

LABOR HOSPITALARIA

ORGANIZACION
Y PASTORAL SANITARIAS

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 36. Segunda época. Enero-Febrero-Marzo 1985
Número 195. Volumen XVII

CONSEJO DE REDACCIÓN

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

DIRECCIÓN

Curia Provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Carretera Esplugas s/n
Teléfono 203 40 00
08034 Barcelona

Publicación autorizada por el Ministerio de Sa-
nidad como Soporte Válido. Ref. SVR n.º 401.

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

Sumario

LH OPINA

- 12 V CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES

ORGANIZACIÓN SANITARIA

- 14 CONCLUSIONES DEL V CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES
17 LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA EN EL ANTEPROYECTO
DE REFORMA HOSPITALARIA
Por C. Eseverri Chaverri

POR UN HOSPITAL MÁS HUMANO

- 22 ANTROPOLOGÍA DE UNA CULTURA
Reflexiones sobre la vida, la enfermedad y la muerte
Por Mariano Galve

PASTORAL SANITARIA

- 30 UN AÑO DE LA CARTA APOSTÓLICA «SALVIFICI DOLORIS»
31 I PRINCIPALES CLAVES QUE PRESENTA EL DOCUMENTO
Por Miguel Martín
36 II SÍNTESIS DE LOS PRINCIPALES CONTENIDOS
Por José Sarrió
37 III LECTURA PASTORAL DE LA CARTA APOSTÓLICA
«SALVIFICI DOLORIS»
Por Francisco Álvarez
43 EL ETHOS DEL ACTO MÉDICO ANTE EL DESAFÍO
DE LOS NUEVOS CONDICIONAMIENTOS DE CULTURA
Por Alfonso María Ruiz-Mateos y Jiménez de Tejada

- 48 INFORMACIONES

V CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES

La primera decena de diciembre de 1984, Málaga, Torremolinos, fue la capital española de la hospitalidad. Estas jornadas tuvieron dos bloques diferenciados: del 3 al 5 se pronunciaron una serie de cursillos pre-congreso en los que se dictaron temas monográficos: y del 6 al 9 se desarrolló el V Congreso Nacional de Hospitales.

Se presentaba este acontecimiento cargado de expectativas y ávido de generar discernimiento científico hospitalario. Por lo menos ésta era la idea que invadía a los congresistas.

En los cursillos pre-congreso se logró un alto nivel de información y conocimientos. Los asistentes quedaron satisfechos.

EL CONGRESO SE DESARROLLÓ EN TRES MODALIDADES:

- * *Las Mesas de trabajo, profusas, ricas y avanzadas en contenidos, con especificación y áreas sobre Personal, Docencia, Economía y Gestión, Calidad, etc. En general, bien elaborados los temas, correctamente expuestos y defendidos con altura y solidez. Eran el fruto de personas expertas, pragmáticas y habituadas, avezadas a trabajar diariamente en el taller hospitalario; conceptos todos nacidos de la experiencia.*
- * *Otro aspecto o modalidad expositiva del Congreso se basaba, o debería haberse basado, en los grandes temas, las ponencias solemnes, profundas en contenidos, avanzadas en la investigación, ricas en la exposición, masivas en la concurrencia. Pero creemos, y nos lamentamos, que esto no sucedió. Hubo fallos, bien en los organizadores, bien en las figuras o grupos científicos a los que parece se había recurrido o, ¿quién lo sabe?, faltan en España maestros hospitalarios. Pero lo cierto es que nos quedamos sin esa gran aportación científica que muchos, creo que todos, esperábamos.*

* Una tercera parte del Congreso, si así podemos considerarla, fue la desarrollada en forma de Mesas Redondas. La Mesa que trataba el tema Derechos del Enfermo fue, sin duda, a nuestro juicio, la mejor llevada, la más lograda. «Mientras pueda violarse impunemente —son palabras del Director General de la UNESCO de hace nada menos que 35 años— uno solo de los derechos de uno solo de los hombres, la declaración de las Naciones Unidas nos acusará a todos de cobardía, de inacción, de pereza, y nos recordará que carecemos del sentido común de humanidad».

La segunda Mesa, ¿Quién debe dirigir el hospital?, fue también, bien llevada. Aunque echamos a faltar contenidos, profundización, rigor expositivo y visión pluridisciplinar.

La tercera y última Mesa sobre Trabajo Político-Social, resultó, a nuestro criterio, la peor tratada por los exponentes. Los políticos que acudieron, cuando acudieron, o cuando llegaron, que de todo hubo, eran miembros de distintos partidos, todos terceras espadas, ya que estamos en tierras de toreros. En algunas circunstancias sólo les salvó de varios y seguros revolcones, por no hablar de cogidas graves, la figura y presencia del moderador presidente de mesa, el Dr. Ignacio Aragón, maestro en el arte-ciencia organizativo hospitalario y diestro en mil lances.

Como conclusión podemos cerrar diciendo que, siempre a nuestro juicio, hubo una gran manifestación humana y de medios que demostraron estar interesadas, movidas, por la buena salud de nuestros centros de salud, y se perdió una ocasión de las que se presentan pocas veces para potenciar la

- planificación,
- organización,
- dirección,
- control,
- logística,
- estrategia,
- legislación,
- diseño del mundo hospitalario.

El cambio también ha llegado a Labor Hospitalaria

- Lo habrán notado nuestros lectores: primero por dentro, en sus contenidos, en su estilo, en su presentación.
- Pero no por cambiar, sino por ley de vida, por crecimiento, como cosa normal.
- Ahora, con este número que tienen nuestros lectores en sus manos, ha llegado hasta las mismas portadas. Son iguales y diferentes, pero con mayor reclamo al poder leer rápidamente algunos de los titulares. Hemos preferido hacer este equilibrio: dejar la misma imagen de portada (más reducida) y dar cabida a un rápido conocimiento de sus contenidos.

Si ayuda, seguiremos así. Es nuestra palabra, pero vosotros también tenéis la vuestra. Decídnosla.

CONCLUSIONES DEL V CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES

Torremolinos (Málaga), diciembre 1984

Nos importa traer aquí, en lugar principal, estas conclusiones, porque aparte de que el Congreso haya sido bueno, malo o regular, allá los críticos, las conclusiones de esos días son toda una temática filosófica de cómo hacer y concebir la tarea del hospital.

Y para una buena concepción es muy importante partir del mismo significado de la salud, así como de la responsabilidad de los diferentes grupos. El hospital no es más que un eslabón, pero debe ser idóneo, debe estar integrado.

Muy interesante la función de los dirigentes y responsables de que este eslabón funcione bien, de ahí la buena preparación para gestionar bien, para hacer una asistencia técnica, humana, integral. Éstas y otras muchas cosas más ha concluido el Congreso. Políticos, gerentes, directores, centros docentes, la misma sociedad tienen aquí una tarea, algo que decir pero, sobre todo, algo que hacer

Concepto de salud

1

- El Congreso de Hospitales acepta el concepto actual de salud, que se define como el disfrute de una plena satisfacción personal, dentro del contexto del medio ambiente en el que se desarrollan sus actividades; lo cual lleva aparejado la resolución de una serie de factores políticos, sociales y económicos que deben tenerse en cuenta.

Responsabilidad:
de la sociedad,
de los gobernantes,
de la Administración

2

- La anterior amplitud conceptual, hace que la salud como derecho humano no debe ser responsabilidad exclusiva de un sector, sino que ha de asumirse por toda la sociedad y muy especialmente por sus gobernantes.

3

- La Administración Sanitaria debe hacer suya la parte que le corresponde de esta obligación, y aceptar la función de mantener la salud integral mediante acciones de tipo preventivo, curativo, rehabilitador y muy especialmente educador y de promoción.

Estudiar las realidades
de otros países

4

- Es muy importante conocer y estudiar las situaciones que se dan en otros países, y en especial los de la Comunidad Económica Europea, para adecuarse a las estructuras y procedimientos contrastados por un nivel de aceptación y no importar los modelos ineficaces.

El hospital:
medio idóneo

5

- Se considera el hospital como el medio idóneo disponible actualmente para alcanzar estos fines, en la medida que se les asigne. Ya que un hospital bien estructurado cuenta con: personal idóneo, elementos aptos para la docencia y la investigación, medios materiales y técnicos suficientes y una organización eficaz.

debe hacer buen uso,

6

- El hospital por su parte debe ser conocedor de que ha de hacer buen uso de esta situación privilegiada, aceptar el reto propuesto y no intentar una monopolización de la salud.

ser consciente de su misión	7	● El hospital debe ser consciente de su función y tratar de adaptarse a la realidad, participando en una reforma que debe configurarse en cada hospital, de forma adecuada a sus necesidades, contando para ello con la autonomía suficiente que le permita alcanzarla.
Integración en un servicio de salud	8	● La gran mayoría de órganos gestores de los hospitales se inclinan a incorporarse en un servicio de salud, contando con el esfuerzo de todos, sin menospreciar a nadie, siempre que se acepte la realidad de la situación y se tenga voluntad de colaboración en una reforma lógica.
Reforma sanitaria y modelo ideal	9	● La reforma hospitalaria debe basarse, primeramente, en el logro de un modelo ideal pero no utópico de hospital que sea consensuado por los diversos estamentos, asegurando para el mismo una gestión compartida.
La sociedad responsable de la gestión de salud	10	● La sociedad, al hacerse responsable directa de la gestión de la salud, debe lógicamente participar en el hospital, aportando sus experiencias, opiniones y conocimientos que ayuden a resolver sus problemas.
Leyes obsoletas	11	● Muchos de estos problemas que afectan hoy al hospital, son consecuencia de leyes obsoletas que impiden el procedimiento óptimo de los recursos, tanto humanos como materiales, por lo que es preciso que la reforma corrija y actualice la legislación vigente.
Desencanto del personal	12	● Existe entre el personal del hospital un estado de desmotivación y desencanto que debe ser urgentemente corregido promoviendo oportunidades, transmitiendo responsabilidades, contando con ellos en primer lugar para los nuevos cargos, y recurriendo sólo en casos extremos al que procede de otros sectores.
Reforma sanitaria y cambio de métodos docentes	13	● Toda la reforma hospitalaria debe apoyarse en gran manera, en un cambio total de los métodos de docencia a todos los niveles que permitan alcanzar unas cotas altas de saber, homologables a las de cualquier otro país con los que vamos a tener que trabajar conjuntamente. En este sentido es preciso acometer decididamente la reforma de la enseñanza del futuro personal directivo hospitalario y la formación permanente del actual.
Hospitales integrados en áreas de salud	14	● El situar los hospitales como componentes de un área de salud, provocará una interrelación con los elementos externos que hasta cierto punto puede favorecer la humanización del hospital, hoy muy encerrado en un mecanismo científico. Recobrar el concepto de «enfermo» frente a «enfermedad» o pensar que la misión de enfermería es «sustituir las funciones mermadas del enfermo» representan acciones positivas. El mantener un intercambio de conocimientos y prácticas entre personal intra y extra hospitalario, puede ser muy fructífero.
Integración de nuevos profesionales	15	● El aporte continuo de nueva tecnología al hospital ha desbordado los conocimientos tradicionales; por ello es preciso incorporar nuevos profesionales y científicos que rentabilicen este bagaje.
Elevar nivel conocimientos	16	● Por su parte todo el personal auxiliar debe incrementar el nivel de sus conocimientos que le permiten dar una mejor colaboración con los demás estamentos y muy especialmente al enfermo.
Preparación dirigentes	17	● La complejidad creciente de los hospitales hace que deban figurar a su frente personas muy bien preparadas que conozcan el tema en profundidad, que hayan adquirido un máximo de conocimientos pluridisciplinares y hacer que cuenten con comités asesores lo más amplios y diversos para que les auxilien en su difícil tarea.
Sociedad conocedora de la gestión	18	● La gestión hospitalaria debe ser conocida por la sociedad que la auspicia y muy especialmente por el propio personal hospitalario, haciendo que la comparta en todo momento.
Presupuesto y planificación	19	● Una política presupuestaria limitada y estricta obliga a realizar una seria planificación, basada en un orden de prioridades, un firme control de gestión y una auditoría permanente que respete siempre la calidad asistencial. Estas auditorías deben realizarse por equipos polivalentes ajenos al propio hospital, que estén capacitadas para cualificar además de cuantificar; prevaleciendo el concepto costo/calidad frente al de costo/cantidad.

Gestión y acreditación	20	<ul style="list-style-type: none"> ● La gestión debe partir de una acreditación previa del hospital que fije los niveles y objetivos que puede alcanzar, y dotarle económicamente para que así sea.
Control de calidad	21	<ul style="list-style-type: none"> ● En todo hospital debe existir un control de calidad permanente que refleje el grado de satisfacción del usuario. Nunca pueden basarse las gestiones económicas en actos que reduzcan la calidad asistencial, sino obtenerse con otras vías, como pueden ser por ejemplo: la agilización diagnóstica, la estricta selección de ingresos, la creación de distintos niveles de hospitalización, la colaboración en servicios comunitarios, la atención domiciliaria pre y postoperatoria, etc.
Gradación de la asistencia	22	<ul style="list-style-type: none"> ● Son necesarios los distintos niveles de atención, contando para ello con la acreditación y la creación de áreas de salud integral; los hospitales para largas estancias y crónicos, los geriátricos, el hospital de día y de noche, etc.
Funciones docentes e investigación	23	<ul style="list-style-type: none"> ● Es sumamente importante determinar qué hospitales pueden adquirir funciones docentes y de investigación, dotándoles económicamente para ello de forma totalmente independiente de su presupuesto asistencial. Algo parecido debe hacerse en aquellos casos que el hospital asume funciones extraordinarias que no le son usuales dentro de un área de salud.
Gestión e información	24	<ul style="list-style-type: none"> ● En el área de gestión especialmente, y en muchas otras también, es importantísimo contar con la información, siempre bien planificada, de acuerdo con las necesidades de cada caso y buscando alcanzar la máxima eficacia.
Equilibrio en el equipamiento	25	<ul style="list-style-type: none"> ● El equipamiento hospitalario debe estar acorde con los fines que tiene asignado cada hospital, y su adquisición debe hacerse previo un análisis exhaustivo que tenga en cuenta los beneficios que puede aportar en relación a su coste, de forma objetiva libre de presiones y de afán protagonista, buscando básicamente el bienestar del enfermo.
Políticas de personal y servicios	26	<ul style="list-style-type: none"> ● Los altos costos que representan las estructuras, instalaciones o equipos obligan a todos a extremar su conservación, es preciso mentalizar y enseñar el buen uso de todo ello al personal, y dotar al hospital de unos servicios de mantenimiento amplios y capacitados que eviten discontinuidades, procuren ahorrar energía, y obtengan un alto nivel de seguridad, basándose especialmente en unas normas de mantenimiento preventivo. Política que no debe circunscribirse solamente en el área médica, sino extenderse a los servicios hoteleros que viven en el hospital, de los que es preciso estudiar su rentabilidad para agruparlos o trasladarlos al exterior en aquellos casos que resulten onerosos.
El hospital y su entorno cambiante	27	<ul style="list-style-type: none"> ● El hospital es un ente vivo que debe adaptarse a todas las mutaciones políticas, sociales y económicas, que precisa una puesta al día constante, mediante el intercambio generoso de ideas y experiencias aportadas por todos los sectores que colaboran en él. Todos sus problemas, incluso aquellos que parecen más difíciles, como son los diferentes orígenes o dependencias patrimoniales, pueden y deben ser resueltos de forma comunitaria a través de una integración plena en un amplio sistema de salud.
Seguir reflexionando	28	<ul style="list-style-type: none"> ● Para seguir tratando y discutiendo todo ello y otros temas que irán surgiendo, es necesario institucionalizar de forma permanente y periódica «El Congreso Nacional de Hospitales», que debería itinerar por las diversas autonomías españolas, siendo preciso la creación de un órgano gestor que se responsabilice de ello, así como de asumir la representatividad y diálogo de todos los hospitales españoles frente a la sociedad y sus autoridades y hacerlo también en el ámbito internacional, muy especialmente con la CEE y otros altos organismos del mundo hospitalario. De este último punto la propia organización ya ha recogido en parte la recomendación que se hace, por lo que puede anunciar el VI Congreso Nacional de Hospitales, que se espera celebrar en Madrid.

LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA EN EL ANTEPROYECTO DE REFORMA HOSPITALARIA

Aportaciones de mejora y su iluminación histórica y documentos de la Organización Mundial de la Salud

Resulta un tema difícil de tratar, hoy en España, éste de la reforma hospitalaria o, también, el de la reforma de la sanidad en general. Los anteproyectos van saliendo, desde los altos estamentos del Estado, lo mismo de un tema como del otro, con una profusión y a veces con tanta ligereza, que sorprende, inquieta y casi asusta. ¡Porque da la sensación que no se sabe qué se pretende ni a dónde se quiere llegar!

De todas maneras, el tema que ahora traemos le es muy grato al autor del siguiente estudio. En primer lugar, porque lo presentó y defendió en el V CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES, Torremolinos, Málaga, diciembre de 1984; y, además, porque el fondo y la forma como trata el Anteproyecto la reforma hospitalaria se calca, si así podemos decirlo, y con los debidos respetos, en sus teorías de Planificación, Dirección y Control Hospitalario aparecidas en el libro del autor, publicado ya en 1981, con el título *Enfermería Hospitalaria*.

C. ESEVERRI CHAVERRI

Vicepresidente del Consejo General de ATS-DE. Madrid
Director de la División de Enfermería, Hospital San Juan de Dios. Barcelona

1. INTRODUCCIÓN

La Enfermería española, con más de 140.000 profesionales, tiene mucho que decir y algo que opinar sobre el futuro reglamento de hospitales y lo quiere decir desde perspectivas históricas, casi ancestrales, y con documentación moderna.

La vieja profesión enfermerística española tiene una buena, larga historia y documentación hospitalaria¹. En cierta manera puede asegurarse que, efectivamente, es imposible tratar de hospitales y dejar de lado la Enfermería. Incluso, los primitivos hospitales, en su gran mayoría, eran más conocidos como enfermerías que bajo el nombre de hospital. Definitivamente, el profesional único que define los cuidados hospitalarios, la pervivencia hospitalaria, *sine qua non*, es el personal de Enfermería. No puede existir un hospital sin enfermerías ni éstas sin su personal específico. Ciertamente, podemos asegurar y demostrar que pueden existir centros hospitalarios sin el resto de profesionales sanitarios. La Enfermería tiene profesionales natos, los otros vienen a trabajar, esporádicamente, en la Enfermería. Por todo esto, dicho lo más sucintamente posible, resulta lógico que los profesionales de la Enfermería tengan mucho que aportar ahora que se nos propone en España la elaboración de un Anteproyecto de Reforma Hospitalaria.

Esta documentación sobre reforma hospitalaria no debe desencajarse, más bien todo lo contrario, de la futura Ley

General de Sanidad. Ley, dicho con ánimo equitativo, general, es decir, que sea generalmente satisfactoria para todos. Imposible puede resultar a gusto de todos, lo reconocemos, pero sí lo más concorde y aproximado posible al sentir de los usuarios, de los ciudadanos, de las distintas comunidades y los múltiples profesionales sanitarios. El Congreso de los Diputados tendrá la palabra y de los distintos portavoces esperamos inteligencia y cordura. Cuarenta millones de españoles, y, entre ellos, multitud de profesionales sanitarios, 140.000 de ellos pertenecientes a la Enfermería española, les estarán contemplando, analizando, sacando conclusiones concretas y precisas.

Pero hoy, en este V Congreso Nacional de Hospitales, sólo vamos a precisar algunos puntos del Anteproyecto de Reforma Hospitalaria. Al final del trabajo trataremos de iluminar nuestra visión científico-organizativa-hospitalaria con documentos históricos y de la Organización Mundial de la Salud.

2. ANTEPROYECTO DE REFORMA HOSPITALARIA

Desde el inicio, desde la introducción del Documento, se nos ofrece cancha, esto es, terreno, espacio, local, sitio adecuado para abrir un amplio debate sobre el tema. Y tendríamos que decir a este respecto, que debería hablarse en el documento, en su introducción, de la red hospitalaria, sin más. Quedarse o precisar la red pública es dejar muchos centros fuera de ella, y estos centros también son

obra y trabajo de ciudadanos españoles, contribuyentes serios del fisco estatal. Nuestra ley de leyes a este respecto, en su artículo 41, es tajante: «la iniciativa privada y el mercado son soberanos». Esto quiere decir que la equidad del modelo debe ser garantizada por los poderes públicos.

Respecto al capítulo I insistimos en los fallos tratados en el punto anterior. Y respecto al II capítulo nada tenemos que objetar. En el capítulo III, en su apartado III.3, se contempla la movilidad de plantillas entre centros. Aunque las motivaciones puedan ser racionales, habrá de tratarse con cuidado. Este apartado puede resultar grave, ofensivo, poco social, nada humanizante para los trabajadores sanitarios.

El capítulo IV nos ofrece un organigrama general del hospital. En principio nos parece oportuno y concorde con cuanto se preconiza en cualquier manual de gestión empresarial. Cuando dice que los «servicios se agrupan en unidades funcionales que llamamos divisiones», en el punto 3, dice que la división de Enfermería la preside la «enfermera jefe». Creemos, como así se cita en otras partes del Documento, debería decir: Director/a de Enfermería.

«Al frente del hospital, y como máxima autoridad, existirá la figura de un director general». Creemos que esta figura debería denominarse Gerente. Se evitarían confusiones y, además, el concepto resulta más significativo de autoridad y operatividad general que no el de Director. Las definiciones etimológicas de estos vocablos pueden resultar definitivas.

En el capítulo VI, apartado VI.2. Personal, punto VI.2.1, creemos que la posibilidad de contratar «consultores», debería ser patrimonio de todas las divisiones y no referirse a una en concreto. La ciencia de la dirección y de la gestión es difícil para todos, y todos deberían disponer de posibilidad para contratar consultores a fin de dilucidar cuestiones difíciles y puntuales. Sirva de ejemplo que, sólo respecto a plantilla de personal, Enfermería asume más del 50 % de los trabajadores hospitalarios y esta rama de la ciencia administrativa de personal de por sí resulta muy compleja.

En el capítulo VII, en el cuarto punto y aparte, debería reducirse a este texto: «El jefe del servicio será responsable ante el director del logro de los objetivos de su servicio»... etc. La razón es simple, todo jefe de servicio es responsable ante su director de división sin acepción alguna de divisiones. Y, mejor aún, podrían refundirse y reducir el texto si de los puntos y aparte tercero y cuarto se precisa a uno solo. Esto lo basamos en la simple lógica de metodología de gestión empresarial moderna.

En el capítulo XI, sobre docencia e investigación, queda poco precisa la gama de posibilidades. Es verdad que bajo el concepto de «comisiones de investigación» puede cobijarse todo cúmulo de posibilidades investigadoras y en todas las divisiones del hospital; pero también es verdad que no precisa ni enmarca la amplitud de conceptos. Ni tampoco la expresión «ensayos clínicos» precisa demasiado. O, por el contrario, es mejor que conste así considerándolo todas las divisiones en su sentido etimológico. El último punto de este capítulo resulta discriminatorio. El texto debería cambiarse por otro más preciso. Tal vez éste que proponemos a continuación sea más amplio y ajustado a la realidad y seriedad del Documento: *Los cen-*

tros dispondrán de locales para biblioteca y documentación hospitalaria.

El capítulo XII, en su apartado XII.1.3, trata de la «acreditación profesional médica»... etc. Respecto al apartado XII.3 nada dice sobre la acreditación del personal de Enfermería, cuando la acreditación debe ser patrimonio exigido y exigible a todo el personal de la plantilla hospitalaria. La imaginación de los legisladores, en este punto, debería ser creativa y equitativa. Respecto a Enfermería, algo podríamos aportar². Pero la verdad es que éste apartado, «Personal de Enfermería», el documento lo despacha con unos amañes insulsos, sin comprometerse en nada o, peor aún, sin saber qué decir. Y si esto no es verdad, lo parece.

En general, para finalizar este somero estudio, diremos que el Anteproyecto nos parece oportuno; mejorable en su redacción y léxico científico-gerencial; mejora la imagen actual de la Enfermería, aunque se pierde contenido al no haber en el Ministerio de Sanidad y Consumo profesionales de Enfermería o, si los hay, no haberlos consultado o, peor aún, éstos no estar, al parecer, suficientemente acreditados o conocedores de toda la información. ¡Cuidado, compañeros del Ministerio! Porque lo de menos es que el Documento sobre la Reforma Hospitalaria salga más o menos pulido en el B.O.E. Lo que importará, más aún, es que el reglamento de su puesta en marcha no merme las funciones de Enfermería! ¡Cuidado que los anexos a la norma desvirtúan la norma misma! ¡Cuidado con los Modelos de Gestión Hospitalaria aparecidos en publicación restringida a través del Instituto Nacional de la Salud!

3. DOCUMENTACIÓN CIENTÍFICA DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA ESPAÑOLA

La presencia de Enfermería en los hospitales españoles ha sido siempre decisiva. Conviene conocer la historia¹. Ya en el libro *Las Etimologías*, año 620, reinados visigodos, a la medicina «le incumbe no sólo los remedios que procura el arte de quienes con toda propiedad se llaman médicos, sino, además, la comida, bebida, el vestido y el abrigo; todo aquello, en fin, que sirve de defensa y protección, gracias a lo cual nuestro cuerpo encuentra salvaguarda frente a los ataques y peligros externos³». Es de notar y destacar que en esta oración gramatical la partícula *sino* responde a una conjunción adversativa⁴, del latín *adversativus*, que implica o denota oposición, contrariedad o distinto concepto o sentido. Por tanto, la medicina o los profesionales de la medicina son los que «con toda propiedad se llaman médicos» y otros profesionales que, con toda propiedad, atienden los cuidados básicos, esto es: «aportan la comida al paciente, la bebida, el vestido, el abrigo, lo defienden y protegen de ataques y peligros externos». Estos otros profesionales desde antes del siglo X se llaman enfermeros y, también, desde el siglo XV, enfermeras.

Apoyando nuestro punto anterior vienen distintos autores quienes nos dicen que en el Hospital de Masona, en Mérida, Badajoz, año 580, trabajaban «médicos y enfermeros»⁵.

En el siglo XI, en Roncesvalles, Navarra, hospital patrocinado por el rey Teovaldo, aparece la figura del Jefe Padre Canónico Enfermero⁶. Por las mismas fechas aparecen en la mitad norte de España los monjes Hospitalarios dependientes de San Juan de Jerusalem, con centros sumamente organizados y con enfermerías muy bien delimitadas y estructuradas⁷.

La historia y la documentación es larga, profunda, intensa, muy rica, seria, pero no podemos bajar a detalles. Al final del medioevo el rey Martín I, el Humano, en Barcelona, manda construir el Hospital de la Santa Cruz y redacta un reglamento de régimen interno. Revisado este documento en 1417, nuevamente aparece la figura del Jefe de Enfermería. Allí «establecieron y ordenaron que en el hospital haya una buena e idónea persona entre las demás que tenga título de enfermero». El documento sobre este Jefe de Enfermería es riquísimo, aunque no podamos bajar aquí a detalles^{1, 8}.

El emperador Carlos I también firmó un riquísimo documento sobre gestión hospitalaria, año 1524, donde aparece el Enfermero Mayor con una descripción de funciones sumamente interesantes. Y así podríamos ir viendo cómo destaca la figura del Enfermero Mayor y de todos los profesionales de Enfermería Felipe II y sus sucesores hasta llegar a Carlos III quien, por primera vez, posiblemente, utiliza la expresión *Directora de Enfermería*¹.

En 1833 aparece un libro sobre Enfermería en donde, ciertamente, la figura del Jefe de Enfermería o Enfermero Mayor resplandece con todo cúmulo de detalles y principios científicos modernos de gestión enfermera⁹.

Saltando fechas y acontecimientos largos de contar, nos presentamos en nuestros días. Ya en nuestro siglo, en 1915, por Real Orden del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes aparece en la Gaceta de Madrid las nuevas normas para los estudios de practicantes y enfermeras. Sin mucha brillantez van renovándose estos estudios hasta llegar a 1977 en que se declara la profesión de rango universitario. Simultáneamente, la figura de Jefes de Enfermería en los hospitales españoles ha ido bamboleándose, con más pena que gloria, a través de documentos como las Leyes de Bases del Movimiento, 1940, Estatutos Jurídicos de las Enfermeras, Practicantes, ATS, Matronas, 1967, etc. En 1973 se publica la Orden de 26 de abril cuyo título: Estatuto de Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica en la Seguridad Social, no puede llegar a resultar más deprimente.

Y así estamos, aquí estamos. Demostrando, pidiendo, reclamando, exigiendo, que de una vez por todas se nos tenga en cuenta, se nos devuelva lo nuestro, lo que consiguieron nuestros antepasados del medioevo y de nuestras fechas más próximas, aunque ciertamente viejas, de los años 1524, 1590, 1650, 1750 e, incluso, 1824 y 1853. Documentos, en su mayoría, firmados por nuestros mejores monarcas.

4. DECLARACIONES DE LA OMS-OIT

Por descontado que sólo vamos a aportar aquí algunos puntos sueltos sobre la doctrina enfermerística que tan abundantemente nos proporciona la Organización Mundial de la Salud. Ciertamente, en considerable número de documentos nos habla sobre la Enfermería hospitalaria¹⁰. Incluso, para la OMS, el hospital se define como una institución donde permanecen los enfermos para recibir asistencia médica y de Enfermería¹¹. Recordemos aquí la definición isidora del año 620³. Su similitud resulta impresionante, a pesar de separarles 1364 años.

Como decimos, no pudiendo traer aquí todos los documentos, entresacamos los informes 91, 1954, que «el personal de Enfermería constituye, por sí mismo, un equipo de trabajo». Y, precisando la figura del director de la División de Enfermería, dice: «El ideal es que la persona de Enfermería jefe del grupo posea una excelente formación científica, vocación para el servicio, aptitud para trabajar en colaboración y gran competencia profesional».

En el Informe de Técnicos n.º 347, 1966, ya se precisa y se decía: «En el curso del próximo decenio los servicios de Enfermería se enfrentarán con una inmensa pero estimulante tarea... impondrán a la enfermería del mañana responsabilidades sin precedentes; no bastará la introducción de pequeñas modificaciones en el sistema actual para satisfacer las demandas de una sociedad en rápida transformación, sino que será necesario proceder a una reforma total». Dieciocho años hace de esto y la reforma hospitalaria española no ha tenido en cuenta en lo referente a Enfermería.

Entre las conclusiones a las que llegan en Ginebra la reunión conjunta OIT-OMS, los días 19 al 30 de noviembre de 1973 y que mantienen y ratifican en 1976 y 1977, están:

- «Planificar un sistema para la estructura, el empleo y la afectación del personal enfermero dentro del marco de servicios de un país y del sistema de personal de la salud».
- «El derecho y responsabilidad del personal enfermero a dirigir y participar en el proceso de planificación».
- «Derecho de organización del personal enfermero»¹².

Dentro del sector hospitalario, Enfermería se centra en la asistencia y atención de cuidados que requieren las necesidades de salud de la sociedad, pero, también, debe llevar a cabo otras funciones que podemos denominar complementarias, es decir, de:

- Orden administrativo.
- Docente.
- Investigador¹³.

No queremos insistir más en aportar mayor documentación en gracia a la brevedad, pero sí que hacemos constar una vez más que la documentación de la OMS respecto a Enfermería hospitalaria es sumamente rica, abundante, precisa, ordenada tanto a través de los documentos elaborados por los expertos, como sus Monografías¹⁴, Cuadernos de Salud Pública, series de «Salud para todos»¹⁵, etc.

5. CONCLUSIONES

Aunque siempre resulta labor dificultosa, ésta de reducir a puntos concretos unas materias con contenidos amplios y complejos, no nos queda más remedio que actuar en consecuencia. Por tanto, según nuestro criterio y recto proceder y, también, basándonos en lo posible en documentación cierta y segura, llegamos a deducir las siguientes conclusiones:

- Precisamos que la historia de la Enfermería española es larga, concreta, en lo concerniente a su labor hospitalaria y profunda en contenidos asistenciales, organizativos, docentes e, incluso, investigadores.
- Consideramos que el Anteproyecto de reforma hospitalaria elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, es necesario, urgente y básico para el buen ordenamiento de la función hospitalaria.
- Consideramos, también, que este anteproyecto de reforma hospitalaria, revaloriza la figura de los profesionales de la enfermería, aunque debe sufrir una profundización en sus contenidos enfermerísticos, una mejora científico-administrativa en sus concepciones metodológico-empresariales y un enriquecimiento en sus aspiraciones, de acuerdo con las doctrinas de la OMS.
- Creemos que, de acuerdo con la conclusión 3.^a, las políticas, estrategias y planes de acción nacional hospitalaria deben estar conexas con la Atención Primaria de Salud con el propósito de alcanzar la salud para todos en el año 2000.
- El documento definitivo sobre reforma hospitalaria y en relación con la Enfermería deberá desarrollarse de la siguiente manera:

— «Actuar competentemente sobre el Proceso de Atención, que consiste en:

- Identificar las necesidades de salud de los individuos, familia y comunidad.
- Hacer el diagnóstico de Enfermería.
- Elaborar el Plan de Cuidados.
- Evaluar los cuidados.»

— «Actuar como miembros del equipo de personal de salud y como líderes del equipo de enfermería.»

— «Proceder como educadores en relación a dos clases de grupos:

- El individuo, la familia y la comunidad proporcionando educación para la salud.

- El personal de enfermería, proporcionándole adiestramiento y formación general y específica.»

— «Administrar a alto nivel la División, departamentos, servicios y unidades de Enfermería y con independencia, aunque interrelacionadamente, con el resto de divisiones hospitalarias.»

— «Realizar investigaciones sobre Enfermería y participar en igualdad de condiciones en investigaciones multidisciplinarias en salud y gestión hospitalaria.»

— «Participar en la solución de problemas de su clase en relación con asuntos hospitalarios y de salud»^{10, 12, 13, 14, 15}.

- El desempeño de todas estas conclusiones se precisan en dos apartados:

— Que estas conclusiones suponen, por parte de Enfermería, la responsabilidad de mantenerse al día respecto a los avances de la ciencia y la tecnología.

— Reconocimiento por parte del Estado de las Funciones de la Enfermería: sus requerimientos a la luz de la historia y la OMS, la OIT, el Consejo de Europa, etc.: su reconocimiento y desarrollo de los niveles académicos universitarios; que este documento, en concreto, sea definitivamente redactado con la participación de expertos en enfermería, libres de influencias ajenas a todo cuanto no sea ciencia enfermerística hospitalaria y de la salud^{13, 14, 15}.

- Finalmente, en el documento Anteproyecto de Reforma Hospitalaria han quedado olvidados los conceptos sobre evaluación y esto en relación con todas las divisiones y la alta dirección. Sorprende, pues los hospitales son instituciones altamente costosas y, también, porque el nivel de calidad debe ir acompañado de controles evaluativos.

Por todo esto proponemos sea elaborado un proceso evaluativo de los programas generales y de cada división¹⁶

- Bases de la evaluación.
- Verificación de la evaluación.
- Componentes del proceso evaluativo.
- Frecuencia de la evaluación.
- Indicadores y criterios para la evaluación.
- Exámenes de la suficiencia y progreso.
- Obtención de conclusiones y formulación de propuestas de acción para el futuro¹⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. ESEVERRI CHAVERRI, CECILIO: *Historia de la Enfermería española e hispanoamericana*. Salvat Editores, S. A. Barcelona, 1984.
2. — ESEVERRI CHAVERRI, CECILIO: *Enfermería Hospitalaria. Planificación, Dirección y Control*. Ed. Médico Técnica, S.A. Barcelona, 1981.
— ESEVERRI CHAVERRI, CECILIO y cols.: *Diseño Funcional de la División de Enfermería*. Hospital San Juan de Dios. Consejo General de ATS-DE. Madrid, 1984.
3. OROZ RETA, J. DÍAZ y DÍAZ, M.: *Etimologías de San Isidoro*. Ed. Biblioteca de Autores Cristianos, BAC. Madrid, 1982.

4. ESCARPENTER, JOSÉ: *Introducción a la gramática moderna*. Ed. Playor. Madrid, 1979.
5. — LAÍN ENTRALGO, PEDRO: *Historia Universal de la Medicina*. Tomo III. Salvat Editores. Barcelona, 1977.
— GARCÍA-VILLOSLADA, R.: *Historia de la Iglesia de España*. Tomo I. Ed. Biblioteca de Autores Cristianos, BAC. Madrid, 1979.
6. MUÑOZ DE CEPEDA Y ORTEGA, M.: *La beneficencia en Navarra a través de los siglos*. Ed. Escuelas Salesianas. Pamplona, 1944.
7. LEDESMA RUBIO, M.^a LUISA: *Templarios y Hospitalarios en el Reino de Aragón*. Ed. Guara Editorial. Zaragoza, 1982.
8. ROCA, JOSEPH M.: *Ordinacions del Hospital General de la Santa Creu*. Ed. Fidel Giró. Barcelona, 1920.
9. BUENO Y GONZÁLEZ, JOSÉ: *El Arte de la Enfermería*. Editado por Juan Nepomuceno Ruiz. Madrid, 1833.
10. Comité de Expertos de la OMS en Enfermería. *Quinto Informe*. Ed. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza, 1966.
11. *Administración de Hospitales*. Informe de un Comité de Expertos, n.º 395. Ed. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza, 1968.
12. *Empleo y Condiciones de Trabajo y de vida del Personal de Enfermería*. Conferencia Internacional del Trabajo. Ed. OIT-OMS. Ginebra, Suiza, 1976-1977.
13. *Enseñanza de Enfermería a nivel universitario*. Informe final de la OPS-OMS. Eq. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Washington, EE.UU. Ginebra, Suiza, 1973.
14. GODDARD, H. A.: *Principios de la Administración aplicados a los servicios de Enfermería*. Ed. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza, 1966.
15. *Atención Primaria de Salud*. Serie «Salud para todos», n.º 1. Alma-Ata. Ed. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1978.
16. ESEVERRI CHAVERRI, CECILIO: *Labor Hospitalaria, n.º 191. Enero, febrero y marzo*. Ed. Labor Hospitalaria. Barcelona, 1984.
17. *Evaluación de los programas de salud*. Serie «Salud para todos», n.º 6. Ed. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1981.

II Congreso Estatal de Administración de Servicios de Enfermería

Del 9 al 12 de mayo de 1985

● **Lugar:**

Aula Magna de la Facultad de Biológicas. Barcelona

● **Temas:**

- 1.º *La Planificación en Enfermería*: Análisis y previsión de necesidades y recursos
- 2.º *La Organización en Enfermería*: Coordinación de medios materiales y humanos
- 3.º *La Dirección de Enfermería*: Gestión del proceso
- 4.º *El Control en Enfermería*: Cibernética del proceso administrativo
- 5.º *La Administración de Enfermería en los diversos niveles y áreas de salud*.
- 6.º *Incidencia de la Administración de Enfermería en la salud y economía del país*
- 7.º *Dos Mesas Redondas*

La fecha límite de presentación de comunicaciones será el día 15 de abril, y la de inscripción el 30 de abril. Estas fechas, por razones de organización, deberán ser respetadas estrictamente.

SECRETARÍA TÉCNICA

Congreso de Administración de Servicios de Enfermería
Alcoi, 21 - Tf. (93) 212 81 08 - Barcelona 08022

Por un Hospital más humano

ANTROPOLOGÍA DE UNA CULTURA

Reflexiones sobre la vida, la enfermedad y la muerte

No puede el lector hacer una lectura rápida, de «pasada»; no se enteraría de nada. El artículo requiere tiempo, serenidad, intuición en el lector. Es un tema con solera, con mucha solera; es una mezcla de antropología, de historia, de biografía, de vida vista y vivida desde una cultura muy concreta; el autor la centra en la biografía de los años 25, 35 y 45. En esa cultura existe un modo de vivir, de enfermar y morir; este es el trasfondo del tema; y ahora tenemos otra historia, otra antropología, otra cultura y desde ellas habrá que ver la salud, la enfermedad y la muerte. Muy acertado el título, también el subtítulo; sólido y denso el desarrollo.

MARIANO GALVE
Psicólogo. Barcelona

1. ENCUADRE

Este artículo es fruto de una reflexión arriesgada y comprometida; pero que alguien tenía que hacer, y tenía que hacerlo ya. Porque cada vez más, me siento identificado con el célebre personaje orwelliano, Winston Smith, que «en la pequeña alcoba que apenas tenía fondo... como un hueco que, al ser construido el edificio, habría sido calculado seguramente para alacena o biblioteca... Winston podía mantenerse fuera del alcance de la telepantalla... y se disponía a hacer algo tan arriesgado y peligroso como escribir, contra las órdenes del Gran Hermano y de la Policía del pensamiento, su propio diario»¹. La reflexión antropológica de este artículo tenía que escribirse ya, no sólo por el peligro de que nos ocurra como a Winston Smith: «Pero era inútil, no podía recordar: nada le quedaba de su infancia excepto una serie de cuadros brillantemente iluminados y sin fondo, que en su mayoría le resultaban incomprensibles»² sino, lo que sería más terrible, que la invasión tecnológica, con sus chips electrónicos, hiciera imposible el simple planteo de relatar la historia viva de nuestra generación. Por lo menos, el personaje de Orwell posee, aún, una huella mnémica, aunque sea en los fantasmas

oníricos; yo, por mi parte, confieso que siempre me impacta cuando leo este pasaje:

«No podía recordar que había ocurrido, pero mientras soñaba estaba seguro de que, de un modo u otro, las vidas de su madre y su hermana fueran sacrificadas para que él viviera. Era uno de esos ensueños que, a pesar de utilizar toda la escenografía onírica habitual, son una continuación de nuestra vida intelectual y en los que nos damos cuenta de hechos e ideas que siguen teniendo un valor después del despertar. Pero lo que de pronto sobresaltó a Winston al pensar luego en lo que había soñado, fue que la muerte de su madre, ocurrida treinta años antes, había sido trágica y dolorosa de un modo que ya no era posible. Pensó que la tragedia pertenecía a los tiempos antiguos y que sólo podía concebirse en una época en que había aún intimidad —vida privada, amor y amistad— y en que los miembros de una familia permanecían juntos sin necesidad de tener una razón especial para ello. El recuerdo de su madre le torturaba porque había muerto amándole cuando él era demasiado joven y egoísta para devolverle ese cariño y porque de alguna manera —no recordaba cómo— se había sacrificado a un concepto de la lealtad privado e inalterable. Bien comprendía Winston que esas cosas no podían suceder ahora. Lo que ahora había

era miedo, odio y dolor físico, pero no emociones dignas ni penas profundas ni complejas. Todo esto lo había visto, soñando, en los ojos de su madre y de su hermanita, que los miraban a él...»³.

He encuadrado mi reflexión, sobre la *antropología de la vida, la enfermedad y la muerte*, bajo el signo de la prisa porque temo que, dentro de poco, ya no exista ese vehículo secreto que pueda conectar nuestra memoria con nuestros fantasmas oníricos, con nuestras fantasías inconscientes, y, de este modo, se pierda —para siempre— algo tan vivo como los sentimientos de fidelidad, de obediencia, de resignada esperanza y de inalterable paciencia; sobre todo —y sin querer caer en un romanticismo sin sentido— que ya no podamos conectar con la ternura, la dedicación y el amor que mantenían unidas a familias y grupos, «sin tener una razón especial para ello»⁴.

Pero quiero contar esta historia «a mi manera», sería el segundo rasgo de este encuadre. No será, pues, una descripción objetiva de los sucesos de infancia, juventud y madurez de los que tenemos ya cuarenta, cincuenta o sesenta años. Estaría, más bien, en la línea de los que Jules Henry, en *La cultura contra el hombre*⁵, denomina «etnografía apasionada». Relatos sobre antropología los hay en el mercado, y mucho más extensos, ponderados y documentados que el mío. Ahí está, por ejemplo, recién estrenado, el del Profesor Pedro Laín Entralgo que muy oportunamente se titula *Antropología médica* y que esta Revista recomienda⁶. En el estilo de la «etnografía apasionada» me acercaría más al relato de Ortega y Gasset: «Yo necesitaba para mi vida personal orientarme sobre los destinos de mi nación, a la que me sentía radicalmente adscrito... La vida es todo lo contrario de las kalendas griegas. La vida es prisa. Yo necesitaba sin remisión ni demora aclararme un poco el rumbo de mi país a fin de evitar en mi conducta, por lo menos, las grandes estupideces», nos dice en *España Invertebrada*⁷.

Me aparto de Ortega, sin embargo, en que soy más pesimista; si quieren más angustiado, más fóbicamente rebelde a que nuestros engramas de gozo y de dolor pasen a los stops de almacén de los cada vez más potentes ordenadores; porque, me niego —con rabia e impotencia— a que nuestra memoria consiga una terrible verdad repetitiva a costa de perder su hondura entrañable.

Por supuesto que, colocadas así las cosas, este artículo cae bajo mi entera responsabilidad. Será un relato sesgado, interpretado, roto, con lagunas; será una descripción con la que unos se identifiquen y otros no; que algunos releen y otros tantos rechacen. Pero será algo vivo y será algo personal. Como yo siempre enfoqué y quise que fuera este espacio de LABOR HOSPITALARIA, el espacio de la Humanización.

2. CULTURA Y BIOGRAFÍA

Tomo, con gusto, de Laín Entralgo la realidad humana como «realidad corpórea que está siempre en camino»: «A

lo largo de líneas rectas, meandros o ciclos, reposante o activo, lento o apresurado, el hombre se me presenta como una realidad corpórea siempre en camino, siempre itinerante. *Homo viator*, llaman los teólogos al hombre sobre la tierra. *Iter est vita hominis*, cabría decir, modificando levemente una conocida sentencia bíblica. En tanto que objeto ante mí, el hombre es ante todo *ens itinerans*, ente itinerante, y lo es teniendo que elegir de cuando en cuando la meta y el camino de su progresión»⁸.

Sólo una precisión: la mayoría de las veces el hombre no es tan libre como para elegir su camino, ni su meta, ni su ritmo de progreso. Su biografía se halla inmersa, condicionada, por su geografía, su historia y su cultura. Lo mismo pasa con la salud y con la enfermedad. La lúcida y penetrante mente de Michael Foucault, en su libro *El Nacimiento de la Clínica*, lo ha expresado con rotundidad:

«Vinculadas a las condiciones de existencia y a las formas de vida de los individuos, las enfermedades varían con las épocas, como con los lugares. En la Edad Media, en la época de las guerras y de las hambres, los enfermos estaban entregados al miedo y al agotamiento; pero en los siglos XVI y XVII, al debilitarse el sentimiento de la patria y de las obligaciones que se tienen a su respecto, el egoísmo se repliega sobre sí mismo, se practican la lujuria y la gula y aparecen las enfermedades venéreas, las obstrucciones de vísceras y los problemas de sangre. En el siglo XVIII, la búsqueda del placer pasa por la imaginación; se va al teatro, se leen novelas, uno se exalta en vanas conversaciones; se vela de noche, se duerme de día; de ahí las histerias, las hipocondrias y las enfermedades nerviosas»⁹.

Vamos, pues, a colocar al *homo viator*, en su encuadre de «antropología apasionada sobre su gozo y su dolor» en las precisas coordenadas de *hombre-sano-enfermable-sanable y mortal* (me gusta esta denominación de Laín Entralgo porque abarca todo el espectro de la vida del hombre)¹⁰. Y, por eso, porque puede estar sano, ser capaz de enfermar, de curar y de morir —un modo de decir, «de estar vivo»— vamos también a ser cuidadosos con ese aspecto de su biografía cultural. Toda cultura posee su propia cualidad imaginativa y cada período histórico está dominado por determinadas imágenes. Los grandes bloques de la vida humana tienen sus fantasmas y están gobernados por sus Grandes o Pequeñas pesadillas.

Y este sería el tercer rasgo personal, propio e intransferible de este trabajo. Como en una especie de «regresión psicótica», o, si se prefiere, como una especie de «viaje hacia los orígenes», me he atrevido a bucear entre mis fantasmas, enfrentar mis pesadillas y forzar la memoria terca hacia los conflictos primitivos. Desde otros campos, desde el arte sobre todo, sé que otros también se han enfrentado con ellos: Saura, Buñuel... Quien quiera saborear mi trabajo tendrá, pues, que enfrentarse con los suyos; si vale la pena. Ya hemos visto cómo Ortega lo necesitaba, también el que quiera saber el cómo y el porqué enfermamos de una determinada manera, de cómo nos enfrentamos con la muerte y de cómo y por qué nuestra salud, enfermedad y muerte está conectada con nuestro mundo y nuestra biografía, el mundo y la biografía de los años 25, 35 ó 45.

3. FANTASMAS Y CONFLICTOS A LO LARGO DE LAS ETAPAS MÁS SIGNIFICATIVAS DE NUESTRA VIDA

3.1. Confianza básica-desconfianza básica

Toda sociedad está formada por hombres que se encuentran en el proceso de dejar de ser niños para convertirse en progenitores. Se trata de una extensa tarea, sobre todo considerando que una sociedad necesita de muchos seres que *puedan seguir*, unos pocos que *puedan conducir*, y algunos capaces de *ambas cosas*. Cuando una sociedad no posee estas cualidades en sus miembros, podemos afirmar que es una sociedad en crisis.

En todo caso, el mundo que encontramos cuando nacimos —el de hace sesenta, cincuenta o cuarenta años— era un mundo empobrecido materialmente, pero que tenía gran riqueza de significados y sentidos.

Era un mundo que tenía sus propias convicciones, aunque estuvieran marcadas por las creencias religiosas o las opciones políticas. En este mundo nos encontramos, la mayoría de las veces, con una familia extensa (con padres, numerosos hermanos, abuelos, tíos y primos). Nuestro nacimiento, visto desde este tipo de cultura, careció del traumatismo dramático —tanto de euforia como de rechazo— de los nacimientos en la cultura actual. Vinimos al mundo porque estaba en la naturaleza de las cosas el que los padres tuvieran hijos, y encontramos un clima psicológico lo suficientemente acogedor como para poder respirar y vivir, sin ser excesivamente constreñidos ni desde el amor ni desde la agresividad. Y así pudimos tener la experiencia de esta confianza social y grupal, porque nuestro mundo poseía las técnicas adecuadas que cubrieran nuestras necesidades más básicas: la facilidad de la alimentación, la profundidad de nuestro sueño y la regulación de nuestros intestinos. Más aún, la persistencia, continuidad e identidad de nuestras necesidades nos proporcionaron ese rudimentario sentimiento de identidad yoica, que es nuestro más preciado don porque es el nivel más básico y nutricional para la supervivencia.

Tuvimos la suerte de no depender exclusivamente de figuras parentales escasas y rígidas; siempre había, a nuestro alrededor, hermanos o primos, tíos o abuelas que podían sustituir a la madre en múltiples funciones y, así, pudimos evitarnos la ansiedad, la rabia y la voracidad insaciable. La ley del intercambio, de la mutualidad y familiaridad, que regulaban nuestro mundo exterior, pasó, así, a convertirse en una certeza interior. **En lo más íntimo de nosotros mismos sabíamos que podíamos confiar porque siempre había alguien que satisficiera nuestras necesidades.** También esa confianza era la raíz de donde brotaría la capacidad para enfrentar posteriormente otro tipo de crisis y problemas. Y esto era así, porque nuestros padres y familiares, no sólo contaban con ciertas maneras de guiar —a través de la prohibición y el permiso—, sino que estaban en condiciones de representar, para nosotros, una con-

vicción profunda, casi somática, de que todo lo que hacían tenía un significado.

El conflicto de esta etapa: la introducción en la vida psíquica de un sentimiento de separación y de nostalgia por el paraíso del vientre materno (o de cualquier otro paraíso), era resuelto por la internalización de una confianza básica, que era lo suficientemente rica como para poder mantenerse frente a esa poderosa combinación del sentimiento de haber sido despojado, dividido y abandonado.

Cada etapa y crisis sucesivas tiene una relación especial con uno de los elementos básicos de la sociedad. La fe de los padres que sustenta la confianza que emerge en el recién nacido, ha buscado a través de la historia su salvaguardia institucional en la *religión organizada*. La confianza, nacida del cuidado, es, de hecho, la piedra de toque de una religión dada. Todas las religiones tienen en común el abandono periódico, de tipo infantil, en manos de un Proveedor o proveedores que dispensan fortuna terrenal así como salud espiritual; alguna demostración de la pequeñez del hombre a través de un gesto humilde; la admisión en la plegaria y en la canción; una ferviente súplica en el anhelo de unificación y, por último, la comprensión de que la confianza individual debe convertirse en una fe común, la desconfianza individual en un mal comúnmente formulado, mientras que la restauración del individuo debe llegar a formar parte de la práctica ritual de muchos, y convertirse en un signo de confiabilidad en la comunidad.

Este fue nuestro suelo, y allí arraigamos como hombres sanos-enfermables-sanables y mortales; era un suelo con significado y una historia con sentido. La salud y la enfermedad; la vida y la muerte formaban parte de la existencia significativa. Pero, lo importante, era que se contemplaban desde una actitud básica de confianza y de solidaridad. ¡Qué raíz más distinta, en este suelo antropológico, que las que brotan en nuestra cultura actual, llena de recelo, individualismo y de voraz impaciencia! Pero esta es otra historia, que espero un día escribiré.

3.2. Autonomía o vergüenza y duda

La maduración muscular prepara el escenario para la experimentación con dos series simultáneas de modalidades sociales: aferrar o soltar. El niño debe llegar a sentir, en esta etapa, un control firmemente tranquilizador. Durante la maduración muscular es importante que los humanos llegemos a sentir que la fe básica en la existencia —que es el tesoro perdurable, salvado de las rabiets de la etapa anterior—, no correrá peligro ante el súbito cambio de actitud: este deseo repentino y violento de elegir por propia cuenta; esa necesidad imperiosa de apoderarse de las cosas con actitud exigente.

El «elegir por nuestra propia cuenta» es el que, ahora, debemos someter a la prueba de nuestras reminiscencias. ¿Qué podíamos elegir, en concreto, por nuestra propia cuenta?

Nuestro mundo —el de hace sesenta, cincuenta o cuarenta años— era un mundo escaso en bienes; un mundo, además, muy ordenado y clasificado. En él se favorecía el determinismo, ya fuera de casta, de familia o de dinero.

En esta etapa, en la que empiezan a predominar las instancias paternas, deberíamos retrotraernos a nuestros viejos fantasmas y arcaicas impresiones. Entonces deberíamos recordar que veíamos poco a nuestro padre. Cuando él regresaba del trabajo, incluso la distancia entre las paredes parecía que disminuía. La madre —aunque representaba la autoridad no oficial de la casa— tenía un comportamiento lo suficientemente distinto como para que nosotros lo percibiéramos: se apresuraba a satisfacer los caprichos del padre y trataba de no encolerizarle. Los niños, pequeños y mayores, conteníamos el aliento, pues el padre no aprobaba las «tonterías»; es decir, las actitudes femeninas de la madre, ni el juego de los niños. La madre, y toda la familia, debían estar a su disposición mientras él estaba en casa. Con mucha frecuencia, nuestros padres hablaban a nuestras madres como si se hablara a los niños, esperando obediencia e imponiendo sumisión. La autoridad y la dureza del *padre promedio* no estaban fusionadas con la ternura y la dignidad que provienen de la participación en una causa integradora. Antes bien, su significado profundo llegó a representar para nosotros los hábitos y la ética a medio camino entre un sargento mayor y un funcionario que «investidos de una pequeña y breve autoridad» nunca serían más que eso. Lo que quiero decir, siguiendo el hilo de mis fantasmas infantiles, es que las modalidades paternas, como todas las instituciones que nacían de ellas, estaban fuertemente determinadas. Frente a esa muralla férrea, aunque fuera formalista, venía a estrellarse cualquier conato de elegir por propia cuenta y de apoderarse de las cosas con exigencia. Carecimos, por tanto, de la experiencia gradual —y bien guiada— de la autonomía en la libre elección. Nuestro mundo era muy pobre y sus cualidades de dominio demasiado rígidas como para permitirnos una maniobra electiva. Esta etapa —que es decisiva en la consecución de la proporción entre amor y odio, cooperación y terquedad, libertad de expresión y silencio—, fue, para nosotros, muy poco integradora. Nuestro conflicto podría definirse como la pérdida del autocontrol personal, para ser sustituido por un sobrecontrol foráneo, tipo paternal. En otras palabras, nuestro conflicto dio origen a una propensión perdurable respecto a la duda y la vergüenza.

Y, en el intento de rastrear el suelo socio-psicológico de nuestro mundo, debemos admitir que ese sentimiento de duda y de vergüenza nos supuso —y sigue siéndolo todavía— una cierta conciencia precoz con este concreto contenido: que nuestro cuerpo, deseos e incluso nosotros mismos eran malos.

Las figuras parentales, demasiado terribles y poderosas, nos obligaron —a los que tuvimos suerte de ello— a sustituir nuestros padres individuales y adherirnos a alguna entidad místico-romántica: la Naturaleza, el Arte, la Religión, etc... que constituyeran superrrímagenes de una madre

pura, que jamás traicionaría al niño rebelde frente al ogro que era el padre.

En esta etapa deberíamos añadir el cambio impresionante que supone «ponerse en pie» y caminar. Aquí, también, hemos de hacer referencia a nuestras connotaciones ambientales; no es lo mismo ponerse de pie para poder ver sólo paredes, que ponerse de pie y contemplar el campo y la naturaleza. No es lo mismo aprender a deambular entre 8 metros cuadrados que hacerlo en un vasto horizonte. Pero, de nuevo, debemos confesar que nuestro mundo estaba cercado de otro modo: en la estrecha cuadrícula de nuestros deberes demasiado opresivos, conservadores y mezquinos.

En todo caso, habría que pensar más en nuestro propio problema y poder formularlo con más precisión. Habría que meditar si la pobreza de cosas y la rigidez de manobra no nos impidió «tomar posesión» de cosas, personas e ideas, condenándonos a sobremanipularnos a nosotros mismos con una conciencia precoz. También habría que volver a pensar, si la exposición excesiva frente a la vergüenza y la duda, nos condujo, no a una corrección genuina, sino a una secreta decisión de tratar de hacer las cosas impunemente, sin que nadie nos viera. Si, en lo más profundo de nuestro inconsciente, no surgiera en nosotros un secreto deseo de invisibilidad; y, si la satisfacción en nuestra fantasía, no tuvo una amigable coartada con nuestras prácticas rituales, formalistas y farisaicas.

Y aquí, de nuevo, la obligada referencia al hombre sano-enfermable, curable y mortal. ¡Cuánto silencio acerca de nuestros dolores y enfermedades —individuales y familiares— por no sentir vergüenza ni exponerse a la duda! ¡Cuánta medicina folk! ¡Cuánta demanda de una medicina omnipotente y milagrosa al médico-padre-hechicero!

3.3. Iniciativa o culpa

En todas las etapas hay en cada niño un nuevo milagro de desenvolvimiento vigoroso, que constituye una nueva esperanza y una nueva responsabilidad para todos: tal es el sentido y la cualidad esencial de la iniciativa. La iniciativa agrega a la autonomía la cualidad de la empresa, el planteamiento y el «ataque» de una tarea; y se hace, por el mero hecho de estar vivo, activo y en movimiento. Durante esta etapa, en el aparato motor aparecen las cualidades de dirección y marcha, de meta y de proyecto; en el aparato afectivo, se descubre la genitalidad.

De nuevo, debemos resituarnos en nuestra infancia, forzando nuestra imaginación para colocarnos en el que fue «nuestro mundo». ¿Qué empresa podríamos haber planteado en aquellas condiciones? Y, sobre todo, ¿qué tipo de actividad y proyecto en los modelos fálicos-intrusivos de los varones y en las modalidades captativas y atrapadoras de las mujeres cuando se experimentan tales actividades con una fuerte carga erótica? No hay que olvidar que nuestras internalizaciones superyoicas de la etapa anterior fueron primitivas, crueles e inflexibles. Tampoco hay

que olvidar esa especie de sobrecontrol y de conciencia precoz, y en esos sentimientos de que nuestros cuerpos y deseos eran sucios. Por eso, habría que contar con una fuerte dosis de odio inconsciente hacia personas que «se nos imponían como modelos», pero que las percibíamos —aunque fuera oscuramente— transgrediendo las mismas prohibiciones que, desde niños, ya nos podíamos conceder a nosotros mismos.

Teniendo en cuenta todo esto, ¿podría afirmar yo que nuestra generación —e incluso en contra de lo que se ha escrito—¹¹ nunca favoreció el ser plenamente genital? ¿Que en el conflicto frente a los genitales, ahora fuertemente erotizados, sufrieron un daño irreparable como castigo por las fantasías relacionadas con la excitación? ¿Se podría afirmar, también, que, desde entonces, hubo una especie de suspicacia frente a todo lo que supusiera un proyecto concreto, específico por ser fuertemente acariciado? ¿Que caímos en el marasmo de la ambigüedad?

Si existió, en esta etapa, un miedo visceral a la propia y ajena genitalidad, debemos reconocer, también, que con él enterramos buena parte de nuestra central energética de afectividad; reconocer, entonces, que la especie de «virtud» resultante tiene todos los ingredientes para volverse intolerantemente contra los demás bajo la forma de una supervisión moralista permanente. Como rasgo actitudinal dominante deberíamos poner la prohibición, y no la orientación de la iniciativa y aceptar la palabra resignación como un producto de la represión y el auto-castigo.

Prohibición, resignación y entierro de afectos concretos, como productos concretos de la «supervisión moralista permanente», pudo establecer un sólido lazo entre *enfermedad* y *culpa*¹², ese secreto parentesco entre enfermedad y pecado. Si esto fuera así, encontraríamos otra de las raíces importantes para poder explicarnos algunas de nuestras actitudes de cara a los médicos, los hospitales; en definitiva, de cara al hecho mismo de enfermar.

3.4. Industria o inferioridad

La sexualidad infantil y el tabú del incesto, el complejo de castración y el superyó, se unían en la etapa anterior para provocar esa crisis —específicamente humana— durante la cual el niño deja atrás su apego exclusivo y pregenital a los padres e iniciar el lento proceso de convertirse en un progenitor y en un portador de la tradición. En este momento, todos debemos olvidar las esperanzas y deseos del pasado, al tiempo que nuestra exuberante imaginación se ve domesticada y sometida a las leyes de las cosas impersonales. Con el período de latencia, que ahora comienza, los niños de desarrollo normal olvidan, o más bien subliman, la necesidad de conquistar a las personas mediante el ataque directo; ahora se aprende a obtener reconocimiento mediante el aprendizaje y la producción de cosas.

Acercando, como venimos haciendo, nuestro análisis a lo concreto de lo que fue «nuestro» tiempo y «nuestro» mundo, habría que decir que aprendimos más de los adultos y de los niños mayores que de los maestros de escuela. Si recordamos nuestras escuelas eran oscuras y sucias, con pobres herramientas (apenas un mapa y una enciclopedia). ¡Qué diferencia con la riqueza lujuriente de las escuelas de hoy, llenas de luz, de formas y de colores! Nuestros juguetes eran toscos y escasos. ¡Qué diferencia con los juguetes de los niños de hoy, tan precisos que no necesitan ninguna corrección! En cambio ¡qué alto grado de imaginación teníamos que poner para que una lata se convirtiera en un coche y tacos de madera —unidos con un cordel— llegaran a ser un tren, con su locomotora y sus vagones!

La escuela parece ser que es una cultura en sí misma, con sus propios límites y metas, sus logros y sus desencantos. Pero nuestras escuelas no tenían metas excesivamente definidas ni límites demasiado claros; por eso, los logros y desencantos no suponían un conflicto dramático.

Si carecimos de una instrucción sistemática y programada que no nos imponía graves trastornos, en cambio los conflictos en este tiempo provenían de algo más profundo y más radical. Puesto que la industria implica hacer cosas-con-los-demás y con ellos, debíamos haber desarrollado un primer sentido de la división del trabajo y de la cualidad de lo diferencial. También aquí estuvimos marcados por lo «incestuoso»; quiero decir, que hicimos bloque cerrado frente a todo que consideráramos exterior. Dentro éramos todos —más o menos— iguales; pero, de cara «afuera» nos sentíamos inferiores y, por tanto, siempre a la defensiva. Experimentamos, cuando salíamos de nuestro mundo, que nos calificaban por nuestro origen, nuestra piel o el tipo de ropa que llevábamos; sobre todo, pesaba el «de dónde veníamos». No aprendimos que un escolar debe de ser valorado por su deseo, capacidad y voluntad de aprender. En cambio, no conocimos el reduccionismo actual, que consiste en aceptar el trabajo como única obligación y «lo eficaz» como el único criterio de valor. Nos evitamos ser el conformista y el esclavo irreflexivo de la técnica y de quienes se encuentran en situación de explotarla.

En la aplicación, obligada, al mundo de la salud y la enfermedad tendría que decir que «no fuimos productivos»: ni producimos enfermedad —meramente la padecíamos— ni tampoco salud —la disfrutábamos—.

1.5. Identidad o confusión de rol

Antes de entrar en la edad de la pubertad, podemos, ya, articular los nodulos fundamentales de lo que, posiblemente, sea el conflicto de nuestra generación; por lo me-

nos, en la que yo me reconozco: Si bien conseguimos la internalización de una fe básica, inscrita en un sentido de la vida; si fuimos, indudablemente, queridos y aceptados hasta el punto de que también nosotros pudimos querer... en cambio, debemos situar en negativo la *resignación* frente a un futuro que se nos impuso, el *rígido super-yo* que regulaba nuestra conducta mediante el autocontrol de intentar ser hombres virtuosos, la *vergüenza* de que nuestro cuerpo, deseos y sentimientos eran malos porque nuestra conciencia precoz descubría, en el rabioso deseo de ser uno mismo, una sobretasa de pasión erotizante y el *temor a la genitalidad*, en lo que tiene de placentero.

En otras palabras, conseguimos el logro más preciado de todas las culturas y civilizaciones: la confianza básica en la vida, los demás y en nosotros mismos. (Y, a esta luz, habría que leer la crisis de nuestro mundo actual, y lo que supone en tasas de desconfianza, sin-sentido de la vida y suspicacia frente a los demás). Pero no pudimos conseguir la autonomía singular, que fue enterrada bajo los ataques de la vergüenza y la duda; tampoco, y subsiguientemente, pudimos adquirir el dominio de nuestra propia iniciativa, convertida en resignación por el miedo de ser culpables frente a los tribunales omnipotentes y omniscientes de la autoobservación, la moral rígida y la virtud recompensadora. Por último, si bien no experimentamos el sentimiento de inadecuación tampoco adquirimos el suficiente adiestramiento en habilidades polivalentes.

De cara a la enfermedad teníamos esa especie de confianza-temor que, al desencadenarse, se convertía en vergüenza, se elaboraba en resignación y acababa en sometimiento y dependencia.

La adolescencia, siguiendo el hilo epigenético de Erikson¹³, es la etapa de las grandes batallas y de las profundas y definitivas crisis; por eso, ha llamado la atención de los especialistas, que la han convertido en «etapa clave», pero también etapa mítica.

Y, sin embargo, ... y sin embargo nuestra adolescencia —por lo menos en la que yo me reconozco— opino es la etapa mejor integrada de nuestra biografía.

Es cierto que la adolescencia supone volver a librar muchas de las batallas de los años anteriores; que las mismidades y continuidades, en las que se confiaba previamente, vuelven a ponerse en duda. Pero quiero aclarar un malentendido: si es cierto que esta etapa es la etapa del «enamoramiento», también hay que advertir que no es, en modo alguno, total o siquiera primariamente sexual, salvo cuando las costumbres así lo exijan. En grado considerable, el amor adolescente constituye un intento por llegar a la definición de la propia identidad; para ello es necesario proyectar la propia imagen difusa en otra persona y lograr, así, que la propia imagen se refleje y aclare gradualmente. A ello se debe que una parte considerable del amor juvenil consista en conversación.

Los adolescentes, en la batalla de buscarse-encontrarse como yo he definido, deben de elegir artificialmente a personas bien intencionadas para que desempeñen los papeles de adversarios; del mismo modo, están dispuestos a establecer ídolos e ideales perdurables como guardianes de una identidad final.

Si he afirmado que esta etapa es la mejor lograda de toda nuestra biografía, ha sido precisamente por esa ca-

pacidad de nuestra generación para establecer en primer lugar una conexión con la confianza básica —llena de fe, de significado y de sentido—, y en segundo lugar porque nuestros ideales y proyectos estaban poblados por imágenes de personas buenas, heroicas y solidarias con los demás. En este clima, la mayor parte de los individuos de mi generación sintieron, aunque muchos no se atreven a confesarlo, una llamada vocacional a la generosidad en el quehacer político-religioso-social. También podríamos afirmar, la mayor parte, una sentencia distinta a los valores actuales: «que quienes triunfan, tienen la obligación de ser los mejores».

También tuvimos la suerte de no ser excesivamente exclusivistas y crueles con todos los que podían denominarse como «distintos». Sabemos que los adolescentes no sólo se ayudan, unos a otros, a soportar las dificultades formando pandillas, convirtiéndose en estereotipos, sino que ponen a prueba perversamente la mutua capacidad para la fidelidad. Pero, a diferencia de hoy, aprendimos a odiar las doctrinas totalitarias —tal vez como rebelión frente a padres, instituciones y culturas, todas ellas totalitarias—, que son simples y crueles. Nuestra mente adolescente, que como todas ellas es una mente ideológica, funcionaba, más bien, en la línea del compromiso y de la entrega.

A nivel del hombre sano-enfermable-sanable y mortal, la mayoría se abrió en doble frente, pero con la misma raíz y la misma dirección los demás. Unos se entregaron al «cuidado», ya fuera de niños, pobres o enfermos; otros, se entregaron a la «tarea política de la liberación», soñando, clandestinamente, con un mundo mejor, más solidario y más humano. Ciertamente que el componente erótico alimentaba nuestros ideales, que todos nuestros proyectos estaban sobrecargados de afectividad. La sexualidad —que en buena parte no iba por los caminos de la expresión genital— se aliaba, así, con la capacidad mental y, a nivel de comportamiento, se convertía en generosidad.

3.6. Intimidación o aislamiento

El adulto joven, que nace de la búsqueda de la identidad, está ansioso y dispuesto a fundir su identidad con la de los otros. Está preparado para la *intimidación*; esto es, la capacidad de entregarse a afiliaciones concretas y desarrollar la fuerza ética necesaria para cumplir con tales compromisos, aun cuando éstos puedan exigir sacrificios significativos.

Debo señalar, a costa de mi propio riesgo y responsabilidad, que esta etapa fue muy ambivalente para nuestras generaciones. Así como en la etapa anterior tuvimos mucha cancha para desarrollar nuestras posibilidades —nacidas de la confianza básica, de la entrega y de la generosidad—, cuando se trataba, en esta etapa, de traducir nuestras energías en realizaciones concretas, volvíamos a experimentar la incertidumbre y los miedos de conflictos infantiles, que no habíamos asumido. Volvía, de

nuevo, el miedo a la sexualidad genital y a la autodeterminación individualizadora. La solidaridad en todas las posibles afiliaciones estrechas excluían, con frecuencia, los orgasmos, así como todo aquello que naciera de un yo poderoso y autónomo. En cambio, se primaban las amistades íntimas, las pertenencias a grupos políticos o religiosos, allí donde se pudiera ejercer un servicio o manifestar un testimonio. Incluso en estas pertenencias grupales amplias, experimentamos todos el peligro de que una amistad íntima pudiera convertirse en otra cosa y que el grupo de pertenencia rebasara los límites de una afectividad que estaba, en su raíz, fuertemente reprimida. Nuestro mundo —con acento fuertemente moral—, afectaba a todas las actividades humanas, incluso a las de mayor intimidad, como los legítimos orgasmos de las legítimas uniones sexuales.

En la meditación en voz alta, que estoy haciendo, habría que encontrar ese término medio entre la vergüenza de nuestra generación y el descaro de la actual respecto a las modalidades de las afiliaciones sexuales y agresivas.

En mi pensamiento está, agazapada, la vieja sospecha de que muchas de las vocaciones, nacidas de la ilusión legítima de la adolescencia, se castraron a la hora de pasar a las realizaciones concretas; que, inconscientemente, la mayoría buscábamos instituciones gremiales —políticas o religiosas— para evitarse el riesgo de que surgiera, de nuevo, el viejo conflicto de la genitalidad y la autodeterminación.

Debo añadir, con honestidad, que aquí no puedo hacer aplicaciones al campo de la salud-enfermedad. Aquí me pierdo, acaso por esa ambigüedad y ambivalencia o, tal vez, porque se cruzó —coincidiendo— la impresionante crisis socio-cultural moderna. Sólo intuyo que aquí hay raíces para poder pensar y que el suelo antropológico no esté lo suficientemente roturado —o lo contrario, esté sobredeterminado— como para que merezca un tiempo más reflexivo, distante y sereno.

3.7. Generatividad o estancamiento

De la mutualidad sexual de dos seres, brota la descendencia. De la intimidad en afiliaciones vocacionales brotan ideas, compromisos y actividades diversas. Hemos tardado mucho tiempo para comprender que la capacidad de perderse en el encuentro entre dos cuerpos y la capacidad de perderse en el encuentro entre dos mentes lleva una expansión gradual de los intereses del yo y a una inversión libidinal de lo que se genera en esa forma. Incluso hoy, no vislumbramos con claridad que el mero hecho de tener, o incluso de desear tener, hijos no basta para alcanzar el status de la generatividad. Porque la generatividad es, en esencia, la preocupación por establecer y guiar a la nueva generación, aunque haya individuos que, por alguna desgracia o debido a dotes especiales y genuinas, no aplican este impulso a su propia e individualizada descendencia.

Por no entender esto, nuestras generaciones han tenido que pagar un precio caro y un tributo abusivo y cruel. Debemos hablar aquí de fracasos, rupturas y frustraciones. Debemos hablar de secularizaciones, exclaustaciones y di-

vorcios. Debemos enfrentar lo que, posiblemente, haya sido la experiencia más traumática de las generaciones de los treinta, cuarenta o cincuenta años. ¿Podríamos afirmar que al levantarse los mecanismos represivos, emergieron violentamente nuestras instancias sexuales y agresivas con el imperioso deseo de satisfacerse a toda costa? ¿Podríamos afirmar que, para esta realización, se impuso la disolución de otros vínculos —religiosos, matrimoniales— porque eran percibidos como bloqueadores? ¿Que los individuos deshicieron sus compromisos de afiliaciones jurídicas y vocacionales para satisfacer, no sólo las energías sexuales y agresivas reprimidas, sino el imperioso deseo de una nueva identidad? ¿Que el celo y la ilusión de los tiempos de adolescencia e incluso de parte de la juventud, mediante la crisis generalizada, regaron otros campos y se orientaron en otras direcciones? ¿Que de la religión se pasó a la política y de ésta al compromiso social y a la revolución?

Este es otro tema que es de candente actualidad; frente al cual todos tenemos nuestra propia óptica y nuestra particular visión. Respecto a este tema, y porque ya me he pronunciado arriesgadamente sobre otros, quiero recoger esa vena sana de la confianza básica y de la generosidad ideativa para poder enfocar los muchos conflictos que conllevan estas deserciones y rupturas. Debemos ser capaces de comprender y conllevar esas heridas cuando uno tiene que abandonar una comunidad, una mujer y unos hijos, y se encuentra malo por ello; pero también, que la sociedad, las instituciones y su propia gente es mala con él. **Poder resolver el conflicto recuperando y no atacando, integrando y no deshaciendo.** Ciertamente que hay fracturas dolorosas y daños irreparables, pero también es cierto que existe un sadismo de revancha de cara «a los que se van» o a «los que rompen» o simplemente «fracasan» que, desde nuestro suelo puritano, dirigimos contra ellos porque han herido nuestro narcisismo. Pienso que bien podríamos respetarles y no exigirles que abandonen cualidades de bondad, de ideología, de dedicación y expresividad que fueron suyas y que les pertenecen. Respetar, conservar una memoria de lazos anudados con más inocencia y generosidad de lo que muchos estarían dispuestos a concederles.

3.8. Integridad del yo-desesperación

Sólo en individuos que, de alguna forma, han cuidado de cosas y personas, que se han adaptado a las desilusiones y triunfos inherentes al hecho de ser generadores de seres humanos, o productores de cosas e ideas, puede madurar gradualmente hasta llegar a lo que Erikson llama *integridad del yo*.

Esta integridad es la seguridad, acumulada, del yo con respecto a su tendencia al orden y al significado. Es un amor postnarcisista del yo humano que transmite un cierto orden del mundo y un sentido espiritual, por mucho que se haya debido pagar por ello. Es la aceptación del único ciclo de vida como algo que debía ser y que, necesariamente, no permitiría sustitución alguna. Es una camaradería con las formas organizadoras de épocas remotas y con actividades distintas. Aunque el hombre maduro percibe la relatividad de los diversos estilos de vida que han otorgado significado al esfuerzo humano, el poseer-

dor de esta integridad está siempre listo para defender la dignidad de su propio estilo de vida contra toda amenaza física, ideológica o económica. El hombre íntegro sabe que una vida individual es la coincidencia accidental de sólo un ciclo de vida con sólo un fragmento de la historia; y que, para él, la integridad humana se mantiene o se derrumba con este único estilo de que él participa.

La falta, o la pérdida, de esta integración yoica acumulada se expresa en el temor a la muerte; que es lo mismo que decir que no se acepta el único ciclo de vida como lo esencial de la existencia. La desesperación expresa el sentimiento de que ahora el tiempo es corto, demasiado corto para intentar otra vida y para probar caminos alternativos hacia la integridad. Cuando esto ocurre, el malestar consigo mismo oculta la desesperación, las más de las veces bajo la forma de mil pequeñas formas de malestar, que no equivalen a una gran remordimiento.

Aplicado este nivel a nuestra generación, debemos pensar que existen depresiones y malestares difusos; que, al llegar la enfermedad o la invalidez se la enfoca desde la culpa, la vergüenza y la timidez; que, en nuestro mundo, existen múltiples y vagos síntomas de molestias inespecíficas, sin que todo ello cristalice en una verdadera desesperación. Todavía conservamos, inscrito en nuestras células corporales, la raíz buena del primer nivel: la confianza, la fe en la vida, el significado de una Providencia siempre activa, la confiabilidad en los demás; todo ello nos evita caer en el vacío nihilista de la desesperación. Como individuos-promedio nunca hemos sido generosamente autónomos, porque parte de nosotros mismos se castró bajo la represión de instancias institucionales poderosas, pero el cambio socio-cultural, si nos hizo daño, si nos hirió dolorosamente, si rompió tejidos jurídicos de pertenencia, no consiguió destruirnos; por lo menos, a la mayoría.

4. OTRO ENCUADRE. OTRA HISTORIA. OTRA ANTROPOLOGÍA

Las generaciones jóvenes ya no pueden identificarse con todas esas peculiaridades que he intentado relatar; por lo menos, yo no las identifico con ellas. Deberían, pues, encontrar otro suelo arqueológico, otra antropología que pueda dar razón del modo peculiar cómo son hombres-sanos-enfermables-sanables y mortales. Podía, muy bien, y alguno lo hará, enunciar este relato: de cómo nuestros jóvenes no encontraron ya un ambiente familiar acogedor y benevolente; cómo la técnica y las posibilidades ilimitadas de realizaciones de utopía cambiaron la imaginación y el deseo; cómo el ritmo del tiempo se fue agitando en un consumismo feroz hasta producir el desasosiego, el stress y la febrilidad.

Pero esta es otra historia.

BIBLIOGRAFÍA

1. ORWELL, GEORGE: 1984. Barcelona, Ed. Destino. Vol. 54. 6.ª ed.
2. ORWELL, GEORGE: 1984. Pág. 11.
3. ORWELL, GEORGE: 1984. Pág. 40.
4. ORWELL, GEORGE: 1984. Pág. 40.
5. HENRY, JULES: *La Cultura contra el Hombre*. Méjico, Siglo XXI, 1975, 3.ª edición, pág. 7.
6. LAÍN ENTRALGO, PEDRO: *Antropología Médica. Para Clínicos*. Barcelona, Salvat Ed., 1984.
7. ORTEGA Y GASSET, JOSÉ: *España Invertebrada*. Madrid, Espasa Calpe, Col. Austral, 1967, pág. 25.
8. LAÍN ENTRALGO, PEDRO: *Id.*, pág. 9.
9. FOUCAULT, MICHAEL: *El Nacimiento de la Clínica*. Méjico, Siglo XXI, 1966, pág. 58.
10. LAÍN ENTRALGO, PEDRO: *Op. Cit.*, pág. XXXI.
11. A nuestras generaciones, sobre todo desde el campo del feminismo, se las ha tachado de «machistas»; concepto que, según mi modo de entender las cosas, habría que repensar.
12. LAÍN ENTRALGO, PEDRO: *Enfermedad y Pecado*. Barcelona, Ed. Toray, 1961.
13. ERIKSON ERIK H.: *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires, Ed. Paidós, 7.ª ed., 1978.

Avance para el próximo número de *Labor Hospitalaria*

- La informática en el hospital.
- Necesidades de personal de enfermería en un servicio de cuidados intensivos.
- Entrevista con el Profesor Laín Entralgo sobre el tema la salud, la enfermedad, los profesionales, los problemas humanos y éticos de la medicina.
- El servicio religioso en el hospital.
- Filosofía, análisis y desarrollo del trabajo que se lleva a cabo en un Centro de Orientación y Planificación Familiar.

UN AÑO DE LA CARTA APOSTÓLICA «SALVIFICI DOLORIS»

Hace ahora un año que Juan Pablo II publicó esta carta apostólica «sobre el sentido cristiano del sufrimiento humano».

LABOR HOSPITALARIA dio la noticia y prometió a sus lectores hacer algunos comentarios sobre la misma e igualmente algunas claves que ayudaran a una lectura rápida y comprensiva.

Lo prometido es deuda; por ello, ofrecemos en estas páginas nuestro compromiso. Nuestros lectores podrán encontrar:

1. Dos esquemas que sintetizan las principales ideas de la Carta: uno más extenso y comentado, claves para una lectura; otro una síntesis de los cinco contenidos principales. Uno y otro han sido elaborados, respectivamente, por Miguel Martín y José Sarrió, miembros del Consejo de Redacción de la revista.
2. A continuación de las claves y contenidos generales presentamos un estudio reflexivo sobre la Carta, subrayando la línea pastoral de la misma, como indica el título que encabeza el artículo. Desarrolla el tema Francisco Álvarez, Vicario General de los Padres Camilos.

Hemos dudado si publicar o no la misma Carta Apostólica y hemos optado por no hacerlo, ya que está suficientemente divulgada por otros medios. Creemos que las aportaciones que ahora ofrece LABOR HOSPITALARIA ayudarán a captar mejor su contenido y también a un estudio de las diferentes facetas que presenta.

CLAVES Y CONTENIDOS PARA UNA LECTURA GENERAL Y PASTORAL DE LA CARTA

I PRINCIPALES CLAVES QUE PRESENTA EL DOCUMENTO

MIGUEL MARTÍN

El 11 de febrero de 1984, memoria litúrgica de Nuestra Señora de Lourdes, Juan Pablo II daba a la luz pública su Carta Apostólica *Sentido cristiano del sufrimiento humano*.

Es un documento muy personal. Tan sólo aparecen en él dos alusiones a *Gaudium et Spes*, plenamente integradas, por lo demás, con el discurso que va elaborando el Pontífice. Todo lo demás es un entretrejo de su propio pensar y sentir con el de la Sagrada Escritura. No habrá que olvidar al respecto que él vivió en sus carnes qué es la enfermedad en su sentido más agudo, y que vivió y sigue viviendo con su pueblo todo un rosario de marginaciones, manipulaciones y persecuciones.

Sufrimiento físico y sufrimiento moral no son únicamente dos conceptos bellamente trabajados por Juan Pablo II; son dos compañeros inseparables que caminan de la mano de este «hombre bueno», llamado desde Polonia para pastorear la Iglesia Universal.

El reto era desafiante. Pero él, con valentía, ha sabido darle respuesta, su respuesta. No es un dogma de fe más, sin la voz del Sucesor de Pedro, intentando iluminar desde su experiencia personal y ministerio apostólico algo tan borroso y, al mismo tiempo, tan interpelativo como el sentido del sufrimiento.

Pretendemos en estas líneas ayudar a una mejor comprensión de su mensaje. Junto con el comentario a la Carta Apostólica y el esquema de la misma, LABOR HOSPITALARIA quiere ofrecer una pequeña síntesis que facilite su lectura.

Había diferentes formas de elaborarlo, pero la densidad del mensaje y el estilo discursivo del Pontífice parecían requerir un ir entresacando de cada uno de los capítulos en que se halla estructurado aquél, las vetas de pensamiento que se constituyen en pilares del Documento. Eso es cuanto hemos pretendido realizar, no más.

INTRODUCCIÓN

En los cuatro números que abarca la misma se quiere dejar muy claro, desde el principio, la evidencia de unos datos, que, consecuentemente, no necesitan de mayor demostración. Eso sí, son afirmaciones que, dada la circularidad de pensamiento con la que trabaja Juan Pablo II, volverán a salir posteriormente para ser profundizadas y matizadas.

1. Perennidad del sufrimiento.

«... es un tema universal que acompaña al hombre a lo largo y ancho de la geografía. En cierto sentido coexiste con él en el mundo y por ello hay que volver sobre él constantemente» (n.º 2).

2. Su profundidad.

«... esencial a la naturaleza del hombre. Ello es tan profundo como el hombre porque manifiesta a su manera la profundidad propia del hombre y de algún modo la supera» (n.º 2).

3. Sentimientos que suscita.

«El sufrimiento humano suscita compasión, suscita también respeto, y a su manera atemoriza» (n.º 4).

4. Necesidad por parte de la Iglesia de encontrarse con el hombre en el sufrimiento.

«La Iglesia, que nace del misterio de la redención... está obligada a buscar el encuentro con el hombre, de modo particular en el camino de su sufrimiento» (n.º 3).

5. Carácter misterioso del sufrimiento.

«...en él está contenida la grandeza de un misterio específico... porque el hombre, en su sufrimiento, es un misterio intangible» (n.º 4).

EL MUNDO DEL SUFRIMIENTO HUMANO

Diríamos que es el capítulo de tipo más filosófico de todos, por cuanto en él ensaya una aproximación de corte psicológico-filosófico al tema. Y lo hace con la prudencia de quien intuye la magnitud de la empresa. Frente a la rotundidad y seguridad con la que podremos observarle en posteriores capítulos —cuando ya entre de lleno en la reflexión teológica—, aquí observamos mucha mayor matización, puntualización...

Dentro del mismo capítulo inicia ya abiertamente el diálogo con la Escritura, fundamentalmente con el A.T., «el libro de la historia del hombre». Ello hace, bajo mi personal apreciación, un capítulo un tanto variopinto y hasta disperso que exige mayor detenimiento y concentración en su lectura.

1. Necesidad de clarificar en lo posible el tema.

«...y exige que en torno a él hagan preguntas de fondo y se busquen respuestas» (n.º 5).

2. Amplitud del sufrimiento; supera el concepto enfermedad (n.º 5)

3. Distinción sufrimiento físico-sufrimiento moral, matizando bien este último.

«Dolor de tipo espiritual, y no sólo de la dimensión "psíquica" del dolor que acompaña tanto al sufrimiento moral como al físico» (n.º 5).

4. El mundo del sufrimiento existe en la dispersión, pero contiene en sí un singular desafío a la comunión y a la solidaridad (n.º 8).

5. Especial densidad de sufrimiento en algunos períodos de tiempo y en algunos espacios de la existencia humana (n.º 8).

6. El mundo del sufrimiento, que en definitiva tiene su sujeto en cada hombre, parece transformarse en nuestra época en un particular «sufrimiento del mundo» (n.º 8).

7. Referencia a la Escritura, «gran libro sobre el sufrimiento» (n.º 6).

— Exposición amplia de situaciones de sufrimiento que aparecen en ella.

— El A.T. considera al hombre como un «conjunto psicofísico», y así une con frecuencia los sufrimientos morales con el dolor de determinadas partes del organismo.

8. El «libro de la historia del hombre» amplía el elenco de situaciones de dolor («un libro no escrito») (n.º 7).

9. Relación entre sufrimiento y mal en el A.T. (n.º 7).

«...el hombre sufre cuando experimenta cualquier mal. En el vocabulario del A.T., la relación entre sufrimiento y mal se pone en evidencia como identidad».

— Identidad que se inscribe ya en la misma terminología hebrea.

— Sufrimiento que posee, al mismo tiempo, un carácter activo y pasivo en su esencia metafísica.

«Dentro de lo que constituye la forma psicológica del sufrimiento se halla siempre una experiencia de mal, a causa del cual el hombre sufre».

10. Identidad del mal en el concepto cristiano (n.º 7).

— El cristianismo proclama el esencial bien de la existencia y el bien de lo que existe, profesa la bondad del Creador y proclama el bien de las criaturas.

— El mal es una cierta falta, limitación o distorsión del bien.

«Así pues, en el concepto cristiano la realidad del sufrimiento se explica por medio del mal, que está siempre referido, de algún modo, a un bien».

A LA BÚSQUEDA DE UNA RESPUESTA

Aquí, Juan Pablo II avanza desbrozando los caminos cercanos a los que él considera conducen al sentido cristiano del sufrimiento.

Hará suyo el dramatismo de la pregunta ¿por qué el sufrimiento?, y analizará las respuestas dadas, básicamente, en el libro de Job.

Posteriormente, y afirmando con rotundidad que el sufrimiento humano es siempre un misterio, ofrecerá una serie de valores que, desde la óptica cristiana, lleva en sí.

Al final del capítulo, como es su estilo típico, situará la tesis fundamental sobre la que va a construir su propia respuesta: el amor divino.

1. ¿Por qué el mal? ¿Por qué el mal en el mundo? Dificultad de la pregunta cuando se hace entre los hombres, y éstos a Dios. Lleva, en determinados casos, a la misma negación de Dios, sobre todo contemplando el dolor de los inocentes (n.º 9).

2. Estudio de la respuesta dada en el Libro de Job (n.º 10).

— En línea con escritos anteriores del A.T.

— Pero no es la última palabra de la Escritura y, de hecho, no ofrece solución definitiva y cerrada (n.º 12).

— Justificación moral del mal como pena por el pecado cometido (tesis de los amigos de Job).

— Job niega tal afirmación desde su experiencia personal.

— Constata que el sufrimiento es un misterio que el hombre no puede comprender a fondo con su inteligencia.

«Si es verdad que el sufrimiento tiene un sentido como castigo cuando está unido a la culpa, no es verdad, por el contrario, que todo sufrimiento sea consecuencia de la culpa y tenga carácter de castigo» (n.º 11).

3. El sufrimiento tiene carácter de prueba, «para demostrar su justicia» (n.º 11), aun cuando puntualiza per-

fectamente el Papa la problematización de esta afirmación.

«Si tal respuesta tiene una fundamental y trascendente razón y validez, a la vez se presenta no sólo como insatisfactoria en casos semejantes al del sufrimiento del justo Job, sino que más bien parece rebajar y empobrecer el concepto de justicia, que encontramos en la Revelación».

4. El sufrimiento posee un valor educativo (n.º 12).
5. También de conversión, de reconstrucción del bien (n.º 12).
6. La verdadera respuesta cristiana al sufrimiento no es otra que la revelación del amor divino, fuente última de sentido de todo lo existente (n.º 13).

JESUCRISTO:

EL SUFRIMIENTO VENCIDO POR EL AMOR

Es el capítulo central de la Carta. Los capítulos anteriores prepararán la argumentación del mismo, mientras que los posteriores no serán sino su deducción lógica.

La pregunta por el sentido tiene su respuesta: Jesús, máxima manifestación de Dios al hombre. La respuesta no es una afirmación abstracta, sino un hombre-Dios que nace, vive y muere como todos, pero es resucitado por el Padre.

Todo será una reflexión acerca de Jesucristo, su vida y su doctrina. Sólo la abandonará para comentar el «canto del Siervo de Yahvé» (I. 53); abandono sólo aparente por cuanto la perícopa no hace sino iluminar la pasión de Jesús.

1. El gozne sobre el que gira todo es el envío de Jesús por parte del Padre para librar al hombre del mal, y para que tenga vida (Jn. 3, 16) (n.º 14).
2. Ello sitúa la respuesta en una dimensión completamente nueva: amor, redención (n.º 14).
3. La misión de Jesús es librarnos del «sufrimiento definitivo», que es lo contrario de la salvación traída por Él. La base trascendental de dicho «sufrimiento definitivo» reside en el pecado y la muerte (n.º 14) y de ellas viene a redimirnos Jesús.
4. También afecta —indirectamente— el sufrimiento en su dimensión temporal e histórica, fruto de el «trasfondo pecaminoso» de las acciones personales y de los procesos sociales en la historia del hombre (n.º 15).
5. La muerte comporta la disociación de la personalidad psicofísica del hombre. Éste la vive como mal definitivo y totalizante (n.º 15).
6. Jesús borra el dominio del pecado y la muerte, proyectando una luz nueva (gracia y resurrección).

«Él entrega a este Hijo, a fin de que toque las raíces mismas del mal humano y así se aproxime de manera sal-

vífica al mundo entero del sufrimiento, del que el hombre es partícipe» (n.º 15).

7. Cercanía de Jesús al mundo del sufrimiento (n.º 16).
 - Realiza acciones sanadoras.
 - Es sensible a todo sufrimiento.
 - Lo asume en su propia persona.
 - Dirige las bienaventuranzas —centro de la predicación del Reino— a hombres probados por diversos sufrimientos.
 - Mediante la Cruz realiza la obra de la salvación.
8. Análisis del «canto de Yahvé» en Isaías (n.º 17-18).
 - El Ungido de Dios es el Varón de dolores.
 - Con dramatismo y realismo profetiza la profundidad del sacrificio de Cristo y su dimensión redentora.
 - «En su sufrimiento los pecados son borrados precisamente porque él únicamente, como Hijo Unigénito, pudo cargarlos sobre sí, asumirlos con aquel amor hacia el Padre que supera el mal de todo pecado» (n.º 17).
 - Jesús sufre como hombre, pero como «hombre que es Hijo»; por ello, sólo Él es capaz de abarcar la medida del mal contenido en el pecado del hombre.
 - Carga con los sufrimientos voluntaria e inocentemente. Carga con la pregunta, pero lleva también el máximo de la posible respuesta a este interrogante. Respuesta dada en la misma materia que la pregunta: la doctrina de la Cruz.
9. Estudio de dos situaciones-clave en la vida de Jesús (n.º 18).
 - Getsemaní: prueba la verdad del amor mediante la verdad del sufrimiento.
 - «Getsemaní es el lugar en el que precisamente este sufrimiento, expresado en toda su verdad por el profeta sobre el mal padecido en el mismo, se ha revelado casi definitivamente ante los ojos de Cristo» (n.º 18).
 - Gólgota: atestigüa la profundidad del sufrimiento de Jesús. En su pasión el sufrimiento humano ha alcanzado su culmen. En ella entra en una nueva dimensión: la del amor redentor.
 - «Amor que crea el bien, sacándolo incluso del mal, sacándolo por medio del sufrimiento...» (n.º 18).

PARTÍCIPES EN LOS SUFRIMIENTOS DE CRISTO

El capítulo anterior ya ha remarcado suficientemente cuál es la respuesta al sufrimiento: Jesús en la Cruz.

Sentada esta base, el presente capítulo ofrece la afirmación central: el Crucificado es respuesta sólo y cuando se le observa desde la resurrección. Afirmación que personalmente considero debería haberse incluido en el anterior, pero que, de hecho, se sitúa aquí.

Junto a ello Juan Pablo II intenta relacionar el sentido del sufrimiento dado en Jesús con el del sufrimiento de los hombres. Este se enmarca dentro de la dimensión redentora en Él adquirida, aun cuando deja muy claro que la redención tuvo en Jesús total cumplimiento y nada necesita serle añadido.

Finalmente, aporta una nueva serie de valores que encierran el sufrimiento para el cristiano, en la línea de los que ya había apuntado en el capítulo III.

1. Situación nueva del sufrimiento humano desde la pasión de Cristo (n.º 19).
Todo hombre llamado a participar de ese sufrimiento redentor de Cristo.

2. La elocuencia de la cruz y de la muerte completada por la elocuencia de la resurrección (n.º 20).

3. El Misterio de la pasión se halla incluido en el Misterio Pascual (n.º 21).
Es la vía típicamente paulina.

«La participación en la cruz de Cristo se realiza a través de la experiencia del Resucitado.

4. Participar en los sufrimientos de Cristo es, al mismo tiempo, sufrimiento por el Reino (n.º 21).

«Cristo nos ha introducido en este Reino mediante su sufrimiento. Y también mediante el sufrimiento maduran para el mismo Reino los hombres, envueltos en el misterio de la redención de Cristo».

5. El sufrimiento, llamado a manifestar la grandeza moral del hombre, su madurez espiritual. Confirma la dignidad del hombre (n.º 22).

6. El sufrimiento, «prueba» para el hombre; a veces, prueba muy dura (n.º 23).
Dios manifiesta su preferencia a actuar por medio de la debilidad, el sufrimiento, la expoliación.

«Las debilidades de los hombres que sufren pueden ser penetradas por la misma fuerza de Dios, manifestada en la Cruz de Cristo».

7. El sufrimiento es una llamada a la virtud (n.º 23).

8. Carácter creador del sufrimiento (n.º 24).
Por el Misterio Pascual el hombre entra a formar Iglesia, cuya Cabeza es Cristo. Él se une a todos en su Cuerpo, pero especialmente a los que sufren.

«Pero en el misterio de la Iglesia como cuerpo suyo, Cristo en cierto sentido, ha abierto el propio sufrimiento redentor a todo sufrimiento del hombre... Forma parte de la esencia misma del sufrimiento redentor de Cristo el hecho de que haya de ser completado sin cesar».

Pero

«Sólo en este marco y en esta dimensión de la Iglesia, cuerpo de Cristo, que se desarrolla continuamente en el espacio y en el tiempo, se puede pensar y hablar de «lo que falta a los padecimientos de Cristo».

EL EVANGELIO DEL SUFRIMIENTO

El Papa se lanza a estructurar un nuevo Evangelio: «el del sufrimiento». No lo va a escribir porque de ello ya se encargan quienes con Cristo, y tras Él, han sido visitados por él mismo.

Pero si Marcos, Mateo, Lucas y Juan fueron redactores del vivir de determinadas comunidades y a ellas ofrecen su elaboración teológica, Juan Pablo II pretende recoger

la experiencia, al mismo tiempo que iluminarla, de una comunidad tan prolífica como es la «comunidad del sufrimiento».

1. Evangelio iniciado por Cristo (n.º 25).

2. Que posee en María un testigo ejemplar (n.º 25).
— Que lo entrevé desde la anunciación.
— Belén, profecía de Simeón, Egipto, Calvario...
— Siempre «junto a Jesús», como presencia y compasión.

3. Evangelio continuado por cuantos siguen a Jesús con su respectiva Cruz (n.º 26).

4. Este particular Evangelio no es sino la presencia del sufrimiento en el Evangelio y la revelación de la fuerza salvadora del mismo en la misión mesiánica de Cristo y la misión y vocación de la Iglesia (n.º 26).

5. No lo esconde Cristo a sus seguidores («tome su cruz», «niéguese a sí mismo», «os perseguirán y calumniarán...»). Pero anuncia las fuerzas que les acompañarán (n.º 26).

6. Posee una fuerza especial que acerca interiormente el hombre a Cristo, una gracia especial (n.º 26).

7. Provocar una madurez interior y una grandeza espiritual, fruto de una particular conversión y cooperación con la gracia del Redentor Crucificado.

«Ante el hermano o la hermana que sufren, Cristo abre y despliega gradualmente los horizontes del Reino de Dios, de un mundo convertido al Creador, de un mundo liberado del pecado, que se está edificando sobre el poder salvífico del amor» (n.º 26).

8. Características del estilo cristiano de vivir el sufrimiento (n.º 26).

— Casi siempre se entra con la protesta típicamente humana y el «por qué».

— No puede dejar de advertir que al que pregunta sufre el mismo proceso.

— Cristo no responde directamente ni en abstracto; lo hace desde la Cruz, desde el centro de su propio sufrimiento.

— La respuesta es una vocación (Ven, sígueme...).

— Se supera el sentido de la inutilidad y de carga para los demás (n.º 27).

— Por el contrario:

a) Transforma esta sensación deprimente.

b) Descubre su servicio a la salvación de sus hermanos.

c) Lo considera servicio insustituible y como particular apoyo a las fuerzas del bien.

— La Iglesia ve en ellos un sujeto múltiple de su fuerza sobrenatural.

EL BUEN SAMARITANO

El mundo del dolor, el «Evangelio del sufrimiento», invoca sin pausa otro mundo, el del amor humano (n.º 29).

Amor articulado en torno a la parábola por todos conocida.

¿Cómo estar ante... qué hacer con... de qué forma actuar...? son preguntas que el Papa contesta aplicando la actitud del ciudadano de Samaría.

No se detendrá, aun cuando la subrayará especialmente, en la actitud individual, sino que proyectará su doctrina tanto a instituciones benéficas, como a movimientos voluntarios de servicio y apostolado y al mundo profesional directamente vinculado con el mundo del dolor.

1. Buen Samaritano es todo hombre que se para junto al sufrimiento de otro hombre, es todo hombre sensible al sufrimiento ajeno, es el hombre capaz de hacer don de sí mismo (n.º 28).
2. Necesidad de cultivar cada uno esta sensibilidad del corazón que testimonia la compasión hacia el que sufre, a veces, única o principal manifestación de nuestro amor y solidaridad con él (n.º 28). Importancia de educar en esta sensibilidad desde todos los ámbitos: familia, escuela, instituciones educativas y la misma Iglesia (n.º 29).
3. Pero el buen Samaritano no se queda en simple compasión; ofrece ayuda, eficaz en lo posible (n.º 28). La actitud de Cristo ante el sufrimiento no se identifica de ningún modo con una actitud de pasividad (n.º 30).
4. Así, con personas e instituciones.
«La parábola del buen Samaritano se ha convertido en uno de los elementos esenciales de la cultura moral y de la civilización universalmente humana» (n.º 29).
5. En nombre de la Iglesia el Papa agradece a cuantos ejercen de buen Samaritano, a quienes lo hacen de forma voluntaria y desinteresada (que es apostolado cuando se realiza por motivos evangélicos). Insiste en canalizar tal voluntariado en instituciones y organizaciones creadas para tal finalidad (n.º 29).
6. Pero ratifica, una vez más, la insustituible actitud personal necesaria

«El hombre debe sentirse llamado personalmente a testimoniar el amor en el sufrimiento. Las instituciones son muy importantes e indispensables; sin embargo, ninguna institución puede de suyo sustituir el corazón humano, la compasión humana, el amor humano, la iniciativa huma-

na, cuando se trata de salir al encuentro del sufrimiento ajeno» (n.º 29).

7. Las palabras del juicio final.

«Nos permiten descubrir, en la raíz de todos los sufrimientos humanos, el mismo sufrimiento redentor de Cristo» (n.º 30).

CONCLUSIÓN

Como tal, se trata de una breve síntesis de cuanto se ha expuesto con anterioridad. Ciertamente, retorna de nuevo al misterio del sufrimiento, como ya lo hiciese Job. Hay una nueva luz de la que él carecía —Jesucristo—, pero una nueva luz incluida también en otro misterio —el del Verbo—. Sólo entrando en éste se divisa salida para aquél, como ya indicaba el Vaticano II, aquí citado por segunda y última vez.

Especialmente significativa es la súplica que Juan Pablo II hace, al final de su Carta Apostólica, a cuantos son sujetos de dolor.

1. El sufrimiento posee un doble sentido (n.º 31).
 - Sobrenatural: se arraiga en el misterio divino de la redención del mundo.
 - Profundamente humano: en él se encuentra el hombre a sí mismo, su propia humanidad, dignidad y misión.
2. El hombre, misterio sólo penetrable desde el misterio del Verbo (G.S. 22). El sufrimiento humano entra de lleno en esta relación misteriosa (n.º 31).
3. Necesidad de iluminarlo desde ella. Tal iluminación comporta una dimensión dramática, inicialmente, pero alegre cuando se hace en plenitud (n.º 31).
4. La Iglesia especialmente cercana a este mundo.
«Con María que estaba junto a la Cruz, nos detenemos ante todas las cruces del hombre de hoy» (n.º 31).
5. Petición a los que sufren.
«Y os pedimos a todos los que sufrís, que nos ayudéis. Precisamente a vosotros, que sois débiles, pedimos que seáis una fuente de fuerza para la Iglesia y para la humanidad. En la terrible batalla entre las fuerzas del bien y del mal, que nos presenta el mundo contemporáneo, venza vuestro sufrimiento en unión con la cruz de Cristo» (n.º 31).

SÍNTESIS DE LOS PRINCIPALES CONTENIDOS

JOSÉ SARRIÓ

CONTENIDO ANTROPOLÓGICO

N.ºs 3, 4, 5, 8, 9

— Sentido universal del sufrimiento humano a través de la historia.

- El sufrimiento es esencial a la naturaleza humana.
- El sufrimiento es inseparable a la existencia humana.
- Misterio intangible del dolor.
- La experiencia del dolor y del sufrimiento es intransferible, el hombre sufre solo, toda la dimensión del ser humano es afectada y para su liberación y curación precisa de una terapia interdisciplinar.
- El mundo se interroga ante la situación de sufrimiento y dolor, especialmente en algunas etapas de la historia debido a grandes acontecimientos, enfermedad, hambre, catástrofes, muerte, etc.
- El porqué y el para qué del sufrimiento, constantes interrogantes del ser humano.
- El mismo progreso realizado por el hombre para calmar el sufrimiento, en muchos casos es agudizado por su falta de visión de una antropología integral y liberadora.

CONTENIDO TEOLÓGICO

N.ºs 1, 6, 10, 17

— El sufrimiento que aparece en la historia del hombre es iluminado por la Palabra de Dios.

— La Palabra de Dios ilumina el sufrimiento humano. El Antiguo Testamento con su lenguaje propio, ilumina toda la dimensión del hombre imbuido en el sufrimiento y en el dolor, desde el punto de vista psicofísico, social y religioso.

— El libro sagrado de Job comunica el sentido del sufrimiento con su carácter de prueba y el sentido de la retribución.

— El poema del siervo de Yahvé del Profeta Isaías, 53, 2-9, destaca anticipadamente la figura de Jesús, el Mesías, el Señor, como:

- a) Varón de dolores.
- b) Cargó con nuestros dolores.
- c) Cargó con la iniquidad de todos nosotros.
- d) Con su sufrimiento justificará a todos.

CONTENIDO CRISTOLÓGICO

N.ºs 3 14, 20, 28

— La redención del hombre se lleva a término mediante el sufrimiento de Cristo en la cruz.

— Junto con la pasión de Cristo todo sufrimiento humano se ha encontrado en una nueva situación.

— Cristo aparece como el verdadero centro para dar sentido al sufrimiento, siendo éste vencido por el amor.

— Cristo, el Buen Samaritano, alivia y cura el dolor humano (Lc 10, 33-34).

CONTENIDO ECLESIOLOGICO

N.ºs 3, 23, 24, 25, 26

— Las cartas apostólicas de Pablo constatan su experiencia con el sufrimiento: «Todo lo puedo con aquel que me conforta» (Flp. 4, 13).

— La Iglesia se hace presente en el mundo del dolor y del sufrimiento humano llevando la Buena Noticia de la Salud (Lc. 9, 1).

— La Iglesia, como Cristo, se identifica y vive en su propia carne el sufrimiento y el dolor humano, especialmente con los más abandonados, pobres y enfermos, siendo así testigo de la cruz y de la resurrección de Jesús. Colaborando la Iglesia, a la liberación y salvación del hombre con su gesto de promoción humana y cristiana.

— El ministerio eclesial de servicio, a los que más sufren y están sumergidos en el dolor y abandono por su pobreza y la enfermedad, es constante en la vida de la Iglesia que hace esta opción por el Reino de los cielos.

— La Iglesia se encuentra con el hombre mediante el sufrimiento.

— La Iglesia debe buscar al hombre en su situación de sufrimiento, o mejor, se hace presente en la vida del dolor, de la enfermedad, en definitiva del sufrimiento.

CONTENIDO PASTORAL

N.ºs 28, 29, 30

— El sufrimiento, presente en el mundo para provocar el amor.

— Sensibilidad especial ante el sufrimiento ajeno.

— Apertura y entrega eficaz al que sufre.

— Jamás «pasar de largo» ante el prójimo que sufre o tiene cualquier necesidad del otro.

— Plenitud del hombre cuando se da a los demás y más cuando el prójimo sufre.

— Amor y servicio desinteresado.

— Solidaridad humana ante el sufrimiento y el dolor.

— Opción evangélica en favor de los hombres que sufren.

— Favorece el sentido de la vocación-profesión de servicio: médicos, enfermeras, religiosos (as), capellanes y de todos aquellos que se entregan a los demás.

— Potencia el voluntariado humano y cristiano de ayuda al necesitado.

— Utilización de los medios que favorezcan al que sufre.

— Potencia la vida de familia.

— Favorece las relaciones interpersonales.

— La escuela y la catequesis, centros de formación, son una buena ocasión para sensibilizar sobre el sufrimiento.

III

LECTURA PASTORAL DE LA CARTA APOSTÓLICA «SALVIFICI DOLORIS»

La presente reflexión ha sido elaborada y dictada por el autor en un curso de pastoral sanitaria de la Orden de San Juan de Dios, tenido en Roma en el pasado noviembre.

Es una invitación a adentrarnos en su contenido; se trata de una reflexión en clave pastoral, con muchos interrogantes y muchas pistas para la profundización.

FRANCISCO ÁLVAREZ
Vicario General Padres Camilos. Roma

INTRODUCCIÓN

Quienes trabajamos en el mundo de la salud vivimos el sufrimiento de los demás como la experiencia de un misterio, pero sobre todo como *tarea* y desafío a nuestra solidaridad. Así, en vuestra secular tradición hospitalaria el sufrimiento humano siempre ha suscitado la respuesta de la *acción*, dispuesta a ofrecer «una ayuda, dentro de lo posible, eficaz» (SD 28). Esto, sin embargo, no os oculta en modo alguno «la grandeza contenida en ese específico misterio» (SD 4). Al contrario, quizás vosotros mejor que nadie comprendéis, por ejemplo, que el hombre herido por el mal no necesita sólo amor, sino también *sentido* y *significados*.

La *Salvifici Doloris* se propone, precisamente, profundizar a la luz de la revelación el sentido salvífico del sufrimiento. Esta, por lo menos a primera vista, es su finalidad principal. Se trata de una meditación teológica, rica en contenido, con amplitud de miras en su intención, a veces sugerente, de comprensión no siempre fácil, deudora de experiencia espiritual que la hace a veces original, si bien construida en torno a esquemas conceptuales no innovadores. La meditación, finalmente, discurre al hilo de una generosa documentación bíblica.

Quien se adentra en el texto en calidad evangelizador del mundo del sufrimiento o como capellán o agente sanitario, al concluir se siente tentado de comenzar su lectura pastoral justamente donde la SD termina:

- ¿Cómo ayudar a quien sufre a dar o bien a descubrir «el sentido salvífico del sufrimiento»? ¿Cómo recorrer ese «largo camino», en cuyo final se sitúa «el valor de un descubrimiento definitivo que va acompañado de alegría»? (SD 4).
- ¿Cómo contribuir concretamente a que el cristiano «administre» positivamente el tiempo de su sufrimiento?
- ¿Cómo insertarse en el proceso de «redención» del sufrimiento ajeno? ¿Qué respuesta puede aportarse a las dudas y a las tentaciones provocadas por el sufrimiento? ¿Cómo convertir el sufrimiento en cruz?
- ¿En qué medida la acción del buen samaritano puede contribuir a «redimir» el sufrimiento? ¿Qué significa combatir el sufrimiento y aceptar el sufrimiento?

Estos interrogantes —que podrían multiplicarse— no pretenden significar que la SD sea una mera meditación para uso privado, ascético-espiritual, de quienes sufren.

La Carta, dirigida a todos los creyentes, posee, al contrario, un contenido y una intencionalidad *profundamente pastorales*.

Descubrirlos y sacar de ellos algunas indicaciones es la finalidad de la presente lectura pastoral.

1. «GÉNESIS» DE LA SD

Al anunciar la publicación de la Carta, Juan Pablo II la presentaba así a los fieles: Intenta

«meditar sobre el valor insustituible del sufrimiento para la salvación del mundo», quiere mirar al Cristo crucificado e invita a aceptar el Evangelio del sufrimiento; desea, además, iluminar, y confortar a quienes sufren, a los enfermos (cfr. *Osservatore Romano*, 9.2.1984).

Sin embargo, para aferrar los motivos pastorales de fondo, es preciso referirse a un contexto más amplio de intenciones; en definitiva, a algunas de las líneas maestras que guían el ministerio apostólico del autor.

1.1. «Imperativo de la fe» (SD 4)

La SD —documento único en la historia del magisterio— nace como una opción de fe, como el punto de llegada de una toma de conciencia acerca del carácter *central* del hombre: «él es el camino que la Iglesia debe recorrer en el cumplimiento de su misión» (SD 4, cf. RH 14, 18, 21, 22), «sobre todo cuando en su vida entra el sufrimiento» (SD 3). **El presente documento viene a ampliar la lista de los grandes temas e intereses antropológicos de otros anteriores.**

Desde el primer momento de su pontificado, el Papa quiso «encontrarse con el hombre por el camino del sufrimiento» (SD 3), pues esa es la vía seguida por el Maestro y porque en el sufrimiento «el hombre se encuentra a sí mismo, su propia humanidad, su propia dignidad y su propia misión» (SD 31). El hombre que sufre debe recuperar su lugar dentro de la Iglesia, pero no sólo en cuanto destinatario privilegiado de cuidados y atenciones, sino también como «indicador» activo de la verdadera perspectiva evangélica y evangelizadora revelada por Cristo, el cual vino «para anunciar a los pobres una buena noticia»: «Para esto he sido enviado» (Lc. 4,18.43; cfr. EN 6).

1.2. «Profunda necesidad del corazón» (SD 4)

El corazón «nos manda vencer el temor» (SD 4) que el sufrimiento provoca espontáneamente. El lenguaje de la Carta es valiente. Aun reconociendo que «el hombre, en su sufrimiento, es un misterio intangible» (SD 4), a veces se tiene la impresión de que el misterio es prácticamente descifrado (si bien con respeto) a la luz de la fe y de la experiencia personal.

Es desde esta óptica como hay que leer la SD: Más que una meditación teológica parece la experiencia personal de quien la ha escrito. Ese «largo camino por el que discurre el sufrimiento presente en la historia del hombre» (SD 1), parece el camino recorrido por el autor en su existencia llena de vicisitudes, madurada por una fe inquebrantable que le ha permitido vivir el propio sufrimiento como una rica y positiva experiencia espiritual. Este enfoque pone el texto al resguardo de ciertos razonamientos filosóficos abstractos, pero en nombre de la misma fe no desconoce la existencia de experiencias ciertamente diferentes, igualmente animadas por el deseo de «redimir» el propio sufrimiento, de superar los riesgos y las tentaciones que comporta, de seguir el ejemplo del Maestro.

1.3. El año santo de la redención (SD 2-4)

«El tema del sufrimiento —precisamente bajo el aspecto de este sentido salvífico— parece estar profundamente inserto en el contexto del año de la redención» (SD 2). Una lectura pastoral que quiera ser fiel, no puede prescindir de este contexto en el que nace la Carta Apostólica; éste contribuye indudablemente a colorear la SD subrayando ciertas dimensiones del sufrimiento, por otra parte familiares al Papa. Pero sobre todo le suministra una plataforma teológica, constantemente presente a lo largo del texto.

2. MOTIVOS PASTORALES DE FONDO

2.1. Nueva sensibilidad frente al sufrimiento del mundo

Es éste uno de los méritos más claros de la SD. No se puede servir al hombre sin ser sensibles a su realidad total. La SD manifiesta una aguda «pasión por el hombre». En este sentido se puede decir que el mundo del sufrimiento se torna «libro abierto a la meditación apasionada» (Religiosos y promoción humana 15) de la Iglesia, lugar de revelación, referencia indispensable para el profeta y para el evangelizador.

Meditar sobre el sufrimiento significa meditar sobre el hombre y sobre la humanidad.

2.1.1. Mundo del sufrimiento, marcado por contradicciones

Es en el mundo del sufrimiento donde el deseo de vivir en plenitud y las profundas aspiraciones del hombre tropiezan con las más variadas experiencias de vulnerabilidad, evidenciada en heridas de todo tipo, agresiones, límites, carencias, enfermedad y muerte. Esta radical contradicción se explicita de muchas formas.

Por una parte se comprueba «que el hombre de hoy se para cada vez con mayor atención y perspicacia junto a los sufrimientos del prójimo» (SD 29), pero al mismo tiem-

po la misma humanidad ve disminuir su capacidad de «admiración» y de escándalo frente a la avalancha del mal, frente a la injusticia creciente, y parece como si quisiera cerrar sus ojos ante el inmenso espectáculo del sufrimiento del mundo. «Ignorar el mal y el sufrimiento es hacerse cómplices de ellos» (M. L. King).

Mientras la ciencia y el futuro se anuncian cargados de promesas en vistas a la progresiva eliminación de tantos sufrimientos, vivimos en un período de la historia en el que «el sufrimiento se hace particularmente denso», «período que lleva en sí una amenaza tan horrible de guerra nuclear»: «Sufrimiento del mundo que ha sido transformado, como nunca antes, por el progreso realizado por el hombre y que, a la vez, está en peligro más que nunca, a causa de los errores y culpas del hombre» (SD 8).

El mundo del sufrimiento es objetivo de exhibicionismo por parte de los medios de comunicación: casi un espectáculo, con frecuencia violento, hecho de imágenes que impactan pero desde la distancia; al mismo tiempo, la sociedad de consumo siente la necesidad de inmunizarse para poder seguir en la carrera de la producción.

El hombre, hoy más sensible a las agresiones, más consciente de sus posibilidades y de su dignidad, se ha vuelto también más vulnerable, menos dotado de resistencias, de tolerancia y de sentido ante el sufrimiento.

Si, por otro lado, nuestra mirada se desplaza al mundo de la salud, que nos es más cercano, no podemos menos de indicar algunas expresiones de aquella contradicción. Ante todo, la tentación de transformar el dolor en un problema técnico, despojando al hombre y a la experiencia del sufrimiento de todo significado; en segundo lugar, la técnica que salva y que es cada día más generosa en esperanza para el enfermo, se convierte frecuentemente en asistencia sin alma, manipuladora y deshumanizante. **En el mundo de la salud, además, junto a la solidaridad exquisita de tantos «buenos samaritanos» conviven claras violaciones de los derechos fundamentales de la persona.** Mientras —por un parte— se defiende la vida hasta el límite de las posibilidades, por otro lado se actúa frecuentemente en función de criterios falsamente selectivos que no respetan la vida de cada persona, nacida o por nacer. Mientras la salud es considerada como derecho y deber de todo hombre, no puede ignorarse que son muchos quienes todavía mueren de enfermedades banales y por falta de elemental asistencia, y la misma salud se convierte en mercancía para el lucro personal de muchos y para la especulación de industrias y de instituciones.

2.1.2. Mundo del sufrimiento, profundamente humano

Encontrar al hombre por el camino del sufrimiento significa encontrar al hombre, sin más. Su condición de «patients», por encima de matices, experiencias y modalidades del sufrir, es algo especialmente inherente a su ser. El sufrimiento forma casi una sola cosa con el hombre, es carne de su carne e historia de su historia.

Mirar de frente el sufrimiento, todo el sufrimiento del mundo, no conlleva sólo valentía y lucidez; es cuestión de coherencia.

El sufrimiento no puede reducirse a una mera constatación, como si se tratase de un hecho material, sea físico o moral. Es más bien una compleja experiencia que lleva al hombre a confrontarse consigo mismo y a superarse a sí mismo (SD 2). Confrontación y superación, son los dos momentos entre los que se desenvuelve el drama, tejidos de luces y sombras, de interrogantes y de respuestas, de resignación y de lucha, de maduración interior o de involución y claudicación, de solidaridad o de repliegue sobre sí mismo, de amor o de injusticia.

2.1.3. Mundo del sufrimiento, profundamente ético

Remite a los valores fundamentales sobre los que se construye la misma existencia humana y la misma sociedad. El hombre es el único ser que, además de la capacidad de producir o provocar dolor, puede *intervenir cualitativamente* sobre el propio sufrimiento y sobre el de los demás. Éste se convierte en objeto privilegiado de *decisiones* profundamente morales. Sólo el hombre —por ejemplo— puede sufrir injustamente, absurdamente o con sentido; «hacer bien a quien sufre» o decidir que el otro sufra; «hacer bien con el sufrimiento» (SD 30) o por el contrario sucumbir bajo el peso y los riesgos de una experiencia dolorosa; «superarse a sí mismo» (SD 2) o encerrarse en sí mismo, madurar o retroceder.

Por todo ello está claro que el acercamiento al sufrimiento propuesto por la SD revela una sensibilidad fina, rica en intenciones y sugerencias, especialmente aplicables a la Pastoral Sanitaria, pero válidos para toda la comunidad.

- En primer lugar, la SD es una confesión explícita de la dignidad del hombre. Nos recuerda que el nivel de madurez de la sociedad se «mide en función de cómo ésta trata al sufrimiento, a los enfermos y a la muerte misma.
- En segundo lugar, detenerse junto al que sufre, significa aferrar y asumir el valor integral de toda persona, radicalmente implicada en el sufrimiento.
- En tercer lugar, el carácter central del hombre —evidente en la SD— exige que éste recupere el lugar que le corresponde, es decir, el primero, dentro de los esfuerzos de la sociedad en su camino de progreso y de liberación, y dentro de todas las instituciones.
- Esta sensibilidad se propone, finalmente, evitar toda suerte de sufrimientos injustos, denunciar la producción institucionalizada de sufrimiento, hacer consciente y responsable a todo hombre frente al sufrimiento del mundo, contribuir sobre todo al nacimiento de una «nueva cultura de la vida» y, consiguientemente, de la «nueva civilización del amor» (SD 30).

2.2. El mundo del sufrimiento, «lugar teológico» para la Buena Noticia

Es la parte central del documento pontificio. En ella la reflexión teológico-bíblica resulta con frecuencia especialmente densa. Algunos motivos teológicos subyacentes son ciertamente complejos; por ejemplo, el valor redentor del sufrimiento de Cristo y la *mediación* del sufrimiento humano en la prolongación y «completamiento» de la misión salvífica de Cristo. No es el lugar ni la intención de esta lectura pastoral intentar un acercamiento y menos aún una profundización de dichas cuestiones, sino explicitar la *proyección pastoral* de esta parte central.

Ésta aparece articulada en torno a una serie de elementos claves. Señalo, a modo de ejemplo:

- La historia dentro de la cual se inserta el sufrimiento humano es siempre historia de *salvación*.
- El sufrimiento como «pasividad», es decir, como agresión sufrida desde dentro y desde el exterior, y al mismo tiempo como espacio para la *acción* («el evangelio es la negación de la pasividad ante el sufrimiento», SD 30) sobre sí mismos y sobre los demás.
- El sufrimiento como experiencia *espiritual* de los testigos de la cruz en el seguimiento de Cristo (SD 25).
- Finalmente, el elemento fundamental: El sufrimiento está llamado en la Iglesia y en la sociedad a ser un lugar privilegiado para el anuncio, la celebración y la realización de la Buena Noticia.

2.2.1. El valor terapéutico del sentido

«Sólo el hombre, cuando sufre, sabe que sufre y se pregunta por qué; y sufre de manera humanamente aún más profunda si no encuentra una respuesta satisfactoria» (SD 9).

No saber por qué se sufre ni para qué puede servir, agudiza ciertamente la experiencia del mal. Es ésta una conclusión avalada, con múltiples matices, por nuestra experiencia en el mundo de la salud y confirmada por la sicología.

La SD parece arrancar casi de una *apuesta implícita*: No es posible que el sufrimiento del mundo, inmenso e indecible, sea siempre absurdo e inútil, sobre todo ese sufrimiento que podríamos llamar inevitable. Si así fuera, una gran parte de las energías humanas (en el sufrimiento se encierra siempre «una *actividad* específica», SD 7), sería lamentablemente desperdiciada.

Está claro que el documento pontificio, más que dar una respuesta a la existencia del mal en el mundo desea ayudar al hombre a vivir cristianamente el tiempo de su sufrimiento. Y es precisamente éste uno de los compromisos básicos de la pastoral sanitaria, de su misión evangelizadora: Que la experiencia del sufrimiento pueda desembocar en una experiencia salvífica, de superación, de crecimiento y de esperanza. Ni dolorismo, pues, ni resignación fatalista, ni insolidaridad: El sufrimiento reclama más bien las mejores energías de la Iglesia y de la humanidad. Vencer el sufrimiento con el amor quiere decir comprometerse con él y contra él.

Se trata de un verdadero proceso de evangelización (más complejo que cualquier otro), cuyos caminos se descubren en la medida en que la fidelidad al evangelio y al hombre van parejas. Es el camino que intenta recorrer, al filo de la Carta, esta lectura.

2.2.2. El sufrimiento es una experiencia profundamente personal

Quienes experimentan una cierta perplejidad ante algunos contenidos y afirmaciones teológicas (más arriba señalaba dos) no pueden, sin embargo, dejar de lado que, al profundizar el sentido salvífico del sufrimiento, el documento intenta sobre todo acentuar la *experiencia cristiana* del sufrir.

Este enfoque es claramente confesional y limita el círculo de los posibles destinatarios del mensaje, al menos en su parte central. Pero al mismo tiempo, para el que cree en Cristo queda siempre abierta la vía a un cierto pluralismo de experiencias cristianas. Se trata, de hecho, de un recorrido profundamente personal, único e irreplicable para cada hombre que sufre, en estrecha relación con la historia de cada uno, con las características sicosomáticas y morales de su sufrimiento y con su vivencia de la fe.

El documento parte de unos modelos de experiencia: Job, el Siervo de Yahvé, «los testigos de la cruz», Cristo; y desde ellos propone unas metas claramente ideales. En nuestra praxis pastoral cotidiana, centrada en el mundo de la salud, podemos comprobar cómo el itinerario humano, sicológico y espiritual, recorrido por el hombre «patients» es enormemente complejo; las generalizaciones, además de erróneas, son frecuentemente injustas, sobre todo cuando se hacen en nombre de la verdad y del servicio. Pero constatamos también la validez pastoral contenida en los puntos de referencia presentes en la *Salvifici Doloris*. Podemos señalar sólo algunos:

El carácter central de Cristo

Él aparece como el verdadero punto focal, al margen del cual toda respuesta, filosófica o sicológica, resulta parcial e insatisfactoria para el cristiano.

La evangelización del sufrimiento, hecha a la medida del hombre, del hombre en situación, se sirve de cualquier método terapéutico útil, pero sólo en Cristo alcanza su verdadero punto de encuentro. En Él el sufrimiento no es un simple dato histórico superponible a otros, sino algo *paradigmático*.

Esta función se expresa sobre todo en sus *actitudes* frente a todo sufrimiento, incluido el suyo; actitudes que los discípulos asumen y reproducen en sus vidas. Pero se manifiesta también en la *eficacia* salvífica, misteriosa y real, que su sufrimiento (como prueba suprema de la verdad de su amor [SD 18]) ha comportado a toda la humanidad.

El creyente encuentra en Cristo no sólo la luz de una revelación o la indicación de un camino espiritual, sino también la *posibilidad* de entrar en el dinamismo de una nueva y definitiva esperanza. El sufrimiento sigue siendo vencido por el amor.

Un largo camino

También para los «testigos de la cruz» (SD 25). Esta constatación, por muy obvia que pueda parecer en nuestra experiencia pastoral, en la SD sin embargo adquiere un significado especial. La evangelización del sufrimiento no es igual para todos, ni puede realizarse en abstracto.

Si el hombre es verdaderamente «el camino que la Iglesia debe recorrer en el cumplimiento de su misión» (SD 3), cuando sufre, cualquiera que sea su situación, se convierte en una *revelación* para quien se acerca a él con espíritu de fe y con voluntad de servirle. En el hombre-en-situación y no sólo en verdades y principios encuentra el servidor luz (indicaciones) para responder a sus necesidades reales, para localizar adecuadamente su camino espiritual, para abrirlo a nuevos horizontes, para acompañarlo hacia la superación de sí mismo.

Más aún, puesto que se trata de *camino* y no de llegadas o salidas puntuales, también los momentos negativos de la propia experiencia (rebelión, pasividad, «dolorismo», regresión, cerrazón, desesperación, etc.) son momentos espirituales, además de sicológicos. Estos forman parte de un largo recorrido en el que siempre actúa el Espíritu precediendo cualquier intervención por parte del servidor, y en el que la experiencia de fe se convierte en experiencia de desierto.

El acompañamiento pastoral sabe discernir y valorar cada uno de esos momentos y, al mismo tiempo, procura reconocer y potenciar la *capacidad* que Dios ha dado a todo hombre en vistas al crecimiento espiritual y humano, a la maduración y purificación interior, a la superación de las actitudes no constructivas, a la aceptación serena de lo inevitable.

«Hacer bien con el propio sufrimiento» (SD 30) Superación del sentido de inutilidad (SD 27)

Estos dos motivos se completan mutuamente. «El evangelio es la negación de la pasividad ante el sufrimiento» (SD 31). La SD afirma que el sufrimiento resulta sobremanera útil, es más, un medio insustituible dentro de la economía de la salvación y en la misión de la Iglesia.

Dejando de lado cuestiones teológicas subyacentes, ciertamente complejas, también en este punto saltan a la luz claras motivaciones pastorales. El sufrimiento es vivido, dentro de la propia experiencia de fe, con actitudes positivas, no sólo cuando es la consecuencia del amor llevado hasta el extremo de la coherencia cristiana (sufrir por..., a causa de...) sino también cuando no es el fruto de una opción de vida e irrumpe indeseada en la existencia instaurándose en ella.

Se ratifica así, en un cierto modo, una orientación pastoral hoy comúnmente adquirida: Los que sufren, especialmente los enfermos, son parte activa, incluso principal, de la comunidad eclesial, en la que participan mediante múltiples formas de apostolado, mediante la oración y el testimonio de la propia vida. La Iglesia, por su parte, lejos de fomentar en ellos actitudes de resignación pasiva o cualquier forma de trasnochado «dolorismo», les reconoce en justicia el puesto central a ellos reservado por el Maestro.

2.2.3. El sufrimiento, desafío a la solidaridad humana y cristiana

Se puede decir que en el fondo de la SD aletea un convencimiento implícito: Evangelizar el mundo del sufrimiento significa transformar la sociedad; dar sentido al sufrimiento comporta un compromiso radical en vistas a la construcción de la «civilización del amor».

La experiencia del sufrimiento, aunque profundamente personal, *pertenece radicalmente al mundo*, es un fenómeno de hondas implicaciones sociales y comunitarias, o por lo menos un hecho muy importante para la comunidad.

Es, pues, normal que la solicitud pastoral por el hombre se manifieste de forma especial cuando éste se encuentra en situación de necesidad. Es entonces precisamente

cuando su dignidad y sus derechos se presentan más vulnerables, pero al mismo tiempo más *evidentes*. Defenderlos, respetarlos y promoverlos (se piense por ej., en los ancianos, en los moribundos, en la vida todavía no nacida, etcétera) significa proclamar *abiertamente* la intangible dignidad del hombre entero y de todos los hombres. Significa, en definitiva, promover una nueva cultura de la vida que afirme el sentido integral del hombre.

Si el mundo del sufrimiento invoca el mundo del amor y de la solidaridad (SD 29), se puede también decir que el proceso de liberación, en el que está permanentemente comprometida la humanidad, encuentra su punto de máxima realización y confrontación precisamente en la evangelización del sufrimiento, en la solidaridad hacia todo hombre herido, en la lucha contra todo dolor y contra las causas naturales, provocadas e institucionalizadas del mal.

Es dentro de este proceso global donde de inserta la pastoral sanitaria. También ésta tiene como objetivo fundamental el hombre y no sólo su enfermedad o incluso su sufrimiento.

3. ALGUNAS INDICACIONES PASTORALES

Al hilo de los motivos pastorales hasta aquí brevemente resumidos y de la lectura del conjunto de la SD pueden deducirse múltiples indicaciones y orientaciones para la pastoral sanitaria. Sin pretensión de ser exhaustivos veamos algunas.

3.1. El carácter central del hombre

La pastoral sanitaria y, en general, la presencia de la Iglesia en el complejo mundo de la salud, arrancan de una fina sensibilidad evangélica, consecuencia de la opción por el hombre en el seguimiento de Cristo misericordioso. Servir al hombre significa ser sensibles a su sufrimiento, descubrirlo en cada persona que encontramos, no acostumbrarse al espectáculo diario del sufrimiento, ser capaces de «empatizar», de llegar a ser heridos al participar en el sufrimiento del otro, de manifestar la verdad del propio amor mediante la verdad del propio sufrimiento (SD 18)...

Reconocer el carácter central del hombre es una opción cada vez más necesaria y, al mismo tiempo, conlleva no pocas dificultades. Señalemos algunas de sus implicaciones.

Crear instituciones a la medida del hombre. Ninguna estructura se justifica por sí misma sino en función del servicio que es capaz de prestar.

Relativizar las instituciones. Éstas «son muy importantes e indispensables; sin embargo ninguna institución puede de suyo sustituir el corazón humano, la compasión humana, el amor humano, la iniciativa humana, cuando se trata de salir al encuentro del sufrimiento ajeno. Esto se refiere a los sufrimientos físicos, pero es aún más cierto si se trata de los múltiples sufrimientos morales, y cuando la que sufre es ante todo el alma» (SD 29). En el caso específico de las instituciones religiosas, éstas deben desempeñar una función de *ejemplaridad* cada vez más transparente e indiscutible.

Valoración del servicio, entendido como acercamiento personal, como acompañamiento respetuoso y gratuito,

como coparticipación incondicional, como proclamación constante de la dignidad y de los derechos de toda persona. En cualquier actividad, institucionalizada o menos, este servicio será uno de los signos inconfundibles de los que la SD es portavoz.

Valoración de la vocación de servicio al hombre que sufre. La progresiva socialización de la asistencia institucionalizada por parte de las estructuras de la sociedad, ha puesto de manifiesto una vez más que ni el Estado, ni las mejores planificaciones pueden sustituirse a la calidad de servicio, del que *sólo el hombre* es realmente capaz.

Servir al hombre, nunca es una simple profesión. Refiriéndose precisamente a las profesiones sanitarias la SD dice: «Por razón del contenido evangélico encerrado en ellas, nos inclinamos a pensar más bien en una vocación que en una profesión» (SD 29).

Nuestra experiencia nos confirma, de hecho, la necesidad de potenciar dentro del campo sanitario aquellos «elementos esenciales de la cultura moral y de la civilización universalmente humana» (SD 29), que hacen posible un servicio a la medida de la dignidad humana. Si esto es cierto para quienes no eligen su profesión en función de motivaciones religiosas, lo es con mayor razón para quienes han hecho del servicio una verdadera opción de vida: Su actividad es siempre uno de los momentos privilegiados en los que se manifiesta, de forma indivisible, su propia calidad moral de vida.

Valoración de la eficacia (SD 28). La ayuda al hombre que sufre, inscrita siempre en el proceso global de liberación y promoción, requiere una masiva movilización de fuerzas y energías. Aunque el criterio de la eficacia no sea en todo momento decisivo, sin embargo se convierte frecuentemente en la medida más cierta del compromiso personal y comunitario en favor del que sufre. Cuando parece extenderse entre tantos hombres de buena voluntad una cierta sensación de impotencia y de inutilidad frente al mal del mundo, era necesario proclamar que sólo el amor es definitiva y positivamente eficaz.

Servicio integral. El carácter central del hombre significa igualmente que la pastoral de la salud no puede caer en reduccionismos que fragmentan y mutilan al hombre, en función de intereses parciales. El servicio es verdadero sólo cuando es integral, es decir, cuando va dirigido a la persona misma. La pastoral de la salud está, por tanto, al servicio de la Vida del hombre; intenta responder a sus aspiraciones más hondas, precisamente en el momento en que se ven confrontadas con la crisis; se muestra especialmente atenta a todos aquellos factores que afectan directa o indirectamente a su salud, a su realización personal y a su progresiva liberación.

3.2. Papel insustituible de la comunidad y de la sociedad

La SD evita institucionalizar el sufrimiento, no reduciéndolo, pues, a ciertos ámbitos de expresión. El mundo del sufrimiento es el mundo del hombre y de la sociedad misma. Del mismo modo, tampoco la pastoral sanitaria puede reducirse al mundo del hospital e incluso ni siquiera

al mundo de los enfermos. Quienes trabajan en el campo sanitario son cada vez más conscientes de que la salud es un hecho profundamente antropológico y cultural, un compromiso colectivo, una responsabilidad de la sociedad entera.

Es tarea de la pastoral sanitaria implicar a toda la comunidad en la defensa y promoción de la salud, en la evangelización del sufrimiento, en la asistencia de los enfermos.

Para cumplir con esta responsabilidad indeclinable, «la familia, la escuela, las demás instituciones educativas... deben trabajar con perseverancia para despertar y afinar la sensibilidad hacia el prójimo y su sufrimiento» (SD 29).

Y puesto que se trata de una nueva sensibilidad, la pastoral sanitaria no puede menos de sentir la urgencia de promover, dentro de la Iglesia, una verdadera conversión de mentalidad. También el mundo del sufrimiento debe seguir siendo un lugar privilegiado para la solidaridad eclesial. Ser sensibles al hombre cuando sufre, significa crear en la comunidad un nuevo estilo de presencia en el mundo, marcada por la primacía de la caridad; quiere decir fomentar aquellas actividades e iniciativas que nacen de una opción específica y gratuita y que inciden sobre las diferentes situaciones existenciales del que sufre: el voluntariado sociosanitario, la acción individual y «la ayuda familiar» (SD 29). Pero sobre todo comporta el compromiso, por parte de la Iglesia, de esforzarse al máximo por crear en la sociedad las condiciones y promover los valores que permitan entrever con una cierta esperanza una nueva civilización del amor (SD 30).

3.3. Actitudes del servidor

Es especialmente en este punto donde la lectura de la SD puede proporcionar abundantes sugerencias e indicaciones. Por brevedad y para no repetir conceptos ya expresados, me limitaré a subrayar algún aspecto.

En primer lugar, causa un cierto impacto la figura del buen samaritano tal como es propuesta en la SD. Sus actitudes son normativas para quien desee pararse junto al que sufre:

Disponibilidad del corazón ■ El servidor es, ante todo, aquel que se siente *plenamente implicado* en la historia y en el drama de todo herido, a cuyo servicio pone sus mejores recursos y energías personales: la «disponibilidad del corazón», los sentimientos («es capaz de conmoverse»), la sensibilidad del corazón, la compasión, la ayuda eficaz y sobre todo la donación personal (SD 28).

Pasión por el hombre ■ El servidor (capellán, párroco, médico, enfermero, etc.) vive y expresa en su servicio una cierta *pasión por el hombre*, capaz de concretarse en la heroicidad de gestos probablemente excepcionales y sobre todo en la cotidianeidad de quien está dispuesto a herirse mientras sirve al herido, de llevar su solidaridad hasta sus últimas consecuencias.

Equilibrio

■ Por eso, el servidor es aquel que, ante todo, ha intentado integrar en su vida sus propias heridas, reconciliándose con ellas y convirtiéndolas en fuente y recurso de curación para los demás. El servidor necesita ser una persona fundamentalmente equilibrada. capaz de humanizarse a sí mismo para poder humanizar sus gestos y el ambiente en el que desempeña su servicio.

Llamado a la misión

■ El servidor, según el espíritu del buen samaritano, se siente hondamente llamado a su misión: Ésta no es para él algo marginal; en ella se encuentra a sí mismo (SD 28). El servicio a los que sufren no obedece, pues, a una simple distribución de roles, ni puede ser concebido sólo como una salida económica o profesional, sino que debe ser integrado en el mundo de los valores personales, o bien es sencillamente la expresión de una vocación.

4. CONCLUSIÓN

Parece claro que la SD no ha aportado innovaciones específicas a la pastoral sanitaria. Esto, empero, nada quita a su validez y oportunidad.

El documento, incluso con sus límites (a veces claros), es al mismo tiempo un signo elocuente de una nueva sensibilidad eclesial hacia el mundo del sufrimiento y de la salud y una apremiante invitación a todas las comunidades cristianas a que potencien su solidaridad, a que inicien una verdadera educación de la fe que prepare a los creyentes, sobre todo mientras gozan de salud, a vivir cristianamente las propias heridas y las de los demás.

Como conclusión diría que es precisamente ésta la intención de la SD: Suscitar dentro de la Iglesia (y, por ende, en la sociedad) una *nueva cultura de la vida*, cuyos elementos más expresivos podrían resumirse así:

- Asumir los propios sufrimientos, inevitables, con hondo sentido de solidaridad, haciéndoles fuente o motivo de crecimiento y de liberación personal y de inserción constructiva dentro de la comunidad.
- Introducir en la catequesis de la comunidad cristiana, comenzando en la infancia y en las instituciones educativas, el mundo del sufrimiento, como contenido esencial del camino humano y espiritual de toda persona.
- Educar a todos los creyentes a la solidaridad frente a todo sufrimiento y ante todo hombre que sufre, a fin de que éste (en la globalidad indivisible de su ser) sea eficazmente situado en el centro del compromiso por la edificación del Reino.
- Prestar, finalmente, mayor atención a todos aquellos que, por encontrarse en situación de especial necesidad, son más vulnerables y se sienten más agredidos en una sociedad que no «premia» del mismo modo toda existencia, todo ser humano.

EL ETHOS DEL ACTO MÉDICO ANTE EL DESAFÍO DE LOS NUEVOS CONDICIONAMIENTOS DE CULTURA

Desde el Código Ético, atribuido a Hipócrates, hasta nuestros días, se ha desarrollado la profesión médica acentuando en cada época los valores característicos dentro de una determinada cultura. ¿Qué valores están en el acto médico en medio de una cultura técnica y post-industrial? Es el interrogante, el desafío que el autor nos presenta en el presente artículo.

ALFONSO MARÍA RUIZ-MATEOS Y JIMÉNEZ DE TEJADA

Instituto Superior de Ciencias Morales. Madrid

EL ETHOS MÉDICO

«De todos los hombres tanteadores de ciencia el médico se encuentra entre los más responsables, porque la lucha que emprende jamás está terminada. Él debe superar la desesperación de los vencidos y también la suerte de los mismos. Para ello combate en todos los flancos intentando poner en práctica todos los medios de su ciencia, en perpetua evolución».

El «ethos» del médico surge y se nutre de la vocación humanitaria. De ella dimana la necesidad de compromiso con sus convicciones éticas y deontológicas. La profesión médica —si dejamos aparte las estrictamente religiosas— puede confesar, con sano orgullo, que ha sido la primera en garantizar su «ethos» mediante la expresión digna de promesas, juramentos de fidelidad y Códigos Deontológicos. No puede extrañarnos que el Código ético formulado por los médicos de Cos y atribuido a *Hipócrates* (alrededor del 400 a.C.) haya sido aceptado sin grandes reparos, al menos, hasta la primera parte de nuestro siglo. La hipótesis histórica más sólida sostiene que este elenco de principios fue la obra de la secta de los pitagóricos. Interesa recordar sus cuatro postulados fundamentales:

1. El objetivo del médico debe consistir más en el progreso de la profesión que en el suyo individual: por tanto no está permitido anunciarse, quitar los pacientes a los compañeros ni hacer comentarios desfavorables sobre la capacidad de los colegas.
2. El médico nunca debe emplear sus conocimientos o privilegios para dañar al paciente, sino para ayudarlo. La vida debe conservarse y no se permite su destrucción mediante el aborto o el empleo de fármacos. Cualquier descubrimiento nuevo debe ponerse a disposición de todos.
3. Se solicitará ayuda al especialista siempre que pueda ser mayor provecho para el paciente.
4. Debe mantenerse el secreto profesional. El médico no dará a conocer sin consentimiento del paciente ninguna información que haya obtenido en el curso de su relación profesional.»

Si nos cuestionamos el porqué del éxito o permanencia durante tantas centurias del espíritu de este Código yo no caería en la simplificación de otros autores que solamente

resaltan como justificante la adecuación del mismo, en sus puntos fundamentales, a éticas religiosas. Considero que las causas son más profundas; yo hablaría de la adecuación a las verdades inmanentes del ethos que el citado código establece y que obliga a ser recogidas y tenidas en cuenta en cualquier formulación moral que sea congruente con las mismas. Las formulaciones éticas pueden estar sometidas a los cambios y veleidades de culturas y civilizaciones, el ethos por el contrario es una realidad inherente a la esencia del hombre o de la persona.

No podemos negar que en las últimas décadas se han alzado voces críticas contra el citado código. Las referencias negativas discurren desde los que han solicitado una puesta al día del mismo, acorde con las exigencias de la medicina moderna, hasta los que lo han rechazado tajantemente e incluso ridiculizado, como un lastre histórico absurdo. Sin embargo, sus principios permanecen intactos. La Declaración de Ginebra —adoptada por la Organización Mundial de la Salud 1948— conserva el espíritu del Juramento Hipocrático y sólo ha pretendido adaptarlo al lenguaje moderno. Lo mismo se aplica al «Código de Ética Médica» de la Asociación Médica Mundial (1945), en su loable afán de orientar exhaustivamente los deberes del médico, poniendo particular énfasis en sus relaciones con el paciente. Pienso, pues, que a la hora de plantearnos el tema de la ética del acto médico ante el desafío de los nuevos condicionamientos socio-culturales, es obligado dejar sentados los signos orientadores e inconfundibles de nuestra genuina tradición deontológica. Con Webb-Peploe no tengo reparo en afirmar que

«la profesión médica conforme va viendo ensancharse sus posibilidades, debe tomar conciencia de cuál es el mejor camino para servir tanto al paciente individual como a la comunidad en su conjunto, aceptando las bien probadas verdades de nuestra herencia cristiana y recordando que los valores éticos más importantes relacionados con la vida humana son imperecederos y mantienen su validez en todas las épocas».

En la andadura histórica, los rasgos de nuestro tiempo instan, de forma urgente, a que nuestros avances científicos vayan acompañados de un progreso correlativo de nuestro compromiso con el ethos.

«Ejerceré mi profesión con conciencia y dignidad». «La salud de mi paciente será mi primera preocupación», etc., son postulados que con juramento implícito o no, deben permanecer grabados en lo más íntimo de nuestro ser y acontecer.

MADURACIÓN PERSONAL: PREMISA ÉTICA DEL ACTO MÉDICO

Una de las primeras indicaciones que sugiero para escudriñar el trasfondo de cualquier momento de la cultura es la de fijarse en las palabras tópico. Cada situación histórica está matizada por un conjunto de expresiones o vocablos de moda que fluctúan en su ambiente y que permiten ser utilizadas como indicadores significativos del substrato real de la misma.

Entre los tópicos de nuestro momento considero de interés el que nos fijemos en el sugestivo vocablo «personalidad». Como todos los clichés corre el peligro de ser traído y llevado por las más diversas y contrarias ideologías; que su auténtico contenido se desdibuje —fenómeno inherente a todas las expresiones comunes— en la maraña de las más variadas interpretaciones. Repito con frecuencia que ciertas expresiones, dada la trascendencia de su contenido, deberían ser liberadas de cuando en cuando del tráfico común, mantenerlas sumergidas en el olvido y después lanzarlas de nuevo al fluctuar de la cultura con su significado exacto. Naturalmente, se trata de un deseo utópico.

Respecto a la palabra «personalidad» se ha originado una literatura tan rica como diversa y excesivamente contradictoria. No es el momento para hacer un análisis de tales aportaciones.

Me agrada recordar siempre las palabras de Janet: «... il pense avec l'ensemble». Es evidente que «la verdad no está en la disyuntiva sino en la copulativa». Cómo no estar de acuerdo con esta actitud holística; pero es necesaria ampliarla aún más. La unidad vital del ser humano nos obliga a no marginar nada del mismo; desde las faneras hasta el cerebro todo cobra importancia y debe ser tenido en cuenta: «il pense avec l'ensemble». Pero esta conjunción tiene que incluir también algo tan característico de lo humano como es su devenir continuo, su especificidad histórica. Un pasado que condiciona el presente y el futuro, unido a su vez a las modificaciones complejas que provocan lo actual y las perspectivas del porvenir.

Pienso que lo más importante es resaltar, que el observador que mantenga esta actitud copulativa y fenomenológica, vivenciará la realidad primordial e ineludible de la condición misteriosa e inabarcable de la singularidad humana.

Para nuestra finalidad —discernimiento de la maduración de la persona— considero que no nos interesa incidir en una reflexión estática de los substratos o capas de la misma, sino en su dinamismo hétero-e-intraproyectivo.

La limitación de espacio obliga a un estudio sucinto pero que puede ser suficientemente esclarecedor. Abordemos el tema desde el ámbito de la psicopatología. Al psiquiatra

se le ha criticado, con frecuencia, el peligro que corre de hacer generalizaciones antropológicas desde el prisma de lo patológico. Admito el riesgo e incluso deformaciones patentes, pero ello no debe impedir el reconocimiento de que el análisis objetivo del enfermar psiquiátrico constituye una de las fuentes más importantes para entender y comprender el misterio humano. En el discernimiento de la maduración de la persona —personalidad— no veo que exista ninguna rama de las ciencias antropológicas que pueda ostentar mayor competencia que la psiquiatría. Intentemos aprovecharnos de sus conocimientos y aportaciones. Si en el mundo complejo de las alteraciones de la personalidad, la psicopatología descubre un fenómeno que está siempre presente, el hallazgo del mismo nos es singularmente útil para esclarecer, mediante una simple contraposición, los senderos del equilibrio. Observemos cómo en todos los procesos y desarrollos psíquicos anómalos aparece un rasgo constante que caracteriza la inmadurez de la personalidad. Nos referimos al fenómeno nuclear de la propensión de «yo» a encriptarse sobre sí mismo como único mecanismo de superación o defensa. Fenómeno que denominamos con el expresivo vocablo que acuñó Bleuler: «autismo»; pero concediéndole un contenido semántico más amplio que el que le otorgó este autor, en su noble afán de delimitar y diferenciar los estados esquizofrénicos. Resulta, pues, obvio que si el autismo es un denominador común de la inmadurez, podemos resaltar a su reverso: la apertura integradora y comprometida con los valores como el gran protagonista del desarrollo de la personalidad. Es evidente que la integración y compromiso exigen una recta jerarquización de los valores, y a nadie se le oculta que en la cúspide de los mismos, a nivel intramundano, se manifiesta ante el «yo», el don del «tú». Podemos, pues, simplificar la dinámica de la maduración de la persona fijándonos en el grado de integración y compromiso alcanzados con la alteridad personal. Los conceptos de «integración» y «compromiso» pueden parecer un tanto vagos o ambiguos. Pienso que también ellos exigen rasgos que clarifiquen su autenticidad. Resaltaría con este fin el respeto, que acostumbro a llamar sacro y, consecuentemente, la aceptación. El «tú» en cuanto persona es, ante todo, realidad misteriosa y, por ende, inabarcable. **Por ello, la única postura congruente de la persona ante la persona, no puede ser otra, que la que se asienta en el respeto, la aceptación, la acogida, etc., que deben superar cualquier clase de resistencias y relegarlas al plano de lo accidental.** Si aceptamos estas premisas y las aplicamos al acto médico, tendremos que reconocer, que las circunstancias singulares de su praxis exigen una maduración personal también singular. A los caracteres que hemos señalado para definir la personalidad, tenemos que añadir que el sujeto más común al que se proyecta el médico es el ser humano sometido a condicionamientos tan especiales como los de la enfermedad, el dolor físico y moral, la indigencia e impotencia tantas veces extremas, la terrible incógnita de una sentencia sobre la vida o la muerte, etc. Tremendas realidades en las que sólo el médico está capacitado para ofrecer y dar la ayuda más eficaz. Por todo lo que he intentado insinuar, creo que a la degradación de la personalidad del médico, se le aplica con todo su rigor el aforismo clásico: «corruptio optimi, pessima».

SENTIMIENTOS PROFUNDOS (CATEXIA) VERSUS NOESIS

Tras estas reflexiones sobre «ethos» y «personalidad» en las que he pretendido esbozar algunos rasgos fundamentales que sirvan de referencia para discernir los auténticos valores deontológicos del acto médico, abordo, ahora, el otro objetivo primordial de este trabajo: nuevos condicionamientos de cultura. Mas, permítasenos antes intercalar este paréntesis. Pienso, después de analizar numerosas aportaciones sobre el tema, que la Constitución *Gaudium et Spes* del Concilio Vaticano II —particularmente en sus n.º 4 al 10— nos ofrece la síntesis más iluminadora que conozco. Invito al lector interesado a una meditación reposada de la misma.

Si tomamos un Diccionario de la Lengua de cualquiera de los países de occidente, podremos observar que el vocablo «cultura» es referido primordial, si no exclusivamente, a la noesis o enriquecimiento ideológico. Considero que tal interpretación es una secuela más de nuestro ancestral helénico. Desde esta perspectiva el hombre sería, ante todo, lo que le dicta la información noética. Mi opinión al respecto es distinta. En la dialéctica entre «noesis» y «catexia» pienso que esta última tiene la hegemonía a la hora de regir la conducta humana. Los sentimientos son los auténticos gestadores de las ideas que configuran la praxis concreta del comportamiento de la persona. Por ello es obvio, que cualquier información que se nos pretenda imponer mediante cualquier clase de influencia o manipulación exógenas, nos resbalen si concomitantemente no evocan los engramas —siempre más profundos— de los sentimientos.

Observemos que una de las características de las civilizaciones urbanas —ninguna época como la nuestra la ha vivido de forma más generalizada y duradera— consiste precisamente en la relevancia de la información. Las diversas culturas, entendidas éstas en sentido noético, necesitaron para su desarrollo la «conditio sine qua non» de la megápolis, pues sólo ella podía propiciar el intercambio rápido de la comunicación. Mas, la experiencia reiterada de los hechos, nos ha dejado patente, que cuando el acerbo informativo no ha ido acompañado de la formación sentimental de los valores, el resultado ha sido la aparición de profundas regresiones, con las consecuentes decadencias o desapariciones de civilizaciones admirables. Si el concepto de razón que utiliza Kretschmer engloba la dimensión total por la que abogo, no tengo reparo en rubricar sus palabras tan adecuadas a nuestro angustiogeno momento histórico:

«El hombre es un animal trágico. Hoy día, aunque se parte de modo tan primitivo y ensalce tanto lo instintivo no tiene bastante para gobernarse con seguridad, ni razón bastante para tomar el relevo de los instintos /.../ La razón no tiene más inconveniente que el de que la mayoría de los hombres no la tienen en bastante medida».

La psiquiatría ha dejado ya bien sentado que la única ganzúa capaz de abrir la intimidad de la persona, hasta

el punto de poder producir la conversión terapéutica, no era la clarificación o imposición noética sino la empatía afectiva, el manejo adecuado de la transferencia.

Con estas afirmaciones no pretendo en absoluto minusvalorar la información, sería absurdo; sino detectar que una polarización exclusivista sobre la misma conlleva un empobrecimiento de las relaciones humanas cuyas consecuencias son patentes en la praxis médica actual. Asistimos a un profundo y acelerado deterioro de la deontología médica. Una de las manifestaciones más palpables de esta realidad la constituye, sin duda, la degradación creciente del humanismo médico a nivel del núcleo esencial de su praxis: las relaciones entre médico-paciente, paciente-médico; el encuentro interpersonal. Al humanismo médico se le puede aplicar la misma crítica que M. Heidegger hacía en referencia al conocimiento moderno del hombre. **Ninguna época ha hablado tanto de humanismo médico como la nuestra, ninguna ha dispuesto de tantos medios de difusión para propagar sus ideas y convicciones como la nuestra y, sin afán pesimista, quizá ninguna esté asistiendo a un mayor deterioro del mismo como la nuestra.** No es, pues, la información la que claudica (aunque últimamente en la mayoría de nuestras Facultades la Deontología como asignatura haya dejado de existir). De aquí mi interés en invitar a la reflexión sobre los nuevos condicionamientos que puedan iluminar las causas de este deterioro de la ética médica. Pienso si no se apoyaba en esta misma línea de pensamiento la actitud —en referencia a la enseñanza de la deontología— de venerables colegas que nos precedieron. Para ellos la ética médica no podía suscribirse a una asignatura más de la carrera. El estudiante de medicina debía vivir en un clima deontológico producido, ante todo, por la conducta comprometida de sus maestros. Este clima de auténtico humanismo, siguen juzgando algunos colegas, es el único pedagogo eficaz de la deontología. Personalmente pienso que las dos fuentes son necesarias aunque también dé primacía a la segunda.

DESAFÍOS SOCIO-CULTURALES A LA ÉTICA DEL ACTO MÉDICO

Deseo resaltar algunos de los rasgos que caracterizan al hombre actual y que repercuten de forma directa en la configuración del médico y en su praxis deontológica.

Hiper-corporalidad interiorizada

Los escolásticos al hablar de los actos del hombre distinguían entre «actus hominis» y «actus humanus». Bajo la expresión «actus hominis» incluían toda actividad humana que no fuera precedida por un compromiso explícito del «yo», consecuente a su capacidad de conciencia reflexiva; mientras que la expresión «actus humanus» la reservaban para aludir a la conducta, cuando ésta es secuela de una conciencia explícita, previa, que arrastra y compromete a todo el ser. Si salvamos la unidad dinámica de la persona, no dejándonos llevar de abstracciones deformantes, yo hablaría de un «yo superficial o estésico» y de un «yo profundo, endotímico y sentimental». Partiendo de esta consideración cabría hacer un análisis del

devenir histórico diferenciando las épocas según el movimiento pendular de las mismas: ya sea hacia una hegemonía de las reacciones primarias-superficiales o, por el contrario, de la internas-profundas. Creo que un fenómeno básico que condiciona los rasgos del hombre actual es el de su corporeidad hiper-irritada por los estímulos del nuevo entorno. Con otras palabras, una hiper-relevancia de la corporeidad que condiciona la corporalidad (cuerpo animado) y también los substratos más profundos de la personalidad.

Si también tenemos presente el fenómeno «información» consecuente a los «mass media» de que dispone el hombre de nuestro momento, podemos hablar de dos vectores fundamentales cuyos sentidos están contrapuestos. Por una parte el vector de los estímulos, que irrita el «sistema nervioso de relación», polarizando los mecanismos de conducta hacia la primacía de la corporalidad; por otro lado, el vector de la información, que asalta desde todos los rincones obligando a la interiorización. De aquí el que acuñe la expresión aparentemente paradójica: «corporalidad e interiorización» para aludir a la contextura, a mi juicio, nuclear del hombre nuevo.

Refiriéndose concretamente al profesional de la medicina y a su praxis deontológica, resaltaría que el médico no sólo no está inmune de esta realidad sino que, por el contrario, está particularmente proclive a padecerla. **El ejercicio de la medicina, por el especial contacto y compromiso que obliga a mantener con el entorno social, está más expuesto que otros a padecer cualquier clase de contaminación.** ¿Asistimos a una configuración nueva del homo-medicus? En la actualidad el médico es, sin duda, el profesional más asaeteado por la información hasta el punto de sentirse asfixiado e impotente. A ello debemos añadir el acoso de unas exigencias laborales cada vez más cargadas de tensiones. El resultado posible es que el binomio corporalidad irritada-interiorización pueda contar entre la clase médica, valga la paradoja, a sus pacientes más graves.

Incapacidad creciente para el encuentro

Reuniré en este apartado varios condicionamientos que, a mi juicio, iluminan la tesis fundamental de este trabajo.

● **La soledad:** es el fenómeno más paradójico de la masificación urbana. La experiencia clínica me ha llevado a constatar que el vocablo «soledad» es últimamente el más utilizado por los pacientes para justificar (racionalizar) cuadros depresivos, de ansiedad, etc. En el marco de los pequeños grupos rurales el «super-yo» puede ser rígido en muchos aspectos, pero las posibilidades de comunicación interpersonal son más pródigas y naturales. La casi desaparición del médico de familia o «de cabecera» en la gran ciudad, es un signo elocuente e indicativo de la dificultad que las nuevas estructuras sociales presentan para el encuentro íntimo, continuado y sosegado con el paciente. La socialización de la medicina ofrece el espectáculo de un ejercicio médico cuya más grave realidad es precisamente ser cada día menos social. Médicos anónimos, ante enfermos anónimos, masificados, en avalancha. La sensación que experimentan médico y paciente es la de verse convertidos en piezas mecánicas de un inmenso robot mudo. To-

dos somos conscientes de la resistencia que manifiestan muchísimos pacientes a ser ingresados en nuestros centros hospitalarios. El motivo fundamental que arguyen, es referido, de una u otra forma, al miedo a la soledad. Innesario añadir más rasgos para confirmar un fenómeno sobradamente conocido y vivido por todos. Lo único que interesa aquí resaltar es que la vivencia, cada vez más acentuada de la soledad, se convierte en denuncia del núcleo esencial del ejercicio médico: el encuentro.

● **La tecnificación:** hasta qué punto —me cuestiono— la actual tecnificación de la medicina es positiva o negativa para el humanismo médico. El problema, como es lógico, no radica en la técnica en sí misma considerada, sino en la nueva idiosincrasia a que este factor induce. A vía de síntesis diría:

Inseguridad del médico

● La tecnificación de la medicina ha acompañado al médico contemporáneo, particularmente al joven, hasta el punto de no saber trabajar o, lo que es lo mismo, de sentirse marcadamente inseguro en su praxis, si ésta no está corroborada por el lenguaje de la cibernética.

Empobrecimiento del diálogo

● La tecnología cada vez más sofisticada de la medicina ha empobrecido el interés por la anamnesis y catamnesis, en definitiva, por el diálogo entre médico y paciente. Todos tenemos conciencia de que un porcentaje muy elevado de los enfermos que acuden a nuestros consultorios, presenta una sintomatología marcadamente psicógena y sociógena que ningún aparato puede medir ni curar; para la que solamente existe la terapia que nace del adecuado manejo de la transferencia y contra-transferencia, en otras palabras, del diálogo afectivo.

Necesidad de elaborar valores y maneras de vivir

● «¿Nos preparamos —como dice el Prof. Campailla— a la sociedad post-industrial en la que el futurólogo R. Jungk cree que se elaborarán valores y maneras de vivir alternativas fundadas en la democracia, en el desarrollo de formas de organización sencillas y autónomas (las llamadas tecnologías suaves)?» ¡Ojalá! Nosotros, aquí, no estamos haciendo futurología, sino constatando simplemente realidades, intentando concienciarlas, para corregir lo que deba ser modificado, en pro de un futuro mejor.

PERSONA-MISTERIO VERSUS HEDONISMO, COMPETITIVIDAD Y MATERIALISMO

Comento con frecuencia que la gran urbe es la probeta en la que mejor se mezclan y hierven la actitud hedonista y la competitividad agresiva. El hedonismo es la antípoda del placer maduro, que sólo nace en la tierra fértil del compromiso o entrega del hombre con el hombre y con su entorno. Lo mismo le sucede al afán mórbido de una superación que sólo contempla las espaldas de los demás para auparse apoyándose sobre sus hombros. Comenta Alonso Fernández: «En tanto la mentalidad humana perma-

neza impregnada de valencias de hedonismo y tecnificación va a ser muy difícil que el ciudadano acceda a prestar su colaboración para luchar contra las demás formas de contaminación ambiental». Yo cambio ahora en este párrafo «tecnificación» por «superación»; superación competitiva sin más finalidad, que hacer resaltar, como sea, al «yo» propio. No vamos a ampliar más este apartado, sin duda, sugerente. Solamente puntualizar que todos somos conscientes de que ambos fenómenos se han infiltrado también en el profesional de la medicina y de forma cada vez más amenazante para el ejercicio correcto de la misma. Tanto el afán de hedonismo como el de superación mórbida, desembocan en actitudes de ansiedad, en fuentes de desequilibrios y, en definitiva, en lo que aquí nos interesa resaltar: en entorpecimientos para el compromiso ético del acto médico. No deja de ser significativo el que, tanto en medios generales de comunicación, como en los estrictamente especializados, aparezcan, cada vez con más insistencia, aportaciones que aluden a la necesidad de «desmitificar la figura del médico, la identificación de su praxis con la del sacerdote», etc. No soy amigo de tergiversaciones, pero tengo suficientes datos históricos como para probar que el vocablo «sacerdocio» referido al médico, ha brotado del sentimiento popular, que ha visto en nuestra profesión una realidad especial, singularmente sacra por su compromiso total con la persona desde que nace hasta que muere. Conste que al hacer esta afirmación tengo muy presente los momentos históricos de confusión entre medicina-sacerdocio; medicina-magia, etc. El ser humano, el único animal capacitado para concien-

ciar lo inabarcable, sólo puede sedarse con la infinitud del misterio. **Cuando los condicionamientos culturales propenden a impedir esta vivencia fundamental y relegan al hombre a la tiranía miope de los instintos, hablar de deontología puede sonar a elucubraciones utópicas.** Mas, cuando el hombre es consciente del hombre —máxime del hombre-paciente— no tiene otra alternativa que la de estremecerse ante la realidad sacra del misterio, para la que sólo hay una postura lógica: la del amor; él resume, en definitiva, la correcta andadura histórica de nuestra praxis; él señala el sendero a seguir; él inspira y da sentido al tema que aquí nos ocupa: el acto médico.

«La caridad es paciente, es servicial; la caridad no es envidiosa, no es jactanciosa, no se engríe; es decorosa; no busca su interés; no se irrita; no toma en cuenta el mal; no se alegra de la injusticia; se alegra con la verdad. Todo lo excusa. Todo lo cree. Todo lo espera. Todo lo soporta. La caridad no acaba nunca» (1 Cor 13, 4-8).

Unámonos a la inquietud que siempre ha latido en el ser y existir de la Medicina: ante los avatares imprevisibles de la «desmoralización», siempre amenazante y presente por la desfallecencia humana, propongámonos ser útiles al mejor servicio que podamos prestar a nuestra profesión; la de «remoralizar», clarificando para todos, la luz que hasta ahora siempre ha intentado acompañarnos y dirigirnos: la **Deontología**.

Cataluña

Cursillo sobre ética y salud

Días 21 y 22 marzo 1985

Organiza: Secretariado Interdiocesano Pastoral Sanitaria de Cataluña
Desarrolla: Instituto Borja de Bioética, Sant Cugat (Barcelona)
Contenidos: Concepto de salud. La ética ante la problemática de salud
Dinámica: Exposiciones. Mesas redondas. Trabajo de grupos

Información e inscripciones: **Escuela Universitaria Enfermería**
Hospital San Juan de Dios
08034 Barcelona (Tel. 203 40 00)

8 marzo

FESTIVIDAD DE SAN JUAN DE DIOS



Nace en Montemor-o-Novo
Portugal 1495

Muere en Granada
(España) 1550

Es **patrono** de los hospitales,
enfermos y personal de enfermería

Juan de Dios fue un hombre que se entregó sin reservas al prójimo. Un santo que amó a los hombres y se dedicó incondicionalmente a ellos. Un santo «revolucionario», por la entrega y el servicio. Un santo «contestatario», pero con hechos que hicieron felices a muchos de su tiempo. Un santo de espíritu recio y coherente, cuya palabra estaba preñada de gestos a favor de la vida.

Quienes por vocación y profesión se dedican a los hombres tienen aquí un modelo para imitar:

- porque hoy amamos poco y manipulamos mucho;
- porque hoy no servimos al hombre, sino que nos servimos del hombre;
- porque hoy hacemos falsas caridades y nos tragamos la justicia;
- porque hoy damos mucha ciencia y el enfermo nos pide más amor.

Los santos son un revulsivo a nuestras mediocridades, a nuestras miopías y autosuficiencias. Son también una llamada a la entrega, a la generosidad, a la imitación de los noble, lo fuerte, lo generoso, lo servicial.

SON UNA LLAMADA AL AMOR

Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria

El episcopado español instituye el día del enfermo

La Comisión Permanente de la Conferencia Episcopal Española aprobó, en su reunión de mayo de 1984, el proyecto de celebración del *Día del Enfermo* presentado por la Comisión Episcopal de Pastoral. Un importante estudio había precedido esta aprobación. Por encargo de la Comisión Episcopal de Pastoral el Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria realizó una amplia consulta a las Delegaciones Diocesanas y a otros organismos de Iglesia, sobre la conveniencia o no de la celebración del Día del Enfermo, su finalidad, contenidos, etc.

A partir de las contestaciones, el Equipo Nacional de Pastoral Sanitaria elaboró un anteproyecto de celebración del Día del Enfermo que fue aprobado por la Comisión Episcopal de Pastoral.

Así nace la celebración del Día del Enfermo en España. Nos corresponde ahora a las Delegaciones de Pastoral Sanitaria y a todos los agentes de esta pastoral el hacerlo realidad.

Para facilitar la preparación y celebración del Día del Enfermo, el Secretariado Nacional ha elaborado estas «orientaciones» teniendo presentes las aportaciones de la Comisión Episcopal de Pastoral, las del Equipo Nacional de Pastoral Sanitaria y las ya mencionadas contestaciones de las Delegaciones Diocesanas de Pastoral Sanitaria.

¿Por qué el Día del Enfermo en España?

- Porque es un medio para dar a conocer a la Iglesia y a la sociedad el mundo del enfermo con su problemática y su riqueza.
- Porque es una ocasión para iluminar y orientar a los cristianos acerca de la salud, la enfermedad, el sufrimiento y la muerte.
- Porque mediante él se puede ayudar a la Iglesia y a los cristianos a tomar conciencia de la importancia evangélica del mundo de los enfermos.
- Porque puede servir para suscitar y alentar la presencia activa de los cristianos en este campo.
- Porque puede ser cauce para dar a conocer y celebrar lo que la Iglesia está haciendo en este campo de los enfermos.
- Porque puede servir para aunar a los diversos agentes de Pastoral Sanitaria en torno a una acción concreta, asumida por todos.
- Porque es un gesto de reconocimiento por parte de la Iglesia de la importancia evangélica del mundo de los enfermos.

¿Cuándo se va a celebrar?

- La fecha aprobada para su celebración es el 4.º domingo de Cuaresma.

Lema del Día del Enfermo en el año 1985

- ESTUVE ENFERMO Y ME VISITASTE.

¿Qué pretende la celebración del año 1985?

- Sensibilizar a la comunidad cristiana y todos sus miembros, sobre la necesidad de abrirse a la realidad de la enfermedad y de estar cercanos a los enfermos que la padecen.
- Iluminar, desde el Evangelio, esta realidad de la vida.
- Orar con los enfermos.
- Invitar a todos los cristianos a estar abiertos a la enfermedad, como algo posible en sus vidas, y suscitar un mayor conocimiento y cercanía entre la comunidad cristiana y los enfermos.

¿A quiénes se dirige?

- A la comunidad cristiana y sus diferentes miembros.
- A los sanos y a los enfermos.
- A la sociedad en general.

¿Quién organiza?

- Promueve la celebración la Comisión Episcopal de Pastoral.
- Coordina la preparación y celebración del Día:
 - a) En España: el Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria.
 - b) En las diócesis: las Delegaciones Diocesanas de Pastoral Sanitaria. Si no existe todavía, el organismo que la diócesis estime apropiado.

¿Cómo se puede preparar?

A nivel nacional

- Elaboración del proyecto del Día del Enfermo, con la participación de los diversos agentes de Pastoral Sanitaria y de sus organismos.
- Presentación del proyecto a la Comisión Episcopal de Pastoral para su aprobación.
- Elaboración de los materiales para la celebración:
 - a) Mensaje de los Obispos de la Comisión Episcopal de Pastoral.
 - b) Cartel grande.
 - c) Cartel pequeño —de tamaño de tarjeta postal— con un texto al dorso.
 - d) Guión de la celebración litúrgica.
 - e) Dossier de textos sobre el tema del día para entregar a la prensa y la radio.
- Envío a los señores Obispos y a los Delegados Diocesanos de Pastoral Sanitaria las orientaciones sobre la preparación y celebración del Día del Enfermo.
- Envío, con tiempo suficiente, a las diócesis los materiales que pueden solicitar.

- Gestión de la presencia del tema del Día del Enfermo en los medios de comunicación social (radio y TV) (prensa) de difusión nacional.

A nivel diocesano

- Entrevista con el señor Obispo para concretar los aspectos fundamentales de la preparación y celebración del Día del Enfermo en la diócesis.
- Reunión con representantes de los diferentes agentes de Pastoral Sanitaria y sus organismos (asociaciones y movimientos de enfermos y para enfermos, religiosas sanitarias, religiosos sanitarios, grupos de profesionales seculares sanitarios, capellanes, grupos parroquiales, otros) para estudiar y programar la celebración del Día del Enfermo en la diócesis.
- Petición de los materiales al Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria.
- Elaboración de materiales para la propia diócesis:
 - a) Mensaje del Obispo.
 - b) Artículos, entrevistas, testimonios para la prensa y la radio locales.
 - c) Otros.
- Gestión de la presencia del tema del Día del Enfermo en los medios de comunicación social de la diócesis.
- Sensibilización previa de los párrocos —y de las comunidades cristianas— para que colaboren activamente en la celebración.
- Una forma concreta de llevar a cabo estas y otras acciones es la creación de una «comisión organizadora».

¿Cómo se puede celebrar?

A nivel nacional

- Celebración de la Misa Televisada con la participación de los enfermos y agentes de Pastoral Sanitaria.
- Celebración de la Misa de Radio Nacional desde un hospital o centro de enfermos.
- Lograr que los medios de comunicación social de la Iglesia, con difusión en toda España, se hagan eco del Día.
- Lograr que los medios de comunicación social, en general, se hagan eco de la celebración del Día.

A nivel diocesano

- Celebración de unos días (semana, jornadas...) de sensibilización a todos los niveles, cuya culminación sea el Día del Enfermo.
- Celebración de la Misa del Día, presidida por el Obispo de la diócesis, en el lugar que se considere más adecuado.
- Peregrinación de enfermos y demás agentes de Pastoral Sanitaria a un santuario.
- Presencia del tema del Día en los medios de comunicación social locales.

A nivel local

Parroquia

- Contacto con los enfermos en sus casas, por medio de la visita habitual de los grupos/equipos de Pastoral de Enfermos y del párroco.
- Envío de un mensaje de la comunidad cristiana parroquial a todos los enfermos y sus familias.
- Celebración de todas las Misas del Día, con la presencia del tema en las moniciones, homilía y preces y con la participación activa de los mismos enfermos, cuando sea posible.
- Celebración de la Misa en las casas de los enfermos que lo deseen.
- Celebración comunitaria de la Unción de Enfermos.
- Llevar la comunión a los enfermos a sus casas, con una preparación previa de los mismos y de sus familias.
- Llevar a todos los enfermos de la parroquia un recuerdo/detalle simbólico que exprese la solicitud de la comunidad parroquial por ellos.
- Organizar un encuentro fraternal, alegre y festivo que permita el mutuo conocimiento de los agentes de Pastoral Sanitaria, en especial de los enfermos, fomente el aprecio y la colaboración, sea ocasión para salir de la rutina diaria y dé nuevos ánimos y esperanzas a cuantos participen.

Hospital

- Gran parte de las actividades señaladas ya en el anterior apartado pueden llevarse a cabo igualmente en el hospital.

Riesgos a evitar

- Que la celebración del Día del Enfermo sea «algo pasajero», aislado, de cumplimiento y una especie de tranquilizante.
- Caer en el «dolorismo».
- «Pasivizar», «manipular y utilizar» a los enfermos.
- La superficialidad o el simplismo en el tratamiento de los temas del Día.
- Politizar la celebración convirtiéndola en un día reivindicativo.
- El triunfalismo y alarde pastoral.
- Que el Día sea algo del sacerdote o de un pequeño grupo y no de toda la comunidad eclesial.

Aspectos a tener muy presentes en la preparación y celebración del Día

- Implicar a la comunidad eclesial en general y a todos los agentes de Pastoral Sanitaria y sus organismos en la preparación y celebración del Día.
- Contar con los enfermos como protagonistas principales del Día.
- Preparar con tiempo la celebración.
- Implicar y buscar la colaboración de otros Secretariados/Delegaciones, tales como Liturgia, Misiones, Medios de Comunicación Social, Catequesis, etc.
- Ser realistas al preparar la celebración y contar con las posibilidades que existen.
- Procurar que el Día sea un acontecimiento alegre, festivo, testimonial y evangelizador.

Curso para Coordinadores de Pastoral de las provincias

Fechas: Días 18 al 30 de noviembre de 1984.

Lugar: Roma. Colegio Internacional. Via della Nocetta, 263.

OBJETIVOS DEL CURSO

Intentan dar respuesta a las necesidades e inquietudes de los Coordinadores de Pastoral de cada provincia de la Orden.

Son los siguientes:

1. Suscitar en los Coordinadores la responsabilidad de animación.
2. Introducirlos en una metodología que les ayude a determinar objetivos y establecer planes de acción en el medio en que se encuentran.
3. Vivir cercanamente la experiencia de lo que significa la organización y animación pastoral.

ASISTENTES AL CURSO

1. Miembros del Secretariado Internacional de Pastoral.
2. El presidente-coordinador de pastoral de cada provincia.
3. Si alguna provincia desea enviar algún otro miembro ha de solicitarlo con tiempo.

PROGRAMA DEL CURSO

Día 18 noviembre (Llegada de todos los participantes)

Día 19 noviembre

1. Celebración solemne de la Eucaristía.
2. Discurso de apertura por el Padre General, Pierluigi Marchesi.
3. *Conferencia:* «Líneas fundamentales sobre la evangelización según la Evangelii Nuntiandi». P. Francisco Álvarez. Roma.
4. *Conferencia:* «Elementos clave de Pastoral Sanitaria que aparecen en la *Salvifici Doloris*». P. Francisco Álvarez. Roma.

Día 20 noviembre

1. MESA REDONDA: Dimensión apostólica pastoral de la Orden que se desprende del Capítulo III de las Constituciones. Intervienen: Los Cinco Consejeros Generales. Coordina: José L. Redrado.
2. EXPOSICIÓN DEL TEMA: «¿Qué se está haciendo en la Orden como animación pastoral?» (Elabora y presenta el Secretariado Internacional de Pastoral).

Días 21 al 30 noviembre

COLABORACIÓN de I.C.T. (In Company Training — Formación al interno de la organización) en el Curso para Coordinadores de la Orden de San Juan de Dios.

COORDINADOR: De los cinco miembros del equipo se hizo presente Carlos Carreras, psicólogo especializado en temas de organización, pionero de la Formación en Recursos Humanos en Hospitales. Barcelona.

FILOSOFÍA DEL EQUIPO: Consultores, profesores, expertos. Es decir: conocer las realidades, ayudar, estar al lado, estar comprometidos.

Esquema de trabajo durante estos días

ROL DEL ANIMADOR PASTORAL

Objetivos

- a) Que los participantes adquieran una visión más profunda del rol de animador pastoral.
- b) Que los participantes se sensibilicen ante los principales problemas con los que puede encontrarse un animador de grupos.
- c) Que los participantes mejoren sus capacidades personales como animadores pastorales al nivel que les corresponde a cada uno de ellos.

Programa

1. La función de Planificación en el animador pastoral
 - 1.1 Pronosticar
 - 1.2 Preparar un plan de acción
 - 1.3 Administrar políticas
2. La función de Organización en el animador pastoral
 - 2.1 Organizar el trabajo
 - 2.2 Delegar
3. La función de Dirección en el animador pastoral
 - 3.1 Decidir
 - 3.2 Comunicar
 - 3.3 Motivar
 - 3.4 Seleccionar y desarrollar personas
 - 3.5 Dirigir equipos y establecer relaciones.
4. La función de Control en el animador pastoral
 - 4.1 Establecer normas de actuación
 - 4.2 Medir la actuación
 - 4.3 Evaluar la actuación
 - 4.4 Corregir la actuación

DIAGNÓSTICO DE LA ORGANIZACIÓN ACTUAL

OBJETIVO

Que los participantes efectúen un estudio analítico de la organización a la que pertenecen en contraste con la realidad que la rodea y los objetivos que tiene planteada.

PROGRAMA

1. Situación actual
 - 1.1 Factores externos a la organización
 - 1.2 Expectativas de la Organización
 - 1.3 Elementos clave
2. Resultados
 - 2.1 Contraste con las expectativas
 - 2.2 Satisfacción personal
3. Características
 - 3.1 Normas
 - 3.2 Cultura
 - 3.3 Clima
 - 3.4 Capacidades
4. Elementos a tener en cuenta
 - 4.1 Tarea
 - 4.2 Poder
 - 4.3 Información
 - 4.4 Gente
 - 4.5 Estructura
 - 4.6 Recompensas
5. Estrategia a seguir
 - 5.1 Misión
 - 5.2 Personalidad
 - 5.3 Principios
 - 5.4 Propósito, objetivo

DISEÑO DE LA ORGANIZACIÓN FUTURA

Objetivo

Que los participantes definan cómo debe ser la Organización Pastoral de la Orden en el nivel que corresponda a cada cual (Secretariado Internacional, Provincial, etc.) para poder responder de la forma más adecuada a la problemática actual de su entorno.

Programa

1. Situación futura
 - 1.1 Factores externos a la Organización
 - 1.2 Expectativas de la Organización
 - 1.3 Elementos clave
2. Estrategia deseada
 - 2.1 Misión
 - 2.2 Personalidad
 - 2.3 Principios
 - 2.4 Propósito. Objetivo
3. Elementos a tener en cuenta
 - 3.1 Tarea

- 3.2 Poder
- 3.3 Información
- 3.4 Gente
- 3.5 Estructura
- 3.6 Recompensas

4. Contraste con las características de la Organización

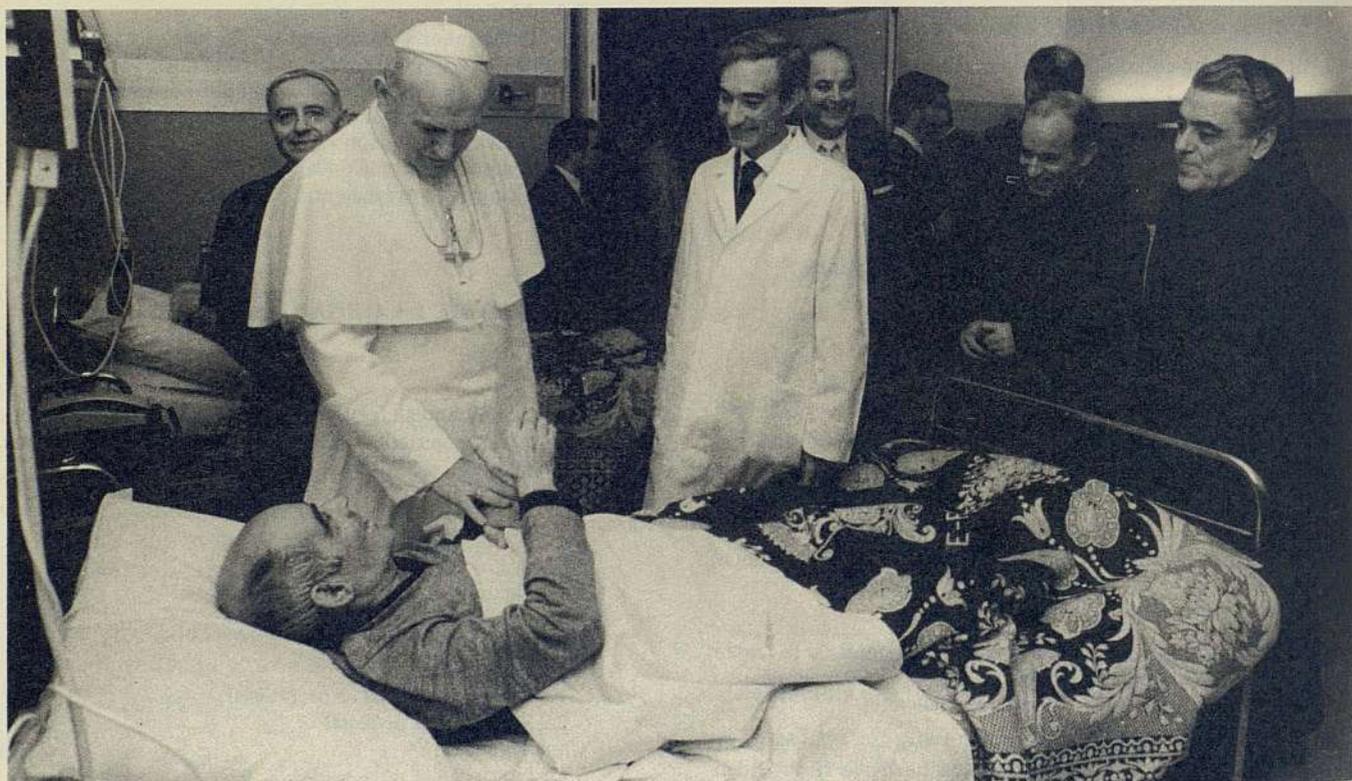
Objetivo

Que los participantes sean capaces de trazar un plan de transición para transformar la organización actual en la deseada para el futuro, tal como haya sido definida por los participantes.

Programa

1. Elaboración de un Plan de Acción
2. Elaboración de un Plan de Motivación
3. Elaboración de un Plan de Dirección
4. Elaboración de un Plan de Evaluación
5. Puesta en común de algunos de los modelos trabajados con objeto de poder corregir errores y perfeccionar las técnicas aprendidas por los participantes.

Juan Pablo II de nuevo con los Hermanos de San Juan de Dios



El día 23 de diciembre pasado el Papa visitó el hospital de «San Pietro» (Roma), propiedad de los Hermanos de San Juan de Dios. Fue recibido por el Padre General y numerosos hermanos, trabajadores y personal. Es la tercera visita que realiza Su Santidad a las comunidades de «Fatebenefratelli»; anteriormente lo hizo al hospital de la Isola Tiberina y a la Farmacia Vaticana.

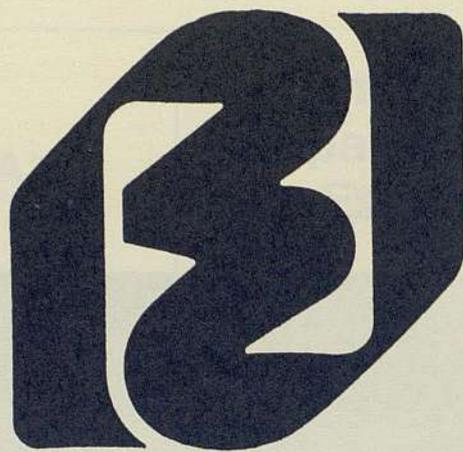
En este encuentro el Papa ha visitado a todos los enfermos del hospital (cerca de 400) confortándolos en su enfermedad; y también pronunció tres discursos:

- A los religiosos presentes de las varias comunidades les ha dicho: «sed apóstoles en el hospital en la relación con los médi-

cos, los enfermeros y en la atención amorosa hacia los enfermos».

- Al Consejo de Pastoral del hospital: «vuestro trabajo pastoral camina a la par que el trabajo de la curación. Caminad con el hombre que sufre».
- A los enfermos: «El Hijo de Dios no ha venido a quitar el sufrimiento, sino a sufrir con nosotros... El hombre que sufre no es inútil e inoperante...»

Anteriormente a esta visita, concretamente el día 19 de diciembre, el Santo Padre había recibido en audiencia privada al Padre General, al Provincial y Superior del hospital y los había invitado a comer juntos, como habitualmente lo hace con los responsables de las instituciones a las que hace la visita pastoral.



BANCA JOVER

Banqueros desde 1737

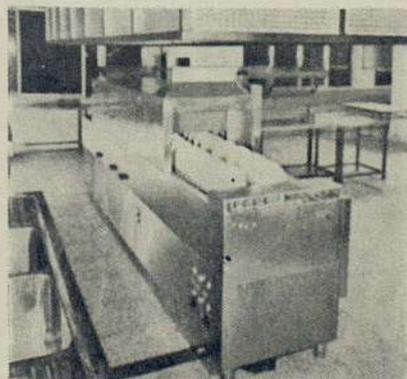
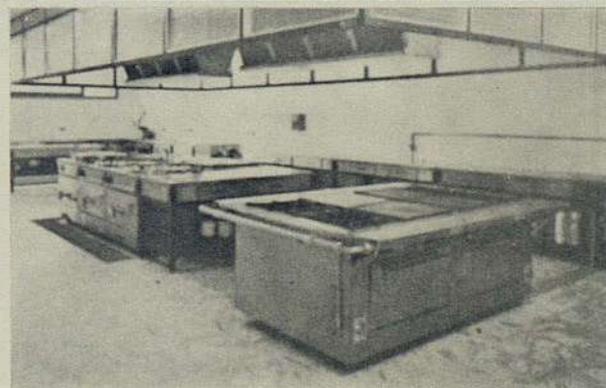
Fieles a nuestra tradición.

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:

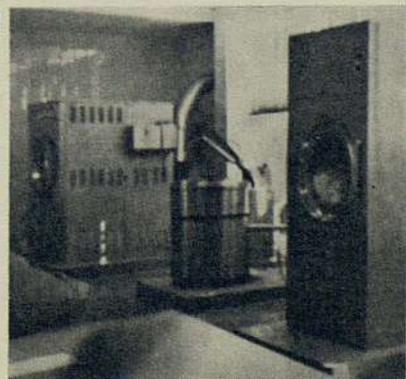
- Estudio previo, proyecto y realización de la totalidad de la instalación
- Experiencia avalada por más de 100.000 instalaciones en funcionamiento.
- La más amplia gama del mercado en maquinaria de HOSTELERIA, LAVADO DE VAJILLA y LAVANDERIA
- Alta calidad de nuestros productos, homologados en Francia, 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 FAGI-E
OÑATE (Guipuzcoa)





S. A. construccions

GUIPUSCOA, 62, 11^e

Tel. 303 07 34

BARCELONA - 20

COMO TU, PAPA

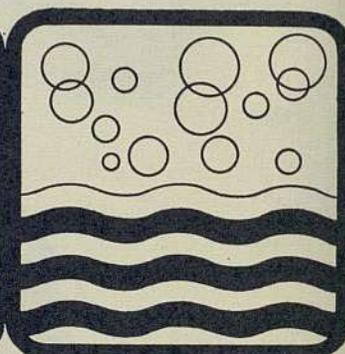
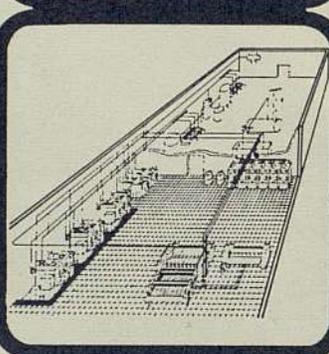
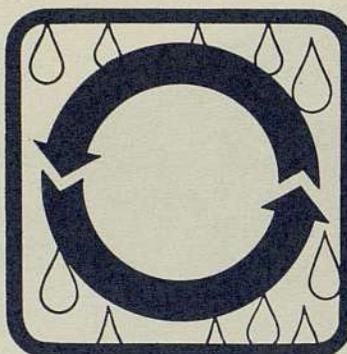
Quieres ser alto como papá, fuerte como papá, y saber tantas cosas como papá. Porque papá es el más alto, el más fuerte y el que más cosas sabe. En Nestlé nos gusta el lenguaje de los niños. Nos gustan los niños, porque ellos son los hombres altos, fuertes y sabios de mañana. Por eso en Nestlé tenemos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

Nestlé *más que una marca*



la más completa gama de maquinaria para lavandería hospitalaria

**Golder
GIRBAU**
SERVICIO TECNICO
POST-VENTA



**LAVADORAS
SECADORAS
PLANCHADORAS**

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

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

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

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

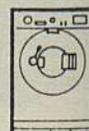
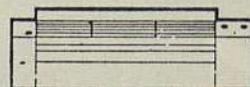
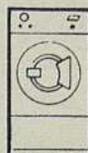
Les rogamos nos consulten, tanto si están interesados en la adquisición de alguna máquina, en la renovación de sus instalaciones actuales o en la realización de una nueva planta completa

**Golder
GIRBAU**

GIRBAU, S.A.

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

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





apiretal gotas

**antipirético infantil
sólo contiene paracetamol**

*El paracetamol figura en
la lista de medicamentos
esenciales recomendados
por la O.M.S.*

Composición

Fórmula por ml:	
Paracetamol	100 mg
Sacarina	5 mg
Excipiente, c.s.	

Indicaciones

Antipirético y analgésico para el tratamiento de los síndromes febriles infantiles de cualquier etiología.

Algias y procesos dolorosos con o sin elevación térmica.

Posología recomendada

Niños hasta 1 año:	0,5 ml
» de 1 a 2 años:	1,0 ml
» de 2 a 4 años:	1,5 ml
» de 4 a 6 años:	2,5 ml
» de 6 a 9 años:	3,0 ml

Estas dosis pueden repetirse, si es necesario, cada cuatro horas.

Se recomienda diluir las gotas con agua, leche o zumo de frutas.

Contraindicaciones

Personas alérgicas al paracetamol.
Debe administrarse con precaución a pacientes con insuficiencia hepática o renal.

Incompatibilidades

No se conocen.

Efectos secundarios

Son muy poco frecuentes y de carácter benigno. Pueden presentarse reacciones hematológicas y erupciones cutáneas.

Intoxicación y su tratamiento

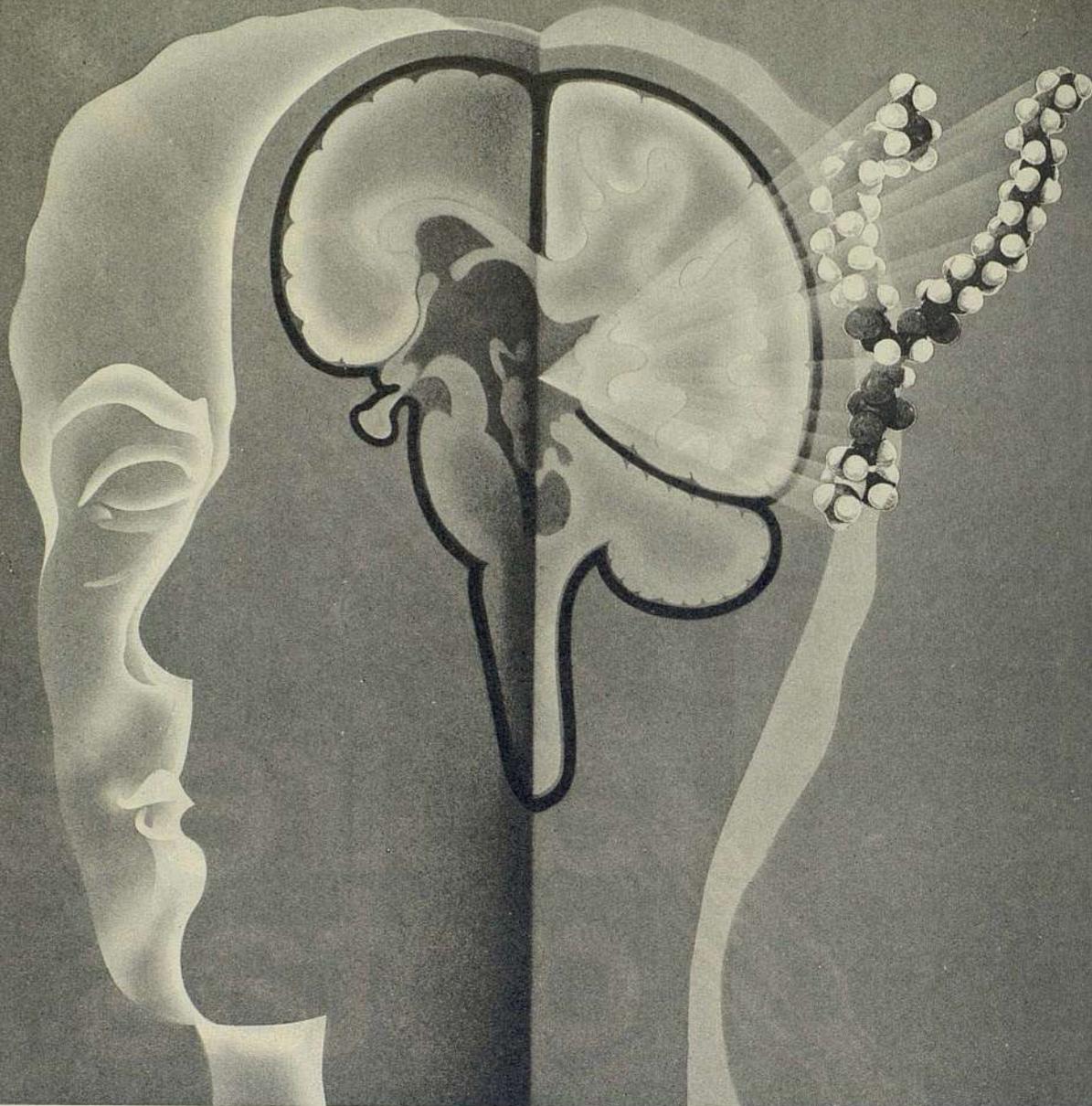
En caso de intoxicación por ingestión masiva, se deberá proceder a la práctica habitual (vaciado, lavado gástrico y administración de un purgante). Tratamientos prolongados a dosis muy elevadas pueden producir a determinadas personas daño hepático, en cuyo caso sería conveniente tratar con mercaptamina e hidrocortisona.

Presentación y precio

Frasco con 30 ml
P.V.P. 184,- Ptas.



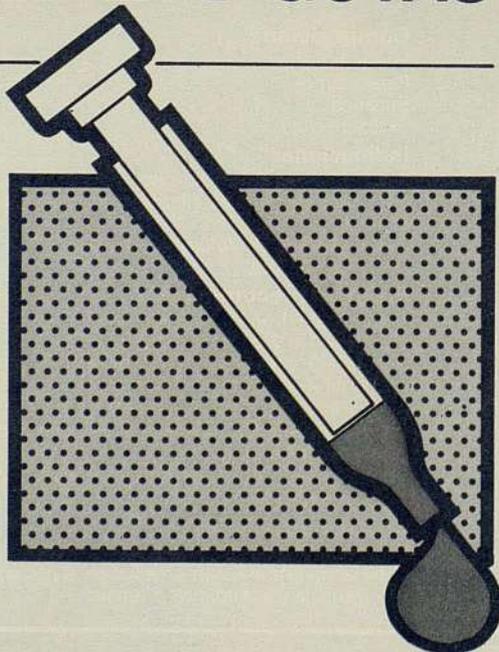
LABORATORIOS **ERN** S.A.
Calle Pedro IV, 499 BARCELONA-(20)



SOMAZINA® GOTAS

CITICOLINA

**En las alteraciones
neurólogicas de la
insuficiencia
cerebrovascular
crónica.**



Composición: Cada 100 ml. contienen: Citidifosfato de colina (citicolina) 10 g; Excipiente (sacarina sódica 0,05 g.) c.s. **Indicaciones:** Como tratamiento complementario de las manifestaciones de la insuficiencia vascular cerebral y de sus secuelas, tanto neurólogicas como aquellas referidas a disminución de los rendimientos de tipo intelectual o psíquico. **Posología:** Adultos: 1-2 ml, 2-3 veces al día. Niños: 1 ml, 2-3 veces al día. **Presentación y P.V.P.:** SOMAZINA Solución a Gotas. Envase con 30 ml. (P.V.P. i.i. 2.207,— Ptas. **Otras presentaciones:** SOMAZINA 200 mg. (Cajas con 10 y 5 inyectables) P.V.P. 1.838,— y 940,— Ptas. Envase clínico, cajas con 100 inyectables de 200 mg. SOMAZINA 500 mg. (Cajas con 10 y 5 inyectables) P.V.P. i.i. 4.519,— y 2.272,— Ptas. Envase clínico, cajas con 50 inyectables de 500 mg. SOMAZINA 1000 mg. (Caja con 3 inyectables) P.V.P. i.i. 2.726,— Ptas. Envase clínico, cajas con 30 inyectables de 1000 mg. **Contraindicaciones. Efectos secundarios. Incompatibilidades:** No se conocen. **Intoxicación y posología de tratamiento:** No se preve intoxicación ni aun a dosis muy superiores a las normales.



FERRER INTERNACIONAL

GRAN VIA CARLOS III, 94 (EDIFICIO TRADE) BARCELONA

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.

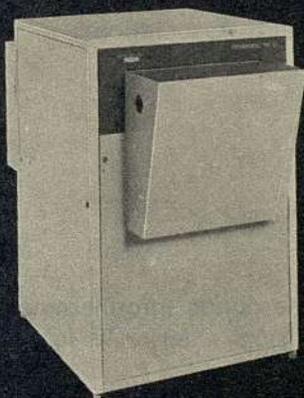
GEVAMATIC 401: Capacidad 360 películas/hora. Duración del tratamiento 90 seg. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.

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.

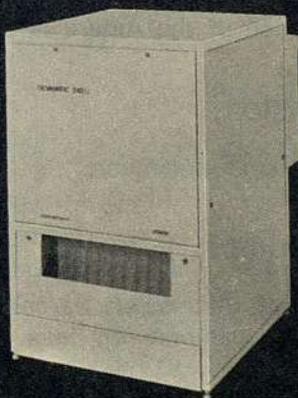
GEVAMATIC 60: Modelo de mesa. Capacidad 60 películas/hora. Dispositivo economizador.

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

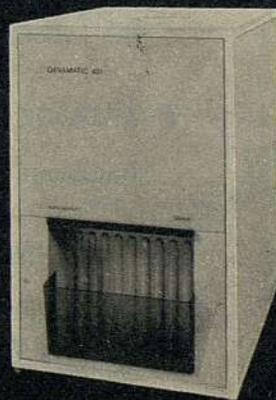
GEVAMATIC 110 U



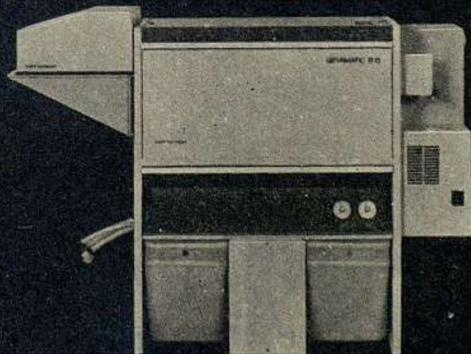
GEVAMATIC 240 U



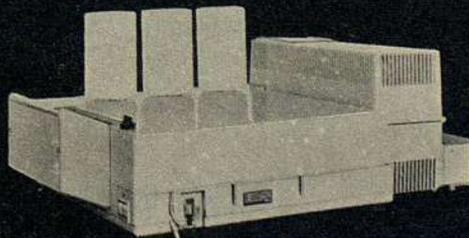
GEVAMATIC 401



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:

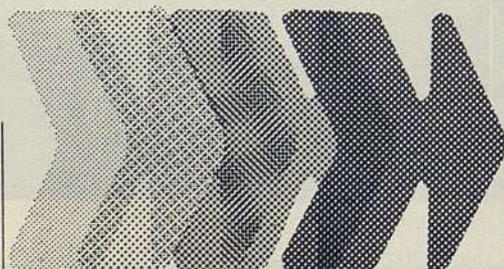
Por escrito a nuestras oficinas de Barcelona desde donde informaremos y asesoraremos gustosamente en fase de previsión anterior a la de contratación.

● 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

Revista **SELARE**

- Al servicio de los Agentes de Pastoral de la Salud.
- Publicación trimestral de los Hermanos de San Juan de Dios, destinada a compartir experiencias, inquietudes y comentarios con los agentes de Pastoral de la Salud a nivel de América Latina.

Dirección: Carrera 8.ª. N.º 17-45 SUR
Apartado 40097
BOGOTÁ, D. E. (Colombia)

LIMPIEZA INDUSTRIAL

Teléfono de orientación técnica

GRATIS

(93) 231 51 62

(4 líneas)

Si usted tiene algún problema de limpieza en su almacén, local comercial, taller, nave industrial, oficina, despacho, etc., llámenos y le informaremos gratuitamente y sin compromiso, sobre cuál es la mejor solución.

Es una cortesía de **MAUT, S. A. - JNV**

KLIMACAL, S.A.

Asociada a Bergeon-Geoffroy France

- Instalaciones de aire acondicionado para Centros Hospitalarios, Clínicas, Consultorios.
- Tratamientos especializados para quirófanos y zonas estériles.
- Ventilación - Extracción - Filtración.

Mejía Lequerica, 34, Bajos Dcha.
Tel. (93) 339 44 54

08028 BARCELONA



H. ICO, s.a.
Puerto Príncipe, 68
BARCELONA-27/Spain
Tel. (93) 349 12 12
Telex: 97788 ICOH E
Telegramas: Hispaico



FABRICA DE MATERIAL MEDICO Y DE PUERICULTURA

- Jeringas de Vidrio
- Jeringas para Dosis Unitarias
- Agujas Hipodérmicas
- Termómetros Clínicos
- Jeringas y Agujas Estériles
- Esfigmomanómetros
- Vendas Elásticas
- Biberones, Tetinas y Chupetes..
- Esterilizadores y Calentadores biberones
- Humidificador-Vaporizador
- Línea de Puericultura e Higiene
- Juegos Didácticos
- Calzado Formativo Infantil

Calidad * Confianza * Servicio

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

FILTROS ZANDER

...para aire y gases
comprimidos
TECNICAMENTE 100%
exento de aceite
e impurezas

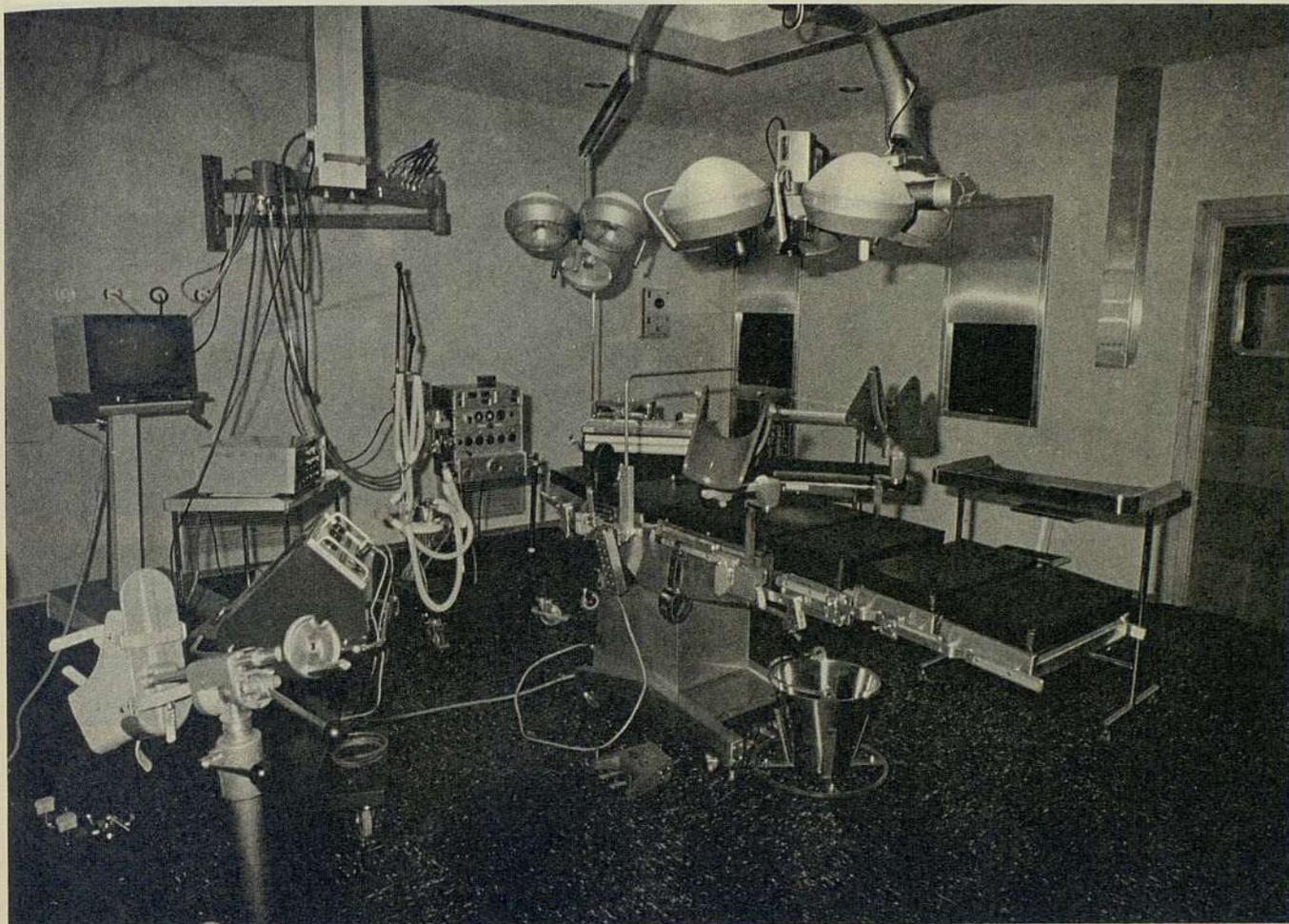
FILTROS ESTERILIZANTES
Y PARA VAPOR

peiro, s.a.

ESPECIALIDADES PARA LA INDUSTRIA
ESPRONCEDA, 287-295
APARTADO 27282 08018 BARCELONA
TELEFONOS (93) 307 47 50-54-58 TELEX 52720 PEIRO E



Nuevos quirófanos del Hospital San Juan de Dios Granada



®

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

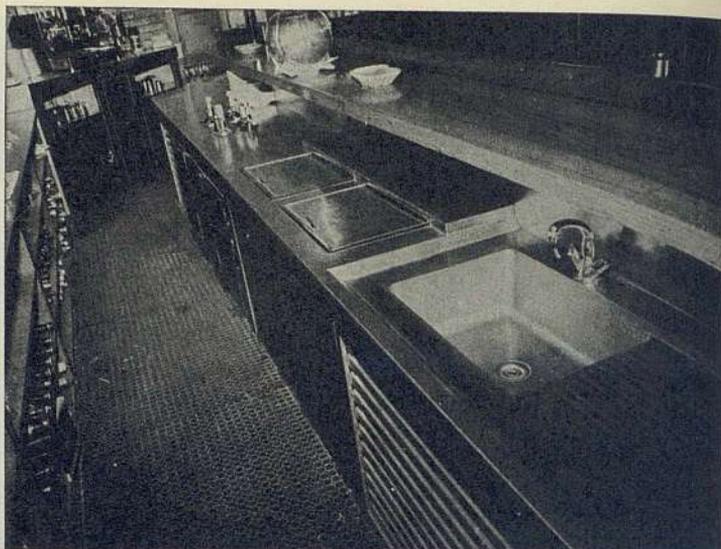
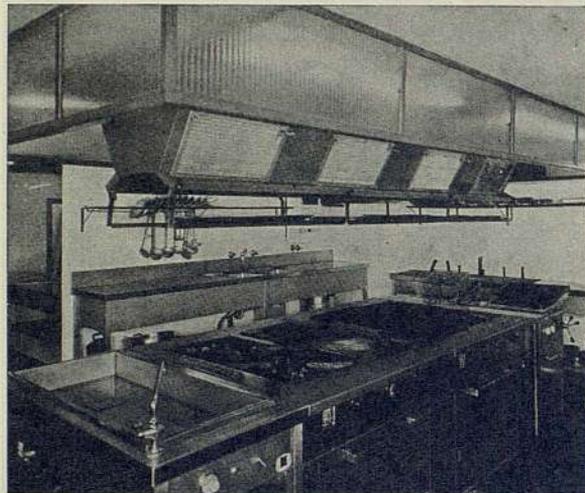
HOSTELERIA

Cafeterías • Autoservicios • Cocinas Industriales

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

Servicio cocinas

Servicio cafetería



Antonio Matachana, s.a.

VIA AUGUSTA, 11 - TELEFONOS 2276949 - 2279935 - BARCELONA-6



BANCO GARRIGA NOGUES

OFICINA PRINCIPAL: Ramblas, 140 - Barcelona

TECNO CONTROL

TECNOCONTROL

- Mantenimientos generales contratados
- Reparación y mantenimiento de sistemas y aparatos electrónicos y neumáticos
- Seguridad eléctrica en hospitales
- Sistemas integrados para hospitales: iluminación, señalización, megafonía, intercomunicación, gases medicinales

08017 BARCELONA / María Auxiliadora, 9

Tel. 203 91 50 - Télex 51292

IHBA - Service Mensafono 9010349 - SUM Mensáfono CTNE 9020772

TELÉFONOS SIN HILOS

De 200 metros a 30 kilómetros



PIHERNZ comunicaciones s.a.

Gran Vía de les Corts Catalanes, 423
Tels. 223 72 00 - 224 05 97 - 224 38 02
08015 BARCELONA
TELEX 59307 PIHZ-E

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

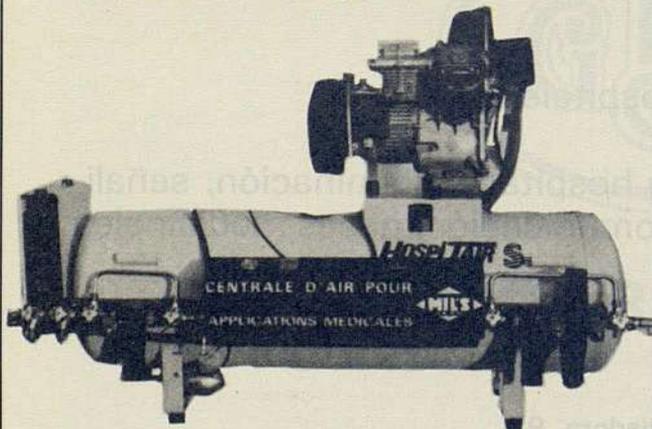
Villarroel, 144 - Teléf 254 14 07
BARCELONA 11



IBÉRICA S.A.

Presenta en España

- Centrales de aire comprimido de calidad medicinal.
- Centrales de vacío.
- También podemos suministrar cadenas completas de tratamiento de aire para acoplar a compresores ya instalados.



Información sin compromiso:
MIL'S IBÉRICA, S. A.
Canaleja, 65 - Tel. 332 18 55
08028 BARCELONA

HOY...

SOLO PULSANDO
UN BOTON

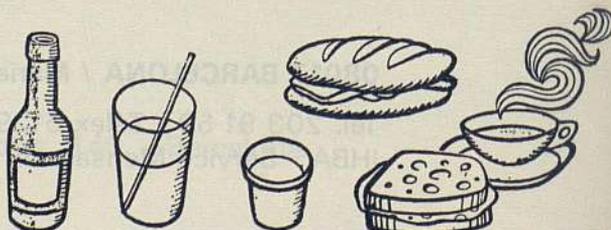


el mejor servicio de

MINIBAR AUTOMATICO

VENDING CONDAL, S. A.

BARCELONA TELF. 339 84 00 Y 04



Linitul

Primera compresa de gasa
engrasada del mundo



Unitul

Primera compresa de gasa
engrasada en sobres unidosis

CUADRO SINOPTICO

Nombre	Contenido por caja	Medidas en cm por compresa	Total cm ² por: compresa/envase		Tejido	P.V.P. i.i.	Código nacional
LINITUL pequeño	10 sobres unidosis	5'5 × 8	44	440	algodón	251	959791
LINITUL grande	20 compresas	8'5 × 10	85	1.700	tergal	241	780544
*LINITUL ANTIBIOTICO standard	20 compresas	8'5 × 10	85	1.700	tergal	291	780502
*LINITUL ANTIBIOTICO hospital	20 compresas	15 × 25	375	7.500	tergal	656	780494
LINITUL SOBRES standard	20 sobres unidosis	9 × 15	135	2.700	algodón	534	959445
**UNITUL COMPLEX standard	10 sobres unidosis	8'5 × 10	85	850	algodón	240	946004

* Polimixina + Bacitracina + Neomicina + Ac. Acexámico

** Sulfadiazina argéntica + Ac. Acexámico

Laboratorios Bama-Geve, S.A.

Servicio de Información Médica
Baileán, 95-97 - Tl. 257 15 03-08009 Barcelona
Montera, 13 - Tl. 221 62 17 - 28014 Madrid

Colabora



BANC DE SABADELL



PRODUCTOS MONTVIER, S.A.

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

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

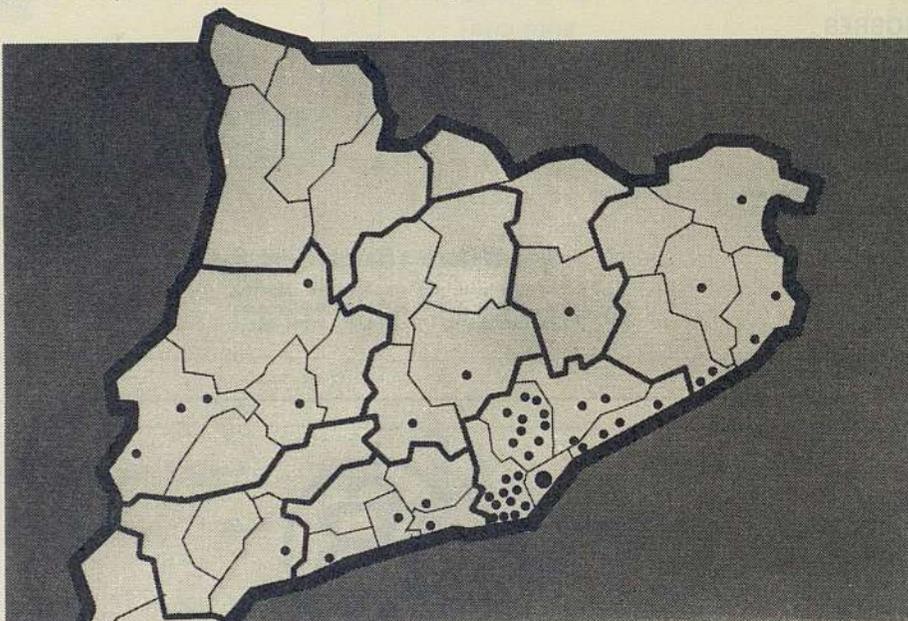
Apósitos de un sólo uso para quemados / Compresas de gasa algodón 100 %
Gasa hidrófila algodón 100 % / Material de un sólo uso para aplicaciones específicas
Vendas tubulares / Vendas / Red tubular elástica «Systemet»®
Algodón hidrófilo / Guantes quirúrgicos / Botes «Orsan» compresas gasa algodón 100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

Mas Sardá per servir el futur de Catalunya.

Mas Sardá té 72 Oficines arreu de Catalunya.
Perque el nostre esperit de servei ens fa participar amb el futur de Catalunya.

Barcelona

- **Barcelona - OP**
Avgda. Diagonal, 453 bis
- **Ausiàs March**
Ausiàs March, 26-28
- **Berlín**
Berlín, 30-36
- **Capità Arenas**
Capità Arenas, 42-46
- **Casanova/València**
Casanova, 100
- **Fabra i Puig**
Passeig de Fabra i Puig, 220
- **Gràcia**
Travessera de Gràcia, 171
- **Hostafranchs**
Creu Coberta, 9C
- **Les Corts**
Joan Güell, 185-187
- **Maragall**
Passeig Maragall, 157-159
- **Muntaner**
Muntaner, 503-505
- **Plaça del Centre**
Avgda. Madrid, 211-213
- **Plaça Molina**
Balmes, 293
- **Poble Nou**
Passeig del Triomf, 62
- **Provença/Calabria**
Provença, 90
- **Rambla de Catalunya**
Rambla de Catalunya, 98
- **Rambles**
Rambles, 74
- **Sagrada Família**
Pça. Sagrada Família, 24
- **Sant Andreu**
Gran de Sant Andreu, 87
- **Sardenya**
Avgda. Diagonal, 310-314
- **Sarrià**
Major de Sarrià, 87
- **Urgell**
Comte d'Urgell, 9
- **València/Girona**
València, 340
- **Zona Franca**
Zona Franca, Sector C,
Locales, 19-22
- **Hospitalet de Llobregat**
- **Hospitalet de Llobregat, O.P.**
Pça. Mestre Clavé, 2
- **Miraflores**
Avda. Miraflores, 69
- **Centre**
Tecla Sala, 13



- **Gavà**
Rambla Vayreda, 28
- **Girona**
Avgda. Jaume I, 29
- **Granollers**
Pça. Porxada, 10
- **Igualada**
Rbla. Sant Isidre, 4
- **La Llagosta**
Avgda. 11 de Setembre, 30-32
- **Lleida**
Rbla. Ferrán, 47
- **Lloret de Mar**
Pza. España, 8
- **Manresa**
Angel Guimerà, 38
- **Mataró**
La Riera, 50-52
- **Mollerusa**
Balmes, 7
- **Mollet del Vallès**
Balmes, 7
- **Palafrugell**
Pça. Nova, 8
- **Ponts**
Ctra. Seu d'Urgell, 13
- **El Prat de Llobregat**
Avda. Virgen de Montserrat, 146
- **Premià de Mar**
Gran Via, 147
- **Reus**
Pça. Prim, 5-6
- **Rubí**
Sant Joan, 34
- **Sabadell**
San Antonio M.ª Claret, 24-28
- **Sant Boi de Llobregat**
Mn. Jacint Verdaguer, 110
- **Sant Feliu de Guixols**
Rbla. del Portalet, 20
- **Sant Feliu de Llobregat**
Pi i Margall, 17
- **Santa Coloma de Gramenet**
San Carlos, 41
- **Santa Perpètua de Mogoda**
Rambla, 34-36
- **Sant Just Desvern**
Bonavista, 70
- **Sentmenat**
Batlle Joan Déu, 6
- **Seròs**
Ingeniero Jesús Ramirez, 4
- **Tàrraga**
Avgda. Raval del Carme, 31
- **Tarragona**
Rbla. Nova, 62
- **Terrassa**
Portal de Sant Roc, 37
- **Tortosa**
Sant Ildefons, 2
- **El Vendrell**
Pça. Mercat, 2
- **Vic**
Pça. Major, 2-4
- **Vilafranca del Penedès**
Avda. Barcelona, 35-37
- **Viladecans**
Sant Climent, 6
- **Vilanova i La Geltrú**
Rbla. Sama, 44
- **Badalona**
Francesc Layret, 102
- **Barberà del Vallès**
Avgda. Generalitat, 101
- **Bianes**
Passeig de Dintre, 22-24
- **Calella**
Bruguera, 143
- **Cardedeu**
Sant Antoni, 16
- **Castellar del Vallès**
Passeig, 25
- **Cerdanyola del Vallès**
Sant Martí, 59
- **Cornellà de Llobregat**
Rbla. Anselmo Clavé, 4
- **Esplugues de Llobregat**
Laureano Miró, 233-235
- **Figueres**
Rambla, 5



BANCA MAS SARDÀ

Fundada el 1844

Dinero sin distancias.

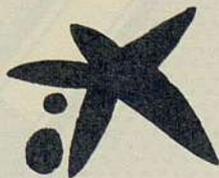
Este es el símbolo de "la Caixa".

La Caja de Ahorros más importante del país:

Más de 800 oficinas, conectadas por teleproceso, en Cataluña y Baleares, Madrid, Valencia, Zaragoza y Bilbao.

En cualquier oficina y en cualquier momento, Ud. puede disponer de su dinero al instante, a través de las libretas de ahorro, los talonarios de cuenta corriente, las tarjetas de crédito, los cajeros automáticos...

En "la Caixa" no existen distancias para el dinero.



CAJA DE PENSIONES

"la Caixa"