, se señalan tres características de la ética médica: presencia importante de la ética civil o meramente humana frente al predominio anterior de la ética religiosa, ampliación de horizontes y novedad de enfoques frente a la ética médica anterior.

Completa el artículo una lista de las revistas de moral médica y otra de libros de conjunto sobre el mismo tema en castellano.

F. JAVIER ELIZARI

Profesor de bioética.

Instituto Superior de Ciencias Morales, Madrid

La ética médica como cuerpo doctrinal amplio, sistemático y autónomo es un hecho relativamente reciente dentro de la historia del cristianismo y más todavía, tratándose de la ética puramente humana. Durante muchos siglos, las aportaciones en el campo de la moral médica fueron muy escasas. Dos momentos particularmente densos están representados por las obras de medicina pastoral en la segunda mitad del siglo XIX y por el notable desarrollo de la ética médica casi al fin de la primera mitad del siglo XX. Voy a comenzar con una breve mirada al pasado, para detenerme algo más en la situación actual. Por las dimensiones de mi artículo, omitiré muchos aspectos y matices, para centrarme en líneas más generales y básicas. Si al tratar de la ética actual, no me limito al horizonte cristiano, al referirme al pasado, me ciño a la frontera del cristianismo.

EL PASADO DE LA ETICA MEDICA

Predominio de lo religioso y de lo asistencial sobre lo moral

Durante muchos siglos, la reflexión cristiana sobre la salud y enfermedad ha sido muy limitada, pero sí suficiente y de acuerdo con las interpelaciones de la

realidad. Por otro lado, esta afirmación se ha de mitigar si se admite que el cristianismo sirvió de soporte y protección a la tradición ética derivada del juramento de Hipócrates.

En la reflexión sobre la salud y la enfermedad, la *dimensión religiosa* ocupa un plano primerísimo: la enfermedad aparece en conexión con la fe y desde ella es interpretada tanto en su origen como en su terapia. En consonancia con esta visión religiosa, la curación se concibe con fuertes componentes de fe, mezclada a un mundo mágico. La terapia religiosa no excluye, al menos en algunas perspectivas, el recurso al médico, no siempre bien armonizado con el recurso a Dios.

Otra dimensión destacada en la historia de la Iglesia en relación con el mundo de la enfermedad es la *asistencial*, con objetivos y características muy diferentes a los de nuestro tiempo.

Momentos de una evolución

Dentro de la reflexión moral voy a fijarme únicamente en tres autores.

Siendo tan importante la aportación de *Santo Tomás de Aquino* en el campo de la moral, su contribución a la ética médica es muy reducida. Las alusiones son escasas, incidentales y se encuentran sobre todo, en

la II parte de la Suma Teológica. Contrasta la amplitud dada a los aspectos morales de la administración de justicia frente a la poca entidad de la moral médica.

San Antonino de Florencia (m. en 1459) dedica en el tercer volumen de su Suma unas pocas pero densas páginas a la imagen ética ideal del médico con los siguientes rasgos: competencia, diligencia, atención al paciente, obligación de informar sobre la gravedad de la enfermedad. No falta el tema de los honorarios y en conexión con él la obligación de asistir gratuitamente al pobre. Otro tema clásico es el de no prescribir remedios contrarios a la ley natural y finalmente la cuestión del aborto.

San Alfonso de Ligorio (m. en 1787) por una parte se refiere en diversos momentos a la enfermedad como una situación de incapacidad y saca de ello las consecuencias oportunas para excusar al enfermo del cumplimiento de algunas leyes, v. gr., oír misa, ayuno eucarístico, ayuno y abstinencia, deber de residencia o rezo del coro para los canónigos, etc. Por otro lado, nos habla de los pecados más probables en los médicos, farmacéuticos y cirujanos en un texto que no me resisto a omitir.

El médico peca:

- Si intenta curar una enfermedad grave sin poseer la competencia suficiente.
- Si ante una enfermedad grave y no común no pone un esfuerzo especial.
- Si da al enfermo un medicamento más probablemente nocivo que provechoso.
- Si utiliza medicinas experimentales y con intención de experimentar; sobre todo si acerca de ellas no existe una opinión probable y si dispone de medicamentos probablemente útiles.
- Si, sin examinar bien la naturaleza de la enfermedad, utiliza temerariamente remedios comunes o peligrosos, sobre todo con peligro para la vida o con riesgo de lesión grave.
- Si, una vez conocido el peligro del enfermo, no presta la oportuna asistencia o descuida el cuidado necesario o no permite acudir a otros médicos.
- Si aconseja algo contrario al honor o precepto divinos; v. gr., encantamientos, poluciones, supersticiones, etc.
- Si con facilidad y sin necesidad excusa del ayuno o permite comer carne.
- Si desprecia al enfermo pobre y en peligro.

El farmacéutico peca:

- Si ejerce la profesión sin la competencia debida.
- Si fabrica medicamentos sin el conocimiento y atención debidos.
- Si en las pociones utiliza miel en vez de azúcar.

- Si, contra la prescripción del médico y con peligro de grave daño cambia de medicamento, a no ser que sea igual y de precio no superior.
- Si vende medicinas para no dar a luz o para expulsar al feto.
- Si vende fármacos inútiles, etc.

Peca el cirujano:

- Si, con peligro de equivocarse, y sin poseer la ciencia y pericia suficientes, intenta curar las heridas.
- Si no consulta al médico cuando la gravedad de la herida lo exija.
- Si prolonga la curación por amor al dinero.
- Si exige honorarios superiores a lo justo.
- Si con intención de producir un aborto, abre una vena o utiliza algún otro remedio¹.

Medicina pastoral

Los tratados de medicina pastoral constituyen el precedente más inmediato a la ética médica como disciplina autónoma, estructurada y con un amplio desarrollo. A continuación ofrezco una lista de este tipo de obras.

ALONSO MUÑOYERRO, L.: *Moral médica en los sacramentos de la Iglesia*. Fax. Madrid, 1955.

ANTONELLI, J.: *Medicina pastoralis*, 2 vols. Roma, 1906.

CAPELLMANN, C.: *Medicina pastoral*. Gili. Barcelona, 1904.

NIEDERMEYER, A.: *Compendio de medicina pastoral*. Herder. Barcelona, 1955.

PUJIULA, J.: *De medicina pastoralis*. Marietti. Torino, 1948.

SORIA, J. L.: *Cuestiones de medicina pastoral*. Rialp. Madrid, 1973.

Este mismo enfoque está presente en otras obras y en algunas de las revistas católicas dedicadas a los temas médicos.

La medicina pastoral surge con una entidad bien definida en el siglo XIX y dentro de la tradición católica tiene un notable desarrollo en la segunda mitad del siglo XIX así como en buena parte del siglo XX. La obra que marca el rumbo en esta orientación es la de Capellmann, médico alemán que en 1877 publicó su *Medicina pastoral* y de la que se han hecho múltiples ediciones en diversas lenguas, incluido el latín. Capellmann concibe su obra con un doble objetivo, como un servicio tanto a los párrocos y confesores como a los médicos. Mirando al interés de los sacer-

¹ *Theologia Moralis*. Tipografía Vaticana, Roma 1905-1912, Libro IV, Cap. II, Duda IX, 684-685.

dotes, recoge conocimientos anatómico-fisiológicos y patológico-terapéuticos. Queriendo ayudar al médico cristiano en el ejercicio de su profesión incluye principios teológico-morales. Otras obras pertenecientes a este mismo género pretenden con mayor claridad el servicio al sacerdote que al médico.

Quizás la obra más importante dentro de la medicina pastoral sea la del doctor Niedermeyer, austríaco, conocido por su *Compendio de medicina pastoral*. El tenía proyectada una gran obra en cuatro volúmenes de los que sólo el primero se editó en alemán en 1936, siendo los otros tres prohibidos y destruidos por el nazismo.

En este tipo de tratados, aunque prevalece la preocupación pastoral, está con frecuencia presente la reflexión moral, propia de la Iglesia católica en este período.

LA ETICA MEDICA EN LA ACTUALIDAD

Si comparamos el panorama de la ética médica actual con un pasado relativamente reciente, yo señalaría tres rasgos de la misma: su «desconfesionalización», es decir, la fuerza con que ha irrumpido en este sector una ética meramente humana o civil, frente a la importancia y cohesión anteriores de la moral católica; en segundo lugar, la ampliación de horizontes para su reflexión y, finalmente, el pluralismo de enfoques.

«Desconfesionalización» de la ética médica

No puedo negar la importancia e influencia en el pasado de una corriente deontológica médica, independiente o, al menos, con poca vinculación explícita a una inspiración cristiana. Pero se ha de reconocer que la ética médica como disciplina con un desarrollo autónomo y amplio ha sido un terreno particularmente cultivado dentro de la Iglesia Católica; sería exagerado hablar de un monopolio, pero el interés y fuerza puestos por la reflexión católica en este sector moral han destacado en no pocos países. Las asociaciones de médicos católicos y la publicación de diversas revistas sobre los aspectos religiosos, morales y pastorales del mundo de la salud son al mismo tiempo manifestaciones y factores estimuladores de esta situación. Los temas de moral médica sobre los que se habían volcado con atención tanto los moralistas católicos como el Magisterio de la Iglesia se van articulando para constituir una disciplina específica dentro de la Iglesia Católica después de la segunda guerra mundial, ya en la década de los 40, consolidándose este movimiento en la década de los 50.

En un primer sentido, me refiero a la desconfesionalización de la moral médica. Otras concepciones religiosas distintas de la católica se muestran activas en este sector moral. En particular, merece destacarse la aportación protestante, especialmente en Norteamérica y Alemania Federal; también en otros países como

Suiza y Francia. Dentro de Gran Bretaña, la tradición anglicana nos ofrece una contribución muy valiosa. Fuera ya del ámbito del cristianismo, hay otras éticas médicas que están suscitando interés desde una perspectiva religiosa: judaísmo, budismo, islamismo, sobre todo el primero.

Me parece mucho más importante, la desconfesionalización en un segundo sentido. Frente a la presencia mayoritaria y más organizada de la ética católica surge a partir de la década de los 70 una ética meramente humana o civil con una fuerza impresionante, aunque con grandes desigualdades de unos países a otros. En este campo destaca sobre todos el medio anglosajón.

Factores que suscitan el interés por los temas éticos en medicina

Son múltiples los factores que convergen en suscitar el interés público por los temas éticos de la medicina. Es evidente que los medios de comunicación social tienen un papel importante en la transmisión y generalización de estas preocupaciones. La aplicación de la técnica en dimensiones crecientes pone sobre el tapete dilemas morales en temas diversos: recién nacidos, moribundos, modificación de la conducta, investigaciones genéticas, etc. Aparte estos problemas concretos, hay una sensibilidad particular ante las cuestiones de salud, incluidos sus aspectos éticos. En la opinión pública hay una subida en el interés por el comportamiento de los profesionales, sobre todo, cuando sus poderes aumentan rápidamente. Las atenciones de salud corren por cuenta cada vez más de aportaciones públicas que han de mirar por la equidad en la utilización de los recursos sanitarios. La presencia de la técnica en la medicina suscita ambigüedades y descontentos por su deshumanización. Hay una mayor sensibilidad a los derechos de la persona en materia de salud. Estos son algunos rasgos de un contexto que explican el interés por la moral médica al margen de tradiciones religiosas.

Manifestaciones de la ética médica civil

El boom de la ética médica civil tiene múltiples manifestaciones, de las que voy a mencionar algunas.

Literatura de temas morales

La literatura generada por la reflexión moral en este sector aumenta rápidamente. Así por ejemplo, si

antes de la década de los 70 prácticamente todas las revistas dedicadas a temas éticos de la medicina eran exclusivamente católicas, en esa década surge una serie de revistas no confesionales de excelente calidad y que hoy son mayoría. Pero la presencia de los temas morales médicos no se reduce a estas revistas especializadas cuya lista ofrezco en un anejo al final de este artículo. En las grandes revistas internacionales de medicina, de carácter general, aparecen con frecuencia colaboraciones sobre temas éticos; ver, por ejemplo: *The British Medical Journal*, *The Lancet*, *The New England Journal of Medicine*, *The Canadian Medical Association Journal*, *Médecine et Hygiène*, etc. Junto a las revistas, se han de mencionar los numerosos libros dedicados a estos temas. En la actualidad ya son varias las bibliografías periódicas sobre ética médica, aparte algunas de carácter ocasional. Y en la prensa diaria afloran no raramente los temas éticos sobre la salud.

Cursos sobre temas de ética médica

Otro indicador del interés que suscita el tema es la proliferación de cursos más o menos organizados y estables sobre ética médica en centros universitarios para la formación de médicos, muy desigualmente repartidos según los países. A este respecto, en nuestra patria hemos asistido a una evolución original, perfectamente explicable. En el contexto sociopolítico posterior a la guerra civil, España destacó por la presencia del tema ético dentro de la carrera de medicina y de enfermería, con una configuración ideológica muy definida, de inspiración católica. El enfoque tan parcial dado a la ética médica y el contexto sociopolítico de su enseñanza contribuyeron a un rechazo muy generalizado frente a la misma por parte de los médicos. Quizás ello explique la desaparición de la ética médica como obligatoria, creo que desde 1976. En la actualidad, va creándose lentamente una nueva sensibilidad frente a estos temas y apenas hay resistencias en muchos médicos jóvenes, desconocedores de nuestro estilo anterior.

Congresos y simpósiums

Otra de las manifestaciones organizadas de la sensibilidad hacia la ética médica son los congresos o simpósiums dedicados específicamente a esta materia o aquellos en los que el tema es acogido en alguna ponencia o colaboración.

Creación de centros de bioética

En la creación de centros o departamentos de bioética Norteamérica se lleva la palma. De entre los centros americanos, quisiera destacar el «Hastings Center» que, además de organizar múltiples sesiones de estudios, tiene diversas publicaciones entre las que merece un relieve especial la revista bimestral *The Hastings*

Center Report. También dentro de la Iglesia, tan sensibilizada a la ética médica, se han creado centros dedicados con particular intensidad a esta materia. En Sant Cugat del Vallés (Barcelona) y en el seno de su Facultad de Teología, existe un departamento de bioética que con gran interés y dedicación dirige el padre Francisco Abel, S.I. En la universidad católica de Lovaina (Bélgica), se ha creado en 1983 otro departamento de bioética que dirige el profesor J. Fr. Malherbe.

Comisiones éticas para asesoramiento a los poderes públicos

Otra referencia del interés civil por estos temas morales es la existencia de comisiones éticas permanentes o transitorias para asesorar en esta materia a los poderes públicos. En 1983 y en Francia se ha creado un comité nacional de ética para las cuestiones sobre la vida y la salud con el fin de prestar su asesoramiento al Presidente de la República. En Norteamérica tales comités han servido de ayuda al presidente o a comisiones/subcomisiones del Senado y han llegado a publicar en ocasiones directrices de interés sobre temas como la ingeniería genética, la experimentación con fetos humanos, la investigación de la conducta humana, etc.

Comités de ética en los hospitales

Igualmente signo de la importancia concedida a la reflexión moral en el campo de la medicina es la creación en algunos hospitales de comités éticos, de composición pluridisciplinar, para problemas o casos particularmente difíciles; por ejemplo, la prolongación o no de la vida en determinadas condiciones, la asignación de recursos escasos para necesidades que los sobrecargan, etc. La función asignada a tales comités varía desde reconocerles una capacidad de decidir hasta asignarles una mera propuesta de indicaciones.

Legislación sanitaria y ética

El interés por la ética médica se refleja también en la creciente legislación en materia sanitaria. Muchas de estas leyes que tocan aspectos humanos, se hacen eco de planteamientos éticos, sin miedo a entrar en el mundo de los valores en el marco de una sociedad pluralista.

Investigación médica

Los científicos que trabajan en el campo de la investigación médica han dado muestras inequívocas de poseer un sentido moral, sin dejarse llevar por el vértigo de una investigación, que se sustraiga a sus repercusiones humanas.

Ampliación de horizontes

Basta comparar la producción de ética médica de hace muy pocos años con la actual, para darse cuenta de la ampliación que ha sufrido el campo de la ética médica por la influencia conjugada de diversos factores: nuevos conocimientos científicos, nuevas posibilidades técnicas, nueva organización social de la medicina, sensibilidad ante determinados aspectos frente a los que se pasaba de largo, etc.

**La salud es una tarea social y política.
La ética no debe dejar desatendido el campo
de la planificación: necesidades, prioridades,
participación.**

Quizás, donde la ampliación de horizontes aparezca con mayor fuerza es en lo que podríamos llamar con una expresión algo ambigua, la dimensión social o estructural de la medicina. Hasta hace poco, la ética médica estaba calcada bajo una falsilla eminentemente individualista, puesto que la salud era prácticamente responsabilidad de la persona interesada y del médico.

En la actualidad la salud se ha convertido en una tarea social y política, resultado de múltiples acciones, en las que colaboran agentes muy diversos. Un ámbito que la ética no puede dejar desatendido es el de la planificación en orden a la salud de la población: la fijación de las necesidades y prioridades sanitarias no puede ser confiada exclusivamente a médicos o políticos sino que conlleva el reto de la participación de la comunidad. Los diversos sistemas de salud así como los principios y criterios que los inspiran han de ser sometidos a la interpelación moral. Las prioridades sanitarias, al tener necesariamente que optar dentro de un cúmulo de necesidades crecientes para cuya satisfacción se cuenta con recursos limitados, plantea no fáciles problemas éticos. En una sociedad consumista, existe el riesgo de crear necesidades artificiales, ambiguas y discutibles incluso en una materia tan noble como la sanitaria o, aun tratándose de necesidades legítimas, se corre el peligro de no jerarquizarlas según criterios de humanidad.

**Salud también es autonomía y respeto
a las concepciones de la persona; igualmente
protección y prevención.**

El concepto de salud ha sufrido una extensión notable, entrando en ella no sólo la idea de bienestar, de calidad de vida sino también la autonomía y el respeto a las concepciones de la persona. La protección de la salud impone tareas nuevas: medicina del trabajo, planificación del hábitat, alimentación, higiene, ocio, etc. La ética del medio ambiente en los países desarrollados, no así en los menos desarrollados ago-

biados por necesidades de subsistencia más inmediata, está cobrando un relieve notable, mereciendo incluso la creación de una revista específica para el problema, *Environmental Ethics*.

La importancia creciente de la técnica en el cuidado de la salud ha impuesto una reflexión más profunda sobre su aportación y sus limitaciones dentro de una medicina al servicio del hombre; pensemos, por ejemplo, en su contribución a la prolongación de la vida en circunstancias muy diversas. Un tema que tiene su parte de conexión con la presencia destacada de la técnica, es el de la humanización/deshumanización de la medicina.

La parte dedicada en la ética médica al sujeto humano, al paciente, enfermo, etc., se ha modificado sensiblemente. En la medicina clásica había un planteamiento predominante de signo paternalista, enfoque comúnmente aceptado y explicable en una sociedad menos democrática y otras características favorecedoras del paternalismo. En la actualidad está emergiendo con una cierta fuerza, aunque lentamente, el tema de la autonomía del enfermo, el respeto a la libertad de la persona y en este contexto se habla con mayor claridad de los derechos del paciente; temas nuevos, apenas reconocidos antes son el derecho a rechazar el tratamiento, la compensación por la mala práctica, el derecho del enfermo sobre las historias clínicas, antes consideradas prácticamente propiedad exclusiva del médico o del centro hospitalario, el consentimiento informado.

Dentro del campo de la experimentación se presta especial atención a casos particulares, por ejemplo, la investigación con fetos, niños, deficientes mentales, presos, etc.; los controles morales en este punto tienden a tener su expresión en textos legales y en una mentalidad social.

**Atención, mucha atención a la investigación,
la ingeniería genética, la eutanasia
y todos los riesgos de una posible manipulación.**

La ingeniería genética encierra grandes promesas de futuro pero al mismo tiempo suscita aprensiones y temores; se teme que el desarrollo en esta materia no vaya acompañado de la clarificación de los criterios éticos que han de presidir la investigación y aplicaciones en este sector. El tema de las tecnologías reproductivas en pocos años está pasando a ser un tema más común. Hay procedimientos que caminan casi hacia la rutina, como la inseminación artificial; otros todavía

se encuentran en fases menos adelantadas como la fecundación in vitro, la congelación de embriones; y la clonación no aparece todavía realizada en el plano humano, aunque se la ve como técnicamente factible sin tardar mucho. También la reflexión moral ha acompañado este proceso.

La modificación de la conducta, tema ya antiguo a través de ciertos procedimientos, se impone al estudio moral tanto desde los avances técnicos como desde los descubrimientos sobre el psiquismo humano.

Y constantemente surgen temas nuevos particulares que interpelan al ser humano: la eutanasia de los deficientes neonatos, el médico y la pena de muerte como consecuencia de nuevos métodos de ejecución, la solidaridad con las generaciones futuras, la extensión de la medicación, de los fármacos frente a otras terapias, etcétera.

Pluralismo de enfoques

La ética médica no se ha limitado a ver ampliado el horizonte de su reflexión, como lo acabo de señalar; también nos ofrece un abanico más variado de enfoques a los mismos problemas. Este más rico panorama se debe, por una parte, a la incorporación con fuerza a este sector ético de un pensamiento humano, al margen de inspiraciones religiosas; y por otra, a los cambios operados dentro de la moral católica; y todo ello, enmarcado en un tipo de sociedad, de medicina y de Iglesia.

La ética católica actual es mucho menos homogénea que en el pasado. Este proceso de diferenciación ha sido favorecido, entre otros muchos motivos, por el cambio en cuanto a dos planteamientos básicos del pasado que la configuraron poderosamente: el papel predominante atribuido al magisterio eclesiástico, especialmente al pontificio y la lectura que se hacía de la realidad humana a través del prisma de la ley natural. Estos dos planteamientos contribuyeron a dar a la ética médica católica dos características: su gran uniformidad y su fijación rígida, con poco espacio para la evolución.

• El planteamiento de la ley natural que de hecho sacralizaba y absolutizaba una determinada experiencia humana, geográfica y temporalmente situada, era mucho más explicable en épocas de religiosidad fuertemente sacral, de poca movilidad social y de escasa capacidad técnica para modificar la naturaleza humana y del cosmos. En numerosos temas de la ética médica, este enfoque ha dejado bien impreso su cuño.

El planteamiento de la ley natural que socializaba y absolutizaba una determinada experiencia humana ha hecho una crisis profunda.

Hoy en día, este planteamiento ha hecho crisis profunda, lo cual no equivale a decir que nos encontremos a la deriva en punto a criterios morales. Hoy lo hu-

mano tiende a erigirse en criterio básico de moralidad para los no creyentes; el cristiano también le reconoce valor a este criterio, articulándolo con la aportación de la revelación cristiana, tarea no siempre fácil. A pesar de la oscuridad en definir lo humano, con frecuencia una consideración pluridisciplinar nos ofrece un terreno bastante sólido y aceptado comúnmente, pero sin poder pretender siempre la claridad que acompañaba a los planteamientos de ley natural.

La lectura de la realidad humana del pasado y del presente se hace ya no desde la ley natural, sino desde las múltiples contribuciones de las más variadas ciencias humanas. Con ello la ética médica ha visto desaparecer una fuerte barrera para el pluralismo.

• A lo largo de los siglos XIX y XX asistimos a una conceptualización y a un ejercicio del Magisterio eclesial, distintos en no pocos aspectos de las concepciones y experiencias del pasado. El Magisterio pontificio, en particular, va cobrando un relieve destacado y va adoptando un estilo muy impositivo, quizás más en temas referentes a la medicina que en otras cuestiones sociales. Una moral muy tajante y muy hecha al margen de las personas que viven la situación concreta de la medicina se impone a todos. El pontificado de Pío XII nos ofrece múltiples intervenciones en el terreno de la moral médica.

Quizás uno de los frutos más positivos desencadenados por la encíclica de Pablo VI *Humanae vitae* fue profundizar en el papel del Magisterio dentro de la Iglesia. La reflexión sobre el mismo Magisterio, el papel de los teólogos, los derechos de la conciencia, la importancia de la experiencia y del sentido de la fe del creyente, han contribuido a crear un nuevo equilibrio, todavía muy inestable e incipiente, en esta cuestión. Cada día se va reconociendo más claramente la importancia que para la elaboración de la moral tiene el cristiano que desde su experiencia y a la luz del Evangelio vive una determinada situación. Los obispos escandinavos lo recordaron hace varios años:

«Sabemos que los progresos de la teología moral se deben en gran parte a las luces y a la experiencia de aquellos que por su trabajo están en el corazón de la realidad concreta. Deseamos que los médicos puedan participar cada vez más en la formulación de la moral cristiana en las cuestiones referentes a la vida y a la muerte. Los teólogos necesitan su concurso profesional... También ellos (los representantes de la asistencia social) deberían poder contribuir a la elaboración de la moral cristiana quizás más de lo que se ha hecho hasta ahora»².

² Declaración de los obispos escandinavos, julio 1971, nn. 12 y 13.

De la importancia que tuvo el Magisterio pontificio para la moral médica es una buena prueba la publicación en España en pocos años de tres obras específicamente destinadas a este punto³.

• Además del desbloqueo que han supuesto los cambios en cuanto a la ley natural y al magisterio eclesiástico, hay una serie de aspectos más directos e inmediatamente relacionados con este sector de la ética que nos ofrecen nuevos enfoques. Por ejemplo, moralistas católicos actuales tratan de articular de un modo nuevo el respeto a la soberanía de Dios y la sensibilidad a la autonomía responsable del ser humano incluso en decisiones radicales sobre la propia vida.

En el pasado, los criterios para muchas decisiones morales en moral médica eran de signo muy objetivista: directo/indirecto, doble efecto, acción/omisión, etc. Hoy, en cambio, se tiende a dar preferencia a criterios más personalizados, como calidad de vida, valores en juego, conflictos de deberes, situaciones-límite, en las que la apreciación personal cuenta con un mayor espacio. La corporalidad es vista actualmente en una luz muy diferente del pasado.

• Las aportaciones de las diversas ciencias humanas, la diversidad de filosofías, los cambios en la organización y el ejercicio de la medicina son otros tantos factores que nos orientan hacia enfoques nuevos, incluso de problemas ya antiguos.

BIBLIOGRAFIA DE MORAL MEDICA

NOTA PREVIA

Esta bibliografía contiene dos partes. En la primera se da la lista de las revistas de moral médica. En la segunda se presentan únicamente libros —no artículos— sobre moral médica, pero sólo libros que abarcan este sector en su conjunto, no los libros sobre un tema particular, por ejemplo, aborto, eutanasia, etc.

Revistas de moral médica

También se recogen en esta lista las revistas con especial sensibilidad a los problemas humanos o pastorales del cuidado de la salud, pues muchas veces no es fácil separar esos aspectos de la moral.

Anime e Corpi, de inspiración católica, bimestral, aborda temas de acción pastoral en el campo sociosanitario; Italia.

Artz und Christ, revista trimestral de los médicos católicos de Alemania, Austria y Suiza.

³ A. ALCALÁ GALVE: *Medicina y moral en los discursos de Pio XII*. Taurus. Madrid, 1959. A. DE SOBRADILLO: *Enquiridion de deontología médica*. Studium. Madrid, 1950. M. ZALBA y J. BOZAL: *El magisterio eclesiástico y la medicina*. Razón y Fe. Madrid, 1955.

Cahiers de bioéthique, publicación anual de la Universidad Laval (Canadá); cada número quiere ser monográfico.

Cahiers Laënnec, revista trimestral que dejó de existir en 1972, publicada en París.

Catholic Medical Quarterly, revista trimestral de los médicos católicos de Gran Bretaña; de muy escaso interés.

Ethics in Science and Medicine, trimestral, se publicó con este título entre 1973 y 1980. Anteriormente llevó el título de *Science, Medicine and Man*. Desde 1981, esta excelente revista, dejó de publicarse separadamente para convertirse en la Part F: *Medical and Social Ethics* de la revista *Social Science and Medicine*.

Hastings Center Report, revista bimestral, de gran calidad, publicada en USA por el Institute of Society, Ethics and the Life Sciences. Los años 1973-1974 el mismo centro publicó paralelamente *Hastings Center Studies*.

Journal of Medical Ethics, trimestral, excelente revista publicada por la Society for the Study of Medical Ethics, Londres.

Journal of Medicine and Philosophy, trimestral, Universidad de Chicago; cada número suele ser monográfico.

Journal of Religion and Health, trimestral; los temas son tratados desde perspectivas religiosas diversas.

Labor Hospitalaria, publicada por los hermanos de San Juan de Dios, Barcelona.

Laënnec, bimestral, de carácter más modesto, divulgador fue *Cahiers Laënnec*.

Linacre Quarterly, revista oficial de la Federación Nacional de Asociaciones de Médicos Católicos, (USA); trimestral, no de gran interés.

Man and Medicine, trimestral, dedicada a los valores y a la ética del cuidado de la salud, de buena calidad; USA.

Médecine de l'homme, bimestral, revista del centro católico de médicos franceses.

Medicina e Morale, trimestral, de neta inspiración católica, publicada por la Universidad Católica del Sagrado Corazón, Italia.

Res medicae, revista mensual publicada en Roma; todos los números suelen tener una sección de medicina moral.

Saint-Luc médical - Saint-Lucas Tijdschrift, revista de la asociación médica católica de Bélgica.

Esta lista puede ser útilmente completada con dos tipos de referencias de revistas:

a) *Grandes revistas médicas de carácter general* que con alguna frecuencia dan cabida a colaboraciones sobre ética médica: *British Medical Journal*, *Canadian Medical Association Journal*, *Journal of the American Medical Association*, *Lancet*, *Médecine et Hygiène*, *New England Journal of Medicine*...

b) *Revista de moral no médica*: *Business and Professional Ethics Journal*, *Environmental Ethics*, *Ethics*, *Ethos*, *Journal of Moral Education*, *Journal of Value Inquiry*, *Journal of Religious Ethics*, *Morale et Enseignement*, *Moralia*, *Pentecostés*, *Réseaux*, *Revue de Métaphysique et de Morale*, *Rivista di Teologia Morale*, *Studia Moralia*, *Zeitschrift für Evangelische Ethik*. A esta lista añadiría varias revistas no de moral, pero de interés para la moral médica por algunas colaboraciones: *Supplément* (Francia), *Theological Studies* (EE. UU.), *Concilium* y *Sal terrae* (España).

Obras de ética-deontología médica en castellano

Entre nosotros la producción de obras de ética/deontología médicas tuvo un cierto auge muy pronto después de la

- segunda guerra mundial, en la década de los cuarenta y, sobre todo en los cincuenta, con una característica muy marcada y muy explicable por el contexto sociopolítico: su vinculación muy frecuente a planteamientos de la Iglesia Católica. Hasta hoy son muy escasas entre nosotros las obras de conjunto ajenas a esta inspiración.
- ALCALÁ GALVE, A.: *Medicina y moral en los discursos de Pío XII*. Taurus. Madrid, 1959.
- ALONSO MUÑOYERRO, L.: *Código de deontología farmacéutica*. Fax. Madrid, 1955.
- ALONSO MUÑOYERRO, L.: *Código de deontología médica*. Fax. Madrid, 1942.
- ARCUSA, E.: *Responsabilidad médica. Manual de deontología médica*. Paulinas. Bogotá, 1968.
- AUER, A. y otros: *Ética y medicina*. Guadarrama. Madrid, 1972.
- CHAUCHARD, P.: *Moral y medicamentos*. Morata. Madrid, 1967.
- Deontología, derecho y medicina*. Colegio de médicos. Madrid, 1977.
- ELIZARI, F. J.: *Praxis cristiana*, vol. II. Paulinas. Madrid, 1981.
- GAFO, J.: *Nuevas perspectivas en la moral médica*. Ibérico-Europea de Ediciones. Madrid, 1978.
- GARCÍA F. BAYÓN, J.: *Medicina y moral*. Atenas. Madrid, 1941.
- Groupe Lyonnais: *El médico ante sus deberes y sus derechos*. Fax. Madrid, 1966.
- HAERING, B.: *Moral y medicina*. El Perpetuo Socorro. Madrid, 1972.
- HORTELANO, A.: *Problemas actuales de moral*, II. Sígueme. Salamanca, 1980.
- KIEFFER, G. H.: *Bioética*. Alhambra. Madrid, 1983.
- LEONI, A.: *Deontología de las profesiones sanitarias auxiliares*. Coculsa. Madrid, 1963.
- McFADDEN, Ch. J.: *Ética y medicina*. Studium. Madrid, 1958.
- MENDIJUR, L. M. de: *Enfermos, enfermeras y moral*. Studium. Madrid, 1964.
- NAVARRO, S.: *Problemas médico-morales*. Coculsa. Madrid, 1954.
- PAYEN, G.: *Deontología médica según el derecho natural*. G. Gili. Barcelona, 1944.
- PAZZINI, A.: *El médico ante la moral*. ELE. Barcelona, 1955.
- PEIRO, F.: *Deontología médica*. Madrid, 1958.
- PERICO, G.: *Defendamos la vida*. Marfil. Alcoy, 1966.
- RICAUD, M. A.: *La vida es sagrada*. Desclée de Brouwer. Buenos Aires, 1950.
- SANTA CRUZ, M. de: *Más allá de la deontología médica*. Fax. Madrid, 1962.
- SARMIENTO, A.; ADEVA, I. y ESCOS, J.: *Ética profesional de la enfermería*. Eúnsa. Pamplona, 1977.
- SOBRADILLO, A. DE: *Enquiritidion de deontología médica*. Studium. Madrid, 1950.
- SPOKEN, P.: *Medicina y ética en discusión*. Verbo Divino. Estella, 1974.
- VIDAL, M.: *Moral de actitudes*, vol. II. El Perpetuo Socorro. Madrid, 1977.
- VIDAL, M.: *Moral profesional para ATS*. El Perpetuo Socorro. Madrid, 1976.
- ZALBA, M. y BOZAL, J.: *El magisterio eclesiástico y la medicina*. Razón y Fe. Madrid, 1955.

Sanitarias

Reacciones al borrador de Ley General de Sanidad

CONSEJO DE ATS: «PROYECTO INTERVENCIONISTA Y ESTATALIZADOR»

«Estamos totalmente de acuerdo en que este país necesita una reforma sanitaria en profundidad que dé cumplida respuesta a las exigencias que nuestra sociedad está demandando. Sin embargo, el borrador de anteproyecto de Ley General de Sanidad presentado por el ministro, Ernesto Lluch, no se ajusta en modo alguno a este concepto», ha manifestado a *Ya* Luis Jurjo, presidente del Consejo General de Colegios de ATS.

«Nos parece —añadió— una ley de carácter intervencionista, estatulizadora y nacionalizadora, ya que sólo contempla como base del Servicio Nacional de Salud al sector público, con claro desprecio del privado, al que sólo dedica seis artículos cuando éste representa aproximadamente el 35 % de la estructura sanitaria. Además, es tremendamente lesiva e injusta para los profesionales de la sanidad al provocar pérdidas de puestos de trabajo, como sucede con los ATS de APD y de las administraciones del Estado».

El presidente del Consejo de ATS afirmó también que «muestra una clara exclusión de los colegios profesionales y de lo que éstos representan aún, estando recogidos claramente en el artículo 36 de la Constitución Española. Se olvida —añadió— de la existencia y representación que los usuarios como directamente beneficiarios deben tener en la sociedad española a través de sus asociaciones. En definitiva —señaló Luis Jurjo— da la impresión de ser una ley hecha con prisas sin tener en cuenta la opinión de los profesionales sanitarios. Habla del derecho a la salud y no del derecho a la protección de la salud. Veo muy difícil y conflictiva su realización».

Por otra parte, en la mecánica del proyecto legislativo se contemplaba una serie de contactos previos a su paso al Consejo de Ministros. En este sentido, se reunieron ayer en la sede del Ministerio de Sanidad todos los responsables de la sanidad en las comunidades autónomas con los altos cargos del Ministerio, bajo la presidencia de Ernesto Lluch. Como único tema a tratar, el borrador de anteproyecto de Ley Ge-

neral de Sanidad presentado el pasado 27 de diciembre. Se trata de un intercambio de impresiones destinado a ir perfilando lo que será el anteproyecto definitivo que recoja las aportaciones de todos los implicados en ella. De hecho, varios responsables del área sanitaria en autonomías participaron en la comisión redactora de la ley que presidió el subsecretario de Sanidad, doctor Pedro Sabando.

Artigas: «Buscamos el mayor apoyo»

«Al plantearnos la redacción del borrador de anteproyecto de ley básica de sanidad hubo que plantearse qué era preferible, si una ley imperfecta que pudiera salir adelante o una ley perfecta que, todos sabemos, tardaría años en conseguirse, si se consigue», manifestó el jefe del gabinete técnico del ministro de Sanidad, José Artigas, en una mesa redonda organizada por la revista de información farmacéutica «Atanor», celebrada ayer en la sede del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid.

Los participantes, que plantearon a José Artigas sus temores, coincidieron en señalar la «falta de concreción» de algunos aspectos de la ley. Entre ellos, la indefinición de cómo se plantearán las competencias de las comunidades autónomas y del servicio nacional de salud, así como los peligros que presenta en algunos aspectos para la iniciativa privada.

Artigas insistió en que «no se trata de un texto cerrado, sino que trata a toda costa de recoger todas las inquietudes profesionales y sociales para que cuente con el mayor apoyo». En cuanto a la coordinación de las autonomías, aseguró que es un tema difícil, aunque no insalvable. El jefe del gabinete del ministro afirmó que «los colegios profesionales juegan un papel fundamental y que el Ministerio está abierto a todas las aportaciones que éstos puedan hacer al proyecto y, en general, a la mejora de la sanidad española». Respecto a la integración de las diferentes titularidades en una sola red asistencial, Artigas señaló que se espera conseguir con ello «una mayor coordinación y evitar contradicciones».

Dentro de las constantes reacciones que el anteproyecto está suscitando a medida que se va estudiando a fondo por los diferentes colectivos, la asamblea del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos ha acordado manifestar al ministro de Sanidad su deseo de una mayor colaboración con vistas a mejorar el texto. Como informamos, este Consejo elaboró un anteproyecto de ley de sanidad, alternativo al presentado por la Administración.

Ya, viernes 20 de enero de 1984

AUXILIARES SANITARIOS ANTE EL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

El pasado 31 de diciembre el antiguo Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios presentó recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional entendiendo que la Sentencia del Tribunal Supremo en relación con la unificación colegial de ATS-DE creaba lagunas de indefensión para los recurrentes.

El Tribunal Constitucional aunque entendía que el haber presentado su recurso ante el Tribunal Supremo fuera de plazo por lo que no habían agotado todos los caminos que

la jurisprudencia establece, aceptó el recurso de amparo.

Con fecha 14 de marzo ha dictado Auto por el cual declara que ha acordado inadmitir el recurso de amparo presentado y no haber lugar a resolver acerca de la suspensión, entendiendo que la parte recurrente ya ha obtenido una resolución suficientemente motivada en derecho como para que no pueda con fundamento sostenerse que su pretensión fue desoída.

Con este último trámite jurídico quedan agotadas todas las posibles demandas y el enojoso tema de la unificación colegial definitivamente solucionado.

CONGRESOS Y REUNIONES PARA 1984

<i>Fecha</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Reunión</i>	<i>Información</i>
Junio			
16/6/84	Lieja (Bélgica)	Sociedad Internacional de Investigación sobre Enfermedades de la Civilización y el Ambiente. Reunión. Biciclo, biosfera, ambiente, enfermedades respiratorias no contagiosas.	Ms. F. Hendrickx, Rue E. Bouillot 61, Boite 11, B-1060, Bruxelles, Belgium. T. 343 97 48.
18-20/6/84	Helsinki (Finlandia)	Sociedad Europea de Medicina Nuclear. Congreso Europeo de Medicina Nuclear. P: 800.	European Nuclear Medicine Society and the Finnish Society of Nuclear Medicine, Meilahti Hospital, Mr. Esko Riihimaki, Room T. 1180, SF-00290 Helsinki 29, Finland.
—/6/84	—	Federación Internacional de Medicina Deportiva. Simposio Internacional sobre Medicina Deportiva. P: 2500. C: 30-40.	Programm, 37 Rue Le Brun, F-75013 Paris, France, Jointly with «Jeux mondiaux de la médecine».
—/6/84	(1.ª mitad) Bruselas (Bélgica)	Sociedad Internacional para Investigación de las Enfermedades de la Civilización y del Ambiente. Comisión de las Comunidades Europeas. Reunión sobre la Influencia de los Metales Pesados sobre la Salud del Hombre.	
Julio			
2-6/7/84	La Haya (Holanda)	Conferencia sobre Medicina Tradicional.	NV Nederlands Congresgebouw, PO Box 82000, 2508 EA Den Haag, Netherlands.
9-13/7/84	York (Reino Unido)	Comité Internacional sobre Salud Mental. Reunión.	Dr. H. R. Alpin, Central Electricity Generating Board, Beckwith Knowle, Otley Road, Harrogate HG3 1PS, UK.
15-21/7/84	Chicago, IL (Estados Unidos)	Asociación Americana de Física en Medicina. XXVI Reunión Anual.	American Association of Physicists in Medicine, 111 E Wacker Drive, Chicago IL 60601, USA.
16-20/7/84	Munich (R. F. de Alemania)	Asociación para la Investigación de la Radiación y del Ambiente. III Congreso Mundial de Sistemas de Investigación sobre el Cuidado de la Salud.	Kongresswesen der GSF, Ingolstadter Landstrasse 1, D-8042 Neuherberg, Germany FR.
23/7-3/8/84	Davos (Suiza)	XIV Seminario Congreso Internacional de Verano para Médicos Generales.	Tourist Office and Conv. Bureau, Promenade 67, CH-7270 Davos, Switzerland.
25-27/7/84	Liverpool (Reino Unido)	Asociación Británica de Cirujanos Pediatras. XXXI Congreso Anual Internacional. P: 300. C: 35.	J. J. Corkery, British Asn of Paediatric Surgeons, Royal College of Surgeons, Nicolson Street. Edinburgh EH8 9DW, UK.
28/7-4/8/84	Bristol (Reino Unido)	Unión Internacional para la Biofísica Pura y Aplicada. VIII Congreso Internacional de Biofísica.	Dr. H. Watson, Dept. of Biochemistry, University of Bristol, Bristol (Avón) BS8 1TD, UK.
29/7-3/8/84	Vancouver (Canadá)	Asociación Internacional de Mujeres Médicas. Congreso. P: 2000.	Venue West, Conference Management Services, 1704-1200 Alberni Street, Vancouver BC V6E 1A6, Canada.

EL SACRAMENTO DE LOS ENFERMOS Y EL MUNDO DE HOY

Organizado por los delegados diocesanos de Pastoral Sanitaria de Cataluña y Baleares se ha celebrado en Barcelona, los días 23 al 25 de febrero, el curso sobre *El sacramento de los enfermos y el mundo de hoy*.

Han participado en el mismo unas 160 personas. El curso tiene una nota sobresaliente, tanto por su contenido, como por el ambiente, dinámica, sensibilización y competencia. Estas han sido las notas dadas por los alumnos en la evaluación del último día.

DESARROLLO

Día 23

Hace la apertura, en nombre de los delegados, José L. Redrado, como coordinador del curso; resalta el trabajo pastoral realizado hasta el presente y el compromiso de avanzar, tanto en la reflexión como en la práctica. Subraya, igualmente, los objetivos, contenido y dinámica, al mismo tiempo que agradece la positiva respuesta de los cursillistas. A continuación se dio paso a las dos ponencias de la mañana: *El enfermar hoy, enfermos crónicos y terminales*, impartida por el doctor Francisco Moreno, y *Antropología de la enfermedad*, por el profesor José M.^a Fondevila. Los dos temas fueron expuestos con gran competencia y nos servirían a los presentes de plataforma, de base para el tema de la Unción.

Por la tarde se hizo una reflexión por grupos en torno al mundo social, psicológico y religioso del enfermo. La aportación de experiencias y las acertadas precisiones de los coordinadores de mesa nos presentaron el mundo complejo y la gran tarea que nos queda por hacer en todo este tema.

Día 24

Sobre la base del día anterior, los temas de la mañana de este día precisaron abundantemente las líneas fuertes de *Los sacramentos en un mundo secularizado* y *El sacramento de la Unción de los enfermos*; temas expuestos por los profesores Pere Tena y Joan Llopis respectivamente. Se continuó por la tarde con el trabajo de grupos, teniendo como telón de fondo las siguientes ideas: la comunidad cristiana, atenta a las necesidades de sus miembros, no debe perder de vista a las personas enfermas. Por ello toma conciencia, se sensibiliza, discierne, ve dónde están las dificultades y utiliza caminos de acercamiento. Muy buena toda la reflexión de los grupos y acertadas las síntesis de los secretarios y coordinadores de mesa.

Día 25

Iniciamos la mañana con una breve película titulada *En la esperanza...* (sobre el sacramento de la Unción). Se trata de varios testimonios de impedidos y cómo salen de la marginación, la ayuda fraterna prestada, etc. A continuación se hizo un largo diálogo donde se subrayaron aspectos importantes que los presentes veían en el film: voluntad de afrontar el sufrimiento, esfuerzo continuo, ayuda y cercanía de las personas..., y un trasfondo de presencia de Dios, de consolación, de esperanza cristiana, de fortaleza.

El curso terminó con una solemne celebración de la Eucaristía y Unción de enfermos a seis personas ancianas. Presidió la celebración, en nombre del señor cardenal, el vicario general de la diócesis, doctor Luis Martínez Sistach.

La Eucaristía resultó una acción de gracias abundante y un signo muy emotivo, cierre de todas las jornadas.

Los cursillistas hemos vuelto todos más entusiasmados y hemos querido recoger a modo de conclusiones unas pistas pastorales, un camino a seguir en la atención a los enfermos; son las siguientes:



Momento de inauguración del curso

CAMINO PASTORAL DE ATENCION A LOS ENFERMOS

1. Toda persona tiene el derecho a ser atendida en sus necesidades. Cuando nos referimos a la persona enferma lo concretamos en el derecho a una atención integral. Esto supone, a diferentes niveles, una acogida de la persona enferma y una relación personal y personalizadora.

2. Todos somos responsables de hacer posible esta atención integral a la persona enferma. Para el cristiano esta responsabilidad tiene una doble motivación: su solidaridad humana y su vivencia de la fe.

3. Por eso, en las parroquias y en las comunidades cristianas se ha de potenciar esta sensibilidad por la atención de las personas enfermas. De muchas maneras y en diversas ocasiones se puede llevar a cabo esta atención como un servicio o un ministerio laical.

Además, conviene acercarse, con el máximo de respeto, a las personas enfermas sea cual sea su situación ante la dimensión religiosa.

4. También desde los centros sanitarios el servicio religioso intenta acoger y acompañar a cada persona en un momento tan complejo como es el de la enfermedad. Un acoger y acompañar que es una presencia de iglesia en el dolor y el sufrimiento, que es una lucha contra todo mal que condiciona a la persona, que es una ayuda para hacer posible la salud como forma de vida estable.

5. Todas las personas que, de diversas maneras, atienden a los enfermos han de mejorar aquellas actitudes que les hacen más aptos para este servicio. Subrayamos algunas en concreto:

- Gratuidad.
- Serenidad y dominio de sí mismo.
- Aptitud y vocación.
- Acogida y respeto a la libertad.
- Saber escuchar y estar cerca del enfermo.
- Saber responder a las necesidades y a las preguntas de los enfermos.

Una mejora en las actitudes llevará consigo a unas actuaciones más responsables y eficaces al servicio del enfermo.

6. De esta relación y seguimiento saldrán los momentos y las situaciones que posibiliten una catequesis que hará más cercana a cada enfermo, desde su experiencia religiosa y de su nivel de fe, la Buena Nueva de Jesús.

7. Madurada la experiencia religiosa y su situación de enfermedad se habrá creado el clima oportuno para celebrar la fe en Cristo resucitado por medio del sacramento de la Unción de los enfermos.

EL PAPA CREA UN DICASTERIO PARA LOS HOSPITALES

La intención del Papa de instituir un dicasterio nuevo en la Curia para coordinar la acción de la Iglesia en los hospitales de todo el mundo ha sido confirmada durante la presentación de la carta apostólica del Papa sobre el sufrimiento, titulada *Salvifici Doloris*, en el Vaticano.

Según afirmó monseñor Angelini, obispo auxiliar de Roma, un congreso mundial de médicos católicos celebrado hace dos años expresó este deseo, mientras que en el último Sínodo de los Obispos, el prior de los hermanos de San Juan de Dios, orden que tiene doscientos hospitales en todo el mundo, hizo una propuesta en este sentido en presencia del Papa. Oficialmente, sin embargo, no se sabe nada sobre la estructura y tareas de este dicasterio, que podría adoptar la figura de comisión pontificia.

La Vanguardia, 14-2-84

NUESTROS SUFRIMIENTOS Y EL CRUCIFICADO

● Tenía 50 años. Estaba enfermo de cáncer. Un sacerdote amigo le visitó. Tras un rato de charla, el enfermo mostró sus manos. Y con tristeza dijo: «Tengo las manos vacías». El sacerdote amigo le pidió repitiera el gesto. Al hacerlo, le colocó en las palmas un crucifijo, añadiendo: «Esas manos... ya están llenas».

● Papini, el gran convertido al catolicismo, sigue viendo en el mundo una gran Cruz invisible, plantada en medio de la tierra. El gran literato escribió: «Bajo esa Cruz gigantesca, goteando sangre todavía, van a llorar y buscar fuerzas los crucificados en el alma... y que todos los Judas no han podido desarraigar».

● El dolor, el sufrimiento, la cruz son el pan nuestro de cada día. Evidentemente, no es un pan tierno, ni fácil de comer, aunque sí puede proporcionar y dar vida. Porque la cruz aceptada junto a la del Crucificado puede llenar las «manos vacías», «dar sentido» y «fuerzas» a innumerables vidas sufrientes.

● El libro se escribió hace casi dos siglos. Su título: *El alma al pie del Calvario*. Leemos: «¡Cruz preciosa! ¡Refugio de pecadores! ¡Asilo de penitentes! ¡Apoyo de los justos! ¡Consuelo de los afligidos y dulce herencia de todos los cristianos! Yo os adoro».

J. M.^a ALIMBAU
Full dominical, Barcelona

MARTIN HERNANDEZ, FRANCISCO
MARIA TERESA GONZALEZ JUSTO
BAC, Madrid 1983

Relato de una vida sencilla, dedicada al servicio de los enfermos. Se trata de una religiosa de la Congregación de Nuestra Señora de la Consolación. Un estímulo para cuantos están en el campo sanitario.

VIVE CADA DIA CON YOGHOURT

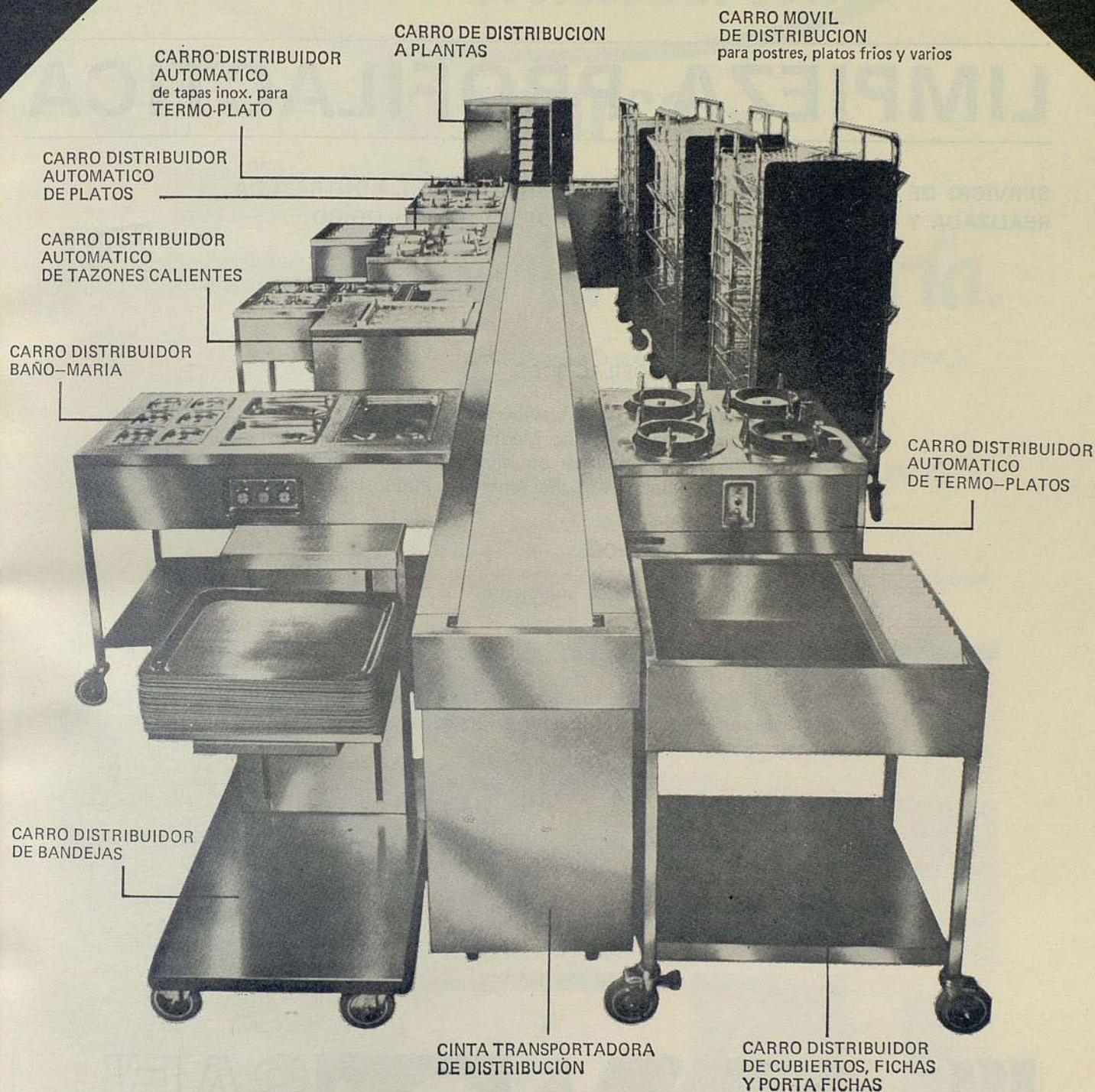


Cada día lo natural. El yoghurt que hace DANONE puro y fresco todos los días, desde siempre. Para que alimentarse sea una cosa natural y buena. ¡Vive la vida de todos los días! ¡Vivela con yoghurt



Alimentos frescos y naturales

Cinta completa de distribución de comidas



ADISA

SISTEMA DE DISTRIBUCION DE COMIDAS
PARA CLINICAS Y HOSPITALES

OFICINAS: Tuset, 8 - 10, 4.º (E. Monitor) Barcelona - 6
Tels. 237 38 20 / 237 31 60

ALMACEN Y EXPOSICION:
POLIGONO INDUSTRIAL CONGOST
Avda. San Julián s/n. GRANOLLERS

GEVAERT

AGFA-GEVAERT

Si necesita una máquina para el tratamiento de las radiografías, precise bien cuál es la que más le conviene. NOSOTROS TENEMOS 5.

Teniendo en cuenta que los departamentos radiográficos no tienen todos los mismos problemas ni idénticas necesidades en cuanto al equipo para el tratamiento de las radiografías, nuestro programa Gevamic está compuesto actualmente de 5 máquinas cuyas características y resultados han sido cuidadosamente estudiados para responder a las diversas necesidades.

No obstante todas tienen en

común, el ofrecer un alto nivel de calidad y una fiabilidad total en los resultados.

GEVAMATIC 110 U: Capacidad 110 películas/hora. Duración del tratamiento 90 seg. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. Transporte de la película enteramente horizontal. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.

GEVAMATIC 240 U: Capacidad 240 películas/hora. Duración del tratamiento 2 y 4 min. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.

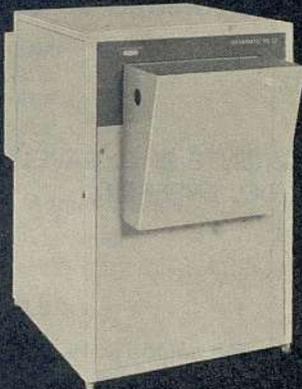
GEVAMATIC 401: Capacidad 360 películas/hora. Duración del tratamiento 90 seg. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.

GEVAMATIC R 10: Modelo de mesa para el tratamiento de películas de 16, 35, 70, 90, 100 y 105 mm. y para películas de 10 x 10 cm. Conducción de agua fría. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.

GEVAMATIC 60: Modelo de mesa. Capacidad 60 películas/hora. Dispositivo economizador.

AGFA-GEVAERT, S. A.
Provenza, 392
Barcelona-25

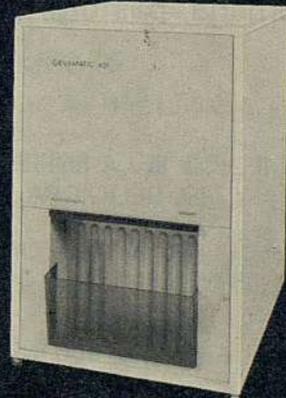
GEVAMATIC 110 U



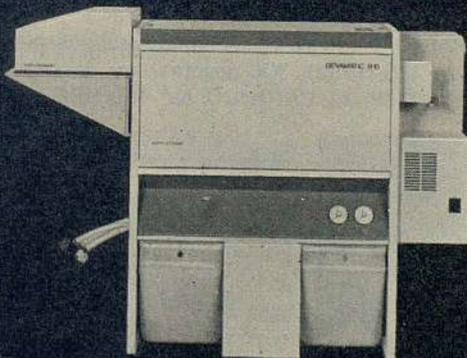
GEVAMATIC 240 U



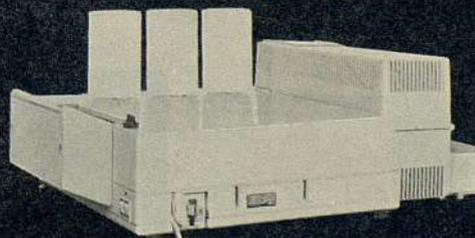
GEVAMATIC 401



GEVAMATIC R 10



GEVAMATIC 60



LIMPIEZA PROFILACTICA

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

- 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:

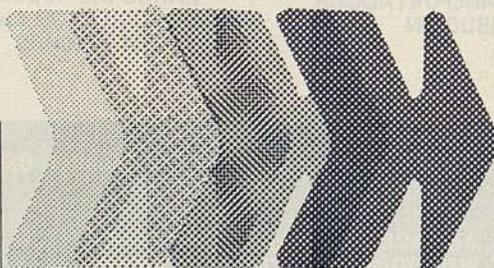
Por escrito a nuestras oficinas de Barcelona desde donde informaremos y asesoraremos gustosamente en fase de previsión anterior a la de contratación.

- REFERENCIAS:

Nuestro servicio de limpieza se realiza en 14 países.



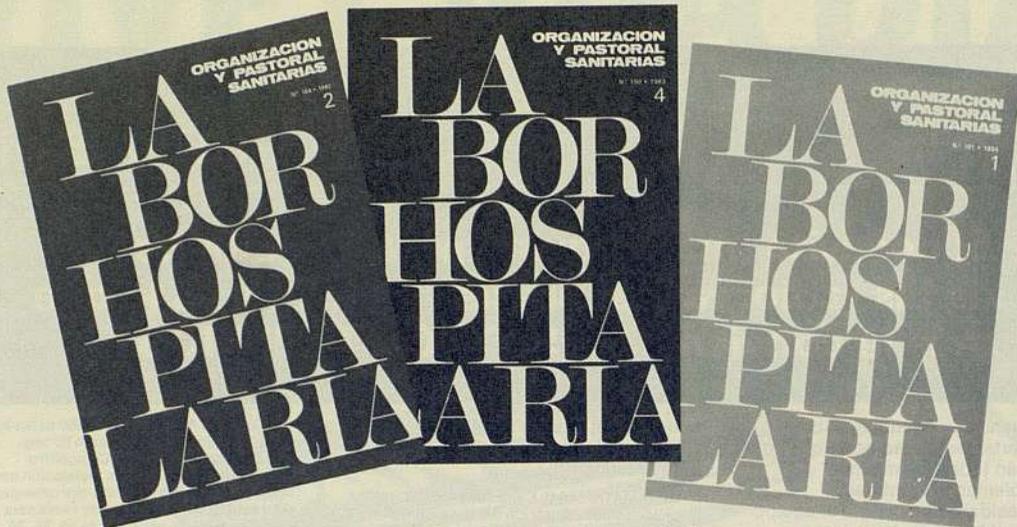
Dinamarca	Holanda
Alemania	Inglaterra
Austria	Noruega
Bélgica	Suecia
España	Suiza
Finlandia	Australia
Francia	Brasil



SAEL

S.A. de Entretenimiento
y Limpieza.

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



Ofrezca la oportunidad
de suscribirse a

LABOR HOSPITALARIA

Si entre sus amistades hay alguien interesado en Hospitales, su gestión, su problemática humana, pastoral y ética no dude en ofrecerle la oportunidad de suscribirse.

LABOR HOSPITALARIA
es una revista útil para:

EL MEDICO ■ LA ENFERMERA ■ EL ADMINISTRADOR ■ EL GERENTE ■ EL CAPELLAN
LA RELIGIOSA ■ PARA TODO AQUEL QUE SE OCUPA DEL ENFERMO

LABOR HOSPITALARIA

Suscripción anual (4 números)

España: 600 pesetas

Extranjero: 900 pesetas correo ordinario (10 \$) / 1.200 pesetas correo aéreo (12 \$)

NUMEROS MONOGRAFICOS DE «LABOR HOSPITALARIA»

- LA ORACION DEL CRISTIANO EN LA ENFERMEDAD.
N.º 137 (1971). 150 pesetas
- EL ABORTO (1977) (agotado)
- ACERCAMIENTO AL MORIBUNDO, EUTANASIA,
DISTANASIA Y MUERTE. N.º 171 (1979).
250 pesetas
- PLANIFICACION FAMILIAR. (1980) (agotado)
- DERECHOS DEL ENFERMO. N.ºs 179-180 (1981).
350 pesetas
- PASTORAL SANITARIA (Todos responsables).
N.º 185 (1982). 300 pesetas
- EL HOSPITAL CATOLICO. N.º 188 (1983). 250 pesetas

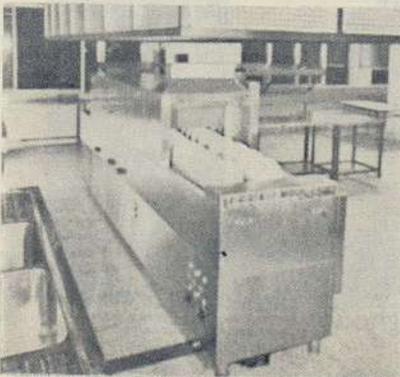
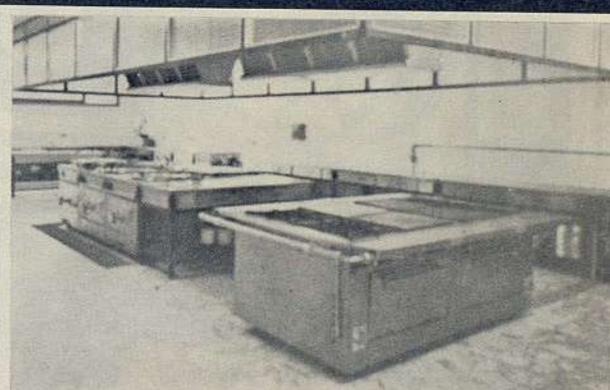


Fagor Industrial

la marca que está renovando el mundo de la hostelería.

La garantía de una buena instalación de hostelería, la da la marca, por eso FAGOR INDUSTRIAL firma todas sus instalaciones. Estos son los argumentos que avalan nuestra marca:

- Estudio previo, proyecto y realización de la totalidad de la instalación
- Experiencia avalada por más de 100.000 instalaciones en funcionamiento.
- La más amplia gama del mercado en maquinaria de HOSTELERIA, LAVADO DE VAJILLA y LAVANDERIA
- Alta calidad de nuestros productos, homologados en Francia, Inglaterra, Alemania,...
- Un servicio de asistencia técnica rápido y eficaz.
- Un cualificado equipo humano que aporta innovaciones, creando y mejorando la calidad de nuestros fabricados.

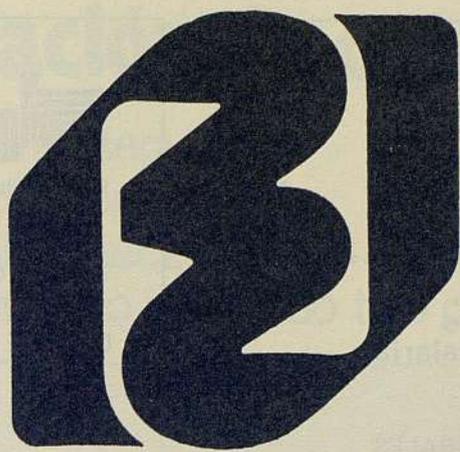


FAGOR INDUSTRIAL

GRUPO ULARCO

Barrio Sancholopetegi, s/n - Apdo. 17
Tfno. 78 01 51 - Telex: 36030 FAGIE
OÑATE (Guipuzcoa)





BANCA JOVER

Banqueros desde 1737

Fieles a nuestra tradición.

CONFECCIONES

BH S. A.

Una empresa al servicio
de las empresas hospitalarias

- PRENDAS LABORALES
Y PROFESIONALES
- CONFECCIONES
- SASTRERIA A MEDIDA
- TRAJES DE UNIFORME

Riera Blanca, 19-21 / Tel. 240 50 06
BARCELONA-28

Simest SA

Sociedad Ibérica de Mantenimientos Energéticos y Servicios Totales, S. A.

TECNOLOGIA DE MANTENIMIENTO
Y CONDUCCION DE INSTALACIONES
DE AIRE ACONDICIONADO

Parque de la Colina, bloque A, local 1
Teléfono 415 43 00/54/58
MADRID - 27

Rocafort, 252-254
Teléfono 321 46 62 - 321 47 08
BARCELONA - 29

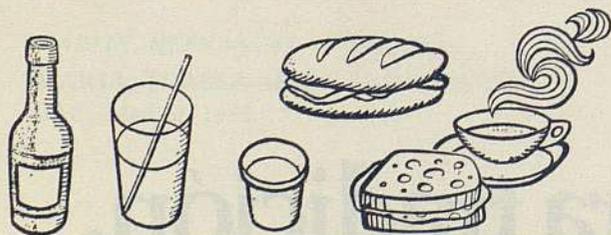
HOY...

SOLO PULSANDO
UN BOTON



el mejor servicio de
MINIBAR AUTOMATICO

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



técnica suiza

JOYAS - RELOJES - OBJETOS DE REGALO

Reparaciones garantizadas en joyas y relojes.
Grabaciones en cualquier metal.

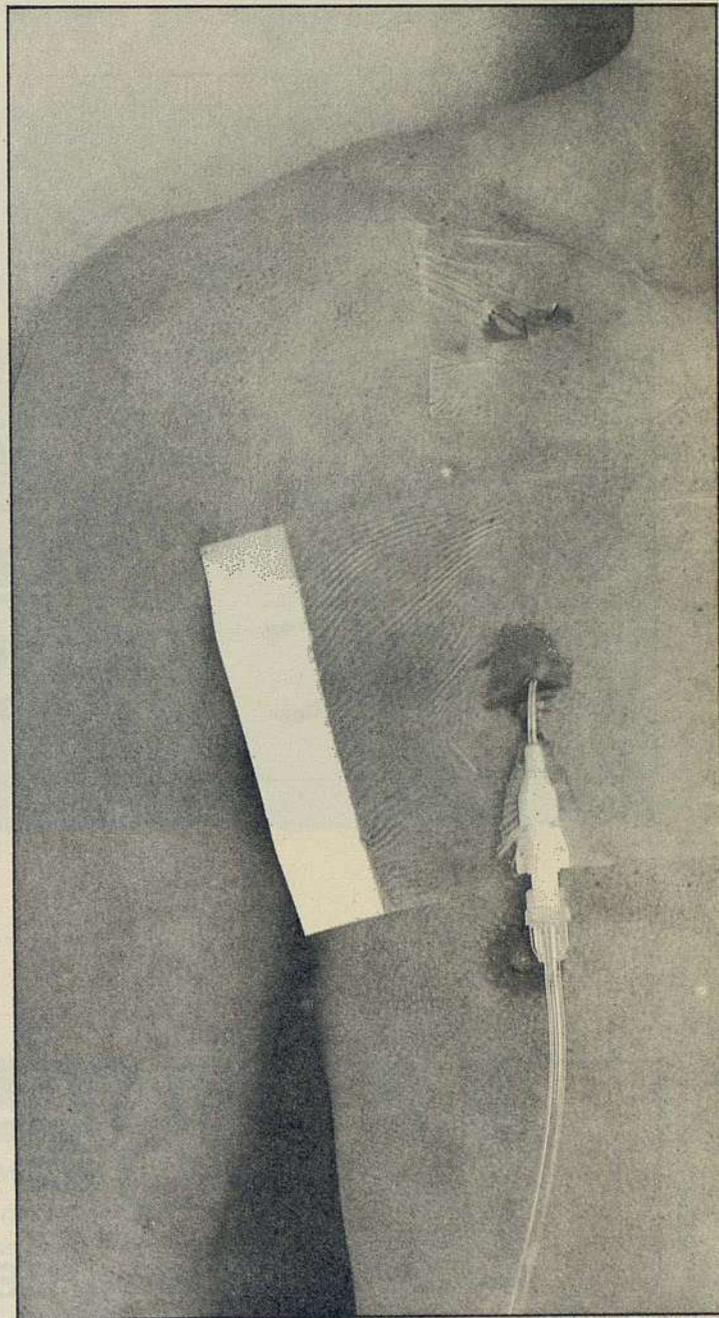
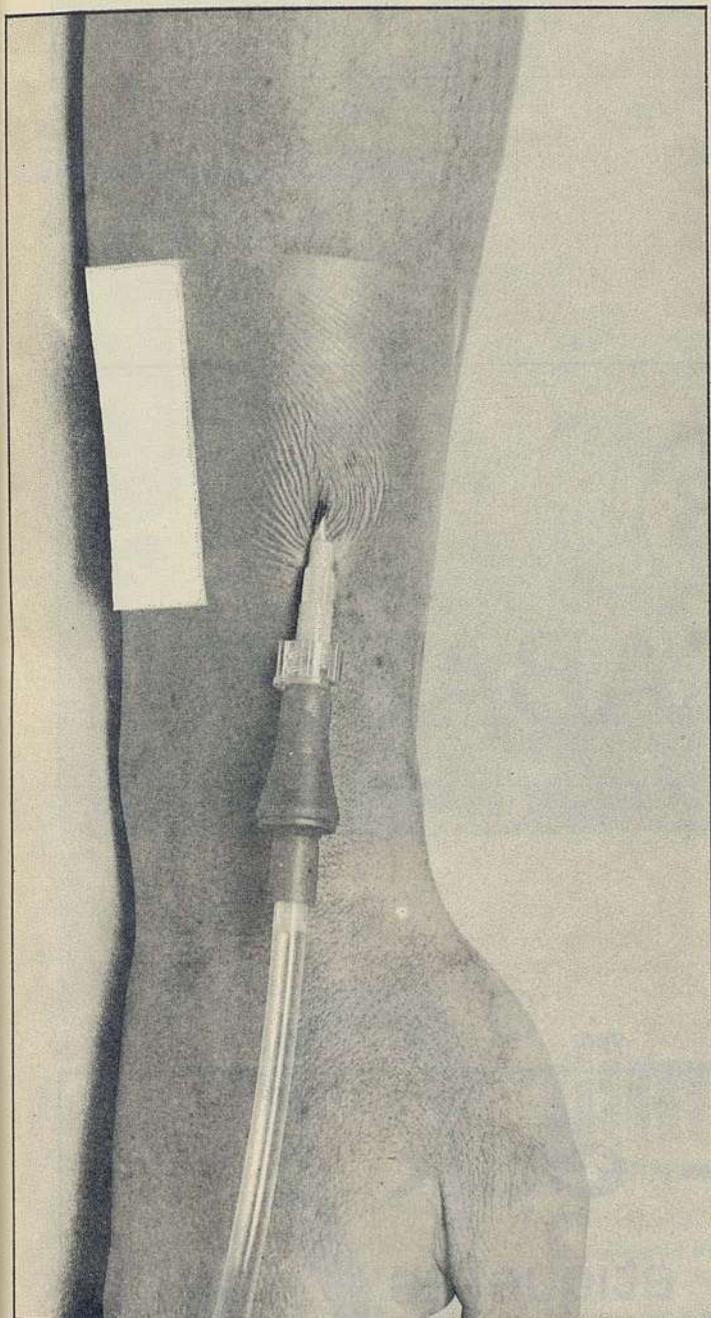
Paseo Manuel Girona, 44 - Tel. 203 64 39
BARCELONA-34

Op-Site

en fijación de catéters.

- Máxima seguridad.
- Mayor comodidad.
- Fácil inspección.
- Apropriado para todo tipo de catéters.

Smith+Nephew



Op-Site[®]

**UN IMPORTANTE AVANCE
EN FIJACION DE CATETERS**

Smith & Nephew Ibérica, S.A.

Infanta Carlota, 61 - Barcelona-29
Teléfono 250 79 25 - 321 06 44/74
Telex: 97488 SNIB-E

Smith+Nephew

**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

Col·labora



BANC DE SABADELL

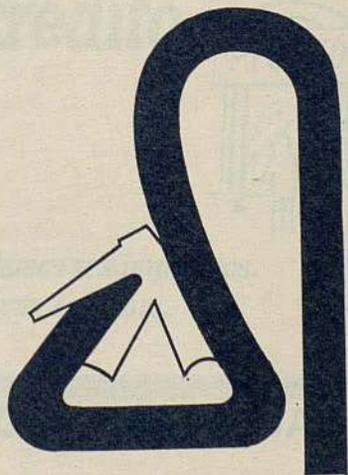
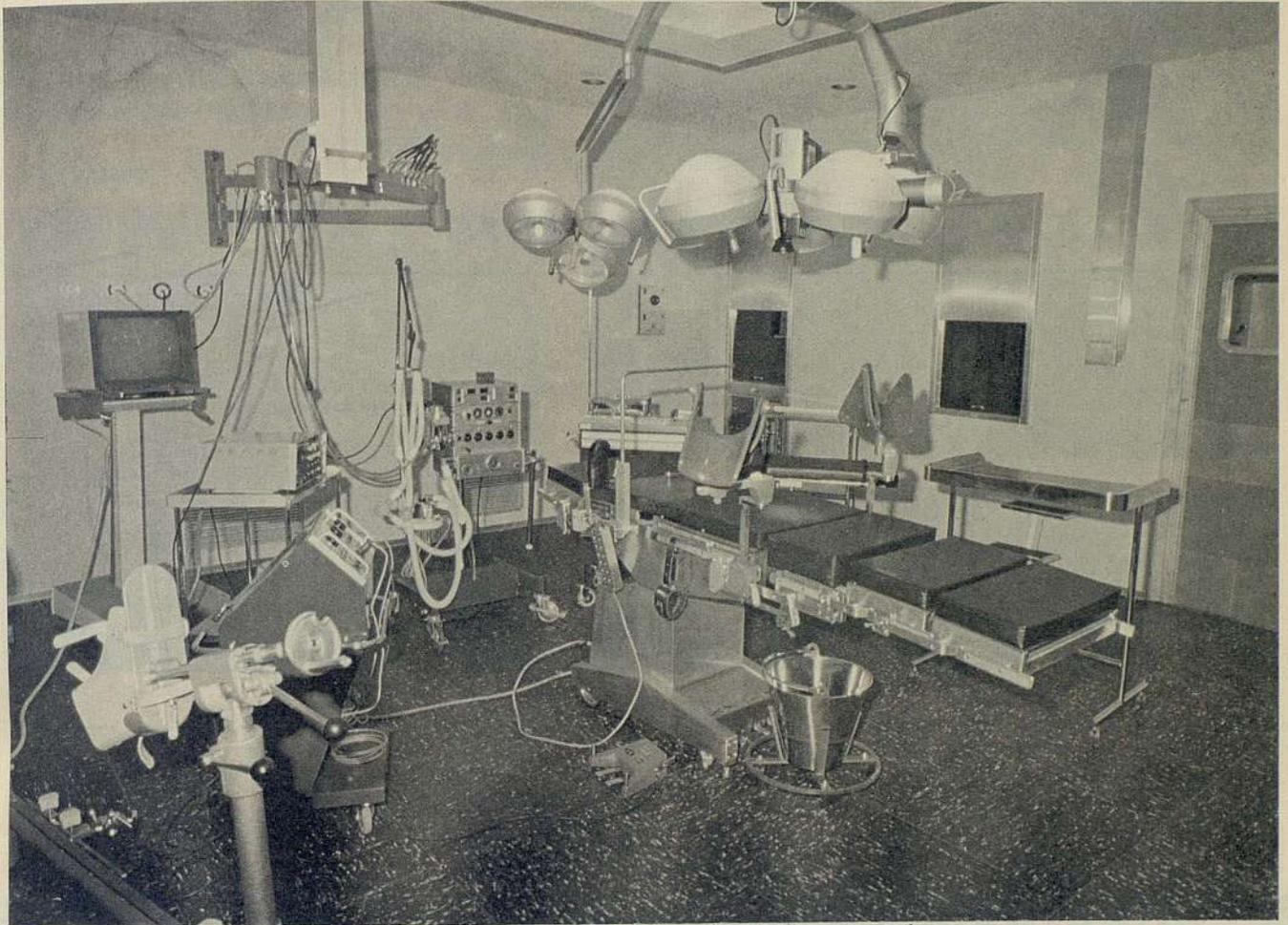
luga - etik

fábrica de etiquetas

**almadén, 1 - local 1
teléfono 337 82 88**

Nuevos quirófanos del Hospital San Juan de Dios Granada

Comex Industrias



®

dimetronika s.a.

DISTRIBUIDORA MEDICO ELECTRONICA

CENTRAL / HEAD OFFICE

San Gervasio de Cassolas, 34. Tel. (93) 212 35 04

Télex: 53994 DIKA E - BARCELONA-22

DELEGACION CENTRO / BRANCH OFFICE

Ponzano, 74 - Tels. (91) 234 42 30 / 40 - 234 45 24

MADRID-3

CANARIAS:

Luis Doreste Silva, 60. Telf. 23 39 73. LAS PALMAS DE GRAN CANARIAS

y Delegados en toda España para un mejor servicio

ESPECIALISTAS EN INSTALACIONES QUIRURGICAS



S. A. *construccions*

GUIPUSCOA, 62, 11^e

Tel. 303 07 34

BARCELONA - 20

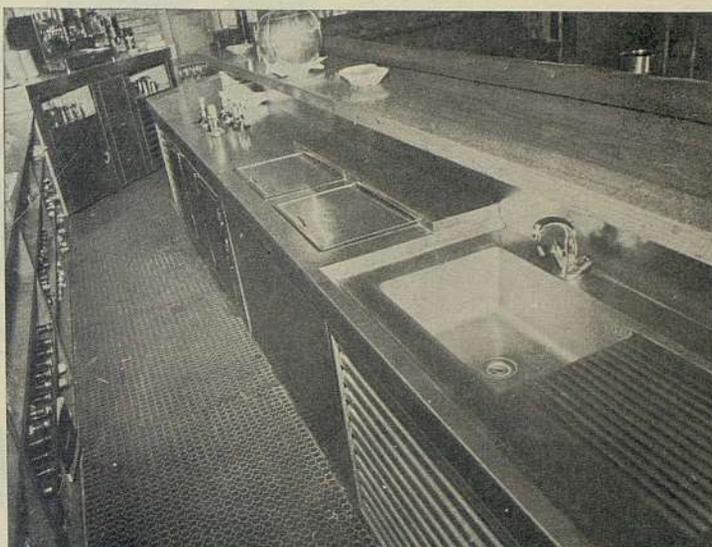
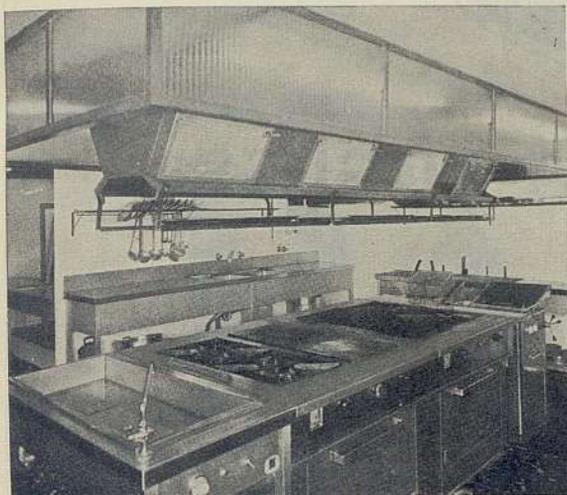
HOSTELERIA

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 · TELEFONOS 2278949 · 2278935 · BARCELONA-6

Ya que no puede evitar los impuestos, páguelos sin molestias y a crédito.



Para pagar sus impuestos (renta, circulación, etc...) no tiene por qué efectuar largos desplazamientos, ni soportar molestas colas. Con un simple trámite en nuestro banco,

sus impuestos quedarán debidamente

pagados, ya sea en efectivo, o cargados a su cuenta corriente. Y, si quiere, también puede aplazar hasta varios meses el pago de estos mismos impuestos, haciéndolos efectivos a través de cualquiera de nuestras tarjetas de crédito: Visa o Master Card.

Pagamos sus impuestos. Incluso a crédito.



BANCA MAS SARDA

Fundada en 1844



BANCO GARRIGA NOGUES

OFICINA PRINCIPAL: Ramblas, 140 - Barcelona

CelpA/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