

LABOR HOSPITALARIA

ORGANIZACION
Y PASTORAL SANITARIAS

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 38. Segunda época. Enero-Febrero-Marzo 1986
Número 199. Volumen XVIII

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.º 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 Sopoorte Válido. Ref. SVR n.º 401.

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

Sumario

LH OPINA

- 13 AHORA HACE 100 AÑOS
- 14 DECRETO DEL PAPA LEÓN XIII

ORGANIZACIÓN SANITARIA

- 16 DOCUMENTACIÓN EN TRABAJO SOCIAL
Por Josefina Bassets
- 20 LA ENFERMERÍA ASISTENCIAL,
IDENTIDAD Y EXIGENCIAS
Por Francisco de Llanos

POR UN HOSPITAL MÁS HUMANO

- 29 LA HUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA
ESTÁ POR ENCIMA DE TODO INTERÉS GINECEO
Por D. Juan Merino

PASTORAL SANITARIA

- 34 LA ANIMACIÓN PASTORAL
EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS
- 45 EL SECRETO PROFESIONAL EN LA ASISTENCIA SANITARIA
Por Eduardo López Azpitarte

INFORMACIONES

- 50 COMISIÓN PONTIFICIA
PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES SANITARIOS
- 51 ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN
Y CELEBRACIÓN DEL DÍA DEL ENFERMO

Números monográficos de Labor Hospitalaria

- LA ORACIÓN DEL CRISTIANO EN LA ENFERMEDAD N.º 137 (1971)
- EL ABORTO (1977) (agotado)
- ACERCAMIENTO AL MORIBUNDO, EUTANASIA, DISTANASIA Y MUERTE (1979) (agotado)
- PLANIFICACIÓN FAMILIAR (1980) (agotado)
- DERECHOS DEL ENFERMO N.ºs 179-180 (1981)
- PASTORAL SANITARIA (Todos responsables) N.º 185 (1982)
- EL HOSPITAL CATÓLICO N.º 188 (1983)
- LOS TRASPLANTES N.º 194 (1984)
- EL VOLUNTARIADO EN LOS HOSPITALES N.º 198 (1985)



PLANIFICACION FAMILIAR

DEMASIADA MEDICA, SOCIOLOGICA, PSYCOLOGICA Y ETICA



DERECHOS DEL ENFERMO



Pídalos a la dirección de la Revista

Aviso a nuestros suscriptores para el año 1986

- Repase sus cuentas con nosotros. Hágalo lo antes posible, antes de recibir el 2.º número del año.
- También nos vemos obligados a subir el precio, anótelos.

Suscripción anual: cuatro números

España	1.300 ptas.
Extranjero: correo ordinario . .	12 \$
» aéreo	16 \$

O.H.S.J.D.
CURIA PROVINCIAL
SANT BOI
5.E.21

AHORA HACE 100 AÑOS

San Juan de Dios y San Camilo de Lelis,
patronos de los hospitales y de los enfermos

El año que ha comenzado va a asistir al Centenario de la proclamación de San Camilo de Lelis y San Juan de Dios como Patronos de los Hospitales y Enfermos.

Muchos y profundos cambios ha sufrido la asistencia sanitaria y, más en concreto, el mundo hospitalario desde que León XIII realizase tal proclamación un 22 de junio de 1886.

El desarrollo de la civilización que ha conquistado el derecho a la salud como un logro de todo ciudadano, la racionalización de la asistencia que ha situado al Hospital como núcleo de toda una red sanitaria, y, sobre todo, el incuestionable avance de la ciencia médica, ha significado una gran revolución que ha afectado profundamente al mundo de la salud.

Por otro lado, en un mundo secularizado resulta evidente la gran pérdida de vigencia de cualquier modelo referencial que contenga elementos religiosos.

Desde esta lejanía, no sólo cronológica, parece prudente dudar de la efectividad del significado actual del patronazgo de ambos personajes.

Y resultarían razonables tales dudas si observamos la realidad sanitaria desde una atalaya externa que tan sólo percibe los movimientos superficiales de la misma.

Si ahondamos en ella, guiados por la mano del hombre enfermo, descubriremos un vasto filón que cada vez resaltará más la actualidad del mensaje de Juan de Dios y de Camilo de Lelis.

Cuando se grita por una eficaz humanización de la asistencia, cuando se lucha por ofrecer una digna y respetuosa asistencia religiosa al enfermo, cuando se pretende situar al hospital al servicio de éste, y no a la inversa, cuando parecen asomar, al menos en imprenta, los derechos del enfermo, estimamos de justicia reconocer los méritos de quienes, cinco siglos antes, fueron pioneros en estos campos.

En el laberinto de una nueva Ley de Sanidad, de la reconversión hospitalaria, de las incompatibilidades, de la elaboración de los diversos mapas sanitarios,

en el replanteamiento general de los propios sistemas sanitarios, uno teme que podamos perder al enfermo en cualquier rincón de los intereses particulares.

Redescubrir al hombre enfermo y situarlo en el centro de todo este complicado mundo que hoy constituye la sanidad, puede y debe ser una lección por aprender de estos hombres «tan antiguos como modernos».

Como Florence Nightingale en el ámbito de la Enfermería, estos hombres son modelos emergentes en la búsqueda de su identidad humanitaria en la que el mundo de la salud parece empeñado en los momentos presentes.

DECRETO DEL PAPA LEÓN XIII

(22 junio 1886)

Para perpetua memoria. Dios, rico en misericordia, suscitó en su Iglesia, por inspiración del Espíritu divino, unos varones que, inflamados por el fuego de la caridad y posponiendo todas las cosas, sin temer peligro alguno, sin siquiera el de la propia vida, cada cual escogió para sí un menester especial con que remediar las varias y distintas necesidades y desgracias del género humano. En el nobilísimo grupo de los varones sobresalen los Confesores de Cristo Camilo de Lelis y Juan de Dios que, inflamados de un semejante amor hacia el prójimo, no dudaron en aceptar toda clase de molestias y fatigas, y en arriesgar su vida por la salud corporal de los enfermos y su eterna salvación; pues mientras el uno, por virtud del sagrado ministerio, robustecía y confortaba las almas de los que se debatían en la última agonía, aliviando al propio tiempo los cuerpos doloridos, el otro procuraba de igual modo el bienestar sempiterno de las almas dando hospedaje y medicina a los enfermos. Los dos, habiendo reunido compañeros y establecido unas normas aprobadas luego por la Sede Apostólica, formaron unas familias religiosas herederas de su caridad, que han llegado florecientes hasta estos tiempos y que, cada cual por su parte, siguiendo los luminosos y singulares ejemplos de su Fundador, han dado, en todo tiempo y en especial cuando el contagio y la epidemia se recrudecían, espléndido testimonio de caridad, incluso con el sacrificio de la vida de sus afiliados. Y ahora que el enemigo, persiguiendo con redoblado ímpetu a la Esposa de Cristo, se empeña en debilitar y destruir por completo a las familias religiosas de las órdenes regulares, que son su ornato y defensa, se ha encendido en los fieles, y ante todo en los Obispos, el común deseo de suplicar que los dos Confesores antedichos sean declarados y dados a conocer, por la autoridad de la Santa Sede Apostólica, como Patronos celestiales de todos los hospitales y enfermos existentes en todo el mundo, y que sean invocados en las letanías de los agonizantes, para que se acreciente su culto y la confianza de los enfermos en su patrocinio. Señalado día, como es costumbre, fueron sometidos estos deseos al Consejo de Nuestros Venerables Hermanos, los cardenales de la S.R.I. encargados de entender en la defensa de los Sagrados Ritos; y este mismo consejo de nuestros venerables hermanos, después de haber considerado cuidadosamente todo ello, y oído a nuestro amado hijo el Presidente-Juez competente, contestó «en favor de la concesión del patronazgo de los Santos Camilo de Lelis y Juan de Dios sobre todos los hospitales y enfermos del mundo entero, y de la inserción de los nombres de dichos Santos en las letanías de los agonizantes después del nombre de san Francisco»; sentencia de Nuestros Venerables Hermanos que Nos ratificamos y confirmamos; y, en virtud de Nuestra Autoridad Apostólica, constituimos y declaramos Celestiales Patronos de todos los hospitales y enfermos de cualquier parte a los santos Camilo de Lelis y Juan de Dios, asimismo es nuestra voluntad que se inserten e invoquen los nombres de dichos Santos en las letanías de los agonizantes, después del nombre de san Francisco. En consecuencia, decretamos que Nuestros acuerdos sean ahora y en lo sucesivo firmes, válidos y eficaces; surtan y conserven la plenitud y totalidad de sus efectos, y favorezcan cumplidamente a aquéllos a quienes respetan. Sin obstáculo alguno, salvo especial y singular mención y anulación. Dado en Roma, junto a san Pedro, bajo el anillo del Pescador, el día 22 de junio de 1886, año Noveno de Nuestro Pontificado.

M. Card. LEDÓCHOWSKI

en el replanteamiento general de los propios sistemas sanitarios, uno teme que podamos perder al enfermo en cualquier rincón de los intereses particulares.

Redescubrir al hombre enfermo y situarlo en el centro de todo este complicado mundo que hoy constituye la sanidad, puede y debe ser una lección por aprender de estos hombres «tan antiguos como modernos».

Como Florence Nightingale en el ámbito de la Enfermería, estos hombres son modelos emergentes en la búsqueda de su identidad humanitaria en la que el mundo de la salud parece empeñado en los momentos presentes.

DECRETO DEL PAPA LEÓN XIII

(22 junio 1886)

Para perpetua memoria. Dios, rico en misericordia, suscitó en su Iglesia, por inspiración del Espíritu divino, unos varones que, inflamados por el fuego de la caridad y posponiendo todas las cosas, sin temer peligro alguno, sin siquiera el de la propia vida, cada cual escogió para sí un menester especial con que remediar las varias y distintas necesidades y desgracias del género humano. En el nobilísimo grupo de los varones sobresalen los Confesores de Cristo Camilo de Lelis y Juan de Dios que, inflamados de un semejante amor hacia el prójimo, no dudaron en aceptar toda clase de molestias y fatigas, y en arriesgar su vida por la salud corporal de los enfermos y su eterna salvación; pues mientras el uno, por virtud del sagrado ministerio, robustecía y confortaba las almas de los que se debatían en la última agonía, aliviando al propio tiempo los cuerpos doloridos, el otro procuraba de igual modo el bienestar sempiterno de las almas dando hospedaje y medicina a los enfermos. Los dos, habiendo reunido compañeros y establecido unas normas aprobadas luego por la Sede Apostólica, formaron unas familias religiosas herederas de su caridad, que han llegado florecientes hasta estos tiempos y que, cada cual por su parte, siguiendo los luminosos y singulares ejemplos de su Fundador, han dado, en todo tiempo y en especial cuando el contagio y la epidemia se recrudecían, espléndido testimonio de caridad, incluso con el sacrificio de la vida de sus afiliados. Y ahora que el enemigo, persiguiendo con redoblado ímpetu a la Esposa de Cristo, se empeña en debilitar y destruir por completo a las familias religiosas de las órdenes regulares, que son su ornato y defensa, se ha encendido en los fieles, y ante todo en los Obispos, el común deseo de suplicar que los dos Confesores antedichos sean declarados y dados a conocer, por la autoridad de la Santa Sede Apostólica, como Patronos celestiales de todos los hospitales y enfermos existentes en todo el mundo, y que sean invocados en las letanías de los agonizantes, para que se acreciente su culto y la confianza de los enfermos en su patrocinio. Señalado día, como es costumbre, fueron sometidos estos deseos al Consejo de Nuestros Venerables Hermanos, los cardenales de la S.R.I. encargados de entender en la defensa de los Sagrados Ritos; y este mismo consejo de nuestros venerables hermanos, después de haber considerado cuidadosamente todo ello, y oído a nuestro amado hijo el Presidente-Juez competente, contestó «en favor de la concesión del patronazgo de los Santos Camilo de Lelis y Juan de Dios sobre todos los hospitales y enfermos del mundo entero, y de la inserción de los nombres de dichos Santos en las letanías de los agonizantes después del nombre de san Francisco»; sentencia de Nuestros Venerables Hermanos que Nos ratificamos y confirmamos; y, en virtud de Nuestra Autoridad Apostólica, constituimos y declaramos Celestiales Patronos de todos los hospitales y enfermos de cualquier parte a los santos Camilo de Lelis y Juan de Dios, asimismo es nuestra voluntad que se inserten e invoquen los nombres de dichos Santos en las letanías de los agonizantes, después del nombre de san Francisco. En consecuencia, decretamos que Nuestros acuerdos sean ahora y en lo sucesivo firmes, válidos y eficaces; surtan y conserven la plenitud y totalidad de sus efectos, y favorezcan cumplidamente a aquéllos a quienes respetan. Sin obstáculo alguno, salvo especial y singular mención y anulación. Dado en Roma, junto a san Pedro, bajo el anillo del Pescador, el día 22 de junio de 1886, año Noveno de Nuestro Pontificado.

M. Card. LEDÓCHOWSKI

SAN JUAN DE DIOS

Juan de Dios nace en Montemor-o-Novo (Portugal), año 1495. Son años de inquietud y conquistas, es el siglo de Oro Español, siglo también de santos: Teresa de Ávila, Ignacio de Loyola, Francisco Javier...

Esta inquietud la traduce Juan de Dios durante un largo período de su vida; es la búsqueda y el cambio frecuente de trabajo: dos veces pastor, dos veces también soldado (Fuenterrabía, Viena), librero y albañil.

Después llegará a Granada donde se encuentra con el Señor y no vacilará en la entrega total, generosa y sacrificada. Su tarea caritativa en Granada durante los últimos once años de su vida está llena de calor, cercanía, fortaleza y creatividad, pero sobre todo de amor: hambrientos, tullidos, vergonzantes..., para todos buscará remedio, de todos se ocupa, hasta fundar un hospital propio para sus pobres y, en él, inicia la revolución de la asistencia hospitalaria: procura una cama para cada enfermo, limpieza, ventilación, riguroso orden en la medicación, separación de enfermos según el tipo de enfermedad. Algo insólito en su tiempo, pero que fue posible en el Santo porque tuvo dos centros unificados y coincidentes: Cristo y el enfermo. El enfermo era Cristo y Cristo daba sentido a su vida. Amado y querido de todos, llorado por toda Granada, Juan de Dios muere el 8 de marzo de 1550.

SAN CAMILO DE LELIS

Camilo de Lelis nace en Italia, año 1550; hacía dos meses que había muerto Juan de Dios.

Camilo «no es un teólogo; no es tampoco un hombre de letras. Es un militar que abandona las armas para entregarse a los hombres; es un jugador empedernido que después de haber perdido hasta la camisa le queda una vida por perder al servicio de los enfermos.

Es un hombre brusco y callado; un santo de ayer que no deja de inquietarnos y provocarnos hoy».

Es desde la experiencia de mal trato a los enfermos que ve en los hospitales cómo el Señor encamina a Camilo a formar una Compañía de hombres generosos que pudieran servir a los pobres por amor a Dios, «con aquella ternura y caridad que suele tener una madre por su hijo enfermo» (Regla 27).

Pero no todo es reconocimiento a la labor de Camilo en el hospital de Santiago, de Roma; también vino la decepción, el cansancio, las incomprensiones, las burlas. Camilo, que desea dejar lo emprendido, pide consejo al padre Soriano, hermano de san Juan de Dios, y éste le anima a seguir el camino comenzado, pues ve en él la voluntad de Dios. Y porque la *empresa* era de Dios, salió adelante. Hoy podemos contarle y celebrarlo, porque permanece en sus hijos los Camilos, servidores de los enfermos.

Camilo no fue una ráfaga de luz que pasó y no nos dejó nada; Camilo, al pasar, dejó en la sociedad y en la Iglesia un signo, un estilo, una forma concreta de servir a Dios en los enfermos.

Camilo muere en Roma el 14 de julio de 1614, después de 40 años al servicio de los enfermos.

Última hora

En el momento de entrar en imprenta el presente número de LABOR HOSPITALARIA recibimos la grata noticia del nombramiento de nuestro director, hermano José Luis Redrado, como Secretario de la Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios.

Para cuantos componemos esta familia de LABOR HOSPITALARIA constituye un motivo de gozo el que uno de los suyos haya sido designado por el Papa para prestar un servicio tan necesario e importante en el ámbito de la Iglesia universal.

REVERENDO PADRE JOSÉ LUIS REDRADO
CARRETERA DE ESPLUGAS
BARCELONA 34

COMUNICO CHE, SABATO 18, SANTO PADRE HA NOMINATO
PATERNITA VOSTRA SEGRETARIO PONTIFICIA COMMISSIONE
PASTORALE OPERATORI SANITARI STOP PONGO MIEI VIVI
RALLEGRAMENTI PER NOMINA PREMIANTE SUA DEDIZIONE APOSTOLICA
IN DELICATO SETTORE STOP FRATERNAMENTE
FRATE LUIGI MARCHESI PRIORE GENERALE

DOCUMENTACIÓN
EN TRABAJO SOCIAL

Historia social codificada

JOSEFINA BASSETS

Asistente Social del Hospital San Juan de Dios
Barcelona

Importancia de la documentación social en el hospital y su contenido.
Explicación detallada de todo un sistema de hacer desde la Asistencia Social.
Creemos que es un buen instrumento de trabajo, concreto y gráficamente explicado.

La actividad del asistente social hospitalario se caracteriza fundamentalmente por la relación que establece con los pacientes y/o familiares que solicitan su intervención profesional, utilizando como principal método de trabajo la entrevista. A través de ella recibe mucha y variada información: problemas derivados de la enfermedad o la disminución del paciente, dificultades relacionadas con la hospitalización o con el alta hospitalaria, conflictos familiares diversos, dificultades escolares del niño enfermo crónico o disminuido, etc., información que necesariamente debe conservar y mantener actualizada —para poder consultarla y valorarla cuando sea necesario— en la *Historia Social*. Este instrumento documental es de suma utilidad en la práctica de nuestra profesión, el cual, junto con el registro de identificación de usuarios, la estadística mensual que anualmente se compendia en la memoria y el fichero de recursos, constituye la documentación básica que comúnmente utiliza el colectivo profesional de asistentes sociales.

Entre las características más destacadas de la Historia Social que describiremos y que emplean los asistentes sociales de los Hospitales San Juan de Dios de Barcelona y Manresa, destacamos:

- *Los problemas detectados/tratados están previamente impresos en la Historia, como también los diferentes miembros de la familia en quienes aquellos pueden recaer* (ver recuadro de doble entrada en páginas 4 y 5). Este sistema facilita el rápido registro en la historia de las situaciones/problemas que se van detectando/tratando así como su posterior consulta.

• La Historia Social *tiene la posibilidad de ser tratada informáticamente*, ya que las *variables más importantes están codificadas*. Dicha codificación permite conocer, por una parte, los problemas que presentan los usuarios y, de otra, las necesidades existentes en materia de recursos o servicios, todo ello con la máxima rapidez y eficacia.

En algunos aspectos de la historia social que presentamos, nos hemos orientado en el modelo diseñado por la Dirección General de Servicios Sociales de la Generalitat de Catalunya, primer intento que se ha hecho en nuestro país —que nosotros conocemos—, para informatizar una Historia Social.

En cuanto a la codificación de problemas, el departamento de trabajo social del Hospital San Juan de Dios de Barcelona, desde sus comienzos, se ha valido del sistema de codificación para clasificar desde criterios homogéneos los problemas tratados, con fines estadísticos, sistema que la práctica nos ha permitido ampliar y extender hasta la obtención de la actual historia social.

Todo el proceso seguido, diseño, selección y codifica-

HOJA DE SEGUIMIENTO

FECHA	ENTREVISTAS, GESTIONES Y EVOLUCIÓN

ción de problemas y recursos, ha supuesto un prolongado esfuerzo de objetivación y de síntesis por parte de los equipos de asistentes sociales de los Hospitales San Juan de Dios de Barcelona y Manresa, proceso que ha dado como resultado la elaboración del modelo que seguidamente reproducimos y que desde 1984 ya empleamos con resultados satisfactorios, aunque evidentemente siempre susceptibles de ser mejorados.

Respecto al tratamiento informático de datos obtenidos del usuario, es preciso matizar que deben ser protegidos al máximo a fin de salvaguardar en todo momento la vida privada de aquel a quien pertenecen. De ahí que el profesional deba comprometerse a velar siempre para que la información obtenida no pueda ser utilizada para fines distintos de los que motivan su obtención y el asegurar que el acceso a la información dependa de la voluntad de la persona a quien ésta pertenece.

En definitiva: la transmisión de información está vinculada por el compromiso ético de «mantener el derecho del cliente en una relación de confianza mutua en lo que se refiere a la vida privada y al secreto confidencial» IFSW (Código Internacional de Ética para el Trabajo Social Profesional) y por tanto queda sujeto a diversas estipulaciones que la garanticen.

Reproducimos gráficamente la historia social codificada y hoja de seguimiento que siempre acompaña a la misma.

FORMATO Y CONTENIDO DE LA HISTORIA SOCIAL

FORMATO

La historia que comentamos tiene forma de díptico y en su interior se van colocando las hojas de seguimiento donde se anotan las diferentes entrevistas y gestiones que se van realizando durante el proceso que se sigue.

CONTENIDO

1. Datos personales

En este apartado constan los datos de identificación del usuario y familia así como otros de tipo sociodemográfico.

2. Composición familiar

Lugar destinado a la reproducción gráfica de la familia (la cual se puede representar con signos convencionales de código genético) para conocer los miembros que componen el núcleo familiar. También pueden añadirse signos de tipo ecológico para describir las relaciones que la familia establece con el entorno o signos descriptivos del tipo de conexión que unen a la familia*.

3. Datos sobre la ubicación del enfermo y motivo de envío

En este espacio se registran las distintas consultas que el usuario haga al asistente social supuesto que varíe la problemática objeto de las anteriores consultas o que el paciente reingresa al hospital, nombre del asistente social que atiende la consulta, nombre del médico responsable del enfermo, servicio a que pertenece, ubicación del enfermo en el hospital, persona que lo deriva al departamento y motivo de derivación.

4. Patología del enfermo

Este espacio está destinado a la descripción del diagnóstico, del paciente, así como a los comentarios que se estimen de interés sobre la evolución de la enfermedad, las temporales limitaciones que ésta impone al enfermo, posibles secuelas, etcétera, que el asistente social obtiene a través del médico responsable del paciente y/o de la historia clínica.

5. Salud familiar y social

En este apartado se registran las alteraciones existentes en la salud familiar o del entorno que el asistente social detecta o es informado por el propio usuario o familia.

Cuando la situación detectada, disminución, enfermedad crónica, insalubridad ambiental, etc., requieran tratamiento social, se registrará el problema detectado y/o tratado en el apartado siguiente (n.º 6). Por ejemplo, el segundo hijo de una familia (representado por C-2) está afectado de retraso psicomotor (n.º 14 del apartado Salud). Si no procede intervenir profesionalmente, sólo se señala en Salud Familiar y Social. Supuesto que deba ser orientado a un centro de estimulación precoz, deberá también registrarse en Problemática detectada y/o tratada, apartado de Hospitalización y tratamiento y en el número 29, que especifica «Necesidad de estimulación precoz».

* Para más información sobre el tema puede consultarse *Documents* n.º 9 ECO-MAPA, GENO-GRAMA y MAPA DE LAS RELACIONES FAMILIARES. Técnicas para el estudio de las familias. Área de Servicios Sociales, Ayuntamiento de Barcelona, octubre 1983 por J. Bassets, A. Ripol y G. Rubiol.

6. Problemas detectados y/o tratados

Este apartado constituye el cuerpo central de la historia y contiene los siguientes enunciados:

- Hospitalización y tratamiento.
- Infancia.
- Enseñanza.
- Familia.
- Conducta marginal.
- Trabajo.
- Economía.
- Vivienda y residencia.
- Ayudas, prestaciones y documentación.

Cada uno de estos apartados se desglosa en diferentes situaciones-problema de supuesta referencia al enunciado que lo encabeza.

La línea en blanco de cada apartado (ver núms. 30, 39, 48, 62, 67, 75, 81, 87 y 92) es una posibilidad abierta al registro de problemas no previstos o infrecuentes. La reiteración en el registro en blanco de un problema determinado dará lugar a la creación de otro enunciado.

En total existen 71 códigos de situaciones-problema (ver núms. 21 al 92). Dichas situaciones-problema están gráficamente relacionados en la historia en sentido vertical. El núcleo familiar (representado por los códigos B₁, B₂, C₁ al C₁₀, D₁ y D₂ y E₁) lo están en sentido horizontal. Según sea el miembro de la familia y el problema que plantee deberá efectuarse la señal gráfica y en el punto de confluencia de ambos en la tabla de doble entrada dispuesta a tal fin.

● *Los problemas detectados* deben señalarse con un signo convencional, por ejemplo, una barra inclinada (/) diferenciándose bien de *los problemas tratados* que pueden representarse por ejemplo con una cruz (×). De esta manera el profesional que trata a la familia tendrá muy presente la globalidad de la situación, es decir, los problemas en los que ya interviene y aquellos que todavía no han sido abordados.

En materia de señalización hay que cuidar mucho la eliminación de dichas señales cuando el problema se ha resuelto o modificado. Un círculo (O) circundando la barra inclinada o la cruz puede servirnos para eliminar dichas señales, por ejemplo Ø o bien ⊗.

Veamos un ejemplo práctico: Unos padres se resisten al ingreso hospitalario de su primer hijo. Interviene el asistente social para motivar a los padres. El niño ingresa y posteriormente es dado de alta. La detección del problema se registrará en el código n.º 23 de Hospitalización y tratamientos en el lugar de confluencia de C-1 correspondiente al núcleo familiar. La detección del problema se hará con una / y el tratamiento del mismo con ×. Cuando el problema esté resuelto se expresará así ⊗ (Ver señalizaciones en gráfico).

Es evidente que la codificación resta posibilidades de descripción de los problemas. Y que determinadas situaciones son de compleja atribución al código ya existente. Por ello, se hace necesario disponer de un manual de claves* donde figure, además de una definición del concepto de cada código, una descripción de situaciones que le sean aplicables.

Transcribimos unos breves ejemplos reproducidos del manual de claves que aplicamos:

● *Necesidad de asistencia sanitaria:* Problemática número 21. Niño o adulto que necesita de la visita médica, exámenes complementarios y/o tratamiento y que por diversas causas no recibe, tales como:

- Negligencia en la atención sin motivo justificado.
- Familia no disponga de cobertura sanitaria ni medios económicos para acceder a ella.

— Que el enfermo o progenitor por deficiencia mental, irresponsabilidad, bajo nivel cultural, etc., no se responsabilice en procurarla.

● *Dificultades relacionadas con la hospitalización* (número 22 de problemática):

- Interrupción de la lactancia materna cuando un bebé ingresa en una unidad donde la madre no puede permanecer.
- Enfermo que precisa una compañía constante.
- Cuando el enfermo o familia plantea problemas de relación con el personal que le trata.

Tanto la codificación como la señalización de los problemas no releva al asistente social de la necesidad de registrar las intervenciones que se vayan realizando durante el proceso en la *Hoja de Seguimiento*, la cual acompaña siempre la historia social.

Finalmente, la última hoja está destinada al registro, de forma sintetizada de la *Intervención profesional y/o recurso aplicado* y a la *Valoración* del asistente social respecto a la situación tratada.

7. Intervención profesional

Problemática tratada: Incluye el código de la persona que tiene el problema, código del problema y breve especificación del mismo.

Intervención/recurso acordado: Se registra la fecha y el tipo de intervención profesional realizada*.

Si la situación tratada requiere la aplicación de un recurso, se anota éste con el número de código que tiene asignado**. Finalmente se registra el nombre del recurso aplicado.

Recurso: En esta casilla se registra la fecha en que se ha accedido al recurso, el número de código que tienen asignado y la denominación del recurso.

Este registro será de gran interés para el asistente social cuando la historia esté informatizada, ya que le permitirá conocer rápidamente quienes están faltos de un determinado servicio; divulgar los que surjan de nuevo; canalizar hacia los servicios sociales de la administración las demandas de los usuarios, etc., el apartado 8) *Valoración* está destinado a la anotación breve y sintetizada de la evolución de la situación que está tratando el asistente social y/o llegado el momento cerrar la historia.

Dos puntualizaciones respecto a la historia comentada que hacen referencia a su aplicabilidad y cumplimentación.

Aplicación: Se utiliza para el tratamiento de situaciones familiares que requieren un seguimiento social. (Para consultas puntuales se dispone de otra historia más simple. Pero en ambos casos se aplica el sistema de codificación de problemas y de recursos).

Cumplimentación: La multiplicidad de variables recogidas están dispuestas en función de poder ordenar la información paulatinamente, sin pretender en ningún caso rellenar de forma exhaustiva los distintos apartados de la historia, siquiera los de tipo sociodemográfico.

En resumen: La historia codificada objeto de comentario es un incremento de trabajo que pretende la mayor racionalidad, tanto en el registro de datos como en la consulta de los mismos.

* Las intervenciones más usuales del asistente social en trabajo individual giran entorno de: Información, Orientación, Asesoramiento, Motivación, Soporte, Estudio socio-familiar y Seguimiento.

** Los recursos/servicios agrupados por funciones comunes se han codificado y compendiado en un manual de consulta.

* Dicho manual ha sido confeccionado por todo el equipo de profesionales del Departamento a fin de tener un criterio común de aplicación.

LA ENFERMERÍA ASISTENCIAL, IDENTIDAD Y EXIGENCIAS

FRANCISCO DE LLANOS

Diplomado en Enfermería
Sevilla

Presentamos a nuestros lectores, sobre todo a los profesionales de enfermería, un gran artículo; lo decimos con orgullo y satisfacción, porque cualquier lector lo podrá comprobar y no quedará defraudado.

El autor es un diplomado en enfermería, amante de la literatura y de las ciencias que exigen reflexión. Por eso, nos ofrece un tema con mucha riqueza de documentación y con mucha experiencia *vivida*. Fundamentalmente, es una reflexión sobre el hombre enfermo y qué respuestas profesionales ha de aportar la enfermería para aplicarlas al enfermo; y no sólo respuestas técnicas, sino humanas y éticas.

I INTRODUCCIÓN

SITUACIÓN DE LA QUE PARTIMOS

En nuestro medio sanitario actual observamos un contraste: existe, por una parte, un aceptable nivel de calidad técnica en la asistencia sanitaria y, por otra, es una realidad el olvido del enfermo como persona. ¿Es éste un fenómeno aislado, fruto de una mala gestión administrativa en las alturas, o es, por el contrario, un fiel reflejo de la deshumanización de la propia sociedad actual en la que se engloba como un elemento más la asistencia sanitaria?

Ivan Illich formulaba ya en su *Némesis Médica* la más feroz de las críticas al denunciar la expropiación de la salud por parte de la Medicina. Los médicos no salvan a las personas sino que las convierten en «pacientes de por vida». «Una demanda idolátrica de manipulación reemplaza a la confianza en la fuerza de recuperación y adaptación biológica que tiene toda persona humana... y el resultado es la regresión estructural del nivel de salud¹.

La enfermería, por su parte, involucrada también en el proceso de cambio socio-sanitario, está experimentando serias transformaciones en su funcionamiento; y aunque estamos tentados diariamente de identificarla con cualquier especialidad técnico-sanitaria o de exclusivizarla como un acto de puro samaritanismo, *los profesionales de hoy estamos llamados a dar razón del fundamento que define el ser y el hacer de la Enfermería*. Esta dimensión reflexiva viene provocada por los hechos y datos que podemos experimentar y recoger en nuestro trabajo de cada día:

- Mostramos escaso interés ante el dolor y malestar que sufren un hombre o mujer, niño o anciano enfermos, y solemos descargar nuestra conciencia profesional en la

diabólica estructura y en el mal funcionamiento del *gran* hospital.

- Es frecuente asumir funciones directivas en la cúpula de la enfermería más como un puesto político o de interés egoísta y no por el hecho de ofrecer un mejor servicio al enfermo.
- Parece que el Insalud, por ejemplo, con sus criterios de rentabilidad y de asistencia tecnificada da su última palabra a los desahuciados y crónicos.
- Del abanico de nuestras tertulias en el control de enfermería han caído al silencio las referencias biográficas, familiares, éticas o religiosas que preocupan a un enfermo, no tienen importancia, «son sus problemas»; resulta más interesante hablar del tiempo o de la feria antes que afrontar el miedo, la debilidad y la angustia de los que nos interpelan en la sala.
- ...Y así, despersonalizamos al enfermo; pues a pesar de la tecnificación, el maquinismo, la protocolización, la burocracia, el Scanner y el microfilm de las historias clínicas, nuestros ojos se han acostumbrado a verle en medio del pasillo haciendo sus necesidades en una cuña a la vista de todo el mundo.

Estos aspectos y otros más no son, en definitiva, un fenómeno aislado que se da en la asistencia sanitaria únicamente sino que manifiesta la cosmovisión que impera en la cultura positivista de nuestros días, originando el despojo físico, psicológico, social y moral del hombre. Hasta la reflexión ha dejado de ser categoría humana. El vértigo y el placer, la osadía y el «qué más da», el yo de cada uno y «lo que a mí me da la gana» son ahora los nuevos criterios del servicio a los demás.

¿QUÉ HACER ANTE ESTA SITUACIÓN?

«... Creo que se puede intentar la Santa Cruzada de ir a rescatar el sepulcro de don Quijote del poder de los bachilleres, curas, barberos, duques y canónigos que lo tienen ocupado... Lo guardan para que el Caballero no resucite. En marcha, pues. Y ten en cuenta no se te metan en el sagrado escuadrón de los Cruzados bachilleres, barberos, curas, canónigos o duques disfrazados de Sanchos... Sigue la estrella. Y haz como el Caballero: endereza el entuerto que se te ponga delante. Ahora lo de ahora y aquí lo de aquí.

¡Poneos en marcha! ¿Qué adónde vais? La Estrella os lo dirá: ¡al Sepulcro! ¿Qué vamos a hacer en el camino mientras marchamos? ¿Qué? ¡Luchar! Luchar, ¿y cómo? ¿Cómo? ¿Tropezáis con uno que miente? Gritarle a la cara: ¡mentira! ¡y adelante! ¿Tropezáis con uno que roba?, gritarle: ¡ladrón! y ¡adelante! ¿Tropezáis con uno que dice tonterías a quien oye toda una multitud con la boca abierta? gritarles: ¡estúpidos!, y ¡adelante! ¡Adelante siempre...!»².

En esta dimensión de búsqueda nos encontramos al ofrecer la presente reflexión.

Intentamos así cooperar en la fundamentación de la Enfermería como una verdadera ciencia humanista por ser una ciencia básica de la salud.

A diferencia, por ejemplo, de la Física o de otras ciencias naturales que se mueven en el complejo mundo de las leyes necesarias, la Enfermería *no trata tanto de un objeto de investigación cuanto de un «objetivo» consistente en OTORGAR CUIDADOS DE SALUD A CADA DETERMINADO TIPO DE HOMBRE*; pues cada hombre, a la vez que participa de

los mismos misterios científicos de la naturaleza, no es un ser acabado y fijo sino que su ser es un hacerse cada día y de forma peculiar.

Deseamos que, no obstante el agobio a que estamos sometidos diariamente en nuestro trabajo asistencial, las presentes líneas ayuden a todos los profesionales de la enfermería; y sean los pacientes y la comunidad los primeros beneficiarios, éstos confían siempre en los conocimientos y destreza de los A.T.S. y Diplomados que les prestan los cuidados de enfermería mediante el calor del corazón, la ternura de la mano y el aliento de la palabra.

Por último, y en línea con las consideraciones precedentes, he aquí formuladas las tesis o los puntos que vertebran nuestro estudio:

- Enfermería debe partir de una consideración del hombre que justifique el desarrollo de sus funciones. En este sentido, sostenemos que el hombre a que se refiere nuestra profesión, sobre todo si se encuentra en situación de enfermedad, es fundamentalmente un sujeto de necesidades.
- Siendo Enfermería la ciencia que trata de los cuidados que han de prestarse al ser humano y su comunidad en materia de salud y supuestos los conocimientos y técnicas tanto propios como los incorporados de otras áreas sanitarias, entendemos que nuestra profesión culmina en el arte asistencial verificado:
 - Como relación de ayuda.
 - En un proceso de recuperación integral.
 - Constituyendo en sí misma una experiencia humanista.
- Consecuentemente, la práctica de la enfermería comporta unas exigencias de carácter ético inseparables del ejercicio de nuestras funciones; algunas de las cuales, que señalaremos oportunamente, se presentan en nuestros días como indeclinables.

II

NUESTRA CONSIDERACIÓN DEL HOMBRE EN ENFERMERÍA

Analizando en profundidad el desarrollo que hacemos diariamente de la enfermería asistencial, podemos decir que entre el enfermo y nosotros existe una barrera intelectual y afectiva³, la cual nos dificulta consecuentemente prestar la adecuada atención que necesita y merece nuestro paciente. No podemos mencionar en ello mala voluntad o desidia profesional, existe una causa más importantes: *el desconocimiento del enfermo*. Esto es lo que impide igualmente el encuentro personal y la relación adecuada entre el paciente y la enfermera/o y que es clave en el desempeño de nuestro trabajo: solemos huir y refugiarnos en las funciones más o menos técnicas que debemos realizar⁴. ¿Acaso nuestro hacer profesional se reduce únicamente a cumplimentar funciones técnicas ordenadas por otros, sin más mensaje que recibir ni dar al enfermo? No.

Es gratificante habernos enriquecido con la adquisición de valiosos conocimientos científicos y técnicos, sin embargo la esencia de *nuestro papel como ayuda al enfermo a través de una relación interpersonal permanece*; y debe ser ofrecida dentro de un contexto social y familiar, manteniendo el respeto por la individualidad de la persona que recibe nuestro servicio⁵.

Razonamos, entonces, que si esa barrera enfermera-paciente origina una relación pobre y poco terapéutica, nosotros estamos obligados a plantearnos antes de nada *qué consideración de hombre profesamos nosotros en enfermería*, a qué tipo de hombre nos referimos nosotros en nuestra labor asistencial.

EL HOMBRE COMO SER CAPAZ DE AUTORREALIZACIÓN O SALUD

Observamos en el ser humano una tendencia de crecimiento y que puede expresarse en general como *autorrealización o salud*; este vector de crecimiento se manifiesta en cada uno de los aspectos de la vida diaria. «Diríamos que el ser humano está estructurado de tal forma que presiona hacia un ser cada vez más pleno, es decir, hacia aquello que la mayoría de nosotros calificaría de valores positivos, hacia la serenidad, hacia la amabilidad, la valentía, la honestidad, la creatividad, el amor, el altruismo, la bondad»⁶.

Suelen ser signos subjetivos de esta autorrealización los sentimientos del goce de vivir, de felicidad o euforia, de serenidad, de alegría, de calma, de responsabilidad, de confianza en la propia capacidad para dominar las dificultades, ansiedades y problemas⁷.

En la dinámica de esta capacidad de autorrealización humana nuestra labor asistencial como profesionales de la enfermería es determinante.

Sólo cuando le ayudemos a superar el dolor de estómago, sólo cuando nos acepte y necesite en sus angustias y ansiedades o cuando le digamos que sus hijos o compañeros están esperando volver a disfrutar de él en su casa o en el trabajo, sólo entonces nuestro paciente será más capaz de realizar sus proyectos vitales. Estas son las exigencias normales de nuestra estructura y de nuestra funcionalidad como seres humanos. En este sentido podemos entender el pensamiento de R. Poletti cuando, al presentar «*La teoría de Enfermería de Im. King*», afirma que la enfermería ha influido progresivamente en el mantenimiento y la restauración de la salud, entendiéndolo no tanto en un sentido histórico cuanto biográfico y personal. Es más patente esta agudeza de R. Poletti cuando al referir de King que «la salud es un proceso de crecimiento y desarrollo humano...» ella misma se pregunta *¿conocen las enfermeras todo lo que concierne al proceso de desarrollo del hombre?*⁸. Por lo demás, para reforzar más ampliamente estas ideas, podemos resumir diciendo que si la mayor parte de las definiciones de Enfermería incluye la noción de salud (por ejemplo, conseguir, mantener, restaurar la salud, etc.) y que si la salud se confunde o se identifica con el proceso de crecimiento o de autorrealización del hombre —según estamos exponiendo— luego es *razonado que la Enfermería deberá jugar un papel fundamental como ayudadora y fomentadora de la saludable autorrealización humana* tanto individual como colectivamente.

Siguiendo más de cerca su pensamiento, Maslow cree que la autorrealización es un estado alcanzado relativamente en unos pocos individuos; en la mayor parte, sin embargo, constituye más bien una esperanza, un anhelo, un impulso, un «algo» deseado pero no conseguido aún, *que se muestra clínicamente como impulso a la salud* (la trascendencia del yo, la fusión de la verdad, bondad, be-

lleza, la ayuda a los demás, la sabiduría, la honestidad y naturalidad, la superación de motivaciones egoístas y personales, la renuncia a los deseos «inferiores» en favor de otros «superiores», una mayor cordialidad y afabilidad, la fácil diferenciación entre fines —bienestar, paz, etc.— y medios —dinero, poder, posición—, la disminución de la hostilidad, de la crueldad y ansia de destrucción).

Estos valores de la autorrealización existen como tales valores *objetivos y son reales, aun cuando no estén todavía actualizados. El ser humano, por tanto, es simultáneamente aquello que es y lo que anhela ser*. En este momento Zubiri aquilata y profundiza más al decir «ser hombre consiste en llegar a ser lo que se puede ser desde lo que se es»⁹, con lo cual damos un paso más hondo (y que es fundamental para sostener toda la tercera parte del presente trabajo) al considerar que

la primacía del hombre como ser en proceso de autorrealización constituye el origen de todas las exigencias éticas, y cuyos merecimientos quedan formulados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

EL HOMBRE COMO EXPERIENCIA DE REGRESIÓN O ENFERMEDAD

En nuestra consideración del hombre que estamos sembrando para enfermería hemos dejado entrever ya que la salud humana aparece como la capacidad global de realizar con un mínimo desorden somático y una molestia mínima los proyectos vitales del individuo¹⁰. Ahora bien, cuando se inhibe el desarrollo de estas capacidades sobreviene la enfermedad y, en último término, la muerte. Hay un radical bloqueo a nuestro ser profundo, y en vez de autorrealización aparecen los signos subjetivos de *la auto-traición*, de la regresión o enfermedad; aparecen los signos de una vida motivada por el miedo antes que por el desarrollo. «Son los sentimientos de ansiedad, desesperanza, aburrimiento, incapacidad de alegrarse, sentimiento congénito de culpa y de vergüenza, carencia de objetivos, sentimiento de vacío y de falta de identidad, etc.»¹¹. Por eso, desde un punto de vista dinámico, será desacertada la consideración del hombre por los factores somáticos y psíquicos sino también por los socioculturales y personales o biográficos. *Todos somos sanos, enfermables, enfermos, curables y mortales*¹²; lo que significa que nuestra consideración, además, tiene en cuenta a la persona en todo su ciclo vital, es decir, desde su fecundación (o nacimiento) hasta su inhumación (o muerte).

Esta inhibición de la capacidad de autorrealización la experimenta especialmente el hombre:

- Por la dureza de su enfermedad y su dolor, que se presenta como un ataque a su bienestar habitual, obligándole a solicitar ayuda de otras personas.
- En el hospital como medio hostil, lugar donde se puede morir; hay personas «que mueren o se apagan psicológicamente cuando se encuentran en un ambiente tan dis-

tinto o absurdo en relación a su modo de vida». En su interior todos se preguntan ¿serán capaces de curarme y de preocuparse por mí?¹³

- Con la familia, el trabajo, la educación de los hijos, las relaciones sociales, etc., que se presentan frecuentemente como fuente de preocupación por su ingreso en el hospital...

EL HOMBRE ENFERMO, SUJETO DE NECESIDADES

En su librito «¿Hacia dónde va la Enfermería?», donde nos encontramos con una síntesis iluminadora de la forma en que V. Henderson concibe la Enfermería, su autora, Ev. Adam, ha tenido la agudeza de reclamar una definición de la palabra «Necesidad». Este término, que junto al de «Respuesta» forman el binomio explicativo en muchos programas de estudio y acción en las ciencias humanas se ha convertido también en vocablo-estrella dentro del nuevo argot de enfermería. No hay ya libros, charlas o revistas especializadas de la profesión donde no aparezcan referidas las «Necesidades» del enfermo siguiendo la taxonomía de Maslow, es algo que hemos aprendido por repetición reiterativa pero lo hemos leído mal, lo hemos oído mal y lo hemos aprendido mal. De los artículos de revistas y de los apuntes mecanografiados hemos emigrado a los textos matrices del tan ligeramente citado A. Maslow, y hemos llegado a cuestionar que nuestro psicoantropólogo mentor hubiera sido consultado seriamente para explicar el concepto hendersoniano de la enfermería. Respiración, ingesta, eliminación, termorregulación, reposo-sueño e higiene corporal no son ni todas ni las únicas necesidades básicas del hombre. Parece más acertado decir que son necesidades fisiológicas o de supervivencia, que son necesidades primeras pero en un sentido ordinal más que cardinal; y parece menos acertado, igualmente, entender que estas son *las únicas* que deben ser cubiertas por los profesionales de la Enfermería. No obstante esta manera reduccionista de ver la enfermería, consideramos que también tiene su derecho a concursar en el abordaje de nuestra disciplina; ahora bien, entendemos que es ilegítimo pretender una cobertura para tal opinión desde el pensamiento maslowiano. De todas formas, volvamos a la urgencia primera que reclama Ev. Adam de definir la palabra «necesidad»¹⁴.

Una necesidad es un requisito más que una carencia.

«En el contexto de los escritos de Virginia Henderson, una necesidad es un *requisito* más que una *carencia*» y así es como la usa Ev. Adam, es decir, en un sentido positivo, que es el que vertebra el concepto de Enfermería de V. Henderson. Este sentido de la necesidad humana es el que nosotros hemos tenido en cuenta al ofrecer a la Enfermería nuestra consideración del hombre como ser capaz de autorrealización o salud; por eso hacemos presente de nuevo

a Maslow: existe en el ser humano «la presencia de una *tendencia o una necesidad* de crecimiento en una dirección que puede expresarse en general como autorrealización o salud psíquica, y, más específicamente, como un desarrollo que se dirige a todos y a cada uno de los sub-aspectos de la autorrealización; es decir, posee en su interior una fuerza conducente a la unidad de la persona, hacia una expresividad espontánea, hacia una identidad, individualidad plenas, hacia la contemplación de la verdad y no hacia la ceguera, hacia la creatividad, hacia la bondad, etcétera»¹⁵.

Cada uno de los sub-aspectos de la autorrealización son capacidades que «exigen ser utilizadas y tan sólo cesan en su exigencia cuando son *realmente* utilizadas de una manera suficiente»; con lo que «*las capacidades son necesidades y, por tanto, son también valores intrínsecos*». Estas capacidades-necesidades o valores que integran la estructura interna del ser humano guardan entre sí «una relación mutua en forma evolutiva y jerárquica» dentro de la tendencia global en que se expresa la autorrealización o salud de cada persona. Desde este enfoque nos adherimos a Maslow en el sentido de que las necesidades fisiológicas y psicológicas pueden considerarse deficiencias que deben ser satisfechas «a fin de evitar la enfermedad y el malestar subjetivos. Las podemos llamar básicas o biológicas y *compararlas* a la necesidad de sal, calcio, Vit. D...»; ahora bien, *todas* estas necesidades básicas son «*simples escalones en la senda conducente a la autorrealización, en donde se incluye todas las necesidades básicas*»¹⁶.

Es maduro ya el razonamiento para concluir que el hombre a que nos referimos y al que asistimos en Enfermería es propiamente un sujeto de necesidades. Sucede generalmente en cada individuo que la satisfacción de una necesidad básica abre las puertas de la conciencia y cede el lugar a otra necesidad superior. A veces una determinada necesidad va a presentarse para el sujeto como el valor absoluto, sinónimo de la vida misma y por la que se siente dominado; otras veces el sujeto entiende que tal necesidad no la vive como deficiencia sino que es algo relativo y, además, dentro de la jerarquía de sus capacidades-necesidades, *él se experimenta saludable y se encuentra siendo él mismo*. Al existir, entonces, una finalidad o valor final único de la vida y existir *también* un sistema jerárquico y evolutivo de valores según el sentido global de la autorrealización en cada individuo, estas necesidades básicas o valores básicos serán tratados consecuentemente por la Enfermería bien como fines en sí mismos o bien «como estadios sucesivos hacia un objetivo final único».

El proceso correcto de autorrealización es saludado (experimentado o satisfecho como salud) por cada individuo mediante momentos de plenitud, o, como dice Maslow, «mediante experiencias cumbres», en las cuales el hombre se trasciende vitalmente en cualquiera de sus dimensiones posibles como son, por ejemplo, la intelectual, la amorosa, lúdica, religiosa o profesional.

Queda, entonces, justificada la Enfermería como cien-

cia en materia de salud humana cuando la prestación de sus Cuidados es una peculiaridad dentro del proceso de autorrealización que, según consideramos, define al hombre. *Por eso, en la relación paciente-enfermera/o los Cuidados de Enfermería se convierten ahora en experiencias-cumbre o momentos de plenitud compartidos.* No sólo en la Teoría de Cuidados en general sino también en cada uno de los cuidados que se prestan se da una experiencia-cumbre o momento de plenitud: ahora no sólo hay un beneficiario —el paciente, la persona o grupo hacia quien el profesional de enfermería dirige sus actividades que,

sano o enfermo, satisface una de sus catorce necesidades— sino que, además, la enfermera/o expresa, con su contribución específica, su creatividad, su identidad e individualidad plenas, es decir, expresa uno de los sub-aspectos de su propio proceso personal de autorrealización. En este sentido, hacemos nuestra la matización maslowiana de que «la satisfacción de las necesidades básicas comporta muchas experiencias-cumbre, cada una de las cuales constituye un goce absoluto, perfecto en sí mismo y que no necesita de nada más para dar una justificación a la vida»¹⁷.

III

LA ENFERMERÍA COMO RELACIÓN ASISTENCIAL

Nuestra capacidad de autorrealización como profesionales de la Enfermería resulta ahora más motivada cuando el sujeto de capacidades-necesidades con el que nos relacionamos se experimenta insuficiente, insatisfecho, enfermo. Surge ahora con fuerza la Enfermería Asistencial. Es la respuesta a la experiencia del dolor y del sufrimiento que trae consigo la enfermedad biológica del hombre, con la consiguiente incapacidad de autorrealización. Es tan antigua esta enfermería como la existencia misma del hombre, pues el arte de curar nació del deseo de protección y ayuda al débil, al enfermo, al desamparado; cualquier expresión de esta naturaleza está vinculada a la profesión de enfermera/o. La madre que atiende al niño enfermo y le prodiga sus mil cuidados es siempre la visión que acude a nuestros ojos al pensar en la primera enfermera de la humanidad. Sobre este papel de la enfermera/o no han dejado de insistir las modernas profesionales y teóricas de la enfermería actual a la hora de identificar nuestra peculiaridad y fundamentarla científicamente; es un elemento clave en sus respectivos «Modelos Conceptuales de Enfermería». Por ejemplo, V. Henderson al insistir que el papel de la enfermera es complementario-suplementario lo matiza diciendo que este papel consiste en «*suplir lo que al paciente le falta para hacerlo completo, total, independiente*»¹⁸.

La enfermera «es, temporalmente, la conciencia del inconsciente, el amor de la vida para el suicida, la pierna del amputado, los ojos del que se ha quedado ciego, un medio de locomoción para el niño, conocimiento y confianza para la madre joven, un portavoz para los demasiado débiles o introvertidos, etc.»¹⁹.

COMO RELACIÓN DE AYUDA Y SERVICIO

La puesta en marcha de esta función asistencial en enfermería lleva consigo:

- Establecer unas relaciones interpersonales que haga posible y capacite nuestra mutua autorrealización; es condición «sino qua non».

- Hacer efectivo el encuentro interpersonal mediante la calidad humana del mismo.
- Conseguir la salud del enfermo y familia (o comunidad) mediante la superación y orientación de esa experiencia de mal y de limitación física que vive en sus carnes; es el fin propio de nuestra interrelación.

Se convierte así nuestra enfermería asistencial en una relación de servicio que, a través del encuentro, ayuda a que el enfermo recupere su identidad como ser capaz de autorrealizarse y vivir más plenamente que antes.

Por otra parte, el tono del vínculo que, desde su necesidad, el enfermo o familia tiende a establecer con nosotros suele estar regulado por el afecto y por las emociones de miedo, tristeza, abatimiento, esperanza, etc.; de ahí que la calidad de nuestra respuesta pueda estar acentuada por la dimensión del amor a que se refería el mismo Paracelso, «... pues, es el que nos hace aprender el arte de curar»²⁰.

COMO PROCESO DE RECUPERACIÓN

El resultado terapéutico de los cuidados que prestamos al enfermo suele ir expresándose a través de un proceso. En su libro *Las relaciones interpersonales en Enfermería* lo ha descrito Hildegard Peplau como «*un proceso interpersonal terapéutico y significativo que funciona en cooperación con otros procesos humanos a fin de hacer alcanzable la salud a los individuos y a la sociedad*»²¹. Los momentos más importantes y significativos de este proceso los ha descrito maravillosamente y, según nuestra experiencia, con mucho acierto y agudeza H. Peplau a través de las siguientes fases:

- **De orientación.** Cuando el sujeto, desde la experiencia de necesidad, busca nuestra asistencia profesional cobra capital importancia *la manera en que el profesional de la enfermería inicia la relación de ayuda con él.* Esta manera viene solicitada a su vez por *la manera como el sujeto ve su necesidad o su enfermedad, importa que sepamos valorar en este momento la situación que vive, por ejemplo, de ansiedad, de sinsentido y clarificarle su situación mediante una acogida y una información a esa*

situación preocupante suya. Además del sentido terapéutico, esta orientación contribuye a que el paciente, integrando esta experiencia de mal, sea también protagonista de su recuperación.

- **De identificación.** El sujeto *conoce mejor su situación y entra en relación selectivamente* con las personas que mejor le pueden acompañar en su proceso de recuperación. En esta fase puede ocurrir un hecho indicativo de su seguridad y confianza en las enfermeras/os: el que llegue a expresarles sus sentimientos, que pondrá de manifiesto evidentemente la calidad de nuestros cuidados.
- **De aprovechamiento.** El sujeto puede sacar beneficio de esta relación de ayuda que se le ofrece. En este sentido, nosotros podemos favorecer la autorrealización o el desarrollo de la personalidad del individuo hacia su madurez e independencia.
- **De resolución.** Esta fase de independencia se expresa en la vuelta al trabajo y a casa; tal reencuentro puede posibilitar una valoración positiva de la enfermedad misma e integrarla como un elemento más en el contexto global de su vida. R. Poletti matiza esta fase de resolución como «un proceso de liberación, de marcha hacia la independencia»²².

COMO EXPERIENCIA HUMANISTA

Lo que suele ir marcando la pauta de nuestra relación profesional con el sujeto son *las necesidades como carencia* que uno va descubriendo en él. Por esta razón y pa-

ralelamente a la función técnico-laboral que debemos realizar, *nuestro quehacer profesional de enfermeras/os comporta «un modo de ser»*²³ que nos convertirá, según la acertada y repetida locución de Henderson, en conciencia de quien se encuentra en estado de inconsciencia, medio de expresión del recién nacido, consejeros, confidentes y portavoces de los más débiles. A esto llamamos nosotros experiencia humanista de la enfermería asistencial; y en base a esta aportación manifestamos que *nuestro ser con el sujeto o enfermo es a veces más importante que nuestro hacer por el enfermo*. En esta línea de pensamiento es obvio entender que encontrarse realmente con el sujeto de necesidades significa escucharle, conocerle, reconocer sus problemas, sus esperanzas, sus dificultades, su historia. Y lo que va a cualificar por sí misma nuestra profesionalidad es el fruto de salud o de autorrealización que surja en ese encuentro entre paciente-enfermera/o; esto es lo que dará sentido y contenido a la llamada Enfermería Asistencial como *enfermería humanizadora y enfermería humanizante*.

Como detalle simbólico y expresivo de lo que venimos diciendo recuerda Leriche, citado por Laín, que ¿puede limitarse el buen cirujano en el curso de su intervención a objetivar operativamente la realidad del enfermo? En modo alguno; es obligación suya imaginar lo que para el paciente va a ser la cicatriz, hay que elegir la incisión que en cada caso deje una huella más tolerable, y esto exige conocer la personalidad del operado, prever su vida futura y conjeturar cómo reaccionaría ante las diversas eventualidades de la vida²⁴.

IV ALGUNAS EXIGENCIAS PROFESIONALES EN EL EJERCICIO DE LA ENFERMERÍA

El personal de enfermería suele ser el miembro del equipo que sostiene la relación más estrecha y continuada con el enfermo como sujeto de necesidades; esto nos convierte en pieza clave del proceso de salud. De ahí que el *ethos o línea de comportamiento* de la enfermera/o en el desempeño de sus funciones sea de capital importancia²⁵.

Precisada ya la naturaleza de la relación enfermera/o-paciente, conviene recordar ahora que no es la enfermedad en sí o la dolencia misma quien la provoca sino que es la superación de esa dolencia o la satisfacción de esas necesidades; es una relación de servicio centrado en la persona y orientado a la salud, que nace de la experiencia del dolor y del sufrimiento humano, previniéndolo y aliviándolo, y proporcionando todos los cuidados precisos a tal fin, sin olvidar el tono afectivo y de emociones con que el paciente tiende a vincularse con nosotros.

Esta *responsabilidad de...* (prestar cuidados de atención en materia de salud al ser humano en cuanto sano, enfermable, enfermo, curable y mortal, individual y comunitariamente) *implica una exigencia ética* connatural e inseparable en nuestra función de enfermería. Tal exigencia ética viene razonada porque la enfermería se ejerce, sobre

todo asistencialmente, en el marco de las relaciones humanas y este no tiene otro fundamento que *el principio ético de respeto a la persona*; y nuestro concepto clave de *otorgar cuidados* —criterio unificador de la asistencia, educación, administración e investigación en enfermería— es la expresión práctica de ese respeto a la persona. No se entiende tal respeto en enfermería como un «dejar hacer-dejar pasar», no, sino que se trata de una colaboración dinámica que ayuda a llegar a ser lo que una persona ha decidido ser.

**«Prestar cuidados» en enfermería
y el «respeto a la persona» en ética
se identifican en la práctica de nuestra profesión.**

En base a esta consideración, la Enfermería debe responder hoy en las mejores condiciones al desafío que nos plantean los mismos pacientes: «Los pacientes son gente necesitada, con problemas reales o potenciales. Los pacientes tienen su propia personalidad individual, tienen un

amor propio real o potencial, una dignidad real o potencial, una independencia real o potencial. Si existe una potencial hay que estimularlo para transformarlo en una realidad y si existe una realidad hay que mantenerla. *Los pacientes confían y esperan*. Su confianza es, desde mi punto de vista, el mayor de los desafíos, especialmente en la asistencia a aquellos pacientes que no se quejan o no pueden hacerlo. La población de los pacientes como un todo y los pacientes individuales confían en las enfermeras individualmente. *Esta confianza desafía la integridad profesional y humana de todos nosotros*²⁶. Todos los profesionales debemos plantearnos, por tanto, una serie de exigencias éticas que oriente nuestra actuación y salvaguardar, así, los valores humanos que fundamentan nuestra práctica en beneficio de la sociedad a la cual servimos, de los colegas y de los otros profesionales con los que debemos trabajar²⁷.

Indicamos a continuación algunas de estas exigencias éticas que son de una importancia más inmediata:

1. Hay en el pensamiento actual una convergencia absoluta hacia la grandeza y dignidad del hombre. Todos estamos de acuerdo en que el hombre constituye el centro de valor y que es, por tanto, él al que hay que salvar-liberar-curar-cuidar-amar-y-hacer progresar en toda su es-

Grandeza y dignidad del hombre.

tructura bio-psico-social-cultural. El hombre o la persona humana aparece así como el valor ético fundamental. Otra cosa es *de qué modo entiende cada uno esta dignidad y grandeza*. *Enfermería cree en esta dignidad y grandeza humanas en la medida en que cuida y ayuda en el proceso de salud que un sujeto o comunidad han decidido realizar, en toda su biografía y en todo su ciclo vital* (desde su fecundación o nacimiento hasta su inhumación o muerte). Es la reacción humana que permite a la enfermera participar en el sufrimiento y dolor de los otros, es el descubrimiento del otro no como un instrumento u objeto sino como una persona y un «tu» al que enfermería trata de cuidar en su autorrealización o salud. Es el momento en que nuestra ciencia o profesión, al dar razón de sí misma, se justifica como ciencia y profesión en el ámbito de las ciencias básicas de la salud humana.

2. Es primordial en un buen profesional de la Enfermería plantearse una capital exigencia ética que formulamos en tres momentos:

a) La posesión de los conocimientos necesarios para prestar los servicios requeridos. Competencia, capacidad. *Saber* definir las funciones de nuestra profesión, saberlas.

- **Ayudar** al paciente en estado de salud-enfermedad-rehabilitación-crisis vital.
- **Aplicar** tratamientos físicos y psíquicos, bien por indicación facultativa interprofesional, bien por decisión propia como profesional independiente.

Competencia y capacidad.

- **Planificar**, organizar, realizar y valorar los servicios del proceso de enfermería como sector independiente, aunque interrelacionado, de las atenciones o prestaciones sanitarias.

- **Enseñar** a los profesionales de Enfermería, a los otros miembros del equipo sanitario, a la sociedad o comunidad que le rodea respecto a las materias propias de su competencia²⁸.

b) Plantearse si estos conocimientos y funciones definidas y sabidas como es, por ejemplo, ayudar al hombre en estado de salud, enfermedad, rehabilitación y crisis vital, otorgándole los cuidados precisos, etc., *constituyen o*

Mi absoluto profesional.

no «mi absoluto profesional». Esto es algo que debe hacer cada profesional *personalmente*; pues, sin escatimar absolutamente en nada la justa retribución económica de su trabajo, éste se configura originariamente como fidelidad a la vocación profesional que cada uno descubre y elige como servicio a los demás.

c) Una vez establecido positivamente «prestar esos cuidados de salud...», etc., es «mi absoluto profesional», *el proceso de nuestra exigencia ética nos conduce a asumir el compromiso de adecuar nuestro comportamiento laboral según el criterio de nuestro absoluto definido y elegido*. Nuestros actos y actitudes no tienen ya otra norma que no sea el bien y la autorrealización de la misma persona humana desde su experiencia de enfermedad, etc.; nuestros actos *adquieren ahora su contenido como éticamente buenos o malos, humanos o deshumanos según se ajusten o no a la consecución de la salud integral de la perso-*

Adecuación de mi comportamiento profesional al absoluto definido y elegido.

na enferma. La dimensión ética que nos estructura como persona a cada uno de nosotros individualmente se pone así de manifiesto, *justificando* (haciendo justo) o *dando razón* de nuestro quehacer profesional.

3. Es ineludible nuestro compromiso ético del *conocimiento y defensa* de los Derechos del Enfermo, todos los derechos de todos y cada uno de los enfermos. Son estos derechos una parte de los Derechos Humanos: «la condición de enfermo no rebaja la dignidad de la persona hu-

Conocimiento y defensa de los derechos del enfermo.

mana, sujeto de derechos inviolables e inalienables, sino que la refuerza por la condición de ser humano que, a la solidaridad social correspondiente añade la de un sujeto debilitado psíquica y corporalmente»²⁹. *No ha sido Enfermería, precisamente, el estamento adalid en el conocimiento y defensa de estos derechos*, pues el agobio laboral de cada día nos ha tenido ausente de los momentos y lugares en que se ha estudiado y trabajado este tema en

nuestro país; hasta la polémica y el enfrentamiento de poderes han sido más protagonistas que nosotros y, por supuesto, más protagonista que el mismo enfermo en todo este asunto.

Así, como por inercia, hemos eludido nuestra responsabilidad profesional de colaborar en conseguir una adecuada cobertura ética y legal de los cuidados que deben prestarse a los pacientes.

Aunque no tiene cabida en el presente estudio señalar y describir cada uno de estos derechos, salta a la vista la importancia que tiene siempre al respecto el tema de la información. Y más que derecho a la información habría que subrayar —siguiendo la tesis del presente estudio— «la necesidad imperiosa que el enfermo tiene de la información. El derecho a la información sólo se ejerce si alguien que la posee te reconoce tal derecho»³⁰. La persona debe participar, entonces, como sujeto informado y responsable de la propia curación y de la propia salud. *La tarea de la propia salud no debe estar totalmente en manos extrañas*, excluyéndolo de su propio proceso de curación. La persona no sólo tiene derecho a la salud, *también tiene el deber de ser el primero* en ocuparse de su bienestar biológico, psicológico, social y espiritual³¹; así será consciente de su valor personal y será el protagonista de su propia curación y realización.

Esta exigencia de velar por los derechos del enfermo adquiere especial relevancia en el enfermo hospitalizado, donde precisamente la enfermería es muy asistencial. En el hospital «el enfermo se encuentra inmerso en un ambiente, y está rodeado de un personal altamente especializado. Esto comporta el riesgo de que la responsabilidad hacia el enfermo se encuentre, a menudo, excesivamente atomizada. El paciente tiene muchos interlocutores, pero éstos sólo resuelven aspectos muy parciales y de forma técnica, faltándole a veces una visión globalizada de su estado. Justamente por ello, en el hospital la información completa y continuada tiene un relieve muy especial como ayuda para la adaptación del enfermo al medio ajeno. Gracias a esta información, el enfermo puede ser parte activa del equipo asistencial»³².

4. La Formación Continuada es también una exigencia inexcusable que debemos tener presente en Enfermería. No se trata de estar al día sin más sino de prestar la asistencia más saludable posible al enfermo y comunidad. Hemos sido generalmente un estamento sanitario alérgi-

Exigencia de formación continuada.

co a implicarnos en una formación profesional continuada como postgraduados: «¿qué más vamos a saber si estamos todos los días dominando perfectamente nuestro trabajo?» y «¿quién me va a enseñar a mí? ¿uno igual que yo?», «es igual... teorías y *rollos nuevos* que, en la práctica, no sirven para nada». Sería luminoso un estudio de las causas que originan una actitud así; pues, a veces, he-

mos descalificado la importancia de la formación continuada si no era rentable en puntos para el escalafón o para la plaza de especialidad en propiedad. En todo caso, solemos estar más interesados en el aprendizaje de técnicas nuevas que simplifican más el trabajo; y creemos que esto es muy deseable siempre que estemos dispuestos para la adquisición de criterios de responsabilidad que nos hagan profundizar y abrir más el campo de nuestras funciones y competencias como profesionales de la Enfermería. El mecanismo adecuado para ello no es otro que el de la formación continuada, la cual, hoy por hoy, deberá incluir en su sumario cuestiones como, por ejemplo: el enriquecimiento de nuestro acervo cultural, los servicios a prestar a los enfermos, las necesidades y exigencias sanitarias de la colectividad y sus recursos, los adelantos en temas de nuestra profesionalidad, los nuevos métodos científicos, *sobre la planificación y práctica de las actividades de un servicio asistencial*, participar en la formación de estudiantes y de la comunidad que nos rodea, etc.³³.

5. Es creciente hoy el interés público por los temas éticos de la salud humana, hay una sensibilidad especial para ello; así lo ponen de manifiesto hechos como:

- La aplicación progresiva de la técnica plantea cuestiones morales sobre los recién nacidos, moribundos, modificación de la conducta, investigaciones genéticas, etc.

Interés por los temas éticos de la salud.

- Es frecuente plantearse el tema de la equidad en la utilización de los recursos sanitarios porque las atenciones de salud dependen más de la aportación pública.
- La presencia de la técnica en la medicina suscita ambigüedad y descontentos por su deshumanización.
- Hay una mayor sensibilidad a los derechos de las personas en materia de salud.
- Etc., etc.

Durante la España de la post-guerra, el tema ético estuvo muy presente en las carreras de medicina y enfermería «con una configuración ideológica muy definida, católica. El enfoque tan parcial concedido a la ética médica, y el contexto sociopolítico de su enseñanza, contribuyeron a un rechazo muy generalizado frente a la misma por parte de los médicos. Quizás ello explique la desaparición de la ética médica como asignatura obligatoria»³⁴. Un importante sector de jóvenes médicos, desconocedores del estilo anterior, manifiestan hoy una nueva sensibilidad frente a estos temas. Interesan estas cuestiones porque, a pesar de la actualidad teórica que vuelve a tener la dimensión ética en las ciencias de la salud, no es menos cierto el vacío moral existente hoy a la hora de valorar situaciones nuevas y decidir; quizá el desvanecimiento de la imagen normativa del hombre esté en la base de este fenómeno, pues la ética «no es una forma supletoria y lujosa que el hombre añade a su ser para obtener un premio sino que es el mismo ser del hombre en cuanto está en su propio quicio y vital eficiencia»³⁵.

La Enfermería que como experiencia humanista de «dar cuidados» en materia de salud se realiza con una configuración estructural ética³⁶, tiene también su contenido moral cuando sus actos, tanto a nivel profesional-individual como organizativo, se valoran positiva o negativamente según se tenga o no en cuenta el criterio de la dignidad de la persona humana.

**El ejercicio de las funciones de enfermería
nos urge a todos los profesionales
a la reflexión ética.**

No podemos seguir delegando nuestra opinión ni nuestras propias responsabilidades en la Ética Médica. Es más,

el estudio y conocimiento de la Ética Profesional de Enfermería, como materia específica de nuestra formación curricular y continuada, debe ayudarnos a asumir nuestras propias responsabilidades, siendo capaz de valorar las situaciones conflictivas que se presentan en nuestra labor asistencial y saber tomar decisiones profesionales éticamente razonadas.

Igualmente, debemos converger en un *Código de Ética Profesional de Enfermería* que oriente la actuación de enfermería, salvaguardando los valores humanos que fundamentan nuestra práctica en beneficio de la sociedad, de los colegas y de otros profesionales con quienes debemos trabajar. Es necesaria nuestra participación en las *Comisiones éticas para asesoramiento a los poderes públicos*, y en los *Comités de Ética en los Hospitales* de composición pluridisciplinar para problemas o casos particularmente difíciles; pues, por ejemplo, la prolongación o no de la vida en determinadas condiciones, la asignación de recursos escasos para necesidades que los desbordan, etc., son cuestiones que así lo requieren³⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. ILLICH, I.: *Némesis Médicas, l'expropiatio de la santé*. París, Seuil, 1975, pág. 222. Hay versión castellana en Ed. Barral, Barcelona, 1975.
2. UNAMUNO, M.: *Vida de D. Quijote y Sancho*. Colec. Austral, 15.ª ed., Madrid, 1971.

3. MARCHESI P.-L.: *Humanización*. Doct. Int. Ord. Hospitalaria, c/ Herrero de Tejada, Madrid, 16.
4. MARCHESI. *Ibid.*
5. GARZÓN, N.: *La enfermería como profesión*. Revista Rol de Enfermería, Barcelona, 1981.
6. MASLOW, A.: *El hombre autorrealizado*. Ed. Kairós, pág. 211, Barcelona, 1979.
7. MASLOW. *Ibid.*, pág. 213.
8. POLETTI, R.: *Cuidados de enfermería*. Ed. Rol de Enfermería, págs. 72-73, Barcelona, 1980.
9. ARANGUREN, J. L.: *Ética*. Alianza, Ed., pág. 292, Madrid, 1979.
10. LAÍN, P.: *El médico y el enfermo*. Ed. Guadarrama, pág. 243 y s.s., Madrid, 1969.
11. MASLOW, Op. cit., pág. 213.
12. LAÍN, Op. cit., *ibid.* También en *Antropología Médica*. Salvat Ed., pág. 197 y s.s., Barcelona, 1984.
13. GALVE, M.: *Visión antropológica del hombre enfermo*. En Revista Labor Hospitalaria, número Monográfico, 179-180, pág. 30, Barcelona, 1981.
14. ADAM, EV.: *Hacia dónde va la enfermería*. Ed. Interamericana, pág. 12, Madrid, 1982.
15. MASLOW, Op. cit. pág. 210.
16. MASLOW, *Ibid.* pág. 207.
17. MASLOW, Op. cit. pág. 209-210.
18. ADAM, EV.: *Hacia dónde va la enfermería*. Pág. 14.
19. ADAM, *ibid.*, pág. 15.
20. LAÍN.: *El médico y el enfermo*, y *Antropología Médica*, pág. 240.
21. POLETTI, R. Op. cit., pág. 28 y s.s.
22. POLETTI, *Ibid.*, pág. 31-32.
23. ARANGUREN. Op. cit., pág. 140 y s.s.
24. LAÍN. Op. cit.
25. MARDARÁS, E.: *La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas*. Ed. Rol de Enfermería, Barcelona, 1981.
26. HOCKEY, L.: *Reto a la enfermería*. Revista Rol de Enfermería, pág. 49, Barcelona, 1982.
27. GARZÓN, N. Op. cit., pág. 14.
28. ESEVERRI, C.: *Enfermería, profesión con futuro*. Ed. Jims, pág. 23, Barcelona, 1978.
29. GENERALITAT DE CATALUNYA: *Derechos del Enfermo*. Pág. 5, Barcelona, 1985.
30. DELGADO, P.: *Información al enfermo y familia*. En revista Labor Hospitalaria, número Monográfico, 179-180, pág. 27, Barcelona, 1981.
31. MARCHESI, Op. cit.
32. GENERALITAT DE CATALUNYA. Op. cit., pág. 5.
33. ESEVERRI, C. y MARSET, A.: *La formación continuada de los profesionales de la salud para una asistencia integral*. Labor Hospitalaria, n.º 179-180, pág. 30.
34. ELIZARI, J. y VIDAL, M.: *Planteamientos actuales de la moral médica*. En revista Jano, núms. 646-11, pág. 38, 1985.
35. ORTEGA Y GASSET, J.: *Por qué he escrito sobre el hombre a la defensiva*. En Obras Completas, T. IV, pág. 72.
36. ARANGUREN. Op. cit., pág. 47 y s.s.
37. ELIZARI-VIDAL. Op. cit., pág. 38-41.

Por un Hospital más humano

LA HUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA ESTÁ POR ENCIMA DE TODO INTERÉS

A los congresistas de los hospitales católicos de todo el mundo (31-10-85)

En la mañana del jueves 31 de octubre, el Santo Padre recibió en audiencia a los congresistas de los hospitales católicos esparcidos por el mundo, reunidos durante estos días en el Aula Pablo VI del Vaticano, con motivo del estudio y de la puesta en marcha de un programa de colaboración y de coordinación. He aquí el texto del discurso pronunciado por el Papa.

Queridos hermanos y hermanas:

1 Me produce una alegría sincera recibir en audiencia particular a todos vosotros, médicos, enfermos, voluntarios, religiosas enfermeras y administradores que, en representación de los hospitales católicos esparcidos por el mundo, os habéis reunido en Roma con motivo de vuestro congreso, con el fin, no solamente de profundizar el estudio para una mejor colaboración entre estructuras sanitarias hospitalarias, sino también para facilitar apoyos científicos y técnicos, junto con intervenciones prácticas, especialmente a los países en vías de desarrollo.

Dirijo mi cordial saludo a todos vosotros, aquí presentes, y en particular a los promotores de la Confederación Internacional de Hospitales Católicos: a monseñor James Cassidy y al doctor Marcello Sacchetti, presidente y secretario general, respectivamente, del Comité promotor. Dirijo, además, un recuerdo especial al cardenal Pironio y a monseñor Fiorenzo Angelini, presidente y pro presidente, respectivamente, de la Pontificia Comisión para los Agentes Sanitarios, y a fray Pierluigi Marchesi, que se encuentra aquí en representación de las instituciones religiosas hospitalarias.

Me es grato manifestaros mi complacencia por esta iniciativa, que considero importante porque establece una confrontación entre cualificados operadores en el delicado

campo de la salud en un contexto de conocimiento de amistad, de discusión, proporcionándoles un estímulo y un aliento en el ejercicio, frecuentemente agotador e ignorado, de la propia actividad.

Tengo la certeza de que vuestras reuniones, encaminadas a promover de forma cada vez más estrecha el intercambio cultural y la colaboración técnica y científica, serán útiles para vuestra profesión y para un mejor servicio a todos los que recurren a vuestros cuidados sanitarios. Y justamente para incrementar dicha cooperación, con fecha 11 de febrero, he creado una especial comisión pontificia, haciendo votos en el *motu proprio* de creación «*delementium hominum*» por una mejor coordinación de todos los organismos católicos comprometidos en el campo de la sanidad y de la salud (cfr. n. 4).

EL OPERADOR SANITARIO SE PREOCUPARÁ POR LA EVANGELIZACIÓN DEL ESPÍRITU

2 Cuando se trata de organizaciones como las vuestras, que se inspiran en el Evangelio de Cristo y en el magisterio de la Iglesia, la cual, por vocación innata, ha patrocinado siempre el cuidado de los enfermos, mi palabra

se torna todavía más confiada y mi corazón se abre a una más sentida gratitud por la labor que desarrolláis.

Vuestra calificación de operadores católicos, que sacan impulso para la propia misión de los principios de la moral cristiana, os hace en cierto modo continuadores de la actividad terapéutica del Señor, resumida por el evangelista San Mateo en las siguientes frases: «Recorría toda la Galilea, enseñando en las sinagogas, predicando el Evangelio del Reino y curando en el pueblo toda enfermedad y toda dolencia. Extendiéndose su fama por toda Siria y le traían a todos los que padecían algún mal, los atacados de diferentes enfermedades y dolores y los endemoniados, lunáticos, paralíticos y los curaba» (Mat, 4, 23-24).

Como es sabido, las curaciones efectuadas por Jesús no se reducían a la eliminación pura y simple de un fenómeno patológico, sino que eran, al mismo tiempo, señales proféticas de la venida del Reino de Dios y de la nueva situación espiritual que llegaba a crearse en la persona curada. En la concepción bíblica, la enfermedad, como el exilio y la esclavitud, aparecen como una realidad provisional, cuya desaparición está vinculada con la venida de los tiempos nuevos.

Con motivo de la curación del ciego de nacimiento, a los discípulos que preguntaban: «Maestro, ¿quién ha pecado, él o sus padres, para que nazca ciego?» Jesús respondió: «Ni él ni sus padres han pecado, pero sucede así para que se manifiesten en él las obras de Dios» (Juan, 9, 2-3). Las curaciones eran, por tanto, ocasiones para devolver la salud física y para otorgar la salvación del alma, es decir, para instaurar el Reino de Dios en la persona beneficiada por el milagro.

Del ejemplo de Jesús proviene para el operador sanitario católico el deber de no limitarse al cuidado del cuerpo, siempre urgente y obligado, sino de extender sus preocupaciones a la evangelización del espíritu por el hecho de que los que yacen en una cama tienen el derecho de ser instruidos sobre el sentido de la vida y de la muerte, a la luz de la fe cristiana.

Rebosante de esta espiritualidad, el operador sanitario, en particular el sacerdote, con el consejo pastoral, está llamado a desarrollar entre los enfermos y sus familias una acción importante, fundada en la esperanza cristiana. De esta esperanza, queridísimos hermanos y hermanas, sed testigos creíbles y diligentes junto a la cabecera de quien mira a vosotros para obtener alivio en el cuerpo y consuelo en el espíritu.

URGE HUMANIZAR LA MEDICINA Y LA REALIDAD HOSPITALARIA

3 En un mundo en rápida transformación os habéis reunido también para comparar entre vosotros los aspectos técnicos necesarios en orden a un mejor funcionamiento de vuestras realidades sanitarias. Los hospitales católicos, para alcanzar los grandes ideales, a los que acabo de aludir, deben hacer todo lo posible a fin de que los enfermos sean asistidos tal como exige su dignidad de personas «hechas a imagen y semejanza de Dios» (Gén. 1, 26).

Para nadie pasa desapercibido que la evolución tecno-

lógica y los mismos cambios de naturaleza social, económica y política han modificado en el mundo el entramado en el que se apoya toda la vida de los hospitales. De aquí la exigencia de una nueva cultura, especialmente en la preparación técnica y sobre todo moral de los operadores sanitarios a todos los niveles.

El hospital católico, además, por el hecho de estar obligado a dar testimonio de la Iglesia, debe revisar a fondo la organización, a fin de que ésta refleje cada vez mejor los valores evangélicos manifestados en las orientaciones sociales y morales del magisterio; que no se deje absorber por los «sistemas» que se fijan solamente en el componente económico-financiero y en los aspectos clínico-patológicos; que sepa estar cada vez más próximo al hombre y asistirlo frente a las ansiedades que le asaltan en los momentos más críticos de la enfermedad; que sepa crear una cultura orientada a humanizar la medicina y la realidad hospitalaria.

Todo esto exige un fuerte movimiento unitario entre los hospitales católicos en todos los sectores, sin excluir el económico-organizativo. Con esta deseada unidad el hospital católico, más todavía que cualquier otra institución hospitalaria, debe estar abierto a las exigencias de todos los enfermos de todos los continentes, en especial de los países en vías de desarrollo.

EL SERVICIO VOLUNTARIO ESTÁ TOMANDO UN VIGOROSO INCREMENTO

4 Existe una forma específica de servicio que me gustaría someter, una vez más, a vuestra consideración, porque en esta materia también estoy convencido de que los hospitales católicos deberán ser un ejemplo para otras estructuras y servicios de la sanidad. En todas las partes del mundo se produce un vigoroso incremento en el fenómeno del servicio voluntario, mediante el cual un número considerable de personas, especialmente jóvenes, ofrecen dedicar al menos una parte de su tiempo en realizar un trabajo gratuito en favor de la comunidad.

Para los cristianos, aceptar tal responsabilidad en favor del bien público es una forma práctica de mostrar la complacencia de seguir el ejemplo de Cristo compartiendo los problemas y dificultades de nuestros hermanos y hermanas.

¿Cómo podemos dejar de tributar el debido reconocimiento a la significativa contribución que puede hacerse en orden a facilitar el cuidado de la salud por la amorosa y discreta presencia de trabajadores voluntarios, completando la labor del equipo de plantilla? El servicio voluntario, si está convenientemente coordinado, puede ayudar a mejorar la calidad del trabajo prestado, añadiendo una pincelada de calor humano y atención que puede, obviamente, consolar a los pacientes y probablemente también ejercer una influencia positiva en el curso de la terapia.

Sé que en un número considerable de hospitales católicos, especialmente en los pabellones de enfermos crónicos, se está haciendo ya mucho en este sentido. Pero las presentes circunstancias parecen sugerir que ha llegado el momento de un esfuerzo para hacer un uso cada vez ma-

yor de la generosidad aprovechable en la comunidad, y para esta tarea podría demostrarse muy útil para los diversos hospitales seguir las normas cristianas para compartir sus experiencias.

El objetivo que debe perseguirse es una estructura cuidada de la salud, que no es una parte aislada, sino una parte vital de la labor social de vecindad. Un activo intercambio entre la comunidad de la sanidad y la comunidad del enfermo no puede dejar de demostrarse como un poderoso incentivo para un crecimiento general en caridad.

El momento actual está lleno de grandes responsabilidades para los hospitales católicos, y su supervivencia depende del éxito que tengan los católicos en el trato, no sólo con el enfermo de hoy, sino con todas las gentes de hoy. Su supervivencia depende también de que los católicos acierten a crear una nueva cultura y nuevas formas de atención pastoral para el enfermo, capaces de dar testimonio de Cristo como Salvador, tanto del alma como del cuerpo.

NO DEFRAUDÉIS EN LO QUE SE ESPERA DE VOSOTROS

5 Queridos hermanos y hermanas, los problemas que esperan una solución son muy numerosos; mi esperanza es que no defraudéis en lo que se espera de vosotros en orden a mantener la alta estima con todo derecho otorgada a las instituciones que se cuidan de la salud y que el pasado ha confiado a vuestra responsabilidad. Continúad manteniendo vuestra tradición con entrega ejemplar, porque la causa que servís es noble y ennoblecedora: es la causa de la humanidad. Que este ideal os sostenga en las dificultades que encontráis y que inspire en vuestros corazones los sentimientos que impulsaron al buen samaritano a ocuparse del hombre herido y abandonado en el camino (cf. Luc. 10, 30-35).

A todos vosotros imparto mi bendición apostólica.

Ecclesia
30 noviembre 1985

GINECEO*

«*Amo el niño y el barro, la mujer y su herida...*»

DOLORES JUAN MERINO

Enfermera. Madrid

LABOR HOSPITALARIA se complace en publicar el primer premio del concurso sobre *Enfermería y Valores humanos*, promovido por la Escuela Universitaria de Enfermería Hospital San Rafael de Madrid. Se presentaron 50 relatos y fueron seleccionados doce, de los cuales el Jurado premió seis.

En el relato GINECEO de doña Dolores Juan Merino, que obtuvo el primer premio, podemos destacar estas cuatro ideas: intuición, delicadeza, sensibilidad, cercanía.

Enhorabuena a los promotores y también a la ganadora.

La tarde de agosto, cargada de calor y de luz, comenzaba a bajar desde su siesta. Todo reverberaba fuera y crujía de sol.

Las rocas chupaban estío a través de los insectos, de las plantas quemadas y estoicas, de los dorados cardos, de los grillos pertinaces, los imprevisibles saltamontes.

Estábamos aplanadas, como muertas, caídas de cansancio, inmóviles, truncadas. Mirando las altas peñas, montadas unas sobre otras como encelados animales prehistóricos, pensé de pronto: «¡qué bella tarde para morir!».

Y lo pensé evocando un gran mar azul, una serena lejanía, una larguísima, mortal caída desde alto roquedal, un secreto adiós tal vez sin esperanza de retorno.

Y pensé mucho en la muerte, sin importarme el después ni si es corta o es larga la partida, ni para qué, ni para dónde.

Era todo largo y ancho en aquella tarde y morir sería como ser dulcemente llevado bajo el cielo azul en unas angarillas, con la cabeza vuelta hacia otro lado. Y no era triste pensar en la muerte en una tarde como aquella. Pero luego...

El día comenzaba su lento terminar. Había que procurar no caer en el eterno negro. Había que respirar fuerte y regresar. Allí nos esperaban. Y de nuevo la vuelta a la revuelta vida, a la comunidad que nos envuelve, nos abraza, nos abrumba, nos mata y nos revive un poco cada día.

Vuelvo, ahora, a trabajar aquí esta última noche de un rosario de noches recorrido a lo largo de los cuatro últi-

* Dedicado a una matrona que perdió la vida durante un bombardeo en Madrid junto a una parturienta y a su recién nacido.

mos. La última noche en esta casa de maternidad que va a ser derruida, donde, durante tantos días, dejé de ser yo misma para quedar fundida con todas las madres y todos los hijos de todos los tiempos.

Veo nombres y nombres de mujeres. Cientos y cientos..., miles. Las recuerdo...

«Se notaba en su piel la íntima serenidad de las cosas».

«... había en sus ojos como el lúcido retornar de algún sitio».

«... traía en su pelo la última sal de la playa».

«... movía sus manos un trágico viento».

«... su aroma era denso, su voz temblaba apenas como si recitara una canción...»

La penúltima noche, pensarían algunas, y por debajo, a veces, el miedo reptando, como una mala sombra resbalosa. ¡Venían de tan lejos y eran tantas...! En un súbito alzarse contra el tiempo, volvían hacia atrás. Yo les tendía mis manos y mi afecto y ellas consentían, se entregaban, liberaban sus lástimas una a una, todas aquellas penas ya olvidadas... ¡Lástima de su voz, y sonreían!

¡Volver de nuevo a recobrar sus gestos, como en las religiones o en los cinematógrafos perdidos!

Luisa, Enriqueta, Patrocinio, Josefina, Mercedes, Dorinda, Lucía, Martina, Fernanda, Julia, Carmen, Eugenia, Concepción... Cientos de líneas breves, conocidas, justo para dejar memoria de su paso: «23 horas, Milagros XX, parto normal, varón vivo, 3,000 kilogramos»; «0 horas 15, Rosalía VV, parto normal, hembra viva, 2,750 kilogramos»; «4 horas, Carmen TT, fórceps, varón muerto, 4,500 kilogramos...»

Y así líneas y líneas. Cientos y cientos, miles, varios miles: Libro Diario de la sala de partos de la Maternidad. Una cadena cuyos eslabones, unidos en el libro, se mezclan, se superponen, se separan, van pasando al olvido, apenas reducidos a un número estadístico.

Nuestro espacio es pequeño: apenas unos pocos metros de cuarto en los que hay un lavabo, una cama, una luz, una mesa con una colchoneta para poner los niños, el teléfono, el carro de la ropa, todo eso... Parece un taller de artesano, el cuarto de costura de una mujer acostumbrada a su larga soledad. Pero es como una cita, un encuentro de vidas, una inocente encrucijada humana, como un panal de miel.

Esta noche siento como unos deseos imperiosos de acariciar todo este sucinto mobiliario viejo y desconchado, de pasar mis manos con amoroso gesto por esta cuna arrinconada, por esta colchoneta de los recién nacidos, por el pesabebés, el tampón abollado para imprimir las huellas, el porrón del alcohol etiquetado con un esparadrapo...

Es una despedida. Paseo los dedos por el armario pintado de blanco, raspado con inocente contumacia por donde llega la camilla, por esta pequeña vitrina donde el instrumental, por las palanganas de plástico verde... Todo lo que esta mañana desdeñaba por viejo y maltrecho, las pa-

redes salpicadas de sangre y mercromina, esta noche me parece que están rezumando humanidad y ternura.

Amo y acaricio en este justo momento a todas las mujeres que han vivido y sufrido en este lugar al correr de estos cuatro últimos años. Escribo encima de esta mesa donde siempre escribimos la primera noticia de un ser humano. Escribo encima de este Libro Diario, sobado y manoseado a cualquier hora del día o de la noche. Escribo encima de todos los gritos, de todos los alaridos de dolor, de los sufrimientos de seis mil novecientos veinticinco (así lo dice el número de orden) madres, hermanas mías, que han pasado por entre estas paredes para tener sus hijos.

¿Qué queda ahora, en este espacio de aire, de tantos dolores, tantas alegrías, tantas reconcentradas emociones?

Ahora, de pronto, cada cosa en su sitio, todo cobra un nuevo sentido, cada objeto adquiere nuevamente su razón de ser, su número, su orden, su palabra, su íntima vibración casi olvidada. Percibo el aire lleno de latidos. Puedo tocar esos latidos sordos, cálidos, como si los llevara dentro de mí. Aunque cierre los ojos, aunque me tape los oídos, suenan por mi interior. Por cada latido de la madre hay dos latidos en el vientre, anotados luego en las gráficas, multiplicados por miles: latidos lentos, rápidos, duros, fuertes como impacientes puñetazos, débiles como incipientes aleteos, rítmicos, inaudibles como unos pasos alejándose, colgados de cada molécula de aire, movidos con cada respiración, por cada suspiro.

Cada latido es como una llave que abrirá —o no— para siempre la cerradura de su propia vida. De la buena respiración de la madre dependen los buenos latidos de su hijo.

Aquí estaba siempre abierta la Gran Puerta del Mundo. Desde el útero matriz la Vida quizás parezca un castillo, una fortaleza inexpugnable, un puente levadizo que es preciso atravesar, un río que vadear penosamente. Pero hay un dios bueno que sin dolor nos quita la memoria. Y el hombre, infinitamente débil y, al mismo tiempo poderoso, debe pasar como un domesticado animalillo, fatalmente condenado, empujado, impelido a vencer o a morir en el empeño.

Ahora puedo veros a todas y a cada una de vosotras, Mercedes, Isabel, María, Josefina, ahora os veo, una a una, vencidas, sangrantes, desgarradas, suplicantes, implorantes, pálidas, histéricas, ululantes, felices o angustiadas, pero nunca indiferentes, pasar a recibir en vuestra escudilla el trozo de vida que os ha correspondido amamantar.

Y estuvo aquí vuestro futuro, en esta colchoneta minúscula, llorando con rabia y energía, abrazándose al aire, pataleando, peleando con sus cerrados puños débiles contra esos temerosos fantasmas de la vida, o tal vez, quieto, inerte, de antemano vencido ya por ellos, ante las puertas del castillo-fortaleza, abandonado a su destino, enteramente en vuestras manos, a nuestra merced, a nuestro solícito cuidado.

A los latidos acompañaban vuestros quejidos como jaculatorias, como una ritual cantinela, como una oleada; vuestros quejidos de madres, hermanas nuestras, que nos cubrían y nos anegaban. Dolientes, tristes, rabiosos, han rebotado una y otra vez como pelotas de algodón, a nuestro alrededor, sin herirnos, sin pausa, sin hacer estallar las

paredes para invadir el mundo, para encender el aire de la calle. Todos están aquí todavía. Los percibo sin ritmo ni forma, zumbantes, vibrando a mi alrededor. Millones de quejidos lentos, agónicos, enervantes, en la penumbra del pasillo, en el silencio tenaz de la noche, machacando con su peso sin fin nuestros nervios y nuestro corazón.

Eran los quejidos impacientes, perentorios, sin respuesta, de la hembra solitaria que alumbraba. El dolor de la mujer, el bíblico dolor como un émbolo engastado en su cilindro, que empuja, móvil, redondo, activo y rítmico, como una máquina, como una catapulta, forzando, rompiendo, estallando a veces, bajo la luz resbalosa de mil ojos, esa luz agriamarga de la sala de partos.

Como en el bello friso de las Panateneas, este túnel es también un bello friso de presentes sin fin. Una tras otra, acostadas en estrechas camillas, habéis pasado con vuestro hijo en los brazos, las dadivosas, las oferentes, rodando, deslizando la mirada por un techo abovedado alumbrado por luz fluorescente y poblado de fantásticas sombras.

«Hora 0, minuto 0. Aquí está mi presente, Señor del Mundo». Huella del pie —planta izquierda—. Huella de la madre —índice y pulgar de la mano derecha—, peso, talla, medida, cabeza, color, aspecto, raza, detalle, signo, sí, no, número filiación... Todo reducido a número, contraste, estadística, gráfica, control. Toda la repetida rutina de un laborioso, cansado ritual. «Parto normal. Varón 3,200 kilogramos. 15 horas». ¡Siguiente!

Si era frágil o fuerte, si serena o ardiente, si rubia y de ojos dorados, si con manos sedosas, si su habla recordaba una música, si su sonrisa era como una recompensa: nada de ello cuenta aquí, en esta encrucijada donde tan bien nos conocimos y donde fuisteis —Margarita, Ofelia, Aldonza o Agustina— vencidas dignamente por vuestras ofrendas.

Hora 0, minuto 0. Y me sentía a veces sacerdotisa ante el altar de los nacimientos, escribana de honor del Ciudadano X, presentadora de dádivas, recepcionista de incógnitos viajeros, dama de honor de una interminable cohorte tan irreal como la misma realidad.

Olor de los nacimientos, caliente como un pesebre vivo. Oxígeno, antisépticos, sangre, alcohol, gritos, gemidos apretados, precisos apresuramientos. Olor humano, de trabajo, de orina y de heces, de líquido amniótico de seminal efluvio, de carne machacada y cosida, de sangre manando oscura de cálidas cuevas vaciadas, de los misteriosos e increíbles cálices de la vida. Parto normal. Hembra. 2,500 kilogramos. ¡Siguiente!

Sigue rodando por el túnel la procesión más dadivosa, más generosa que jamás existiera, con sus más recientes

y bellas ofrendas y, por un momento, me parece que hasta el humo del incienso ha velado el ambiente.

La luz cruda, artificiosa y glacial nos rodea y tiembla en el agua goteante de un grifo, en la válvula de extracción, en el níquel de los instrumentos de la vitrina y empalidece el rostro de las sacerdotisas. A las tres de la madrugada, salpicada de sangre de ofertorio, roída de cansancio, siento como si ya fuera a morirme, como si el corazón se quisiera parar. Tengo la sensación de que anda cada vez más despacio, como un lento y pesado péndulo del que el mundo se hubiera colgado para detenerlo: así es mi cansancio. Paseo por las salas y veo las caras de las madres dormidas, abandonadamente cedidas a su destino, con su cachorro chorreando leche, a su lado, apoyado en su seno, sobre un brazo extendido y relajado. Parece como si por estas salas hubiera pasado un ángel apaciguador bañado en luz azul. Huele a leche agria, a sangre, a sudor de mujer, a amor de madre.

Ya pasó la dura hora. Una taza de café caliente conforta como un beso nuestro ánimo. Llega la luz del día y nuevamente mi sol interior empieza a alumbrarme, el corazón suelta su lastre y lentamente torna a su latir ligero, a su mismo compás con los demás.

De nuevo los niños al nacer pasan por mis manos como estallidos maravillosos, como flores recién abiertas. Late un momento su pulso entre mis dedos y miro con ternura a la madre que está como vencida, un poco triste, un poco alegre, y se va con su hijo para dejar el sitio a otra y a otra y a otra...

No podré nunca recordar si Carmen o Isabel se alegraron o no al recibir su hijo de mis manos. Tampoco sabré nunca si el padre de aquel hijo lloró o sonrió emocionado ni si exclamó «¡qué feo!» o «¡qué pequeño!»...

Sólo sé que todas venían de muy lejos, que eran mu-chas, que algunas traían en su pelo la última sal del mar, que eran cándidas y temblorosas, pero sonreían y eran de todas partes y ahora ya no me dejarán morir...

En breve, el tractor, la excavadora, la grúa, entrarán en esta especie de sagrado templo y, piedra sobre piedra, amontonarán los techos y las paredes en algún lejano vertedero.

¿Adónde llevarán los gritos, los quejidos, el amor, la esperanza, adónde? Que los capataces, los maestros de obras, los que manejan el martillo neumático no se extrañen si las máquinas no avanzan, si el martillo se atranca, si los picos se doblan al encontrar esquinas indestructibles, cimientos inabordables, baldosas que lanzan un quejido, paramentos que gimen al caer... Hay mucha energía en cada piedra, en cada viga, en cada reja. Y hasta es posible que encuentren algún ángel llorando en un rincón. Acaso, una mujer cualquiera, Luisa, Josefina, Adela, María, brote de los abismos con un tierno cachorro entre sus brazos.

HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS
PROVINCIAS ESPAÑOLAS Y PORTUGUESA

LA ANIMACIÓN PASTORAL EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS*

Notas para una reflexión

Los apuntes y esquemas que ofrecemos a nuestros lectores son fruto de la reflexión de un grupo de cincuenta personas, capellanes en los centros hospitalarios de los Hermanos de San Juan de Dios.

Es una reflexión que va en la línea de la animación pastoral, el agente como animador y el grupo como referencia de actividad.

Más que de un trabajo sistematizado, se trata de breves exposiciones y ejercicios prácticos; se trata de iluminar y reflexionar la experiencia; «ventanas para leer la realidad».

Es así como el lector debe realizar su lectura.

IDEAS QUE INCLUYE ESTA REFLEXIÓN

1. La animación, la identidad pastoral, la entrevista, los sentimientos, la escucha, la programación y trabajo en equipo.
2. Análisis de ejercicios prácticos y trabajos de grupo.
3. Modelos referenciales para la organización pastoral en los diversos sectores.

DINÁMICA DEL CURSO

- Los dos primeros días han sido dirigidos por el P. Arnaldo Pangrazzi, camilo; especialista en «Pastoral Clínica». Él ha abierto ventanas con sus breves exposiciones, ejercicios y dinámicas de grupo.
- El tercer día se trabajó por sectores con un intento de aterrizaje práctico. Esquemas que también creemos que serán de utilidad.
- El cuarto día estuvo reservado a intercambios varios.

* Cercedilla (Madrid) 1 al 4 de octubre de 1985

PRIMERA REFLEXIÓN (La animación pastoral)

1. **Animación** = *dar ánimo*.

2. **Pastoral:** Acción de la Iglesia que se desarrolla mediante tres dimensiones: Palabra, Liturgia y Testimonio.
En el tema pastoral nos puede ayudar la figura y actitudes del Buen Pastor (Juan, 10, 1-16):

- *Conoce a sus ovejas.*
- *Se conoce a sí mismo.*
- *Acompaña.*
- *Busca la oveja perdida.*

3. **Tres elementos que crean dificultades en la experiencia del capellán:**

- * Identidad pastoral (muchas veces el capellán no sabe lo que debe hacer).
- * Los sentimientos, tanto de los enfermos y familiares como de los profesionales (no sabemos responder, nos crean incomodidad).
- * Perspectiva teológica (cómo es esta teología).

4. **Ejercicio por grupos pequeños:** Reflexionar y responder a la experiencia pastoral:

- A) Aspectos más importantes de mi experiencia; más gratificantes.
- B) Los más problemáticos.

5. **Respuesta de los grupos**

*Encuentro diario con los enfermos
Acogida*

Relación con la familia

Testimonio

Celebración con ocasión muerte

Aspectos más problemáticos

Colaborar a la humanización

*Escuchar
Ser amigo*

Relación con el equipo pastoral

ASPECTOS MÁS GRATIFICANTES

Programación de las celebraciones

Descubrir al hombre

- Ciertas estructuras deshumanizadas del hospital.
- No tener objetivos claros.
- Falta de equipo pastoral.
- Falta de colaboración y sensibilidad.
- Profesionalismo en los religiosos(as).
- Mentalidad secularizada.
- Diferentes concepciones sobre la pastoral.

SEGUNDA REFLEXIÓN

(Situación de los temas)

1. *Interesar en la Pastoral Sanitaria* a toda la Comunidad.
2. *Inducir y trabajar* para la formación de un Comité de humanización.
3. *Creatividad* en las celebraciones litúrgicas. Cómo organizar liturgias significativas (aspecto comunitario).
4. *La escucha, el diálogo, el contacto humano* (aspecto individual).
5. *Necesidad de equipo*
 - Falta colaboración.
 - Cómo desarrollar los programas.
 - Relación con los laicos, las parroquias, la comunidad religiosa...

TERCERA REFLEXIÓN

(La identidad pastoral)

1. Peligros de la identidad pastoral

- El capellán piensa que lo ha de hacer todo.
- Tentación de ser médicos y enfermeros (nuestro diálogo a veces es sobre el cuerpo).
- Capellán = Bombero de Dios (centrados en lo sacramental).
- Pensar que somos los chistosos, los que llevamos alegría... (Hemos de caminar con la gente en la oscuridad...)
- Complejo mesiánico (tenemos soluciones para los otros).

2. Modelos de pastoral

Ejemplo: Estamos ante un problema y podemos actuar de doble manera:

- *Darle solución nosotros.*
- *O ayudar a solucionar.*

Esta segunda fórmula nos obligará a conocer la historia y los sentimientos del enfermo; a individualizar los recursos y son ellos mismos, con nuestra ayuda, quienes resuelven el problema.

CUARTA REFLEXIÓN

(Rol del capellán)

1. Rol del capellán en el ministerio

- * Rol simbólico (está relacionado con el *ser* y con nuestra profesión).
- * Rol de confortador (relacionado con el *aprender*).
- * Rol de facilitador (relacionado con el *decir*).
 - *Clarificar.*
 - *Ayudar a decidir.*
 - *Facilitar contacto.*
- * Rol ritual (relacionado con el *hacer*).
 - *Sacramentos. Oración...*
 - *Los roles específicos del capellán son el simbólico y el ritual.*
 - *El de confortador y facilitador lo son también de otros profesionales.*

2. Estilo de pastoral

- * Empatía (hacer un esfuerzo por estar cercano). Ofrecer apoyo y confrontación.
- * Ayudar a las personas y desarrollar.
- * Enseñanza.
- * Evaluación.

3. Componentes pastorales

Se definen por cuatro infinitivos: — Hacer.

— Decir.

— Aprender.

— Ser.

- * *Hacer* (¿qué tengo que hacer para el enfermo?)
 - Rezar. Celebraciones. Leer Biblia...
- * *Decir* (¿qué tengo que decir a los enfermos?)
 - Escuchar. Nivel de encuentro. Cómo responder.
- * *Aprender* (¿qué tengo que aprender de los enfermos?)
 - Nos ayudan a establecer contacto.
 - Nos confrontan con nuestra fragilidad.
- * *Ser* (¿qué tengo que ser para los enfermos?)
 - Ser. Estar presente. Contacto físico. Silencio. Sonrisa.

(Cada Agente de Pastoral debería ver en cuál de estos infinitivos encuentra más dificultad personal).

QUINTA REFLEXIÓN

(La entrevista)

1. Observación

- * Mirar el ambiente que rodea al enfermo (objetos de la habitación, personas...)
- * Mirar al enfermo: su expresión.
- * Mirarnos a nosotros mismos: reacciones.

2. Reflexionar también sobre las actitudes de Jesús (Lucas 24, 13-35. Camino de Emaús)

Aparecen las siguientes actitudes:

- Iniciativa.
- Diálogo.
- Historia.
- Confrontación
- Enseñanza.
- Comunión.
- Revelación.
- Misión.
- Testimonio.

3. Análisis de una entrevista

- Ver los pasos y gestos del capellán y del enfermo.
- Analizar el hacer, decir, aprender y ser.

TEXTO DE LA ENTREVISTA

(A = enfermo. B = capellán)

(Hace un esfuerzo grande por quererse levantar de la cama, interpreto que puede ser la fiebre. Pongo mi mano derecha sobre su frente y con la otra aprieto la suya en señal de saludo. Reacciona con una cansina y ligera apertura de ojos, que vuelve a cerrar, susurrando medio en catalán, medio en castellano algo así como...)

A₁ ¡Padre, sufro mucho... tengo frío! *(con voz muy debilitada y apenas perceptible. Hasta el punto de tener que acercar mi oído a la altura de su boca).*

B₁ Estoy aquí a su lado, para hacerle compañía. ¿Dónde pasa frío? ¿dónde le duele?

(No hay respuesta. Por los gestos intento focalizar el frío, el dolor que evidentemente padece, pues su expresión es de sufrimiento. Me sorprende con un movimiento violento de cabeza y espalda. Suelto mi mano de la suya y caliente con un leve masaje sus desgastadas vértebras. Veo que adopta una postura más relajada y expresa un estado de ánimo más calmado. Al cabo de un rato, se oye un quedo y expresivo...).

A₂ ¡Gracias! *(Y manteniendo los ojos cerrados, continúa...)* Me encuentro muy malamente. Sí, esto se acaba *(al tiempo que se vuelve a dibujar en su cara un dramático gesto de dolor que hace encoger aparatosamente su pierna derecha, padeciendo fuertes convulsiones. Mi primer impulso es recurrir a la enfermera para que avise al médico, pero me doy cuenta que poco a poco va pasando el mal momento. Le veo cansado y como agotado. Decido dejarle descansar y dar por terminada mi visita. Me lo impide, adelantándose él esta vez*

a apretarme con su mano callosa y envejecida. Lo que me da pie para tomar la iniciativa y sugerirle).

B₂ Parece que, de momento, ha pasado... Ha pasado un mal rato. ¿Le parece que sigamos hablando? *(Hago ademán de volver a ocupar la silla).*

A₃ Me gusta el silencio. Siempre he vivido lejos del ruido y de la gente. Las ovejas han sido mis únicas compañeras *(habla de forma muy entrecortada y le cuesta mucho decir las palabras y más aún construir las frases).* Rece por mí, Padre.

B₃ Si le parece, lo podemos hacer juntos.

A₄ Se me habrá olvidado; hace mucho tiempo que no lo hago.

B₄ Se trata sólo de ir imaginando lo que yo vaya leyendo. ¿Se anima? Verá que no es tan difícil. *(Saco mi pequeña biblia de bolsillo y localizo el pasaje del evangelio de San Lucas que me parece más oportuno).*

Entonces Jesús les propuso esta parábola:

«¿Quién de vosotros teniendo cien ovejas, si pierde una, no deja las 99 y marcha en busca de la perdida hasta que la encuentre? Luego la pone sobre sus hombros, llama a los amigos y vecinos, diciéndoles: "¡Alegraos conmigo porque he encontrado la oveja perdida!" Os digo que habrá más alegría en el cielo por un pecador que se arrepiente que por 99 justos que no necesitan penitencia».

(Cierro el librito y me recojo en una postura reflexiva. Cuando me quiero dar cuenta, descubro que el paciente está dormido, con un gesto de cansancio en la cara. Sin hacer ruido, salgo de la habitación).

SEXTA REFLEXIÓN

(Los sentimientos)

- Valorar lo ordinario.
- Tener conciencia de nuestra pobreza.

1. Núcleo de nuestra experiencia religiosa (Marcos 12, 28-34)

Amarás con todo:

- El corazón.
- El alma.
- La mente.
- Las fuerzas.

2. El alma y corazón en el contexto pastoral

* El alma

Respuestas del enfermo
ante la enfermedad:

- Castigo.
- Prueba.
- Fatalidad.
- Aceptación.

Frente a Dios,
los enfermos se sienten:

- Olvidados.
- Desilusionados.
- Enfadados.
- Pactan con Dios.
- Fortalecidos.
- Vuelven a Dios.

* El corazón en el contexto pastoral

(El corazón, lugar de los sentimientos)

Principales sentimientos



(Nuestra capacidad y libertad de asumirlos
será la dimensión de nuestra ayuda)

3. Análisis de una entrevista

- Ver los sentimientos del capellán, los gestos y las respuestas.
- Ver igualmente los del enfermo.

TEXTO DE LA ENTREVISTA

(A = capellán. B = enfermo)

- A₁ Buenos días.
 B₁ ¡Hola, buenos días!
 A₂ ¿Cómo se ha pasado el fin de semana?
 B₂ Psss... bien. ¡Qué quiere que le diga!
 A₃ ¿Ha descansado esta noche?
 B₃ No demasiado; me duele mucho. No sé qué puede ser esto...
 A₄ Desde luego, cuando vuelva su sobrino la va a encontrar todavía aquí. (Al irse de vacaciones le vaticinó que a su vuelta la encontraría de nuevo en el hospital).

- B₄ ¡Ya lo creo! ¡Con lo que me duele ahora...!
 A₅ Pero ¿qué es lo que tiene usted para que le duela tanto?
 B₅ ¡Y yo que sé! ¡Si los médicos tampoco lo saben!
 A₆ ¿Cómo fue su ingreso aquí?
 B₆ Comencé a tener un dolor intensísimo en la espalda hace unos tres meses. Aguanté en casa lo que pude pero... ¡pasé un mes...! ¡no quiero ni contarlo! Yo tenía miedo porque como ya me habían quitado los pies...
 A₇ ¡Que le han amputado los pies! (le digo al tiempo que le palpo los dos pies que tiene tapados con la sábana).
 B₇ ¡¡¡Nooooo!!! Los pechos (es que había dicho els pits y me había confundido —en catalán, el pit es pecho—). Me quitaron uno hace doce años y el otro hace cinco. Pues... mi sobrino pensó que lo mejor era que ingresara en el hospital. Vine a urgencias, me hicieron análisis, radiografías... y aquí estamos esperando. Como puede ver, estoy hecha un derribo. Ya puede rezar por mí...
 A₈ ¿Y usted... ya reza?
 B₈ ¡Claro que rezo, cómo no voy a rezar!
 A₉ ¿Cómo reza?
 B₉ Pues como sé. ¿Cómo quiere que rece? Pues todo lo que sé: padrenuestros, avemarías... todo lo que siempre hemos rezado (habla con énfasis, un poco enfadada). He rezado a todos los santos y santas... pero nada. Y Éste (dice con auténtica rabia señalando al crucifijo que preside la habitación. Solloza fuertemente y se tapa la cara con la toalla. Guardo silencio, mientras ella llora. Le cojo la mano un momento y se la aprieto. Al rato, ella se enjuga las lágrimas con la misma toalla y mira, como avergonzada, a otra parte).
 A₁₀ Nosotros rezamos normalmente para que pase de nosotros el dolor, y la verdadera oración cristiana nos ha de llevar a vivir en cristiano la realidad tal como nos viene. Él (le digo señalando el crucifijo) también pidió al Padre que le librase del Getsemani, pero acabó aceptando su voluntad...
 B₁₀ Ya, claro... (dice abatida). (Sigo estando un rato en silencio a su lado mirándonos a la cara mutuamente).
 A₁₁ Pues aquí me tiene para rezar por usted y para cuanto pueda necesitarle.
 B₁₁ Mire, Padre, yo comulgaría... pero es que vomito con bastante frecuencia y me da un no sé qué...
 A₁₂ Por eso no se preocupe. El Señor sabe perfectamente cuál es su situación.
 B₁₂ Sí, pero estando así prefiero no comulgar.
 A₁₃ Mire, yo no quiero forzarle en modo alguno. Ya ve usted que nunca le he insinuado nada al respecto. Pero parece ser que, tal como usted se halla ahora, podría desear de forma más clara este sacramento. Los vómitos no son problema...
 B₁₃ No, Padre, déjelo. Si yo nunca he sido una mujer de comunión. Soy creyente, por supuesto, y asisto regularmente a misa pero «nunca me ha dado por comulgar».
 A₁₄ Vale, vale. Lo que yo pretendía era quitarle escrúpulos ante sus problemas para comulgar, que ello no fuese óbice para recibir la comunión en momentos tan densos como son los de la enfermedad...
 B₁₄ Gracias, Padre; yo quiero que rece usted por mí, aunque sé que se lo pedirán muchos más, pero...
 A₁₅ Descuide, mujer, le tendré muy presente pero usted no deje de hacer lo mismo. Dicen que el Señor escucha más a los enfermos y necesitados.
 B₁₅ ... y a los curas.
 A₁₆ ¿Usted cree? (le digo sonriendo. Ella afirma con la cabeza). Bueno, pues si le parece bien, podemos rezar juntos un momento ¿quiere? (asiente sonriendo). (Uniendo mi mano con la suya me dirijo a la Virgen pidiendo le acompañe y dé fuerzas y acabamos con el avemaría). Bueno, X, tengo que irme. Es la hora de la comida y debe esforzarse un poco para comer (sé que apenas lo hace).
 A₁₆ Veremos a ver (dice con un gesto de impotencia).

SÉPTIMA REFLEXIÓN

(La escucha)

1. Obstáculos

- * Ansiedad (nos preocupamos de nosotros mismos).
- * Superficialidad (tentación de cambiar el tema de la conversación).
- * Calcular (no escuchamos, sino que preparamos la respuesta).
- * Juzgar.
- * Impaciencia.
- * Ser predicadores.
- * Seleccionar (ir con la opción más fácil).

2. Elementos que nos ayudan a escuchar

- * Escuchar con toda la persona, con todos los sentidos (expresión de los ojos, de los oídos...).
- * Poner al otro en el centro (muchas veces nos ponemos como protagonistas).
- * Sintonizar con el otro (ver el mundo desde su perspectiva).

3. Recursos. Dependen:

- * De la circunstancia (familia, trabajo...).
- * De la relación que tiene la persona con la

crisis (ejemplo muerte: Cómo la resolvió en otras circunstancias...).

- * De los recursos externos a la persona (Familia, Iglesia, Asistencia Social...)
- * De los recursos internos de las personas (personalidad, religiosidad, esperanza...).

4. Trabajo de grupos

(¿Cuáles son los obstáculos que tenemos en la entrevista pastoral?)

Respuesta de los grupos:

- Miedo.
- Dar solución a todo y enseguida.
- Superficialidad.
- Impaciencia.
- No estar el enfermo suficientemente informado.
- Ansiedad ante las situaciones difíciles.
- Falta de seguridad.
- Ser predicadores.

5. Análisis de una entrevista

Ver:

- Información general.
- Temas que aparecen - oportunidades.
- Sentimientos principales.
- Recursos....

TEXTO DE LA ENTREVISTA

(A = capellán. B = enfermo)

- A₁ ¿Qué tal, cómo se encuentra? *(le pregunto mientras le doy la mano).*
- B₁ Mal, Padre, mi vida es un drama *(quedo en silencio y deajo hablarle).* Lo mío ya no tiene arreglo, este corazón no quiere tirar, me parece, por más tiempo *(los dos estamos de pie, la cama separa nuestro encuentro).*
- A₂ Bueno, hombre, aquí le ayudarán un poco para que pueda sentirse mejor *(me habla de su corazón y creo que le preocupa su estado de salud; sin embargo, creo que hay cosas que le duelen más y que son los motivos de su tristeza, es un señor triste).*
- B₂ Mi vida es un drama, ahora los hijos no quieren a los padres, yo vivo solo; bueno, hay una señora que me atiende, me hace la cama, la comida y me arregla un poco el piso; yo quisiera estar bien para estar en mi casa.
- A₁ ¿Cuántos hijos tiene? *(le pregunto con el fin de que pueda desahogarse y contarme su problema).*
- B₃ Uno, pero está ocupado con su trabajo, su familia y no se acuerda de mí; yo incluso le he dicho de poderme ir con ellos y me ha dicho que es mejor que no, por el bien de los dos.
- A₄ ¿Viene a verle?
- A₁ No, ni cuando estoy en casa; mis nietos tampoco. No sabe usted lo mucho que echo de menos a mi mujer, se murió de cáncer pero cuando estaba ella «que me quería con delirio» yo me sentía muy bien, los dos nos llevábamos bien *(noto que le gusta hablar de su mujer, por ello le pregunto algo respecto a su esposa).*
- A₅ ¿Murió siendo muy mayor?
- B₅ Con 70 años, pero usted no sabe cómo tenía el piso; era muy limpia y le gustaba tenerlo todo siempre bien arreglado, el piso es muy majo, muy coqueto, yo me siento bien en él y aunque estoy solo, bueno, con la asistenta, no me gustaría irme a ninguna residencia, en caso de tener que ir, por no dejar el piso «me duele tener que dejarlo para siempre» *(noto que el piso le trae recuerdos de cuando vivía su mujer y que además le tiene cariño, me imagino que por lo que supone para su vida).* *(En un momento determinado de la conversación, o más bien de su charla, y permaneciendo aún de pie, le invito a sentarnos, accede gustoso y sigue hablando).*
- B₆ Pues sí, Padre, ya conoce mi drama completo: lo de mi hijo y lo de mi esposa y también mi enfermedad *(su enfermedad es importante, pero siempre está en un segundo o tercer lugar en sus palabras).*
- B₇ Ahora, seguramente me pondrán un marcapasos y dicen que es la única solución para que este corazón pueda seguir caminando al ritmo que necesita.
- B₈ Dios lo quiera, Padre. Tengo ya 78 años, pero quiero volver a mi casa, allí estoy bien.
- A₆ *(Tras dejarle hablar un rato de su asistenta, decido ya dejar el encuentro, está un poco fatigado y no quiero se sienta incómodo).* Bueno Dionisio, ya vendré a verle en otro momento *(le doy la mano que me agarra fuertemente, me la besa y sale llorando).*
- B₉ Gracias, Padre, por su visita y por sus palabras de aliento; venga cuando quiera.
- A₇ Hasta otro momento.

OCTAVA REFLEXIÓN

(Puesta en marcha de un plan actualizado de Pastoral Sanitaria)

- Principales elementos:*
- Animación.
 - Animador.
 - Grupo.
 - Planificación y proceso.

1. Animación

Tiene por objeto la transformación de actitudes y relaciones.
Se ejerce mediante actividades.

2. El animador

El que anima. «Especialista» en la animación.

Cualidades:

- Visión abierta de Pastoral Teológica.
- Motivado y preparado para trabajar con otros.
- Capacidad de observación (ver lo que sucede).
 - Sobre sí mismo.
 - Sobre los miembros.
 - Sobre la dinámica.
- Capacidad organizadora.

Funciones:

- Motivar a las personas.
- Crear grupo.
- Ayudar a formular objetivos.
- Ayudar a asumir responsabilidades.
- Ayudar a evaluar.

3. El grupo (el equipo)

- * Es una realidad dinámica; tiene el proceso de maduración parecido a la persona y pasa por las siguientes fases: niñez, adolescencia, madurez, adultez.
- * Al inicio de la formación del grupo hemos de tener en cuenta estos *factores*:
 - *Paciencia (la vida no crece a tirones).*
 - *Capacidad de entusiasmo.*
 - *Técnica (no basta la buena voluntad).*
 - *Esperanza.*
 - *Tiempo.*
 - *Elegir bien el coordinador y procurar que en esta primera etapa no haya personas difíciles en el grupo.*
- * En un centro sanitario pueden darse estas dos formas de equipo:

A) Consejo pastoral

- Compuesto por personas que trabajan en el hospital.
- Hace pocas reuniones y desde la reflexión se invita a un trabajo humanizador, ético... Normalmente no realiza actividades pastorales concretas, como: visitas, catequesis...
- Es un grupo de apoyo para la pastoral.

B) *Equipo pastoral*

- Compuesto por personas que no trabajan en el hospital.
- A cada miembro se le asigna una actividad concreta.
- Los encuentros son más frecuentes.

(En un mismo centro puede haber una u otra forma de equipo o ambas, con roles diversos y complementarios).

4. Planificación pastoral y su proceso

Pasos: A) *Motivar*, sensibilizar, *entusiasmar* a personas claves. Es importante la ayuda o asesoría externa...

B) Tener un *marco referencial* de lo que debe ser la Pastoral Sanitaria, sus características (Evangelizadora. Encarnada en la realidad de la vida. Organizada. Educadora de la fe. Celebra la vida).

C) *Diagnóstico:*

- *Datos de situación.*
- *Prioridades.*
- *Recursos.*

D) *Plan de acción*

(Se trata de programar las actividades al servicio de la pastoral renovada).

a) Definir los objetivos del plan

- ↗ largo plazo
- ↘ corto plazo

b) Metodología (fase operativa):

- Actividades.
- Tiempos.
- Estrategias.
- Personas responsables.

c) Evaluación del plan

(es el motor y el timón, nos permite integrarnos y reajustar...)

NOVENA REFLEXIÓN

(Cristo como modelo de trabajo en equipo)

Mateo 4, 18-22; 9, 35-38

Dimensiones

- Eligió a unos pescadores.
- Los formó.
- Les dio una misión.

1. *Encarnación de la pastoral* (un hombre paralítico).
2. *Participativa* (los cuatro le ayudaron).
3. *Creativa* (abrieron el techo).
4. *Celebrativa* (tus pecados están perdonados).

Marcos 2, 1-12 (*El paralítico*)

MODELOS REFERENCIALES PARA LA ORGANIZACIÓN PASTORAL EN LOS DIVERSOS SECTORES

* Se trata de un modelo-marco-referencial para cada sector:

- Hospitales generales. Albergues.
- Psiquiátricos. Ancianos.
- Educación Especial. Rural y Barrios.

* La finalidad es que sirva como tal modelo en sus líneas generales. Por supuesto, que esto no es ninguna panacea que resuelva los problemas; tampoco es todo, ni lo mejor; son sólo unas pistas que dependerán mucho del talante, mentalidad, criterios y sentido de los mismos Agentes de Pastoral, en particular del coordinador responsable.

MODELO REFERENCIAL PARA EL SECTOR «HOSPITALES GENERALES»

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	PERSONAS
1. Crear, potenciar y animar el Equipo de Pastoral.	<ul style="list-style-type: none"> * Campaña de sensibilización (invitar). * Escoger personas claves. * Tiempo de formación. * Asignación de actividades concretas a las personas y tiempos de dedicación. 	<ul style="list-style-type: none"> * Equipo coordinador, responsable de todas las tareas. * Equipo colaborador al que se le asignan actividades concretas, por ejemplo: visitantes, catequistas, animadores de la liturgia.
2. Cuidar, mantener y potenciar la presencia del Servicio Religioso en el centro.	<ul style="list-style-type: none"> * Entre los enfermos y familiares: con la visita frecuente y la atención especial a los de más larga estancia y etapa final de la vida. * Entre el personal sanitario: relación personal constante y la activación de algún grupo de reflexión. 	<ul style="list-style-type: none"> * Por equipo coordinador y visitantes. * Por equipo coordinador.
3. Cuidar y potenciar las celebraciones litúrgicas del centro.	<ul style="list-style-type: none"> * Preparar las celebraciones que se realicen para todos. * Atención especial a la celebración de sacramentos y liturgia con ocasión de la última etapa de la vida: Unción, funerales. * Ofrecer alguna celebración comunitaria de la Unción. 	<ul style="list-style-type: none"> * Equipo coordinador y de liturgia.
4. Colaborar con los otros Servicios para realizar una asistencia humana e integral.	<ul style="list-style-type: none"> * Suscitar la formación de Comités de Humanización y de Ética. * Formar parte de los mismos. 	<ul style="list-style-type: none"> * Equipo coordinador.
5. Evaluar la tarea programada.	<ul style="list-style-type: none"> * Hacer cronograma de reuniones a distintos niveles. 	<ul style="list-style-type: none"> * Equipo coordinador.

MODELO REFERENCIAL PARA EL SECTOR «PSIQUIATRÍA»

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	PERSONAS
1. Crear, potenciar y animar el Equipo de Pastoral.	<ul style="list-style-type: none"> * Campaña de sensibilización. * Escoger personas claves. * Tiempo de formación. * Asignación de actividades concretas a las personas y tiempos de dedicación. 	<ul style="list-style-type: none"> * Equipo coordinador, responsable de todas las tareas. * Equipo colaborador al que se le asignan ciertas actividades.
2. Colaborar en la Humanización de las personas y del ambiente.	<ul style="list-style-type: none"> * Defensa de los derechos del enfermo. * Formación humanística del personal. * Información adecuada al personal. * Colaboración en las socioterapias (deporte, ocio, excursiones ...) * Relación con el exterior: familia, parroquia. 	<ul style="list-style-type: none"> * Equipo coordinador y colaborador en las tareas asignadas.
3. Conseguir una presencia pastoral actualizada en el centro.	<ul style="list-style-type: none"> * Visita frecuente a las unidades de hospitalización. * Entrevistas personales. * Relación frecuente con el personal sanitario. * Catequesis organizada. * Celebraciones a nivel general y en la unidades de enfermos más crónicos y con ocasión de fiestas señaladas. 	<ul style="list-style-type: none"> * Equipo coordinador en las funciones asignadas.
4. Formar comunidad cristiana.	<ul style="list-style-type: none"> * Hacer un pequeño grupo de reflexión. * Favorecer espacios de comunicación con el personal. * Mantener relación con la parroquia y diócesis. 	<ul style="list-style-type: none"> * Equipo coordinador.
5. Evaluar la tarea.	<ul style="list-style-type: none"> * Hacer cronograma de reuniones a distintos niveles. 	<ul style="list-style-type: none"> * Equipo coordinador.

MODELO REFERENCIAL PARA EL SECTOR «EDUCACIÓN ESPECIAL»

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	PERSONAS
1. Crear, potenciar y animar el Equipo de Pastoral.	<ul style="list-style-type: none"> * Campaña de sensibilización. * Escoger personas claves. * Formación y asignación de actividades concretas. 	* Equipo colaborador en las actividades asignadas.
2. Analizar la realidad del centro: capacidades de los alumnos y necesidades.	<ul style="list-style-type: none"> * Entrevistas con las personas de los distintos servicios del centro. * Relación personal con el alumno. * Confección fichas seguimiento. 	* Equipo coordinador.
3. Formar cristianamente a los alumnos.	<ul style="list-style-type: none"> * Programación e impartición de catequesis adecuada. * Impartición de charlas de formación; por ejemplo: formación de la conciencia moral, educación sexual, drogas ... 	* Equipo coordinador y catequistas.
4. Cuidar y adaptar las celebraciones a los alumnos.	<ul style="list-style-type: none"> * Programación adecuada de las celebraciones. * Integración en las mismas de los alumnos. * Utilización de medios: participación activa, audiovisuales, murales ... 	* Equipo coordinador y liturgia.
5. Integrar al personal del centro y a la familia de los alumnos.	<ul style="list-style-type: none"> * Programar charlas de humanización, formativas ... * Salidas conjuntas. * Reuniones con los padres. 	* Equipo coordinador.
6. Integrarse en la pastoral diocesana y parroquial.	* Participación en las reuniones de parroquia y diocesanas a nivel sanitario.	* Equipo coordinador.
7. Evaluar las tareas programadas	* Hacer cronograma de las reuniones.	* Equipo coordinador.

MODELO REFERENCIAL PARA EL SECTOR «ALBERGUES NOCTURNOS»

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	PERSONAS
1. Crear, potenciar y animar el Equipo de Pastoral.	<ul style="list-style-type: none"> * Campaña de sensibilización e invitación. * Escoger personas claves y formarlas. * Asignarles actividades concretas y tiempo de dedicación. 	* Equipo coordinador y colaborador en las actividades asignadas.
2. Colaborar para que la persona transeúnte pueda rehacer su proyecto existencial roto.	<ul style="list-style-type: none"> * Acogida humana. * Acompañamiento interrelacional. * Relación comunidad-equipo pastoral para reflexionar y discernir aspectos decisivos del transeúnte. * Coordinación con otras instituciones. 	* Equipo coordinador y colaborador.
3. Iluminar desde la fe los niveles humanos, sociales y religiosos de cada persona.	* Reflexiones semanales sobre temas humanos que incluyan temas catequéticos y valores ...	* Equipo coordinador y catequistas.
4. Liberar/humanizar la conducta moral del transeúnte.	<ul style="list-style-type: none"> * Celebraciones ocasionales. * Celebración dominical de la Eucaristía. * Grupos de reflexión y oración. 	* Equipo coordinador y animadores de la liturgia.
5. Evaluar las tareas programadas.	* Hacer cronograma de reuniones.	* Equipo coordinador.

MODELO REFERENCIAL PARA EL SECTOR «ANCIANOS»

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	PERSONAS
1. Crear, potenciar y animar el Equipo de Pastoral.	<ul style="list-style-type: none"> * Campaña de sensibilización e invitación. * Escoger personas claves y formarlas. * Asignarles actividades concretas y tiempo de dedicación. 	* Equipo coordinador y colaborador en las actividades asignadas.
2. Dar a conocer los derechos del anciano al personal.	<ul style="list-style-type: none"> * Divulgación escrita. * Charlas de sensibilización. 	* Equipo coordinador.
3. Colaborar para un mayor acercamiento y conocimiento de los familiares del anciano.	<ul style="list-style-type: none"> * Contactos con los familiares. * Ficha actualizada de la situación familiar. 	* Equipo coordinador.
4. Colaborar en la reinserción del anciano.	* Integrar personas voluntarias para las diversas actividades: paseos, laborterapias ...	* Equipo coordinador y Asistencia Social.
5. Asegurar la atención religiosa del anciano.	<ul style="list-style-type: none"> * Programación de catequesis. * Preparación de la Eucaristía dominical. * Celebraciones comunitarias de la Unción. 	* Equipo coordinador, catequistas y Animadores de la liturgia.
6. Evaluar las tareas programadas.	* Hacer cronograma de las reuniones.	* Equipo coordinador.

MODELO REFERENCIAL PARA EL SECTOR «RURAL Y BARRIOS»

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	PERSONAS
1. Crear, potenciar y animar el Equipo de Pastoral.	<ul style="list-style-type: none"> * Campaña de sensibilización e invitación. * Escoger personas claves. * Tiempo de formación. * Asignación de actividades concretas a personas y tiempo de dedicación. 	* Equipo coordinador y colaborador en las actividades concretas asignadas.
2. Integrarse en la Iglesia local	<ul style="list-style-type: none"> * Ver qué aspectos del carisma pueden realizarse a nivel de parroquia y programarlos (animación pastoral de enfermos desde la parroquia; atención a la preparación y celebración Unción enfermos...) * Visitas programadas y coordinadas a los enfermos, ancianos ... 	* Equipo coordinador y colaborador.
3. Realizar alguna tarea sanitaria como expresión del carisma hospitalario.	<ul style="list-style-type: none"> * Promoción de la educación sanitaria (charlas, cursillos ...). * Integración y prestación de ayuda en centros de salud establecidos. * Puesta en marcha de algún dispensario, atención domiciliaria 	* Equipo coordinador.
4. Evaluar las tareas programadas.	<ul style="list-style-type: none"> * Hacer cronograma de reuniones. 	* Equipo coordinador.

VOCABULARIO

1. **Carisma:** Don que el Espíritu concede a algunas personas para el servicio o misión.
2. **Misión:** Tarea a realizar.
3. **Evangelización:** Misión de la Iglesia de anunciar el mensaje cristiano.
4. **Pastoral:** Acción de la Iglesia que comprende tres dimensiones: palabra, liturgia y testimonio.
5. **Objetivo:** Lo que se quiere alcanzar.
6. **Etapas:** Pasos progresivos.
7. **Diagnóstico:** Análisis de la realidad.
8. **Animación:** Trabajo de un animador de orientar, conducir y apoyar.
9. **Rol:** Papel que desempeña una persona.
10. **Diseño:** Ordenamiento lógico de los pasos y características que deben ser contempladas en la realización de una actividad.
11. **Consejo pastoral:** Organismo integrado por varios representantes. Suelen ser frecuentemente personas profesionales del centro; se reúnen pocas veces y su objetivo puede ser la reflexión y organización global.
12. **Equipo:** Conjunto de personas que comparten una tarea común.
13. **Equipo coordinador:** Suelen ser las personas responsables de una determinada tarea, servicio, etc. No necesariamente han de ser varias las personas; en muchas ocasiones la coordinación total está asignada a una sola persona; por ejemplo, el capellán.
14. **Equipo colaborador:** Son personas que se integran en un determinado servicio para colaborar; por ello se le asigna a cada persona una tarea concreta y la lleva a cabo gratuitamente y en un tiempo concreto y coordinado. Suelen ser grupos que parten de la acción; frecuentemente personas de fuera del centro.

BIBLIOGRAFÍA

- * SECRETARIADO INTERNACIONAL DE PASTORAL: *Pastoral de enfermos en el hospital y en la parroquia*.
- * ATILANO ALAIZ: *El animador de grupo*. Ed. Paulinas. Madrid, 1984.
- * BEAUCHAMP-GRAVELINE-QUIVIGER: *Cómo animar un grupo*. Sal Terrae. Santander, 1985.
- * JESÚS ANDRÉS VELA: *Dinámica psicológica y eclesial de los grupos apostólicos*. Ed. Guadalupe. Buenos Aires, 1971.
- * MAITE MELENDO: *Comunicación e integración personal*. Sal Terrae. Santander, 1985.
- * Revista LABOR HOSPITALARIA. N.º 185 (año 1982). Monográfico - Pastoral Sanitaria (Todos responsables).
- * BOLETÍN INFORMATIVO (Prov. Castilla), junio 1981. Monográfico (Curso Pastoral Sanitaria).

EL SECRETO PROFESIONAL EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Defensa de la intimidad personal

EDUARDO LÓPEZ AZPITARTE

Profesor de Moral en la Facultad de Teología
Granada

El secreto profesional en la asistencia, quicio incuestionable a lo largo de la historia de la deontología, atraviesa hoy mares revueltos. Una sociedad que asiste a un desarrollo tan espectacular como amenazante de las técnicas de información, y una medicina obligada a conjugarse desde el trabajo en equipo, se perfilan como sus más graves amenazas. Todo ello obliga a un replanteamiento de la cuestión, a un análisis profundo de su identidad y de la dimensión ética. Ahí nos introduce esta reflexión de E. López Azpitarte, con un estilo más sugerente que dogmático.

DIFICULTADES ACTUALES

El estudio del secreto profesional era uno de los temas clásicos en la deontología médica. El juramento de Hipócrates, que está presente en muchas consultas, ha conservado su valor a lo largo de toda la historia: «*Mi boca no dará a conocer lo que mis ojos hayan visto o lo que mis oídos hubieran percibido. Mi lengua callará los secretos que me sean confiados*». Era la consecuencia lógica de una promesa ofrecida al cliente para mantener unas relaciones sinceras y abiertas, en las que fuera posible cualquier tipo de confidencias. La guarda del secreto, unánimemente aceptada, aparecía como uno de los deberes más sagrados y fundamentales de la medicina. Las discusiones aparecían al reflexionar sobre su valor absoluto para ver si había que mantenerlo en todas las circunstancias, o si, en algunos casos y bajo ciertas condiciones, su revelación pudiera ser lícita y aceptable. Se trata de un planteamiento correcto y coherente para una forma de relación más personalizada, que tiende a desaparecer de nuestro mundo tecnificado.

Hoy, en efecto, las exigencias de la medicina imponen una forma de comunicación más anónima, en la que el encuentro pierde mucho de su dimensión personal, y el secreto queda, por ello, en manos de un equipo o en los archivos de una institución. La confidencia hecha antes a una persona se abre ahora a una cierta publicidad. El caso pasará de un especialista al otro, será presentado para su análisis en grupo, y hasta servirá, junto con otras historias archivadas, como objeto de estudio e investigación. Y cuando un secreto es conocido por muchas personas parece como que pierde su obligatoriedad, pues nadie se siente como único responsable de su defensa.

Por otra parte, resulta también evidente que una de las amenazas mayores que pesa actualmente sobre el individuo es la invasión de su zona íntima y personal. El hombre se ha convertido en un gigantesco devorador de secretos e intimidades. Le gusta penetrar en esas regiones desconocidas, descubrir el lado oscuro y misterioso de las personas, divulgar lo que nadie sabe. Baste recordar el éxito económico de una revista, cuando ofrece a sus lectores el sensacionalismo de tales secretos. ¿Significa esto que la guarda de la intimidad se ha convertido en una utopía inalcanzable?

No pretendo ahora aportar una solución ética a los diferentes casos que se presentan en la praxis médica actual. Prefiero llegar a la raíz del problema y exponer lo que me parece el punto de partida básico para una respuesta a todos los problemas éticos, que se pueden presentar. Las soluciones posibles quedarían sin fundamento, si previamente no estamos convencidos del impresionante valor humano, oculto y protegido en la intimidad de cada persona.

Sólo el que comprenda este valor y experimente el respeto, la admiración y el cariño que despierta, sabrá descubrir el camino para solucionar la complejidad y dificultades de cualquier situación.

LA MÁSCARA DEL HOMBRE: UNA EXIGENCIA DE SU PERSONALIDAD

El hombre guarda siempre un misterio en su corazón, una zona reservada a la mirada indiscreta de cualquier otro, que constituye el núcleo más hondo y arraigado de su personalidad. Se trata de ese mundo interior donde anida y esconde los sentimientos, deseos, ilusiones, pensamientos,

alegrías y penas, nostalgias o vergüenzas, hechos u omisiones..., que son lo más nuestro y de nosotros solos, porque nos hacen sentirnos como sujetos, no como un objeto cualquiera. No es difícil encontrarse con personas que guardan celosamente su secreto íntimo, que no han llegado a compartir hasta el momento, por uno u otro motivo, o que morirán, incluso, sin jamás habérselo revelado a nadie.

El que no goza de semejante interioridad nunca llega a vivenciarse tampoco como persona.

Es curioso que el término griego para designar a ésta sea precisamente el de *máscara* —la careta que utilizaban los actores para representar un papel en el teatro, diferente, por supuesto, al que ejercían en su vida real—. Es cierto que el vocablo nos suena hoy a hipocresía o disimulo, pero su primitiva vinculación (*máscara* = persona) nos descubre un contenido de extraordinaria riqueza.

En efecto, el hombre normal necesita una máscara que reserve su intimidad —su ser más profundo—, para que manifieste hacia fuera aquello que exclusivamente él desea patentizar y descubrir.

Por ella se establece una línea fronteriza entre lo privado y lo público, lo oculto y lo externo, ya que la publicidad y apertura permanente de todo lo que somos resultaría psicológicamente insoportable. Todos habremos experimentado alguna vez la compasión y lástima provocada por aquellas personas, que confiesan y descubren de inmediato y a cualquiera sus problemas y sentimientos más íntimos. Necesitamos un ritmo de apertura y cierre que proteja nuestra interioridad, para no tener la impresión de que todo el mundo puede conocernos hasta el fondo. No es simulación o hipocresía, sino la necesidad de encubrir lo que no debe manifestarse y la certeza de que eso nadie podrá arrebatarnos. El esquizofrénico sufre por la impresión desagradable y molesta que tiene de que su interior es transparente y de cristal para todo el mundo. Le falta, justamente, su máscara, su personalidad. Es el miedo instintivo que existe con frecuencia frente al psicólogo, porque él podría conocer, sin posibilidad de defenderse, lo que uno quisiera ocultar a su mirada.

EL PUDOR COMO DEFENSA DEL MISTERIO PERSONAL

El pudor psicológico aparece así como una defensa de nuestra intimidad. De la misma manera que el pudor corporal, cuando no se desvía hacia una reacción patológica, constituye una garantía para que el cuerpo no pierda su misterio, para que la sexualidad se viva en un clima de respeto y delicadeza, el psicológico protege el centro íntimo de la mirada curiosa e inoportuna, ocultando aquello que no está hecho para convertirlo en objeto de interés, entretenimiento o simple información. Es un mecanismo de defensa que salvaguarda y valoriza el recinto sagrado de nues-

tra personalidad. Como una envoltura protectora que impide abrir nuestro interior a cualquiera y lo mantiene en una atmósfera de misterio respetuoso para no ofrecerlo a un intruso o extraño.

Todos comprendemos la sensación insoportable que se produciría si, de repente, nuestra interioridad quedase descubierta por completo y los otros, desde fuera, pudiesen conocerla y expropiarla.

Un sentimiento muy parecido al que brotaría si una persona, también de pronto, se encontrara desnuda corporalmente en medio de una reunión. La vergüenza tendría matices algo diferentes, pero en ambos casos estaría provocada por la manifestación y publicidad de algo que no debería haberse revelado.

Como el arrepentimiento que nace cuando, después de un momento de alegría y euforia, se reconoce haber hablado más de la cuenta. En todas estas circunstancias parece como destruida nuestra personalidad (*máscara*) y el silencio misterioso del sujeto se convierte en una simple mercancía o curiosidad.

Aquí no se trata sólo de comunicar a otro lo que él no sabe o desconoce. Hay muchos secretos que son objetivos e impersonales, cuya revelación tampoco afecta o compromete. El profesor de psicología o teología enseña a sus alumnos una serie de ideas que él posee y que éstos ignoran. En este sentido, descubre unos contenidos personales que ha elaborado con su trabajo y reflexión. Pero sus clases tendrían un significado muy distinto si el maestro entregase a sus discípulos sus propios problemas psicológicos o las dudas que experimenta en torno a su fe. En este último caso, no daría simplemente los conocimientos que tiene, sino que entregaría su propio yo, manifestaría lo que él es.

Ofrecería, en una palabra, la intimidad de su corazón, lo más grande de su persona. Por eso, ahora puede comprenderse mucho mejor por qué cualquier intento de penetrar en esas zonas íntimas, sin permiso o a la fuerza, se experimenta de inmediato como una brutal violación. Es más, cuando alguien se acerca hacia esos límites con la intención de traspasarlos por su propia iniciativa, las puertas de la intimidad se cierran instintivamente. Para que el acceso sea posible, se requiere con anterioridad algunas condiciones.

RIQUEZA HUMANA DE LA CONFIDENCIA: EL REGALO DE LA INTIMIDAD

En el lenguaje normal y corriente utilizamos el adjetivo *íntimo* aplicado a ciertos lugares, climas, momentos, personas, cuando ellos nos inclinan o facilitan a revelar nuestra intimidad. Se trata de una atmósfera, que recubre toda la situación, en la que uno se siente a gusto, aceptado, querido, con mutua confianza y cercanía. No hay hueco para la distancia o la artificialidad, pues existe un sentimiento seguro y protector. El otro no es ya un ser extraño, desconocido, sino alguien de quien uno intuye que

se puede fiar. Un amigo ante quien es posible descubrirse, porque lo siento capaz de comprenderme, porque tengo la certeza de que me va a defender y respetar, porque aquello que le diga lo guardará con una delicadeza impresionante.

Por todo lo dicho es fácil deducir que la revelación de la intimidad es el regalo mayor que una persona puede ofrecer a alguien. Es una autocomunicación que siempre constituye un privilegio. Los hombres sólo conocemos a los demás desde fuera y a través de las apariencias —es decir, lo que uno es y quiere representar con la máscara (personalidad)—, pero el conocimiento del yo más profundo —el más auténtico y verdadero— sólo se realiza cuando el otro permite la entrada hasta esa zona oculta a la que nadie tiene acceso, sino aquel a quien se le distingue con una gracia como ésta.

**Ser depositario de un secreto íntimo
es un motivo de agradecimiento
por parte del que lo recibe.**

El confidente nos ha entregado lo más sagrado de su ser. El consejo, el tiempo, la ayuda que lleguemos a darle no alcanzará nunca el mismo nivel de su donación. En la balanza de valores, su gesto de apertura tendrá siempre un peso humano de mayor riqueza y densidad. Frente a él, tendríamos que ser nosotros los agradecidos.

El que tenga un mínimo de experiencia y sensibilidad sabe que, cuando una persona se comunica así, aunque sea para desvelarnos su fondo más negativo y vergonzoso, semejante revelación nunca jamás la humilla y la rebaja ante el que recibe sus confidencias, sino que siempre sirve para aumentar en éste la estima y el aprecio. No es fácil admitir esta conclusión —aparentemente incomprensible para una mirada extraña o, incluso, para la persona que en esas circunstancias, con temor y sufrimiento, nos descubre el lado más sombrío y miserable de su existencia—, pero, cuando se ha valorizado y vivido lo que significa tal gesto, no cabe otra actitud diferente. La gratitud y el cariño es la única respuesta posible, porque nos ha obsequiado con lo mejor de su ser, más allá de sus límites e incoherencias.

Todos hemos sentido alguna vez, aunque a escala muy reducida, cómo desaparece la agresividad, el rigorismo, o la incomprensión, cuando el otro simplemente nos descubre algunas motivaciones que desconocíamos y hacían inexplicable su conducta exterior.

**LA RESPUESTA FRENTE AL DON:
RESPETO, DELICADEZA, LEALTAD**

Sería, por tanto, una gigantesca traición utilizar este regalo concedido para pasarlo a los otros, obtener algún provecho o valerse para cualquier tipo de información.

Ninguno tiene derecho a participar de tales conocimientos sin la previa autorización de aquel que es su único dueño. Nadie, a quien le haya sido otorgado semejante privilegio, podrá disponer de él para cualquier otra finalidad por muy buena que sea.

La guarda del secreto profesional tendríamos que recuperarla como una de las obligaciones más urgentes y sagradas.

Yo creo sinceramente que es un punto en el que hemos perdido bastante el respeto que merece la intimidad. Cuando alguien llega a conocerla, debería repetirse sin tregua que nada de aquello es suyo ni le pertenece, y que nunca servirá, sin el correspondiente permiso del sujeto, para ningún tipo de información. Los que por la naturaleza de su trabajo —pienso, sobre todo, en los psicólogos y sacerdotes— están más en contacto con este mundo de las confidencias, corren el peligro de habituarse a penetrar en él como el que entra en su propia casa, olvidando que cada nueva comunicación habría que vivirla con un renovado asombro, que cada nueva entrega es un gesto que no se merece y que nunca se puede exigir. El corazón humano ha de tratarse con la misma limpieza, sensibilidad y preocupación con las que el médico se acerca a la mesa de operaciones. En sus manos queda depositada la vida de una persona.

Es verdad que, muchas veces, la entrega de un secreto personal tiene motivaciones interesadas. No se descubre la intimidad como un signo de afecto y cariño, para sentir la alegría de un conocimiento mayor, sino para obtener un beneficio o un cierto alivio. Las confidencias realizadas a un médico o abogado no se habrían hecho si no se juzgaran útiles para la defensa o curación del cliente. En otras ocasiones, será la urgencia de comunicar un problema o preocupación íntima, cuyo peso se hace demasiado duro para soportarlo en solitario.

Se necesita la compañía de alguien que sirva de ayuda, estímulo, orientación o simplemente para que comparta, al menos, el sufrimiento y la angustia que se lleva por dentro.

Pero esta necesidad no cambia en nada el respeto debido a la intimidad personal. Al contrario, yo diría que, en esas situaciones sobre todo, el confidente debe experimentar nuestra lealtad y reconocimiento sin condiciones. Jamás han de aprovecharse esas circunstancias para traicionarlo después con la utilización de tales conocimientos. No estamos frente a él, sino a su lado para que sepa que su secreto quedará siempre protegido.

Así puede comprenderse que el conocimiento de la intimidad resulta por completo inaceptable cuando se realiza por la fuerza, el engaño, la sorpresa, el chantaje o la indiscreción. Semejante conquista supone una vergüenza para el que la efectúa por esos caminos, porque comete un auténtico robo, como el que se apodera de algo que no le pertenece. Los únicos secretos que valen la pena conocer son los que nacen de una apertura libre, como signo de confianza o de una conveniencia más o menos necesaria. Sentirse depositarios de ellos no será nunca un timbre de gloria, pero, desde luego, conseguir esto de otra manera es una victoria degradante como el que gana con trampas, mentiras y simulación. Toda su belleza y significado quedan definitivamente destruidos.

EL PODER PSICOLÓGICO DEL SECRETO

¿Por qué nos gusta, entonces, conocer y divulgar estos secretos personales? ¿Por qué esta ansia de consumición de la que se aprovechan para sus ganancias las revistas y reporteros sin escrúpulos? El rumor y el cotilleo encuentran aquí un campo espléndido de conversación, lo mismo que el sensacionalismo de ciertas informaciones. El hecho parece todavía más extraño, porque todos queremos y exigimos que nuestros secretos sean celosamente guardados. ¿Cómo explicar esta aparente paradoja o la razón de esta superficialidad y ligereza?

**En todo secreto guardado y protegido
existe como una especie de reto.**

Mientras no conocemos el misterio interior de una persona, ésta nos provoca un cierto desafío. Hasta que no penetramos por dentro, nos sentimos de alguna manera impotentes frente a un poder que se nos escapa. Muchas explicaciones resultan imposibles, pues desconocemos los porqués más profundos de sus reacciones y conducta. Su lejanía y opacidad hace sentir nuestra limitación e ignorancia. Desde el momento en que tales límites desaparecen, nace la impresión de una victoria. Se ha conseguido un tipo de dominio sobre el otro, que aparecerá ya delante de nosotros sin defensas ni fronteras, desnudo de toda máscara, para podernos explicar mejor lo que sucede en lo hondo de su persona. Lo que nadie o muy pocos consiguen se ha llegado a obtener. Un sentimiento de falso orgullo o vanagloria estaría en el fondo de esa actitud. Algo semejante a la satisfacción experimentada cuando uno sabe las razones últimas de la autoridad, los secretos de las asambleas y consultas, desconocidos para la masa, que posibilitan determinadas explicaciones que no podrán darse en público.

Lo mismo sucede con la revelación a otro de un secreto ajeno. Tal posibilidad hace que nos sintamos un tanto privilegiados, al sabernos poseedores de algo que los demás ignoran y que nosotros podemos entregar como un signo de confianza, como un gesto de superioridad. Tenemos una riqueza de la que los otros carecen, con la ventaja supletoria de que esa comunicación no representa ningún compromiso, porque lo revelado no afecta en absoluto a nuestra propia intimidad. Es decir, nos revaloriza ante el otro por nuestro saber, nos sirve como testimonio de nuestra amistad y, encima, nos deja tranquilos e intactos en nuestro interior.

A veces también, sin embargo, la gente rehúye este tipo de confidencias. Existe como un miedo instintivo de que los demás se acerquen para exponer sus problemas personales. Preferiríamos, entonces, no saber nada y permanecer ignorantes. La explicación de esta postura no resulta difícil. Penetrar en la conciencia del otro, precisamente por todo lo que hemos dicho, es algo mucho más serio que estos sentimientos superficiales de poder o superioridad. A partir de ese momento, brotan unas obligaciones que nos limitan y exigen un cambio de actitud: todo lo que

sepamos será para vivirlo en soledad y sin compartir; las inquietudes ajenas nos tendrán que preocupar, si el encuentro no es puramente burocrático, como en una ventanilla de información; los problemas tratados, que no son, por supuesto, los problemas personales que ahora nos afectan, ocuparán también un puesto dentro de nuestras propias preocupaciones; el hecho de aceptar y querer a la persona como es requiere un desprendimiento doloroso, cuando la sensibilidad desearía otras relaciones diferentes...

Por todo ello, y sin tener en cuenta otros matices, la entrega de la intimidad, que no deja de ser nunca un regalo, constituye también un fuerte compromiso con el que muchos no se quieren vincular. Es mucho mejor permanecer en una cómoda y tranquila ignorancia.

LA VALORACIÓN ÉTICA: PRINCIPIO FUNDAMENTAL

A partir de estos presupuestos hay que enfrentarse con todos los problemas éticos que se presentan en la actualidad. La complejidad de la vida y de las situaciones nos descubre que, por desgracia, no es posible cumplir siempre con todos los valores que entran en juego. En el campo de la medicina, el respeto debido a la intimidad —un valor ético, sin duda, como hemos visto— choca también con otros valores dignos y respetables. El caso típico más frecuente hacía referencia a esta conflictividad. El médico, conocedor de la enfermedad grave o hereditaria de un paciente que no la quiere manifestar a su futuro cónyuge, tendrá que ver si se calla para guardar el secreto profesional, o si lo manifiesta para defender de tal injusticia a una persona inocente.

Los ejemplos podrían hoy multiplicarse. La seguridad del diagnóstico para el bien del enfermo exigirá muchas veces la comunicación y análisis con otros de datos íntimos y personales.

El estudio y publicidad de ciertos casos servirán para el progreso de la medicina y, por consiguiente, de la misma humanidad.

Al médico se le piden informes confidenciales, por los datos que él posee a través de su consulta, para conocer la salud biológica o psíquica de un individuo antes de tomar una decisión sobre su futuro, o darle un cargo de responsabilidad.

Ante estos casos y otros parecidos, ¿había que optar siempre por la defensa del secreto y por el respeto a la intimidad?

La solución dependerá, en gran parte, de la preferencia que se otorgue a cada uno de esos valores. Y esto quedará determinado, principalmente, por la perspectiva, sensibilidad e interés desde donde cada uno se acerque para valorar el conflicto.

El supuesto derecho del público a la información o la defensa de la seguridad ciudadana hacen que, desgraciadamente, el periodista y el policía puedan inclinarse más por la importancia de estos valores que por el respeto a

la intimidad, que mantienen como primario el magistro o el moralista.

En otros casos, las mismas opiniones éticas quedaban divididas. Si algunos autores permitían la revelación del secreto, sin imponerla de forma obligatoria, para evitar una injusticia, otros optaban por mantenerlo, a pesar de todo, porque, en conjunto y a la larga, parece una actitud más benéfica y provechosa, ya que defiende la confianza indispensable en este tipo de relación.

Si el individuo supiera que, una vez comunicado su interior, el otro podría utilizarlo contra su voluntad, se habría negado por completo a este diálogo íntimo.

Lo más urgente, sin embargo —a pesar de su innegable importancia—, no reside en encontrar una solución ade-

cuada en la praxis, donde la complejidad quita, a veces, la evidencia e impide las conclusiones unánimes, sino en revalorizar y defender con más fuerza que nunca este respeto a la intimidad, que determinará después otras opciones concretas.

Esto significa que el consentimiento libre del individuo es absolutamente necesario para conocer o comunicar su interioridad. Apoderarse de ella por cualquier otro método, o publicarla de cualquier forma, constituye siempre un atentado contra la dignidad de su persona. Si no mantenemos este criterio como básico, quedaría abierta la amenaza constante de una violación que humilla y hiere tanto o más que la física. La psicología tiene, al menos, las mismas exigencias que el cuerpo, aunque para muchos sea hoy menos importante desnudar psicológicamente a una persona que obligarla a un desnudo corporal. Sólo el que haya descubierto y sentido el valor de la intimidad personal sabrá deducir después las consecuencias lógicas y las soluciones más adecuadas.

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)

COMISIÓN PONTIFICIA PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES SANITARIOS

El 11 de febrero de 1985 Juan Pablo II instituía esta nueva Comisión Pontificia con la Carta Dolentium Hominum, y señalaba, entre otras cosas, las siguientes funciones de dicha Comisión: estimular, promover, coordinar, explicar, defender y difundir las enseñanzas de la Iglesia en materia sanitaria; conectar con las comisiones episcopales y estudiar orientaciones en todo cuanto se refiere al sector sanitario (n.º 6).
El Papa ha nombrado, asimismo, los siguientes componentes de la Comisión y los Consultores de la misma.*

COMPONENTES DE LA COMISIÓN PONTIFICIA

Presidente: Cardenal Eduardo Pironio
Pro-presidente: Mons. Fiorenzo Angelini
Secretario: P. José Luis Redrado (religioso San Juan de Dios)
Subsecretario: P. Felice Rufini (religioso Camilo)

Miembros:

- * Cardenales: Paul Zoungana, George Basil Hume, Ricardo J. Vidal, John J. O'Connor, Andrzej Maria Deskur.
- * Mons. Eduardo Martínez Somalo (sustituto de la Secretaría de Estado)
- * Mons. Alberto Bovone (secretario de la Congregación para la Doctrina de la Fe)
- * Mons. Miroslav Stefan Marusyn (secretario de la Congregación para las Iglesias Orientales)
- * Mons. Vincenzo Fagiolo (secretario de la Congregación para los religiosos e institutos seculares)
- * Mons. José T. Sánchez (secretario de la Congregación para la Evangelización de los pueblos)
- * Mons. Antonio M. Javierre Ortas (secretario de la Congregación para la Educación Católica)
- * Mons. Jean-François Arrighi (presidente del Pontificio Consejo para la Familia)
- * Mons. Edward Bede Clancy (arzobispo de Sydney)
- * Mons. Antoni Quarracino (presidente del CELAM)
- * P. Henri Forest, SI (subsecretario del Pontificio Consejo «Cor Unum»)
- * Prof. Jérôme Lejeune
- * Fr. Pierluigi Marchesi (superior general Orden San Juan de Dios)
- * P. Calixto Vendrame (superior general de los PP. Camilos)
- * Hna. Ana Margarita Duzan (superiora general de las Hijas de la Caridad)
- * Hna. María Eneide Martins Leite (superiora general de las Franciscanas de la Inmaculada Concepción)
- * Hna. Catherine Dwyer (superiora general de las religiosas médico-misioneras de María)
- * Dr. Chicot J. Vas (presidente de la FIAMC).
- * Sra. Cathlyn Keane (presidente del CICIAMS)
- * Dr. Jean Dreano (presidente de la FICEP).
- * D. Michel Falise (presidente de la FIUC).
- * Sra. Claude Trontin (responsable de la AIMH).
- * Sr. Conte Gérard Marie Michel (Gran Hospitalario del SMOM)
- * Dr. Marcello Sacchetti (presidente del hospital «Bambin Gesù»)

* LABOR HOSPITALARIA publicó esta Carta Apostólica en el n.º 196 (año 1985).

CONSULTORES DE LA COMISIÓN

- * Mons. Carlo Caffarra
- * Mons. James P. Cassidy
- * Mons. Pietro Parducci
- * Mons. Elio Sgreccia
- * Mons. Dionisio Tettamanzi
- * P. Pierre Schaller
- * P. Eugenio Bronzetti, OFM. Cap.
- * P. Bonifacio Honings, OCD
- * P. Joseph Joblin, SI.
- * P. Kevin O'Rourke, OP.
- * P. Emilio Spogli, M.I.
- * Hna. Marcella Cavallari, S.O.M.
- * Hna. Margaret John Kelly, S.C.
- * Hna. María Ángela Schrudde, S.I.F.
- * Dr. Giuseppe Astegiano
- * Prof. Alessandro Beretta Anguissolda
- * Prof. Rino Cavalleri
- * Dr. Antonio Ciccetti
- * Dr. Bryan A. Curtin
- * Prof. Pietro de Franciscis
- * Prof. Domenico Di Virgilio
- * Sra. Eugénie Bauci Ebahinchie
- * Prof. Jacques Lafourcade
- * Sra. Agnes Lai Pong Chong
- * Prof. Corrado Manni
- * Prof. Ermanno Manni
- * Prof. Hornykiewicz Oleh
- * Sr. Pedro Ridderplat
- * Prof. Clemente Robles
- * Prof. Georg Roth
- * Prof. Bruno Silvestrini
- * Prof. Franco Splendori
- * Dr. Krzysztof Szczygiel
- * Prof. Juan de Dios Vial Correa
- * Prof. Robert L. Walley
- * Dr. John St. G. Warmann.

ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y CELEBRACIÓN DEL DÍA DEL ENFERMO

Año 1986

Presentación

Por segunda vez vamos a celebrar en España el DÍA DEL ENFERMO.

La Comisión Permanente del Episcopado Español ha señalado para su celebración el Domingo VI de Pascua.

Para facilitar la necesaria preparación y celebración del Día en los diferentes ámbitos (nacional, interdiocesano, diocesano y local), el Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria ofrece estas ORIENTACIONES a las Delegaciones Diocesanas y, por su medio, a cuantos van a colaborar activamente para lograr que el DÍA DEL ENFERMO sea una realidad pastoral en nuestra Iglesia.

La experiencia del primer año constituye una ayuda y un estímulo para que le dediquemos tiempo, entusiasmo, imaginación y esfuerzos a la preparación y celebración del Día del Enfermo 1986.

1. ¿PARA QUÉ PUEDE SERVIR EL DÍA DEL ENFERMO?

- Para dar a conocer a la Iglesia y a la sociedad el mundo del enfermo con su problemática y su riqueza.
- Para ayudar a las comunidades cristianas a tomar conciencia de la importancia evangélica del mundo de los enfermos.
- Para ayudar a vivir con sentido de salud, la enfermedad, el sufrimiento y la muerte.
- Para suscitar, alentar y apoyar la presencia activa de los cristianos en este campo.
- Para dar a conocer y celebrar lo que la Iglesia está realizando en este campo de los enfermos.
- Para aunar a los diferentes Agentes de Pastoral Sanitaria.

2. FECHA DEL DÍA DEL ENFERMO EN 1986

- VI DOMINGO DE PASCUA. 4 DE MAYO.

3. LEMA DEL DÍA DEL ENFERMO EN 1986

- LOS ENFERMOS NOS EVANGELIZAN

4. OBJETIVOS DEL DÍA DEL ENFERMO EN 1986

- Fomentar en las comunidades cristianas la sintonía y el contacto con los enfermos para dejarse evangelizar por ellos.
- Ayudar a los enfermos a vivir su misión evangelizadora en la Iglesia y en el mundo.
- Orar con y por los enfermos y celebrar su testimonio evangelizador.

5. CONTENIDOS FUNDAMENTALES

Misión del enfermo en la Iglesia (comunidad cristiana) y en el mundo

- El enfermo, desde su situación y con su testimonio, ayuda a «discernir» y «relativizar» los valores y formas de vida de la actual sociedad y también de las comunidades cristianas: eficacia a toda costa, competitividad, ambición de dinero y de poder, éxito, prestigio, consumismo, etc.
«Sois para nosotros una constante lección que nos invita a relativizar tantos valores y formas de vida» Juan Pablo II a los enfermos. Zaragoza 1982.
- El enfermo es igualmente una llamada a restaurar y vivir los valores del evangelio: la gratuidad, el valor de lo pequeño, la

paciencia, la fuerza del amor, el ayuno de las cosas, el compartir, el perdón, la esperanza, la entereza en las pruebas, etc.

«Sois una llamada a vivir mejor los valores del evangelio». «No consideréis inútil vuestro estado que tiene para la Iglesia y el mundo de hoy un gran sentido humanizante y evangelizador». Juan Pablo II a los enfermos. Zaragoza. 1982.

- El enfermo puede estimular el desarrollo de la solidaridad humana y del amor compasivo y eficaz al hermano.

«Sois una llamada a desarrollar la solidaridad, la bondad, la ayuda y el amor». Juan Pablo II a los enfermos. Zaragoza 1982.

«En el programa mesiánico de Cristo... el sufrimiento está presente en el mundo para provocar el amor, para hacer nacer obras de amor al prójimo, para transformar toda la civilización humana en la civilización del amor». Salvifici Doloris. 30.

- El enfermo nos ayuda a ser realistas en un mundo que vive de ilusiones y apariencias, de espaldas a la enfermedad, al sufrimiento y a la muerte: somos enfermables y mortales, limitados y frágiles pero con unas posibilidades y energías ocultas muy considerables.
- El enfermo nos muestra el rostro de Cristo y lo más original del Dios cristiano: un Dios que se anonada y comparte hasta el fondo el dolor del hombre por amor y nos salva.
- El enfermo que vive con pleno sentido cristiano cada una de las etapas de su enfermedad, da testimonio de que es posible mantener viva la esperanza y la serenidad, ser fiel al Dios fiel, luchar contra la enfermedad y asumirla con amor, madurar humana y cristianamente.

Actitudes y acciones que ayudan al enfermo a vivir su misión evangelizadora en la Iglesia (comunidad cristiana) y en el mundo

- Acercarse a él con sinceridad, escucharle, sintonizar con lo que siente y experimenta.
- Acompañarle, estar con él, dialogar, ayudarle a salir de sí mismo.
- Acercarse a él, no como maestros y consejeros que van a enseñar, sino como discípulos que desean aprender y se dejan ayudar.
- Evitar las palabras vacías, frases hechas, fórmulas rutinarias.
- Agradecerle su testimonio y todo cuanto hace por los demás.
- Ser solidario en sus necesidades.
- Ayudarle a luchar con su enfermedad, a asumirla, a desahogarse y expresar sus sentimientos, rebeldía, cansancios, a mantener o recuperar la serenidad, el ánimo, la paz, la esperanza, la alegría.

- Comunicarle la Buena Noticia de que Dios Padre está a nuestro lado, no nos abandona, comparte nuestro sufrimiento y gozo, nos ha dado una Esperanza en Cristo Jesús, muerto y resucitado.
- Orar por él y con él, si lo desea; escuchar juntos lo que Dios quiere.
- Entablar una comunicación entre el enfermo y la comunidad cristiana que permita el mutuo conocimiento y brinde la posibilidad de transmitir sus vivencias y su testimonio.

6. DESTINATARIOS DEL DÍA DEL ENFERMO

- Las comunidades cristianas y sus diferentes miembros.
- La sociedad en general.

7. ORGANIZACIÓN DEL DÍA DEL ENFERMO Y PARTICIPACIÓN DE LOS AGENTES DE PASTORAL

- Promueve el Día del Enfermo la Comisión Episcopal de Pastoral.
- Organiza y coordina la preparación del Día:
 - EN EL ÁMBITO NACIONAL: el Departamento de Pastoral Sanitaria de la C.E.E.
 - EN LAS DIÓCESIS: las Delegaciones Diocesanas de Pastoral Sanitaria. Donde no existe esta Delegación, el organismo que el Obispo estime más apropiado.
- Colaboran activamente en la preparación y celebración del Día, los Agentes de Pastoral Sanitaria (párrocos, capellanes, religiosos y religiosas sanitarios, movimientos de/para enfermos, grupos parroquiales de pastoral sanitaria, grupos de personal sanitario cristiano, etc.) y todos los miembros de las comunidades cristianas que lo deseen.

8. MATERIALES PARA LA PREPARACIÓN Y CELEBRACIÓN DEL DÍA DEL ENFERMO

- Orientaciones para la preparación y celebración del Día.
- Mensaje de los Obispos de la Comisión Episcopal de Pastoral.
- Cartel grande (texto en castellano, catalán, gallego y vasco).
- Tarjetas (varios modelos).
- Catequesis sobre el lema del Día.
- Guión de la Celebración de la Eucaristía del Día.
- Montaje audiovisual sobre el lema del Día.
- Cinta-cassette con el Mensaje de los Obispos de la CEP, testimonios de enfermos, etc.
- Dossier de Documentos sobre el lema del Día para entregar a los Medios de Comunicación Social.

9. RECOGIDA Y DIFUSIÓN DE EXPERIENCIAS Y TESTIMONIOS

- Para conseguir los objetivos que se propone el Día del Enfermo 86, puede ser un medio muy útil el recoger experiencias-testimonios de enfermos y familias, de personal sanitario y de comunidades cristianas.
- Con este motivo, las Delegaciones Diocesanas, a través de algunos agentes de pastoral, van a tener ocasión de acercarse y sintonizar con los enfermos y sus familias, de escuchar sus vivencias, de aprender sus enseñanzas.
- Habrá que pedirles su experiencia con suma delicadeza y discreción, animando a hacerlo pero sin forzar, indicándoles con claridad su finalidad, respetando su intimidad y sus deseos, agradeciéndoles su colaboración.
- ¿A quiénes pedir la experiencia? Quizá lo más eficaz y oportuno sea pedirlo a personas conocidas. Pero conviene dejar abierta la posibilidad de que la ofrezcan todos los que la deseen.

- Las experiencias y testimonios que se recojan en las parroquias, hospitales, movimientos, etc., se enviarán a la Delegación Diocesana de Pastoral Sanitaria, quien a su vez las remitirá al Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria.
- Las experiencias y testimonios recogidos podrán difundirse con motivo del Día del Enfermo en los materiales que elaboren las Delegaciones Diocesanas.
- Para facilitar la recogida de las experiencias y testimonios ofrecemos unos modelos (anexo I).

10. PREPARACIÓN DEL DÍA DEL ENFERMO. ACTIVIDADES Y SUGERENCIAS

Para que el Día del Enfermo sea una realidad pastoral es necesario prepararlo con tiempo y con esmero en los diferentes ámbitos: nacional, interdiocesano, diocesano, local.

Ámbito nacional

- Elaboración del borrador de proyecto del Día del Enfermo 1986 por el Equipo Nacional de Pastoral Sanitaria. (Mayo 1985).
- Presentación del proyecto a la Comisión Episcopal de Pastoral para su aprobación. (Junio 1985).
- Presentación del proyecto a los Delegados Diocesanos de Pastoral Sanitaria para su estudio y aplicación. (Septiembre 1985).
- Elaboración de los materiales para la preparación y celebración del Día del Enfermo (Octubre 1985 - Enero 1986).
- Envío a los señores Obispos y a los Delegados Diocesanos de Pastoral Sanitaria de las «Orientaciones para la preparación y celebración del Día del Enfermo 1986». (Diciembre 1985).
- Envío de los modelos de tarjetas a las Delegaciones Diocesanas de Pastoral Sanitaria para que hagan el pedido de ejemplares de las mismas y del resto de materiales. (Enero 1986).
- Envío de los materiales solicitados. (Primero de marzo 1986).
- Gestión de la presencia del tema del Día del Enfermo en los Medios de Comunicación Social (radio, prensa y TV) de ámbito nacional.

Ámbito interdiocesano

- Reunión interdiocesana de las Delegaciones de Pastoral Sanitaria para tratar sobre el Día del Enfermo: puesta en común de las actividades y proyectos de cada Delegación para preparar y celebrar el Día del Enfermo; sugerencias y compromisos para ayudarse entre sí las Delegaciones; programación, si procede, de acciones en común, etc.

Ámbito diocesano

- Información sobre el Día del Enfermo al comienzo de curso a toda la Iglesia diocesana.
- Inclusión, en la programación anual de la Delegación Diocesana, del Día del Enfermo como una de las acciones prioritarias.
- Reunión/nes del Equipo Diocesano de Pastoral Sanitaria para tratar sobre la celebración del Día del Enfermo.
- Crear o potenciar, dentro del Equipo/Delegación Diocesana, un grupo responsable de preparar e impulsar en la Diócesis la preparación-celebración del Día del Enfermo.
- Contacto periódico con el señor Obispo para informarle sobre la preparación del Día del Enfermo en la diócesis.
- Reunión con representantes de los diferentes Agentes de Pastoral Sanitaria y sus organismos (movimientos de/para enfermos, religiosos y religiosos sanitarios, profesionales seculares cristianos, capellanes, grupos parroquiales de Pastoral Sanitaria, otros) para animarles a celebrar el Día del Enfermo en su sector y para programar alguna acción a realizar en común con motivo del Día del Enfermo.
- Información a los Vicarios y a los demás Delegados de la diócesis pidiendo su colaboración y ayuda.

- Sensibilización de los sacerdotes para que preparen y celebren el Día del Enfermo en sus parroquias: contacto personal, información en sus reuniones, cartas, etc.
- Petición de los materiales al Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria. (Segunda quincena de enero 1986).
- Elaboración de materiales propios para la Diócesis, contacto con colaboración de otras Delegaciones (Liturgia, Catequesis, Medios de Comunicación Social):
 - *Carta al Obispo.*
 - *Entrevistas, artículos para la Radio y Prensa locales.*
 - *Mensajes/cartas a los enfermos.*
 - *Otros.*
- Envío o entrega personal de los materiales (Orientaciones, Carta del Obispo, carteles...) a: Capellanes de Hospital y Residencias de Ancianos, Párrocos, Comunidades Religiosas Sanitarias y no Sanitarias, Movimientos de/para Enfermos, etc.
- Publicación en el Boletín Oficial del Obispado de las Orientaciones para preparar y celebrar el Día del Enfermo en las Comunidades Cristianas de la Diócesis.
- Información previa a la celebración del Día del Enfermo a través de los Medios de Comunicación (Hoja Diocesana, radio, prensa...).

11. CELEBRACIÓN DEL DÍA DEL ENFERMO: ACTIVIDADES Y SUGERENCIAS

Ámbito nacional

- Misa Televisada «Día del Señor» desde un Centro Hospitalario.
- Misa de Radio Nacional desde un Centro Hospitalario o desde una Parroquia con participación de enfermos y de agentes de Pastoral Sanitaria.
- Programa «Últimas preguntas» de la semana anterior, sobre el lema del Día del Enfermo.
- Publicación de un Pliego en «Vida Nueva».
- Presencia en los Medios de Comunicación Social de difusión nacional.

Ámbito diocesano

- Ciclo de conferencias sobre temas relacionados con los objetivos a conseguir, en la semana o semanas anteriores al Día.
- Charlas en la radio local.
- Mesas redondas sobre el lema.
- Difusión de testimonios vivos, a través de los Medios de Comunicación Social al alcance, especialmente los de la Iglesia.
- Visita a los enfermos y Eucaristía presidida por el señor Obispo un día en cada Centro Hospitalario, durante la semana previa.
- Hoja Diocesana del domingo dedicada al Día del Enfermo.
- Celebración de la Misa del Día, presidida por el señor Obispo de la diócesis, en el lugar que se estime apropiado.
- Presencia del tema del Día en los Medios de Comunicación Social locales (radio, prensa, TV).

Ámbito parroquial

- Contacto con los enfermos en sus casas, por medio de la visita habitual de los grupos de pastoral de enfermos y del párroco, incluyendo también como visitantes a los mismos enfermos y minusválidos que puedan hacerlo.
- Entrega de un pequeño «recuerdo» del Día, con un mensaje a todos los enfermos de la parroquia, como gesto de reconocimiento, de amistad y cariño y del agradecimiento de la comunidad parroquial hacia ellos. Los portadores podrían ser los niños/as que hacen la Primera Comunión, los jóvenes que se preparan para la Confirmación, los grupos de pastoral de enfermos, etc.

- Presencia del tema del Día del Enfermo en todas las Misas que se celebren (moniciones, homilias, preces, etc.), con participación de enfermos, cuando sea posible.
- Eucaristía especial para enfermos, seguida de un acto festivo.
- Celebración comunitaria de la Unción de Enfermos.
- Comunión a los enfermos en sus casas, con una preparación previa de los mismos y de sus familias.
- Celebración de la Eucaristía en las casas de los enfermos crónicos, invitando a familia y vecinos, durante los días previos y siguientes.
- Encuentro fraternal, alegre y festivo de los agentes de Pastoral Sanitaria, en especial de los enfermos, que permita un mayor conocimiento, fomente la colaboración y estimule el ánimo y la esperanza de todos los que participen.

Ámbito hospitalario

- Buena parte de las actividades reseñadas en el ámbito parroquial pueden llevarse a cabo en el hospitalario, adaptándose a las peculiaridades del mismo: Celebración festiva de la Eucaristía, Comunión solemne, Unción Comunitaria de Enfermos, entrega a enfermos y familiares de un mensaje, etc.
- Velada festiva con participación de los mismos enfermos y de grupos de fuera del centro hospitalario.

12. FINANCIACIÓN DE LOS GASTOS DEL DÍA DEL ENFERMO

- El día del enfermo no tiene colecta. Cada diócesis abonará el importe de los materiales, que haya solicitado, a la Conferencia Episcopal Española.
- Por ello conviene tenerlo en cuenta en el presupuesto de la Delegación Diocesana de Pastoral Sanitaria.

13. 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.

14. 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.
- Implicar y buscar la colaboración de otros Secretariados/Delegaciones tales como Liturgia, Misiones, Medios de Comunicación Social, Catequesis, etc.
- Preparar con tiempo y esmero la celebración.
- Ser realistas al preparar la celebración y contar con las posibilidades que existen.
- Contar con los enfermos como protagonistas principales del Día.
- Procurar que el Día sea un acontecimiento alegre, festivo, testimonial y evangelizador.

Después de la enfermedad

Ha sido escrito que el sufrimiento y el amor se encuentran en el corazón de la humanidad. De hecho, el dolor, en sus diferentes realidades, un día u otro llama a las puertas de todo hombre y de toda mujer. No perdona a nadie: ni a los mayores ni a los pequeños, ni a los poseedores de riquezas ni a los carentes de todo, ni a los ricos en sabiduría ni a los letrados, ni a los orgullosos por el poder que detentan ni a los oprimidos. Por esto, ante el sufrimiento —ante tantas lágrimas derramadas con amargura— la humanidad eleva al cielo este clamor: ¿por qué?

He aquí la gran pregunta ante el misterio. Porque el sufrimiento es un misterio. Alguien ha escrito que el dolor es inhumano. ¿No sería más exacto reconocer que es «terriblemente humano»? ¿que es incluso parte integrante de la naturaleza humana? Ningún hombre y ninguna mujer pueden escapar al sufrimiento. Será para ellos una experiencia de queja, de paciencia o de desesperación. Lo cierto es que el dolor abarca al hombre en la totalidad de su ser: de sangre, de inteligencia y de espíritu. Una persona enferma decía: «el corazón, las manos, la mente y súplicas se unen en un solo deseo y en un clamor único: ¡que se acabe el dolor!»

Un cristiano, un hombre de fe, sabe que el sufrimiento se halla en el ámbito de los designios inescrutables de la voluntad de Dios. Nuestro «¿porqué?», se junta con la oración de Jesús en el huerto de los olivos: «que pase de mí este cáliz; pero que no se cumpla mi voluntad sino la tuya», la del Padre. La voluntad de Dios sobre cada uno de nosotros es «un verdadero misterio». Cuando recitamos el padrenuestro, ¿con qué facilidad pedimos que no se haga nuestra voluntad, sino la de Dios! Pero ¿es que la conocemos? ¿Estamos convencidos de que es un auténtico misterio?

Todos sabéis que hace pocos meses la enfermedad también me ha afectado a mí, de una manera dura y grave, en el momento más inesperado. Han sido muchos los males que me han afligido; ni podría contarlos, usando palabras del salmista. También yo —como tantos y tantos que sufren— he elevado la mente a Dios y le he preguntado: ¿por qué? Después de rezar tantas

veces el padrenuestro, no sabía del todo que la voluntad divina nunca deja de ser un misterio: también, cuando aparece el dolor. No fue fácil para mí tener conciencia plena de que, al sentirme enfermo, «había entrado en el misterio de la voluntad de Dios».

La fe en Dios Padre me comunicó paz, serenidad y confianza. Le dije con verdadera sinceridad de corazón: «Dios mío, aquí estoy para hacer tu voluntad». Y su voluntad ha sido ésta: Él ha querido librar mi vida de caer en el abismo de la muerte, pero dispuso que bebiera algunos sorbos del amargo cáliz del dolor. Con todo lo que éste lleva consigo: de impotencia, de rompimiento de la vida, de aislamiento de los demás, de necesidad de ayuda, comprensión y afecto, etc.

La fe me ha recordado también la gran verdad de que el sufrimiento nos hace partícipes de la pasión de Jesús. Es el «misterio» de la cruz en la historia de la salvación humana. San Pablo, gran conocedor de sufrimientos y persecuciones, nos habla de la resurrección y nos asegura que Dios «por la momentánea y ligera tribulación nos prepara un peso eterno de gloria incalculable». Es que el hombre ha sido creado para la vida y no para la muerte; para ser feliz y no para sufrir. La solución del «misterio de la voluntad de Dios» se encuentra en Cristo, que desde la cruz recuerda a todos los hombres que Él —y solamente Él— es la resurrección y la vida.

El obispo, al reintegrarse a su vida normal, después de una larga y grave enfermedad, más que nunca es consciente de sus limitaciones. Se siente cerca de todo hombre, sobre todo de cuantos sufren. Y porque es hombre como los demás, necesita ser comprendido y ayudado; también es capaz de entender mejor y sentirse solidario de cuantos lloran y padecen.

Gracias a todos los que me habéis acompañado durante este tiempo con el interés, el afecto y las plegarias.

EL CARDENAL-ARZOBISPO
Full Dominical. Barcelona
1 diciembre 1985

II Concurso de relatos breves sobre «Enfermería y valores humanos»

Organizado por el Hospital San Rafael de Madrid
a través de su Escuela Universitaria de Enfermería

BASES

- 1.^a Podrán participar tanto profesionales de Enfermería como estudiantes de cualquier Escuela Universitaria de Enfermería de toda España.
- 2.^a Los hechos relatados deberán ser verosímiles y tener relación con el ejercicio de la profesión de enfermería, poniendo de manifiesto los aspectos humanos de la misma.
- 3.^a Los relatos deberán ser inéditos y escritos en lengua castellana, con una extensión mínima de tres folios y máxima de diez, mecanografiados a dos espacios por una sola cara.
- 4.^a Los relatos se presentarán sin firma y por triplicado dentro de un sobre cerrado en el que únicamente se hará constar un título o lema. En él se incluirá otro sobre cerrado y con el mismo título o lema en el exterior, en cuyo interior figurarán los datos personales del autor, su dirección completa, número de teléfono y documento o documentos (originales o fotocopiados) que le acrediten como profesional o estudiante de Enfermería.
- 5.^a El plazo de presentación finalizará a las 14 horas del próximo día 31 de mayo de 1986.
- 6.^a Cada autor podrá presentar un solo relato a concurso.
- 7.^a Un Jurado compuesto por varias personas vinculadas al Hospital San Rafael hará una selección de los mejores relatos, que pasarán a ser considerados como finalistas. Los autores de estos relatos recibirán notificación al respecto.
- 8.^a El fallo del Jurado será inapelable y se dará a conocer el día 30 de junio de 1986 en un acto público que tendrá lugar en el Salón de Actos del Hospital San Rafael de Madrid.
- 9.^a Se establece un Primer Premio, dotado con 75.000 pesetas, Diploma acreditativo y Motivo del Concurso, y un Segundo Premio, dotado con 50.000 pesetas y asimismo Diploma y Motivo del Concurso.
- 10.^a Los Premios no podrán ser declarados desiertos.
- 11.^a El Jurado se reserva la facultad de otorgar Menciones Especiales según el nivel de los trabajos presentados.
- 12.^a Para la concesión de los Premios, el Jurado tendrá en cuenta tanto la calidad literaria como la riqueza de valores humanos que el relato contenga.
- 13.^a La organización se reserva el derecho de publicar los trabajos premiados a través de los medios que considere oportunos.

14.^a Los relatos no premiados podrán ser retirados por sus autores o personas autorizadas durante los treinta días siguientes a la entrega de los Premios.

15.^a Los trabajos deberán ser enviados a:

Escuela Universitaria de Enfermería
Hospital San Rafael
c/ Serrano, 199
28016 MADRID

haciendo constar: «Para el II Concurso de Relatos Breves».

16.^a La presentación al Concurso supone la total aceptación de estas Bases.

Congreso Internacional de Hospitales Católicos. Roma

Durante tres días consecutivos (29, 30, 31 de octubre de 1985) el aula de Pablo VI, en el Vaticano, ha sido testigo ya no sólo de las calurosas audiencias y acogidas al Papa, sino el lugar de reflexión sobre los «Hospitales Católicos»; ha sido el primer Congreso Internacional sobre el tema, y el número de participantes venidos de todo el mundo ha sido de unos 1.200.

Después de la carta «Salvifici doloris» y del Motu proprio «Dolentium hominum», este congreso venía a insistir, una vez más, en la preocupación de toda la Iglesia sobre la salud y la enfermedad, en los profesionales, en los hospitales y en su quehacer.

El contenido del congreso, a nuestro juicio, ha sido pobre, quizá porque, más que doctrina, el objetivo era la creación de una «Federación Internacional de hospitales católicos» y esto, el congreso, lo consiguió; esperamos que el Comité formado sea capaz de responder a muchas necesidades y a interrogantes como los siguientes:

- ¿Qué es un hospital católico?
- ¿Cuál es su identidad?
- ¿Qué rasgos característicos le identifican y le distinguen de los otros hospitales?

Interrogantes que en el congreso sólo aparecieron tímidamente, ya que se limitó a dar una conferencia sobre teología de la salud y varios informes sobre el tema, por naciones y continentes, las más de las veces improvisados.

En la reunión del continente europeo participamos quince naciones y se notaron y repitieron estas mismas inquietudes. Desde España, pobremenre representada, presentamos nuestra aportación: cuántos eran los hospitales católicos, las reflexiones realizadas últimamente, tales como las varias reuniones habidas a nivel nacional y los documentos elaborados: «Configuración del hospital católico», «Estudio jurídico sobre la identidad del hospital católico», Jornadas especiales sobre el tema y publicación de su contenido en un número monográfico de la revista LABOR HOSPITALARIA (n.º 188) y el gran esfuerzo de Pastoral Sanitaria en todo el país.

También indicamos en nuestra relación los principales problemas que teníamos, como eran la falta de integración real y efectiva de estos hospitales en la nueva ley sanitaria y en la red pública, la cláu-



Participantes de España en el Congreso de Hospitales Católicos

sula de identidad, problemas económicos, y la falta de una federación nacional...

Quisimos dejar, igualmente, bien explícito nuestro pensamiento sobre las notas fundamentales que, a nuestro juicio, debe tener un hospital católico y las expresamos como siguen:

1. Voluntad práctica de un servicio hospitalario realizado desde la antropología cristiana y coherente con los valores que esta fe conlleva.
2. Las relaciones todas, sanitarias y profesionales, se institucionalizan en función de esta concepción cristiana del hombre.
3. La titularidad del hospital es de tal naturaleza que permite tomar las orientaciones y decisiones coherentes con los presupuestos anteriores.

Un signo de vitalidad en el hospital católico es la dinámica de constante superación en la búsqueda de la meta a alcanzar y que obliga a una conversión. Por ello, ni el hombre, ni la naturaleza de la entidad que tiene el hospital, ni la existencia de un servicio religioso, ni la observación de una norma ética concreta, definen por sí mismos el carácter católico de un hospital en su dimensión más profunda, aunque jurídicamente llevare el nombre de «hospital católico».

La presencia del Papa dio un impulso nuevo a nuestros ánimos; diríamos que fue el «gran discurso» que nos trajo aire fresco*.

J.L.R.

* Cfr. En este mismo número de LABOR HOSPITALARIA el discurso del Papa a los congresistas de los hospitales católicos de todo el mundo: «La humanización de la medicina está por encima de todo interés».

Diners sense distàncies.

Aquest és el símbol de "la Caixa".

La Caixa d'Estalvis més important del país..

Més de 900 oficines, connectades per teleprocés, a Catalunya i Balears, Madrid, València, Saragossa i Bilbao.

A qualsevol, i en el moment que vulgui, vostè pot disposar dels seus diners a l'instant, a través de les llibretes d'estalvi, els talonaris de compte corrent, les targetes de crèdit, els caixers automàtics...

A "la Caixa" no hi ha distància per als diners.



CAIXA DE PENSIONS

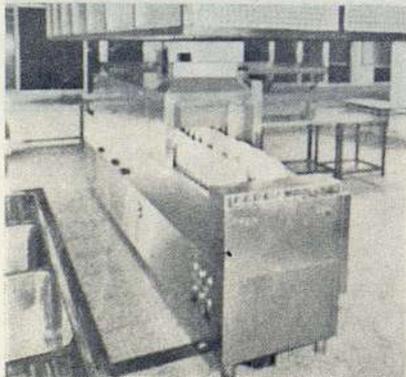
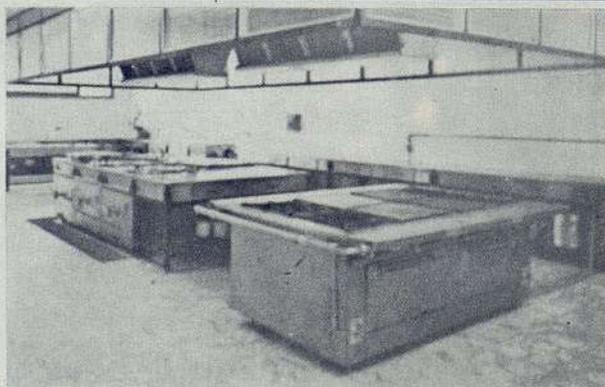
"la Caixa"

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 Sancholopetegui, s/n - Apdo. 17
Tfno. 78 01 51 - Telex: 36030 FAGI-E
OÑATE (Guipuzcoa)



A
rá
y
Re
de
ton
y s
a l
de

IND
trá
POS
es c
dita
med
En l
con
en r
3 ó
a la

3 c
equ
cuc
colr

Gelodrox®

COMPRIMIDOS Y POLVO

Antiácido de acción rápida, intensa y prolongada

Reúne las ventajas de los mejores antiácidos tomados aisladamente y supera a las mezclas antiácidas de acción prolongada



FORMULA

Trisilicato de magnesio sintético
Hidróxido de aluminio, gel desecado
Carbonato cálcico
Carbonato magnésico
Excipiente
Sacarosa

	Comprimidos (1 comp.)	Polvo (1 gr)
Trisilicato de magnesio	300 mg	300 mg
Hidróxido de aluminio, gel desecado	200 mg	200 mg
Carbonato cálcico	220 mg	220 mg
Carbonato magnésico	130 mg	130 mg
Excipiente	c. s.	-
Sacarosa	-	150 mg

(Los comprimidos actúan inmediatamente, debido a que se desintegran con rapidez. La adición de sacarosa en el polvo, hace que sea más agradable de tomar).

INDICACIONES: Hiperacidez gástrica, úlceras pépticas, gastritis medicamentosas, pirosis del embarazo.

POSOLOGIA. Vía oral: **En la hiperacidez gástrica,** la dosis usual es de 3 a 6 comprimidos tragados con agua, ó 1 ó 2 cucharaditas colmadas de polvo, desleído en un $\frac{1}{4}$ ó $\frac{1}{2}$ vaso de agua, media hora después de las 3 ó más tomas de alimento diarias.

En la úlcera péptica, la dosis es de 3 a 6 comprimidos tragados con agua, ó 1 ó 2 cucharaditas colmadas de polvo, desleído en un $\frac{1}{4}$ ó $\frac{1}{2}$ vaso de agua, tomadas en el intermedio de las 3 ó más tomas de alimento diarias, es decir, aproximadamente a la mitad del tiempo que transcurre entre ellas.

CONTRAINDICACIONES: No se han descrito.

PRECAUCIONES: Puede originar en tratamientos prolongados y en pacientes con insuficiencia renal, hipermagnesemia. De no existir insuficiencia renal, el riñón elimina rápidamente los iones magnesio absorbidos.

INCOMPATIBILIDADES: El hidróxido de aluminio disminuye la absorción de las tetraciclinas administradas por vía oral.

EFFECTOS SECUNDARIOS: No se han descrito.

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO: Carece de toxicidad aún a dosis elevadas.

PRESENTACION Y P.V.P.: Caja con 50 comprimidos, 212 ptas. Caja con 100 gramos polvo, 170 ptas.

3 comprimidos equivalen a 1 cucharadita bien colmada de polvo



LABORATORIO GELOS, S. A.
Monistrol, 22-24 - 08012 Barcelona



CelPA / España, S.L.

Higiene para colectividades

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

Trajano, 18
Teléfono 331 20 95
BARCELONA - 4

Venecia, 42
Teléfono 38 65 12
ZARAGOZA - 7

Roselló, 2
Teléfono 45 01 87
PALMA DE MALLORCA

INSTRUMENTAL MÉDICO, S.A.

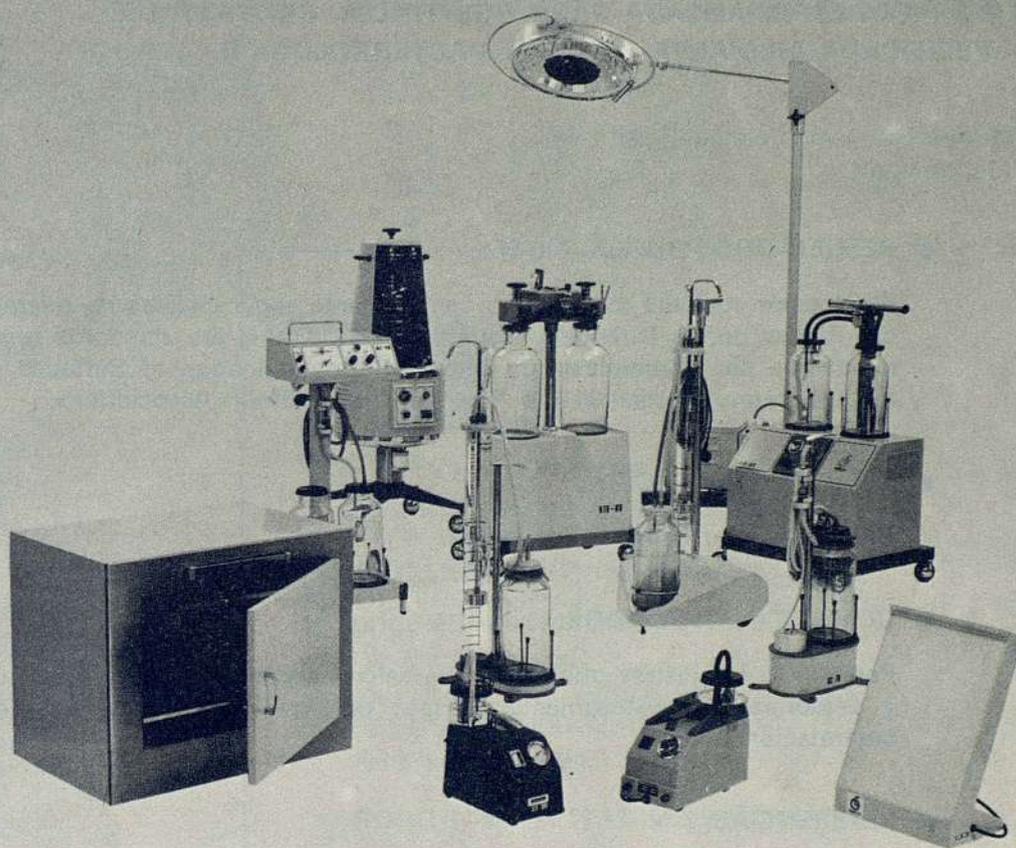
EXCLUSIVAS DE MATERIAL QUIRÚRGICO

- **CHR. DIENER**
Instrumental general
- **OSTEO AG**
Material de osteosíntesis,
Prótesis de cerámica
- **HEINR. C. ULRICH**
Instrumental

CÓRCEGA, 242, Entlo.
☎ (93) 218 72 44 - 218 79 13
08036 BARCELONA

Nuestra Experiencia:

más de 25 años
al servicio de la medicina



ORDISI, S.A.

Progreso, 3-5 - Tel. (93) 334 01 12 - Télex: 54375 ORDI-E - HOSPITALET DE LLOBREGAT, Barcelona

1.ª Empresa Nacional Fabricante de Aspiradores de Uso Médico

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:

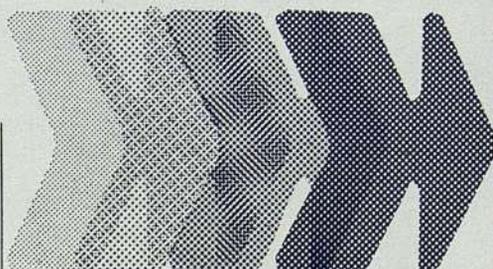
Por escrito a nuestras oficinas de Barcelona desde donde informaremos y asesoraremos gustosamente en fase de previsión anterior a la de contratación.

● 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

LIMPIEZA INDUSTRIAL

Teléfono de orientación técnica

(93) 231 51 62
(4 líneas)

Si usted tiene algún problema de limpieza en su hospital, 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.**

GRATIS

CONFECCIONES

BH S. A.

Una empresa al servicio
de las empresas hospitalarias

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

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

ControlDiet

Dieta para controlar el peso y la salud

TRATAMIENTO DIETETICO DE LA OBESIDAD Y DE OTRAS SITUACIONES CLINICAS CAPACES DE SER CONTROLADAS POR LA DIETOTERAPIA (TRIGLICERIDEMIA, COLESTERINEMIA, GLUCEMIA, HIPERTENSION ARTERIAL, ETC.)

ControlDiet ES EL PREPARADO MAS CIENTIFICO EN SUS APORTES Y CANTIDADES DE NUTRIENTES ESENCIALES

ControlDiet CONTIENE 60 g DE PROTEINAS DE ALTO VALOR BIOLÓGICO, CANTIDAD INDISPENSABLE PARA ESTE TIPO DE TRATAMIENTOS. CUALQUIER DISMINUCION EN LA INGESTA DIARIA DE ESTA CANTIDAD ES ALTAMENTE PELIGROSA



Clinical Nutrition

LOS ESPECIALISTAS EN NUTRICION

C/. Agudes, 1 - MATARO - Tel. (93) 799 02 52