

Hermanos de
San Juan de Dios
Barcelona

Año 40. Segunda época. Enero - Febrero - Marzo 1988
Número 207. Volumen XX

CONSEJO DE REDACCIÓN

Director

Miguel Martín

Redactores

Joaquín Plaza
Pilar Torres
Mariano Galve
Francisco Sola

Secretario y Administración

Benjamín Pamplona

CONSEJO ASESOR

Francisco Abel
Felipe Aláez
Ramiro José Alloza
Miguel A. Asenjo
José Buj
Ángel Calvo
Jesús Conde
Rudesindo Delgado
Francisco de Llanos
Joaquín Erra
Rafael Herrera
Fernando Jordán
Pilar Malla
Antonio Marset
Amat Palou
Inmaculada Roig
M.ª 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 Sanidad como Soporte Válido. Ref.
SVR n.º 401.

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

Sumario

1	EDITORIAL	12
2	INCIDENCIA DE DIFERENTES ASPECTOS DEL CONTROL DE CALIDAD ASISTENCIAL EN LA RACIONALIZACIÓN DEL GASTO	14
2.1	CONTROL DE CALIDAD, INFORMACIÓN Y CONTENCIÓN DEL GASTO EN EL HOSPITAL Antoni Caro i Navarro, Llibori Casadellà i Rubiés y Llorenç Sotorres i Bartolí	15
2.2	LA CONTENCIÓN DE LOS COSTES Y EL CONTROL DE CALIDAD ASISTENCIAL USANDO LAS TÉCNICAS DE AGRUPACIÓN DIAGNÓSTICAS Jaume Sató i Geli	20
3	ANIMACIÓN SOCIO-CULTURAL Felipe Romanos, José Ramón García y Joaquín Erra	24
4	PERSPECTIVAS PARA LA HUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA	28
5	UNA VISITA AL SAINT JOSEPH'S HOSPICE DE LONDRES Javier Obis, Fernando Jordán y Manuel Campos	32
6	«VIVO JUNTO A LOS ENFERMOS LOS GRANDES INTERROGANTES DE LA FE» Miguel Martín Rodrigo y Francisco Sola Pagola	36
7	EN TORNO AL SIDA	45
7.1	Declaración de Londres sobre prevención del SIDA	45
7.2	Estadística del SIDA según la OMS	47
7.3	Intervención de monseñor Fiorenzo Angelini	49
7.4	«El SIDA es un reto a los valores de nuestra sociedad»	51
8	LOS DERECHOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO	53
9	INFORMACIONES	57

O.H.S.J.D.
CURIA PROVINCIAL
SANT BOI
5.E.23

1. EDITORIAL

En la vida de las personas y también en la de las instituciones y ¡cómo no! en la de las publicaciones, se presentan momentos de tensión activa, de polarización hacia un objetivo concreto e importante que hacen concretar esfuerzos, polarizar atención y poner al servicio de la temática puntual todas las energías concentradas.

Ésta ha sido la situación de LABOR HOSPITALARIA con motivo del número monográfico anterior al actual, de 1987.

Pero L.H. se encuentra en estos momentos en una especial situación. La oportunidad de la celebración del *Día del enfermo marginado* ha hecho concebir la idea en el Consejo de Redacción de dedicar el número monográfico de 1988 a este acontecimiento y las problemáticas que plantea la asistencia a tales pacientes. Este número, para ser oportuno, deberá aparecer en los alrededores de la fecha anunciada por la OMS, mayo 1988.

Se nos presenta pues, un nuevo e ímprobo esfuerzo inmediato al realizado con el monográfico 87.

Podría desprenderse ante estas circunstancias que el presente número queda reducido a un mero trámite, a un puro intermedio, quizás a un puente entre dos números importantes y que los artículos en él incluidos lo son de relleno. Sin embargo, no deseamos que así sea.

Las reflexiones serenas, tranquilas, más sosegadas después de un esfuerzo conducen en muchas ocasiones a clasificar ideas, a ordenar detalles pendientes, no por inconexos, menos importantes.

Hemos incluido en este número aspectos financieros de la organización asistencial en el artículo de Caro, Casadellá y Sotorres: *Control de calidad, Información y Contención del gasto en el hospital*, así como el de Sató sobre: *La contención de costes y el control de calidad asistencial usando las técnicas de agrupación diagnóstica*.

Nos ha parecido oportuno preceder a estos artículos unos comentarios previos por parte de nuestro redactor.

En la vertiente de organización de la Enfermería nos ha parecido importante incluir una interesante experiencia de un aspecto a veces olvidado o al menos marginado por las inquietudes tecnológicas y las trascendentes: la animación socio-cultural en la asistencia a un grupo de pacientes, en este caso deficientes mentales internados.

Una nueva y trascendental pincelada en la temática de la Humanización en la asistencia nos la da el padre General Pierluigi Marchesi en su aportación a la *II Conferencia Internacional del Vaticano* sobre la Humanización de la Medicina que transcribimos.

Una entrevista con alguien tan inquieto por la asistencia a los pacientes, tan cercano a ellos y tan metido en altas responsabilidades de su atención como monseñor Osés, presidente de la Comisión Episcopal de Pastoral y obispo reponsable del Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria.

Y por último, un tema candente con información de última hora: Declaración de la Conferencia Europea de Ministros de Sanidad (enero 1988) en Londres sobre el SIDA.

Creemos que con estos artículos el número 1 de 1988 adquiere todo el valor y relevancia que le dan todos y cada uno de los temas tratados.

¡Felicidades, doctor Plaza!



El doctor Joaquín Plaza Montero, decano de los redactores de LABOR HOSPITALARIA, recibió el pasado 31 de octubre, de manos de nuestro hermano General, Pierluigi Marchesi, la Carta de Hermandad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

Es el sincero reconocimiento a una vida generosamente entregada a una labor desde la identificación con el espíritu de Juan de Dios.

La Orden Hospitalaria cuenta con un nuevo hermano, y el doctor Joaquín Plaza con una familia que siempre fue la suya.

2. INCIDENCIA DE DIFERENTES ASPECTOS DEL CONTROL DE CALIDAD ASISTENCIAL EN LA RACIONALIZACIÓN DEL GASTO

En el mundo de la asistencia sanitaria han irrumpido con estruendo nuevos factores, nuevos potenciales, nuevas visiones y nuevas iniciativas que, no sólo lo complementan, sino que le dan más eficacia y mayor calidad tecnológica.

Se trata, en primer lugar, de la irrupción en el campo de la Medicina del trabajo en equipo frente a la labor individual del médico en la primera mitad del presente siglo. La Enfermería profesionalizada, la Farmacología, la especialización de los propios médicos, la aportación de la Psicología, de la Bioquímica, de la Biología y hasta de la propia Ingeniería, en especial la electrónica, sitúan junto al enfermo unas capacidades tecnológicas inusitadas en las que el aumento de la calidad técnica es la inquietud constante. Los problemas que surgen en esta situación constituyen en sí mismos una eclosión, no siempre positiva, en la que junto a los avances y a las mejoras, se ven luchas frustrantes, esfuerzos baldíos y con ellos olvidos, desesperanzas y desánimos.

Pero el problema fundamental que plantea esta nueva disposición de la asistencia sanitaria es el del posible y frecuente olvido de la persona humana como centro, eje y fin de todos los esfuerzos. La necesidad de la humanización por la que tantas voces claman en el momento actual y entre ellas con especial potencia la de nuestro padre general Pierluigi Marchesi.

También el avance de la tecnología y la complejización del equipo asistencial, junto con otros factores que no es el momento de considerar, han llegado a plantear un problema de necesaria solución: El aumento extraordinario de los recursos financieros necesarios para poder desarrollar los nuevos potenciales y las nuevas iniciativas tecnológicas y para poder mantener la plena eficacia de los complejos equipos que deben aplicarlas.

Ello, desde el punto de vista individual, del paciente o del médico, no adquiere una trascendencia inmediata cuando es un tercero el que se constituye en fuente de financiación. Pero al aparecer el Estado como responsable económico de la asistencia sanitaria, el problema se transforma en social y en último extremo en político. Las problemáticas de la macroeconomía, sobre todo cuando se consideran conjuntamente los problemas asistenciales con las restantes aportaciones sociales como las pensiones de paro, de jubilación, de viudedad, etc., hacen aparecer cifras que asombran, asustan y amilanan a los no iniciados y permiten a los iniciados poner límites no siempre justificados.

De inmediato aparecen en estos mismos campos las problemáticas de la repartición de los recursos que ya de inicio resultan limitados en extremo. La necesidad de la administración surge lógica en cualquier institución que vaya a desarrollar una actividad asistencial. Pero las problemáticas que se plantean conducen a la necesidad de una adecuada gestión y no sólo administración de recursos. Nuevas figuras aparecen en el ya complejo campo de la asistencia sanitaria: las de los gerentes y administradores a los que la necesidad imperiosa de no entrar en bancarrota, les da una fuerza y un poder extraordinarios. Pero este grupo de personas llega al campo de la asistencia sanitaria con una preparación y sobre todo un lenguaje muy alejados del de los restantes trabajadores de la sanidad. Ellos mismos, por otra parte, no están preparados para comprender el lenguaje de los restantes profesionales ni tampoco el sutil lenguaje de las verdaderas necesidades de los pacientes. Y así surgen constantes las incomprensiones, los recelos, las luchas que, en muchas ocasiones hacen estériles y baldíos muchos de los esfuerzos desarrollados.

Uno de los hechos que hacen patente este divorcio,

este distanciamiento, entre los dos grupos de profesionales es que la mayoría de las reuniones, simposiums o coloquios que se desarrollan y programan resultan monográficos y dirigidos a uno solo de los grupos. Creemos que resulta, no sólo conveniente, sino incluso imprescindible, el realizar esfuerzos para alcanzar la comprensión entre dos grupos de profesionales que, por otra parte, están condenados a entenderse para alcanzar con sus acciones conjuntas la verdadera eficacia: la de la utilización de todos los medios necesarios para alcanzar la adecuada asistencia a los pacientes con la utilización de los menores recursos necesarios para ello. Esto es la verdadera eficiencia en la asistencia al hombre.

Nosotros hemos creído que uno de los caminos para intentar alcanzar esta imprescindible comprensión es el de poner al alcance de los profesionales de la sanidad los puntos de vista y las perspectivas de los profesionales de la economía y de una manera especial cuando éstos se plantean temáticas tan cercanas a las de los profesionales sanitarios como las del control de calidad como es el de los dos artículos que publicamos a continuación.

Y como objetivo final nos mueve en este intento de alcanzar la comprensión entre los dos grupos el que ambos, conjunta y separadamente, sean capaces de comprender que el inicio real de la mayoría de los problemas está en la escasez injustificable de los recursos financieros que los políticos destinan en nuestro país a la sanidad. Que logren hacer desaparecer las posturas de entreguismo, de aceptación, como las que trascienden precisamente de los artículos que nos ocupan. No nos perdamos los sanitarios y economistas en discusiones sobre si «son galgos o son podencos» y procuremos por todos los medios aunar esfuerzos para alcanzar los medios financieros para afrontar, con posibilidades de éxito, la organización eficiente de nuestras instituciones.

En el momento actual aceptamos la imperiosa necesidad de la supervivencia. Pero sus acuciantes instigaciones no deben impedir el que todos los verdaderamente interesados en alcanzar lo mejor para el enfermo intentemos comprendernos y la comprensión nos permita luchar positivamente por el objetivo común.

J. P.

LH

2.1 CONTROL DE CALIDAD, INFORMACIÓN Y CONTENCIÓN DEL GASTO EN EL HOSPITAL

Antoni Caro i Navarro

Economista de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios

Llibori Casadellà i Rubiés

Economista de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios

Llorenç Sotorres i Bartolí

Fundación Puigvert

1. Consideraciones iniciales

Resulta sobradamente conocido que el control y la evaluación de la asistencia se basa en tres aspectos diferentes:

- La estructura del centro, es decir, los medios humanos y materiales de que se disponen para realizar el proceso productivo.
- El proceso productivo, es decir, la prestación de la asistencia en sí misma y la manera en que se hace.
- Los resultados obtenidos por medio de dicho proceso,

este distanciamiento, entre los dos grupos de profesionales es que la mayoría de las reuniones, simposiums o coloquios que se desarrollan y programan resultan monográficos y dirigidos a uno solo de los grupos. Creemos que resulta, no sólo conveniente, sino incluso imprescindible, el realizar esfuerzos para alcanzar la comprensión entre dos grupos de profesionales que, por otra parte, están condenados a entenderse para alcanzar con sus acciones conjuntas la verdadera eficacia: la de la utilización de todos los medios necesarios para alcanzar la adecuada asistencia a los pacientes con la utilización de los menores recursos necesarios para ello. Esto es la verdadera eficiencia en la asistencia al hombre.

Nosotros hemos creído que uno de los caminos para intentar alcanzar esta imprescindible comprensión es el de poner al alcance de los profesionales de la sanidad los puntos de vista y las perspectivas de los profesionales de la economía y de una manera especial cuando éstos se plantean temáticas tan cercanas a las de los profesionales sanitarios como las del control de calidad como es el de los dos artículos que publicamos a continuación.

Y como objetivo final nos mueve en este intento de alcanzar la comprensión entre los dos grupos el que ambos, conjunta y separadamente, sean capaces de comprender que el inicio real de la mayoría de los problemas está en la escasez injustificable de los recursos financieros que los políticos destinan en nuestro país a la sanidad. Que logren hacer desaparecer las posturas de entreguismo, de aceptación, como las que trascienden precisamente de los artículos que nos ocupan. No nos perdamos los sanitarios y economistas en discusiones sobre si «son galgos o son podencos» y procuremos por todos los medios aunar esfuerzos para alcanzar los medios financieros para afrontar, con posibilidades de éxito, la organización eficiente de nuestras instituciones.

En el momento actual aceptamos la imperiosa necesidad de la supervivencia. Pero sus acuciantes instigaciones no deben impedir el que todos los verdaderamente interesados en alcanzar lo mejor para el enfermo intentemos comprendernos y la comprensión nos permita luchar positivamente por el objetivo común.

J. P.

LH

2.1 CONTROL DE CALIDAD, INFORMACIÓN Y CONTENCIÓN DEL GASTO EN EL HOSPITAL

Antoni Caro i Navarro

Economista de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios

Llibori Casadellà i Rubiés

Economista de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios

Llorenç Sotorres i Bartolí

Fundación Puigvert

1. Consideraciones iniciales

Resulta sobradamente conocido que el control y la evaluación de la asistencia se basa en tres aspectos diferentes:

- La estructura del centro, es decir, los medios humanos y materiales de que se disponen para realizar el proceso productivo.
- El proceso productivo, es decir, la prestación de la asistencia en sí misma y la manera en que se hace.
- Los resultados obtenidos por medio de dicho proceso,

resultados que necesariamente habrá que comparar con los objetivos que nos hayamos prefijado.

Parece ser el aspecto de evaluación de los resultados el más problemático de concretar, incluso en relación con el análisis de la calidad, y el que menos puede relacionarse directamente con la contención del gasto en el hospital.

Un resultado determinado puede ser bueno desde el punto de vista médico y malo desde el punto de vista subjetivo del paciente.

El resultado, como punto final de un proceso, en el marco de una estructura determinada previamente, no tiene influencia por sí mismo en los costes asistenciales.

Por contra, la estructura de que disponemos, o pueda ser prefijada para un centro en un momento determinado, y el proceso asistencial sí que pueden influir de manera positiva o negativa en el gasto del hospital.

En los momentos actuales, en que la rigidez de los recursos económicos disponibles es total y, en términos reales, tiende a la baja, la relación anteriormente señalada adquiere gran importancia. Por un lado, debe optimizarse la utilización de la estructura y la aplicación de los procesos, teniendo como objetivo la reducción del gasto; pero, por otro lado, hemos de ser conscientes de que hay que llegar más lejos y adecuar la estructura de los hospitales y los procesos utilizados al nivel de recursos financieros disponibles, lo que puede comportar un estancamiento e incluso una baja de calidad, que la sociedad deberá asumir y los hospitales también.

La estructura sobre la que se basa la prestación de la asistencia está formada por los recursos materiales: edificios, instalaciones, equipamientos y aparillajes (básicamente, el inmovilizado del hospital; y por recursos humanos: la plantilla de personal de que se dispone, su composición por estamentos, su cualificación profesional y la forma en que dichos recursos se ordenan dentro del hospital en servicios, secciones, unidades, etc.

Un exhaustivo estudio y adecuada planificación de la inversión en inmovilizado, nos repercutirá en la reducción de costes a través de menores consumos, mantenimiento, reparaciones, etc.; y también menores costes de personal, si tenemos en cuenta, en el momento de invertir, la reducción o incremento de mano de obra que cada alternativa comporta.

El número y la importancia tanto de los servicios indirectos, como contratados, que haya de tener el centro, son otro factor de coste.

Es bastante frecuente que se asocie la abundancia de la dotación de personal con el incremento del nivel de calidad asistencial. La orden de acreditación de hospitales* contempla este aspecto y fija unos mínimos de plantilla en presencia física.

No obstante dicha creencia, que parece por otro lado lógica, no tenemos evidencias de que la realidad sea así y, en muchos casos, los incrementos de plantilla se traducen en decrementos de productividad y nada más.

* De la Generalitat de Catalunya, Conselleria de Sanitat i Seguretat Social, Ordre del 21.11.81 (DOG. 21.12.81) i Ordre de 25.4.83 (DOG núm. 325, 4.5.83).

Es muy posible que actualmente las plantillas de personal de nuestros hospitales se hallen sobredimensionados y, seguramente, a través de una adecuada organización y racionalización del trabajo, acompañadas de la posibilidad de flexibilizar suficientemente las actuales relaciones contractuales y funcionales internas, se podría prestar una asistencia adecuada al volumen de recursos que la Administración destina, con índices de personal/cama inferiores a los actuales, sin disminuir el nivel de calidad.

Como después veremos (en 2.2), para el control del proceso asistencial debe establecerse la adecuada protocolización de la actividad asistencial. Ésta comporta normalmente un incremento del gasto, porque se enfoca como un perfeccionamiento científico-técnico y se aplica sistemáticamente, de forma automática, sin tener en cuenta los recursos que se consumen.

Se puede invertir esta tendencia y, a través de la adecuada colaboración médico-administrativa, enfocar el trabajo de protocolización desde un punto de vista flexible y no de establecimiento de acciones diagnósticas y terapéuticas ideales, sino imprescindibles para cada patología o fase de un proceso.

Este punto de vista requiere la aceptación, por parte de los estamentos asistenciales, de circunscribir su actividad en el marco real en el que se mueve la financiación de nuestra sanidad. Ello tiene que ser considerado como una inversión de futuro para cimentar el logro de un nivel superior a medio plazo, lo que sin duda comporta sacrificios que debemos afrontar.

2. Métodos de control de calidad: características

De acuerdo con lo expresado en el punto anterior, para la realización de análisis orientados tanto a mejorar el nivel y control de la calidad, como a contener de manera efectiva el gasto de nuestros hospitales, podemos servirnos de los siguientes métodos:

- Análisis de la estructura.
- Análisis del proceso.
- Análisis de los resultados.

La lista de ventajas e inconvenientes que, para el ejercicio de dicho control, conlleva la utilización de los tres métodos, puede ser extensísima dada la conflictividad que, con frecuencia, representa confrontar de cara a una toma de decisiones racional, argumentos económicos y médicos. Por ello, al abordarlos, no nos extenderemos excesivamente, sino que entraremos únicamente en consideraciones de puntual importancia, en razón del tema que nos ocupa.

Cada uno de ellos constituye una técnica de gestión que permite valorar, de diferente manera y desde distinta perspectiva, el nivel de calidad de la asistencia prestada, logrado en un hospital determinado y, en último término, por el sistema hospitalario que lo engloba.

Los tres métodos persiguen, lógicamente, el mismo ob-

jetivo, que es el de lograr el máximo nivel de salud individual o colectiva posible, a través de una utilización racional de los recursos disponibles, tanto humanos como materiales.

Evalúan, para ello, los diferentes componentes a través de los cuales pretenden constatar el nivel de calidad alcanzado. Reside su eficacia en la capacidad potencial, de que los mismos puedan gozar, para poner de relieve las deficiencias que, con respecto a dichos componentes, se produzcan, con objeto de que éstas puedan ser corregidas.

Podemos afirmar, también, que la incidencia de cada uno de los anteriores métodos, en la racionalización de los recursos disponibles, y por ende del gasto sanitario, estará en función del control que a través de los mismos se pueda ejercer sobre la eficiencia y eficacia con que son utilizados dichos recursos y con que son prestados los servicios asistenciales, tanto desde el punto de vista médico como del económico.

Pero para que dicho control sea posible a través de cada uno de los tres métodos, es necesaria, previamente, la existencia o fijación y definición de una serie de parámetros o indicadores, de orden tanto cualitativo como cuantitativo, estandarizados, y representativos del nivel de calidad que se pretende alcanzar, a los cuales podamos remitirnos para efectuar las comparaciones oportunas de lo que se obtenga en la práctica.

Y aquí nos encontramos, quizá, con el primer problema a solucionar. Resulta razonablemente evidente que tanto el control de calidad que pueda realizarse de todo el sistema hospitalario, como la racionalización del gasto que a través del mismo se pretenda alcanzar, sólo serán posibles si los parámetros fijados poseen la suficiente flexibilidad, como para que resulten válidos para todos los hospitales que lo integran.

Ello no constituye tarea fácil y es objeto de grandes inconvenientes y controversias en la práctica, al resultar las condiciones y necesidades de cada zona de influencia de un hospital muy desiguales.

Finalmente, además de estas tres grandes líneas, contamos con un instrumento específico para analizar temas concretos: *Medical Audit*.

El papel del *Audit*, como instrumento de valoración, anterior y posterior a la introducción de medidas de ahorro o a la modificación a la baja de determinados protocolos asistenciales, nos permitiría correlacionar la reducción del gasto con la variación de la calidad asistencial.

ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA

Un adecuado *análisis de la estructura* de un hospital, primero de los métodos de control de calidad señalados, debe permitirnos apreciar si se ha dotado al mismo de la dimensión adecuada, con arreglo a las necesidades de la demanda que debe satisfacer.

Asimismo, debe evidenciar que la asignación de recursos humanos y materiales disponibles, efectuada en los distintos servicios que configuran las diferentes áreas de un hospital, es suficiente y se ha realizado bajo criterios de

racionalidad tanto económica —al ser constitutivos de factores de costes—, como médica —al ser destinados a la atención de unas necesidades asistenciales concretas o al desarrollo de una actividad médica determinada, para la que son necesarias—.

De la misma forma, debe constatar si la organización con que se ha dotado al hospital es correcta y permite un funcionamiento idóneo del mismo.

Constituye, pues, este análisis una metodología indirecta del control de calidad, dirigido a la consecución del máximo nivel de salud, individual o colectivo de la población, de importante incidencia en cuanto a la racionalización del gasto se refiere.

El máximo desarrollo del presente método se produce en Estados Unidos, a través de la implantación del Sistema de Acreditación de Hospitales, al cual deben acogerse todos los hospitales que quieran suscribir un convenio con la Administración, cuyos estándares se revisan y adecuan periódicamente a la realidad, oportunidad ésta de la que gozan los hospitales americanos, al ser los mismos, fundamentalmente, los encargados de aportar sugerencias en este sentido.

Ello posibilita, seguramente, que la flexibilidad de dichos estándares aplicables a su sistema hospitalario, no se convierta en muchos casos en rigideces económicas insalvables para determinados hospitales.

Suele suceder en países de menores posibilidades a nivel de recursos, que utilizan metodologías similares pero sin la adecuada flexibilidad, lo que comporta a los hospitales privados con voluntad de utilización pública, un grave inconveniente no resuelto, para la concesión de conciertos, económicamente suficientes y en condiciones equitativas en relación con los hospitales que son propiedad de la Administración. Aquéllos tampoco obtienen en general la concesión del suficiente apoyo a la inversión, que permita la realización de las que precisan si quieren suscribir un concierto con la Administración.

Teniendo en cuenta los aspectos anteriores, podría evitarse que en muchos casos se produzca la paradoja de que a pesar de la disposición de recursos suficientes no se obtenga como resultado la calidad esperada.

ANÁLISIS DEL PROCESO

El segundo de los métodos señalados, consistente en un *análisis del proceso*, se ocupa de controlar la utilización de los medios puestos a disposición del hospital, tanto en cuanto se refiere al rendimiento obtenido, de cara a la consecución de los objetivos de calidad perseguidos, como a los métodos utilizados para su logro.

Valora, por tanto, aspectos cuantitativos y cualitativos de la asistencia prestada, lo que constituye de nuevo un método indirecto que trata de evaluar la calidad esperada a través de la propia medición de aspectos relacionados con los conceptos de eficiencia y eficacia, básicamente del trabajo médico.

El control de calidad del proceso asistencial se realiza por medio del análisis y establecimiento de protocolos asistenciales, realización de sesiones clínicas para discutir los

casos e instauración de diferentes comités (mortalidad, terapéutica, infecciones, historias clínicas, etc.).

Dicho método consiste, básicamente, en analizar los diagnósticos y terapéuticas aplicadas en relación con cada grupo determinado de pacientes; por tanto la historia clínica, cuya calidad debe ser igualmente controlada por un comité específico, constituye un instrumento fundamental para su aplicación, generalmente realizada por la propia clase médica.

Para su implementación deben salvarse previamente las reticencias por parte de los profesionales de la sanidad, concernientes a la elaboración de un aparato estadístico y de normas y protocolos, que determinen cuáles deben ser los procesos diagnósticos y terapéuticos a seguir ante una determinada patología, que faciliten la evolución y control posterior del coste y calidad del trabajo médico realizado. Ello es debido, principalmente, a las siguientes causas:

- La estimación de que ponen en cuestión ciertos principios deontológicos de la medicina, como la libertad de prescripción y el secreto médico.
- La creencia de que cualquier control de este tipo sería origen de efectos negativos sobre la calidad del servicio.
- La dificultad en consensuar cuáles son los puntos básicos de un proceso terapéutico y en determinar cuál es el tiempo de su duración.
- El rigor, a veces excesivo, en la aplicación de determinados principios de la medicina, que incompatibiliza su ejercicio con el análisis del coste de las terapias aplicadas.

No debemos finalizar este punto sin resaltar brevemente los comités de asesoramiento que sí se han llegado a establecer con mayor normalidad, constituidos por profesionales de la propia institución hospitalaria y que se ocupan del control de aspectos, cualitativos más que cuantitativos, tendentes a garantizar la calidad de los procesos seguidos a través del estudio de las historias clínicas, ya aludido, infecciones, tejidos y tumores, mortalidad, etc.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Por último, nos referiremos al *análisis de los resultados*, hasta ahora el menos utilizado o experimentado, por presentar mayores dificultades y conflictividad la cuantificación de los parámetros, representativos de la calidad que se quiere alcanzar, sobre los que debería efectuarse el mismo.

Basado en el control sobre el nivel de salud que se ha sido capaz de reintegrar a los usuarios del hospital, existen discrepancias sobre si es aconsejable, o no, vincular o relacionar los resultados obtenidos con el coste que ha sido preciso soportar para su obtención según la terapia aplicada, como decíamos en el apartado 1.

Parece, por tanto, ser éste el método único que persigue una valoración directa de la calidad alcanzada; sin embargo, es el que presenta mayores dificultades para que su incidencia sobre la racionalización del gasto quede demostrada, dado el nivel de experimentación en que se encuen-

tra y que al valorar el resultado ya se ha realizado parte o todo el proceso generador del gasto. Decimos parte, porque en ocasiones, aun con el enfermo fuera del hospital, el proceso puede no haber concluido, lo cual es otro inconveniente a la hora de determinar estándares para su medición.

3. Sistema de información

Para cualquier medida de gestión, reducción del gasto y adecuación de la actividad a los costos posibles, es básico disponer de un buen sistema de información.

Dicho sistema de información debe ser total e integrado. Ello no quiere decir que la información deba ser siempre exhaustiva, ni desproporcionada, en relación a los objetivos que se proponen, pero sí debe resultar suficiente para conocer de forma real todas las áreas críticas del hospital.

La información de tipo médico-asistencial, estadística y económica tienen que ser equivalentes en cuanto a fiabilidad y significación, debiendo ser los sistemas de su obtención sistemáticos y estandarizados. Además, estos tres tipos de datos han de ser interrelacionables.

Por tanto, es preciso planificar muy cuidadosamente el montaje de un sistema de información adecuado, habiendo determinado claramente qué objetivos nos planteamos.

El disponer de una buena información de tipo médico comporta la necesidad de tener una historia clínica bien diseñada, bien cumplimentada y única.

La historia clínica debe ser el soporte fundamental de la información de tipo asistencial, y un servicio de documentación médica con un archivo centralizado de historias clínicas nos permitirá constituir un registro asistencial de pacientes, diagnósticos, tratamientos y actos terapéuticos y exploratorios, fundamental a la hora de establecer cualquier comparación o valoración de costes de patologías asistidas o procesos asistenciales concretos.

La contrapartida estadística y económica de dicha información, debe basarse en un completo registro de la actividad del centro y en unas contabilidades general y analítica bien estructuradas y planificadas. Sobre todo la analítica, en función de los análisis de costes que preveamos hacer.

Si podemos llegar a estructurar un sistema de información integrado, que englobe los aspectos que, muy rápidamente, hemos citado anteriormente, será posible cuantificar y establecer una relación entre el control de calidad y la racionalización de costes, pudiendo aprovechar alguno de los aspectos del control de calidad para reducir el gasto en nuestros centros, basándonos en datos objetivos y comparables.

La utilización generalizada e inteligente del ordenador nos hará posible cruzar todos estos datos con relativa facilidad, si previamente se ha realizado un trabajo de planificación y análisis del sistema de información que queremos obtener y de las posibilidades que le exigiremos.

Este es el punto más largo y difícil de todo el proceso, pero si conseguimos superarlo, la gestión del centro se verá

beneficiada por la posibilidad de aprovechar una herramienta de máxima utilidad para la toma de decisiones.

Podemos concluir, pues, que el sistema de información es una metodología, un proceso ordenado y dirigido de recogida de datos, elaboración y distribución de información, para posteriores análisis, comparación de estándares y previsiones con la realidad y explicación de desviaciones. Luego podremos tomar decisiones y medidas correctoras, si es preciso.

Las fases señaladas, lo son de un buen control de calidad que pretendemos.

Brevemente, indicaremos cuáles deben ser las características básicas de la información:

- La elaboración de la información debe contar con un sistema organizado de recogida de datos.
- Sistemática e interrelacionada: debe obtenerse con una metodología establecida y conocida y referirse relacionadamente siempre a todas las áreas y puntos de interés predeterminados.
- Estable y homogénea: debe seguir siempre los mismos circuitos, presentarse de la misma forma y permitir comparaciones internas.
- Rápida: lo ideal es obtenerla en el mismo momento en que se produce.
- Verídica: basada en datos fiables.
- Significativa: debe ser relevante en relación a lo que queremos analizar.
- Útil: no debemos generar información que no nos interese.
- Subproducto de la propia actividad: deben establecerse circuitos y formas de obtención que no precisen de una actividad específica para la recogida y clasificación de datos.
- Comparable a nivel de sector.

Al unísono, los requisitos esenciales del control, tanto del de gestión en general, como del de calidad en especial, son los siguientes:

- El control debe basarse en un sistema organizado de información, tal como lo hemos descrito anteriormente.
- Tiene que ser rápido.
- Debe estar integrado en el proceso de toma de decisiones.
- Debe ser eficiente.

Si conseguimos establecer, en definitiva, un adecuado sistema de información, estaremos en disposición de conseguir un eficiente control de calidad, a través de cualquiera de las tres metodologías antes apuntadas (ver apartado 2). Entonces, nuestra preocupación por alcanzar la sintonía entre unos recursos económicos escasos y limitados y unos niveles de calidad asistencial deseables, se verá posibilitada, incidiendo sobre todo en la contención armónica de los costes.

Bibliografía

- LEVY, E.: *Introduction à la gestion hospitalière*, París, 1977, Ed. Dunod.
- GAUTHIER, P. H.; GRENON, A.; PINSON, G. y RAMEAU, E.: *Le controle de gestion a l'hôpital*, París, 1979, Ed. Dunod.
- BOHIGAS, LL.: *Control de calidad en el hospital*. IV Congreso Nacional de hospitales, «El hospital de 100 a 300 camas», Barcelona, 1979.
- CONDE, V.: *Acreditación hospitalaria y control de calidad*. I Congreso de la Asociación Española de Administradores de Hospitales, *Ponencias y Comunicaciones*, Valladolid, 1981.
- GRENON, A.; PINSON, G. y GAUTHIER, P. H.: *L'analyse des coûts a l'hôpital*, París, 1981, Ed. Dunod.
- *Acreditació de Centres Assistencials* (Informe d'un Comitè d'Experts), Barcelona, 1982, Direcció General d'Assistència Sanitària, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.
- *Control de qualitat de Centres Assistencials* (Informe d'un Comitè d'Experts), Barcelona, 1982, Direcció General d'Assistència Sanitària, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.
- GRAY, S. P. y STEFFY, W.: *Hospital cost containment, through productivity management*. Ed. Van Nostrand Reinhold.
- SOTORRES, LL.: *La información para el control de la gestión hospitalaria*. Curs d'Aditoria d'Hospitals, Comissió d'Auditoria i Comissió d'Economistes de la Salut del Col·legi d'Economistes de Catalunya, Barcelona, Nov./dec., 1984.
- MARTÍN, G.; VILLA, A. y CALVO, J. M.: *La gestión de los costes hospitalarios y la estructura económico-financiera*. I Congreso de la Asociación Española de Administradores de Hospitales, *Ponencias y Comunicaciones*, Valladolid, 1981.
- TRÍAS, X.: *Acreditación del Hospital*. II Congreso de la Asociación Española de Administración Hospitalaria, 4.ª Ponencia, Pamplona, 1983.

2.2 LA CONTENCIÓN DE LOS COSTES Y EL CONTROL DE CALIDAD ASISTENCIAL USANDO LAS TÉCNICAS DE AGRUPACIÓN DIAGNÓSTICAS

Jaume Sató i Geli

Comisión de Economistas de la Salud.

Colegio de Economistas de Cataluña.

Servicio de Economía y Finanzas.

Hospital General de Nuestra Señora de la Esperanza.

I.M.A.S. Ayuntamiento de Barcelona

Ante el constante incremento de los costes de la asistencia sanitaria, el principal objetivo es la contención del gasto.

La economía de la salud tiene algo que decir en este tema:

«La contribución más importante que los economistas pueden aportar al análisis de la sanidad es demostrar que muchos sistemas sanitarios no son eficientes ni igualitarios y que, si se quieren rectificar estos defectos, es esencial una mayor evaluación y deben introducirse mejores incentivos, de forma que los proveedores actúen eficientemente».

ALAN MAYNARD

Esta necesidad de recortar presupuestos tiene que ir acompañada por un sistema que garantice el mantenimiento y el aumento del nivel de calidad alcanzado.

¿Existe un *tradeoff* entre estos dos objetivos?:

La aplicación del Plan Contable para Centros Asistenciales Sanitarios (C.A.S.), establecido por orden del Ministro de Hacienda del 20/10/81 (B.O.E. 6/11/81), y que entró en vigor el 1/1/83 es una realidad suficientemente contrastada y efectivamente aplicada en nuestros hospitales, pero en una segunda fase hace falta implantar y aplicar un sistema de contabilidad analítica unificado y experimentado mínimamente.

El sistema de retribución que tiene el hospital es un factor decisivo a la hora de escoger el adecuado sistema de control de costes.

Se censura el sistema actual de pago por estancia y se apunta hacia la experiencia USA de los DRGs.

En Estados Unidos en 1982 los gastos sanitarios consumieron el 10,5 % del P.N.B.

Si los recursos económicos de que disponen los hospitales se restringen, ¿es inevitable que sufra la calidad de la asistencia?

El derroche en el sistema sanitario puede ser eliminado sin comprometer la calidad. Este derroche existe debido a que los incentivos de financiación actualmente actúan como disuasorios de ahorros en los costes.

Para trabajar en la disminución de costes manteniendo el nivel de calidad, los administradores y los proveedores deben tener en cuenta algunas cuestiones:

- ¿Por qué el tratamiento del diagnóstico X en mi hospital cuesta dos veces lo que cuesta en otro hospital?
- ¿Por qué la estancia media del diagnóstico X en mi hospital es más alta o más baja que la media de la región?
- ¿Por qué los costes secundarios por estancia en mi hospital son mucho más o menos que los de los hospitales más cercanos?
- ¿Por qué en la provincia A existe un uso hospitalario mayor por habitante que en la provincia B?

Los pagos prospectivos basados en los DRGs, especialmente tal y como los propone el plan Reagan, hacen aflorar este tipo de preguntas que sólo pueden ser contestadas analizando los datos clínicos en cada hospital.

Deberíamos disponer de datos fidedignos de la actividad del hospital, de la ciudad, de la región, del país, con los cuales contrastar y medir estos servicios.

Muchos de los datos necesarios para los objetivos de control de costes son cruciales para las actividades de control de calidad.

Cuando la tecnología de tratamiento de los datos se hace cada vez más sofisticada, muchos hospitales contemplan

el uso de sistemas informáticos para poder estudiar la calidad de la asistencia. En Estados Unidos pueden usarse los servicios de informática de agencias multihospitalarias (MHAs) y de organizaciones de estudio de estándares profesionales (PSROs).

Ya se incluyen dentro de los programas de control de calidad los problemas de coste-eficacia.

Categorías dentro de un estudio de control de calidad:

- Problemas en la práctica de cuidados directa.
- Problemas en el análisis de informes médicos.
- Problemas en la práctica de cuidados indirecta.
- Problemas de coste-eficacia (¿10 % del total?).

Una herramienta que puede ser usada tanto por administradores como por médicos o por controladores de calidad es el análisis del *case mix*, que consiste en la combinación de proporciones de grupos particulares de pacientes clasificados por diagnóstico, procedimiento, modo de pago, o por otras características, en un momento determinado.

La medición del *case mix* fue usada inicialmente en el análisis econométrico en los años 60 para describir las funciones del coste hospitalario, es decir, las relaciones entre los costes y los *outputs* hospitalarios.

El análisis del *case mix* fue muy útil para contabilizar las diferencias en la duración de la estancia y en los costos de los diferentes hospitales.

En 1970 Lave & Lave sugirieron distintas formas de cuantificar el *output* hospitalario, incluyendo las siguientes agrupaciones:

- Número de pacientes tratados.
- Número de estancias.
- Número de servicios específicos por departamento.
- Número de servicios específicos por paciente.
- Diagnósticos y procedimientos.

Si bien el *case mix* reflejaba las variaciones más significativas de los costes, no eran considerados el status socio-económico y la cobertura de seguros:

Por ejemplo, un paciente benéfico con diagnóstico de isquemia cardíaca que no tenga a nadie en su casa para cuidarle puede salir de alta más tarde, e incurrir en costes más elevados que un paciente que disponga de cuidados familiares.

No obstante, el método más deseable de análisis del *case mix* fue agrupando a los pacientes por diagnósticos con un consumo uniforme de recursos:

- ¿Hay cirugía?
- ¿Qué procedimiento?
- ¿Hay múltiples diagnósticos?
- ¿Es un caso común o inusual?

En 1973 fue estudiada la complejidad del *case mix* con características diferenciales: número de estancias, coste por caso, ratio de mortalidad, número de pruebas por categoría diagnóstica... y utilizando éste, poder comparar una institución y otras.

Para contabilizar estas diferencias en el *case mix* se desarrollaron los DRGs por Fetter, R.B.; Shyn, Y.; Freeman, J.L., y otros en el año 1977.

Los diagnósticos se dividieron en 83 categorías principales, y éstas, a su vez, en 383 DRGs en función de la duración de la estancia *iso-LOS groupings*.

Otros investigadores, utilizando el mismo algoritmo estadístico de reducción de la varianza, fueron capaces de replicar estos 383 DRGs originales, creando otros completamente distintos *AUTOGRP patient classification system*. Young, W. W.; Swinkola, R. B., y Hutton, M. A.

Otro modo de análisis del *case mix* es a través de la aproximación por niveles: Gonnella, J. S.; Goran, M. J.; Garg, M. L.; Louis, D. E., y Gliebe, W. A.

El proceso de los niveles sitúa a los pacientes en uno de 3 o 4 niveles que representan el progreso fisiológico de la enfermedad como medida de la gravedad de la misma:

- Nivel 1: Sin complicaciones o con problemas de mínima gravedad.
- Nivel 2: Problemas limitados a un órgano o sistema, y tienen un riesgo significativo de complicaciones.
- Nivel 3: Problemas en múltiples órganos o sistema en general y malos pronósticos.
- Nivel 4: Terminal.

Mencionemos otro tipo de *case mix* generalizado: *vía de dirección generalizada de pacientes*, basado en los datos médicos de admisión y en el análisis de la historia clínica, e independiente de los datos del alta. Young, W., y Swinkola, M. S.

El avance más reciente en el uso del *case mix* ha sido el desarrollo del *presupuesto por caso*.

Aunque este sistema ha ganado una gran aceptación, requiere un sofisticado y fidedigno sistema de contabilización y un conocimiento detallado de los costes reales más que de los cargos e imputaciones.

Los grupos de pacientes con diagnósticos principales similares, inevitablemente muestran variaciones en el consumo de recursos. Dado que esta variabilidad es debida en parte a las diferencias en los procedimientos y en los diagnósticos secundarios, se desarrollaron los algoritmos genéricos para aproximar el impacto que estas dos variables tienen en los costes de la hospitalización.

La habilidad de clasificar a los pacientes en grupos similares en el consumo de recursos ofrece importantes oportunidades para las actividades de control de calidad.

El método *AS-SCORE* introduce una aproximación a la gravedad de la enfermedad mediante los siguientes factores:

- Edad.
- Órganos o sistemas afectados.
- Estadio de la enfermedad: aguda, crónica o avanzada.
- Complicaciones.
- Respuesta a la terapia.

Sin embargo, varios investigadores opinan que las variaciones dentro de los DRGs no pueden identificarse o explicarse incluyendo variables adicionales.

Podríamos enumerar las principales críticas que esgrimen sobre los DRGs:

- La edad se considera solamente en un 17 % de los grupos.
- Algunas categorías incluyen pacientes en diferentes estadios de la misma enfermedad.
- El sistema de obtención de los datos a partir del resumen de las altas contiene errores de clasificación y codificación.
- La gravedad de la enfermedad no se valora.

Existe una relación entre la heterogeneidad de la duración de la estancia y las cargas dentro de los DRGs, y la calidad de los cuidados, pero es una relación muy complicada.

- Al disminuir la calidad, aumenta la proporción de gravedad alta dentro de los DRGs. No afecta, sin embargo, a la heterogeneidad. Sí afecta a la desviación de las medidas de estancia y cargas.
- Al disminuir la calidad, aumentan las clases de gravedad que de otro modo podían no existir. Sí afecta por tanto a la heterogeneidad.

Paralela o complementariamente a los DRGs, existen otros análisis del uso de recursos: *Non Acute Profiles*, que evalúan la utilización por parte de los médicos de los recursos hospitalarios para casos no agudos en algunos o todos los días de cuidados.

Alguno de los problemas detectados son:

- Admisión preoperatoria de 2 días.
- Admisión para la realización de pruebas que podrían haber sido realizadas ambulatoriamente.
- La asistencia sanitaria contratada por el paciente cubre únicamente el tratamiento hospitalario.
- Consideraciones sociales y económicas.
- Hábitos de práctica médica.

En estudios realizados por Gertman & Restuccia aparecía un 25 % de estancias sin tratamiento para agudos, un 14 % en el primer día de estancia y un 37 % el día anterior al alta.

Algún otro método relaciona las cargas fijas totales con las cargas fijas secundarias o auxiliares a lo largo de la estancia, con la duración de la misma. Así establece un binomio duración-intensidad para explicar las diferencias.

¿Cuál será el papel de los médicos en un hospital en competencia de precios, principalmente los hospitales bajo el sistema de precios prospectivos basados en los DRGs?

Las preocupaciones de los médicos son ahora casi las mismas:

- *Responsabilidad.* Una línea estrecha entre la calidad de los cuidados y la necesidad de contención de los costes.

- *Calidad.* Una de las más recientes definiciones es la de Avedis Donabedian que la define como aquello que hay que proporcionar al paciente que sea lo apropiado para él.

Hasta ahora los médicos no habían oído: «Aquí tienes X pesetas para Y pacientes: por favor, distribúyelas tan justamente como puedas y hazlas llegar tan lejos como puedas».

Al hablar de calidad conviene distinguir tres clases:

- *Calidad clínica* (técnica).
- *Calidad social* (calidad de vida).
- *Calidad relativa*...

Tenemos que empezar a identificar aquellos servicios que son más útiles que otros y escoger cómo gastar recursos finitos.

Calidad y cantidad de cuidados no están necesariamente relacionados. Cuando nosotros realmente empecemos a ser racionales, podremos dar menos cuidados, pero ¿serán éstos peores? No tenemos evidencia de ello.

- *Ética es el tercer factor de preocupación médica*, y el primer principio de la medicina es dar al paciente el cuidado que necesite hoy, y preocuparse después por los costes.

El éxito o la supervivencia del hospital está en función del grado en que los médicos trabajen junto con los administradores para contener los costes, disminuir la estancia media, aumentar los ingresos, trasladar a cuidados ambulatorios aquellos casos indicados...

Por otra parte, la información financiera y médica deberían estar unificadas proporcionando al suficiente *feedback* a los médicos.

Hasta el momento, el sector hospitalario ha usado el cálculo de costes horizontal. Era más fácil determinar costes de personal, de equipamientos, consumos, etc., e imputarlos a cada departamento, identificándolo como ganador o perdedor.

Ahora los precios están dados, y los hospitales tienen que volver atrás para buscar el coste de un caso determinado (cálculo vertical de costes).

Estoy profundamente convencido de que no existe necesariamente un *tradeoff* entre coste y calidad. De hecho, creo que el mejor cuidado será al final el menos caro.

La evidencia sugiere que los esfuerzos para contener los costes están asociados con un incremento de la calidad.

La expansión de la tecnología médica proporciona un gran potencial de afectar la calidad de la asistencia. No obstante, contribuye en gran modo a hacer una espiral de costes. En respuesta a esta paradoja, el asesoramiento tecnológico se está desarrollando hacia una más sofisticada disciplina que haga posibles mejores decisiones sobre lo apropiado de un tratamiento ayudando a mantener los costes.

Bibliografía

QUALITY REVIEW BULLETIN:

- *Introduction: Cost Containment and Quality Assurance Issues in Health Care.* Lawrence A. Hill. Sp. Ed.: *Data management in cost containment and Quality review strategies.* Spring/83.
- *Beyond Peer Review: The medical staff role in the price-competitive hospital.* William R. Fifer. September/84.
- *Cost & Quality:* Commentaries by: John D. Johnson, Donald N. Longsdon and Dale N. Schumacher. December/84.
- *Charge \$: A new indicator criterion.* Charles M., Jacobs and William R. Fifer. December/84.
- *Trade-off between cost & quality in ambulatory care.* Robert H. Brook and Allyson Davis-Avery. December/84.
- *Technology assessment and health benefits determination.* Ralph W. Schaffarzich. July/85.
- *Quality assurance & cost containment in teaching hospitals: Implications for a period of economic destraint.* George D. Everett. February/85.
- *Changing physician behavior: The Peer Data Method.* William H. Kincaid. August/84.
- *Blue cross & Blue shield of Michigan's efforts to change practice patterns.* Karen M. Sandrick. November/84.

- *Inadequate medical order writing & delivery: A cause of unnecessary hospital costs.* Eric B. Larson, Susan Dowell and Dale H. Scott. November/84.
- *Refining criteria for X-ray utilization as a result of a patient care evaluation study.* Barry Wolcott and Cheryl Tabatabai. Summer/81.
- *Cost reductions for IV antibiotics in a 150-bed hospital.* Terry L. Baughman. Spring/84. Esp. Ed.: *Cost containment.*

POLICLÍNICA:

- *Cómo reducir la exposición radiactiva y los costes.* J. L. Rucker, n.º 13, marzo-abril/82.

TODO HOSPITAL:

- *La economía de la salud desde la óptica hospitalaria.* Josep Fité i Benet, n.º 7, enero-febrero/84.

PRIMERES JORNADES SOBRE ECONOMIA DE LA SALUT:

- *La naturaleza del mercado sanitario y las prioridades de investigación para economistas de la salud.* Maynard, A. Col·legi d'Economistes de Catalunya. 1981.

V CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES:

- *La evolución de los costes hospitalarios y el sistema de retribución por Grupos de Enfermedades o Diagnósticos.* D. Miguel Ángel Casas Rivera, diciembre/84.

- 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)
- CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS Y NORMATIVOS ÉTICO-JURÍDICOS RECIENTES N.º 202 (1986)

Números monográficos de Labor Hospitalaria

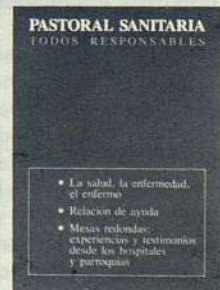


PLANIFICACION FAMILIAR

DIRECCION MEDICA, SOCIOLOGICA, PSICOLOGICA Y ETICA



DERECHOS DEL ENFERMO



Pídalos a la dirección de la Revista

3. ANIMACIÓN SOCIO-CULTURAL

Educación del tiempo libre en deficientes mentales internos

*Felipe Romanos,
José Ramón García
y Joaquín Erra*

Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora de Montserrat. Sant Boi

Las personas están en desventaja sólo cuando se les priva de las oportunidades existentes a su alcance, en la comunidad, para gozar de un nivel de vida aceptable.

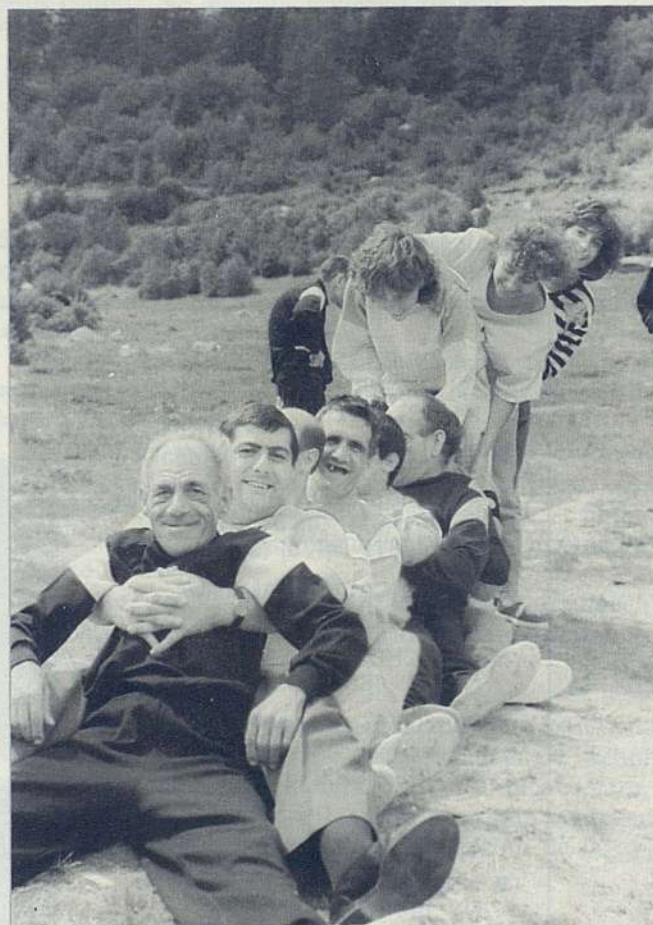
La integración de los disminuidos físicos o psíquicos constituye un reto en los objetivos de Salud para todos en el año 2000; es conocido que dicha integración no se realiza, de forma satisfactoria, en ningún país, las limitaciones son utilizadas a menudo como negativa para que éstos puedan disponer de su propia existencia y tomen parte en la vida social de la comunidad.

Esta privación no es más que el resultado de limitaciones tanto físicas como sociales y económicas causadas principalmente por la falta de preparación, el miedo o la indiferencia por parte de la sociedad y de algunos profesionales, especialmente dirigidas a los deficientes mentales.

Se impone un esfuerzo, por parte de los profesionales de enfermería, para la consecución de los objetivos encaminados a mejorar la calidad de vida.

El presente artículo plantea el cuidado de enfermería de forma integral, el objetivo principal es conseguir una mejor calidad de vida al mismo tiempo que mejora la calidad asistencial, abriendo el camino para la investigación.

Las expectativas que este trabajo presenta deberían ir acompañadas y reforzadas por un programa de actuación político y social al respecto, a fin de implicar en él a los componentes de la comunidad para garantizar una igualdad de niveles de salud para todos los individuos.



Introducción

Pretendemos, mediante este artículo, dar a conocer la experiencia de trabajo que se viene realizando a nivel de la *animación socio-cultural* u ocupación del tiempo libre: actividades de tipo lúdico, en el Área de Deficientes Men-

tales del Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora de Montserrat, de Sant Boi.

Consideramos la programación y orientación del tiempo libre como una dimensión de gran importancia en este tipo de centros; y ello, conjuntamente con el resto de programas asistenciales, pretende responder a un tipo de atención integral y orientada coherentemente.

Con el fin de situarnos en el marco de actuación, indicaremos que se trata de una área definida como tal y diferenciada del resto del hospital que atiende un total de 210 internos, deficientes mentales, agrupados en dos Unidades distintas y diferenciables en:

- **Sub-Unidad 1.** En ella se atienden deficientes mentales leves en un 68 % del total de los internos y el resto se reparte entre deficiencias moderadas, inespecíficas y asociadas a trastornos socio-conductuales. Les define el que por sus características puedan desarrollar con *autonomía* un programa socio-laboral integral dentro del ámbito de la institución, bajo la supervisión y orientación del equipo asistencial responsable.
- **Sub-Unidad 2.** Atiende a deficientes mentales moderados, graves y profundos en su mayoría. Dentro de esta Sub-Unidad, se han configurado cinco agrupaciones distintas de internos, con módulos de actuación específicos para cada grupo.

En el marco de cada Unidad, el equipo asistencial establece una serie de objetivos que en su desarrollo dan lugar al programa de actuación que se lleva a cabo. En la búsqueda por conseguir un programa de atención integral se planteó no sólo incidir sobre aquellos aspectos asistenciales más inmediatos, como pueden ser los de hábitat, nutrición, aprendizaje de hábitos, etc., sino abarcar, dentro de las posibilidades, un programa más amplio que contemplara otras necesidades inherentes a la persona humana y que, por tanto, se hacían patentes en los internos que atendíamos. Por ello, dentro del marco de objetivos generales sobre los que orientamos nuestra actuación, se contempla el dar respuesta a las necesidades que se derivan de la dimensión de ocio y tiempo libre. Entendemos que en nuestro contexto la *animación socio-cultural* constituye un elemento más para responder e implicarnos en un reto amplio y aglutinador como es el de incidir en la *calidad de vida*.

Orientación y objetivos

De tiempo se viene insistiendo en que una de las actividades importantes y a potenciar en el desarrollo de la Enfermería, es la capacidad de *observación*; ello se traduce no sólo en la captación de semiología sino también para *poder detectar las necesidades que presentan nuestros asistidos y que debemos tender a satisfacer a partir de nuestros programas de actuación*.

Durante nuestra actividad observamos que existe una tendencia natural en la vida y costumbres de nuestros internos que se orienta hacia los aspectos siguientes:

- **Pasividad.** En su análisis nos damos cuenta que ésta se ve potenciada por:
 - a) Una fuerte tendencia a la acomodación y a regirse por la *ley del mínimo esfuerzo*.
 - b) Carencia de recursos creativos propios; o bien, en su caso, muy limitados.
 - c) Notoria incapacidad para la auto-organización del tiempo libre y del ocio.
- Evidenciamos elementos y características propias de una vida rutinizada en la institución.
- En numerosos casos detectamos un elevado riesgo de aislamiento y desconexión.
- Gran número de conductas inadecuadas facilitadas por la ociosidad.

A partir de ello, nos planteamos llevar a cabo una dinámica de animación que persiguiera los siguientes objetivos:

- **Movilización.** Potenciar dinámicas generadoras de motivación y que pusieran en acción las potencialidades de los internos con el fin de contrarrestar el proceso de deterioro que se ve acelerado ante la ausencia de actuación.
- Romper con la monotonía, incidiendo así directamente en la cualificación de la vida, mediante el incremento de su autonomía.
- **Normalización.** Entendida como la realización de los ciclos vitales de la normalidad.

Estos objetivos de ámbito general se enriquecen en la medida que se contempla en su desarrollo los aspectos de tipo social, favoreciendo así:

- Contactos con los familiares, en la medida que se potencia su presencia y participación en este tipo de actividades. Ante la tendencia a desentenderse, éstas permiten un espacio para realizar distintos contactos entre las familias y los internos, así como con el propio centro, siendo una forma válida de vinculación.
- Contactos con el exterior por parte de los internos que no lo realizan por propia iniciativa.
- Favorecer la toma de conciencia de los distintos ciclos de las épocas, del año, a través de fiestas populares, tradiciones y costumbres, normalizados en la sociedad.

En el conjunto de nuestra actuación, pretendimos ir consiguiendo y manteniendo *el reto de normalización de vida* desde la idiosincrasia y peculiaridades de los deficientes mentales, considerando la animación socio-cultural como una parte integrante del programa.

Desarrollo de experiencias

Recogemos en este apartado algunas de las experiencias que se han ido llevando a término, clasificándolas en dos apartados:

- Actividades desarrolladas dentro de la unidad o bien en el marco del hospital.

- Actividades que se realizan fuera del hospital, o de relación externa.

se realiza es básicamente de ambientación, confección de carteles, banderas, etc., así como la estimulación a participar activamente en la verbena.

ACTIVIDADES INTERNAS

Intentan cubrir sobre todo la parte de *aprendizaje y potenciación de habilidades*, así como la de dinamización de la vida interna, mediante la puesta en marcha de talleres preparatorios, de ambientación y el desarrollo de la actividad.

Se consigue con ello espacios en los que se evidencia una mayor permeabilidad por parte de los internos, situación que favorece la interrelación personal tanto entre los propios internos, como la de éstos con las personas que integran el equipo asistencial.

Algunas de las experiencias concretas son:

Celebración de las fiestas patronales

Bajo este pretexto se organizan juegos, bailes, concursos, festivales... Se trata de fiestas ya tradicionales en el centro y que los internos tienen ya muy interiorizadas. Sin duda que la vivencia de este día así como la de los precedentes marca una motivación de expectativa que rompe la monotonía y dinamiza actitudes.

En relación al ciclo anual

Se llevó a cabo el cribaje de distintas festividades que se celebran a lo largo del año y que responden sobre todo o bien a la toma de contacto de la época del año en que se sitúan o bien son tradición popular en nuestra cultura. De ellas presentamos algunas, como:

Castañada. Nos sitúa en un ambiente característico de otoño, se trata de una fiesta revitalizada en los últimos años por nuestra sociedad y que permite la puesta en marcha de un taller de preparación ambiental del espacio físico y la participación de los internos en la consecución del material, ingredientes, fuego, etc.

Fiestas navideñas. Se intenta recoger toda su significatividad y resonancia, preparándose distintas actuaciones durante estos días:

- Animar a la participación directa en la decoración de la unidad y confección del pesebre.
- Acercamiento al motivo a partir de material audio-visual u otros recursos de este tipo, en colaboración con el servicio religioso del hospital.
- Celebración de la fiesta de Reyes, con entrega de regalos a todos los internos.

Carnaval. Es también de las actividades que vienen ya siendo tradicionales en el hospital. Con este motivo se organizan talleres de disfraces que se exhiben en el concurso que tiene lugar el día de la fiesta.

Verbenas. Es otro exponente de la realidad de fiestas populares que introducimos en el programa. El trabajo que

ACTIVIDADES EXTERNAS

Englobamos en este apartado todas las actividades programadas desde el equipo asistencial y que persiguen el contacto y la relación de los internos con otras personas y medios ajenos a los cotidianos del hospital. En esta línea se llevan a cabo:

- Excursiones y salidas puntuales de tipo turístico y con finalidad lúdica.
- Participación en encuentros, actividades y competiciones, mediante programas conjuntos con otros centros.
- Colonias de verano.

Actividad que ya de unos años viene realizándose y va tomando forma hasta convertirse en algo habitual en los programas. Su duración viene a ser de siete a ocho días, estructurándose distintas tandas de grupos homogéneos.

Es de las actividades que permite conocer a los internos en una situación distinta, más cercana y directa; ello intensifica las posibilidades de diálogo así como la captación de nuevos elementos que favorecen un mayor y más real conocimiento de los internos.

Por tratarse de grupos reducidos, durante estos días se trabajan programas de aprendizaje de nuevos hábitos, que redunden en un aumento de su autonomía personal.

Con ello se consigue también llevar a cabo lo que consideramos deben ser unos días de vacaciones de verano para personas que durante el año ya siguen una dinámica estructurada dentro del hospital.

Valoramos interesante la función de evaluación; ésta se lleva a cabo al finalizar cada actividad, por parte del equipo y personas que han incidido en ella, y siempre que es posible se persigue la participación directa de los internos.

Agentes de animación

En nuestro caso, tanto la elaboración como la ejecución de las actividades, se realiza básicamente desde el mismo equipo asistencial de cada unidad, puesto que no se dispone de personas con dedicación específica para estas actividades sino que ellas se integran en el programa global de actuación que nos marcamos.

Se trata quizá de una apertura a nuevas formas de actuación profesional, que si bien de entrada pueden parecer muy distantes a las que normalmente se realizan en otros medios hospitalarios, creemos que en este caso se nos abre la posibilidad de desarrollar vertientes creativas, que amplíen nuestro círculo de actuación y que no dudamos en identificar como propias de aquellas profesiones que se marcan como reto la atención al hombre enfermo o limitado, en toda su amplitud, colaborando en la consecución y satisfacción de sus necesidades.

Es cierto que a menudo palpamos las limitaciones de tiempo y de personas para la dedicación a este tipo de actividades; para ello contamos con distintos recursos como la colaboración puntual de grupos de voluntarios del centro, participación de alumnos en prácticas así como la contratación de grupos de animación, conjuntos musicales, mimos, etc., dependiendo en cada caso del tipo de actividad y de los recursos que asignemos a la misma en nuestro presupuesto.

Otro tipo de condicionamientos que detectamos los situamos a tres niveles distintos:

- Diversidad de tipologías que presenta un grupo tan amplio de internos. A pesar de la subdivisión en dos unidades distintas, nos vemos obligados a recurrir al funcionamiento de grupos reducidos, como sistema hasta ahora más eficaz para incidir con éxito sobre grupos de tamaño y características homogéneas.
- Por otro lado, debemos ajustar la realización de actividades a los turnos y horarios establecidos en el centro, a sabiendas que en algunas ocasiones los tiempos más subsidiarios para este tipo de actividades no son siempre los que cuentan con recursos de personal suficientes.
- Finalmente, señalar que somos conscientes que el llevar a cabo un mismo equipo la atención de asistencia básica y la de animación, no permite en algunas ocasiones especificar y profundizar más en este tipo de actividades, pero sin duda permite una orientación profesional coordinada, más amplia, enriquecedora y basada en una atención integral.

Conclusión

Dada la especificidad de las personas que se atienden en nuestra área de trabajo, orientamos nuestras actividades en sus distintas dimensiones hacia la consecución de una *normalización*, así como el contrarrestar el proceso de deterioro que se va acelerando ante la ausencia de actuación.

Planteamos nuestra valoración desde el ámbito de la educación *en y para el tiempo libre*, entendiendo que la educación en el tiempo libre es una alternativa para la educación institucional y, a su vez, un complemento de ayuda al crecimiento de la persona.

Por ello, pensamos que la dinámica de animación *genera una mayor y mejor calidad de vida*, en la medida que es capaz de:

- *Combatir la ociosidad, participando en talleres, actividades preparatorias, etc.*
- *Transformar tiempo de pasividad en tiempo para disfrutar activamente*, creando interés para la animación, trabajando los gustos...
- *Generar ilusión y expectativa* a las personas que tienden por inercia a replegarse en la apatía.
- *Favorecer el contacto personal* entre los internos, con los miembros del equipo y con otras personas externas al hospital.
- *Enriquecer los recursos y conocimientos* útiles para entretenimientos, aficiones y *hobbys*.

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS

Ediciones Paulinas, en colaboración con los Hermanos de San Juan de Dios, acaban de publicar los dos primeros libros de su *Colección Biblioteca Hospitalaria*.

N.º 1

POR UN HOSPITAL MÁS HUMANO

Marchesi - Spinsanti - Spinelli

- Humanicemos el Hospital.
- La ética para una medicina humana.
- La aportación de las ciencias humanas a la obra de humanización del personal sanitario.

132 págs. P.V.P. 750 ptas.

N.º 2

MORIR EN LA TERNURA (Vivir el último instante)

Christiane Jomain

- La muerte y su proximidad.
- El enfermo terminal y los otros.
- El moribundo es una persona viva.
- Aprender a cuidar a los moribundos.

184 págs. P.V.P. 900 ptas.

Solicítelos en cualquier establecimiento de la red de Librerías San Pablo, o pídanoslos a L.H. (a nuestros suscriptores se les efectuará el 10 % de descuento).

4. PERSPECTIVAS PARA LA HUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA



Intervención
del hermano Pierluigi Marchesi
en la II Conferencia
internacional del Vaticano
sobre *La humanización
de la medicina*

Una reflexión cristiana sobre el tema planteado no puede prescindir de considerar el profundo significado del dolor humano. Como afirma el Papa sobre este tema,

«...siguiendo la parábola evangélica, se podría decir que el sufrimiento, presente bajo diversas formas en nuestro mundo humano, se manifiesta para estimular el amor, esa donación desinteresada del propio "yo" en favor de los otros hombres, de los hombres que sufren. El mundo del sufrimiento del hombre invoca sin solución de continuidad, un otro mundo: el mundo del amor humano; y aquel amor desinteresado que brota en su corazón y en sus obras, el hombre lo debe en cierto sentido al sufrimiento».

(JUAN PABLO II, *Salvifici doloris*, 29)

Esta visión positiva del sufrimiento constituye, a mi entender, una perspectiva adecuada para reconsiderar el sentido de la presencia cristiana en el mundo de la salud, desde el punto de vista de un hijo de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

Más que una argumentación teológica quiero testimoniar la presencia de quien ha vivido como enfermero en el mundo de la sanidad y en él ha vivido en todo momento y con todos los problemas como coordinador responsable de las obras de sus Hermanos.

En los 200 hospitales de nuestra Orden, esparcidos por 46 naciones, el tema de la humanización se ha hecho casi explosivo hacia finales de los años 70. En aquellos tiempos advertimos que la cantidad y la calidad de nuestras intervenciones en la realidad hospitalaria no alcanzaban a desembarazarse de una sutil pero persistente sobra de amargura, de diaria insatisfacción.

Algunos de nosotros advertíamos un sentido esperanzador: después de cuatro siglos al servicio de los necesitados y de los enfermos en varias partes del mundo, deseábamos que nuestra presencia en las estructuras hospitalarias gestionadas por nosotros, tuviera aún un sentido, una utilidad, un significado para nosotros y para aquellos, como los enfermos, que se volvían hacia nosotros con fe y esperanza.

1. La sanidad desde la revolución tecnológica y la especialización biomédica

¿Qué era lo que había sucedido tan revolucionario en torno a nosotros? Muchas cosas habían cambiado; en particular el mundo de la Sanidad había recibido un fuerte impulso por el interés directo o indirecto de los Gobiernos de muchas naciones, no sólo europeas, que se aprestaban a celebrar el triunfo de la medicina y prometían alcanzar la asistencia para todos y garantizada. Sucedió por otra parte un fenómeno que se replantea aún hoy y de manera más imperiosa, aquél de la prepotencia de la medicina cuando trata de definir «el orden científico y, consiguientemente técnico, tecnológico, organizativo», como el único horizonte en el que encerrar a lo humano.

Era justo el momento en que la medicina, abandonada la filantropía, podía finalmente garantizar la salud. Por fin la felicidad del hombre estaba a nuestro alcance, bastaba proporcionar los recursos financieros, las reformas, los medios, para que el problema de la salud estuviera victoriosa y definitivamente resuelto.

Pero el impulso científico de la medicina, que por otra parte tantos frutos ha conseguido, ha obtenido como respuesta, ciudadanos que se vuelven contra los expertos de la salud cada vez con mayor insistencia. Es posible observar incluso que cuanto más elevada es la oferta de salud, tanto más aumenta la insatisfacción de los pacientes.

Frente a esta evidente contradicción, nosotros habíamos iniciado un trabajo de investigación sobre los motivos de esta paradójica realidad.

¿Qué es lo que quiere el paciente de hoy? Una cosa muy simple, pero revolucionaria; que antes de disponer en el *campo de juego* los instrumentos, los fármacos, las instalaciones, los recursos, él pudiera ser acogido en el *campo de juego* con su significado por lo que concierne a la vida, a la felicidad, al dolor y a la muerte. Quiere, en otras palabras, que la medicina de hoy tenga en cuenta y no trate de alterar el orden humano para integrarlo en el científico.

Nosotros habíamos discutido mucho sobre el *triunfo* de la medicina. El verdadero triunfo en el campo de la salud —que es «evidentemente biológico, psicológico, social y trascendente para quien tiene una fe»— es aquello que *trasciende* la enfermedad: es la particular y sugestiva visión del mundo que el hombre posee y que la enfermedad destruye cuando no ha sido generada por la pérdida del sentido de la vida (basta pensar en las decenas de millones de personas psicofármaco-dependientes).

Y la medicina contemporánea, ¿ha considerado suficientemente el legado antiguo pero siempre actual que todo viviente entrevé entre naturaleza y cultura, entre cuerpo y alma, entre biológico y psicológico, entre humano y divino, entre lo individual y lo colectivo, entre la certeza y la incertidumbre de su propio destino?

En nombre de una febril, aunque también positiva, búsqueda de evidencias tecnológicas, también la medicina hace peligrar al hombre en sus orígenes, separándolo de sus raíces, arrojándolo cohibido y desorientado en un mundo

como el de la sanidad, que presume de conocerlo y de salvarlo. Creo un acierto el que a la experiencia del dolor la medicina tiene el deber de dar una respuesta. A diferencia del amor que nace entre dos individuos y tiene vía de diálogo, el dolor, si radica dentro de la individualidad aislada, es una experiencia prácticamente incomunicable.

Nosotros asistimos hoy día a personas que sufren lo indecible, que sufren por cosas que no son achacables a una enfermedad específica, al mal. Y el que sufre, por comunicar a quien lo cuida su dolor, se vale del lenguaje que su cultura, que su visión del mundo, le pone a su alcance; de aquí se deriva que para poder curar en estos casos no basta el bagaje científico, no basta usar este o aquel fármaco, porque el análisis del dolor es fundamentalmente análisis del lenguaje y de la visión del mundo de quien lo emite.

2. La movida de la medicina

¿Podíamos exigir a la medicina el integrar esta *movida*, es decir, la humanidad y la individualidad de los pacientes? Seguramente no podíamos pedir a esta *ciencia* tanto. Teníamos aún el derecho como hombres y como religiosos de clamar a fin de que el mundo de la salud en una visión que rompa, de modo definitivo, la conjura del silencio que constriñe al hombre a vivir su condición con aquel tormento del alma que el lenguaje común llama ansia.

El enfermo, acorazado tras su ansia de curación y lo asombroso del aparato tecnológico, se torna un objeto incómodo. Y muchos sanitarios, médicos, investigadores y enfermeros, incluso con casi todo el conjunto del sistema sanitario, atraídos irresistiblemente por la potencia de la técnica, se sienten minusvalorados cuando deben aplicarse a curar una dolencia simple de un paciente, a proporcionarles los cuidados elementales, a escucharlo y a hablarle.

De este modo, la deshumanización de la medicina, cual típico producto de la *modernidad*, se ha instalado en el corazón de nuestra sociedad compleja, como fruto de un ilusorio cuan deletéreo progreso.

Para cambiar las cosas es necesario proporcionar un nuevo significado a la empresa socio-sanitaria y volver a encontrar sentido profundo del ser en sufrimiento, instaurando una relación nueva entre el paciente y el sistema sanitario.

Porque, como ha recordado aquí Juan Pablo II, la enfermedad y el sufrimiento «no son experiencias que afectan sólo al substrato físico del hombre, sino al hombre en su totalidad y en su unidad somático-espiritual. Recuerdese cómo en muchas ocasiones una enfermedad que se manifiesta en el cuerpo tiene su origen y su verdadera causa en los entresijos de la psique humana» (*Dolentium hominum*, 2).

Humanizar la medicina será posible cuando todos los trabajadores sanitarios abandonen la ilusoria idea de que la medicina es una ciencia y no una praxis, mejor aún, un arte que se vale de diferentes ciencias. Un arte que está fuertemente ligado al artista, a las características del hombre-médico, expuesto a éxitos, a errores, a sentimientos, a ideo-

logías, a prejuicios, que es como decir a su subjetividad, la cual tiene, como es lógico, una gran influencia en sus relaciones con el paciente aparte de la que se deriva de sus conocimientos.

Esta redefinición ético-epistemológica del ejercicio de la medicina ha constituido una gran ayuda en la confrontación con los hermanos pertenecientes a otras tradiciones religiosas y a otras culturas, con los que los Hermanos de San Juan de Dios hemos tenido contacto en varios países desde el inicio de nuestra historia. No es una casualidad el que aquí y hoy, que nos encontramos reunidos, provenientes de los más diversos horizontes, nosotros, portadores de heridas de separación mucho más graves que las lingüísticas y geográficas, nos dispongamos a comunicarnos nuestra experiencia sobre el hombre empeñado en la lucha contra la enfermedad.

Nuestro encuentro indica que se pueden hacer algunas cosas; este ecumenismo de la vocación a «curar» al hombre enfermo aparece como un signo del tiempo que quisiéramos utilizar para restituir todos juntos un modelo de humanización de la medicina capaz de resolver, a un nivel más elevado y mucho más eficaz, el alejamiento que nuestra historia doctrinalmente diversa no ha sabido colmar.

Para un testigo que vive dentro de la Iglesia Católica, resulta evidente y es un apoyo a la esperanza, que podemos servir para construir el puente de unión entre aquellos que laboran en el mundo de la salud en un plano superior de decisiones y aquellos otros que laboran simplemente en una cooperación técnica.

¿Cómo utilizar con este fin la riqueza que se deriva del significado dado a la vida en el misterioso diálogo entre el tiempo y la eternidad en el budismo; a la unidad entre el cuerpo y el espíritu en la más pura tradición hebrea; la sublimación del dolor físico orientado a la vida eterna que enseña Mahoma; la importancia y decisiva situación de la fe en Dios para la iglesia protestante?

Ejes que deberíamos considerar como diversos puntos de apoyo para la unión hacia la grandiosa vivencia entre humanidad y trascendencia y no como elementos de separación.

Estamos aquí para testimoniar esta unidad múltiple y este deseo de poner nuestras diferencias al servicio del hombre; no por proselitismo, sino para unificar nuestros esfuerzos para la construcción del Reino de Dios que acoge a sanos y enfermos, hombres todos probados en el límite que constituye la debilidad física y el temor a la muerte.

3. Por una medicina *holística*

Fortalecidos con la fe religiosa y convencidos de que el mundo de la sanidad puede volverse cada vez más humano, intentamos formular nuestra propuesta para una medicina holística que contemple como un criterio propio, tanto operativo como epistemológico, la unión fundamental del cuerpo y del espíritu humano. En su *unicidad* individual y en la unidad del cuerpo y el alma, el hombre es encarnación del espíritu y por ello capaz de hablar, amar

y sufrir: curarlo quiere decir asumir la totalidad significativa de un ser indivisible hecho de psique y de cuerpo.

Para el cristiano esto es también el núcleo de su fe en la Encarnación. Nosotros creemos que Dios entero, para salvar al hombre, se ha *incarnado* asumiendo Él mismo la condición de siervo para redimir al hombre. Aquí radica el vértice excelso de la humanización y el modelo de todo ideal de *servicio*. Dios, según la fe cristiana, ha asumido la condición de siervo y se ha hecho hombre, aceptando la tremenda experiencia del sufrimiento y de la muerte humana. Signo de suprema donación, no sólo simbólica, sino concreta, el divino entra efectivamente en la historia, la *historia de la salvación*.

Ejercer la medicina quiere decir lo mismo que reconstruir la unidad del hombre, herida por la enfermedad y el sufrimiento. Servir al enfermo es para el cristiano una obra de redención y de «salvación».

Por tanto la medicina debe, a mi entender, devenir ciencia de la naturaleza y del hombre, de tal manera que, sin abandonar el aspecto científico, pueda ir tras su primer y último objetivo: el hombre, sujeto que es en sí materia, historia, sentimiento. A este hombre no se puede llegar con sólo instrumentos científicos y el conocimiento de los órganos.

El hombre tiene un órgano más en la creación, la psique, el alma, que genera frente a los demás y a diferencia de los animales, la conciencia de sí mismo, la presunción de la muerte y el deseo de felicidad.

Para volver a la humanización en nuestra Obra, una vez claro que nuestra visión antropológica e incluso religiosa era carente y que por otra parte habíamos descubierto (*rimosso*) algo vital en el enfermo y en nosotros mismos, de tal forma que nos planteábamos el porqué de este descubrimiento que era fuente de problemas humanos y terapéuticos. Esta concepción ha sido una operación fundamental para nosotros, a través de la cual ha sido posible no querer otra medicina que la humanizada y planteando dentro de nosotros mismos el interrogante de cómo realizar un nuevo estilo de medicina y asistencia. Ya que habíamos descubierto nuestra humanidad, ¿por qué, al contrario, no vivíamos como dones de nosotros mismos las relaciones terapéuticas y las asistenciales?

La maravillosa perspectiva de la humanización de las relaciones con el enfermo —factor, si bien se mira, altamente terapéutico cuando se tiene una visión global, holística, de nuestra profesión— se encuentra con la dolorosa necesidad de modificar de modo significativo nuestro papel, nuestra personalidad en algunas disposiciones de fondo. Humanizar un hospital, o mejor aún, introducir en el hospital la dimensión de la humanidad, de la comprensión, del respeto, de la respuesta a las necesidades y a las motivaciones del paciente, significa para todos los trabajadores de la salud aceptar una superación, una especie de salto que pocas universidades han propuesto, aparte de la arrogancia del poder y del saber considerado científico; incluso el proceso de identificación con el individuo que sufre permite comprender, antes de actuar, la posibilidad de suscitar esperanza, fe y alianza terapéutica. La barrera a la humanización no está fuera de nosotros, no está en la ciencia o en su carencia, sino dentro de nosotros. Es una

barrera sostenida por nuestra pereza mental, por una fuerte limitación cultural y por una mínima madurez de y en nuestra persona.

Una vez analizados los motivos del olvido de nuestra humanización, habíamos abierto la vía a una multitud de encuentros, de experiencias formativas orientadas a completar nuestro bagaje cultural y dirigidas sobre todo al enriquecimiento espiritual, personal y operativo dirigido a una transformación de nuestros actos cotidianos.

Un primer y gran resultado, al menos dentro de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, ha sido constatado: hoy nuestros hermanos no sueñan ya, como meta final, en huir a los países del tercer mundo, al menos hasta que las necesidades del corazón de nuestro mundo no hayan sido satisfechas. El proceso de humanización de nuestro corazón y de nuestra mente, como se puede imaginar fácilmente, es continuo, permanente, no puede considerarse completamente realizado. Hecho que ha frustrado, ha despertado muchas más inquietudes, pero también menos nostalgias, está menos ligado a aquellos hechos del pasado que, por razones humanas, tendíamos a idealizar.

El núcleo fuerte de nuestro pasado, aquello que ha constatado en particular la gran humanidad de San Juan de Dios, inspirado anticipador en el cuidado al enfermo mental, este fuerte núcleo, creo que ha sido salvado propiamente a causa del proceso de revisión crítica de nuestro ser y de nuestro hacer, convertido en inevitable desde el momento en que nuestra insatisfacción tomaba cuerpo.

Para concluir esta intervención, nosotros, Hermanos de San Juan de Dios, creemos haber emprendido un camino con la esperanza de así colaborar en que en la vida laica y profesional se ocupen de la humanidad cuando ésta enferma, sufre y ve vacilar el significado más profundo de la vida. Testimoniar la atención global a aquel que enferma y que sufre en su modo peculiar, ha suscitado el tema de una investigación, casi de una consigna que se identifica en la expresión: «*La hospitalidad de los Hermanos de San Juan de Dios hacia el año 2000*». Alrededor de este enunciado habíamos intentado provocar a todos los niveles la reflexión de los laicos y de los religiosos sobre el proyecto de humanización.

Y para nosotros es un signo de los tiempos y del valor de nuestro empeño percibir que en España y en Italia el término *humanización* de la medicina ha entrado en el lenguaje de la política sanitaria.

Nosotros pensamos que nuestro futuro, como el de la medicina, no puede estar dotado de una mejor y más sincera relación con el destinatario último de nuestra actividad.

Al margen de cualquier expresión de fe o convencimiento político, el hospital puede llegar a ser el laboratorio generador de la comunidad espiritual de los hombres dedicados a construir de hecho la solidaridad humana dentro y fuera de la enfermedad.

Estamos, en fin, seguros de que nuestro nuevo modo de realizar asistencia y medicina permitirán, en el hombre que sufre, conservar lo humano y evocar lo divino.

5. UNA VISITA AL SAINT JOSEPH'S HOSPICE DE LONDRES

*Javier Obis,
Fernando Jordán
y Manuel Campos*



Una visita parcial del *St. Joseph's Hospice*. Acompaña a los visitantes la hermana Isabel Cantón, hospitalaria del Sagrado Corazón, que actuó de intérprete

El tema de los *hospice* está acaparando la atención, no ya sólo de los profesionales más o menos relacionados con el mundo de la salud, sino de ámbitos más amplios del tejido social.

LABOR HOSPITALARIA publicaba en el último número previo al monográfico, recientemente aparecido, un artículo que, escrito por el doctor Josep Porta, y titulado *Hospice: un nuevo concepto en la atención de los pacientes con enfermedad terminal*, intentaba clarificar lo referente a estas instituciones. Y ello desde la experiencia obtenida en el *St. Christopher's Hospice*.

Hoy, LABOR HOSPITALARIA ofrece sus páginas a otra experiencia. El doctor Javier Obis y los hermanos Manuel Campos y Fernando Jordán, Director Médico, Gerente y Jefe del Servicio Religioso, respectivamente, del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza, han visitado durante unos días el *Saint Joseph's Hospice* de Londres. Les acompañaba el hermano Emiliano Rodríguez, Presidente del Secretariado de Pastoral de los Hermanos de San Juan de Dios de la Provincia de Aragón.

Las dinámicas que van adquiriendo algunos de nuestros hospitales han impulsado a sus responsables a conectar con centros ya experimentados en la atención a enfermos terminales.

Lo que este grupo pudo percibir en dicha visita y lo que estimó que podía ser susceptible de aplicación a su realidad, que es la nuestra, queda descrito en las páginas siguientes por el doctor Javier Obis.

Dada la nueva orientación que está viviendo nuestro hospital de Zaragoza, atendiendo a enfermos de larga estancia y un importante porcentaje de pacientes en fase terminal, se consideró interesante visitar un hospice británico, dada la gran experiencia que poseen en la atención a este



De izquierda a derecha:
 Doctor Javier Obis,
 hermanos: Fernando Jordán,
 Emiliano Rodríguez y Manuel Campos,
 en la entrada del St. Joseph's Hospice
 de Londres

tipo de enfermos (20 años). Los días 12 al 15 de septiembre de este año visitamos el más famoso hospice de Inglaterra, ST'S JOSEPH HOSPICE. Fruto de esta experiencia es el siguiente artículo.

I. Breve descripción del centro

El hospital tiene forma de U con un jardín central, estando constituido por tres pabellones unidos, cada uno de ellos de tres plantas con una capacidad total de 116 camas, de las cuales:

- 60 camas para enfermos terminales.
- 30 camas para enfermos crónicos.
- 26 camas para rehabilitación.

Desde el jardín central, llama la atención que la pared externa de las habitaciones es de cristal, lo que permite una gran entrada de luz.

En el ala izquierda del edificio se encuentra un coqueto servicio de admisión, el hospital de día y un edificio anexo usado como residencia.

II. Atención religiosa

Desde nuestra entrada en el hospital, fuimos atendidos con una exquisita amabilidad. Nos recibió en primer lugar una profesora de auxiliares de clínica, que nos facilitó una entrevista con el padre Tom O'connor, religioso camilo, capellán del hospital. Nos dijo que basa su trabajo, su acercamiento al enfermo en una relación de amistad con el fin último de la espiritualidad, sin prisas, sin obsesionarse por el éxito y sin miedo a fracasar en ocasiones.

Considera muy importante que el paciente sepa que él está en el hospital. «Yo no veo todos los días a todos los pacientes, pero todos los pacientes me ven a mí».

Sigue un proceso de diálogo pastoral por etapas, pero sin plantearse una etapa-meta, llega hasta donde puede llegar. Nos comentó que si se le llama para dar dos Unciones urgentes y sólo puede atender una, él piensa que con el otro paciente ya estará Dios, puesto que él no puede estar.

Nos dijo que para él lo más importante son los cinco minutos después de haberse ido, remarcando con un gran sentido de Fe de su trabajo, que es Dios quien realmente actúa, siendo él un mero instrumento.

El 80 % de los pacientes no son católicos, existiendo un gran respeto y colaboración con otras confesiones.

No existe un equipo, servicio religioso, instituido como tal, contando con la colaboración de todos los trabajadores para realizar su función, que es muy respetada. «La gente tiene un alto concepto de mi trabajo».

Le da mucha importancia a la catequesis de los sacramentos y procura la celebración comunitaria de los mismos, lo que es favorecido por la arquitectura del hospital.

III. Dinámica asistencial

Posteriormente fuimos recibidos por el doctor Corcoran (médico-consultor) equivalente a nuestros jefes de servicio.

Tras explicarnos las tres divisiones con que cuenta el hospital y que ya hemos referido, pasó a hablarnos de lo que sin duda se siente más orgulloso: el pabellón de enfermos terminales.

Siguen un criterio muy estricto para ingresar en esta unidad. Son pacientes con cáncer avanzado, con una expectativa de muerte muy cercana. La estancia media es de dos a quince días. Ingresan entre 850 y 900 pacientes al año en esta unidad, de los que fallecen el 95 % en ese mismo año.

Los pacientes provienen de otros hospitales de Londres y de los otros dos pabellones del hospital.

El objetivo prioritario médico es el control de los síntomas, preferentemente del dolor, usando para ello fundamentalmente la morfina, sobre cuya utilización no tienen ninguna reticencia, y empleando para su administración pequeñas bombas de perfusión intravenosa continua.

La relación personal-cama en esta área es la siguiente:

Cada planta consta de 20 camas, siendo el personal asignado para el funcionamiento de la misma, dos médicos, cuatro A.T.S. y dos auxiliares.

Para ellos es prioritario el trato humano al enfermo, el mayor acercamiento posible, motivo por el cual mantiene unos índices elevados personal-cama «pasamos visita con la silla, no con las historias clínicas». Esto lo hacen válido para todas las categorías profesionales. Tratan de evitar al máximo que el enfermo tenga la sensación de que se desfila por delante de él con prisas. Él es lo más importante, el centro del hospital, el que más tiempo merece.

Con cuidadoso y estudiado diálogo, fruto de una gran experiencia, una vez iniciado el acercamiento, tratan de que el enfermo vuelque todas sus angustias, preocupaciones, frustraciones. Cuando el enfermo les pregunta ¿Qué tengo? contestan a la inversa: ¿después de tantas pruebas del empeoramiento progresivo, de tantos días en otros hospitales, tú qué crees que tienes? Usualmente sirve para saber que el enfermo realmente quiere conocer su verdad, y entonces se le ayuda a asumirla. Salvo raras excepciones, los pacientes conocen su diagnóstico.

Cuando un paciente ingresa en el hospital, alguien de la dirección del mismo sale a recibirle a pie de ambulancia, un esfuerzo más de intentar demostrar a los pacientes que, por muy grandes que sean sus deficiencias e inmundicias, son considerados como personas importantes.

Para ellos no basta con que no haya dolor y no es suficiente que el paciente asuma su realidad: tratan de que luchen con ella hasta el final. Para ello hay organizadas, para los pacientes cuyas condiciones lo permiten, múltiples actividades cada día, que van desde la visita de un grupo de cantores, trabajos manuales y de jardinería, hasta una habitación especialmente acondicionada donde les lleva sus animales domésticos. Una frase que se nos repitió mucho «vida hasta el momento de la muerte».

Todo el personal está imbuido de esta estrategia de humanización. Para que todos conozcan lo más posible de la realidad de cada uno de los enfermos a su cuidado, se realizan los Team, donde se reúne todo el equipo asistencial (médicos, A.T.S. y auxiliares —con el capellán—) de cada planta, comentando caso por caso las circunstancias desde el punto de vista de cada categoría profesional. Nos comentaron que eran muy fructíferos estos encuentros y muy enriquecedores.

Cuidan con esmero la relación con los familiares, con contactos muy estrechos y habiendo realizado un estudio profundo sobre las diferentes actitudes de la familia ante un enfermo terminal. Ellos tienen un lugar también muy importante en el hospital, incluso físico, pues existe un pequeño piso adosado a una planta, para familias de enfermos con larga agonía. La relación con la familia continúa hasta dos meses después del fallecimiento del paciente, sien-

do una fuente importante de colaboradores y de donativos.

En otro orden de cosas, el hospital posee un equipo asistencial que realiza visitas a domicilio, y un hospital de día donde, dos veces por semana, cada enfermo pasa allí el día realizándose un control de su estado físico y psíquico.

Una planta funciona a modo de *unidad de descanso familiar* donde ingresan periódicamente los pacientes que, por su patología y/o circunstancias socio-económicas, suponen una importante *carga familiar*. Desde el momento de su ingreso, se les comunica la fecha de alta (normalmente son hospitalizaciones de un par de semanas) y si no hay variaciones negativas en cuanto a la evolución de la enfermedad, se mantiene la fecha. Nos comentaron que si no se aclaraba este punto, llegado el momento, la familia no quería llevarse al enfermo.

Preguntado sobre qué imagen pública tiene en Inglaterra este tipo de hospitales, nos dijo que el anglosajón acepta con más naturalidad la idea de la muerte y que tras veinte años de funcionamiento, la gente aprecia la gran labor que se realiza. No obstante, considera que a pesar de todo no es aconsejable que un hospital atienda exclusivamente a enfermos terminales por dos razones:

Primera. La aceptación de la muerte, en general, no llega a esos extremos.

Segunda. La esperanza de recuperación es muy necesaria para algunos pacientes.

Al no poder entrevistarnos con el gerente, le preguntamos al doctor Corcoran por la parcela económica, siendo de destacar dos aspectos:

El presupuesto total es de dos millones de libras al año, de las cuales, 1,25 millones de libras provienen del Estado y 0,75 de donativos (particulares, organismos oficiales, La Corona...).

El otro aspecto es que no se realiza facturación individual, tratando al máximo de que ni los pacientes, ni sus familiares se consideren como una carga social.

En cuanto al personal, cultivan el trato exquisito y personalizado con el enfermo, al que se le identifica por su nombre, incluso las salas no están numeradas (tienen nombres propios).

Normalmente el personal A.T.S. está unos dos años en el hospital como etapa de su formación. El personal médico y auxiliar suele estar mucho más tiempo; algunos toda su vida profesional.

En cuanto a la formación, la realizan de manera constante con cada categoría profesional, pasando además por el hospital médicos, A.T.S., asistentes sociales y psicólogos, no sólo de Inglaterra sino también del extranjero.

IV. Visita al centro

Finalizada la entrevista, realizamos una visita al hospital, llamándonos agradablemente la atención las voces bajas y correctas, el orden, la limpieza y la luz, dando todo una impresión conjunta de *paz y tranquilidad*. Salvo unos

pocos enfermos, con la bata puesta, tumbados encima de sus camas, con aspecto de extrema gravedad y con su bomba de morfina, todos los demás se encontraban realizando alguna actividad, más o menos participativa. No vimos en el ala de terminales ningún paciente con sueros ni con aspiradores.

Tanto las habitaciones como los pasillos están llenos de repisas con objetos decorativos, en muchos casos hechos por los propios enfermos y las paredes llenas de fotografías de visitantes ilustres. El tipo de mobiliario es muy sencillo y muy práctico. Cada sala, con un promedio entre 6 y 8 enfermos, tiene un aparato de televisión. Separando las camas, tienen unas cortinas que en la mayoría de los casos están descubiertas. Existe una habitación individual por planta, pero la tendencia es que el paciente fallezca sin moverse de la sala, pues piensan que para el resto de compañeros es positivo *el ver morir con paz*, les hace pensar en la realidad de su propia muerte y disminuye el temor a lo desconocido.

V. Aplicaciones posibles a nuestra realidad

Aspectos que pensamos que pueden ser extrapolables a nuestra realidad hospitalaria:

Toda la filosofía asistencial, desde el punto de vista

humanitario, entendemos que lo es en buena medida, para lo cual se hace necesario unos altos índices personal/cama, lo que obligaría a buscar nuevas fuentes de financiación.

Remarcaríamos los siguientes puntos:

- Un trato lo más afectuoso y cercano posible al enfermo por parte de todo el personal.
- Mayor atención a las familias.
- Terapia ocupacional.
- Tratamiento del dolor. Unidad de síntomas para cánceres terminales.
- Estudio y posterior diálogo con la Administración, en cuanto a las posibilidades de hospitalización de día y asistencia a domicilio.

Independientemente de que esto alcanzara en alguna medida a todo el hospital, se podría poner en funcionamiento una planta exclusivamente para enfermos terminales.

Asimismo, es nuestro deseo comenzar muy pronto con los Team. Ya hemos introducido en los temas de docencia-formación varias sesiones sobre la asistencia al enfermo terminal.

En cuanto al servicio religioso, nuestro capellán se siente identificado con su funcionamiento, preferentemente en cuanto al trato personalizado y acompañamiento del proceso de la muerte, considerando a su vez muy importante la administración comunitaria de sacramentos y el respeto y colaboración por parte de los trabajadores.

Otros pedidos que pueden hacer a la Dirección de la Revista

(Envíos contrarrembolso)

BIOGRAFÍAS E HISTORIA

- San Juan de Dios — Una Aventura Iluminada. (Premio Aedos de biografía)
- Historia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios
- El libro azul (sobre el hospital de Barcelona)
- Dimensión apostólica de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios

PUBLICACIONES DE LA DIVISIÓN DE ENFERMERÍA Y ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA

(Textos ciclostilados y encuadernados)

- Diseño funcional de la División de Enfermería
- Historia de la enfermería española e hispanoamericana
- Nutrición y dietética
- Asistencia integral en enfermería pediátrica
- Enfermería y cambio social
- Enfermería, profesión con futuro
- Higiene y epidemiología infecciosa para enfermería hospitalaria
- Códigos éticos y declaraciones en medicina y enfermería.

6. «VIVO JUNTO A LOS ENFERMOS LOS GRANDES INTERROGANTES DE LA FE»

Monseñor Javier Osés, Obispo de Huesca
y Presidente de la Comisión de Pastoral
de la Conferencia Episcopal Española

La escena es sencilla. En la Residencia de la Seguridad Social San Jorge, de Huesca, la tarde, más o menos apacible, ha tomado el relevo a una mañana febril de trabajo. Los visitantes de los enfermos predominan sobre las batas blancas que, pocas horas antes, parecían las dueñas del centro. El celador de puerta controla fielmente para que nadie, sin pase, penetre en el recinto hospitalario.

Mezclado entre quienes esperan hacerlo se encuentra un hombre, un sacerdote. Alto, muy alto, de apariencia seria, pero que rezuma paz por todos sus poros. Cuando llega ante el celador, éste le saluda cariñosamente y le franquea la entrada. Nuestro hombre se introduce en el pequeño despacho del celador, abre el pequeño taquillón allí existente y se pone una bata blanca. La bata lleva un distintivo escrito con *dymo* sobre el pequeño soporte: Javier Osés, Obispo.

Repito, la escena es sencilla. Pero real. No es un relato pastoril de un autor romántico que sueña con un tipo de Iglesia determinado. Es la cotidiana, pero agradable normalidad de un obispo con tanta humanidad como altura; un obispo de una sensibilidad evangélica contrastada, manifestada en la cercanía humana; un obispo con unos criterios claros y unas actitudes concretas en la forma de entender y vivir su ministerio episcopal.

Estamos hablando, ya se nos ha escapado anteriormente, de monseñor Javier Osés Flamarique. Nació en Tafalla (Navarra) el 23 de agosto de 1926, en una familia sencilla: su padre, un agricultor; su madre, dedicada a sus labores.

Ingresa en el Seminario de Pamplona en una época en la que a la inmensa mayoría de jóvenes navarros les bullía por la cabeza la idea de *ser curas*. Me consta que, entre otras cosas, el joven Osés despuntaba por ser un gran líbero en el equipo de fútbol del centro. Su altura y su cintura hacían de él un auténtico *cacique del área*.

Fue en el propio seminario donde la vida ya le iba indicando algo del sendero que luego tendría que recorrer. Le encargaron de servir a los compañeros enfermos. La religiosa que en aquellos tiempos estaba al frente de la cocina —fue una confidencia que ella me hizo cuando la asistí pastoralmente en un proceso de enfermedad en la Clínica San Juan de Dios de Pamplona— solía compensar a nuestro hombre, de cuando en cuando, con algún bocadillo clandestino —«¡era tan alto y en aquella época se comía tan poco!»—. Tal vez en esas circunstancias comenzó don Javier a descubrir lo positivo que para uno mismo resulta la cercanía al enfermo...

Ordenado sacerdote el día de San José de 1950, se licenció en teología por la Universidad Gregoriana de Roma, en 1951. Dos años más tarde, se licenciaba, por la misma universidad romana, en derecho canónico. Tras un período de dedicación pastoral en la parroquia de Zudaire (Navarra), se le nombra Prefecto de Filosofía del Seminario de Pamplona. En dicho seminario impartiría Derecho Público Eclesiástico y Derecho Canónico. En 1967 es nombrado rector del seminario.

El día de la Inmaculada de 1969 recibe la ordenación episcopal, nombrándosele obispo administrador de Huesca. En 1977 pasa a ser



Don Javier Osés revisa el último número monográfico de LABOR HOSPITALARIA asesorado por su director, hermano Miguel Martín

obispo titular de la misma diócesis. En ella sigue. Varias veces entró en las quinielas de los jugadores habituales ante las diferentes sedes vacantes que fueron apareciendo. Fallaron ellos, que no él. No parece especialmente preocupado por lo que llaman la carrera eclesiástica. Sus preocupaciones son otras, más en línea de la evangelización del mundo actual, en la pastoral de la salud...

Desde 1975 perteneció como vocal de la Comisión Episcopal de Pastoral de la que fue elegido su Presidente en 1984, y reelegido para el mismo cargo en 1987. Desde ahí, monseñor Osés ha vivido de cerca el embarazo, el nacimiento y la infancia de la Pastoral de la Salud. Con José Luis Redrado, nuestro anterior director, y Rude Delgado, actual director del Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria, fueron motores y testigos del invento.

Monseñor Osés conoce el tema. Conoce el Acuerdo Marco, conoce la Ley de Sanidad, conoce la dinámica del Secretariado, conoce la labor de la Pontificia Comisión, a la que fue el primero en manifestar su disponibilidad para colaborar, y... conoce a los enfermos. Un día a la semana se sitúa junto a ellos en un hospital de Huesca.

L.H. —Hace aproximadamente un año, los obispos eligieron al presidente de la Conferencia Episcopal. Fueron momentos polémicos en los que tanto amplios sectores de la Iglesia como de la propia sociedad hicieron oír su voz de esperanza, temor, miedo... ¿Cómo vieron ustedes, allá dentro, esa situación?

M.O. —La polémica, desde luego, la recogimos, y acaso con más intensidad que nadie. Todo cuanto se escribía

nos llegaba. Vimos que fue una polémica muy viva en el ámbito de la Iglesia.

La vivimos, en primer lugar, haciendo todos un discernimiento. Creemos que es difícil entender lo que es una Conferencia Episcopal en el ámbito de una sociedad democrática, de Parlamentos, de fuerzas de poder, de oposición... Y creo que este esquema se quiere trasladar también a los obispos.

Nosotros recogimos todo ello porque siempre, en toda crítica, hay algo de verdad, y ello nos debe de hacer pensar. Sobre todo cuando se barruntaba que si la Iglesia podría ser más involucionista, que si la Iglesia española podría quedar más dependiente de Roma..., todo ello nos afectaba. Lo recogimos y lo asumimos.

“Cómo situarnos como Iglesia en este mundo de la salud tan complejo, tan técnico y, a veces, no sólo en peligro sino en realidad de deshumanización, es el principal objetivo de nuestro Secretariado”

Yo diría que lo hemos vivido en cuanto nos enteramos de lo que se decía, nos hicimos eco de ello, elaboramos nuestro discernimiento personal y también colectivo Pero también es verdad que no nos dejamos impresionar. La prensa y los medios de comunicación social hacen, a veces, unas valoraciones y toman unas actitudes que no siempre son coincidentes con el rumbo de nuestros caminos.

L.H. —En dicha Asamblea Episcopal, usted fue reelegido como presidente de la Comisión Episcopal de Pastoral. ¿Cuál es su lectura de esta reelección?

M.O. —Yo creo que se debe a que cada vez queremos, en la Conferencia Episcopal, que exista un pluralismo ma-



La sonrisa no es ficticia.
Ambos son viejos amigos.
Pero ésta va a ser una experiencia insólita:
Francisco Sola, nuestro redactor,
está armado con una grabadora

yor. Realmente va habiendo distintos tipos de presidentes. Hace tres años, cuando me eligieron por primera vez, hubo obispos que manifestaron que era hora de que las personas que parecían definitivamente consagradas como presidentes fuesen siempre reelegidas, que tenían que entrar caras nuevas. Y así, entre esas caras nuevas, nos eligieron a unos cuantos, que éramos más jóvenes.

“Estoy convencido de que los obispos valoran enormemente la Pastoral de la Salud”

¿Por qué me han vuelto a elegir? Yo pienso que cuando se hace la revisión de la Conferencia y de todas sus actividades, los obispos valoran si efectivamente se han cumplido los objetivos, si la línea que se marcó para la Comisión va siendo realidad. Y probablemente han pensado que iba la cosa tal como se había proyectado, y me han vuelto a reelegir. Simplemente por eso.

Y también porque, en el fondo, los obispos nos apreciamos mucho —esto no siempre la gente lo valora— y el que, a veces, un obispo coincida más o menos conmigo lo dejo en un segundo lugar y pongo como primario el que este obispo me merece un afecto y, a veces, para que no parezca un poco marginado, pues se le vuelve a elegir.

L.H. —¿Qué objetivos básicos tiene la Comisión de Pastoral que usted preside?

M.O. —El gran objetivo es cómo evangelizar este mundo de la increencia. Éste es el gran objetivo.

Y el objetivo del Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria, perteneciente a nuestra Comisión, coincide plenamente con éste: cómo situarnos como Iglesia en este mundo de la salud tan complejo, tan técnico y a veces no sólo en peligro sino en realidad de deshumanización. Cómo la

Iglesia debe ser testigo ahí. Pero no una Iglesia clerical sino una Iglesia como Pueblo de Dios. De ahí que el servicio religioso deba ser un servicio más eclesial, no sólo del sacerdote o del religioso, sino también de los seglares. Una presencia, también, al servicio del hombre.

Entonces todo lo que es una presencia en una sociedad plural, democrática, que no admite imposiciones, que no quiere aparecer como una Iglesia clericalizada..., todo esto, de maneras muy concretas, es lo que nuestra Pastoral quiere asumir. Y todo ello, uniéndonos y asociándonos a todos los grupos que trabajan por el bien y la salud integral de los hombres.

L.H. —Don Javier, ¿cuál es el peso específico de la Pastoral de la Salud dentro de la dinámica de la Conferencia Episcopal Española?

M.O. —Yo, aunque la imagen hacia el exterior pueda aparecer como con no demasiado peso específico, estoy convencido que los obispos valoran enormemente esta Pastoral.

“El enfermo debería ser uno de los grandes maestros en la vida de la Iglesia”

Primero porque, como creo que la Pastoral de la Salud tiene unas raíces muy tradicionales, ha prendido en todos los obispos. En la historia de la Iglesia, muchas fundaciones han nacido como respuesta al mundo de los enfermos. Esta tradición eclesial, y las razones evangélicas en las que se apoya, no pueden dejar de prender en nosotros.

A continuación, porque cada vez se ve más cómo este mundo de la salud es un mundo desasistido, en peligro de deshumanización, marginado...

Por ello creo que existe una sensibilidad, por lo menos

una sensibilidad, a la hora de valorarlo y percibirlo. A la hora de poner los medios y darle unas prioridades a esta pastoral, pienso que todavía las Iglesias diocesanas no estamos en ese trance de concederle prioridades a este campo.

L.H. —¿*Qué debería cambiar en nuestra Iglesia para que el enfermo ocupase el lugar que le corresponde?*

M.O. —Debería cambiar mucho todo. Deberíamos, en primer lugar, mirar al Evangelio para descubrir la prioridad que tiene. Y si en el Evangelio tiene clara prioridad, no se le puede tratar como un inferior. El enfermo debería de ser uno de los grandes maestros en la vida de la Iglesia.

“Cuesta mucho que los seglares cristianos, cuando están en el mundo de la salud, se sitúen también como cristianos”

Tiene que cambiar la forma de verlo como un ser activo en la vida de la Iglesia, no solamente alguien que recibe unos cuidados, unas visitas, sino alguien que es un miembro vivo. Ha de cambiar el modo de relación meramente compasiva, en el sentido un poco peyorativo del término; ha de ser una relación de igualdad, de discipulado, de aprender de él.

L.H. —*Según indicó monseñor Angelini, pro-presidente de la Pontificia Comisión para los Agentes de Pastoral de la Salud, fue usted el primer obispo en escribirles, congratulándose con su nacimiento y poniéndose a su disposición. ¿Qué camino han recorrido hasta la fecha?*

M.O. —Sí, le escribí. Luego, efectivamente, monseñor Angelini me indicó que había sido el primero en hacerlo.

De hecho, yo vi con mucho gozo el que la Iglesia asumiese, ya desde la cúspide también, una Comisión Pontificia dedicada a esto.

“El asociacionismo entre los católicos españoles es muy deficiente todavía”

Como vinculación existente, ha sido la venida de su pro-presidente, monseñor Angelini, a España para que viese cómo era nuestra pastoral. Incluso aquí, en esta ciudad —Madrid— tuvimos un encuentro al poco tiempo de ser él nombrado como tal. Vino de Roma, vine yo de Huesca y tuvimos un cambio de impresiones sobre lo que era esta pastoral... Después, sobre todo por medio de José Luis Redrado, hemos tenido algún contacto más... Pero, a nivel institucional diría que es todavía muy débil nuestro contacto. No sé si es porque está comenzando, pero de hecho todavía no tenemos una mayor vinculación.

L.H. —*Podría indicarnos cuáles son los obstáculos, a nivel religioso, que hoy día se dan en España para un desarrollo adecuado de la Pastoral de la Salud?*

M.O. —En primer lugar, el cambio del modo de presencia de la Iglesia en este mundo de la salud. Para muchos, todavía, la presencia tendría que ser la del capellán que va a dar los últimos sacramentos. Pensar en un servicio religioso como servicio de la diócesis, de la Iglesia, en el que participen también algunos seglares... cuesta mucho romper el peso de toda una tradición.

“Hay que partir del concepto de una Iglesia que es mundo, que es para el mundo, que necesita potenciar la verdadera mundanidad.”

Luego, también, cuesta mucho el que los seglares cristianos, cuando están en el mundo de la salud, estén también como cristianos. Algunos, a veces, con una opción que han realizado muy por el mundo, y queriendo ciertamente ser cristianos, aparecen casi como despojados de su ser cristiano, y se limitan a ser unos profesionales. Creo que hay un cierto rubor a manifestar este sentido cristiano personal.

Finalmente, también el obstáculo que significa el rechazo de todo cuanto signifique un asociacionismo. Estamos convencidos de que necesitaríamos potenciar y crear donde no las hay, que hay pocas, auténticas asociaciones en el mundo de la salud. Pero aquí aparece la resistencia del hombre actual, que es un hombre que parece querer andar por libre.

L.H. —¿*Por qué tantas dificultades para este asociacionismo?*

M.O. —Efectivamente, el asociacionismo entre los católicos españoles es muy deficiente, todavía.

Esta deficiencia participa, en primer lugar, del carácter individualista que tenemos los hombres, y que en los españoles aparece más pronunciado. Sí, queremos ser católicos, pero todos dentro del marco del «por mi cuenta y a mi aire».

La Iglesia ha de hacerse presente en el mundo, y en el mundo de la salud también, no sólo como individuos aislados, cada uno con su testimonio, sino también de forma asociativa, como Iglesia.

“A la hora de nombrar los servicios religiosos de los hospitales, los obispos «se tientan mucho la ropa» en si eligen a un seglar o se quedan todavía con sólo sacerdotes y algunos religiosos.”

Parece que ya hay algunos sectores que lo han comprendido y han iniciado su trayectoria con buen pie.

Estamos, pues, en un momento de recuperar algo que es esencial, que no se debiera de haber perdido o se debiera haber reconvertido al nuevo asociacionismo que debe tener la Iglesia. Mientras la Iglesia no tenga estos grupos asociados, está dando un testimonio incompleto y la evangelización será a todas luces insuficiente.

L.H. —*En una conferencia que he tenido ocasión de escucharle dijo usted algo que me gustaría que lo desarrollase, lo ampliase, lo matizase. Dijo usted: «En el mundo de la salud, hacen falta presencias cristianas con rostro secular».*

M.O. —Este *rostro secular* quiere decir que, en una sociedad como la nuestra, que es democrática y de la autonomía del orden temporal, la presencia de la Iglesia no puede ser en la línea de una Iglesia de cristiandad: que domina, que se impone, que marca todas las pautas, que ofrece un rostro clerical...

Por el contrario, la Iglesia tiene que aparecer, en este mundo secularizado como una Iglesia que evangeliza, una Iglesia que pone como centro al hombre y quiere aportar algo al hombre, como un Evangelio que no se entiende como acaparador de clientela sino como un Evangelio que sirve al hombre, que promueve al hombre, como una comunidad que quiere ser sal, y, consecuentemente, debe de estar insertada en ese mundo que asume sin miedo (la nueva sanidad, la nueva cultura, la modernidad, la Ley de Sanidad, etc.). Que no lo asume indiscriminadamente, sino críticamente; pero que no tiene añoranzas de un pasado, que no quiere volver otra vez a situarse por encima, con privilegios, a montar su sillón, su cátedra dentro de las instituciones sanitarias. Parte, por el contrario, del concepto de una Iglesia que es mundo, que es para el mundo, que necesita potenciar la verdadera mundanidad... Ahí es donde quiere situarse.

“En la pastoral de la salud parroquial se encuentra pronto el abono de la buena voluntad de muchos cristianos; pero falta todavía un redescubrimiento de cómo situarse las parroquias en este campo”

Queremos servir el Evangelio desde los valores que el hombre aprecia, desde la propia mundanidad; descubrir que el Evangelio no es sólo celebración, no es sólo anuncio explícito del mensaje de Jesús, sino que también es realización histórica de sus valores en el silencio, en el codo a codo con los hombres de otras instancias, que no son de Iglesia, pero que también aportan al bien común. Hemos de saber sentirnos solidarios con este tipo de personas; es algo muy importante de cara a sabernos situar en este nuevo mundo.

L.H. —*Usted lo indicaba anteriormente: existe gran dificultad de incardinación religiosa de los seglares en el mundo de la Pastoral de la Salud. Es verdad. De hecho, no tengo noticia que laico alguno pertenezca a ningún servicio religioso tal y como lo acepta el propio acuerdo marco...*

M.O. —Hay una razón de tradición eclesial: hemos asociado el servicio religioso al capellán. Es ahora cuando vemos que este servicio no puede reducirse a una simple administración de los últimos sacramentos, sino que debe

ser también un servicio de acompañamiento, una acción de testimonio con la familia, con el personal del centro. Todo esto representa un cambio muy notable. No tiene que extrañar que exista una cierta inercia, pues salir de una posición anterior y llegar a la nueva tiene su dificultad.

“Visitar enfermos es una de las obras que no se pueden dejar de hacer porque otros ya lo hacen. Es algo indelegable”

Existe, también, otro aspecto que yo diría que entra en una contradicción, en la que podemos caer, y que nos puede crear muchas dificultades y que es éste: efectivamente, los obispos pondríamos en esos servicios a algunos seglares. Existirían sus dificultades, pero se llevarían a efecto tales nombramientos. Pero, tal y como está el servicio religioso en los centros sanitarios, el responsable es la diócesis. De ahí que el obispo al ser, a la vez, el que envía —y entonces aparece como persona eclesial— y el *empresario* podría generar dificultades notables. Muchas veces lo que comienza como misión termina como conflicto laboral. Por eso, ciertamente, los obispos *se tientan mucho la ropa* si eligen a un seglar o se quedan todavía con sólo sacerdotes y algunos religiosos.

L.H. —*Sin darnos cuenta, estamos ya metidos de lleno en esta entrevista en la aplicación del acuerdo marco. Hablando de este acuerdo, ¿qué significa? ¿qué supone?*

M.O. —Yo creo que la firma del acuerdo marco ha sido un gran logro. Pero todo acuerdo implica que ha existido una tensión.

Tengo la impresión, en este sentido, que este acuerdo ha sido bueno, pues no se han quedado del todo contentos ni el Estado ni la Iglesia. Creo que éste es un criterio acertado de la bondad de este acuerdo.

Ha supuesto el hecho de que la Iglesia tiene que cambiar el modo de su presencia. En una sociedad democrática la Iglesia no se sitúa ya desde unos privilegios sino queriendo responder a unos derechos de los ciudadanos. Se sitúa, pues, en un nivel de igualdad, de codo a codo con los otros. No se sitúa como la maestra que tiene que dar sus lecciones a los demás de forma exclusiva, como la celebrante única, sino una Iglesia que responde a lo que necesita evangelización y sacramentos, pero que respeta y aporta su Evangelio con un sentido humanizador. De tal forma que ante los no creyentes, o incluso ante personas que rechacen toda religión, la Iglesia es capaz de anunciar la dimensión humanizadora del Evangelio. Es un cambio profundo de perspectiva que, consecuentemente, exige una profunda conversión. No es cuestión de tácticas, de revestirnos, de cambio de imagen, sino es un modo de ser sal y

“Todo lo que hoy sean comités de ética en los hospitales tiene una gran importancia”



«Tengo la impresión de que el acuerdo marco ha sido bueno, pues no han quedado del todo satisfechos ni el Estado ni la Iglesia»

luz hoy en este mundo de la salud. Ello, repito, exige una conversión profunda, de mayor vuelta al Evangelio, de una Iglesia más silenciosa, más solidaria, más respetuosa, que admite con mayor facilidad el que desde otras personas e instancias también nos llegue el bien, la verdad, la justicia... Es un cambio notable.

L.H. —*Don Javier, usted sabe bien que hoy el mayor número de enfermos no están en los hospitales sino en sus casas. Y a veces en condiciones angustiosas. Ellos también llaman a la Iglesia. ¿Cómo está hoy día la Pastoral de la Salud en las parroquias?*

M.O. —Efectivamente, como bien dices la mayoría de los enfermos —creo que las estadísticas hablan de un 70 %— están fuera del hospital.

Yo creo que la tradición de la Iglesia, que en otros tiempos realizaba sólo el sacerdote, ha pervivido y ha crecido. Hoy son muchos los grupos de parroquias que están ofreciendo este servicio. Ahora bien, todavía es un servicio más bien de buena voluntad, de gente de por sí caritativa dispuesta a sacrificar su tiempo... Pero hace falta captar también el fondo de esta presencia.

“Todo lo que quiere ser una estatalización suele ir en detrimento de la persona, del enfermo”

Estos grupos de voluntarios necesitan formarse, saber cómo deben hacerse presentes, ayudarles a ver que no es un gesto puramente pasivo, de misericordia, un consuelo momentáneo, instintivo..., sino que es la comunidad cristiana que valora a los enfermos, que les da un protagonismo, que se comunica con ellos. No es una Iglesia que visita de lejos, de cuando en cuando, sino que es una Iglesia que establece estos lazos con más profundidad.

Estamos en un momento, en la actualidad, de reflexión sobre estos grupos, cómo han de ser, cuáles han de ser sus objetivos, su formación, su talante... Es un campo que,

inicialmente, encuentra el abono de la buena voluntad de tantos cristianos; pero falta todavía un redescubrimiento de cómo saber situarse las parroquias en este mundo de la salud.

L.H. —*Pero da la impresión, muchas veces, de que la visita a los enfermos es cosa de unos cuantos que «les va la cosa» y de la que los demás se desentienden. Parece como que el «estuve enfermo y vinisteis a visitarme» sea una pregunta optativa, no obligatoria.*

M.O. —Yo estoy convencido que el visitar enfermos es una de las obras que no se pueden dejar de hacer porque otros ya lo hacen. Es algo indelegable.

Hombre, yo comprendo que no podemos ir todos a todas las cosas. Eso sería una invasión absurda y una violentación de la realidad. Ahora bien, el cristiano ha de tener en su código esencial, elemental, el acompañar al enfermo; y eso no sólo por el enfermo, sino por él mismo, porque tiene que aprender y no hay lección que se aprenda si no se está con el maestro. Yo diría, por eso, que tiene que haber modos, maneras de llegar al enfermo.

Visitar a los enfermos es una imitación no sólo literal, sino también histórica de Jesús. Para ser hoy cristiano, pues, hay que visitar a los enfermos.

L.H. —*El mundo de la salud, hoy, conlleva una serie de problemas éticos de considerable significado en relación con la vida, la muerte, la experimentación... ¿Cómo se halla situada la Iglesia frente a tal desafío?*

M.O. —En primer lugar falta un conocimiento de cuanto puede suponer la ciencia en este campo. Falta, por lo tanto, una aplicación de los principios morales a estas realidades. Es un mundo muy desconocido, excepto para aquellos que puedan ser más técnicos en Teología Moral. Y no podemos olvidar que por ese enorme agujero se nos pueden escapar una serie importante de valores morales. Existe un enorme riesgo de desmoralización; de que el hombre, la vida humana sufran un deterioro.

Por todo ello, creo que los cristianos hemos de estar muy



«Ante los no creyentes, o incluso ante personas que rechazan toda religión, la Iglesia ha de ser capaz de anunciar la dimensión humanizadora del Evangelio»

abiertos a ese mundo de la ciencia y la Iglesia, que ha de dar respuesta desde el Evangelio, no puede olvidar que hay unos interrogantes de enorme trascendencia que exigen una preparación para su respuesta. El saber responder supone un mayor conocimiento científico —hoy la moral también se hace de forma interdisciplinar—, una mayor profundización, un acompañamiento y una reflexión continuada.

Creo, pues, que todo lo que hoy sean comités de ética —es decir, grupos de personas que con un conocimiento del mensaje evangélico y de la moral cristiana, se dedican a esta labor— tienen una gran importancia. Lo malo es que son comités todavía muy escasos y reducidos; y mientras el mundo sigue progresando, estas cuestiones se van multiplicando y las respuestas que damos son muy parcas y ralentizadas.

L.H. —*Como máximo responsable de la Pastoral de la Salud en España, ¿qué lectura hace usted de la Ley de Sanidad?*

M.O. —Tengo que confesar que la Ley de Sanidad, como tiene tantas implicaciones, se me escapa.

Pero en cuanto la he podido captar, creo que es una Ley que quiere monopolizar todo, es decir, convierte al Estado en casi gerente exclusivo de la sanidad. Y esto, para mí, ya es un defecto notable de base. Un Estado y unas instituciones gubernamentales que no promocionen todas las instancias intermedias que puedan aportar y ofrecer, en cuanto poseen personal y medios técnicos adecuados, es un sistema deficiente. Todo lo que quiere ser una estatalización suele ir en detrimento de la persona, del enfermo, que es el destinatario. Por lo tanto, yo abogo por una socialización, sin grupos ni sectores dominantes, sin privilegios. Pero ello no impide que, queriendo por mi parte una ley todavía más socializante, eche en falta una mejor acogida de todos los recursos sociales, sobre todo personales, para ponerlos en juego al servicio de esta gran empresa. Y, lógicamente, también me hubiese gustado que todos estos gru-

“Cuando la sociedad se ha hecho adulta, las religiosas sanitarias parecen ser una especie de quistes sociales”

pos intermedios hubiesen tenido más parte en la elaboración de dicha Ley.

Yo intuyo que, a medida que pase el tiempo, iremos descubriendo los enormes vacíos que posee esta Ley y que habrá que ir reasumiendo. Porque el sistema sanitario, como garante de la salud, es algo fundamental en una sociedad moderna.

L.H. —*Problema de utilización de recursos, humanos y materiales, señala usted. Imagino que está al corriente del tema de la presencia de algunas comunidades religiosas femeninas en centros públicos. Queridas, privilegiadas, marginadas, expulsadas, reclamadas...*

M.O. —Hay que partir, una vez más, del supuesto de que nos hallamos en una sociedad democrática. Y así como anteriormente las religiosas entraban en los hospitales, en cuanto eran un sector marginado al que la Iglesia atendía —no conviene olvidar esto—, cuando la sociedad se ha hecho adulta, estos mismos grupos de religiosas parece que sean una especie de quistes sociales. Ello implica un desagradecido olvido de su historia, de su validez anterior y de la legitimidad de su presencia en el momento actual.

Yo comprendo que ahora tiene que estar vigente otro modelo. La presencia de las religiosas ha de ser como un grupo más dentro de una sociedad democrática. Ahora bien, también hay que reconocer el ser y la identidad de cada persona; y estas personas que han hecho una opción de vida, que también tiene validez social, como es la vida en comunidad, tienen que ser admitidas como lo son, como comunidad, dentro de nuestros centros.

No se debe prescindir de ellas como si no hubiesen prestado ningún servicio; ni mucho menos se puede dejar de situarlas y reconocerlas en el orden laboral actual con todos sus derechos.

El tema de la presencia de las religiosas en los centros no se puede despachar con un prejuicio ideológico, sino con un talante social y democrático. Por lo tanto con igualdad de derechos para todos; también para ellas.

L.H. —*¿Cómo se sitúa nuestra sociedad actual ante la vida, ante la muerte, ante la enfermedad? ¿Qué valores subyacen a todo ello?*

M.O. —Yo creo que la sociedad se sitúa, primero, como queriendo superar ciertas esclavitudes, lo cual me parece positivo.

Pero se sitúa, sin embargo, ante la vida con una mentalidad muy reductiva. Es una vida muy alicortada. Alicortada por el egoísmo: parece que el hombre sólo vive cuando da rienda suelta a sus sentidos y cuando goza de una salud, física y psíquica, robusta. Si falla esto, se siente injustamente tratado, se subleva, olvida y margina a quienes sufren enfermedad, a quienes se ven privados de esa fortaleza.

La Iglesia debe abrir aquí su mensaje de vida: su opción prioritaria por lo que es el hombre, por lo que es la vida del hombre. Ha de luchar contra todos estos signos de muerte. Es decir, la sociedad moderna, que quiere vivir, está introduciendo signos de muerte, fruto de su egoísmo, que le hacen capaz de matar, de destruir, de apartar a lo que no sirve al egoísmo de cada uno. La Iglesia ha de hacer una proclamación de la vida allí donde la vida está más amenazada: en el seno de la madre, en los enfermos terminales, los que no son productivos...

L.H. —*La Iglesia es parte integrante de no pocos patronatos y fundaciones que tienen la propiedad de centros hospitalarios y de volumen más que considerable, alguno de ellos. ¿No debería de plantearse su papel en dichos entes buscando una presencia más cualificada en los mismos? En caso contrario, ¿no debería abandonar para evitar contradicciones con un respeto a los derechos del enfermo, violado, una ausencia de planteamientos éticos concretos...?*

M.O. —Totalmente de acuerdo. Si está, la Iglesia debe de estar con dignidad y no en esa contradicción. Eso sería un contratestimonio.

Si no puede, porque las circunstancias han cambiado y rebasan las posibilidades de acción de la Iglesia, debe de marcharse.

“La Iglesia ha de hacer una proclamación de la vida allí donde la vida está más amenazada: en el seno de la madre, en los enfermos terminales, en los que no son productivos...”

L.H. —*El problema de la tercera edad está ahí. En muchas diócesis pequeñas se halla integrada su pastoral con la Pastoral Sanitaria. En las diócesis con gran número de fieles, significan un problema tan grande, si no mayor, que el de la propia Pastoral Sanitaria.*

M.O. —Este es un problema nuevo que ha llegado a la sociedad dado el incremento de la esperanza de vida. Es un problema que tiene bastantes visos de aparcamiento de un inmenso colectivo cada vez mayor, que está ahí. La sociedad debe de ayudar a darle solución, y la Iglesia ha de saber, también, darle respuesta.

Lo primero que hemos de hacer es tomar conciencia de que este colectivo es una realidad ya instituida en el futuro. Ya no se puede pensar solamente en las generaciones ascendentes sino que hay que pensar también en estas otras generaciones descendentes, que van a ser de enorme importancia puesto que son un colectivo muy numeroso.

Creo que la Pastoral de la Tercera Edad está todavía muy en pañales. Hasta ahora, ha sido, por lo general, una pastoral de últimos sacramentos, no de una pastoral de acompañamiento, de ver cómo se les ayuda a crecer en la fe, a descubrir cuál puede ser su utilidad hoy, incluso dentro de la propia sociedad, en la Iglesia... Son todos ellos campos



«Cada vez se ve más cómo este mundo de la salud es un mundo desasistido, en peligro de deshumanización, marginado...»

un tanto vírgenes, sin estrenar. La Iglesia tiene que asumir este problema y responder de muchas maneras, pues hay muchas posibilidades. Ya se están dando algunas respuestas, pero en ambientes más reducidos: en el mundo rural, ciertos ambientes más restringidos... Aquí suele darse una respuesta humana más rica y, yo diría, religiosamente completa. Pero los grandes colectivos, la gran ciudad, donde estas personas viven escondidas muchas veces, son interrogantes nuevos que van surgiendo, difíciles, complejos, de resultados nunca espectaculares, pero que la Iglesia los tiene que abordar.

L.H. —*Fundaciones, ética, derechos del enfermo, ley de sanidad, tercera edad, acuerdo marco... Don Javier, ¿no estará desbordando a la Iglesia en su capacidad de respuesta, un mundo de la salud tan complejo?*

M.O. —Yo rubricaría la pregunta respondiendo afirmativamente. Nos han venido en avalancha todos estos grandes problemas, que complejos, densos, con aspectos múltiples, con una profundidad enorme... y la Iglesia se siente muy poca cosa.

Yo sin embargo no lo rumiaría sólo desde la impotencia, para agarrarnos y no hacer nada; más bien lo utilizaría para experimentar nuestra pobreza y pensar cómo Dios puede obrar también en ese mundo por medio de nosotros. De modos más sencillos; se acabaron ya las arrogancias, las grandes valoraciones... Pero no por eso podrá dejar de existir la labor de levadura dentro de la masa.

Creo, en primer lugar, que no podemos asustarnos; que no podemos pensar que ese desarrollo y complejidad es de suyo malo, puede ser avance de la humanidad hacia estadios que pueden ser también positivos. Por lo tanto, la Iglesia ha de saber situarse ante este mundo nuevo: no puede verlo como algo irremediable y, sobre todo, como irremediablemente malo. Es, simplemente, una nueva situación; y si el Evangelio sirve para los hombres de todos los tiempos

pos, hemos de pensar que también aquí podemos hacer algo. ¿Qué podemos hacer? ¿Cómo podemos hacerlo? Es el reto que todos los cristianos, conjuntamente, tenemos que afrontar. Hemos de poner los pilares y cimientos de esta tarea con humildad y sencillez, pero siempre con esperanza.

L.H. —*Sabemos, don Javier, que usted visita a los enfermos con regularidad. Nos consta su periódica visita a los asistidos en la Residencia de la Seguridad Social de Huesca. ¿Qué experiencia ha obtenido en ello? ¿Qué ha significado ello en su proceso de cristiano, de sacerdote, de obispo?*

M.O. —Para mí, la experiencia es muy rica. Si ahora voy, ya no lo hago porque en un principio pensase que el obispo debía realizar este ministerio; voy porque el obispo lo necesita.

Me enseña muchísimo el ver tantas situaciones, toda clase de problemas condensados en aquel hombre que es el marido de la casa, que está muriéndose, en aquella mujer, en aquel anciano, en aquel joven... Son unas lecciones en donde, realmente, toco mucho más el misterio de Dios. Los grandes interrogantes que ponen en duda la fe y que la purifican, los vivo mucho junto a los enfermos.

Por eso yo no dejo ya este mundo de los enfermos. Y lo recomiendo a todos; no ya sólo para hacer el bien, sino por tener una experiencia profunda de lo que es el hombre, la vida, la fe, la calidad, el servicio.

Yo la considero como una dimensión esencial de mi ministerio episcopal. Yo, obispo, solamente con ministerio ante comunidades de sanos, detrás de un despacho, reuniones con gente sana que quiere trabajar y que trabaja apostólicamente muy bien..., sería un ministerio incompleto. Es esencial este contacto vivo, directo y continuado con los enfermos.

“Creo que la Pastoral de la Tercera Edad está todavía muy en pañales”

L.H. —*Don Javier, apuesto porque ahora se encuentra usted más relajado y descansado sin la presencia de José Luis Redrado, nuestro ex director, en el Secretariado Nacional...*

M.O. —Más descansado sí, porque José Luis era un hombre que ¡exigía tanto!, te apabullaba cuando no le hacías las cosas... Sí, claro, más descansado porque falta la voz continuada, ese hombre que siempre te está inquiriendo y empujando..., pero, claro, eso también es muy bueno.

Sobre todo he notado un cierto descanso porque estoy más tranquilo con lo que pueda pasar en Roma. Con José Luis allí pienso que a los romanos no los dejará sosegar demasiado, echarse la siesta..., los despabilará. Estoy convencido de que es una gran fuerza que la Iglesia española ha enviado a Roma. En este sentido, el mundo de la salud tendrá siempre dinamismo, tensión, movimiento, agilidad... Es seguro que no se dormirán.

“Se acabaron ya las arrogancias, las grandes valoraciones... Pero no por eso podrá dejar de existir la labor de levadura dentro de la masa”

L.H. —*Usted es un lector asiduo de LABOR HOSPITALARIA. Ha sido, y lo seguirá siendo, un colaborador generoso tantas cuantas veces ha sido requerido para ello. En nuestro objetivo de servir al mundo de la salud y a la pastoral en él ¿qué deberíamos potenciar, qué eliminar, qué crear...?*

M.O. —Me hacéis la pregunta a la que parece que he de contestar de forma positiva. La verdad es que tengo que responder muy positivamente.

Yo solamente os digo —y claro, cada uno tiene su forma de entender— que estoy suscrito a varias revistas: unas las guardo y otras no las guardo. De las que guardo, unas están en un sitio privilegiado, y otras en un sitio menos privilegiado. Tengo que decir de LABOR HOSPITALARIA que guardo todos sus números y en un lugar muy privilegiado. Para mí son verdaderos compendios de ciencia, de pastoral sanitaria, de experiencia, de criteriología, de orientación...

Vosotros, yo no sé cómo lo valoraréis, pero vuestra Orden, a través de LABOR HOSPITALARIA, está haciendo una labor evangelizadora de una calidad extraordinaria. Porque, además, el talante de vuestra revista es un talante profundo, que se sitúa con mucha actualidad en el mundo de hoy, que toca los temas candentes, que busca las soluciones de forma no parcial. Finalmente, es una revista a la que no veo ideologizada.

Todo esto me ha salido a borbotones y lo digo de corazón. Para mí es una gran aportación que la Iglesia, a través de la Orden Hospitalaria, está haciendo al mundo y a la salud de hoy.

La crítica de nuestra labor de don Javier nos sorprende y nos estimula.

Nos sorprende porque no suele ser monseñor Osés un hombre propenso a la alabanza fácil. Como buen nortefío, es concreto, parco, sencillo. La entrevista que nos ha concedido es un fiel reflejo de ello.

Nos estimula porque sus palabras suponen un espaldarazo a nuestra labor. Una labor desarrollada con unos medios limitados, pero con una ilusión tremenda. LABOR HOSPITALARIA seguirá trabajando para merecer ser guardada en un lugar privilegiado del despacho de don Javier.

Un despacho que él abandona una tarde a la semana para ir a visitar a los enfermos.

*Miguel Martín Rodrigo
y Francisco Sola Pagola*

Fotografía: Jordi Fàbregas

7. EN TORNO AL SIDA

Si hay algún asunto que, día a día, aparece ocupando las páginas de la prensa escrita, las pantallas de la TV o los receptores de radio, hoy no es otro que el SIDA.

Una mezcla de curiosidad, investigación y de temor rodea todo cuanto afecta al mismo. Individual y colectivamente es un fenómeno que ocupa y preocupa.

LABOR HOSPITALARIA entra también en escena, en lo referente al tema, y publica, al menos eso creemos, unos documentos de primera calidad. Por un lado nos hacemos eco de la *Declaración de Londres sobre Prevención del SIDA* realizada por la *Cumbre Mundial de Ministros de Salud sobre Programas de Prevención del SIDA* organizada, conjuntamente, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Gobierno del Reino Unido,

y en la que participaron 148 países. Por otro lado, publicamos la intervención que monseñor Angelini, pro-presidente de la Pontificia Comisión tuvo en la misma como representante de la Santa Sede.

Transcribimos, asimismo, la estadística que, con la garantía que nos ofrece un organismo como la OMS, nos permite dibujar un mapa, plenamente actualizado, de la magnitud del problema.

Finalmente, recogemos una breve entrevista que nuestro corresponsal en Roma mantuvo con el padre Redrado, secretario de dicha Comisión Pontificia, que acompañó a monseñor Angelini en la mencionada Cumbre de Ministros de Salud. Eran sus primeras impresiones tomadas minutos después de descender de la escalerilla del avión que les devolvía a Roma procedente de Londres.

7.1 DECLARACIÓN DE LONDRES SOBRE PREVENCIÓN DEL SIDA

28 de enero de 1988

La cumbre mundial de ministros de salud sobre programas de prevención del SIDA, en la que participan delegados de 148 países en representación de la gran mayoría de la población mundial, hace la siguiente declaración:

1. Habida cuenta de que el SIDA es un problema mundial que entraña una grave amenaza para la humanidad, es necesario que los gobiernos y pueblos de todo el mundo adopten urgentemente medidas para aplicar la estrategia mundial de la OMS contra el SIDA, tal como ha sido definida por la 40.^a Asamblea Mundial de la Salud y apoyada por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

2. Haremos cuanto esté a nuestro alcance para lograr que nuestros gobiernos adopten efectivamente esas medidas urgentes.

3. Procederemos a establecer programas nacionales apropiados para prevenir y frenar la propagación de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en el marco de los sistemas de salud de nuestros países. De conformidad con la estrategia mundial contra el SIDA, haremos participar en la planificación y aplicación de esos programas, en la mayor medida posible, a todas las instancias gubernamentales y organizaciones no gubernamentales competentes.

7. EN TORNO AL SIDA

Si hay algún asunto que, día a día, aparece ocupando las páginas de la prensa escrita, las pantallas de la TV o los receptores de radio, hoy no es otro que el SIDA.

Una mezcla de curiosidad, investigación y de temor rodea todo cuanto afecta al mismo. Individual y colectivamente es un fenómeno que ocupa y preocupa.

LABOR HOSPITALARIA entra también en escena, en lo referente al tema, y publica, al menos eso creemos, unos documentos de primera calidad. Por un lado nos hacemos eco de la *Declaración de Londres sobre Prevención del SIDA* realizada por la *Cumbre Mundial de Ministros de Salud sobre Programas de Prevención del SIDA* organizada, conjuntamente, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Gobierno del Reino Unido,

y en la que participaron 148 países. Por otro lado, publicamos la intervención que monseñor Angelini, pro-presidente de la Pontificia Comisión tuvo en la misma como representante de la Santa Sede.

Transcribimos, asimismo, la estadística que, con la garantía que nos ofrece un organismo como la OMS, nos permite dibujar un mapa, plenamente actualizado, de la magnitud del problema.

Finalmente, recogemos una breve entrevista que nuestro corresponsal en Roma mantuvo con el padre Redrado, secretario de dicha Comisión Pontificia, que acompañó a monseñor Angelini en la mencionada Cumbre de Ministros de Salud. Eran sus primeras impresiones tomadas minutos después de descender de la escalerilla del avión que les devolvía a Roma procedente de Londres.

7.1 DECLARACIÓN DE LONDRES SOBRE PREVENCIÓN DEL SIDA

28 de enero de 1988

La cumbre mundial de ministros de salud sobre programas de prevención del SIDA, en la que participan delegados de 148 países en representación de la gran mayoría de la población mundial, hace la siguiente declaración:

1. Habida cuenta de que el SIDA es un problema mundial que entraña una grave amenaza para la humanidad, es necesario que los gobiernos y pueblos de todo el mundo adopten urgentemente medidas para aplicar la estrategia mundial de la OMS contra el SIDA, tal como ha sido definida por la 40.^a Asamblea Mundial de la Salud y apoyada por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

2. Haremos cuanto esté a nuestro alcance para lograr que nuestros gobiernos adopten efectivamente esas medidas urgentes.

3. Procederemos a establecer programas nacionales apropiados para prevenir y frenar la propagación de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en el marco de los sistemas de salud de nuestros países. De conformidad con la estrategia mundial contra el SIDA, haremos participar en la planificación y aplicación de esos programas, en la mayor medida posible, a todas las instancias gubernamentales y organizaciones no gubernamentales competentes.

4. Nos hacemos cargo de que, a falta sobre todo de una vacuna o cura para el SIDA, el componente más importante de los programas nacionales contra esta enfermedad es la labor de información y educación, toda vez que puede prevenirse la transmisión del VIH mediante un comportamiento responsable y bien informado. A este respecto, los individuos, los gobiernos, los medios de información y otros sectores tienen importantes funciones que desempeñar en la prevención de la propagación de la infección por el VIH.

5. Consideramos que los programas de información y educación deben estar dirigidos al público en general y tener plenamente en cuenta las circunstancias sociales y culturales, los diferentes modos de vida y los valores humanos y espirituales. Los mismos principios son igualmente aplicables a los programas dirigidos a grupos específicos, interesándolos según proceda.

Entre estos grupos figuran:

- Las autoridades.
- Los agentes de los servicios sanitarios y sociales en todos los niveles.
- Los viajeros internacionales.
- Las personas cuyos hábitos pueden exponerlas a un mayor riesgo de infección.
- Los medios de información.
- Los jóvenes y los que trabajan con ellos, especialmente el personal docente.
- Los dirigentes comunitarios y religiosos.
- Los posibles donantes de sangre.
- Los sujetos infectados por el VIH, sus familiares y demás personas que se ocupan de atenderlos, todos los cuales necesitan consejos adecuados.

6. Insistimos en la necesidad de que los programas de prevención del SIDA protejan los derechos humanos y la dignidad de las personas. La discriminación y la estigmatización de los sujetos infectados por el VIH y de los enfermos de SIDA socava la salud pública y debe evitarse.

7. Instamos a los medios de información a que asuman su importante responsabilidad social de proporcionar información objetiva y equilibrada al público en general sobre el SIDA y sobre los medios de evitar su propagación.

8. Recabaremos la participación de todas las instancias gubernamentales y organizaciones no gubernamentales con objeto de crear el contexto social de apoyo necesario para asegurar la aplicación eficaz de programas de prevención del SIDA y la humanización de la asistencia a los individuos afectados.

9. Haremos ver claramente a nuestros gobiernos la importancia que reviste para la sanidad nacional asegurar la disponibilidad de los recursos humanos y financieros, inclusive de servicios sanitarios y sociales con personal competente, que se necesitan para llevar a cabo nuestros programas nacionales contra el SIDA y para fomentar un comportamiento responsable y bien informado.

10. En el espíritu de la resolución A/42/8 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, hacemos un llamamiento:

- a todas las organizaciones apropiadas del sistema de las Naciones Unidas, incluidos los organismos especializados;
- a los organismos bilaterales y multilaterales;
- a las organizaciones no gubernamentales y de beneficencia

para que apoyen la lucha contra el SIDA en el mundo, de conformidad con la estrategia mundial de la OMS.

11. Apelamos en particular a esas organizaciones para que presten un apoyo bien coordinado a los países en desarrollo a fin de que éstos establezcan y lleven a cabo programas nacionales sobre el SIDA en función de sus necesidades. Reconocemos que estas necesidades varían según los países a tenor de su situación epidemiológica.

12. Dirigimos asimismo un llamamiento a cuantos se dedican a combatir el abuso de drogas para que intensifiquen sus esfuerzos en el espíritu de la Conferencia Internacional sobre Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas (Viena, junio de 1987), con ánimo de contribuir a limitar la propagación de la infección por el VIH.

13. Pedimos a la Organización Mundial de la Salud que, por conducto de su programa mundial sobre el SIDA, continúe:

- Ejerciendo su mandato de autoridad directiva y coordinadora del esfuerzo mundial contra el SIDA.
- Promoviendo, alentando y apoyando el acopio y la disseminación por todo el mundo de información precisa sobre el SIDA.
- Elaborando y dando a conocer directrices sobre planificación, ejecución, vigilancia y evaluación de los programas de información y educación, y cerciorándose de que esas directrices se actualizan y revisan a medida que se adquiere más experiencia.
- Apoyando a los países en la vigilancia y evaluación de los programas de prevención, incluidas las actividades de información y educación, y estimulando la amplia difusión de los resultados con objeto de ayudar a los países a aprender de la experiencia de los demás.

14. A raíz de esta cumbre, 1988 será el año de la comunicación sobre el SIDA, en el que:

- Abriremos totalmente los canales de comunicación en cada sociedad a fin de informar y educar más amplia, general e intensivamente al público.
- Reforzaremos el intercambio de información y experiencia entre todos los países.
- Forjaremos, mediante la información, la educación y el liderazgo social, un espíritu de tolerancia social.

Estamos persuadidos de que, fomentando un comportamiento responsable y mediante la cooperación internacional, podemos empezar ahora a frenar la propagación de la infección por el VIH y lo haremos.

7.2 ESTADÍSTICA DEL SIDA SEGÚN LA OMS

CASOS DE SIDA REGISTRADOS EN LA OMS A 12-1-88

País	Continente	Fecha último registro	Casos acumulados	País	Continente	Fecha último registro	Casos acumulados
Albania	Europa	31/08/87	0	Cote d'Ivoire	África	20/11/87	250
Argelia	África	01/06/87	5	Cuba	América	16/10/87	6
Angola	África	26/09/86	6	Cyprus	Asia	01/06/87	3
Anguilla	América	31/03/87	2	Czechoslovakia	Europa	31/03/87	7
Antigua	América	30/06/87	3	Denmark	Europa	30/09/87	202
Argentina	América	30/09/87	120	Djibouti	África	01/10/87	0
Australia	Oceanía	07/12/87	681	Dominica	América	30/09/87	5
Austria	Europa	30/09/87	120	Dominican Republic	América	30/09/87	352
Bahamas	América	16/10/87	163	Eastern Med. Region	Asia	10/09/87	36
Bangladesh	Asia	14/04/87	0	Ecuador	América	30/09/87	52
Barbados	América	30/09/87	52	Egypt	África	06/07/87	1
Belgium	Europa	30/09/87	280	El Salvador	América	03/10/87	16
Belice	América	30/09/87	4	Ethiopia	África	04/12/87	19
Benin	África	18/05/87	3	Fed Rep. Germany	Europa	30/11/87	1.588
Bermudas	América	30/09/87	75	Fiji	Oceanía	08/09/87	0
Bhutan	Asia	14/04/87	0	Finland	Europa	30/09/87	22
Bolivia	América	16/10/87	4	France	Europa	30/09/87	2.523
Botswana	África	10/10/87	13	French Guiana	América	30/09/87	93
Br. Virgin Islands	América	31/03/87	0	French Polynesia	Oceanía	08/09/87	1
Brazil	América	12/07/87	2.325	Gabon	Africa	06/07/87	13
Borneo	Asia	08/09/87	0	Gambia	África	16/03/87	14
Bulgaria	Europa	06/10/87	3	German Dem. Rep.	Europa	30/06/87	4
Burkina Faso	África	30/06/87	26	Ghana	África	25/05/87	145
Burma	Asia	14/04/87	0	Greece	Europa	30/09/87	78
Burundi	África	15/10/87	569	Grenada	América	30/09/87	7
Cameroon	África	05/03/87	25	Guadeloupe	América	30/06/87	51
Canada	América	14/12/87	1.423	Guatemala	América	30/09/87	30
Cape Verde	África	30/04/87	4	Guinea	África	12/11/87	4
Cayman Islands	América	31/03/87	2	Guinea Bissau	África	20/11/87	16
Centr. Afr. Rep.	África	31/10/86	254	Guyana	América	30/09/87	5
Chad	África	13/11/86	1	Haiti	América	30/09/87	912
Chile	América	30/09/87	56	Honduras	América	15/09/87	51
China	Asia	08/09/87	2	Hong Kong	Asia	17/11/87	6
China (Taiwan)	Asia	26/01/86	1	Hungary	Europa	30/09/87	6
Colombia	América	30/09/87	153	Iceland	Europa	30/09/87	4
Comoros	África	13/11/86	0	India	Asia	09/05/87	9
Congo	África	13/11/86	250	Indonesia	Asia	21/04/87	1
Cook Islands	Oceanía	08/09/87	0	Ireland	Europa	30/09/87	25
Costa Rica	América	30/09/87	39	Israel	Asia	30/09/87	43

CASOS DE SIDA REGISTRADOS EN LA OMS A 12-1-88 (Continuación)

País	Continente	Fecha último registro	Casos acumulados	País	Continente	Fecha último registro	Casos acumulados
Italy	Europa	30/09/87	1.104	Romania	Europa	31/03/87	2
Jamaica	América	30/09/87	30	Rwanda	África	30/11/86	705
Japan	Asia	14/12/87	59	Samoa	Oceanía	08/09/87	0
Jordan	Asia	24/12/87	3	Sao Tome/Principe	África	01/12/86	0
Kenya	África	10/11/87	964	Senegal	África	13/10/87	27
Kiribati	Oceanía	26/10/87	0	Seychelles	África	13/11/86	0
Korea, DPR	Asia	09/05/87	0	Sierra Leone	África	03/11/87	0
Korea, Rep.	Asia	08/09/87	1	Singapore	Asia	30/06/87	2
Lebanon	Asia	03/06/87	3	Solomon Islands	Oceanía	08/09/87	0
Lesotho	África	27/11/87	2	South Africa	África	10/12/87	93
Liberia	África	12/06/87	2	Spain	Europa	30/09/87	624
Luxembourg	Europa	30/09/87	8	Sri Lanka	Asia	14/04/87	2
Madagascar	África	25/04/87	0	St. Christopher	América	30/09/87	1
Malawi	África	13/11/86	13	St. Lucia	América	30/09/87	6
Malaysia	Asia	08/09/87	1	St. Vincent	América	30/09/87	7
Maldives	Asia	30/06/87	0	Sudan	África	23/08/87	12
Mali	África	08/09/87	0	Suriname	América	30/09/87	6
Malta	Europa	30/09/87	7	Swaziland	África	01/07/87	7
Mariana	Oceanía	05/08/87	0	Sweden	Europa	07/12/87	156
Martinique	América	30/06/87	27	Switzerland	Europa	30/09/87	299
Mauritania	África	13/11/86	0	Tanzania	África	17/10/87	1.608
Mauritius	África	18/12/87	1	Thailand	Asia	12/10/87	12
Mexico	América	16/10/87	713	Togo	África	13/11/86	0
Mongolia	Asia	30/09/87	0	Tonga	Oceanía	06/10/87	1
Montserrat	América	30/09/87	0	Trinidad & Tobago	América	30/11/87	206
Mozambique	África	08/12/87	4	Tunisia	África	06/12/87	11
Nepal	Asia	09/05/87	0	Turkey	Asia	30/06/87	21
Netherlands	Europa	30/09/87	370	Turks & Caicos	América	30/06/87	4
New Caledonia	Oceanía	08/09/87	0	Tuvalu	Oceanía	08/09/87	0
New Zealand	Oceanía	14/12/87	59	Uganda	África	31/10/87	2.369
Nicaragua	América	18/09/87	19	United Kingdom	Europa	04/12/87	1.170
Nigeria	África	22/05/87	5	United States Am.	América	28/12/87	49.743
Norway	Europa	30/09/87	64	Uruguay	América	30/09/87	14
Panama	América	30/09/87	22	USSR	Europa	05/08/87	4
Papua New Guinea	Oceanía	08/09/87	0	Vanuatu	Oceanía	08/09/87	0
Paraguay	América	30/06/87	14	Venezuela	América	30/09/87	101
Peru	América	30/09/87	44	Viet Nam	Asia	08/09/87	0
Philippines	Asia	30/10/87	10	Yugoslavia	Europa	30/09/87	21
Poland	Europa	30/06/87	3	Zaire	África	30/06/87	335
Portugal	Europa	30/09/87	81	Zambia	África	09/12/87	536
Qatar	Asia	09/05/87	9	Zimbabwe	África	28/08/87	380
Reunion	África	10/06/87	1	Total			75.392

CASOS DE SIDA REGISTRADOS POR AÑO EN LA OMS (12-1-88)

Continente	?	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	Total
África	1	0	0	0	3	14	82	206	2.441	5.946	0	8.693
América	68	14	66	277	1.054	3.188	6.267	11.302	17.090	17.632	0	56.958
Asia	0	0	1	0	1	8	4	29	54	127	0	224
Europa	8	0	4	16	72	218	578	1.392	2.635	3.852	0	8.775
Oceanía	0	0	0	0	2	6	45	124	240	325	0	742
Total	77	14	71	293	1.132	3.434	6.976	13.053	22.460	27.882	0	75.392

CASOS ACUMULADOS (12-1-88)

Continente	?	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	Total
África	1	0	0	0	3	17	99	305	2.746	8.692	8.692	8.693
América	68	14	80	357	1.411	4.599	10.866	22.168	39.258	56.890	56.890	56.958
Asia	0	0	1	1	2	10	14	43	97	224	224	224
Europa	8	0	4	20	92	310	888	2.280	4.915	8.767	8.767	8.775
Oceanía	0	0	0	0	2	8	53	177	417	742	742	742
Total	77	14	85	378	1.510	4.944	11.920	24.973	47.433	75.315	75.315	75.392

CASOS POR CONTINENTES

Continente	Número de casos	Número de países registrados	
		0 casos	1 o más casos
África	8.693	47	9
América	56.958	44	2
Asia	224	28	9
Europa	8.775	28	1
Oceanía	742	14	10
Total	75.392	161	31

POR REGIONES SANITARIAS (OMS)

Región	Número de casos	Número de países registrados	Número de países	
			0 casos	1 o más casos
Afro	8.669	47	9	35
Amro	56.958	44	2	42
Emro	78	8	0	8
Euro	8.839	30	1	29
Searo	24	11	7	4
Wpro	824	24	12	12
Total	75.392	161	31	130

7.3 INTERVENCIÓN DE MONSEÑOR FIORENZO ANGELINI

representante de la Santa Sede en la *Cumbre Mundial de Ministros de Sanidad sobre los Programas de Prevención del SIDA*



Junto al conocimiento crece hoy en el mundo, a todos los niveles, la certeza de la necesidad y urgencia de unir esfuerzos y recursos para solucionar los problemas más graves en materia de salud y sanidad.

Derecho fundamental del hombre, la salud es presupuesto de desarrollo de los pueblos y, al mismo tiempo, se con-

firma como el factor de encuentro más válido para la humanidad. Frente a las más graves urgencias de la salud y de la sanidad caen y pueden ser fácilmente superadas las barreras alzadas por las diferentes culturas, ideologías, sistemas políticos. Y esto porque, mientras la salvaguardia y la defensa de la vida y su promoción expresan, por una par-

CASOS ACUMULADOS (12-1-88)

Continente	?	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	Total
África	1	0	0	0	3	17	99	305	2.746	8.692	8.692	8.693
América	68	14	80	357	1.411	4.599	10.866	22.168	39.258	56.890	56.890	56.958
Asia	0	0	1	1	2	10	14	43	97	224	224	224
Europa	8	0	4	20	92	310	888	2.280	4.915	8.767	8.767	8.775
Oceanía	0	0	0	0	2	8	53	177	417	742	742	742
Total	77	14	85	378	1.510	4.944	11.920	24.973	47.433	75.315	75.315	75.392

CASOS POR CONTINENTES

Continente	Número de casos	Número de países registrados	
		0 casos	1 o más casos
África	8.693	47	9
América	56.958	44	2
Asia	224	28	9
Europa	8.775	28	1
Oceanía	742	14	10
Total	75.392	161	31

POR REGIONES SANITARIAS (OMS)

Región	Número de casos	Número de países registrados	Número de países	
			0 casos	1 o más casos
Afro	8.669	47	9	35
Amro	56.958	44	2	42
Emro	78	8	0	8
Euro	8.839	30	1	29
Searo	24	11	7	4
Wpro	824	24	12	12
Total	75.392	161	31	130

7.3 INTERVENCIÓN DE MONSEÑOR FIORENZO ANGELINI

representante de la Santa Sede en la *Cumbre Mundial de Ministros de Sanidad sobre los Programas de Prevención del SIDA*



Junto al conocimiento crece hoy en el mundo, a todos los niveles, la certeza de la necesidad y urgencia de unir esfuerzos y recursos para solucionar los problemas más graves en materia de salud y sanidad.

Derecho fundamental del hombre, la salud es presupuesto de desarrollo de los pueblos y, al mismo tiempo, se con-

firma como el factor de encuentro más válido para la humanidad. Frente a las más graves urgencias de la salud y de la sanidad caen y pueden ser fácilmente superadas las barreras alzadas por las diferentes culturas, ideologías, sistemas políticos. Y esto porque, mientras la salvaguardia y la defensa de la vida y su promoción expresan, por una par-

te, una aspiración común a todos los hombres, por otra, exigen unidad de acción, convergencia, iniciativas, intercambio de conocimientos y de medios de conquista de la ciencia y la técnica.

El surgimiento y la consolidación amenazante del SIDA representan la confirmación de este principio y constituye un reto que los responsables de todos los pueblos deben recoger y afrontar conjuntamente.

Una acción conjunta, sin embargo, comporta un intento unitario. En el campo de la sanidad y de la salud el objetivo de fondo, el punto y el momento de convergencia está constituido por la exigencia de defender y promover el derecho fundamental a la vida, a toda la vida y a la vida de cada ser humano.

Es importante anotar que el descubrimiento, inexplicablemente tardío, del SIDA y su difusión, tienen una particular característica. Se trata de una epidemia que ataca tanto a los países subdesarrollados como a los que tienen más progreso, de tal modo que pone unos nuevos interrogantes no sólo a la ciencia médica, sino también a la política sanitaria en general.

Ciertamente, la índole del SIDA y su rápida difusión está pidiendo actuaciones urgentes. Sin embargo, el riesgo es doble: que la política sanitaria se limite a una primera intervención; o que esta misma y necesaria política de emergencia no sea programada y dirigida en la línea de intervenciones a medio y largo plazos coherentes con la primera (y esto es muy grave).

La contención del daño, si no se hace según una clara visión de la meta última a alcanzar, no sólo puede revelarse ilusorio, sino que puede transformarse en premisa de un daño mayor.

Una política y una acción sanitaria iluminadoras exigen convergencia de esfuerzos y de recursos en este amplio campo que se inicia en la prevención y que en propia atención de urgencia, requiere la salvaguardia de los principios éticos, irrenunciables porque están insertadas en el derecho humano y fundamental a la vida, desde su concepción hasta su natural ocaso.

La lucha contra el SIDA es un problema médico pero, por sus implicaciones, es un problema y momento cultural básico.

Se reconoce la urgencia prioritaria de la información injertada en la necesaria educación sanitaria. Información que debe entrar en las escuelas; en la institución familiar, en los medios de comunicación de masas y en las estructuras sociales, locales, regionales, nacionales e internacionales. La información debe formar a los individuos y a las instituciones, no olvidando nunca que la prevención y la terapia no pueden ofender el derecho a la vida, sea de los enfermos del SIDA, sea de aquellos que nacen y viven en condiciones de riesgo. Información y formación invierten el hábito, el estilo de vida. El surgimiento del SIDA, y no sólo

por pura coincidencia cronológica, se sitúa junto al dramático problema de la defensa del medio ambiente. Urge la recuperación de una ecología del hombre, de una ecología del espíritu y, en consecuencia, del modo de proceder de las directrices éticas y morales fundamentales.

La Iglesia Católica, desde un nivel operativo, tiene la intención de ser cercana y hacerse la promotora y garante del gran compromiso que requiere la lucha contra el SIDA. Así lo demuestra, en cada parte del mundo, con su presencia junto a los que sufren, sus innumerables instituciones sanitarias; el Dicasterio Pontificio que tengo el honor de representar y que la sensibilidad del actual pontífice Juan Pablo II ha querido instituir con la intención, entre otras, de sostener todo auténtico y eficaz esfuerzo, para donde sea o de quien sea, para la defensa, la recuperación y la promoción de la salud como servicio a la vida.

La Iglesia Católica, sin embargo, está convencida de que una eficaz política sanitaria debe traducirse, en la práctica, en intervenciones humanizantes, en el tiempo justo, y proyectadas a la continua promoción de la vida que es la defensa del hombre y de su dignidad. La fe cristiana no sólo llama *hermano* a cada hombre, y particularmente al que sufre, sino que, identificando en cada hermano a la misma persona de Cristo, ilumina con extraordinaria luz el concepto mismo de vida y de su dignidad.

Desde esta óptica, creo, ha de ser visto y meditado el gesto con el que, en Estados Unidos (San Francisco), Juan Pablo II abrazó y besó a un niño enfermo de SIDA. El Papa, que dio en su manifestación de afecto verdadera y fuertemente paterno, una enseñanza que las palabras podrían haber hecho aparecer retórica y solamente teórica, subrayó la necesidad de una respuesta inmediata y valiente, teniendo como fin verdadero y último, aunque suponga sacrificios, al hombre afectado por este nuevo y amenazador virus.

Una respuesta que va más allá de la afanosa investigación dirigida simplemente a la contención de una epidemia, para colocarse en la esfera de una auténtica civilización a la medida del hombre.

Siguiendo estas directrices, no sólo es posible sino que se convierte en irrenunciable la convergencia de esfuerzos y de acciones. Ciertamente persisten arduos problemas por resolver, pero el esfuerzo voluntarioso y conjunto es un presupuesto para su solución.

Es evidente que lo máximo que se puede hacer actuando solos es siempre menos que lo mínimo que se puede hacer unidos si, además, el punto de partida común es el amor a todo hombre y a todos los hombres presentes en cada parte del mundo, amor a su vida y a su dignidad, el compromiso libre de evitar discriminaciones, la elección de una política sanitaria o meramente defensiva, aunque los primeros pasos que se den empezarán ya a ser la medida de un largo camino.

7.4 «EL SIDA ES UN RETO A LOS VALORES DE NUESTRA SOCIEDAD»

afirma el P. Redrado, secretario de la Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios



El padre Redrado
saludando a
Su Santidad

—Padre Redrado, usted ha estado en Londres en la reunión de Ministros de la Sanidad, en un coloquio sobre el SIDA; en realidad, ¿de qué se trataba?

—Primero diré que la Santa Sede fue invitada a dicho coloquio, tenido en Londres los días 26 al 28 de enero pasado. Monseñor Angelini ostentaba la representación; era, diríamos, el *Ministro de Salud* de la Santa Sede, y yo le acompañé a esta gran Asamblea.

Se trataba de la primera reunión mundial, a alto nivel, para dialogar sobre esta *nueva enfermedad*. Los organizadores han sido la OMS y el Reino Unido. A la cita han acudido unas 150 naciones y un total de unas 700 personas formando parte de las delegaciones, tanto de los Ministerios de Sanidad como de otros organismos no gubernamentales.

—La gente tiene miedo, mucho miedo, y se hace muchas preguntas con esto del SIDA: ¿qué se sabe de verdad y qué se buscaba en Londres?

—Creo que sabemos pocas cosas y las que sabemos se nos presentan con muchas dudas; dejo a los estudiosos el que puedan profundizar más en el tema y combatir mañana esta enfermedad con mayor certeza; todos lo esperamos.

Todos han acudido —acudimos— a Londres con esta esperanza: encontrar un remedio. Por ello, las exposiciones, los diálogos, han subrayado la importancia del tema, lo urgente, la necesidad de búsqueda, de información, de medidas de prevención...

—Pero, del miedo de la gente, ¿qué me dice?

—Estamos ante una enfermedad que, por sus características, según nos dicen los técnicos, es *infecciosa*. Ello quiere decir que entramos en un tema tabú, de miedo, de temor y de interrogantes, no siempre justos, que la gente se hace. ¿El porqué? Quizá porque esta enfermedad toca más la intimidad de las personas, los valores, la no aceptación social, los prejuicios... Piénsese cómo en su tiempo esto

sucedió con la tuberculosis, cómo en muchos grupos sociales sucede aún con la enfermedad mental, etc.

—*Algunas impresiones que usted ha sacado escuchando, hablando y reflexionando sobre este tema estos días.*

—Intentaré ser muy concreto. Creo que el tema tiene su gravedad, no hemos de subrayarla traduciéndola en miedo y menos en pánico, pero tampoco minimizarla. Segundo, pone de manifiesto la voluntad de las naciones: encontrarse juntos para buscar solución a un tema común como es la salud de los pueblos. Quiero traer aquí una idea que ha repetido mucho monseñor Angelini: «hemos visto pueblos entre ellos en guerra juntos en la misma sala en un diálogo de búsqueda de la salud». Diría que esta enfermedad es un termómetro que mide muchas de las realidades de nuestra sociedad: la falta de recursos, de saberes, la debilidad de los valores sobre los que camina nuestra sociedad. Se ha subrayado mucho el valor *información y educación* y ello porque existe el peligro de manipulación de las personas o de centrar los remedios en aspectos puramente mecánicos.

—*Pero, leyendo la declaración final veo que se hace referencia a estos valores humanos, culturales y hasta espirituales.*

—Así es. Y es justo reconocer que esta Declaración, en su tercera redacción salía ventajosamente enriquecida, gracias a la propuesta hecha por las Delegaciones del Vaticano y de Malta que manifestaron la necesidad de integrar dichos valores en la Declaración, como aparecen en el n.º 5.

Además, la Declaración considera también los siguientes aspectos: importancia de la información y de que los programas protejan los derechos humanos y tengan en cuenta las circunstancias sociales, culturales y estilos de vida...

—*¿La Santa Sede ha manifestado su pensamiento en esta Asamblea?*

—Los medios de comunicación social estuvieron siempre solícitos de una palabra del representante de la Santa Sede. Creo que monseñor Angelini supo estar en el *medio justo* de lo que el tema requería. Solicitado como nadie,

habló para unos medios y para otros. La prensa, la radio y la TV se hicieron eco ampliamente.

Otro espacio importante fue la lectura ante la Asamblea de un texto, preparado anteriormente, y del que subrayaría especialmente estas ideas: la salud como tema base para el desarrollo de los pueblos; importancia, en los momentos de crisis de la salud, de realizar una acción conjunta que proteja y promueva el derecho fundamental a la vida en su totalidad y la vida de todos; que las características de la enfermedad SIDA requieren una intervención urgente, lo que exige mayormente una política de esfuerzos convergentes; necesidad de información en las escuelas, la familia, los medios de comunicación, estructuras sociales, información que llegue a los individuos y a las instituciones; la Iglesia Católica, presente siempre en el mundo del dolor, está convencida de que una política sanitaria eficaz debe traducirse en un plan operativo que proteja al hombre y su dignidad.

La intervención termina poniendo en evidencia el gesto evangelizador de Juan Pablo II besando en San Francisco (Estados Unidos) a un niño afectado de SIDA.

—*¿Alguna otra idea más, padre Redrado?*

—Sí, la gran sorpresa de los medios de comunicación; en Londres se dieron cita todos, en un afán de saber lo que pasa, de *coger* una noticia, de decir una palabra nueva que fuera, quizá, la solución a la enfermedad.

—*Padre Redrado, hemos sabido por la prensa que, finalizada la reunión en Londres, ustedes (monseñor Angelini, padre Redrado y padre Ruffini) fueron llamados por el Papa. ¿Qué hay de esto?*

—Es verdad, fuimos llamados y en una comida fraterna con el Papa le expusimos en primer lugar el desarrollo y trabajo de la Pontificia Comisión, diversas impresiones, la necesidad de subrayar la presencia de la Iglesia en este sector sanitario como campo apropiado y cercano a la evangelización, los proyectos que tenemos para este año y nuestras últimas impresiones de la reunión de Londres, más o menos lo que hemos indicado anteriormente.

Para nosotros, para nuestro Dicasterio, esta visita al Papa ha sido un tomar gasolina para nuestros motores, para seguir trabajando.

8. LOS DERECHOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO

Junto a los Códigos Deontológicos, ya clásicos en el acervo ético del mundo de la salud, están surgiendo actualmente, con gran profusión, determinadas declaraciones de derechos de enfermos que aportan un nuevo marco de referencia en la deontología profesional.

Son múltiples las elaboraciones realizadas hasta el momento. Más utópicas unas, más realistas otras; algunas sin gran resonancia social, otras con marcada significación en los medios de comunicación...

Es el camino sinuoso de la reflexión humana en el acompañamiento a un mundo de la salud ambicioso pero limitado, eficaz pero, no pocas veces, irrespetuoso con el hombre.

Presentamos aquí, en este contexto, la Declaración de los Derechos del Niño Hospitalizado, aprobada por el Parlamento Europeo el 13 de mayo de 1986. Junto a dicha Declaración presentamos las Conclusiones de las Jornadas de los Derechos



del Niño Hospitalizado, celebradas en Oviedo con motivo de su publicación en España, los días 27 y 28 de noviembre de 1987.

RESOLUCIÓN sobre una Carta europea de los niños hospitalizados*

EL PARLAMENTO EUROPEO

- Vista la propuesta de resolución del señor Collins (doc. 2-1256/84),
- Visto el apartado 5 de su Resolución de 19.1.84 sobre una Carta europea de los derechos del paciente en el que se pide que los derechos de los niños enfer-

mos sean considerados en el marco de una Carta especial**;

- Visto el dictamen de la Comisión de medio ambiente, salud pública y protección el consumidor, y las opiniones de la Comisión de asuntos jurídicos y de derechos cívicos y de la Comisión de juventud, cultura, educación, información y deporte (doc. A 2-25/84).

* Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Martes, 13 de mayo de 1986. Textos aprobados por el Parlamento.

** Jo C 46 de 20.2.1984, p. 104.

A. Reafirmando la pertinencia de los considerandos contenidos en esta Carta y, en particular, de los considerandos A y E que destacan la dimensión comunitaria del problema;

1. Insiste en que el derecho a la mejor asistencia médica posible constituye un derecho fundamental, especialmente para los niños durante los primeros años de su existencia;

2. Muestra su inquietud ante el hecho de que las reducciones presupuestarias practicadas por numerosos Estados miembros afectan en primer lugar al sector de la salud pública, provocando repercusiones inevitables en las condiciones sanitarias de la población y, por consiguiente, de los niños;

3. Pide a la Comisión que presente lo antes posible una propuesta de Carta europea de los derechos del paciente, así como una propuesta de Carta europea de los derechos de los niños hospitalizados de modo que se dé un sentido concreto al año de la juventud.

4. Pide que la Carta de los niños hospitalizados proclame en especial los siguientes derechos:

a) derecho del niño a que no se le hospitalice sino en el caso de que no pueda recibir los cuidados necesarios en su casa o en un ambulatorio y si se coordinan oportunamente con el fin de que la hospitalización sea lo más breve y rápida posible;

b) derecho del niño a la hospitalización diurna sin que ello suponga una carga económica adicional a los padres;

c) derecho a estar acompañado de sus padres o de la persona que los sustituya el máximo tiempo posible durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria, sin que eso comporte costes adicionales; el ejercicio de este derecho no debe perjudicar en modo alguno ni obstaculizar la aplicación de los tratamientos a los que hay que someter al niño;

d) derecho del niño a recibir una información adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico, con respecto al conjunto del tratamiento médico al que se le somete y a las perspectivas positivas que dicho tratamiento ofrece;

e) derecho del niño a una recepción y seguimiento individuales, destinándose en la medida de lo posible los mismos enfermeros y auxiliares para dicha recepción y los cuidados necesarios;

f) el derecho a negarse (por boca de sus padres o de la persona que los sustituya) como sujetos de investigación y a rechazar cualquier cuidado o examen cuyo propósito primordial sea educativo o informativo y no terapéutico;

g) derecho de sus padres o de las personas que los sustituya a recibir todas las informaciones relativas a la enfermedad y al bienestar del niño, siempre y cuando el derecho fundamental de éste al respeto de su intimidad no se vea afectado por ello;

h) derecho de los padres o de la persona que los sustituya a expresar su conformidad con los tratamientos que se aplican al niño;

i) derecho de los padres o de la persona que los sustituya a una recepción adecuada y a un seguimiento psicosocial a cargo de personal con formación especializada;

j) derecho a no ser sometido a experiencias farmacológicas o terapéuticas. Sólo los padres o la persona que los sustituya, debidamente advertidos de los riesgos y de las ventajas

de estos tratamientos, tendrán la posibilidad de conceder su autorización, así como de retirarla;

k) derecho del niño hospitalizado, cuando está sometido a experimentación terapéutica, a estar protegido por la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial y sus subsiguientes actualizaciones;

l) derecho a no recibir tratamientos médicos inútiles y a no soportar sufrimientos físicos y morales que puedan evitarse;

m) derecho (y medios) de contactar con sus padres o con la persona que los sustituya en momentos de tensión;

n) derecho a ser tratado con tacto, educación y comprensión y a que se respete su intimidad;

o) derecho a recibir, durante su permanencia en el hospital, los cuidados prodigados por un personal cualificado, que conozca perfectamente las necesidades de cada grupo de edad tanto en el plazo físico como en el afectivo;

p) derecho a ser hospitalizado junto a otros niños, evitando todo lo posible su hospitalización entre adultos;

q) derecho a disponer de locales amueblados y equipados de modo que respondan a sus necesidades en materia de cuidados, de educación y de juegos, así como a las normas oficiales de seguridad;

r) derecho a proseguir su formación escolar durante su permanencia en el hospital, y a beneficiarse de las enseñanzas de los maestros y del material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición, en particular en el caso de una hospitalización prolongada, con la condición de que dicha actividad no cause perjuicios a su bienestar y/o que no obstaculice los tratamientos que se siguen;

s) derecho a disponer durante su permanencia en el hospital de juguetes adecuados a su edad, de libros y medios audiovisuales;

t) derecho a poder recibir estudios en caso de hospitalización parcial (hospitalización diurna) o de convalecencia en su propio domicilio;

u) derecho a la seguridad de recibir los cuidados que necesita incluso en el caso de que fuese necesaria la intervención de la justicia si los padres o la persona que los sustituya se los niegan por razones religiosas, de retraso cultural, de perjuicios o no están en condiciones de dar los pasos oportunos para hacer frente a la urgencia;

v) derecho del niño a la necesaria ayuda económica y moral, así como psicosocial, para ser sometido a exámenes y/o tratamientos que deban efectuarse necesariamente en el extranjero;

w) derecho de los padres o de la persona que los sustituya a pedir la aplicación de la presente Carta en el caso de que el niño tenga necesidad de hospitalización o de examen médico en países que no forman parte de la Comunidad Europea;

5. Pide además a la Comisión que presente propuestas con la finalidad de que los datos estadísticos nacionales en materia de salud y de hospitalización se uniformicen por grupos de edad de manera que puedan ser comparados;

6. Valora la contribución que pueden aportar las asociaciones benéficas en cuanto a la aplicación de un buen número de los derechos mencionados, así como en cuanto a la realización de tareas complementarias insertas en el marco de la ayuda a los pequeños enfermos hospitalizados;

7. Encarga a su Presidente que transmita esta resolución a la Comisión, al Consejo, al Consejo de Europa, a la UNICEF y a la Organización Mundial de la Salud.

CONCLUSIONES DE LAS JORNADAS

Oviedo, 27-28 noviembre, 1987

Los asistentes a las *Jornadas Nacionales sobre los Derechos del Niño Hospitalizado*, organizadas por el Hospital Nuestra Señora de Covadonga, de Oviedo, los días 27 y 28 de noviembre de 1987, agrupando distintas sensibilidades ante el tema (representantes de Asociaciones de Usuarios y diferentes profesionales: Médicos, Enfermeros, Pedagogos, Trabajadores Sociales, Juristas, Psicólogos, Moralistas...), acuerdan aprobar las siguientes conclusiones, a las que se proponen dar la máxima difusión y presentar a la Administración:

CONCLUSIONES

1. Saludamos la Resolución aprobada en mayo de 1986 por el Parlamento Europeo, sobre una «*Carta Europea de los Niños Hospitalizados*».

2. Recomendamos a la Administración Sanitaria española la máxima difusión de esa Carta.

3. Asimismo, aconsejamos la difusión de las Recomendaciones que sobre el Niño Hospitalizado ha dirigido a los padres o tutores. Administración hospitalaria y personal sanitario, el Comité Hospitalario de la C.E.E. (Winchester, julio 1987).

4. Aunque la Resolución del Parlamento Europeo no constituye en sentido estrictamente jurídico una relación de derechos, recomendamos a la Administración que, basándose en el contenido de esa Carta, se elabore una normativa específica con el rango que proceda para adecuar la hospitalización infantil a los principios de la Carta.

5. Dicha normativa debería contener, entre otros, los siguientes aspectos:

a) Garantizar el ingreso en un Hospital, en caso de necesidad, para todos los niños.

b) Evitar el ingreso en el Hospital de aquellos niños que puedan recibir atención en su domicilio o en un consultorio.

c) Asegurar las medidas organizativas, en caso de hospitalización, para que ésta sea lo más breve posible.

d) Posibilitar la presencia permanente de los padres junto a los niños en el Hospital.

e) Favorecer, mediante la creación de Salas de preanestesia infantil, la posibilidad de que los padres acompañen al niño que va a ser intervenido hasta que se duerma.

f) Regulación de la acogida en caso de hospitalización infantil, preparando a los padres y niños antes de su ingreso, con las excepciones obligadas en los casos de urgencia.

g) Evitar la hospitalización del niño en áreas dedicadas a adultos.

h) Suprimir la hospitalización del niño en la misma habitación que el adulto.

i) Derecho a la intimidad informativa de los niños, de acuerdo con su edad, escuchando a los niños, sobre todo a partir de los 11 años.

j) Existencia en las zonas de hospitalización infantil de áreas de juego con programas de animación y escolaridad, atendidos por maestros.

k) Posibilidad de que los niños puedan llevar al Hospital juguetes u objetos personales de especial aprecio para los mismos.

l) Facilitar que los niños puedan ser visitados por sus amigos durante su estancia en el Hospital.

6. Recomendamos que se elabore un programa de reformas para que en los Hospitales se separen las Áreas de Urgencias Generales de las Infantiles, evitando que los niños acudan a zonas de urgencia para adultos.

7. Es precisa la creación de un grupo de trabajo para la determinación de los criterios de ingreso de los niños, a fin de evitar la hospitalización innecesaria, teniendo en cuenta que el ingreso viene indicado más por el procedimiento a aplicar que por el diagnóstico. Esto lo consideramos muy ligado a la potenciación de Hospitales de día infantiles y al desarrollo de las especialidades pediátricas en los Hospitales de referencia, particularmente en su vertiente de consulta externa.

8. Deben establecerse formas de selección y programas de formación continuada del personal que está en contacto con los niños, valorando su motivación y competencia hacia estas labores, donde se contemplen los aspectos de contención y posible elaboración de las inseguridades y temores que pueda generar esta nueva situación.

9. Se insta, en relación con el punto anterior, a que en las actuales revisiones de los currícula de estudio se contemplen los contenidos de los aspectos psico-sociales en la enseñanza de pregrado.

10. Consideramos que en el establecimiento de estos principios deben desarrollarse programas de actuaciones específicas para los niños crónicamente enfermos, los terminales o los que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas graves.

11. En línea con el punto 2 de la Resolución del Parlamento Europeo, creemos que la puesta en marcha de estos derechos de la infancia ante el Hospital no debe comportar recorte de recursos humanos y técnicos, introduciendo criterios cualitativos en la valoración del funcionamiento de los Servicios pediátricos (evitando tener en cuenta únicamente aspectos ligados a la hospitalización, como número de camas, número de estancias, etc.).

12. Se hace necesaria la existencia de una normativa que regule la actuación de los servicios sanitarios en general, y en particular de las áreas de urgencias infantiles, ante la sospecha de un niño maltratado.

13. Para estudiar los posibles problemas que surjan de la aplicación de estos derechos, proponemos que los aspectos éticos de la hospitalización infantil sean valorados por alguna Comisión del Hospital.

14. Consideramos imprescindible que en todos los Centros se valore periódicamente el cumplimiento de la «*Carta de los Niños Hospitalizados*», dando entrada en esta valoración a las asociaciones de usuarios y de padres, a los propios niños, personal sanitario y Administración.

ESPAÑA: DISMINUCIÓN DEL CRECIMIENTO NATURAL DE LA POBLACIÓN, 1970-1984

(Rectificación)

En el número 205 de LABOR HOSPITALARIA (1987), publicamos un artículo que, firmado por los doctores Antonio Arbelo Curbelo, Gerardo Hernández Rodríguez y Antonio Arbelo López de Letona, llevaba por Título *España: disminución del crecimiento natural de la población, 1970-1984*.

Un descuido, totalmente involuntario, hizo que la tabla 5, en la página 140, apareciese con errores sustanciales que desvirtuaban el contenido de su información.

Por ello, y dada la importancia que reviste el artículo, LABOR HOSPITALARIA ha decidido reproducir de nuevo dicha tabla estadística una vez subsanados los errores ya mencionados.

TABLA 5

España: Población de hecho según grupos quinquenales de edades y sexos. Censo de 1981.

Años de edad	Varones	Hembras	Ambos	% del total
<i>Infancia</i>				
0 a 4 años	1.572.062	1.484.598	3.056.660	
5 a 9 »	1.172.069	1.585.373	3.297.442	
0 a 9 años	3.284.131 (51,7 %)	3.069.971 (45,3 %)	6.354.102	16,86
<i>Adolescencia</i>				
10 a 14 años	1.701.954	1.606.058	3.308.012	
15 a 19 »	1.662.431	1.608.696	3.271.127	
10 a 19 años	3.364.385 (51,1 %)	3.214.754 (48,9 %)	6.579.139	17,46
<i>Edad adulta</i>				
20 a 24 años	1.480.652	1.456.680	2.937.332	
25 a 29 »	1.285.147	1.263.323	2.548.470	
30 a 34 »	1.231.660	1.223.078	2.454.738	
35 a 39 »	1.123.185	1.127.141	2.250.326	
40 a 44 »	1.015.198	1.036.699	2.051.897	
20 a 44 años	6.135.842 (50,1 %)	6.106.921 (49,9 %)	12.242.763	32,49
45 a 49 años	1.160.808	1.191.601	2.352.412	
50 a 54 »	1.104.109	1.157.969	2.262.078	
55 a 59 »	969.394	1.046.615	2.016.009	
60 a 64 »	730.689	883.418	1.614.107	
65 a 69 »	634.578	817.976	1.452.554	
45 a 69 años	4.599.578 (47,4 %)	5.097.582 (52,6 %)	9.697.160	25,73
20 a 69 años	10.735.420 (48,9 %)	11.204.503 (51,1 %)	21.939.923	58,22
<i>Ancianidad</i>				
70 a 74 años	521.396	704.082	1.225.478	
75 y más años	585.048	997.278	1.582.326	
70 y más años	1.106.444 (39,4 %)	1.701.360 (60,6 %)	2.807.804	7,46
<i>Total</i>	18.490.379 (49,07 %)	19.190.588 (50,03 %)	37.680.967	100,00

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística ⁶.

9. INFORMACIONES

Profesionales sanitarios cristianos y el aborto

Con este mismo título, y en la sección de Informaciones, LABOR HOSPITALARIA publicó en su número 201 (1986) el recurso de súplica que ante el Defensor del Pueblo elevó un grupo de profesionales sanitarios cristianos, solicitando fuese regulada la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios ante el aborto.

Publicamos, a continuación, la contestación que, en relación a este asunto, dieron al propio Defensor del Pueblo los dos Ministerios implicados: Sanidad y Consumo, y Justicia.

La parte solicitante, no del todo conforme con sus respuestas, renueva ante la misma instancia constitucional la solicitud de que el derecho a la objeción de conciencia sea reconocido no sólo al médico sino a todo el personal sanitario afectado.

EL DEFENSOR DEL PUEBLO

Madrid, 28 de mayo de 1987

Estimadas Sras.:

En relación con la queja por Vds. formulada ante esta institución, inscrita con el n.º 8584/86, según Vds. ya saben por nuestra correspondencia precedente, y como complemento de la carta que les escribí el día 24 del pasado mes de febrero, cúmpleme adjuntarles sendas fotocopias de los informes recibidos del Excmo. Sr. Ministro de Justicia y del Director del Gabinete del Excmo. Sr. Ministro de Sanidad y Consumo, en respuesta a las peticiones del preceptivo informe que les habíamos cursado según lo prevenido en el art. 18 de la Ley Orgánica 3/1981, de 6 de abril, por la que nos regimos.

En consecuencia, y si no tienen ninguna alegación que hacernos, daremos por concluida la tramitación de su queja, según previene el art. 31 de la misma Ley Orgánica, sin perjuicio de quedar a su disposición para cualquier incidencia ulterior.

Les saluda atentamente,

JOAQUÍN RUIZ-GIMÉNEZ CORTÉS

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Gabinete del Ministro

Excmo. Sr.:

En relación con el escrito dirigido a esa Institución por Dña. N. N., Médico, y Dña. N. N., A.T.S., en nombre propio y en el de una agrupación de profesionales y trabajadores sanitarios, constituidos en el seno del colectivo de Pastoral Sanitaria, dependiente de la Conferencia Episcopal Española, para exponernos sus preocupaciones en materia de objeción de conciencia ante la práctica de despenalización del aborto en los casos que regula la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, recabada la información pertinente, la Subsecretaría del Departamento, de acuerdo con el informe emitido por la Dirección General de Planificación Sanitaria, comunica lo siguiente:

«El derecho a la objeción de conciencia está reconocido por aplicación directa del artículo 6 de la Constitución.

La sentencia del Tribunal Constitucional sobre aborto reconoce el derecho a la objeción de conciencia del médico que practica el aborto.

Hasta el momento, y seguirá siéndolo así, la administración ha reconocido absolutamente el derecho a la objeción de conciencia de cuantos médicos han querido acogerse a él, sin necesidad de declararlo públicamente ni previamente.

El responsable ante la autoridad judicial competente es el médico que practica el aborto, parece lógico por tanto que sea éste el profesional que tenga derecho automático a la objeción de conciencia ante determinada circunstancia, caso que ésta fuera necesaria, es competencia del Ministerio de Justicia».

Lo que tengo el honor de trasladar a V. E.

Madrid, 4 de mayo de 1987.

JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ NORIEGA
El Director del Gabinete

MINISTERIO DE JUSTICIA

Excmo. Sr.:

En relación con las preocupaciones formuladas ante esa Institución por una agrupación de profesionales sanitarios,

constituida en el colectivo de Pastoral Sanitaria, dependiente de la Conferencia Episcopal Española, sobre la necesidad de promulgar una norma reguladora del derecho de Objeción de Conciencia ante la práctica de interrupciones voluntarias de embarazo en los casos a que se refiere la Ley Orgánica 9/85, de 5 de julio, y a los efectos previstos en el artículo 30 de la Ley 3/81, de 6 de abril, por la que se rige la institución del Defensor del Pueblo, cabe hacer las siguientes consideraciones:

De una parte, en la Resolución 337 de 1967 de la Asamblea Consultiva del Consejo de Europa, se afirma que el reconocimiento de la objeción de conciencia deriva lógicamente de los derechos fundamentales del individuo, garantizados en el artículo 9 de la Convención Europea de Derechos Humanos, que obliga a los Estados miembros a respetar las libertades individuales de conciencia y religión.

El Tribunal Constitucional, de otro lado, considera que «la libertad de conciencia es un derecho reconocido explícita e implícitamente en la ordenación constitucional española, sin que contra la argumentación expuesta tenga valor alguno el hecho de que su artículo 30.2 emplee la expresión «la Ley regulará», lo cual no significa otra cosa que la necesidad de la «interpositio legislatoris», no para reconocer, sino, como las propias palabras indican, para regular el derecho en términos que permitan su plena aplicabilidad y eficacia». (Sentencia 53/1985, de 11 de abril).

Pero el que la objeción de conciencia sea un derecho que para su desarrollo y plena eficacia requiera la actividad del legislador, «no significa que sea exigible tan sólo cuando el legislador lo haya desarrollado». Como afirma reiteradamente ese Tribunal, «los principios constitucionales y los derechos y libertades fundamentales vinculan a todos los poderes públicos (art. 9.1 y 53.1 C.E.) y son origen inmediato de derechos y obligaciones, y no meros principios programáticos... Este principio general no tendrá más excepciones que aquellos casos en que así lo imponga la propia Constitución o en los que la naturaleza misma de la norma impida considerarla inmediatamente aplicable, supuestos que no se dan en el derecho a la objeción de conciencia... «Cuando se opera con esa reserva de configuración legal, el mandato constitucional no puede tener, hasta que la regulación se produzca, más que un mínimo contenido... pero ese mínimo contenido ha de ser protegido». (Sentencia 15/1983, de 23 de abril).

En conclusión, «el derecho a la objeción de conciencia existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado o no tal regulación. La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el artículo 16.1 de la Constitución y, como ha indicado este Tribunal en diversas ocasiones, la Constitución es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales».

Madrid, 3 de abril de 1987.

EL MINISTRO,

EXCMO. SR. DEFENSOR DEL PUEBLO
MADRID

EXCMO. SR. DEFENSOR DEL PUEBLO

26 de septiembre de 1987

Excmo. Sr.:

En contestación a su carta del pasado 28 de mayo, en relación con el expediente AI-JRG-8584/86, sobre objeción de conciencia ante la práctica de despenalización del aborto en los casos que regula la Ley Orgánica 9/1985 de 5 de julio, y antes de dar por concluida la tramitación de nuestra queja, solicitamos de su superior criterio una aclaración de que el derecho a la objeción de conciencia, que forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el artículo 16.1 de la Constitución, por el principio de igualdad ante la ley y de no discriminación, debe de ser reconocido no sólo al médico, como responsable ante la autoridad judicial competente de la práctica del aborto, sino a todo el personal sanitario realmente afectado, es decir: médicos, diplomados universitarios de enfermería, auxiliares técnicos de enfermería, auxiliares administrativos y celadores.

Respetuosamente

Fdo. N. N.

X aniversario de la *Unió Catalana d'Hospitals*

La *Unió Catalana d'Hospitals* ha celebrado su décimo aniversario. Con dicho motivo, celebró el pasado día 17 de noviembre un acto que revistió gran solemnidad con la presencia del Molt Honorable Sr. Jordi Pujol, President de la Generalitat.

Esperanza Martí, presidenta de la entidad, realizó la presentación en la que hizo una breve historia de lo que ha sido y ha representado la *Unió* en sus primeros diez años de vida.

La *Unió* ha vivido fases diferentes que, ligadas a la situación socio-política del entorno, han determinado el papel que una asociación de sus características debía desarrollar en su momento.

Sus esfuerzos han estado dirigidos a mejorar la asistencia hospitalaria, intentando humanizarla y buscando su eficiencia con la finalidad de prestar un servicio a los hospitales y, por tanto, a la sociedad.

Continuó el acto con una conferencia sobre *El movimiento asociacionista, elemento indispensable de la democracia*, a cargo de D. Antonio Sáenz de Miera, presidente del *Centro de Fundaciones*. A continuación, los Consejeros de Sanidad de Catalunya y Baleares destacaron en sus aportaciones la tarea realizada por la *Unió* en el campo hospitalario en particular y sanitario en general y su participación en la mejora del sector.

Como clausura de la jornada, se celebró una cena en el Liceo, presidida por el Molt Honorable Sr. Jordi Pujol, a la que asistieron 200 personas, entre las que cabe destacar a los Consejeros de Sanidad de Catalunya y Baleares, altos cargos del Departamento de Sanidad y un elevado número de miembros de la *Unió*.



Juan Pablo II
durante
la audiencia

La pastoral de la salud de España con Juan Pablo II

Aprovechando su estancia en Roma, varios miembros del Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria de España, asistieron a una de las audiencias públicas que Juan Pablo II tuvo en la Plaza de San Pedro.

Entremezclados con la multitud que pretende saludar al Santo Padre, se puede observar a Rudesindo Delgado,

Delegado Nacional —parcialmente tapado por las manos de los dos jóvenes—, y a Jesús Conde —Delegado diocesano de Madrid y asesor de LABOR HOSPITALARIA que le hace entrega del material publicado por el Secretariado. En primer término puede distinguirse el libro sobre *La Asistencia Religiosa en el Hospital* recientemente publicado.

Confiamos en que la escena sea todo un signo real de la sensibilidad de la Iglesia hacia el enfermo y hacia el mundo de la salud. La actitud concentrada de Juan Pablo II así parece demostrarlo.

Ofrezca la oportunidad
de suscribirse a

LABOR HOSPITALARIA

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

LABOR HOSPITALARIA

Es una revista útil para:

EL MÉDICO ■ LA ENFERMERA ■ EL ADMINISTRADOR ■ EL GERENTE ■ EL CAPELLÁN
LA RELIGIOSA ■ PARA TODO AQUEL QUE SE OCUPA DEL ENFERMO

gama

habilclass 1700[®]

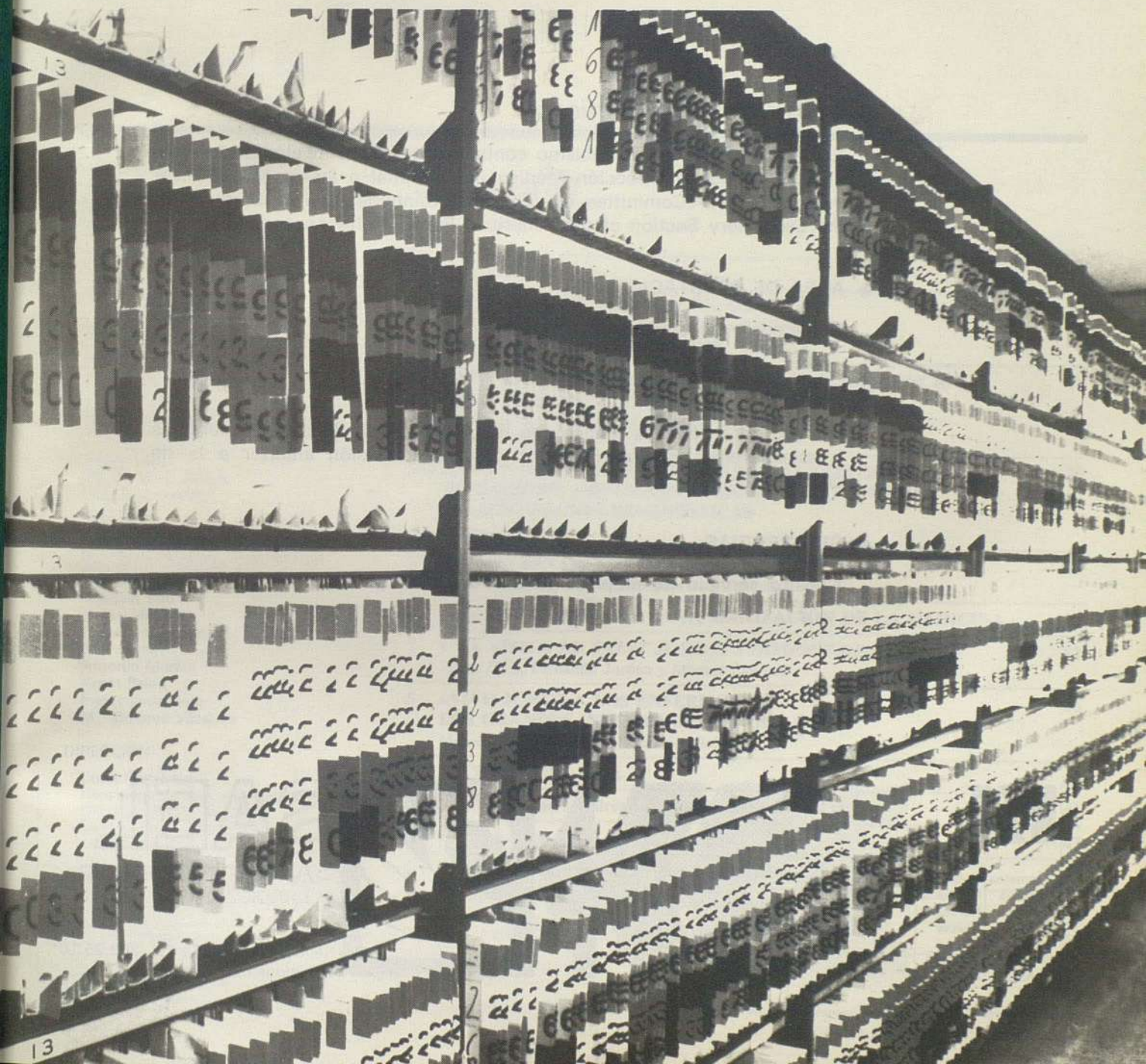
archivos hospitalarios

HABILCLASS 1700 es un sistema de archivo de dosiers hospitalarios para encontrarlos sin buscarlos. Su utilización agiliza el servicio, ahorra tiempo y asegura el control y conservación del material.

HABILCLASS 1700 consiste en unidades contenedoras de material documental de cada enfermo, compuestas por carpetas que contienen el historial clínico y el material radiológico, codificadas por colores y comprendidas en un sobre en el que constan los datos personales del paciente, el número de dosier y su codificación, que indica el lugar de clasificación propio en el archivo. De esta forma, el dosier está inmediatamente a disposición del cuerpo médico, y el material que contiene

resulta de fácil acceso y localización.

Esta sistematización del archivo aumenta la capacidad del mismo y su utilidad se adapta tanto a pequeñas unidades hospitalarias como a grandes centros de más de 500 camas.



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:

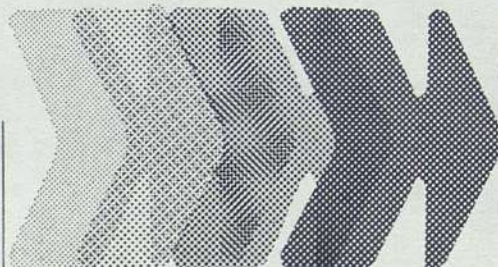
Por escrito a nuestras oficinas de Barcelona desde donde informaremos y asesoraremos gustosamente en fase de previsión anterior a la de contratación.

● 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



Armi

electromedicina

ELECTRONICA
MEDICA

RAYOS X

REPARACIONES

TRASLADOS

MANTENIMIENTO

SERVICIO VENTAS

- Aparatos de Rayos X . nuevos y usados debidamente preparados y garantizados.
- Material radiográfico.
- Todo tipo aparatos de electromedicina.

SERVICIO TECNICO

- Mantenimiento general de salas de radiología.
- Reparación de electrocardiógrafos, electroencefalógrafos, bisturís, eléctricos, cuidados intensivos y demás equipos electrónicos.
- Montajes, traslados y reparación de equipos de radiología.
- Presupuestos completos de emplomado y acabados en general de salas de radiología.

Villar, 69 bis - 08026 Barcelona - Tels. 347 20 99 y 347 24 46

ASCENSORES PAGMO, S.A.

- FABRICACION
- INSTALACION
- CONSERVACION
- REPARACION

Delegaciones en:

Tarragona
Gerona
Palma de Mallorca

Domicilio Social y Fábrica en.

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

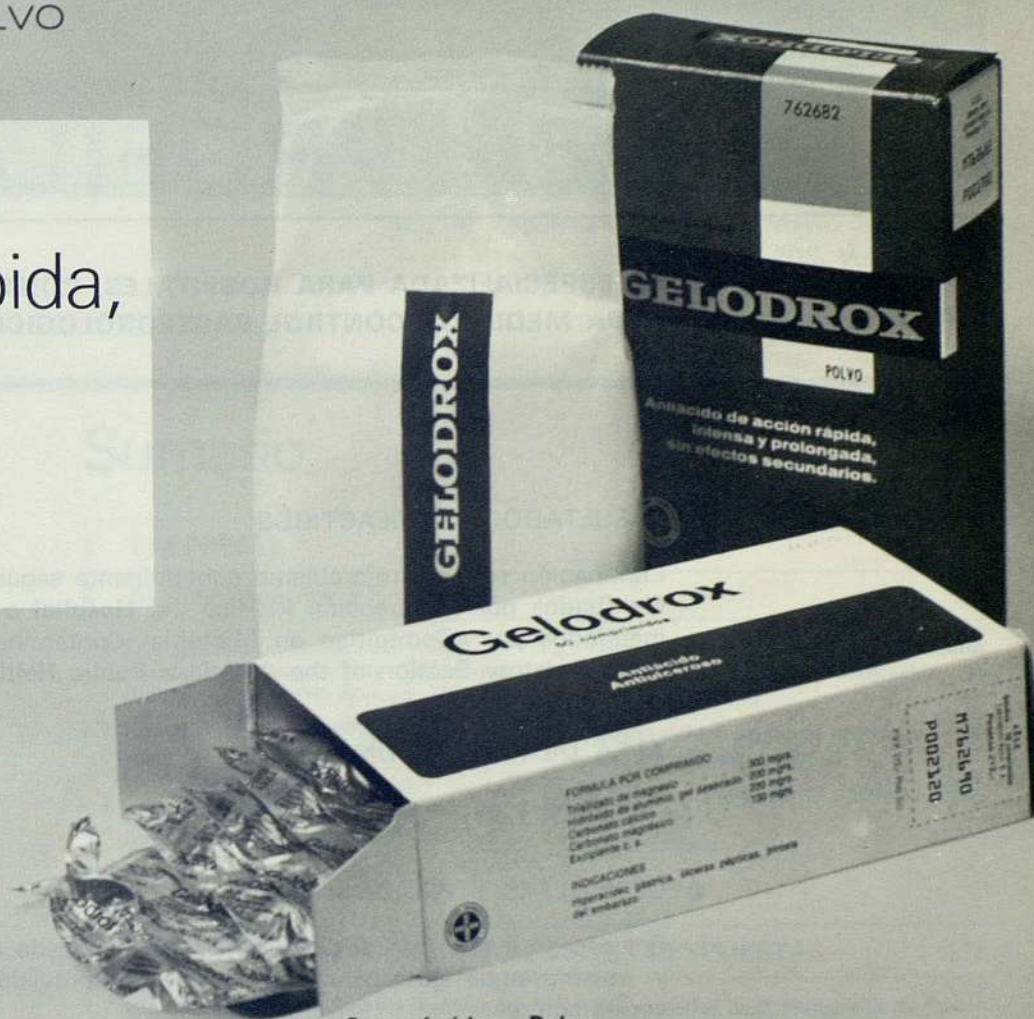
Oficinas

Villarroel, 144 - Teléf 254 14 07
BARCELONA 11

Gelodrox®

COMPRIMIDOS Y POLVO

Antiácido
de acción rápida,
intensa
y
prolongada



FORMULA

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

Comprimidos (1 comp.)

300 mg
200 mg
220 mg
130 mg
c. s.

Polvo (1 gr)

300 mg
200 mg
220 mg
130 mg
-
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.

DOLOGIA. 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



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:

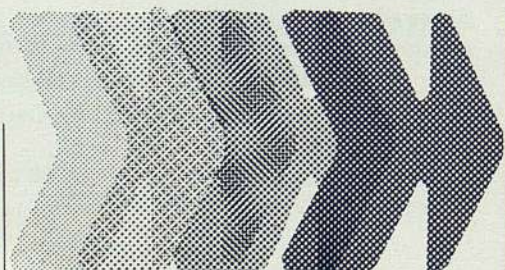
Por escrito a nuestras oficinas de Barcelona desde donde informaremos y asesoraremos gustosamente en fase de previsión anterior a la de contratación.

- 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